

(153)

# Wieloogniskowe zapalenie naczyń i całej błony naczyniowej – diagnostyka, objawy oczne i leczenie

## Multifocal choroiditis and panuveitis (MCP) – diagnosis, ocular symptoms and treatment

Joanna Brydak-Godowska, Marcin Świtła, Ewa Dróbecka-Brydak, Marzena Mzyk, Elżbieta Sędrowicz, Agnieszka Samsel

Z Katedry i Kliniki Okulistyki Akademii Medycznej w Warszawie  
Kierownik: dr hab. n. med. Dariusz Kęćik

**Summary:** Multifocal choroiditis and panuveitis (MCP) belong to white dot syndromes, which are an idiopathic inflammatory process damaging the retinal pigment epithelium and choriocapillaris. We observed fourteen patients with typical ocular changes for MCP (panuveitis with typical multiple yellow, white or gray focal lesions in fundus of the eye). In 8 patients typically were observed – glaucoma, cataract, macular edema. We applied topical drops (corticosteroids, antiglaucomatous), and in 5 patients oral encorton was necessary to include.

**Słowa kluczowe:** zespoły białoplamiste, wieloogniskowe zapalenie naczyń i błony naczyniowej, przewlekłe i nawracające zapalenie błony naczyniowej, immunosupresja.

**Key words:** white dot syndrome, multifocal choroiditis and panuveitis, persistent and recurrent uveitis, immunosuppression.

Wieloogniskowe zapalenie naczyń i całej błony naczyniowej (multifocal choroiditis and panuveitis – MCP) należy do tzw. zespołu białych punktów, do którego zalicza się także retinohoroidopatię typu birdshot, zespół licznych znikających białych punktów, wewnętrzną punkcikowatą choroidopatię i zapalenie naczyń i całej błony naczyniowej ze zwłóknieniem podsiatkówkowym (1,2,3).

MCP charakteryzuje obecność odczynu zapalnego w przednim odcinku oka i ciele szklistym oraz licznych okrągłych lub owalnych żółtawych ognisk wielkości 50-350 μm zlokalizowanych na obwodzie siatkówki. Ogniska mogą występować pojedynczo lub zlewać się, tworząc konglomeraty. Po ustąpieniu stanu zapalnego w siatkówce pozostają charakterystyczne blizny z odłożonym barwnikiem (3) (ryc. 1,2,3).

Do najczęstszych powikłań MCP należą: cystowaty obrzęk płamki, jaskra wtórna, zaćma i nowotwórstwo podsiatkówkowe (2,3,4,5).

Nozik i Dorsch w 1973 r. jako pierwsi opisali 2 przypadki zapalenia przedniego odcinka oka z towarzyszącą chorioretinopatią przypominającą zespół domniemanej histoplazmozy ocznej (wg 3).

W 1984 r. Dreyer i Gass, przedstawiając 28 przypadków zapalenia błony naczyniowej z towarzyszącymi charakterystycznymi zmianami na dnie oczu, wprowadzili nowy termin okulistyczny: „wieloogniskowe zapalenie naczyń i całej błony naczyniowej” (6).

Podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny, a więc charakterystyczne zmiany na dnie oczu z towarzyszącym odczynem zapalnym

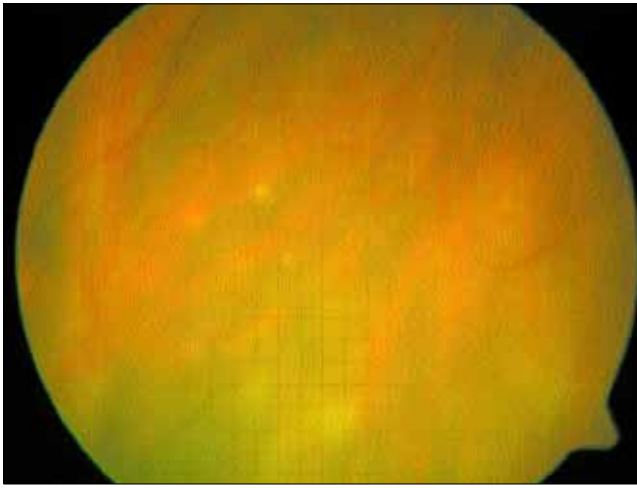
w przednim odcinku i ciele szklistym. Należy podkreślić, że nie ma specyficznych badań potwierdzających diagnozę.

Etiologia schorzenia nie jest dotychczas znana (43,7). Tiedeman zwraca uwagę na możliwość infekcji wirusem Epsteina-Barra (8).

**Celem pracy** jest przedstawienie trudności diagnostycznych u chorych z ciężkimi, nawrotowymi zapaleniami błony naczyniowej o nieustalonej etiologii, u których postawienie właściwego rozpoznania było możliwe po uzyskaniu wglądu w dno oczu i stwierdzeniu charakterystycznych zmian.

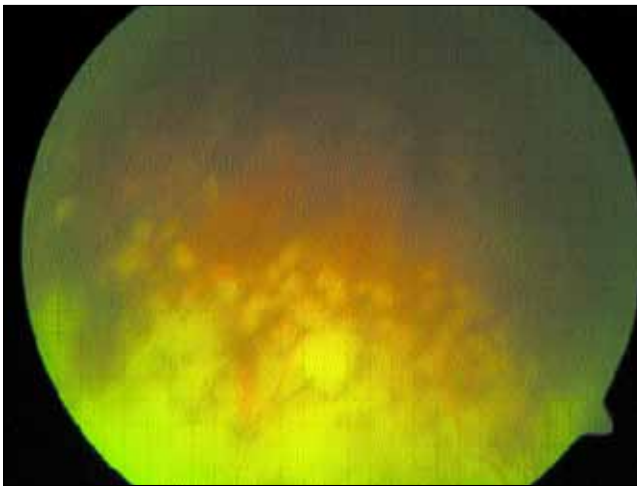
Badaniami objęto 14 chorych (10 K i 4 M) w wieku 19-78 lat, u których schorzenie trwało 2-10 lat, a czas obserwacji – od roku do 5 lat. U 9 chorych zmiany występowały obuocznie.

Ostrość wzroku z korekcją wynosiła 0,1-0,3. W każdym przypadku obserwowano różnego stopnia odczyn zapalny w przednim odcinku i masywny wysięk w ciele szklistym uniemożliwiający ocenę dna oka u 5 chorych. U pozostałych słabo widoczne były zmiany na dnie oczu pod postacią okrągłych, białko-żółtawych świeżych ognisk zapalnych na obwodzie siatkówki. U 2 chorych stwierdzono podwyższone ciśnienie śródgałkowe, wynoszące do 30 mmHg, które znormalizowano, podając 0,5% Betoptic. Wszyscy chorzy byli diagnozowani w kierunku schorzeń układowych. Na podstawie wywiadu, badań laboratoryjnych i dodatkowych wykluczono schorzenia układowe i inne zespoły białoplamiste. U wszystkich chorych stosowano miejscowe leczenie sterydami (0,1% Dexamethazon lub Flarex, iniekcje podspojówkowe Dexa-



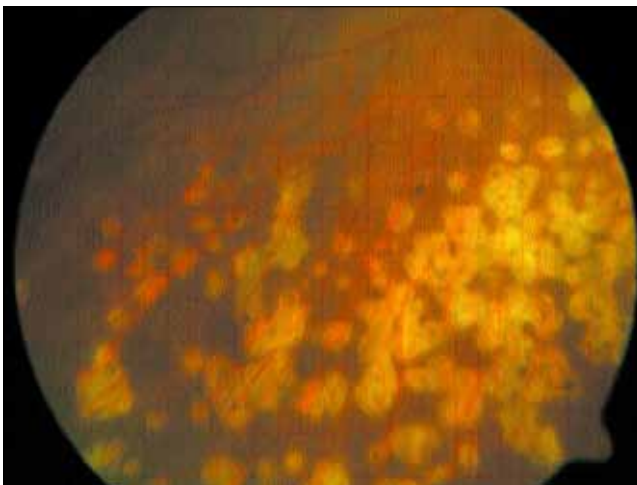
Ryc. 1. Niewielki wysięk w ciele szklistym i pojedyncze białe ogniska we wczesnym stadium choroby.

Fig. 1. Mild vitritis and singly white spots in the early stage of the disease.



Ryc. 2. Wysięk w ciele szklistym i aktywny proces zapalny – liczne białe ogniska na poziomie nabłonka barwnikowego i choriokapilarów.

Fig. 2. Vitritis and active inflammation process – multiple white spots scattered throughout in the periphery and are located at the level of the RPE and choriocapillaris.



Ryc. 3. Proces przewlekły – ogniska atroficzne i wysypany barwnik.

Fig. 3. Chronic process – atrophic scars and pigmentation.

venu, jonoforezy hydrokortyzonowej) oraz leki rozszerzające źrenicę. U 5 chorych z powodu masywnego odczynu w ciele szklistym zastosowano leczenie ogólne Encortonem. Po zmniejszeniu odczynu zapalnego w ciele szklistym na dnie oczu stwierdzono obecność ognisk podobnych do uprzednio opisywanych. Obraz kliniczny pozwolił na rozpoznanie u wszystkich chorych wielogniskowego zapalenia naczyń i zapalenia całej błony naczyniowej.

U 12 chorych uzyskano poprawę ostrości wzroku, wynoszącą od 0,5 do 0,7, u pozostałych 2 przyczyną braku poprawy ostrości wzroku był obrzęk plamki. W trakcie obserwacji stwierdzono jaskrę wtórną u jednej chorej i mętnienie soczewek u 3 chorych oraz okresowe nasilenie procesu zapalnego błony naczyniowej.

MCP występuje częściej u kobiet w wieku 30-50 lat niż u mężczyzn, zazwyczaj obustronnie. Pierwsze skargi zgłaszane przez chorych dotyczą obniżenia ostrości wzroku spowodowanego przez rozwijający się proces zapalny błony naczyniowej. Zmiany w przednim odcinku oka są typowe dla zapalenia nieziarninującego z tendencją do tworzenia zrostów tylnych. W ciele szklistym oprócz wysięku mogą występować męty i błony zapalne. Najbardziej charakterystyczne są żółtawe ogniska zapalne zlokalizowane zazwyczaj na obwodzie siatkówki. Badania histopatologiczne wykazały, że są to nacieki okołonaczyniowe złożone z limfocytów B (9). Obecność tych ognisk u chorych z zapaleniem przedniego i tylnego odcinka pozwala na rozpoznanie szczególnej jednostki chorobowej, jaką jest MCP. Za odrębną jednostkę chorobową uznał ją Lardenoye, który przeprowadzając badania retrospektywne u 828 chorych z zapaleniem błony naczyniowej, u 53 stwierdził MCP (5).

MCP należy do przewlekłych zapalnych schorzeń błony naczyniowej o nieustalonej etiologii z tendencją do nawrotów charakteryzujących się nasileniem objawów zapalnych w odcinku przednim i ciele szklistym oraz zlewaniem się ognisk zapalnych w siatkówce. MCP wymaga różnicowania z zespołem domniemanej histoplazmozy ocznej (POHS) i innymi rzadkimi idiopatycznymi zapaleniami tylnego odcinka błony naczyniowej należącymi do zespołu tzw. białych punktów, w których nie występuje lub jest mało zaznaczony odczyn zapalny w ciele szklistym.

Pomocna w różnicowaniu może być w niektórych przypadkach angiografia z zielenią indocyjaninową, która dostarcza więcej informacji niż angiografia fluoresceinowa, co potwierdziły badania Slaktera (10). Aby postawić rozpoznanie MCP, należy wykluczyć schorzenia układowe (gruźlicę, kiłę, sarkoidozę), w których przebiegu zapaleniu błony naczyniowej towarzyszą zmiany na dnie oczu.

Chorzy z MCP wymagają leczenia sterydami ogólnie i miejscowo. Brak poprawy po stosowaniu sterydów wymaga zastosowania innych leków (takich jak cyklosporyna, azatiopryna, metotretsat). W przypadkach powstawania ognisk neowaskularyzacji podsiatkówkowej stosowana jest fotokoagulacja laserowa.

Wielogniskowe zapalenie naczyń i zapalenie całej błony naczyniowej ze względu na przewlekły, nawrotowy charakter, obustronność zmian i mogące wystąpić powikłania (nowotworstwo naczyniowe, obrzęk plamki, zaćma wiktająca, jaskra) jest przyczyną znacznego, nierokującego poprawy obniżenia ostrości wzroku.

Przedstawione przez nas przypadki obustronnych zapaleń błony naczyniowej miały na celu zwrócenie uwagi na tę rzadko rozpoznawaną jednostkę chorobową, jaką jest MCP.

**PIŚMIENICTWO:**

1. Brown J. Jr., Folk J. C., Reddy C. V., Kimura A. E.: *Visual prognosis of multifocal choroiditis, punctate inner choroidopathy, and the diffuse subretinal fibrosis syndrome*. Ophthalmology, 1996; 103 (7): 1100-1105.
2. Brown J. Jr., Folk J. C.: *Current controversies in the white dot syndromes. Multifocal choroiditis, punctate inner choroidopathy, and the diffuse subretinal fibrosis syndrome*. Ocul. Immunol. Inflamm., 1998; 6 (2): 125-127.
3. Vitale A., Kalpaxis J. G.: *Multifocal choroiditis and panuveitis*. (In:) Diagnosis and treatment of uveitis. (In:) Foster C. S., Vitale A. T.: *Diagnosis and Treatment of Uveitis*. W. B. Saunders Company, 2002, 757-765.
4. De Meyer V., Lafaut B. A., Van de Sompel W., De Laey J. J.: *Multifocal choroiditis with panuveitis and punctate inner choroidopathy: a mini review*. Bull. Soc. Belge. Ophthalmol., 1999; 273: 115-124.
5. Lardenoye C. W., Van der Lelij A., de Loos W. S., Treffers W. F., Rothova A.: *Peripheral multifocal chorioretinitis: a distinct clinical entity?* Ophthalmology, 1997; 104 (11): 1820-1826.
6. Dreyer R. F., Gass J. D. M.: *Multifocal choroiditis and panuveitis: a syndrome that mimics ocular histoplasmosis*. Arch. Ophthalmol., 1984; 102: 1776-1784.
7. Nolle B., Faul S., Jenisch S., Westphal E.: *Peripheral multifocal chorioretinitis with panuveitis: clinical and immunogenetic characterization in older patients*. Graefes. Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 1998 J; 236 (6): 451-460.
8. Tiedeman J. S.: *Ebstein-Barr viral antibodies in multifocal choroiditis and panuveitis*. Am. J. Ophthalmol., 1987; 103: 659-663.
9. Dunlop A. A., Cree I. A., Hague S., Luthert P. J., Lightman S.: *Multifocal choroiditis: clinicopathologic correlation*. Arch. Ophthalmol., 1998; 116 (6): 801-803.
10. Slakter J. S., Giovannini A., Yannuzzi L. A., Scassellati-Sforzolini B., Guyer D. R., Sorenson J. A., Spaide R. F., Orlock D.: *Indocyanine green angiography of multifocal choroiditis*. Ophthalmology, 1997; 104 (11): 1813-1819.

Praca wpłynęła do Redakcji 14.10.2005 r. (786).

Zakwalifikowano do druku 14.10.2005 r.

**X Jubileuszowe Sympozjum Sekcji Zapobiegania Ślepecie i Rehabilitacji Słabowidzących PTO, Warszawa, 5-6 listopada 2004 r.**

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
dr n. med. Joanna Brydak-Godowska  
ul. S. Wojciechowskiego 39 m. 103  
02-495 Warszawa