



Timohexal®

timolol

krople do oczu

Sprawdzony lek przeciwjaskrowy



Wskazania:

- podwyższone ciśnienie wewnątrzokowe o różnej etiologii
- jaskra z otwartym i zamkniętym kątem przesączania oraz po usunięciu soczewki

Dawkowanie:

1 kropla 2 razy dziennie do każdego worka spojówkowego.
Po uzyskaniu normalizacji ciśnienia śródokowego 1 kropla 1 raz dziennie do każdego worka spojówkowego.

Opakowania:

Timohexal® 0,1% - krople do oczu
Opakowania: 5 ml i 3 x 5 ml

Timohexal® 0,25% - krople do oczu
Opakowania: 5 ml i 3 x 5 ml

Timohexal® 0,5% - krople do oczu
Opakowania: 5 ml i 3 x 5 ml

MZOS Świdów, rej. nr 6163, 6164 i 6165.

Przeciwwskazania: Dychawica oskrzelowa i inne spastyczne choroby oskrzeli, niewydolność krążenia, blok przedsionkowo-komorowy II i III stopnia, bradykardia, nadwrażliwość na lek, zapalenie błony śluzowej nosa. Wzrost kardogenny. W ciąży lek stosuje się tylko ze ścisłych wskazań lekarskich. Przeciwwskazana względnie nadczynność tarczycy i nieregulowana cukrzyca. **Działania niepożądane:** Podczas stosowania leku mogą wystąpić zawroty głowy, uczucie osłabienia, nudności oraz objawy alergiczne. **TIMOHEXAL®** może upośledzać zdolność widzenia. **Uwaga:** Podczas leczenia należy regularnie kontrolować ciśnienie śródokowe i stan rogówki. Po otwarciu pojemnika, leku nie należy używać dłużej niż przez 4 tygodnie.

Informacja naukowa: HEXAL Pharma - POLSKA Sp. z o.o. 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 16, tel. biuro i hurtownia: 6409 333, fax biuro: 6409 332, fax hurt: 6409 331, http://www.hexal.com.pl, e-mail: hexalpol@hexal.com.pl
Producent: HEXAL AG, 83607 Holzkirchen, Niemcy



Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1999, 101 (2): 131-134
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Zapalenie części pośredniej błony naczyniowej ze współistniejącymi objawami ogólnymi

The intermediate uveitis with systemic symptoms – case report

Joanna Brydak-Godowska¹, Ewa Dróbecka-Brydak¹, Joanna Ciszewska¹,
Izabella Skórska¹, Leszek Pączek²

Abstract: The case of 26-year old male patient with typical clinical intermediate uveitis (vitritis, periphlebitis) with accompanying leucopenia, bradycardia and demyelination focal areas in brain of unknown etiology is presented. The asymptomatic periphlebitis was also found in the eyes of his twin brothers (30 years old) and sister (20 years old).

Słowa kluczowe: zapalenie części pośredniej błony naczyniowej, leukopenia, ogniska demielinizacji, HLA DR3(17)

Key words: intermediate uveitis, leukopenia, demyelination focal areas, HLA DR3(17)

Termin *pars planitis* na określenie zmian zapalnych części płaskiej ciała rzęskowego wprowadził Welch w 1960 r. (14). International Uveitis Study Group, dzieląc zapalenia błony naczyniowej na podstawie ich anatomicznej lokalizacji, zaleca natomiast stosowanie nowszej nazwy zapalenie części pośredniej błony naczyniowej (1).

Zapalenie części pośredniej błony naczyniowej stanowi od 4 do 16% wszystkich zapaleń błony naczyniowej, przy czym u dzieci występuje częściej (16-33%). W około 80% przypadków dotyczy obojga oczu (10). Charakteryzuje się powolnym i podstępny przebiegiem z okresowymi zaostrzeniami bez towarzyszących innych objawów (ból, zaczerwienienie oka, światło-

wstręt) i dlatego może być wykryte zupełnie przypadkowo. Obniżenie ostrości wzroku spowodowane gęstym wysiękiem w cieple szklistym lub cystowatym obrzękiem plamki występuje w przypadkach zaawansowanych. Zapalenie pośredniej części błony naczyniowej charakteryzuje się zmianami w cieple szklistym i siatkówce obwodowej. W cieple szklistym oprócz pyłków wysięku występują tzw. kule śnieżne, charakterystyczne okrągłe żółtawobiałe konglomeraty zapalne widoczne w dolnej części ciała szklistego, oraz błony wysiękowe. W zaawansowanych stanach zapalnych część płaską ciała rzęskowego i siatkówkę obwodową, najczęściej w dolnej połowie, pokrywają białe zapalne wysięki, dające obraz tzw. zasp śnieżnych (3, 5).

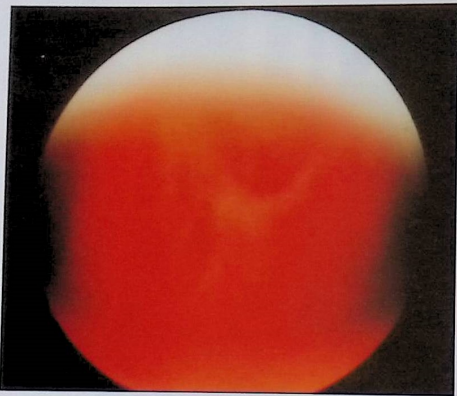
Zmianom w cieple szklistym towarzyszą objawy zapalenia okołozynowego dotyczące obwodowych naczyń żylnych, charakteryzujące się występowaniem osłonek wzdłuż ściany naczyń i nierównością ich światła.

W badaniu histopatologicznym wykazano, że pierwotnemu uszkodzeniu ulegają drobne naczynia żyłne, wzdłuż ścianek których występują nacieki limfocytarne (15). Do powikłań występujących u chorych z zapaleniem pośredniej części błony naczyniowej należy cy-stowaty obrzęk plamki, zaćma, jaskra, nowotwórstwo naczyniowe, wylewy krwi do ciała szklistego i siatkówki

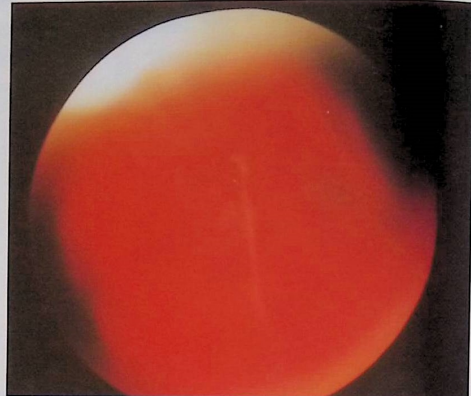
¹Z Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Tadeusz Kępcik

²Z Kliniki Immunoterapii i Chorób Wewnętrznych
Instytutu Transplantologii w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Liliana Gradowska

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



Ryc. 1. Blony w ciele szklistym
Fig. 1. Membranes in vitreous



Ryc. 2. Zapalenie okołozylne drobnych naczyń na obwodzie siatkówki
Fig. 2. Periphlebitis in peripheral part of the retina

oraz odwarstwienie siatkówki. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadku chorego z obustronnym zapaleniem części płaskiej ciała rzęskowego z towarzyszącymi objawami ogólnymi oraz podkreślenie roli badań rodzinnych w takich przypadkach.

W polskim piśmiennictwie okulistyki przypadki zapalenia części płaskiej ciała rzęskowego opisywały m.in. Boduch-Cieślińska i Kaliska (2, 6).

Opis przypadku

W marcu 1997 r. został przyjęty do Kliniki Chorób Oczu AM w Warszawie 26-letni chory, w celu zdiagnozowania przypadkowo wykrytych zmian w ciele szklistym i na obwodzie siatkówek obojga oczu.

Do okulisty zgłosił się z powodu pieczenia i swędzenia obojga oczu, co wiązało z codzienną wielogodzinną pracą przy komputerze. Dotychczas nie był leczony okulistycznie. Poza dolegliwościami ocznymi innych skarg nie zgłaszał.

W badaniu okulistycznym stwierdzono prawidłową ostrość wzroku w dal i z bliska obojga oczu. Przedni odcinek obu gałek ocznych i soczewki nie wykazywały odchyłań od normy. W ciele szklistym obojga oczu stwierdzono wysięk pyłkowy, a w jego dolnych częściach pojedyncze „kule śnieżne” i woale błon zapalnych (ryc. 1). Na obwodzie siatkówki, w części górnej oka prawego i dolnej oka lewego, wzdłuż drobnych naczyń żylnych występowały białe pochewki, poza tym obraz dna oczu był prawidłowy (ryc. 2).

Rozpoznano zapalenie pośredniej części błony naczyniowej. Ciśnienie śródgałkowe mierzone wielokrotnie tonometrem aplanacyjnym było prawidłowe. W polu widzenia (Rodenstock-Peritest) zmian nie stwierdzono.

W angiografii fluoresceinowej nie wykazano zmian, poza obserwowanymi w czasie badania ogniskami przecieku fluoresceiny z drobnych naczyń żylnych na obwodzie siatkówek obojga oczu. Na podstawie wyników badań dodatkowych wykazano znacznego stopnia leukopenię – 2,4 T/l, która w kolejnych badaniach wahała się od 2,5 T/l do 2,9 T/l z towarzyszącą anizocytozą.

132

W Instytucie Hematologii wykonano biopsję szpiku (wynik prawidłowy). Ze względu na podejrzenie anemii sierpowatej lub hemoglobinopatii przeprowadzono badania w kierunku hemoglobinopatologicznych oraz wykonano testy adhezji limfocytów do białek tkanki łącznej – wyniki badań negatywne. Aby ustalić czynnik etiologiczny odpowiedzialny za proces zapalny błony naczyniowej, po wykluczeniu ognisk infekcji (konsultacja stomatologa, laryngologa, urologa) przeprowadzono szereg badań diagnostycznych w kierunku następujących schorzeń: toksokarozy, toksoplazmozy, boreliozy, sarkoidozy, gruźlicy, chorób reumatoidalnych (HLA B27 – wynik negatywny). Uzyskano wynik HLA DR 3(17). Przeprowadzono ANCA (*antineutrophil cytoplasmic antibody*), ANA (*antinuclear antibodies*), ENA (*extrable nuclear antigens*) i ds DNA (*double stranded DNA*) w kierunku chorób układowych nie znalezione. Wykonano kapilaroskopię i biopsję skórno-mięśniową – wyniki prawidłowe. Oznaczono również poziom D-dimerów (FDP) – jako markera zapalenia naczyń – wynik prawidłowy.

Ze względu na bardziej nasilone objawy zapalenia drobnych naczyń żylnych oraz nadal utrzymującą się leukopenię włączono leczenie steroidami. Zastosowano schemat leczenia zaproponowany przez immunologów: trzy dawki po 500 mg Solu-Medrolu, a następnie Encorton w dawce 40 mg zmniejszanej co 7 dni o 5 mg do dawki podtrzymującej, tzn. 10 mg.

Podczas pobytu w Klinice pacjent zaczął zgłaszać skargi na kłucie w okolicy serca i bóle głowy. Wykonano badanie metodą Holtera, w którym stwierdzono bradykardię zatokowo-oddechową, oraz USG serca, które wykazało wypadanie płatką przedniego i tylnego zastawki mitralnej z małą niedomykalnością oraz obecność struny rzekomej biegnącej równoległe do przegrody międzykomorowej. Jamy serca i kurczliwość prawidłowe. W EEG uzyskano zapis o zdegradowanym charakterze, świadczący o zmianach uogólnionych średniego stopnia. W badaniu neurologicznym poza brakiem prawnego odruchu podeszwowego nie stwierdzono odchyłań od normy. W badaniu tomograficznym mózgu wykazano poszerzenie komór mózgu bez uchwytnej przyczyny.

W badaniu rezonansu magnetycznego mózgu (NMR) stwierdzono liczne rozlane ogniska hiperintensywne w obrazach T2- i PD-zależnych, hipointensywne w obrazach T1-zależnych, nie ulegające wzmocnieniu po podaniu kontrastu. Zmiany były położone okołokomorowo w istocie białej, a także obecna była pojedyncza zmiana w konarze śródkowym mózgu na sklepiściści mózgu w górnej granicy normy. Obraz może odpowiadać procesowi demielinizacyjnemu do różnicowania z ewentualnym procesem zapalnym (brak wzmocnienia kontrastowego przemawia przeciwko aktywnemu procesowi zapalnemu).

Pacjent został skierowany do Kliniki Neurologicznej w celu przeprowadzenia dalszej diagnostyki i badania płynu mózgowo-rdzeniowego w kierunku stwardnienia rozsianego (SM). Wykonano badanie wzrokowych potencjałów wywołanych przez odwracalny wzorec szachowniczy przy stymulacji bodźcem o częstotliwości 1 Hz. Uzyskano obustronne wydłużenie latencji dominującej komponenty dodatniego, dyskretne po stronie prawej, a znacznego stopnia po stronie lewej, co wskazuje na obustronne, wyraźniejsze po stronie lewej zaburzenie przewodzenia w drogach wzrokowych. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego nie stwierdzono obecności białka monoklonalnego charakterystycznego dla stwardnienia rozsianego.

U pacjenta wystąpił jednak bardzo silnie manifestujący się zespół popunkcyjny charakterystyczny dla SM.

W trakcie rocznej obserwacji nie stwierdzono dalszej progresji zmian w ciele szklistym i w naczyniach siatkówki. Ostrość wzroku pozostała prawidłowa. Mimo leczenia Encortonem w dawce podtrzymującej 10 mg przez 8 miesięcy nadal utrzymywała się leukopenia (3,2-3,4 T/l). W kontrolnym badaniu NMR głowy obraz nie uległ zmianie.

Przeprowadzono badania u czworga rodzeństwa chorego (poza rodzicami i najstarszą siostrą mieszkającą za granicą).

Z odchyłań od stanu prawidłowego stwierdzono objawy zapalenia drobnych naczyń żylnych bez zmian w ciele szklistym u braci-bliźniaków (30 lat) oraz u 20-letniej siostry. Nie wykazano zmian naczyń żylnych u 15-letniej siostry. W badaniu NMR u braci-bliźniaków wykryto ogniska demielinizacyjne w ośrodkowym układzie nerwowym. W badaniach dodatkowych (morfologia, przeciwciała ANA, ANCA, ENA, ds DNA) oraz badaniu immunopatologicznym w kierunku komórek LE wycinka ze zdrowej skóry zmian nie stwierdzono. U jednego z bliźniaków wykryto leukopenię (3,4 T/l). Roczna obserwacja okulistyczna rodzeństwa wykazała stacjonarność uprzednio stwierdzonych zmian.

Omówienie

Etiologia zapalenia pośredniej części błony naczyniowej nie jest do końca poznana, nie ma bowiem testów laboratoryjnych potwierdzających rozpoznanie.

Wielu autorów uważa, że dużą rolę w patogeniezie tego schorzenia odgrywają czynniki autoimmunologiczne, o czym może świadczyć poprawa po zastosowaniu leczenia immunosupresyjnego i występowanie procesu zapalnego w innych schorzeniach o podłożu autoim-

munologicznym, np. stwardnieniu rozsianym (7, 9, 11, 13, 16).

Przedstawiony przez nas przypadek obustronnego zapalenia pośredniej części błony naczyniowej zasługuje na uwagę ze względu na towarzyszące objawy ogólne: utrzymującą się leukopenię o nie ustalonej etiologii, bradykardię i zmiany demielinizacyjne w ośrodkowym układzie nerwowym oraz występowanie zmian naczyń żylnych i demielinizacyjnych u rodzeństwa, bez objawów zapalenia błony naczyniowej.

Rodzinne występowanie zapalenia pośredniej części błony naczyniowej opisali po raz pierwszy Kimura i Hogan w 1963 r., a do chwili obecnej w literaturze ukazało się kilkanaście doniesień na ten temat (5, 8, 12).

Przyczyna rodzinnego występowania tego schorzenia nie jest znana. W niektórych przypadkach towarzyszy mu proces demielinizacyjny, co może wskazywać na tło immunologiczne. U naszego pacjenta i jego braci badanie NMR mózgu wykazało ogniska demielinizacji, ale nie towarzyszyły temu uchwytne objawy neurologiczne. Przeprowadzona szeroka diagnostyka umożliwiła wykluczenie schorzeń, w przebiegu których występuje odczyn zapalny w ciele szklistym: toksokarozy, toksoplazmozy, boreliozy, sarkoidozy, gruźlicy, zapalenia bakteryjnego czy grzybiczego (4, 5, 10, 11).

Dalsza obserwacja okulistyczna wykaze, czy przebieg schorzenia będzie stacjonarny, czy też wystąpi zaostrenie i pogorszenie widzenia spowodowane cystowatym obrzękiem plamki. Konieczne też będą dalsze kontrole neurologiczne.

Przedstawiając ten przypadek, pragniemy podkreślić również konieczność wnikliwego badania każdego chorego, nawet jeśli zgłasza się z banalnymi dolegliwościami spojówkowymi.

Piśmiennictwo

- Bloch-Michel E., Nussenblatt R.B.: *International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease*. Am. J. Ophthalmol., 1987, 103, 234-235.
- Boduch-Cieślińska K., Bartkowska-Orłowska M.: *Przypadek zapalenia części płaskiej ciała rzęskowego tzw. pars planitis*. Klin. Oczna, 1974, 44, 489-492.
- Böke W.: *Clinical picture of intermediate uveitis*. Dev. Ophthalmol. Basel, Karger, 1992, 23, 20-27.
- Breeveld J., Rothova A.: *Intermediate uveitis and Lyme borreliosis*. Br. J. Ophthalmol., 1992, 76, 181-182.
- Capone A., Aaberg T.M.: *Intermediate uveitis*. [w:] red. D.M. Albert, F.A. Jacobiec: *Principles and practice of ophthalmology*. W.B. Saunders Company, 1994, vol. 1, 26.
- Kaliska G., Kaluzny J., Szweja E., Mierzejewski A.: *Zastosowanie krioplikacji przezspojówkowej w przewlekłych zapaleniach części płaskiej ciała rzęskowego z zajęciem obwodu siatkówki i naczyńiówki*. Klin. Oczna, 1993, 95, 44-46.
- Kraus-Mackiw E., Alexandritis E.: *Intermediate uveitis and multiple sclerosis considerations and necessary consequences for treatment*. Dev. Ophthalmol., 1992, 23, 111-114.
- Lee A.G.: *Familial pars planitis*. Ophthalmic Genet., 1995, 16, 17-19.
- Malinowski S., Pulido J., Goeken N., Brown C., Folk J.: *The association of HLA-B8, B51, DR2 and multiple sclerosis*.

- rosis in pars planitis. *Ophthalmology*, 1993, 100, 1199-1205.
10. Nussenblatt R., Palestine A.: *Uveitis. Fundamentals and clinical practice*. Year Book, Med. Publishes, 1989, Chicago, London, 185-197.
 11. Rothova A., Buitenhuis H.J., Meenken Ch., Cees-Brinkman J.J., Linssen A., Alberts Ch., Luyendijk L., Kijlstra A.: *Uveitis and systemic disease*. *Br. J. Ophthalmol.*, 1992, 76, 137-141.
 12. Tehada P., Criado D.: *Pars planitis in a family*. *Int. Ophthalmol.*, 1994, 18, 111-113.
 13. Truedsson L., Sturfelt G., Johansen P., Nived O., Thureson B.: *Sharing of MHC haplotypes among patients with systemic lupus erythematosus from unrelated Caucasian multicas families: disease association with the extended haplotype (HLA-B8, SC01, DR17)*. *J. Rheumatol.*, 1995, 22, 1852-1861.
 14. Welch R.B., Maumenee A.E., Wahlen H.E.: *Peripheral posterior segment inflammation, vitreous opacities, and edema of posterior pole: pars planitis*. *Arch. Ophthalmol.*, 1960, 64, 540-549.
 15. Yoser S.L., Forster D.J., Rao N.A.: *Pathology of intermediate uveitis*. *Dev. Ophthalmol.*, 1992, 23, 60-70.
 16. Zierhut M., Foster C.S.: *Multiple sclerosis, sarcoidosis and other diseases in a patient with pars planitis*. *Dev. Ophthalmol.*, 1992, 23, 41-47.
- Praca wpłynęła do Redakcji 8 lipca 1998 r. (687)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1999, 101 (2): 135-137
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Przypadek zapalenia twardówki naśladującego czerniaka naczyńówki

Scleritis resembling choroidal melanoma

Agnieszka Polaczek-Kornecka¹, Barbara Mirkiewicz-Sieradzka¹, Jolanta Heitzman²,
Helena Żygulska-Mach¹

Abstract: The clinical manifestations of the disease, its course and response to the therapy were typical of the inflammatory state in the eye. However, magnetic resonance imaging suggested the presence of an intraocular tumour. Immunoscintigraphic studies using technetium – labelled antimelanoma antibodies initially and 9 months later yielded positive results with the increasing antibody titer. Fine-needle aspiration biopsy did not reveal the presence of neoplastic cells. The eyeball was removed due to a chronic inflammatory process and loss of vision. Histopathological examination demonstrated a tumour-like lesion with the signs of inflammatory infiltration without mitotic activity.

Słowa kluczowe: zapalenie twardówki, czerniak naczyńówki, ultrasonografia gałki ocznej, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, biopsja cienkoigłowa

Key words: scleritis, choroidal melanoma, eye ultrasonography, computed tomography, magnetic resonans imaging, fine-needle aspiration biopsy

Większość czerniaków naczyńówki można szybko i właściwie rozpoznać dzięki ogromnemu rozwojowi metod diagnostycznych. Niemniej jednak nadal zdarzają się przypadki, w których napotyamy trudności w diagnostyce różnicowej czerniaka naczyńówki. Do chorób, mogących naśladować czerniaka należy zapalenie twardówki, które mylnie rozpoznane może prowadzić nawet do usunięcia gałki ocznej (4-6, 9).

Opis przypadku

Chory S.K., lat 55, został przyjęty do Kliniki Okulistyki w Krakowie z rozpoznaniem zapalenia naczyńów-

ki i podejrzeniem czerniaka w prawej gałce ocznej. Od początku zachorowania przez rok pacjent był leczony najpierw w Oddziale Okulistycznym ZOZ nr 1, a następnie w Oddziale Ocznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Warszawie. Z wywiadu wynikało, że od roku występowało okresowo zadrażnienie oka z silnymi bólami i z tego powodu stosowano leczenie przeciwwzapalne. W dniu przyjęcia do krakowskiej Kliniki Okulistyki ostrość wzroku do dali wynosiła w oku prawym 0,8 z korekcją, w oku lewym 1,0 bez korekcji, ciśnienie wewnątrzgałkowe w oku prawym – 17 mm Hg, a w oku lewym – 16 mm Hg. Prawa gałka oczna była silnie zadrażniona spojówkowo i rzęskowo, głównie skroniowo – górą nad rąbkiem, gdzie stwierdzono znaczne poszerzenie naczyń nadtwardówkowych, ściężczenie twardówki i żywą bolesność dotykową. Błazka graniczna wewnętrzna wykazywała delikatne zroszenie, poza tym przedni odcinek był prawidłowy. W dniu oka prawego na dalekim obwodzie, w południku godz. 10.00-2.00 widoczna była uniesiona siatkówka, a bardziej obwodowo przeświecały masy biało-żółtej tkanki, umiejscowionej pod siatkówką. W badaniu ultrasonograficznym

¹ Z Katedry i Kliniki Okulistyki Collegium Medicum UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. Maria Starzycka

² Z Katedry Patomorfologii Collegium Medicum UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Stachura

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Lek. med. Agnieszka Polaczek-Kornecka
ul. Ciecchocińska 23
30-433 Kraków