

(35)

# Zapalenie tylnej części twardówki u dziecka – opis przypadku

## Scleritis posterior in child – case report

**Barbara Chipczyńska, Mirosława Grałek, Dorota Klimczak-Ślącza, Krystyna Kanigowska, Grażyna Sarti**

Z Kliniki Okulistyki Instytutu – Pomnika „Centrum Zdrowia Dziecka”  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Mirosława Grałek

**Summary:** We present the case of 13-years old girl with recurrent unilateral painful proptosis and associated with other ocular features: loss of vision, disc edema, macular edema, folds at the posterior pole. Ultrasound examination with CT scan were necessary to make the differential diagnosis of orbital tumors. The pathognomonic sign „T” on B scan was extremely essential in the clinical diagnosis of posterior scleritis.

**Słowa kluczowe:** zapalenie tylnego odcinka twardówki, cechy kliniczne, ultrasonografia gałki ocznej, tomografia komputerowa, różnicowanie.

**Key words:** posterior scleritis, clinical features, eye ultrasonography, computed tomography, differential diagnosis.

Zapalenie tylnej części twardówki występuje zazwyczaj u dorosłych, dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn (7), u dzieci rozpoznaje się je niezmiernie rzadko. Etiologia choroby u młodocianych jest najczęściej nieznaną, u dorosłych może być jednym z objawów choroby układowej. Na obraz kliniczny składają się przede wszystkim wytrzeszcz, objawy zapalenia tkanek oczodołu i zapalenie wewnątrzgałkowe o różnej intensywności, a także spadek ostrości wzroku. Ból i obniżenie ostrości wzroku bardzo często dominują, choć opisywano przebieg bezobjawowy (7,3). Złożoność obrazu klinicznego oraz ciężki przebieg choroby stwarzają duże trudności diagnostyczne i problemy terapeutyczne. Wczesne rozpoznanie i włączenie leczenia minimalizuje ryzyko trwałego obniżenia widzenia.

### Opis przypadku

Dziewczynka w wieku lat 13 przyjęta została do Kliniki Okulistycznej IP CZD z powodu nawracającego wytrzeszczu prawej gałki ocznej. Jak wynikało z wywiadu, było to trzecie zachorowanie w ciągu ostatniego roku. Steroidoterapia, zastosowana w innym ośrodku w czasie dwóch poprzednich rzutów choroby, powodowała dużą poprawę, ale po zakończeniu kuracji objawy powracały.

Wykonując badanie okulistyczne, stwierdzono w dniu przyjęcia w oku prawym obniżoną ostrość wzroku do dali  $V_{0d} = 0,7$  knp. i do bliży  $S_n = 0,75/30$  cm knp.,  $T_{od} = 26,0$  mmHg, bolesny obrzęk i przekrwienie powiek z towarzyszącym wytrzeszczem osiowym prawej gałki ocznej 3 mm (według egzoftalmometru Hertla) oraz nieznaczne ograniczenie ruchomości gałki ocznej we wszystkich kierunkach. W przednim odcinku oka obserwowano obrzęk śródbłonka rogówki i wysięk w komorze przedniej. Na dnie oka były obecne obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, torbielowaty obrzęk w plamce oraz pofałdowanie siatkówki w tylnym biegunie.

W lewej gałce ocznej nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego.

Ze względu na objawy sugerujące guz oczodołu wykonano badania z zakresu diagnostyki obrazowej, a w celu wykluczenia podłoża zapalnego i układowego choroby przeprowadzono szereg badań laboratoryjnych.

USG gałek ocznych i oczodołów w prezentacji B wykazało zmiany w tylnym odcinku gałki, polegające na pogrubieniu ściany gałki ocznej o ponad 2 mm (norma 0,8-2 mm) z towarzyszącym hipoechogennym obrzękiem torebki Tenona i pochewek nerwu wzrokowego (płyn w przestrzeni nadtwardówkowej).

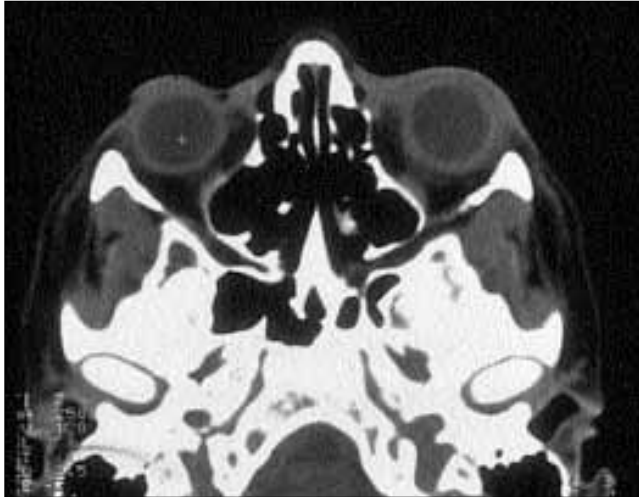


**Ryc. 1.** USG gałki i oczodołu lewego w prezentacji B, podłużne przyłożenie głowicy. Pogrubienie tylnej ściany gałki ocznej z płynem w torebce Tenona i pochewkach n. II.

**Fig. 1.** Longitudinal B – mode USG left eyeball and orbit. Thickening of the posterior coats of the eye together with fluid in the Tenon capsule and the optic nerve sheath.

Zmiany te tworzyły charakterystyczny obraz ultrasonograficzny litery T (ryc. 1).

Tomografia komputerowa oczodołów zobrazowała wyraźne pogrubienie ściany prawej gałki ocznej w porównaniu z lewą, z jednoczesnym wykluczeniem zmian rozrostowych w tkankach miękkich i ścianach kostnych oczodołu (ryc. 2).



Ryc. 2. Tomografia komputerowa oczodołów w projekcji osiowej. Pogrubienie ściany lewej gałki ocznej, bez zmian naciekowych tkanek miękkich ścian kostnych oczodołu.

Fig. 2. Axial CT scan of orbits. Scleral thickening of the left eye without orbital tumor.

Wykonane badania laboratoryjne nie pomogły w ustaleniu przyczyny schorzenia. Szukano tła etiologicznego w chorobach układowych (kolagenozie, sarkoidozie), autoimmunologicznych (orbitopatii endokrynej, chorobie Wegenera), reumatoidalnych, zapalnych (boreliozie, gruźlicy).

Na podstawie danych z wywiadu, istniejącego stanu klinicznego i typowego wyniku badania ultrasonograficznego rozpoznano u dziecka zapalenie tylnej części twardówki.

Ze względu na ciężki przebieg kliniczny w leczeniu zastosowano steroidoterapię, która u tych chorych wymaga długoterminowego podawania leku.

### Omówienie

Jak wynika z prac różnych autorów (1,9,10,11), zajmujących się diagnostyką i leczeniem zapalenia tylnego twardówki, choroba stwarza przede wszystkim problemy rozpoznawcze. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów w wieku rozwojowym. U dzieci występuje ona rzadziej niż u dorosłych, ma inny przebieg (10), najczęściej nie znajduje się jej przyczyny. Brak jest cech ogólnych choroby układowej, objawy miejscowe mogą być nieznaczne (10) lub mogą manifestować się bardzo burzliwie.

Najczęściej występującymi zmianami chorobowymi w grupie dzieci badanych przez Wooni i wsp. (11) oraz Walda i wsp. (10) były ból, obniżenie ostrości wzroku, obrzęk powiek, ograniczenie ruchomości gałki ocznej, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego i wysiękowe odwarstwienie siatkówki. W badaniu fluoroangiograficznym siatkówek (10) obserwowano rozproszone, przypominające nakłucia szpilką przecieki w warstwie nabłonka barwnikowego, z plackowatym zaleganiem w późnych fazach.

Autorzy (11,10,5,7) zgodnie podkreślają, że podstawowe dla rozpoznania zapalenia tylnej części twardówki jest badanie ultrasonograficzne gałek i oczodołów w prezentacji B.

W diagnostyce różnicowej, co zwłaszcza odnosi się do osób dorosłych, powinno się brać pod uwagę następujące choroby: chłoniaki (nawrotowy przebieg pomimo leczenia), czerniaki (w guzowej postaci zapalenia twardówki), ostre zapalenie tkanek miękkich oczodołu (guz rzekomy) (4,6,7,8,9,10). U dzieci różnicowania wymaga szczególnie ostre zapalenie tkanek oczodołu (11). Istnieje koncepcja, która zakłada, że zapalenie tylnej części twardówki i guz rzekomy oczodołu mogą być kontynuacją tego samego schorzenia, najprawdopodobniej o podłożu autoimmunologicznym (11).

Wytrzeszcz gałki ocznej w przebiegu zapalenia tylnej części twardówki może imitować guz oczodołu. Decydujące znaczenie diagnostyczne mają wówczas badania obrazujące, takie jak ultrasonografia gałki i oczodołu oraz CT (1,2,3). W badaniu USG w prezentacji B uzyskany obraz T uważany jest za objaw patognomiczny dla zapalenia tylnego odcinka twardówki. Rozstrzygająca dla rozpoznania wartość badania ultrasonograficznego jest podnoszona przez wielu autorów (1,7).

W opinii McCluskey'a i wsp., którzy analizowali dane dotyczące 137 chorych z zapaleniem tylnej części twardówki, tomografia komputerowa oczodołów pozwala wykluczyć zmiany rozrostowe tkanek i ścian kostnych oczodołu. Badanie to jest uznane za bardziej miarodajne niż MRI. Chaques i wsp. (2) wskazują także na większą przydatność badania CT niż MRI w diagnostyce *scleritis posterior*. Wartość badania tomograficznego zaś jest porównywalna z ultrasonograficznym.

W łagodnych postaciach choroby leczenie wymaga podawania leków przeciwzapalnych i niesteroidowych. Steroidoterapia trwająca od 1 roku do 2 lat jest zalecana w chorobie o ostrym przebiegu klinicznym, a w przypadkach opornych na leczenie dołącza się immunosupresję (1,5,7,10,11).

Przypadek przedstawiono ze względu na rzadkie występowanie choroby u dzieci, trudności diagnostyczne, a zarazem istotną przydatność badania ultrasonograficznego gałek i oczodołów.

### PIŚMIENNICTWO:

1. Biswas J., Mittal S., Ganesh S. K., Shetty N. S., Gopal L.: *Posterior scleritis: clinical profile and imaging characteristics*. Indian J. Ophthalmol., 1998, 46, 195-202.
2. Chaques V. J., Lam S., Tessler H. H., Mafee M. F.: *Computed tomography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of posterior scleritis*. Ann. Ophthalmol., 1993, 25, 89-94.
3. Demirci H., Shields C. L., Honavar S. G., Shields J. A., Bardenstein D. S.: *Long-term follow-up of giant nodular posterior scleritis simulating choroidal melanoma*. Arch. Ophthalmol., 2000, 118, 1290-1292.
4. Dorey S. E., Clark B. J., Christopoulos V. A., Lightman S.: *Orbital lymphoma misdiagnosed as scleritis*. Ophthalmology, 2002, 109, 2347-2350.
5. Kanski J. J.: *Okulistyka kliniczna*. Wydanie I polskie, (pod red.) Z. Zagórskiego, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 1977, 148-149.

6. Krist D., Wenkel H.: *Posterior scleritis associated with Borrelia burgdorferi (Lyme disease) infection*. *Ophthalmology*, 2002, 109, 143-145.
7. McCluskey P. J., Watson P. G., Lightman S., Haybittle J., Restori M., Branley M.: *Posterior scleritis. Clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients*. *Ophthalmology*, 1999, 106, 2380-2386.
8. Polaczek-Kornecka A., Mirkiewicz-Sieradzka B., Heitzman J., Żygulska-Mach H.: *Przypadek zapalenia twardówki naśladującego czerniaka naczyńiówki*. *Klin. Oczna*, 1999, 101, 135-137.
9. Popiela G., Niżankowska M. H., Słowik M., Koziorowska M.: *Obustronne, izolowane zapalenie tylnej części twardówki*. *Klin. Oczna*, 1997, 99, 331-334.
10. Wald K. J., Spaide R., Patalano V. J., Sugin S., Yannuzzi L. A.: *Posterior scleritis in children*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1992, 113, 281-286.
11. Woon W. H., Stanford M. R., Graham E. M.: *Severe idiopathic posterior scleritis in children*. *Eye*, 1995, 9, 570-574.

Praca wpłynęła do Redakcji 4.12.2003 r. (357).

Zakwalifikowano do druku 12.10.2004 r.

**Adres do korespondencji (Reprint requests to):**

dr n. med. Barbara Chipczyńska  
Klinika Okulistyki Instytutu – Pomnika  
„Centrum Zdrowia Dziecka”  
al. Dzieci Polskich 20  
04-736 Warszawa