



## Obrzęk powiek jako rzadki przejaw mononukleozy zakaźnej

Adrianna Marcinkowska, Sławomir Cisiecki, Karolina Bonińska, Maciej Bednarski

Oddział Okulistyczny, Miejskie Centrum Medyczne im. dr. Karola Jonschera, Łódź

### STRESZCZENIE

W pracy zaprezentowano przypadek 44-letniej pacjentki z obrzękiem powiek górnych z towarzyszącym powiększeniem ślinianek przyusznych. W badaniu poza obustronnym zapaleniem gruczołu łzowego nie stwierdzono odchyłań od normy ze strony przedniego

i tylnego odcinka gałki ocznej. Na podstawie manifestacji klinicznej ww. objawów oraz wyników badań dodatkowych stwierdzono mononukleozę zakaźną.

**SŁOWA KLUCZOWE:** obrzęk powiek, zapalenie gruczołu łzowego, mononukleozę zakaźną.

### WPROWADZENIE

Obrzęk powiek jest częstą przypadłością w codziennej praktyce okulistycznej. Trudność diagnostyczna wynika z wieloczynnikowej etiologii tego objawu. Obrzęk może być przejawem chorób powiek, struktur oczodołu lub stanowić manifestację choroby ogólnej.

Podstawą ustalenia odpowiedniego rozpoznania stanowi właściwie zebrany wywiad, staranne badanie palpacyjne powiek i okolicy oczodołu, a następnie oftalmoskopia pośrednia. Niejednokrotnie konieczna okazuje się diagnostyka obrazowa z badaniami laboratoryjnymi.

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek obustronnego, przewlekłego obrzęku powiek, będącego rzadkim przejawem mononukleozy zakaźnej.

### PRZYPADEK KLINICZNY

Pacjentka, lat 44, została przyjęta na oddział okulistyczny z powodu obrzęku powiek górnych trwającego od 1,5 miesiąca z towarzyszącym powiększeniem ślinianek przyusznych od 10 dni. Ogólnie zdrowa, żadnych leków nie przyjmowała. W trakcie badania przedmiotowego stwierdzono obustronny obrzęk powiek górnych z delikatnym zacerwienieniem skóry (rycina 1). W badaniu palpacyjnym powiększony obustronnie gruczoł łzowy z towarzyszącym powiększeniem oraz bolesnością obu ślinianek przyusznych. Struktury przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej zobrazowane w oftalmoskopii pośredniej nie odbiegały od normy. Przeprowadzony test Schirmera bez znieczulenia obuocznymi wykazał 5-milimetrowe zwilżenie bibuły filtracyjnej. W badaniu rezonansu magnetycznego (*magnetic resonance imaging* – MRI) oczodołów z kontrastem stwierdzono symetryczne powiększenie

obu gruczołów łzowych. Badanie MRI głowy z kontrastem wykazało niewielkie cechy powiększenia obu przyusznicy oraz pogrubienie śluzówki zatok przynosowych. Wykonane dodatkowo badanie ultrasonograficzne (USG) ślinianek potwierdziło obustronny obrzęk ślinianek przyusznych, bez cech adenopatii na szyi. W badaniu tomografii komputerowej (TK) jamy brzusznej opisano nieznaczne powiększenie wątroby. W wykonanych badaniach laboratoryjnych odnotowano podwyższone wartości aminotransferazy alaninowej (ALT) 34 U/l (norma < 33 U/l), bilirubiny całkowitej 1,9 mg/dl (norma < 1,1 mg/dl) oraz miana przeciwciał p/EBV IgM – 1,07 S/CO (dodatni > 1,00) i IgG – 38,77 S/CO (dodatni > 1,00). W morfologii krwi odchylenia od wartości prawidłowych pojawiły się w zakresie monocytów – 15,7% (norma 2,0–12,0), eozynocytów – 7,9% (norma 0–5,0) oraz PDW – 9,0 fl (norma 12,0–20,0); nie stwierdzono leukocytozy.

Biorąc pod uwagę całokształt obrazu klinicznego oraz wyniki badań dodatkowych, w diagnostyce różnicowej autorzy pracy wzięli pod uwagę mononukleozę zakaźną oraz zespół Sjögrena. Po zakończonej hospitalizacji pacjentka została skierowana do poradni chorób zakaźnych i reumatologicznej w celu dalszej kontroli, diagnostyki i ewentualnego leczenia.

Po miesiącu od hospitalizacji w trakcie wizyty kontrolnej w poradni okulistycznej pacjentka negowała występowanie zgłaszanych wcześniej dolegliwości. W badaniu w lampie szczelinowej brak odchyłań od normy ze strony przydatków oraz przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej. Ambulatoryjna konsultacja lekarza chorób zakaźnych wskazała na wystąpienie u pacjentki epizodu mononukleozy zakaźnej manifestującego się zajęciem gruczołów łzowych z samoograniczającym się przebiegiem niewymagającym farmakoterapii.

### AUTOR DO KORESPONDENCJI

lek. Adrianna Marcinkowska, Oddział Okulistyczny, Miejskie Centrum Medyczne im. dr. Karola Jonschera, ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź, e-mail: maradr@o2.pl



Rycina 1. Obustronny obrzęk powiek górnych nasilony w ich bocznej części z delikatnym zaczerwienieniem skóry zajętej okolicy



Rycina 2. Obraz kliniczny pacjentki po trzymiesięcznej obserwacji

Pacjentka oczekuje na konsultację reumatologiczną. W trakcie trzymiesięcznej obserwacji nie zaobserwowano nawrotu dolegliwości okulistycznych (rycina 2).

## DYSKUSJA

Ostre zapalenie gruczołu łzowego manifestuje się obrzękiem powiek, umiejscowionym w ich bocznej części, dając charakterystyczne esowate opadnięcie. Ponadto może występować obrzęk i zadrażnienie spojówki powiekowej, przyczyniając się do dolegliwości bólowych w górnoskroniowej części oczodołu [1, 2]. Etiologia tej jednostki chorobowej jest wieloczynnikowa, wśród przyczyn wymienia się wirusy, m.in. wirus świnki, Epsteina-Barr, cytomegalii oraz bakterie, m.in. *Staphylococcus aureus*, *Neisseria gonorrhoeae*, a także przewlekłe schorzenia, takie jak sarkoidoza czy zespół Sjögrena [1, 2].

Dostępna literatura naukowa wśród infekcji narządu łzowego podkreśla znaczenie wirusa Epsteina-Barr [1]. Mononukleozą zakaźną, którą wywołuje, jest ostrą chorobą przebiegającą z gorączką [3]. Okres wylegania wynosi 30–50 dni, a do trwającego 1–2 tygodni okresu rozwijających się stopniowo objawów prodromalnych należy zaliczyć ogólne złe samopo-

czucie i bóle głowy [4]. Obraz kliniczny jednostki chorobowej obejmuje zapalenie gardła, uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, hepatosplenomegalię oraz wysypkę skórą [3–6]. Mononukleozą zakaźną została po raz pierwszy powiązana z objawami okulistycznymi pod postacią obrzęku powieki górnej i stanem zapalnym gruczołu łzowego w 1950 roku [1, 3]. Prace naukowe podają, że wirus Epsteina-Barr może być prawdopodobną, choć rzadką, przyczyną wystąpienia jedno- lub obustronnego zapalenia narządu łzowego u pacjentów w młodym wieku [1, 4]. W literaturze opisywano również inne okulistyczne objawy związane z ostrą postacią tej choroby [3]. Najczęściej były to: zapalenie spojówek, światłowstręt i niewyraźne widzenie [3], natomiast rzadziej pojawiały się zapalenie nadtwardówki, zapalenie błony naczyniowej, zapalenie nerwu wzrokowego, obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, obrzęk siatkówki, wybroczyny siatkówkowe, porażenie mięśni zewnątrzgałkowych, opadnięcie powieki czy oczopląs [3, 7]. Objawy oczne przeważnie są odnotowywane w przypadku długotrwałej choroby [3].

Diagnoza mononukleozy zakaźnej jest oparta na objawach podmiotowych i przedmiotowych oraz badaniach laboratoryjnych krwi [4]. Wynik badania morfologii krwi bardzo często ukazuje leukocytozę z wysoce zróżnicowaną liczbą limfocytów oraz nietypowe, powiększone limfocyty, co jest charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej [8]. Wyniki badań immunologicznych zawierają wykrycie nieswoistych przeciwciał heterofilnych za pomocą odczynu Paula-Bunnella-Davidsohna lub przeciwciał swoistych przeciwko wirusowi Epsteina-Barr, korzystając z bardziej zaawansowanych technik [4]. Rhem i wsp. proponują całościową ocenę pacjentów z ostrym zapaleniem gruczołu łzowego [1]. W przypadku wystąpienia ostrych objawów stanu zapalnego gruczołu łzowego ze współwystępującym wytrzeszczem z ograniczeniem ruchomości gałki ocznej lub innymi niepokojącymi objawami zajęcia oczodołu występuje konieczność wykonania badania obrazowego lub biopsji gruczołu łzowego, aby wykluczyć proces naciekowy lub nowotworowy [1]. Przypadki pacjentów z towarzyszącą regionalną limfadenopatią mogą być częścią wirusowego zespołu i powinny być ocenione poprzez badanie laboratoryjne poziomu swoistych przeciwciał [1]. Serologiczna ocena infekcji wirusem Epsteina-Barr zawiera panel immunoglobulin [1]. Przeciwciała skierowane przeciwko antygenowi kapsydowemu wirusa są wykrywane z początkiem objawów klinicznych choroby, około 6 tygodni po ekspozycji [1]. Przeciwciała te klasy IgM ulegają spadkowi do niskiego poziomu po kilku tygodniach, podczas gdy przeciwciała klasy IgG utrzymują się bezterminowo [1]. Przeciwciała przeciwko antygenom jądrowym wirusa zwiększają miano kilka tygodni po wystąpieniu objawów infekcji i pozostają wykrywalne przez lata [1]. Obecność przeciwciał przeciwko antygenowi kapsydowemu z nieobecnością lub wzrostem przeciwciał przeciwko antygenom jądrowym wirusa jest diagnostyczna dla niedawnej infekcji wirusowej [1]. Jednakże bez izolacji wirusa albo wykrycia antygeny lub kwasu nukleinowego w wydzielinie gruczołu łzowego lub spojówki pozytywne

wyniki testów serologicznych wskazujące na infekcję wirusem Epsteina-Barr mogą pozostawać niewystarczające [1]. Badania z wykorzystaniem molekularnych technik diagnostycznych są potrzebne do ustalenia, czy infekcja wirusem Epsteina-Barr ma związek przyczynowy z zapaleniem gruczołu łzowego [1].

Zapalenie gruczołu łzowego typowo trwa 4–6 tygodni, a efekty miejscowego lub ogólnego leczenia przeciwzapalnego bądź przeciwwykazającego są trudne do oceny, ponieważ choroba ma zwykle samoograniczający się charakter [1, 3]. Dlatego też kwestia, czy zastosowanie terapii ma wpływ na skrócenie czasu choroby lub redukcję powikłań, pozostaje nadal do ustalenia [1].

Co ciekawe, pojawiły się również prace postulujące znaczenie wirusa Epsteina-Barr w patogenezie zespołu Sjögrena [4, 9, 10]. Związek ten sugerowany jest przez wykrycie antygenów wirusa Epsteina-Barr w tkance gruczołu łzowego [11] i ślinowego [10] pochodzącej od pacjentów z zespołem Sjögrena w ilości przekraczającej wykrytą w tkankach pochodzących od zdrowych osób, które również rozwinęły objawy zespołu Sjögrena, jak pacjenci niedługo po infekcji wirusem Epsteina-Barr [4, 9, 12]. Wysłunięto przypuszczenie, że rozwój zespołu Sjögrena po infekcji wirusa Epsteina-Barr u tych pacjentów może być wynikiem nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej na tego wirusa [4, 10–12]. Obecnie nie jest jasne, czy obecność wykrywalnego klinicznie ostrego zapalenia przyusznicy i/lub zapalenia gruczołu łzowego ma jakiegokolwiek znaczenie u tych pacjentów [4].

W diagnostyce różnicowej w rozważanym przypadku wzięto pod uwagę inne jednostki chorobowe, takie jak: idio-

patyczne zapalenie oczodołu, idiopatyczne zapalenie gruczołu łzowego, zespół Sjögrena, sarkoidozę, chłoniaka czy pierwotny guz gruczołu łzowego [13, 14].

U opisywanej pacjentki odnotowano obrzęk powiek górnych z obustronnie powiększonym gruczołem łzowym, nieznaczne powiększenie wątroby wraz ze wzrostem laboratoryjnych parametrów jej stanu zapalnego, a także dodatnie miana przeciwciał p/EBV w klasie IgM i IgG, co jest charakterystyczne dla mononukleozy zakaźnej – jednak bez typowej obecności leukocytozy. Jak pokazuje dostępna literatura naukowa, odnotowano już przykład infekcji mononukleozą u pacjenta pediatrycznego z zajęciem spojówki bez towarzyszącej leukocytozy [8]. Kolejną trudnością diagnostyczną stanowi wiek pacjentki. Doniesienia naukowe podają, że występowanie infekcji wirusem Epsteina-Barr szczególnie częste jest wśród młodzieży i dzieci [15, 16]. Biorąc pod uwagę całokształt obrazu klinicznego oraz pozytywne miana przeciwciał p/EBV, zdecydowano o ustaleniu rozpoznania obrzęku powiek w przebiegu mononukleozy zakaźnej.

Podsumowując – zapalenie gruczołu łzowego jest rzadkim powikłaniem mononukleozy zakaźnej [4]. Ryzyko tej infekcji powinno zostać rozważone w rozpoznaniu różnicowym ostrego zapalenia gruczołu łzowego, ponieważ jego zajęcie może przysłonić inne objawy podmiotowe i przedmiotowe mononukleozy zakaźnej, prowadząc do opóźnionego leczenia [3, 4].

## OŚWIADCZENIE

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Rhem MN, Wilhelmus KR, Jones DB. Epstein-Barr virus dacryoadenitis. *Am J Ophthalmol* 2000; 129: 372-375.
2. Bowling B, Kanski JJ. Kanski's clinical ophthalmology: a systematic approach. 2016.
3. Marchese-Ragona R, Marioni G, Staffieri A, de Filippis C. Acute infectious mononucleosis presenting with dacryoadenitis and tonsillitis. *Acta Ophthalmol Scand* 2002; 80: 345-346.
4. Aburn NS, Sullivan TJ. Infectious mononucleosis presenting with dacryoadenitis. *Ophthalmology* 1996; 103: 776-778.
5. Hurt C, Tammaro D. Diagnostic evaluation of mononucleosis-like illnesses. *Am J Med* 2007; 120: 911.e1-8.
6. Ishii T, Sasaki Y, Maeda T, et al. Clinical differentiation of infectious mononucleosis that is caused by Epstein-Barr virus or cytomegalovirus: A single-center case-control study in Japan. *J Infect Chemother* 2019; 25: 431-436.
7. Ostler HB, Thygeson P. The ocular manifestations of herpes zoster, varicella, infectious mononucleosis, and cytomegalovirus disease. *Surv Ophthalmol* 1976; 21: 148-159.
8. Chervenokoff JV, Rajak SN, Brittain PG, et al. Case report: a diagnostically challenging conjunctival mass caused by the Epstein-Barr virus. *BMC Ophthalmol* 2015; 15: 129.
9. Pflugfelder SC, Roussel TJ, Culbertson WW. Primary Sjögren's syndrome after infectious mononucleosis. *JAMA* 1987; 257: 1049-1050.
10. Fox RI, Chilton T, Scott S, et al. Potential role of Epstein-Barr virus in Sjögren's syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1987; 13: 275-292.
11. Pflugfelder SC, Crouse CA, Monroy D, et al. Epstein-Barr virus and the lacrimal gland pathology of Sjögren's syndrome. *Am J Pathol* 1993; 143: 49-64.
12. Gaston JS, Rowe M, Bacon P. Sjögren's syndrome after infection by Epstein-Barr virus. *J Rheumatol* 1990; 17: 558-561.
13. Laver NMV. Pathology of the Conjunctiva, Orbit, Lacrimal Gland, and Intraocular Tumors, in Gnepp's Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck (Third Edition), Gnepp DR, Bishop JA (eds.). Elsevier, Oxford 2021; 1098-1150.
14. Gordon LK. Orbital inflammatory disease: a diagnostic and therapeutic challenge. *Eye (Lond)* 2006; 20: 1196-1206.
15. Vaivanjikul J, Boonsiri K. Conjunctival tumor caused by Epstein-Barr virus-related infectious mononucleosis: Case report and review of literature. *Orbit* 2017; 36: 91-94.
16. Ebell MH. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1279-1287.