

(16)

Zapalenie naczyń siatkówki – przyczyny, diagnostyka, leczenie

Retinal vasculitis – causes, diagnosis, treatment

Joanna Brydak-Godowska, Ewa Dróbecka-Brydak

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

Summary: Particular types of retinal vasculitis are described and discussed: primary (idiopathic) and secondary to bacterial, viral, fungal, parasite infections and retinal vasculitis coexisting with systemic disease. Symptoms depend on the size and location of the vessels involved. Retinal vasculitis is often accompanied by uveitis.

Słowa kluczowe: zapalenie naczyń, zapalenie błony naczyniowej.

Key words: retinal vasculitis, uveitis.

Zapalenie naczyń (*vasculitis*) jest procesem charakteryzującym się uszkodzeniem ściany naczyń najczęściej na tle zaburzeń immunologicznych. Krążące kompleksy immunologiczne, odkładając się w ścianie naczyń, doprowadzają do uszkodzenia śródbłonka, powstania zakrzepicy i martwicy. Na skutek zwiększonej przepuszczalności naczyń tworzą się okołonaczyniowe lub śródścienne nacieki komórkowe złożone z limfocytów, granulocytów i monocytów (1,2).

Przeciek ze zmienionych zapalnie naczyń siatkówki jest przyczyną powstania wybroczyn, obrzęku siatkówki i twardych wysięków utworzonych przez lipidy, lipoproteiny i makrofagi. Zamknięcie naczyń włosowatych siatkówki powoduje powstanie ognisk miękkich. Obecność tych zmian, a także powstanie osłonek wzdłuż ścianek naczyń, świadczy o aktywnym procesie zapalnym.

Zapalenie naczyń siatkówki (z.n.s.) może dotyczyć wyłącznie jednego układu naczyniowego (tętniczki, kapilary, żyłki) lub obejmować je wszystkie, najczęściej jednak dotyczy naczyń żylnych.

Wyróżnia się dwie główne przyczyny z.n.s.: pierwotne (idiopatyczne) i wtórne (infekcyjne, towarzyszące chorobom układowym) (3).

Z.n.s. idiopatyczne jest procesem izolowanym, niezwiązanym z współistniejącą chorobą oczu lub schorzeniem układowym. Do zapaleń idiopatycznych należy choroba Ealsa, retinohoroidopatia typu birdshot i zespół oszronionej gałki.

Pierwotnym z.n.s. mogą towarzyszyć różnorodne nieprawidłowości immunologiczne, takie jak zwiększenie populacji limfocytów T, a zwłaszcza subpopulacji CD4+, zwiększenie ekspresji receptorów dla IL-2 i obecność przeciwciał antyfosfolipidowych (4).

Wtórne z.n.s. występują w przebiegu infekcji bakteryjnych (kiła, gruźlica), wirusowych (CMV, *Herpes*), grzybiczych (kryptokokkoza), pasożytniczych (toksoplazmoza) lub współistniejących chorób układowych (sarkoidoza, układowy toczeń rumieniowaty, guzkowe zapalenie tętnic, ziarniniak Wegenera, choroba Behçeta, stwardnienie rozsiane, choroba Hortona).

W tabeli I przedstawiono najczęstsze choroby oczu i choroby ogólnoustrojowe, w przebiegu których obserwuje się zapalenie naczyń siatkówki.

W ich przebiegu obserwuje się typowy dla danej jednostki chorobowej obraz oftalmoskopowy.

Objawy oczne towarzyszące z.n.s. mogą być bardzo różnorodne. Ma to związek nie tylko z etiologią stanu zapalnego, ale również z rodzajem i kalibrem zajętych naczyń.

Uszkodzenie naczyń tętnicznych (*arteritis*) jest charakterystyczne dla infekcji wirusowych (ostra martwica siatkówki) i niektórych schorzeń układowych (toczeń, guzkowe zapalenie tętnic). Uszkodzenie naczyń żylnych (*phlebitis*) występuje w przebiegu sarkoidozy, SM, w pierwotnych zapaleniach naczyń i związanych z HLA B27 zapaleniach błony naczyniowej (1,3).

Z.n.s. przebiega odmiennie, jeśli chodzi o kaliber i rodzaj zajętych naczyń. Gdy proces zapalny dotyczy drobnych naczyń obwodowych, może przebiegać bezobjawowo. Obwodowe zapalenie naczyń żylnych może być wówczas nierozpoznane, chorzy zgłaszają się zazwyczaj z powodu pogorszenia widzenia, spowodowanego obrzękiem plamki lub zmianami zapalnymi w ciele szklistym (zapalenie części pośredniej błony naczyniowej), co obserwuje się w SM i sarkoidozie (2,3). Uszkodzenie większego kalibru naczyń żylnych może doprowadzić do wybroczyn, obrzęku, wylewu krwi do ciała szklistego i neowaskularyzacji (choroba Ealsa).

Zmianom naczyniowym może towarzyszyć odczyn zapalny ze strony błony naczyniowej o różnorodnym nasileniu i lokalizacji. Z.n.s. może być rozpoznane oftalmoskopowo po maksymalnym rozszerzeniu źrenic, a w niektórych przypadkach uwidacznia się ono dopiero po wykonaniu angiografii fluoresceinowej, która dostarcza najwięcej informacji o stanie naczyń, wykazując brak przepływu, uszkodzenie bariery naczyniowo-siatkówkowej w stanach zapalnych lub neowaskularyzację.

Diagnostyka zapalenia naczyń u chorych, bez dotychczas rozpoznanej współistniejącej choroby układowej, jest niezwykle trudna i czasochłonna, wymaga niekiedy wykonania wielu badań dodatkowych (1,6).

Zastosowane leczenie zależy od etiologii stanu zapalnego, typu, kalibru, lokalizacji zajętych naczyń i ryzyka wystąpienia powikłań. W przypadkach niewielkich zmian obwodowych bez zagrożenia wystąpienia obrzęku siatkówki zalecana jest dalsza obserwacja okulistyka. W zapaleniach idiopatycznych z tendencją do progresji lekami z wyboru są kortykosteroidy, które powinny być stosowane początkowo w dużych dawkach, systematycznie zmniejszanych w zależności od tempa regresji zmian.

W przypadkach opornych na leczenie kortykosteroidami i w przebiegu chorób układowych stosuje się inne leki immunosupresyjne, np. cyklosporynę, tacrolimus, metotrexat, cyklofosfamid czy mycofenolan mofetilu. Współistnienie neowaskularyzacji, wylewów krwi do ciała szklonego wymaga fotokoagulacji laserowej i witraktomii (7,8).

Z dostępnej literatury wynika, że ostatnio rozpoznaje się nowe jednostki chorobowe, w których zmianom na dnie oczu towarzyszy zapalenie naczyń, m.in. IRVAN (Idiopathic Retinal Vasculitis, Aneurysms and Neuroretinitis), Acute Multifocal Hemorrhagic Retinal Vasculitis czy Bilateral Iridocyclitis with Retinal Capillaritis (9,10,11).

Pomimo wciąż doskonalszych technik laboratoryjnych i obrazowych przyczyna z.n.s. u około połowy diagnozowanych pacjentów nadal pozostaje nieznana (12).

Piśmiennictwo:

1. Ayliffe W.: *Retinal vasculitis*. In Foster C.S., Vitale A.T. *Diagnosis and Treatment of Uveitis*; W.B. Saunders Company 2002, 77, 822-843.
2. Bisighini S.L., Pagliuso L.M.: *Retinal vasculitis: a diagnostic dilemma. Clinical review*. *Clinical Eye and Vision Care*, 1997, 9, 71-84.
3. Rahi A.H., Tabbara K.F.: *Retinal vasculitis: Pathogenesis and laboratory investigations*. *Int. Ophthalmol. Clin.* 1995, 35, 93-105.
4. Wiechens B., Schroder J.O., Potzsch B., Rochels R.: *Primary antiphospholipid antibody syndrome and retinal occlusive vasculopathy*. *Am. J. Ophthalmol.*, 1997, 123, 848-50.
5. Opremac EM.: *Collagen disorders: Retinal manifestations of collagen vascular diseases*. In: Albert DM, Jakobiec FA eds. *Principles and Practice of Ophthalmology*, 2nd ed. Saunders, 2000, 2176-2185.
6. Stanford M.R., Verity D.H.: *Diagnositic and therapeutic approach to patients with retinal vasculitis*. *Int. Ophthalmol. Clin.*, 2000, 40, 69-83.
7. Palmer H.E., Stanford MR, Sanders MD, Graham EM.: *Visual outcome of patients with idiopathic ischemic and non-ischemic retinal vasculitis*. *Eye*, 1996, 10, 343-348.

Choroby oczu przebiegające z zapaleniem naczyń siatkówki	Choroby autoimmunologiczne i układowe	Układowe zapalenia naczyń	Choroby infekcyjne przebiegające z zapaleniem naczyń siatkówki	Zespoły maskujące
Choroba Ealsa	Sarkoidoza	Układowy toczeń trzewny	Gruźlica	Retinoblastoma
Zapalenie części pośredniej błony naczyniowej	Choroba Leśniowskiego-Crohna	Sklerodermia	Kiła	Melanoma
Chorioretinopatia typu birdshot	Choroba Buergera	Ziarniak Wegenera	Choroba kociego pazura	Chłoniak
Zapalenie naczyń typu oszronionej gałązki (Frosted branch angitis)	Choroba reumatyczna	Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic (tętnicy skroniowej)	Borelioza	Przerzut
Zapalenie współczulne	Zespół Sjögrena	Zapalenie tętnic Takayasu	Choroba Whipple'a	
Zespół Voght–Koyanagi–Harady	Zapalenie błony naczyniowej z towarzyszącym antygenem HLA B-27	Guzkowate zapalenie tętnic	Toksoplazmoza	
Idiopatyczne zapalenie naczyń siatkówki z towarzyszącą tętniakowatością, zapaleniem siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego (Idiopathic retinal vasculitis, aneurysms, and neuroretinitis IRVAN)	Stwardnienie rozsiane	Zespół Churg-Straussa	Ostra martwica siatkówki	
Obustronne zapalenie tęczęwki i ciała rzęskowego z towarzyszącym zapaleniem kapilar siatkówki (BIRC–bilateral iridocyclitis with retinal capillaritis)	Choroba Behçeta	Leukocyto-klastyczne zapalenie naczyń skóry	CMV–retinitis	
Ostre krwotoczne wieloogniskowe zapalenie naczyń siatkówki	Zespół Susaca (mikroangiopatia naczyń siatkówki, mózgu i ślimaka)	Nawrotowe zapalenie chrząstek	Candidiaza	

Tab. I. Choroby, w przebiegu których obserwuje się zapalenie naczyń siatkówki.

Tab. I. Disorders associated with retinal vasculitis.

8. Jabs D.A., Rosenbaum J.T., Foster C.S. i wsp.: *Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders: Recommendations of an expert panel*. Am. J. Ophthalmol., 2000, 130, 492-513.
9. Chang T.S., Aylward G.W., David J.L.: *Idiopathic retinal vasculitis, aneurysms and neuroretinitis*. Ophthalmology, 1995, 102, 1089-1097.
10. Blumenkranz M.S., Kaplan H.J., Clarkson J.G. et al.: *Acute multifocal hemorrhagic retinal vasculitis*. Ophthalmology, 1988, 95, 1663-1672.
11. Matsuo T., Matsuo N.: *Bilateral iridocyclitis and retinal capillaritis in juveniles*. Ophthalmology, 1997, 104, 939-944.
12. Rothova A, Suttrop-Schulten MSA, Treffers WF, et al.: *Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease*. Br. J. Ophthalmol., 1996, 80, 332-336

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

Praca wpłynęła do Redakcji 05.12.2006 r. (905)
Zakwalifikowano do druku 20.12.2006 r.

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

IX Forum Okulistyki Dziecięcej

25-26 maja 2007 r., Augustów (Hotel „Warszawa”)

Organizator

Klinika Okulistyki Dziecięcej w Białymstoku

Tematy główne:

Schorzenie powierzchni oka u dzieci i młodzieży

Jaskra u dzieci i młodzieży

W dniu 25.05.2007 r. odbędą się wybory do Zarządu Sekcji Okulistyki Dziecięcej.

Ostateczny termin rejestracji i przyjmowania opłat zjazdowych upływa dn. 28.02.2007 r.

Wpłaty należy kierować na konto:

Podlaski Oddział Okulistyczny PTO

Bank Millenium 179

Oddział Białystok, ul. Skłodowskiej 4

Nr konta 1611602202000000075564583

koniecznie z dopiskiem: Forum Okulistyki Dziecięcej

Informacje o Forum, formularze zgłoszeń uczestnictwa i streszczeń prac znajdują się na stronie internetowej www.okuldz.tmatic.pl

Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk
Kierownik Kliniki Okulistyki Dziecięcej AM w Białymstoku