

12. Rauber A.: *Observations on the idioblasts of Dieffenbachia*. J. Toxicol. Clin. Toxicol., 1985, 23, 2-3, 79-90.
13. Riede B.: *Eye injuries with the juice plant Dieffenbachia seguine*. Dtsch. Gesundheitswes., 1971, 26, 73-76.
14. Van Heijst A.N., Pikaaren S.A.: *Dieffenbachia; form arrow poison to house plant*. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1977, 121, 50, 1996-1999.

15. Schubert M., Herwig R.: *Mieszkamy wśród kwiatów*. PWRiL, Warszawa, 1988, 192-194.

Praca wpłynęła do Redakcji 3 czerwca 1996 r. (453)

Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1996, 98 (4): 315-317
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Ostre objawy oczne w przebiegu zespołu Stevens-Johnsona

Acute ocular symptoms in Stevens-Johnson Syndrome

Tadeusz Kęćik, Dorota Kopacz, Lidia Portacha, Tomasz Rogoziński¹,
Iwona Świtka-Więćławska, Mirosław Żydecki, Piotr Maciejewicz

Abstract: A case of a 38-year-old man with acute ocular manifestation and severe dermatological lesions of Stevens-Johnson syndrome is presented. Intensive ophthalmological care may prevent long-term complications such as symblepharon, dry eye syndrome and corneal lesions.

Słowa kluczowe: zespół Stevens-Johnsona, zmiany oczne, leczenie miejscowe, ogólne

Key words: Stevens-Johnson Syndrome, ocular manifestation, local care, systemic therapy

Zespół Stevens-Johnsona (*Syndrome Stevens-Johnson, ZSJ*) jest zespołem najczęściej wywołanym przez leki. Występują w nim zmiany na błonach śluzowych wokół otworów naturalnych narządów płciowych, przewodu pokarmowego i w oczach. Zmiany skórne, jeżeli się pojawiają, zajmują 10% powierzchni ciała. Charakterystyczna jest ich bolesność oraz podwyższona ciepłota ciała. Objawy ustępują w ciągu 3-6 tygodni. Stan ogólny może być bardzo ciężki (1, 5).

Objawy oczne w ZSJ to: zmiany na skórze powiek, ostre zapalenie spojówek z wybroczynami i obfitą wydzieliną, zrosty spojówkowo-gałkowe, ubytki nabłonka, zapalenie powierzchniowe i głębokie rogówki, zespół suchego oka. Powikłania oczne występują w ponad 50% przypadków (3, 4, 6-8, 10), a u większości chorych pozostają trwale uszkodzenia. Publikując opis tego przypadku, pragniemy przedstawić postępowanie lecznicze, które skutecznie ochroniło przed powstaniem nieodwracalnych zmian w narządzie wzroku.

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

¹Z Katedry i Kliniki Dermatologii AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Maria Kostanecka-Błaszczak

Adres do korespondencji (Reprint requests to)
Prof. dr hab. Tadeusz Kęćik
ul. Prosta 2/14 m 35
00-850 Warszawa

Opis przypadku

38-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Dermatologii AM w Warszawie z powodu licznych plam naczyniowych o wymiarach 3x8 mm, rozsianych na tułowiu, głowie i kończynach (ryc. 1). Ponadto stwierdzono: na mosznie sączącą nadżerkę; język, policzki, wargi i napletek pozbawione nabłonka; na języku głęboką nadżerkę pokrytą skrzepem (ryc. 2). Cztery dni przed manifestacją zmian rumieniowych chory obserwował



Ryc. 1. Zespół Stevens-Johnsona: ograniczone, okrągłe zmiany rumieniowe na skórze tułowia
Fig. 1. Stevens-Johnson syndrome: erythematous lesions on the trunk skin



Ryc. 2. Zespół Stevens-Johnsona: ograniczone zmiany rumieniowe na skórze twarzy, powiekach oraz głębokie nadżerki warg i jamy ustnej, pokryte czarnymi strupami

Fig. 2. Stevens-Johnson syndrome: erythematous lesions on the facial skin, eyelids and deep erosions of lips and oral cavity covered with black crusts

rumieniowo-obrzękowe ognisko na wardze dolnej (*herpes recidivans?*). Dwa dni później, z powodu bólu głowy i gardła, pacjent przyjął: Pyralginum à 0,2, Pyramidonum à 0,5, Polopirynę à 0,5. Badanie okulistyczne wykazało: zmiany rumieniowe skóry powiek oraz nadżerki ich brzegów; w workach spojówkowych obfita, surowiczo-ropną wydzielinę oraz białoszare błony, po usunięciu których stwierdzono erozję nabłonka rogówek i ubytki nabłonka spojówek. Błony te szybko się odwarzały, jednak zaobserwowano tendencję do powstawania złepów i wzrostów spojówkowo-gąłkowych (ryc. 3). Zastosowano następujące leczenie: Ultracorton H 200 mg dziennie, dożylnie, przez 5 dni; Encorton początkowo 100 mg dziennie, potem 30-20 mg dziennie przez 11 dni; PWE, 5% Glukoza dożylnie.

Zmiany skórne leczono okładami z soli fizjologicznej. Jamę ustną pędzlowano roztworem Nystatyny. Ze względu na obfita wydzielinę, worki spojówkowe przemywano solą fizjologiczną co godzinę w ciągu dnia i co 2 godziny w nocy, a następnie (zgodnie z wynikiem antybiogramu) zakraplano 1% roztwór Ryfamycyny. Co 2 godziny w dzień i co 4 godziny w nocy zakraplano olej sylikonowy. Wobec dużej skłonności do złepów i wzrostów spojówki powiekowej i gąłkowej, 5-6 razy dziennie wykonywano masaż załamek spojów-

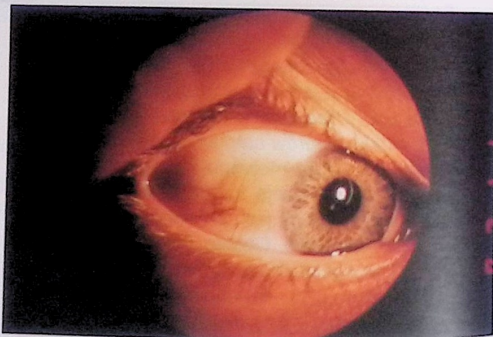


Ryc. 3. Zespół Stevens-Johnsona: nadżerki brzegów powiek oraz błony rzekome ze złuszczonej śluzówki

Fig. 3. Stevens-Johnson syndrome: erosions of eyelids edges and pseudomembranes from desquamated mucosa

ki, usuwając przy tym błoniasty, włóknisty wysięk i tkanki nekrotyczne.

Po 4 dniach, gdy nastąpiła wyraźna poprawa, krople podawano co 2 godziny w dzień i co 4 godziny w nocy, masaż załamek wykonywano 3 razy dziennie. W ciągu kolejnych 6 dni objawy dermatologiczne i okulistyczne praktycznie ustąpiły, mimo to jeszcze przez kilka dni zakraplano antybiotyki (4 razy dziennie) i olej sylikonowy (2 razy dziennie). Chory został wypisany w 24. dobie hospitalizacji bez zmian na skórze i śluzówkach. Narząd wzroku nie wykazywał odchyłań od normy (ryc. 4).



Ryc. 4. Zespół Stevens-Johnsona: stan po wyleczeniu

Fig. 4. Stevens-Johnson syndrome after recovery

Omówienie

W 1917 roku Fissinger i Rendu opisali chorobę skóry i błon śluzowych, w której dochodziło do powstania zmian w okolicy otworów naturalnych ciała, nadając jej nazwę: *Ectodermosis pluriofficialis erosiva*. Pięć lat później, amerykańscy pediatrzy – Stevens i Johnson – opisali zespół zmian skórnych i błon śluzowych znany obecnie jako zespół Stevens-Johnsona. Jak wynika z opisu, oba zespoły chorobowe można uważać za synonimy (3, 4).

Zespół Stevens-Johnsona (ZSJ), uznawany za postać rumienia wielopostaciowego (RW), został niedawno wyodrębniony na podstawie osobnych objawów klini-

nicznych (2) i obecnie znajduje się w spektrum toksycznej nekrolizy naskórkowej. Czynnikiem wywołującym ZSJ są w 70-90% leki, z których najczęściej wymieniamy Fenytoinę, Sulfonamidy, Penicylinę, Aminofenazon i ich pochodne. W przedstawionym przypadku przyczyną choroby były najprawdopodobniej pochodne Aminofenazonu. ZSJ w 30% przypadków rozpoczyna się pseudogrypowymi objawami prodromalnymi. Charakterystyczne dla ZSJ zajęcie błon śluzowych, w omawianym przypadku, dotyczyło jamy ustnej, nosogardzieli, narządów płciowych i spojówek obu oczu. Płonicopodobne zmiany rumieniowe oraz nietypowe ogniska „target” (przypominające tarczę strzelecką, koncentrycznie ułożone pierścienie rumieniowe) występowały przede wszystkim na tułowiu, różniąc się umiejscowieniem od RW (2). W przypadku naszego pacjenta nie doszło do zajęcia narządów wewnętrznych (1), dzięki czemu nastąpiła szybka poprawa stanu ogólnego. Symptomy oczne w ZSJ to: zmiany rumieniowe, a nawet martwicze, skóry, powiek i spojówek, przekrwienie, obrzęk, wybroczyny do spojówki gąłkowej, obfita wydzieliną surowiczo-ropna, obecność błon rzekomych, tworzenie się wzrostów spojówkowo-gąłkowych, uszkodzenie rogówki (ubytki, zapalenie powierzchowne, miąższowe, czasami owrodzenie). Wskutek zmian w spojówce dochodzi do zarostania kanalików łzowych i zniszczenia komórek śluzowych spojówki. Może rozwinąć się zespół suchego oka.

Postępowanie lecznicze polega na troskliwym pielęgnowaniu chorego, wyrównywaniu zaburzeń wodno-elektrolitowych, niedoborów pokarmowych. Podawanie sterydów wydaje się korzystne w ciężkich postaciach zespołu, choć wzbudza pewne kontrowersje (8, 9). Uważa się, że wczesne i krótkotrwałe podanie ogólnie leku jest korzystne, natomiast długotrwałe podawanie utrudnia gojenie się ran i zwiększa ryzyko wystąpienia uogólnionego zakażenia (5). Bardzo ważna jest ochrona przed nadkażeniem zmian skórnych i śluzówkowych. Obfita wydzieliną w worku spojówkowym jest doskonałą pożywką dla bakterii, dlatego też konieczne jest szybkie wykonanie badania bakteriologicznego (posiew i antybiogram) w celu zastosowania kropli z odpowiednim antybiotykiem. Zapobiega to wtórnym infekcjom (stany zapalne, wrzody rogówki) (8, 9, 10). Błoniasty wysięk mocno przywiera do spojówki i powoduje powstanie nie tylko wzrostów spojówkowo-gąłkowych, lecz także zatyka kanalik łzowy, prowadząc do ich zarostania, oraz niszczy gruczoły śluzowe, czego następstwem jest zespół suchego oka.

Dlatego też ważne jest oczyszczanie worka spojówkowego z wydzieliny i masaż załamek. Zakraplanie oleju sylikonowego wydaje się potrzebne nie tylko ze względu na jego właściwości „smarujące”; jest on przepuszczalny dla gazów, więc nie upośledza oddychania tkanek.

Ochrona przed wtórną infekcją, oczyszczenie worka spojówkowego z zalegającej wydzieliny, częsty masaż załamek oraz zakraplanie oleju sylikonowego skutecznie zapobiega trwałym uszkodzeniom narządu wzroku w przebiegu ZSJ.

Piśmiennictwo

1. Avakin R., Flowers F.P., Araujo O.E., Ramos-Caro F.A.: *Toxic Epidermal Necrolysis*. J. Am. Acad. Dermatol., 1991, 25, 69-79.
2. Bastuji-Garin S., Rzyan B., Stern R.S., Shear N.H., Naldi L., Roujeau J.C.: *Clinical Classification of Cases of Toxic Epidermal Necrolysis, Stevens-Johnson Syndrome and Erythema Multiforme*. Arch. Dermatol., 1993, 128, 92-96.
3. Brodsky A., Aparie I., Argeri C., Goldenberg D.: *Stevens-Johnson Syndrome; Distress and Acute Renal Failure Due to Synergic Bleomycin-Cisplatin Toxicity*. J. Clin. Pharmacol., 1989, 29 9, 821-823.
4. Chan H.L., Stern R.S., Arnolt K.A., Langlois J., Jick S.S., Jick H., Walker A.M.: *The incidence of Erythema Multiforme, Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis*. Arch. Dermatol., 1990, 126, 43-47.
5. Helebian P., Corder V., Herndon D. i wsp.: *A burn center experience with toxic epidermal necrolysis*. J. Burn. Care Rehabil., 1983, 4, 176-183.
6. Jabłońska S.: *Choroby skóry. Rumień wielopostaciowy. Zespół Stevens-Johnsona*. PZWL, 1980, 191-195.
7. Kelley W.N.: *Internal Medicine*. Lippincott, 1989, 1054-1055.
8. Parrish J.A.: *Dermatological and skin care*. McCrow-Hill Book Co., 1975.
9. Patterson R., Dykiewicz M.S., Gonzales H., Granner L.C., Green D., Greenberg P.A., McGrath K.G., Walker C.L.: *Erythema Multiforme and Stevens-Johnson Syndrome. Descriptive and Therapeutic controversy*. Chest, 1990, 98, 331-336.
10. Prendiville J.S., Herbert A.H., Greenvald M.J., Estenly N.B.: *Management of Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis in children*. J. Pediatr., 1989, 115, 881-887.

Praca wpłynęła do Redakcji 26 maja 1995 r. (326)