

ALICJA MOSZCZYŃSKA-KOWALSKA,  
DARIUSZ KĘCIK i ANDRZEJ KAMIŃSKI

## Centralne zapalenie siatkówki w przebiegu kiły

CENTRAL RETINITIS IN THE COURSE OF SYPHILIS

Presentation of a patient with 2nd grade syphilis who showed pathological ocular changes of syphilitic background.

HASŁA: kiła, centralne zapalenie siatkówki, objaw Argyll-Robertsona

KEY WORDS: syphilis, central retinitis, Argyll-Robertson's sign

Angiografia fluoresceinowa ujawniła w okolicy plamkowej pola ziarnistej hiperfluorescencji — ubytki w warstwie barwnikowej siatkówki. Obraz ten może odpowiadać zmianom zapalnym lub degeneracji tapetoretinalnej (ryc. 1). Adaptacja do ciemności, ERG i EOG były prawidłowe. U pacjenta przeprowadzono badanie reakcji źrenic na błysk świetlny po 30 min. adaptacji do ciemności. Amplituda reakcji wynosiła 5%. Reakcja źrenic na konwergencję była zachowana.

Badania ogólne (morfologia krwi wraz z rozmazem, OB, elektrolity, cukier we krwi, badanie ogólne moczu) były prawidłowe. W badaniach serologicznych w kierunku kiły stwierdzono: VDRL 1:32, FTA/ABS+, FTA 1/8000 j.

Pacjenta skierowano do Instytutu Wenerologii, gdzie był hospitalizowany i poddany leczeniu penicyliną krystaliczną 240 000 000 j. oraz prokainową 24 000 000 j. W trakcie hospitalizacji pacjent był pod systematyczną kontrolą okulistyczną. W kolejnych kontrolnych badaniach stwierdzono nieznaczną poprawę ostrości wzroku, ustąpienie przekrwienia spojówek, zmniejszenie się żółtych ognisk w tylnym biegunie gałki ocznej. Kontrolne badanie angiograficzne nie wykazało świeżych ognisk zapalnych. Stwierdzono również powolne obniżanie się odczynów serologicznych FTA do 1/4000 j. Ostrość wzroku pozostała obniżona. W kontrolnych badaniach reakcji źrenic nie stwierdzono poprawy.

### OMÓWIENIE

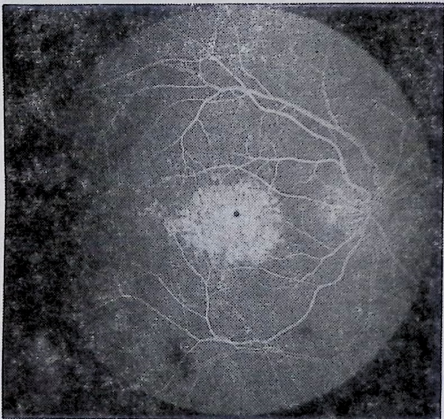
W przebiegu kiły zmiany w narządzie wzroku mogą wystąpić w każdym jej okresie. Najczęściej dotyczą okresu II. Mogą to być niecharakterystyczne bóle oczu, światłowstręt, przekrwienie spojówek, zapalenie twardówki i nadtwardówki, zapalenie tęczówki, zapalenie siatkówki i naczyńiówki, zapalenie nerwu wzrokowego<sup>1,2,4,6</sup>. *Zwink* i *Dunlop* zaobserwowali w 50% przypadków kiły II okresu zmiany w narządzie wzroku<sup>4</sup>. Zmiany dotyczą najczęściej przedniego odcinka gałki ocznej. *De Souza* i współpracownicy uważają, że u około 70% pacjentów ze zmianami w narządzie wzroku w przebiegu kiły stwierdza się zapalenie tęczówki<sup>1,2,4</sup>. *Von Arlt* w badaniach z 1853 roku rozpoznał w 17% przypadków zapalenia tęczówki podłoże kiłowe, *Cappbell* w 1905 aż w 70% przypadków, a *Perkins* w 1961 tylko u 1—2% pacjentów<sup>1</sup>.

W starszym piśmiennictwie okulistycznym dużo miejsca poświęcano zmianom patologicznym w narządzie wzroku w przebiegu kiły. Obecnie, ze względu na postęp w diagnostyce i leczeniu, doniesienia poświęcone temu tematowi są sporadyczne. W związku z tym kiła jako przyczyna dolegliwości okulistycznych pacjenta może łatwo ująć uwadze lekarza. Uzasadnia to przedstawienie naszego przypadku.

### OPIS PRZYPADKU

Pacjent lat 45 został skierowany do naszej kliniki przez lekarza rejonowego z powodu nietypowych zmian w obu plamkach. Z wywiadu wynikało, że pacjent odczuwał pogorszenie widzenia od około roku. Nie zgłosił się jednak do okulisty. Badanie okulistyczne wykonano przypadkowo przy zmianie miejsca pracy. Pacjent przed 8 laty leczony był z powodu kiły. Po zakończeniu leczenia przez 6 miesięcy był pod kontrolą Poradni Wenerologicznej, a następnie zaprzestał badań kontrolnych.

Badaniem okulistycznym stwierdzono: Vod 3/25 sc knp, Vos 3/50 sc knp. Sn oc. utr. 2,25 cc +1,5 Dsph. Odcinek przedni: nieznaczny obrzęk i przekrwienie spojówek obu oczu, poza tym w normie. W badaniu zwracał uwagę brak reakcji źrenic na światło przy prawidłowej reakcji na zbieżność i nastawienie. Szerokość źrenic wynosiła około 4—5 mm. Dno oczu — tarczy nerwów wzrokowych o granicach wyraźnych, nieco bledsze od skroni. Zagłębienia fizjologiczne zachowane. Na lewej tarczy widoczne włóśniczki. Tętnice wąskie o równym świetle. Okolica plamkowa, zwłaszcza lewa, o ziarnistej budowie z drobnymi, pojedynczymi żółtymi ogniskami. Na obwodzie prześwitujące naczynia naczyńiówki. Pole widzenia badane metodą kinetyczną i statyczną wykazało paracentralne ubytki w obu oczach. Test *Amslera*: krzywienie i zamazanie linii wokół punktu fiksacji.



Ryc. 1. Angiografia fluoresceinowa — widoczne ogniska hiperfluorescencji w okolicy plamki.

Z Kliniki Okulistycznej, kierownik: prof. dr med. *Tadeusz Kęcik* i z Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, kierownik: prof. dr med. *Andrzej Stapiński*

Reprint requests to: Dr med. *Alicja Moszczyńska-Kowalska*, ul. Modzelewskiego 23 m. 384; 02-679 Warszawa, Poland

W tylnym odcinku zmiany kiłowe spotyka się rzadko. Mogą one przybrać dwie formy: rozlaną i zlokalizowaną. Zmiany typu *chorioretinitis centralis* należą do najrzadziej spotykanych. Są oboczne i prowadzą do znacznego obniżenia ostrości wzroku<sup>1</sup>.

Zaburzenie reakcji źrenic — objaw *Argyll-Robertsona* — świadczyć może o uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego. Objaw ten występuje w kile później<sup>2,5</sup> i współistnieje czasem z zapaleniem siatkówki<sup>3</sup>. Obecność jego w II okresie choroby jest złym objawem prognostycznym. W przedstawionym przypadku nie obserwowano wąskich źrenic o szerokości poniżej 2 mm. Niektórzy autorzy, jak np. *Kestenbaum*, uważają jednak, że nie jest to stały objaw<sup>2</sup>.

W opisanym przypadku podejrzenie infekcji kiłowej postawiono na podstawie całości obrazu klinicznego i badań pracownianych. Badania elektrofizjologiczne były prawidłowe, wykluczyły zatem zwyrodnienie tapetoretinalne. Rozpoznanie zostało potwierdzone przez odczyny serologiczne oraz poprawę stanu pacjenta po leczeniu swoistym.

Kiła ze względu na bogaty obraz kliniczny powinna być nadal brana pod uwagę przy poszukiwaniu przyczyn dolegliwości pacjenta, zwłaszcza gdy są one odporne na leczenie.

### PIŚMIENNICTWO

1. *De Souza E.C., Jalkh A.E., Trempe C.L., Cunha S., Schepens C.L.*: Unusual Central Chorioretinitis as the First Manifestation of Early Secondary Syphilis. *Am. J. Ophthal.* 105: 3 (1988).
2. *Kestenbaum A.*: Clinical Methods of Neuroophthalmologic Examination (w:) *Heinemann Medical Books* 1948. — 3. *Schlaegel T.F., Kao S.F.*: A Review of 28 Presumptive Cases of Syphilitic Uveitis. *Am. J. Ophthal.* 93: 4 (1982).
4. *Tait I.A.*: Uveitis due to Secondary Syphilis. *Br. J. Vener. Dis.* 59: 397 (1983).
5. *Walsh T.J.*: Neuroophthalmology. (Lea and Febiger, New York 1978).
6. *Wilhelmus K.R., Yokoyama C.M.*: Syphilitic Episcleritis and Scleritis. *Am. J. Ophthal.* 104: 6 (1987).

Praca wpłynęła: 24.01.1992 (nr 5789).