

(55)

# Zespół licznych, znikających, białych punktów – opis przypadku

## *Multiple evanescent white-dot syndrome – case report*

Małgorzata Figurska, Urszula Stachowska, Milena Kozera

Klinika Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie  
Kierownik: dr hab. n. med. Marek Rękas, prof. nadzw. WIM

<b>Streszczenie:</b>	W pracy opisano przypadek kliniczny 34-letniej chorej z zespołem licznych, znikających, białych punktów (multiple evanescent white dot syndrome – MEWDS). MEWDS jest rzadką jednostką chorobową, która przebiega pod postacią idiopatycznego zapalenia siatkówki i naczyńówki. Rozpoznanie potwierdzono za pomocą angiografii fluoresceinowej (fluorescein angiography – FA) i indocyjaninowej (indocyanine angiography – ICG). W leczeniu zastosowano mertyloprednizolon dożylnie, następnie terapię kontynuowo steroidem podawanym doustnie przez 4 tygodnie. Uzyskano szybką poprawę ostrości wzroku, wycofanie się charakterystycznych objawów klinicznych i zmian uwidoczonych w badaniach dodatkowych.
<b>Słowa kluczowe:</b>	zespół licznych, znikających, białych punktów, angiografia indocyjaninowa, angiografia fluoresceinowa, steroidy.
<b>Summary:</b>	The aim of the work is to present a case report of multiple evanescent white-dot syndrome in the left eye of 34 years old female. It's a rare disease entity which runs as a idiopathic inflammation of retina and choroid. Additional investigations which are performed in the clinic such as fluorescein angiography, indocyanine green angiography validated a primary diagnosis in this case. Intravenous infusion of methylprednisolone was administered with oral steroid continuation of therapy during four weeks. A quick visual improvement to 1.0 in the left eye was obtained with removal of characteristic for MEWDS alterations in additional investigations.
<b>Key words:</b>	multiple evanescent white-dot syndrome, fluorescein angiography, indocyanine green angiography, steroids.

Zespół licznych, znikających, białych punktów (multiple evanescent white dot syndrome – MEWDS) jest rzadką jednostką chorobową, która przebiega pod postacią idiopatycznego zapalenia siatkówki i naczyńówki (1). Po raz pierwszy MEWDS opisali Jampol i wsp. w 1984 r. (2). Do charakterystycznych objawów choroby należy występowanie licznych białych punktów wielkości 100–200  $\mu\text{m}$  jednostronnie w biegunie tylnym na poziomie zewnętrznych warstw siatkówki i nabłonka barwnikowego, którym w 80% przypadków towarzyszy pogorszenie ostrości wzroku. Dodatkowo w przebiegu MEWDS mogą wystąpić łagodny obrzęk tarczy nerwu wzrokowego (n. II), niewielki defekt aferentnego odruchu źrenicznego oraz skupiska pomarańczowożółtych ziarnistości na poziomie nabłonka barwnikowego. Schorzenie występuje cztery razy częściej u kobiet niż u mężczyzn w przedziale wiekowym od 20 do 40 lat (3). Etiopatogeneza nie jest do końca poznana, wykazano jednak związek z przebytymi objawami grypopodobnymi (4,5). Część zachorowań zdarza się po szczepieniu przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typów B i A (6,7). U niektórych pacjentów z objawami MEWDS stwierdzono podwyższony poziom antygenu HLA-B51 (3). Brana jest również pod uwagę możliwość, że na wystąpienie choroby ma wpływ przyjmowanie hormonów – młode kobiety stosują środki antykoncepcyjne i to potwierdza tę tezę (5).

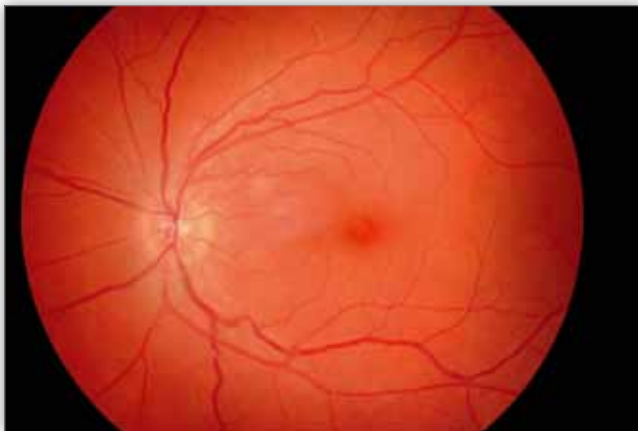
### Cel

Celem pracy jest przedstawienie przypadku 34-letniej chorej, u której na podstawie objawów i badań diagnostycznych rozpoznano MEWDS.

### Opis przypadku

Chora (lat 34) zgłosiła się na ostry dyżur okulistyczny z powodu pojawienia się 2 dni wcześniej centralnego mroczka w polu widzenia oka lewego, któremu nie towarzyszyły dolegliwości bólowe. Trzy tygodnie przed zgłoszeniem się do kliniki u chorej wystąpił stan podgorączkowy z uogólnionym osłabieniem i bólami mięśni, które ustąpiły po leczeniu przeciwzapalnym. Do tychczas pacjentka nie była leczona z powodów okulistycznych oraz innych przyczyn wynikających z ogólnego stanu zdrowia. W badaniu okulistycznym skorygowana ostrość wzroku wynosiła odpowiednio w oku prawym (OP) 1,0, w oku lewym (OL) 0,63 wg Snellena. Zmierzone ciśnienie wewnątrzgałkowe (intraocular pressure – IOP) – w obojgu oczach wynosiło 20 mmHg. Osadzenie, ustawienie i ruchomość gałek ocznych w badaniu przedmiotowym były prawidłowe. Nie stwierdzono zmian patologicznych aparatu ochronnego i przedniego odcinka obojga oczu. Widzenie barw w zakresie osi czerwono-zielonej było prawidłowe dla obojga oczu. W badaniu dna oka spośród odchyleń od normy zauważono przekrwienie i nieznacznie zatarte granice tarczy n. II w oku lewym, z prawidłowym pniem naczyniowym i zagłębieniem C/D 0,3. Obraz bieguna tylnego oka prawego był prawidłowy, w oku lewym natomiast widoczne były liczne małe, białe, rozsiane punktowe ogniska (ryc. 1.). Dodatkowo w oku lewym obecny był subtelny wysięk zapalny w ciele szklistym. Na obwodzie siatkówki obojga oczu nie stwierdzono zmian patologicznych.

W badaniu tomografii komputerowej głowy (Computed Tomography – CT), angio-CT tętnic mózgowych oraz rezonansu



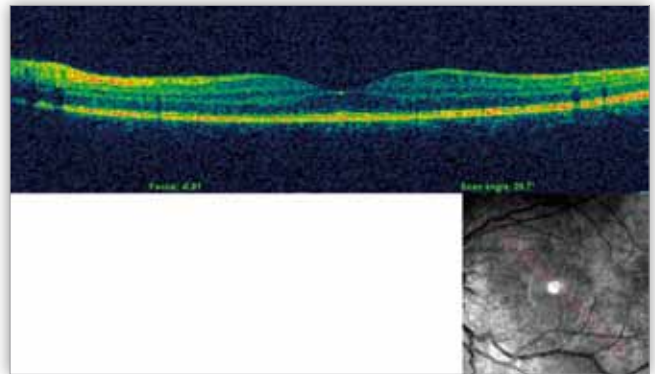
**Ryc. 1.** Kolorowe zdjęcie dna oka lewego.  
**Fig. 1.** Color photo of the left eye fundus.



**Ryc. 2.** Badanie angiografii fluoresceinowej oka lewego – obecne liczne, rozlane ogniska hiperfluorescencji w biegunie tylnym.  
**Fig. 2.** Fluorescein angiography of the left eye – multifocal hyperfluorescence of the fundus.

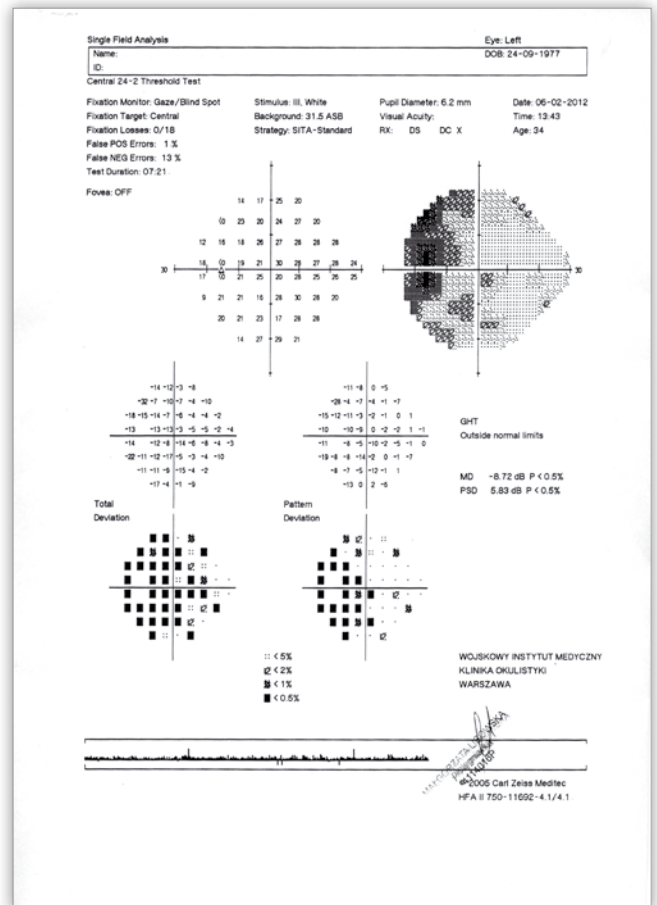


**Ryc. 3.** Badanie angiografii indocyjaninowej oka lewego – charakterystyczne dla MEWDS ogniska hipofluorescencji.  
**Fig. 3.** Indocyanine green angiography of the left eye – characteristic for MEWDS foci of hypofluorescence.



**Ryc. 4.** Badanie OCT oka lewego – nieregularności linii nabłonka barwnikowego i fotoreceptorów.

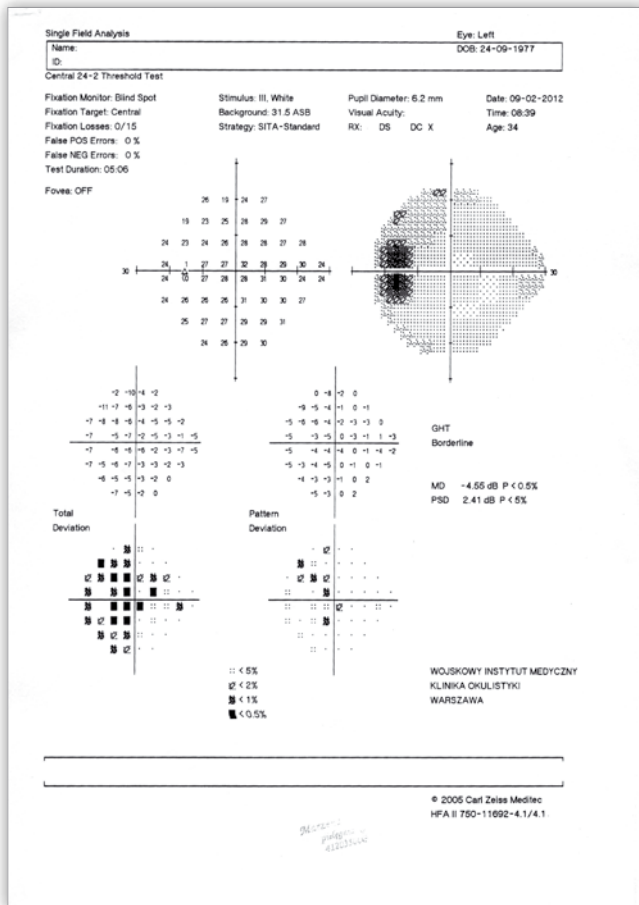
**Fig. 4.** Left eye OCT – irregularity of pigment epithelium and photoreceptors line.



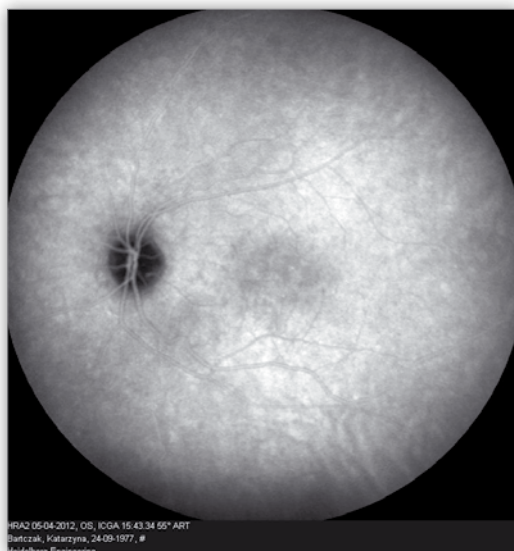
**Ryc. 5.** Badanie pola widzenia oka lewego – poszerzenie plamy ślepej, mroczek paracentralny.

**Fig. 5.** Left eye visual field – extended blind spot, paracentral scotoma.

magnetycznego (Magnetic Resonance Imaging – MRI) głowy nie uwidoczniło odchyłań od stanu prawidłowego. W badaniu wzrokowych potencjałów wywołanych stwierdzono względnie wydłużoną latencję załamka P<sub>100</sub> w oku lewym. W badaniu angiografii fluoresceinowej (fluorescein angiography – FA) stwierdzono obecność licznych, rozrzuconych ognisk hiperfluorescencji w biegunie tylnym oka lewego, odpowiadających ubytkom okienkowym nabłonka barwnikowego (ryc. 2.). W angiografii indocyjaninowej (Indocyanine Green Angiography – ICG) w biegunie tylnym w późnych fazach badania obecne były charakterystyczne dla MEWDS ogniska hipofluorescencji (ryc. 3.).



Ryc. 6. Badanie pola widzenia oka lewego po leczeniu.  
Fig. 6. Left eye visual field after treatment.



Ryc. 7. Kontrolne badanie angiografii indocyjaninowej oka lewego – wycofanie się zmian charakterystycznych dla MEWDS.  
Fig. 7. Control left eye indocyanine green angiography – removal of characteristic for MEWDS alterations.

W badaniu ERG stwierdzono wydłużenie czasu latencji oraz obniżenie amplitudy fali „a” w oku lewym – wg porównania z okiem prawym. W obrazie badania optycznej koherentnej tomografii (Optical Coherence Tomography – OCT) oka lewego profil dołka był zachowany, nie stwierdzono nieprawidłowości w strukturach siatkówki, ale stwierdzono drobne, rozlane nie-

regularności na poziomie linii nabłonka barwnikowego i fotoreceptorów (ryc. 4.). W dniu, w którym pacjentkę przyjmowano do kliniki, wykonano również badanie pola widzenia – uwioczniło ono poszerzenie plamy ślepej oraz mroczek paracentralny w oku lewym (ryc. 5.).

Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań dodatkowych rozpoznano zespół znikających licznych białych punktów. Zastosowano terapię metyloprednizolonem dożylnie w dawce 1000 mg dziennie przez 3 dni, dołączono Polfilin i Polprazol.

W powtórzonym 3 dni później badaniu pola widzenia zauważono poprawę (ryc. 6.), ostrość wzroku i obraz dna oka natomiast nie uległy zmianie. Pacjentka została wypisana z kliniki z zaleceniem kontynuacji leczenia metyloprednizolonem w dawce doustnej 24 mg, którą redukowano o 4 mg co 3 dni. Dodatkowo miejscowo do oka lewego stosowano Lotemax 3 razy dziennie oraz ogólnie Polfilin 2 razy po 400 mg i witaminę B complex 2 razy dziennie.

W trakcie kontrolnej wizyty, tydzień po wypisaniu pacjentki z kliniki, ostrość wzroku wynosiła 1,0 w obojgu oczach. W badaniu oftalmoskopowym granice tarczy n. II w oku lewym nadal pozostawały nieznacznie zatarte. W 9. dobie leczenia powtórzono w warunkach ambulatoryjnych badanie ERG oka lewego. Wynik badania unormował się. Drugie badanie kontrolne wykonano po zakończeniu leczenia preparatami doustnymi 4 tygodnie później. Ostrość wzroku w obojgu oczach wynosiła nadal 1,0, chora zauważyła wyraźną poprawę widzenia okiem lewym. Tarcza n. II była białoróżowa o wyraźnych granicach, z prawidłowym naczyniowym i wnęką. W kontrolnym badaniu ICG wykazano całkowite wycofanie się ognisk hipofluorescencji (ryc. 7.). Z nieprawidłowości w płamce oka lewego pozostały jedynie drobne żółtopomarańczowe ziarnistości.

### Dyskusja

Obraz kliniczny, objawy zgłaszane przez chorą, a przede wszystkim obecność charakterystycznych dla MEWDS rozsianych ognisk hipofluorescencji widocznych w późnych fazach ICG skłoniły nas do rozpoznania zespołu licznych, znikających, białych punktów w prezentowanym przypadku (8). Zarówno etiopatologia, która w 1/3 przypadków wiąże się z wcześniejszym wystąpieniem infekcji wirusowej, jak również wiek i płeć chorej dodatkowo wskazują na MEWDS. Zmianom w biegunie tylnym towarzyszył nieznaczny obrzęk tarczy n. II, który ustąpił po kilku tygodniach leczenia. Wykonano badanie pola widzenia – również ono początkowo wykazywało powiększenie plamy ślepej, której rozmiar zaczął normalizować się już po kilku dniach leczenia. W prezentowanym przypadku wyniki badania ERG również były charakterystyczne dla MEWDS (9).

Występowanie białych punktów w biegunie tylnym może wiązać się i innymi jednostkami chorobowymi. Różnicując MEWDS, należy brać pod uwagę chorioretinopatie określane terminem zespołu białych plamek, do których oprócz MEWDS należą: ostra tylna wielogniskowa plakoidalna patologia nabłonka barwnikowego siatkówki (acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy – APMPE), chorioretinoaptia pelzająca, retinopatia typu birdshot, zespół wielogniskowego zapalenia naczyniówki i uogólnionego zapalenia błony naczyniowej (multifocal choroiditis and panuveitis syndrome – MCP) oraz wewnętrzna punktowata choroidopatia (punctate inner choroidopathy – PIC) (1,10). W 80% przypadków MEWDS występuje jednostronnie,



natomiast w ww. jednostkach chorobowych zmiany najczęściej są obustronne, jedynie MCP może mieć przebieg jednostronny. W przypadku APMPPE zmiany są większe – w badaniu FA widoczne jako blok fluorescencji, natomiast MEWDS charakteryzuje się hiperfluorescencją zmian we wczesnych fazach badania (jak u naszej chorej). Zarówno retinopatia typu birdshot jak i MCP związane są z zapaleniem ciała szklistego, natomiast w przypadku MEWDS w szklistce zazwyczaj ogranicza się do pojedynczych komórek zapalnych (jak w opisanym przez nas przypadku). Pod uwagę w różnicowaniu zespołu białych plamek bierze się również ostrą zewnętrzną retinopatię strefową (acute zonar occult outer retinopathy – AZOOR), która charakteryzuje się dużymi obwodowymi mroczkami w polu widzenia, a zmiany siatkówki mogą nie występować lub są znikome w początkowych fazach choroby (10). Zasadniczo leczenie MEWDS nie jest konieczne z uwagi na to, że objawy choroby całkowicie cofają się po 4–8 tygodniach. Jednak niektórzy autorzy podają, że w przypadkach nagłego obniżenia ostrości widzenia można zastosować puls wysoką dawki steroidów, aby otrzymać zarówno efekt przeciwzapalny, jak i immunosupresyjny, zwłaszcza biorąc pod uwagę prawdopodobną etiologię i związek z immunizacją w przebiegu MEWDS (11). Tak też postąpiliśmy, uzyskując: szybką poprawę zmian w polu widzenia i ostrości wzroku, wycofanie się zmian w obrazie angiograficznym. Bardzo rzadkim powikłaniem w przebiegu MEWDS jest neowaskularyzacja podsiatkówkowa, która może wystąpić w przypadku nawrotu choroby (12). Może ona wymagać fotokoagulacji laserowej lub doszklistkowej iniekcji inhibitora czynnika wzrostu śródbłonna naczyń. Zastosowanie badań: angiografii, pola widzenia i ERG, w połączeniu z wywiadem oraz obrazem klinicznym pozwala na rozpoznanie zespołu licznych, znikających, białych punktów, który – jak pokazuje nasz przypadek – u większości chorych dobrze rokuje.

#### Piśmiennictwo:

1. *Siatkówka i ciało szkliste*. Seria Basic and Clinical Science Course (BCSC12) wyd. I polskie, red. E. Marszał, red. serii J. Szaflik, Urban and Partner, Wrocław, 2005, 187-195.
2. Jampol LM, Sieving PA, Pugh D et al.: *Multiple evanescent white dot syndrome. I. Clinical findings*. Arch Ophthalmol 1984, 102, 671-674.
3. Bruce A, O'Day J, McKay D et al.: *Multiple evanescent white dot syndrome (MEWDS)*. The Optician 2007 Aug 10, 234, 6114, 43.
4. Silva RA, Albin TA, Flynn HW Jr.: *Multiple evanescent white dot syndromes*. J Ophthalmic Inflamm Infect 2012, 2, 109-111.
5. Abu-Yaghi NE, Hartono SP, Hodge DO et al.: *White dot syndromes: a 20-year study of incidence, clinical features, and outcomes*. Ocul Immunol Inflamm 2011, 19, 426-430.
6. Baglivo E, Safran AB, Borruat FX: *Multiple evanescent white dot syndrome after hepatitis B vaccine*. Am J Ophthalmol 1996, 122, 431-432.
7. Stangos A, Zaninetti M, Petropoulos I et al.: *Multiple evanescent white dot syndrome following simultaneous hepatitis-A and yellow fever vaccination*. Ocul Immunol Inflamm 2006, 14, 301-304.
8. Ikeda N, Ikeda T, Nagata M et al.: *Location of lesions in multiple evanescent white dot syndrome and the cause of the hypofluorescent spots observed by indocyanine green angiography*. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2001, 239, 242-247.
9. Feigl B, Haas A, El-Shabrawi Y: *Multifocal ERG in multiple evanescent white dot syndrome*. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2002, 240, 615-621.
10. *Zapalenia wewnątrzgąłkowe i błony naczyniowej*. Seria Basic and Clinical Science Course (BCSC 9) wyd. I polskie, red. Z. Zagórski, red. serii J. Szaflik, Urban and partner, Wrocław, 2003, 192-203.
11. Takahashi Y, Ataka S, Wada S et al.: *A case of multiple evanescent white dot syndrome treated by steroid pulse therapy*. Osaka City Med J 2006, 52, 83-86.
12. Oh KT, Christmas NJ, Russel SR: *Late recurrence and choroidal neovascularization in multiple evanescent white dot syndrome*. Retina 2001, 21, 182-184.

Praca wpłynęła do Redakcji 11.06.2012 r. (1388)  
Zakwalifikowano do druku 30.09.2012 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
Klinika Okulistyki WIM  
ul. Szaserów 128  
04-141 Warszawa  
e-mail: malgorzata-figurska@wp.pl