

KLINIKA OCZNA 2023, 125

Otrzymano: 20.02.2022 Zaakceptowano: 23.06.2023

Wersja angielskojęzyczna pracy jest dostępna na stronie internetowej czasopisma.

Access this article online	
	Website: www.klinikaozna.pl
	DOI: https://doi.org/10.5114/ko.2023.133470

Kiłowe zapalenie nerwu wzrokowego i błony naczyniowej – opis przypadku

Karolina Bonińska^{1,2,3}, Hanna Sobutka¹, Dagmara Mrowicka¹, Michał Post^{3,4}, Tomasz Dybek¹, Maciej Bednarski^{1,2}, Sławomir Cisiecki^{1,2}

¹Oddział Okulistyczny, Miejskie Centrum Medyczne im. Dr. K. Jonschera w Łodzi

²Centrum Medyczne „Julianów” w Łodzi

³Klub 40, Polskie Towarzystwo Okulistyczne

⁴Klinika Okulistyki, Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

W pracy opisano przypadek 34-letniego pacjenta, który zgłosił się na oddział okulistyczny z powodu pogorszenia ostrości wzroku w obojgu oczach. Zdiagnozowano zapalenie przedniego i tylnego odcinka błony naczyniowej oka prawego oraz zapalenie tarczy nerwu wzrokowego oka lewego w przebiegu kiły. Wdrożono

leczenie miejscowe i systemowe, uzyskując stopniową poprawę. Z uwagi na narastającą liczbę zakażeń kiłą na świecie oraz niespecyficzne objawy oczne, należy brać ją pod uwagę w stanach zapalnych narządu wzroku o nieznannej etiologii.

SŁOWA KLUCZOWE: kiła, kiłowe zapalenie błony naczyniowej, kiłowe zapalenie nerwu wzrokowego.

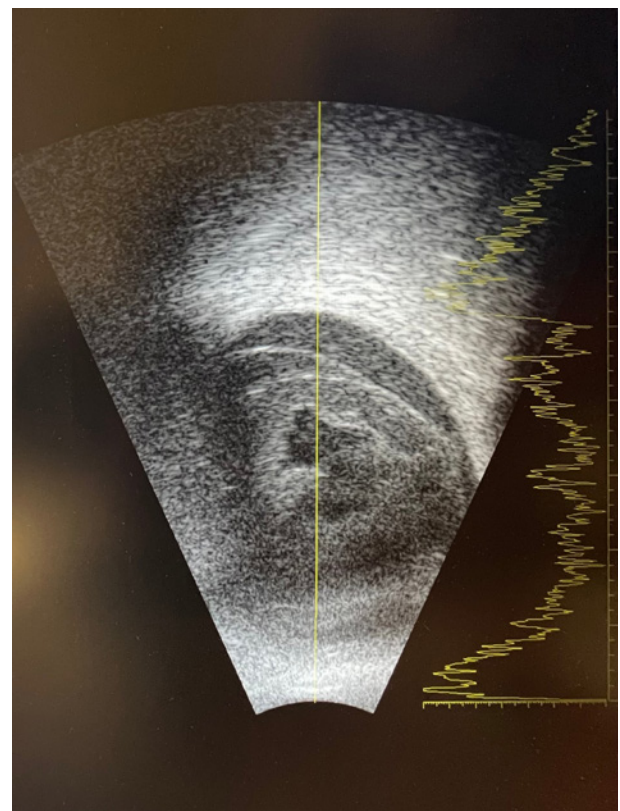
WPROWADZENIE

Kiła (*sypilis*) należy do chorób zakaźnych przenoszonych drogą płciową. Wywoływana jest przez bakterię, krętka bładego (*Treponema pallidum*). Najczęstszą drogą zakażenia jest kontakt seksualny z osobą chorą oraz droga wertykalna. Tę przewlekłą, wieloukładową chorobę cechuje szerokie spektrum objawów oraz fazowy przebieg z okresami zaostrzeń i utajenia. Zażycie układu nerwowego, w tym zapalenie nerwu wzrokowego oraz inne objawy okulistyczne, może wystąpić na każdym etapie zakażenia kiłą.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent, lat 34, został skierowany na Oddział Okulistyczny Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. K. Jonschera z powodu zapalenia błony naczyniowej oka prawego oraz zapalenia nerwu wzrokowego oka lewego. Choroby współistniejące negował; żadnych leków na stałe nie przyjmował.

Na podstawie badania przedmiotowego oraz dostarczonej dokumentacji medycznej ustalono, że początek objawów okulistycznych miał miejsce 4 miesiące wcześniej. Chory był wówczas hospitalizowany w innym ośrodku okulistycznym z powodu bezbolesnego, występującego od 2 dni, pogorszenia widzenia w oku prawym do poziomu ruchu ręki przed okiem. Bez dolegliwości ze strony oka lewego. Pomimo wykonanych



Rycina 1. Wynik badania ultrasonograficznego gałki ocznej prawej

ADRES DO KORESPONDENCJI

Dr n. med. Karolina Bonińska, Oddział Okulistyczny, Miejskie Centrum Medyczne im. dr. K. Jonschera, ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź, e-mail: karolina.boninska@gmail.com



Rycina 2. Zdjęcie dna oka lewego

badania nie odnaleziono przyczyny postępującej utraty widzenia oka prawego. Zastosowano wówczas dożylnie leczenie metyloprednizolonem.

W dniu przyjęcia na Oddział Okulistyczny w badaniu przedmiotowym stwierdzono brak poczucia światła w oku prawym, ostrość wzroku w oku lewym wynosiła 0,8. Ciśnienie wewnątrzgałkowe wynosiło odpowiednio 23 mm Hg i 18 mm Hg. W badaniu w lampie szczelinowej stwierdzono w oku prawym osady na śródbłonku rogówki, pojedyncze komórki zapalne w komorze przedniej, niereaktywną, odokrągloną źrenicę wraz ze zrostami tylnymi oraz brak wglądu w dno oka. Wykonane badanie ultrasonograficzne ujawniło liczne zagęszczenia w ciele szklistym oraz pogrubienie naczyńki (rycina 1).

W oku lewym nie stwierdzono zmian patologicznych w obrębie przedniego odcinka, zaobserwowano natomiast obrzęk tarczy nerwu wzrokowego (rycina 2). Wykonano również spektralną optyczną koherentną tomografię (*spectroscopic optical coherence tomography* – SOCT) nerwu wzrokowego (rycina 3). Wykonane SOCT płamki oka lewego w granicach normy (rycina 4).

W angiografii fluoresceinowej stwierdzono liczne ogniska rozproszonej hiperfluorescencji z cechami przecieku w fazach późnych (rycina 5 A-D).

Spośród badań biochemicznych od normy odbiegały następujące wyniki: OB 30 mm/godz., wątpliwy wynik przeciwciał w klasie IgM, dodatni w klasie IgG przeciwno *Borrelia burgdorferi* i HSV oraz reaktywny WR-RPR. W celu dalszej weryfikacji zlecono test Western blot w kierunku boreliozy oraz odczyn TPHA i FTA-ABS w kierunku kiły.

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych, m.in.: Quantiferon-TB, ANA, ANCA, RF, przeciwciała przeciwko *Toxoplasma gondii*, *Toxocara* spp., *Bartonella henselae*, HIV, HCV, HBV okazały się ujemne.

Wykonany rezonans magnetyczny mózgowia z kontrastem ujawnił przypadkowe znalezisko – torbiel pajęczynówki tylnego dołu czaszki po stronie prawej wielkości 76 × 54 × 33 mm modelującą prawą półkulę mózdzku. Badanie rentgenowskie płuc i ultrasonograficzne jamy brzusznej nie wykazały odchylenia od normy. W trakcie konsultacji neurologicznej stwierdzono obustronny objaw Sterlinga i Rossolimo, tendencje do objawu Babińskiego po stronie lewej.

W czasie pobytu pacjenta na Oddziale wdrożono leczenie miejscowe do obojgu oczu: krople z deksametazonem, mydriatyki, oraz dożylną steroidoterapię (metyloprednizolon w dawce 1 g/dobę przez 5 dni). Odnotowano spadek ostrości wzroku w oku lewym do wartości 0,5.

W dniu wypisu po tygodniu najlepsza skorygowana ostrość wzroku oka lewego wynosiła 0,8. Ciśnienie wewnątrzgałkowe w granicach normy. W badaniu przedmiotowym stwierdzono uniesioną tarczę nerwu wzrokowego o zatartych granicach (ryciny 6, 7). Zalecono kontynuację steroidoterapii w formie doustnej (prednizon).

Po otrzymaniu wyników potwierdzających zakażenie kiłą wdrożono antybiotykoterapię doustną (doksycyklina w dawce 200 mg). Chorego skierowano do Poradni Neurologicznej w celu kwalifikacji do punkcji lędźwiowej oraz ewentualnej kontynuacji leczenia zgodnego ze schematem dla kiły układu nerwowego. Ponadto zalecono konsultację w Poradni Chorób Zakaźnych i Poradni Dermatologicznej.

Pacjent pozostaje pod kontrolą okulistyczną i neurologiczną. Podczas ostatniego badania, 6 miesięcy od hospitalizacji na Oddziale Okulistycznym, odnotowano: brak poczucia światła w oku prawym, ostrość wzroku oka lewego na poziomie 1,0. W badaniu przedmiotowym oka prawego rogówka przezroczysta, komora przednia czysta, źrenica odokrąglona, zrosty tylne, widoczne osady barwnika na soczewce. Przedni odcinek oraz dno oka lewego bez odchylenia od normy (rycina 8). Kontrolne badanie SOCT nerwu II w granicach normy (rycina 9).

DYSKUSJA

Obecnie na całym świecie obserwuje się wzrost liczby zachorowań na kiłę, szczególnie wśród osób z grupy ryzyka. Do najbardziej narażonych należą mężczyźni homoseksualni oraz osoby zakażone wirusem nabytego niedoboru odporności (*human immunodeficiency virus* – HIV) [1, 2]. Objawy oczne występują rzadko, stanowiąc 1–5% przypadków kiły układu nerwowego [3]. Mogą one występować w każdej fazie choroby, najczęściej jednak w kile drugorzędowej 4,6% [4]. Około 75% pacjentów stanowią mężczyźni [2]. Średni wiek wystąpienia objawów okulistycznych wynosi 48,6 roku [5].

Zakażenie kiłą może objąć każdą część narządu wzroku. Najczęstszą manifestacją jest zapalenie błony naczyniowej. *Panuveitis* występuje u 41% pacjentów z kiłą narządu wzroku, z kolei zajęcie nerwu wzrokowego dotyczy 22% [6]. Wśród najczęstszych objawów zgłaszanych przez pacjentów należy wymienić obniżenie ostrości wzroku, ból oczu i głowy, światłowstręt, zaczerwienienie oczu, wzmożone łzawienie. W nie-

3D Wide Report



Print Date : 03.03.2020

Triton plus(Ver.10.16)

Technician :
 Fixation : OS(L) Wide
 Scan : 3D Wide(H)(12.0 x 9.0mm - 512 x 256)

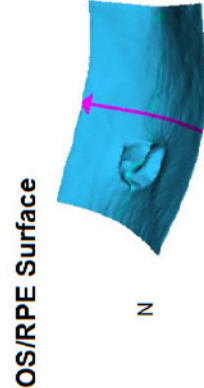
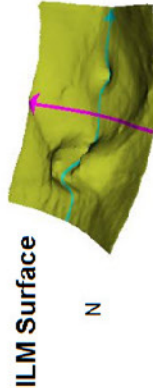
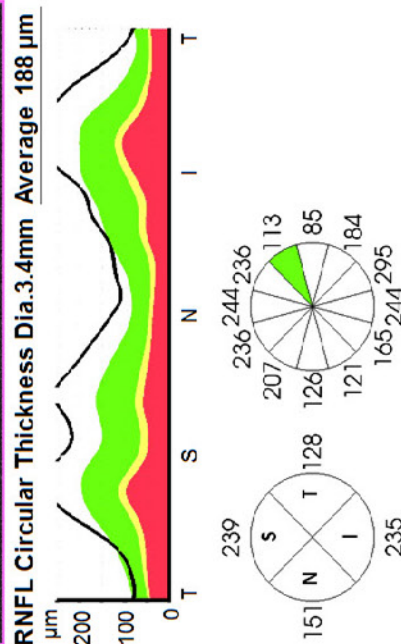
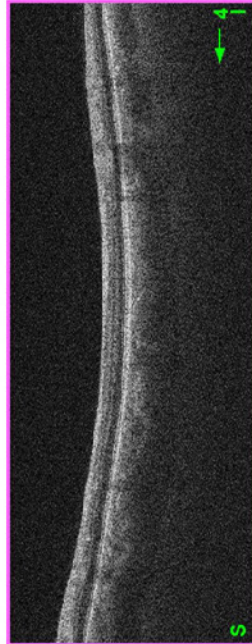
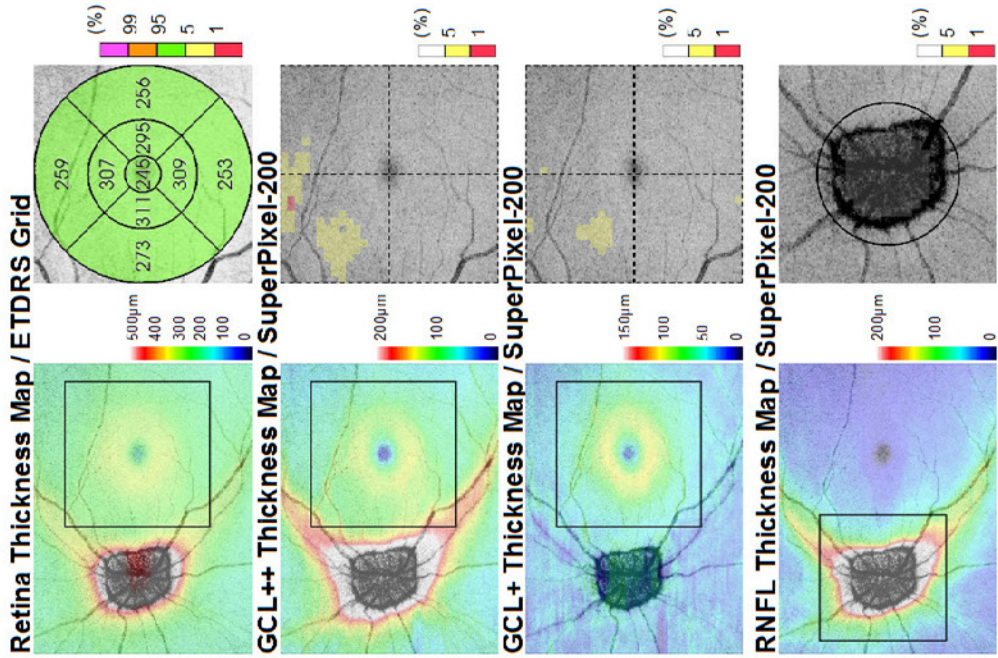
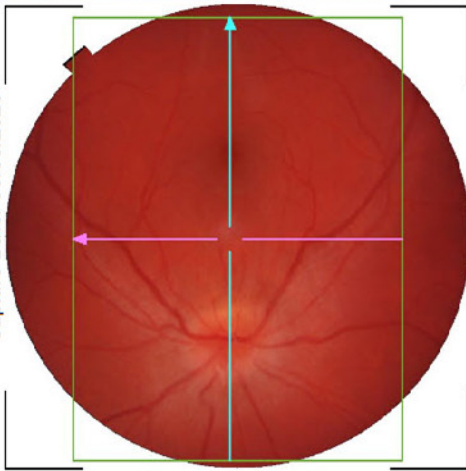
Ethnicity : Caucasian
 Gender : Male
 DOB :

Age :

ID : [REDACTED]

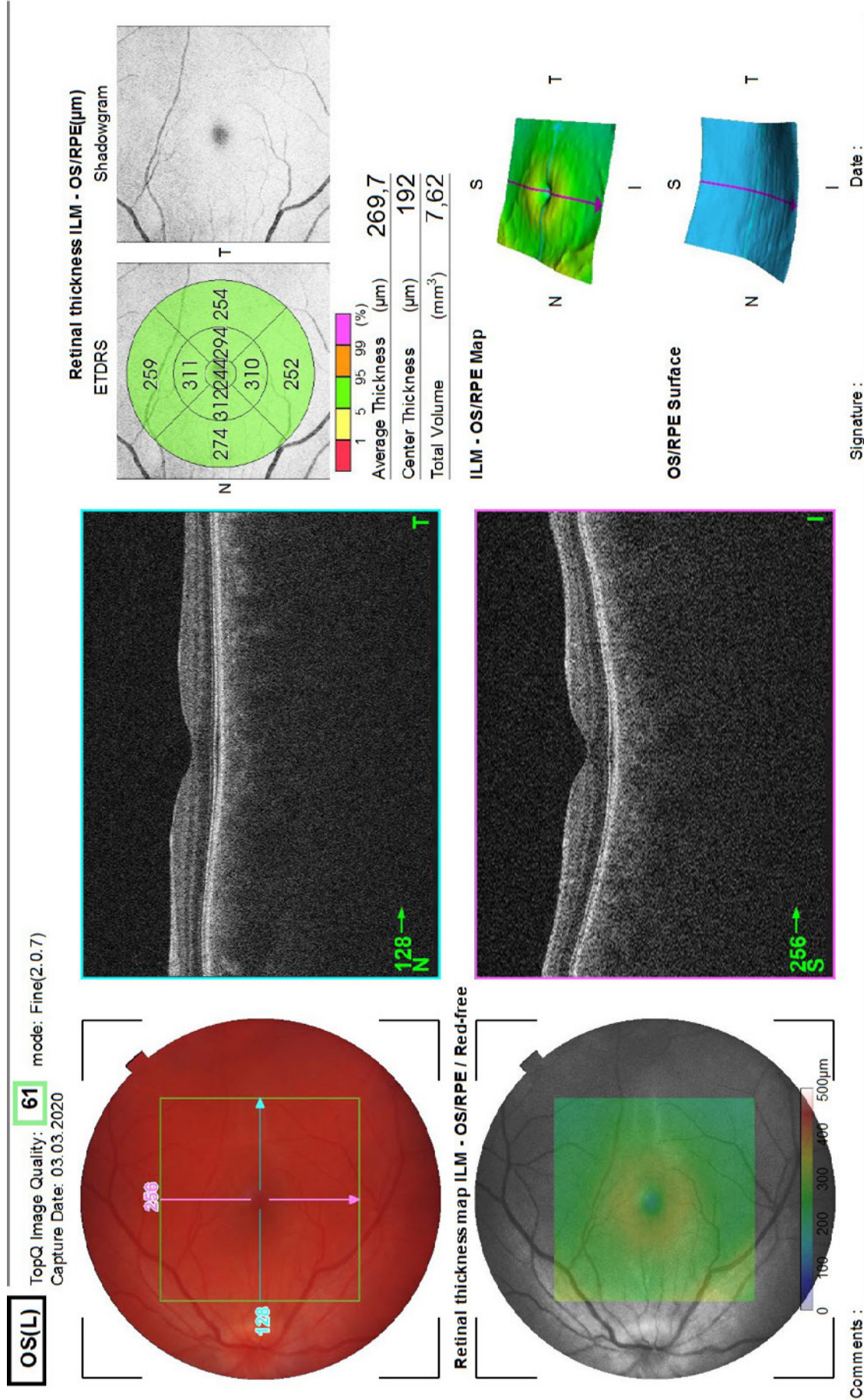
Name : [REDACTED]

OS(L) TopQ Image Quality: **59** mode: Fine(2.0.7)
 Capture Date: 03.03.2020

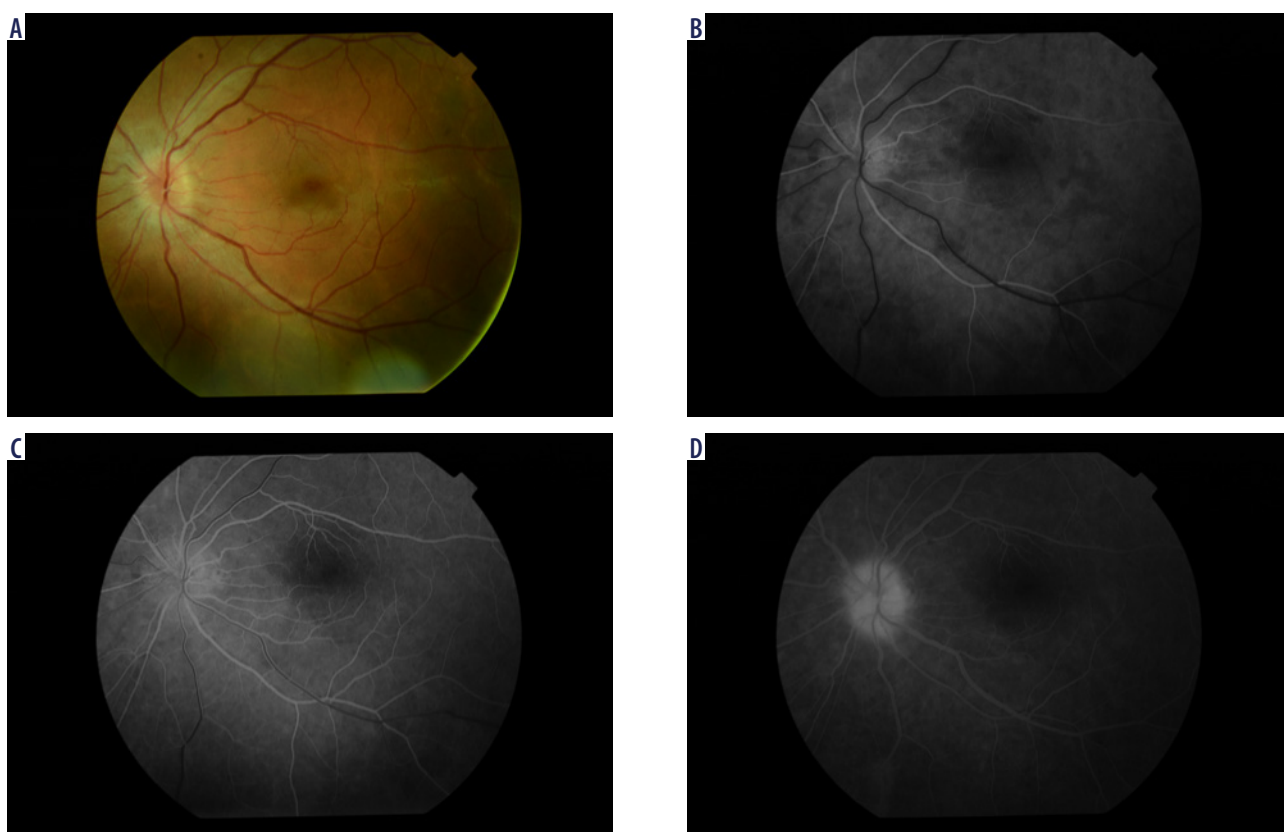


Comments : Signature : Date :

Rycina 3. Badanie SOCT nerwu II oka lewego



Rycina 4. Badanie SOCT plamki oka lewego



Rycina 5. A-D. Wynik badania angiografii fluoresceinowej



Rycina 6. Zdjęcie dna oka lewego



Print Date : 24.03.2020

Triton plus(Ver.10.16)

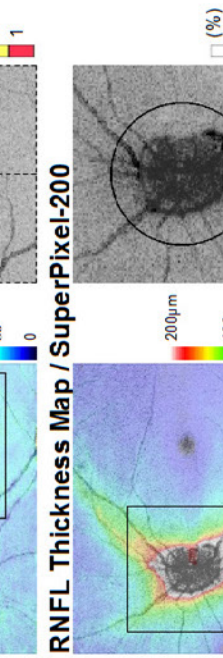
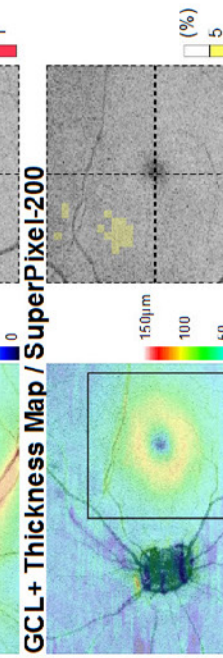
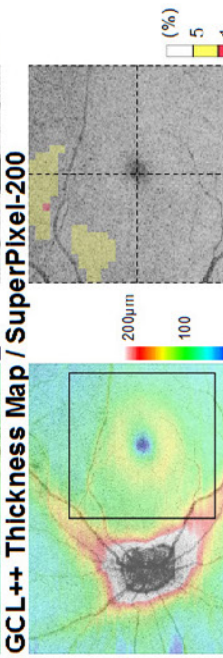
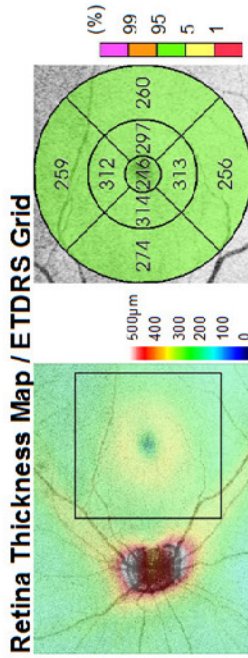
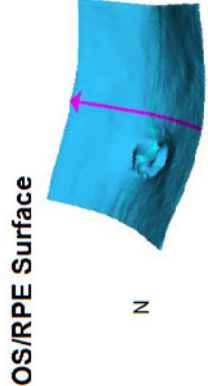
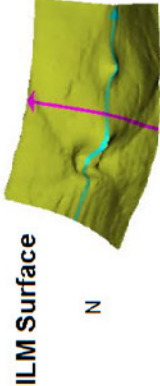
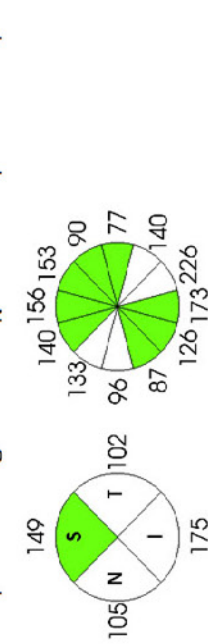
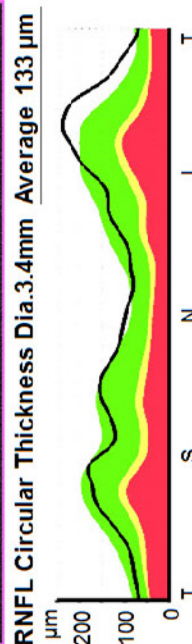
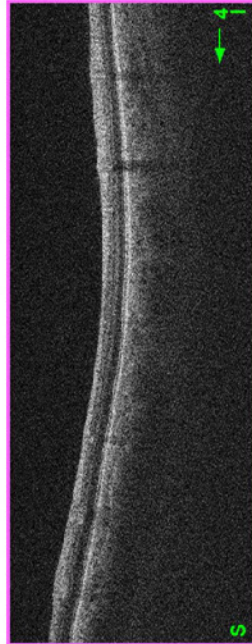
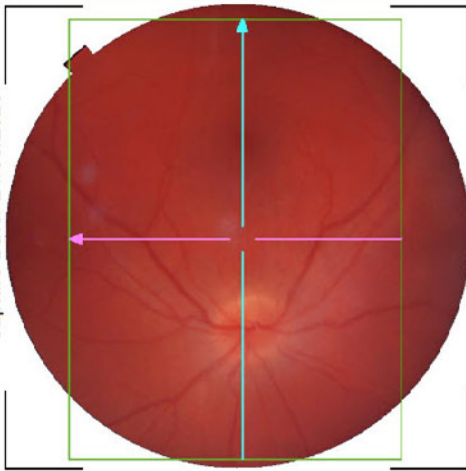
Technician :
 Fixation : OS(L) Wide
 Scan : 3D Wide(H)(12.0 x 9.0mm - 512 x 256)

Ethnicity : Caucasian
 Gender : Male
 DOB :

Name : kamill blelecki

OS(L) TopQ Image Quality: 51 mode: Fine(2.0.7)

Capture Date: 24.03.2020



Signature : _____ Date : _____

Comments :

Rycina 7. Badanie SOCT n. II oka lewego



Rycina 8. Zdjęcie dna oka lewego

których przypadkach proces chorobowy może przebiegać bezobjawowo [3, 7-10]. Wśród możliwych powikłań należy wymienić: rozwój zaćmy, jaskry, błony naziątkowej, zanik nerwu wzrokowego czy też odwarstwienie siatkówki [8].

W leczeniu kiły lekiem I rzutu jest penicylina krystaliczna stosowana w dawce 18–24 mln j./dobę przez 10–14 dni. Lekiem alternatywnym jest doxycyklina w dawce 200 mg *p.o.* 2 razy dziennie przez 2–4 tygodnie [1, 4].

PODSUMOWANIE

Ze względu na zwiększoną częstość występowania kiły w ostatnich latach oraz objawy oczne mogące imitować jednostki chorobowe o różnej etiologii, należy pamiętać o jej uwzględnieniu w diagnostyce różnicowej. Szerokie spektrum objawów, możliwe zajęcie wielu narządów oraz związane z tym trudności diagnostyczne sprawiają, że kiła pozostaje chorobą wymagającą ścisłej współpracy lekarzy różnych specjalności.

OŚWIADCZENIE

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.



Print Date : 30.06.2020

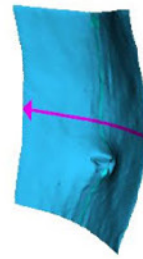
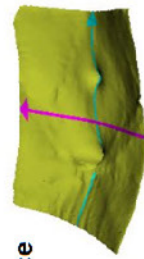
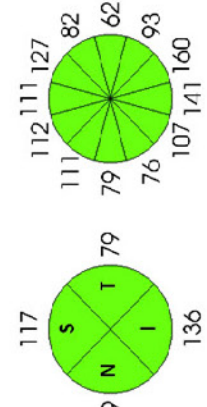
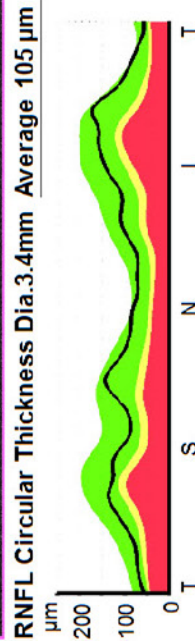
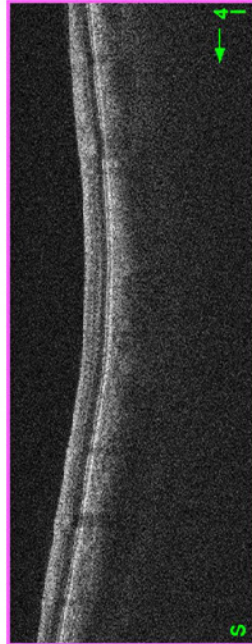
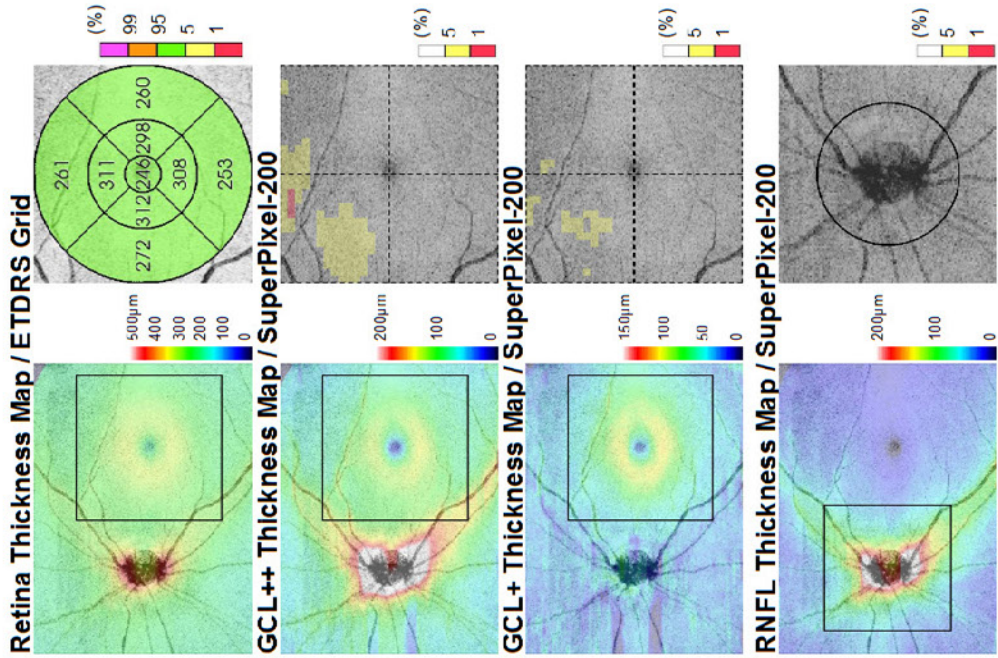
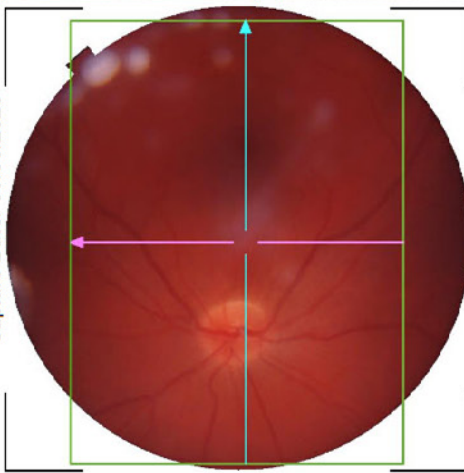
Triton plus(Ver.10.16)

Technician :
 Fixation : OS(L) Wide
 Scan : 3D Wide(H)(12.0 x 9.0mm - 512 x 256)

Ethnicity : Caucasian
 Gender : Male
 DOB :

Name : kamil blelecki

OS(L) TopQ Image Quality: **54** mode: Fine(2.0.7)
 Capture Date: 30.06.2020



Signature : _____ Date : _____

Comments :

Rycina 9. Wynik badania SOCT nerwu II

Piśmiennictwo

1. Zajkowska J, Drozdowski W, Grygorczuk S. Kiła ośrodkowego układu nerwowego – trudności diagnostyczne. *Neurologia po Dyplomie* 2014; 9: 26-39.
2. Furtado JM, Arantes TE, Nascimento H i wsp. Clinical Manifestations and Ophthalmic Outcomes of Ocular Syphilis at a Time of Re-Emergence of the Systemic Infection. *Sci Rep* 2018; 8: 12071.
3. Koripalli S, Rueda Prada L, Gummadi P i wsp. A Rare Case of Neurosyphilis with Ocular Involvement in a Patient with HIV Infection and New Onset Syphilis. *Cureus* 2019; 11: e4034.
4. Kuo A, Ziaee SM, Hosseini H i wsp. The Great Imitator: Ocular Syphilis Presenting as Posterior Uveitis. *Am J Case Rep* 2015; 16: 434-437.
5. Klein A, Fischer N, Goldstein M i wsp. The great imitator on the rise: ocular and optic nerve manifestations in patients with newly diagnosed syphilis. *Acta Ophthalmol* 2019; 97: e641-e647.
6. Mathew RG, Goh BT, Westcott MC. British Ocular Syphilis Study (BOSS): 2-year national surveillance study of intraocular inflammation secondary to ocular syphilis. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2014; 55: 5394-5400.
7. Macovei ML, Georgescu RD. Papillitis in Neurosyphilis. *Rom J Ophthalmol* 2019; 63: 406-411.
8. Etheridge T, Bowen RC, Raven M i wsp. Ocular Syphilis: Clinical Manifestations and Treatment Course. *WMJ* 2019; 118: 191-195.
9. Chen JJ, Bhatti MT, Bradley E, Garrity J, Thurtell MJ. Incipient Syphilitic Papillitis. *Neuroophthalmology* 2019; 44: 11-15.
10. Lutchman C, Weisbrod DJ, Schwartz CE. Diagnosis and management of syphilis after unique ocular presentation. *Can Fam Physician* 2011; 57: 896-899.