

Wieloletnia obserwacja pacjentki z chorobą Hortona

STRESZCZENIE

Choroba Hortona (olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic) dotyczy pacjentów w starszym wieku, atakuje tętnice sprężyste średniego i dużego kalibru, a jej symptomy to niespecyficzne objawy ogólne i okulistyczne. Zmianom tym towarzyszy przyspieszenie OB, wzrost wartości białka C-reaktywnego (CRP) oraz zmiany w tętnicy skroniowej. W ustaleniu rozpoznania choroby Hortona najistotniejsze jest badanie histopatologiczne tętnicy skroniowej.

W artykule przedstawiono przypadek kobiety hospitalizowanej w Klinice Chorób Oczu Akademii Medycznej w Gdańsku z powodu gwałtownego, znacznego i bezbolesnego spadku ostrości wzroku jednego oka. Wskaźniki CRP i OB były podwyższone, ale tętnice skroniowe początkowo niezmiennione. W biopsji tętnicy skroniowej potwierdzono wcześniejsze podejrzenie choroby Hortona. Uzyskano obniżenie wartości CRP i OB. Nie uzyskano poprawy ostrości wzroku lewego oka bez spadku ostrości wzroku drugiego oka. Obecnie, po 8 latach od zachorowania, ostrość wzroku obojga oczu pozostaje taka sama, jak w dniu wypisu z kliniki. Pacjentka pozostaje pod stałą opieką okulistyczną, nie występują u niej dolegliwości.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 5, 391–395

słowa kluczowe: olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, choroba Hortona

Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic (choroba Hortona) jest chorobą zapalną tętnic sprężystych [1]. Obejmuje najczęściej tętnicę skroniową powierzchowną, tętnicę oczną, tętnicę rzęskowe tylne i część bliższą tętnicy kręgowej. Dotyczy przede wszystkim osób w wieku 70–80 lat, rzadko dotyka osoby przed 50. rokiem życia. W 2/3 przypadków stwierdza się ją u kobiet. Występuje wyraźnie czę-

ściej w krajach skandynawskich, natomiast rzadko spotyka się ją u osób rasy czarnej.

Etiologia choroby nie jest znana, ale wśród ewentualnych czynników etiologicznych wymienia się zakażenia wirusowe, alergię i urazy. Bierze się pod uwagę także czynnik immunologiczny i uwarunkowania genetyczne.

W 1990 roku Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne podało kryteria diagno-

Leopold Glasner,
Magdalena Homziuk

Katedra i Klinika Chorób Oczu
Akademii Medycznej w Gdańsku



Choroba Hortona dotyczy przede wszystkim osób w wieku 70–80 lat, rzadko dotyka osoby przed 50. rokiem życia

Adres do korespondencji:

dr med. Magdalena Homziuk
Katedra i Klinika Chorób Oczu AMG
e-mail: mhom@amg.gda.pl
tel.: 0602-642-095

Copyright © 2008 Via Medica
ISSN 1897-3590

styczne, które pozwalają na rozpoznanie obrzymiokomórkowego zapalenia tętnic [2].

Są to:

- początek choroby powyżej 50. roku życia;
- bóle głowy o nieodczuwalnym poprzednio charakterze;
- zmiany w tętnicy skroniowej;
- przyspieszenie opadania krwinek powyżej 50 mm;
- zmiany histopatologiczne w tętnicy skroniowej (biopsja).

Spełnienie 3 spośród 5 kryteriów pozwala na ustalenie rozpoznania [2]. Wszystkie powyższe objawy obserwowano u opisywanej pacjentki.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentkę w wieku 73 lat przyjęto do Kliniki Chorób Oczu AMG w ramach ostrego dyżuru (nr historii choroby 31624/1274). Podawała nagle, znaczne obniżenie ostrości wzroku lewego oka, które zauważyła rano po przebudzeniu. Kobieta dotychczas nie miała żadnej choroby dotyczącej oczu. Stosowała korekcję okularową do dali O.P. i O.L. + 1,75 dsph. Zdecydowanie negowała urazy oczu i głowy. Cierpiała na nadciśnienie tętnicze, na które była leczona od 20 lat. Stosowała Retiazyd. Inne schorzenia ogólne negowała. Była uczulona na salicylany.

W badaniu okulistycznym w dniu przyjęcia do kliniki stwierdzono:

- V. oc. dex = 0,5 cc + 1,75 dsph = 1,0;
- V. oc. sin = 2/50 — knp (korekcja nie poprawia ostrości wzroku);
- T. oc. dex = 4,0/5,5;
- T. oc. sin = 4,5/5,5.

Prawa gałka oczna była spokojna, ustawiona i ruchoma prawidłowo. Aparat ochronny bez zmian. Rogówka z obwodowym pasmem powierzchniowego zmętnienia. Na rogówce, na godzinie 6.00 stara, owalna blizna po ciele obcym. Komora przednia miernie głęboka, płyn komorowy czysty. Tęczówka spokojna o wygładzonym

beleczkowaniu. Żrenica okrągła równa, miernie szeroka, prawidłowo reagująca na światło i mydriatyki. Soczewka i ciało szkliste przeziernie. Refleks z dna różowy. Tarcza nerwu II bladioróżowa, o granicach wyraźnych w poziomie dna. Wokół tarczy widoczne ogniska zanikowej naczyńiówki. Plamka bez refleksu. Naczynia tętnicze wąskie o poszerzonym odbłasku. Żyły miernie szerokie. Obwód dna bez zmian.

Lewa gałka oczna była spokojna, ustawiona i ruchoma prawidłowo. Aparat ochronny bez zmian. Na rogówce widoczne obwodowe pasmo powierzchniowego zmętnienia. Poza tym rogówka gładka, lśniąca, przezierna. Komora przednia miernie głęboka, płyn komorowy czysty. Żrenica okrągła, równa, prawidłowo reagowała na światło i mydriatyki. Tęczówka spokojna o wygładzonym beleczkowaniu. Soczewka i ciało szkliste przeziernie. Refleks z dna różowy. Tarcza nerwu II dość blada, uniesiona, o całkowicie zatartych granicach (ryc. 1). Wokół tarczy nerwu wzrokowego ogniska zanikowej naczyńiówki. Plamka bez refleksu. Skroniowo od plamki występowały ogniska degeneracyjne. Tętnice dość wąskie o poszerzonym odbłasku. Żyły miernie szerokie. Obwód dna bez zmian. Tętnice skroniowe w dniu przyjęcia pozostawały niezmienione.



Rycina 1. Dno lewego oka w dniu przyjęcia — obrzęk tarczy nerwu II

Postawiono rozpoznanie wstępne: *Papillitis oc. sin. susp. Hypertensio arterialis.*

Zlecono wykonanie badań podstawowych oraz włączono terapię następującymi lekami: Kefzol 2 × 0,5 g *i.m.*, Fenicort 1 × 25 mg *i.m.*, witamina C 3 × 1 tabl., witamina B complex 3 × 1 tabl.

Chorą skierowano na konsultacje: neurologiczną, laryngologiczną, stomatologiczną, ginekologiczną oraz na tomografię komputerową głowy.

W tomografii komputerowej głowy (przed dożylnym wzmocnieniem środkiem cieniującym i po nim) stwierdzono pojedyncze, bardzo drobne punkcikowate, bezodczynowe zwapnienia w strukturach głębokich obu półkul mózgu. Innych zmian w obrębie mózgowia oraz w obrębie oczodołów nie stwierdzono. Układ komorowy był ustawiony pośrodkowo, nieposzerzony. Nerwy wzrokowe i okolice pozagałkowe nie wykazywały zmian.

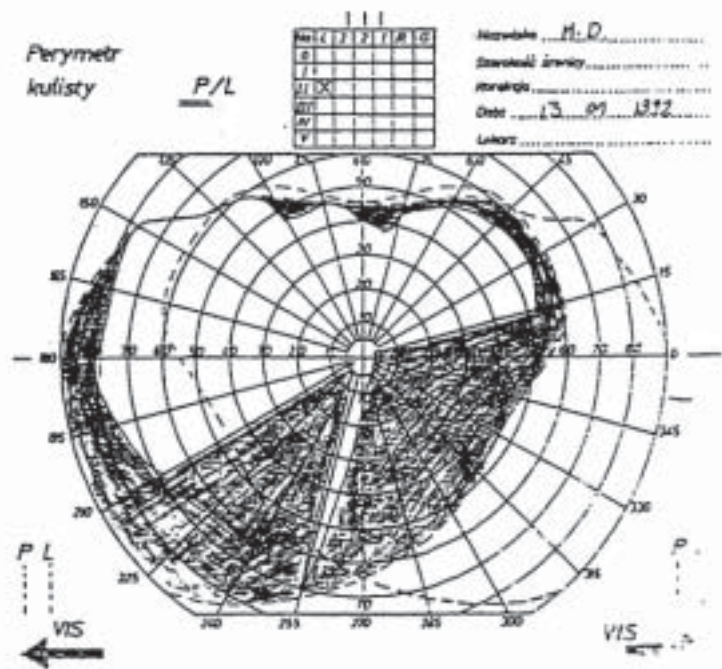
W badaniu neurologicznym, laryngologicznym i ginekologicznym nie stwierdzono odchyleń od normy.

Na zlecenie konsultanta stomatologa usunięto pozostałość korzenia zęba przedtrzonowego dolnego po stronie prawej.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: OB po godzinie — 90 mm, RBC — 3,72 mln/mm³, HGB — 11,1 g/dl, HCT — 33,9%. Wyniki pozostałych parametrów morfologii krwi, elektrolity, GLC w surowicy, HBs Ag oraz wyniki badania ogólnego moczu były w granicach normy.

W drugim dniu hospitalizacji zwiększono dawkę Fenicortu do 50 mg/dz. oraz włączono kroplówki z Polocainy 1 × dz. przez 10 dni.

W trzecim dniu pobytu w klinice zauważono pogrubienie naczyń skroniowych po stronie lewej. Badana okolica była niebolesna. Ostrość wzroku obu oczu pozostawała na takim poziomie, jak w dniu przyjęcia. Utrzymywał się także blady obrzęk tarczy nerwu II lewego oka oraz ubytek pola widzenia (ryc. 2).



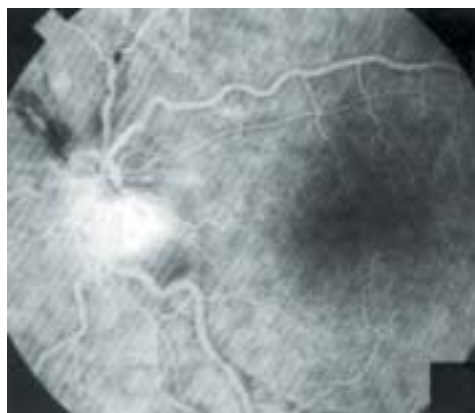
Rycina 2. Pole widzenia lewego oka wykonane w trakcie leczenia

W związku z podejrzeniem choroby Hortona pobrano fragment tętnicy skroniowej lewej do badania histopatologicznego. Podawany wcześniej Fenicort zmieniono na Solu-Medrol 1,0 g *i.v.* podawany przez 3 dni. Po 7 dniach leczenia nastąpiło obniżenie OB do 43 mm. W badaniu okulistycznym stwierdzono zmniejszenie obrzęku tarczy nerwu wzrokowego w lewym oku, bez poprawy ostrości wzroku i jednocześnie bez obniżenia ostrości wzroku prawego oka. Kontynuowano leczenie Fenicortem w zmniejszających się dawkach, uzyskując dalsze zmniejszenie się obrzęku tarczy lewego oka (ryc. 3).

Pacjentkę wypisano ze szpitala po 2 tygodniach hospitalizacji w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości miejscowych, z zaleceniami przyjmowania Encortonu w dawkach zmniejszających się o 5 mg co 7 dni aż do dawki 10 mg/dz. Ostrość wzroku lewego oka nadal pozostała obniżona do 2/50 — knp.

Po otrzymaniu wyniku badania histopatologicznego (nr badania 742635) z rozpo-

”
W ustaleniu rozpoznania choroby Hortona pomocne są badania dodatkowe (OB, białko C-reaktywne) oraz biopsja tętnicy skroniowej



Rycina 3. Angiografia fluoresceinowa dna lewego oka



Rycina 4. Aktualny obraz dna lewego oka — zanik nerwu II

znaniem: *Arteritis granulomatosa gigantocellularis* utrzymano Encorton w dawce 10 mg/dz. p.o. przez rok, okresowo kontrolując parametry okulistyczne, takie jak ostrość wzroku, ciśnienie wewnątrzgałkowe, odcinek przedni i dno oczu.

Obecnie po 8 latach od zachorowania u chorej stwierdza się:

- V. oc. dex = 0,2 cc + 2,5 dsph = 0,9–1,0;
- V. oc. sin = rpo-knp (ruch ręki przed okiem — korekcja nie poprawia ostrości wzroku);
- T. oc. utr = 17,3 mm Hg;
- w obojgu oczach początkową zaćmę korowo-jądrową.

Obraz dna prawego oka jest prawidłowy. W lewym oku widoczna tarcza nerwu II biała (zanikowa) w poziomie dna. Wokół tarczy nerwu II pasma zanikowej naczyńki (ryc. 4). Płamka bez refleksu. Naczynia tętnicze przewężone. Żyły o kalibrze prawidłowym. Obwód dna bez zmian.

Poza leczeniem nadciśnienia tętniczego pacjentka nie przyjmuje innych leków.

OMÓWIENIE

W około 60% przypadków choroba Hortona dotyczy jednego oka i występuje pod postacią nagłego, jednostronnego znacznego obniżenia ostrości wzroku, któremu może towarzyszyć ból okołogałkowy. Jeżeli proces chorobowy jest obustronny, to czas między

wystąpieniem objawów w jednym i drugim oku wynosi 12–17 dni.

W obrazie dna oka w *arteritis temporalis* najbardziej typową zmianą jest obraz *pseudopapillitis* na tle naczyniowym. W krótkim czasie (zwykle 1–2 miesiące) obrzęk tarczy stopniowo ustępuje i następuje jej zanik.

Rokowanie jest złe, ponieważ utrata ostrości wzroku jest trwała, chociaż zdarza się, że wczesne włączenie kortykosteroidów poprawia widzenie [4].

W ustaleniu rozpoznania choroby Hortona pomocne są badania dodatkowe (OB, białko C-reaktywne) oraz biopsja tętnicy skroniowej. W wycinku pobranym z tętnicy skroniowej najbardziej typowym obrazem odróżniającym *arteritis temporalis* od innych zapaleń tętnic jest destrukcja błony sprężystej tętnicy z jej następową fagocytozą przez komórki olbrzymie [3, 4].

Valata stwierdził jednak, że negatywne badanie histopatologiczne nie wyklucza rozpoznania olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic. Według danych z piśmiennictwa negatywne biopsje obserwuje się w 9–61% przypadków [5].

Na wynik badania histopatologicznego ma wpływ prowadzona steroidoterapia. Sachers uważa, że wykonanie biopsji już po 2 dniach podawania steroidów może fałszo-

wać wynik, a według Allisona wyniki fałszywie negatywne są dwukrotnie częstsze po tygodniu steroidoterapii.

W razie negatywnego wyniku badania niektórzy autorzy zalecają też biopsję przeciwległej tętnicy skroniowej. Natomiast inni uważają biopsję za zbędną, a rozpoznanie ustalają na podstawie obrazu klinicznego

i szybkiej odpowiedzi na zastosowaną steroidoterapię [6].

W omawianym przypadku biopsja chorobowo zmienionej tętnicy skroniowej miała najistotniejsze znaczenie diagnostyczne. Obserwowany bowiem obraz kliniczny nie był jednoznaczny. Nie było też znaczącej odpowiedzi na podawane leki.

PIŚMIENICTWO

1. Napora K., Obuchowska I., Mariak Z. Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic — opis przypadku. *Klin. Oczna* 2008; 110 (1–3).
2. Hunder G.G., Block D.A., Michael B.A. The College of Rheumatology 1990 criteria of the classification of giant cell arthritis. *Arthritis Rheum.* 1990; 33: 1122–1128.
3. Cieślińska K., Świtek-Tyma B. Ostra niedokrwienna neuropatia nerwu wzrokowego. *Klin. Oczna* 1995; 97: 16–18.
4. Wąsowska-Sznajderman T., Januszewicz W., Chodakowska J. i wsp. Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnicy skroniowej — omówienie 3 przypadków. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1994; 91: 298–301.
5. Ostafil M., Misiurewicz J. Przypadek obustronnego zapalenia tętnicy skroniowej. *Przegląd Lekarski* 1996; 3: 53.
6. Di Bartolomeo A.G., Brick J.E. Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic i polimialgia reumatyczna. *Medycyna po Dyplomie* 1992; 1: 1–3.