

Paulina Glasner¹,
Zenobia Czuszyńska²,
Dorota Raczyńska¹,
Leopold Glasner¹

¹Klinika Okulistyki,
Gdański Uniwersytet Medyczny
²Klinika Chorób Wewnętrznych,
Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

Ciężka postać toczenia rumieniowatego powikłana obustronnym odwarstwieniem siatkówki — opis przypadku

Serious form of systemic lupus erythematosus revealed by bilateral serous retinal detachment — case report

STRESZCZENIE

W przebiegu toczenia rumieniowatego układowego (SLE) dosyć często dochodzi do zajęcia narządu wzroku. Najczęściej występują objawy suchego oka (wtórny zespół Sjögrena), zapalenie rogówki i spojówki, ogniska kłębków waty oraz krwotoki siatkówkowe. Autorzy opisują przypadek pacjentki, u której w czasie zaostrzenia objawów ogólnoustrojowych choroby doszło do znacznego upośledzenia widzenia w przebiegu obustronnego wysiękowego odwarstwienia siatkówki. Zastosowane leczenie immunosupresyjne oraz operacyjne nie spowodowało poprawy ostrości wzroku.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 2, 88–91

słowa kluczowe: toczeń rumieniowaty układowy, wysiękowe odwarstwienie siatkówki, oczne powikłania toczenia

ABSTRACT

Ocular manifestations of systemic lupus erythematosus (SLE) are quite often. The most frequent are: Sjögren syndrome, keratoconjunctivitis sicca, cotton-wool spots and retinal hemorrhages. The authors report one case of lupus retinopathy revealed by bilateral serous retinal detachment during a systemic flare-up of the disease. Systemic steroids, immunosuppressive and surgical treatment were administered, unfortunately unsuccessfully.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, vol 8, no 2, 88–91

key words: systemic lupus erythematosus, serous retinal detachment, ocular manifestations of lupus erythematosus

Adres do korespondencji:

lek. Paulina Glasner
Klinika Okulistyki GUMed
ul. Smoluchowskiego 17, 80–952 Gdańsk
tel.: 58 349 35 80
faks: 58 349 35 90
e-mail: paulinaglasner@gumed.edu.pl

WSTĘP

Objawy oczne są dosyć często występującą manifestacją toczenia układowego rumieniowego (zgłasza je ok. 35% pacjentów). Najczęściej są to: wypadanie rzęs, objawy suchego oka (nieprawidłowe wyniki testu Schirmera), zmniejszenie ostrości wzroku, zmętnienie soczewek, zapalenie twardówki, obwodowe wrzodzące zapalenie rogówki, zmiany zwyrodnieniowe w ciele szklistym, zapalenie naczyń włosowatych siatkówki, wysiękowe zmiany podsiatkówkowe w okolicy plamki, neuropatia nerwu wzrokowego, wyższe wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego (tab. 1). Wysiękowe odwarstwienie siatkówki jest niezwykle rzadkim, jednakże opisywanym w piśmiennictwie powikłaniem toczenia w obrębie narządu wzroku (ryc. 1, 2).

OPIS PRZYPADKU

W Klinice Chorób Tkanki Łącznej i Klinice Okulistyki leczono 41-letnią pacjentkę z rozpoznaniem w 2003 roku toczeniem rumieniowym układowym (SLE, *systemic lupus erythematosus*). Chorobę stwierdzono na podstawie kryteriów *American College of Rheumatology* (ARA) > 4/10 pkt, u pacjentki występowały wtedy zmiany skórne i stawowe, małopłytkowość i leukopenia. Z biologicznych cech choroby stwierdzono wysokie miano przeciwciał przeciwjądrowych (ANA+) z przeciwciałami przeciw dwuniciowemu DNA (sd DNA+). Jednokrotnie (w 2004 r.) wykazano obecność antykoagulantu toczenia. Dodatkowo pacjentka była obciążona chorobą Gravesa-Basedowa, hiperprolaktynemią czynnościową, depresją, migrenowymi bólami głowy.

Chorą leczono arechiną (2004 r.), glikokortykosteroidami doustnymi (2003–2004 r.), wlewami metyloprednizolonu (łącznie 6 cykli po 1,5 mg co miesiąc, a następnie co 3 miesiące — 2 pulsy) (2007 r.), azatiopryną (2007 r.), belimumabem (2008–2009 r.), mykofenolanem mofetilu (2013 r.). W 2012 roku pacjentce wycięto zmianę okolicy barku prawego (*dermatofibrosarcoma*).

Od 2009 roku u chorej obserwowano stopniowe pogarszanie się ostrości wzroku. W 2013 roku z powodu zaostrzenia objawów choroby podano 3 pulsy metyloprednizolono-



Rycina 1. Wysiękowe odwarstwienie siatkówki — oko prawe (Fundus Camera)



Rycina 2. Początkowe wysiękowe odwarstwienie siatkówki (oko lewe)

„
Objawy oczne są dosyć często występującą manifestacją toczenia układowego rumieniowego (zgłasza je ok. 35% pacjentów)

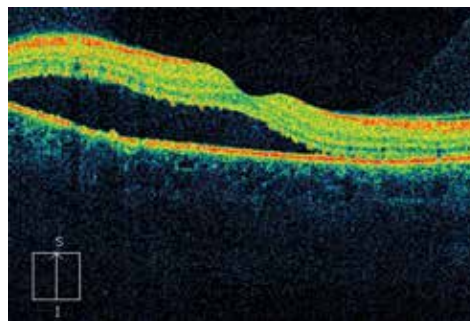
Tabela 1

Objawy oczne u chorych na toczeń rumieniowy układowy

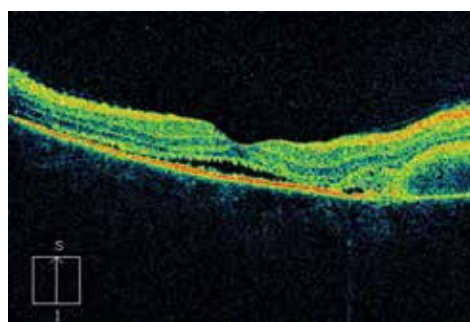
Objawy suchego oka	30–70%
Zmiany w strukturze ciała szklistego	50%
Zmętnienie soczewek	40%
Pogorszenie ostrości wzroku	25%
Zmiany w siatkówce	20%
Światłowstręt	20%
Przekrwienie spojówek, zapalenie brzegów powiek, wylewy dospojówkowe	10%
Zmiany w nerwie wzrokowym	5%
Zmiany w tęczęwce	5%

nu po 500 mg i rozpoczęto leczenie pulsami cyklofosfamidu (dawka sumaryczna 4 mg). W listopadzie 2013 roku w badaniu okulistycznym stwierdzono: ostrość wzroku oka prawego 3/50 (korekcja nie poprawiała), oka lewego 0,2cc-2,0cyl = 0,5; oko prawe: aparat ochronny i odcinek przedni bez zmian, w obrębie dna oka stwierdzono rozległe wysiękowe odwarstwienie siatkówki obejmujące kwadrant dolno-skroniowy i dolno-nosowy, z pęcherzem dochodzącym do plamki żółtej, otworu w siatkówce nie znaleziono. W badaniu metodą optycznej koherentnej tomografii (OCT, *optical coherent tomography*) oka prawego stwierdzono cechy wysiękowego odwarstwienia siatkówki z obecnością płynu podsiatkówkowego obejmujące kwadrant dolno-nosowy i dolno-skroniowy (ryc. 3, 4). W oku lewym aparat ochronny i odcinek przedni nie były zmienione. W badaniu dna oka skroniowo od plamki stwierdzono płaski pęcherz odwarstwionej siatkówki oraz niewielki obrzęk okolicy okołoplamkowej (badanie OCT potwierdziło cechy wysiękowego odwarstwienia siatkówki oraz centralnej surowiczej chorio-retinopatii). Obuocześnie występowały cechy oftalmopatii tarczycowej.

Ze względu na wysoką aktywność choroby [Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) 14 pkt] zdecydowano o intensyfikacji leczenia immunosupresyjnego (mykofenolan mofetilu 2 × 750 mg), zalecono pulsy metyloprednizolonu 3 dni po 500 mg oraz pulsy cyklofosfamidu, acetazolamid (tabletki) 2 × 250 mg, diklofenak krople do oczu 3 × 3 dziennie, rutynę + kwas askorbinowy 3 × 2 tabletki. W kolejnym badaniu okulistycznym stwierdzono dalsze pogorszenie ostrości widzenia, w badaniu dna oka i OCT wykazano powiększenie się pęcherza podsiatkówkowego i zajęcie obszaru plamki żółtej. W związku z pogorszeniem się obrazu dna oka i dalszym zmniejszaniem się ostrości wzroku podjęto decyzję o leczeniu operacyjnym odwarstwionej siatkówki oka prawego (*pars plana* witrektomia 20 G oka prawego z lensek-



Rycina 3. Cechy wysiękowego odwarstwienia siatkówki w oku prawym (badanie OCT)



Rycina 4. Obraz początkowego wysiękowego odwarstwienia siatkówki oka lewego (badanie OCT)

tomią, retinotomią ogniskową i peelingiem błon nasiatkówkowych oraz endofotokoagulacją siatkówki). Uzyskano anatomiczny obraz przyłożenia siatkówki, jednak nie uzyskano poprawy ostrości wzroku.

Wyniki badania kontrolnego wykonanego po 2 tygodniach wykazały dalsze pogarszanie się ostrości wzroku oka lewego, na dzień oka stwierdzono rozległy pęcherz wysiękowego odwarstwienia siatkówki. Zaplanowano postępowanie lecznicze, takie jak w oku prawym. Kontynuowano leczenie immunosupresyjne.

DYSKUSJA

Zajęcie narządu wzroku w przebiegu SLE jest stosunkowo częste (nawet do 35% pacjentów) [1]. Zazwyczaj mamy do czynienia z wtórnym zespołem Sjögrena i suchym zapaleniem rogówki oraz spojówki (*keratoconjunctivitis sicca*). Jednakże SLE może zająć prawie każdy odcinek gałki ocznej. Dodatkowo leki stosowane w leczeniu tej



Zazwyczaj mamy do czynienia z wtórnym zespołem Sjögrena i suchym zapaleniem rogówki oraz spojówki

choroby mogą powodować problemy okulistyczne, takie jak zaćma posteroïdowa, keratopatia czy retinopatia (arechina w dawce > 6,5 mg/kg/d.) [1].

Wysiękowe odwarstwienie siatkówki w przebiegu SLE występuje rzadko, jednak silnie koreluje z nasileniem ogólnoustrojowych objawów choroby (SLEDAI) [2, 3]. Szczególnie często współwystępuje z nefropatią (wzrost stężenia kreatyniny we krwi), zapaleniem naczyń, ciążą, hemodializą, nadciśnieniem tętniczym [4], przeszczepieniem narządu, hiperkortyzolemią egzo-i endogenną, zajęciem centralnego układu nerwowego (CUN) [3]. Również wzrost stężenia przeciwciał antyfosfolipidowych (aPLA), odpowiedzialnych za zatory żyłne i tętnicze, jest uznawany za czynnik predysponujący do wystąpienia retinopatii [3]. Wszystkie te czynniki razem korelują ze wzrostem śmiertelności w przebiegu SLE [2–4].

Patofizjologia zajęcia narządu wzroku jest różnorodna. Głównie upatruje się jej w odkładaniu kompleksów immunologicznych w naczyniach gałki ocznej, zapaleniu naczyń i powstawaniu zatorów. Kompleksy immunologiczne mogą się odkładać w spojówce, siatkówce, rogówce, ciałku rzęskowym, gruczole łzowym (powodując wtórnie zespół Sjögrena). Cytotoksyczność zależna od przeciwciał może powodować śmierć komórek siatkówki czy demielinizację nerwu wzrokowego. Krążące przeciwciała patogenetyczne to szczególnie APLA i przeciwciała antyneuronalne [1, 5–8].

Opisywana pacjentka była w okresie zaostżenia objawów toczenia (SLEDAI 14 pkt.) oraz nawrotu poprzednio występujących dolegliwości (ból mięśni, obrzęki podudzi, wokół kostek i rąk, zmiany skórne o typie wysypki rumieniowatej, spadek masy ciała o 10 kg w 3 tygodnie). Jednakże nie stwierdzono u niej często współistniejących z retinopatią objawów, takich jak nefropatia, zajęcie CUN, nadciśnienie tętnicze. W wyniku zastosowanego leczenia (immunosupresyjne, miejscowe, operacyjne) nie uzyskano znaczącej poprawy widzenia. Pacjentkę zdyskwalifikowano z zastosowania plazmaferezy ze względu na brak kompleksów immunologicznych.

Patogeneza wysiękowego odwarstwienia siatkówki w przebiegu SLE nie jest dokładnie znana. Brak poprawy widzenia należy najprawdopodobniej łączyć z dużym nasileniem choroby i długim czasem jej trwania (ponad 10 lat). Pacjentka nadal jest leczona immunosupresyjnie i wciąż jest poddawana kontroli okulistycznej.

WNIOSKI

Opisany przypadek pokazuje jak poważne w skutkach może być zajęcie narządu wzroku w przebiegu SLE. Należy pamiętać, że objawy okulistyczne w SLE mogą być wynikiem choroby podstawowej, ale też działaniem niepożądanym stosowanych leków. Nie ulega natomiast wątpliwości, że wszyscy chorzy na SLE powinni być uważnie obserwowani pod kątem zajęcia przez chorobę narządu wzroku.



**Wysiękowe odwarstwienie
siatkówki w przebiegu SLE
występuje rzadko**

PIŚMIENNICTWO

1. Sivaraj R.R., Durrani O.M., Denniston A.K., Murray P.I., Gordon C. Ocular manifestations of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology* 2007; 12: 1757–1762.
2. Hannouche D., Korobelnik J.F., Cochereau I. i wsp. Systemic lupus erythematosus with choroidopathy and serous retinal detachment. *International Ophthalmology* 1995; 19: 125–127.
3. Nguyen Q.D., Uy H.S., Akpek E.K., Harper S.L., Zacks D.N., Foster C.S. Choroidopathy of systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2000; 9: 288–298.
4. Gold D.H., Morris D.A., Henkind P. Ocular findings in systemic lupus erythematosus. *Brit. J. Ophthalmol.* 1972; 11: 800–804.
5. Ostanek L., Modrzejewska M., Bobrowska-Snarska D., Brzosko M. Zmiany oczne u chorych na toczeń rumieniowaty układowy i zespół antyfosfolipidowy. *Pol. Arch. Med. Wew.* 2007; 117 (supl. 1): 18–23.
6. Kański J. *Okulistyka kliniczna*. Wyd. III. Elsevier, Wrocław 2009; 934–936.
7. El-Shereef R., Mohamed A.S., Hamdy L. Ocular manifestation of systemic lupus erythematosus. *Rheumatol. Int.* 2011; 12: 1–6.
8. Ushiyama O., Ushiyama K., Koarada S. i wsp. Retinal disease in patients with lupus erythematosus. *Ann. Rheum.* 2000; 59: 705–708.