

(46)

# Idiopatyczny zespół wysiękowy naczyńówki – opis przypadku

## *Idiopathic uveal effusion syndrome – case report*

Magdalena Trębińska<sup>1</sup>, Karolina Bonińska<sup>1</sup>, Zofia Michalewska<sup>1,2</sup>, Jerzy Nawrocki<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Oddział Okulistyczny III Szpitala Miejskiego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi  
Kierownik: dr hab. n. med. Zofia Michalewska

<sup>2</sup> Klinika Okulistyczna „Jasne Błonia” w Łodzi

<b>Streszczenie:</b>	Idiopatyczny zespół wysiękowy naczyńówki jest rzadką chorobą charakteryzującą się samoistnym surowiczym uniesieniem naczyńówki. Etiopatogeneza tej choroby nie jest do końca wyjaśniona. Najprawdopodobniej schorzenie ma związek z zaburzeniami w budowie twardówki, które wtórnie prowadzą do ucisku żył wirowatych i powstawania zmian zachodzących w przepuszczalności białek. Możliwym powikłaniem schorzenia jest odwarstwienie siatkówki. Prezentujemy przypadek 59-letniej kobiety z okrężnym samoistnym odłączeniem naczyńówki w oku lewym. Ostrość wzroku obojga oczu wynosiła 5/5 sc. W oku prawym nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego. Wykonano badania obrazowe (ultrasonografię gałek ocznych, ultrabiomikroskopię, spektralną optyczną tomografię i rezonans magnetyczny), które wykluczyły wtórne przyczyny choroby. Zmiany wycofały się samoistnie po 2 tygodniach. Nie stwierdzono nawrotu choroby w rocznym okresie obserwacji. Rozpoznanie postawiono według zasady wykluczenia. Chociaż u większości pacjentów odłączenie naczyńówki ma charakter wtórny do hipotonii lub stanu zapalnego, w rzadkich przypadkach, podobnie jak omawianym przez nas, przyczyna pozostaje nieznana.
<b>Słowa kluczowe:</b>	odłączenie naczyńówki, zespół wysiękowo-naczyńówkowy, odwarstwienie siatkówki.
<b>Summary:</b>	The idiopathic uveal effusion syndrome is a rare disease characterized by serous choroidal detachment. The pathogenesis of idiopathic effusion syndrome has not been conclusively determined yet. One hypothesis postulates compression of the vortex veins and abnormal diffusion of extravascular proteins. A possible complication of the disease is retinal detachment. We present a case of 59-year-old woman with idiopathic uveal effusion in the left eye. The uncorrected visual acuity was 5/5 in both eyes. Ultrasonography, ultrasound biomicroscopy, spectral optical coherence tomography and magnetic resonance imaging were performed, which excluded secondary causes of the disease. Spontaneous resolution was observed over a two-week period, without the recurrence in one-year follow up. The diagnosis was based on the clinical exam findings. The uveal effusion syndrome may be idiopathic, although in the majority of patients it is secondary to other ocular conditions, such as hypotony or inflammation.
<b>Key words:</b>	choroidal detachment, uveal effusion syndrome, retinal detachment.

### Wstęp

Idiopatyczny zespół wysiękowy naczyńówki (zespół naczyńówkowo-wysiękowy; Idiopathic Uveal Effusion Syndrome – IUES) jest rzadko występującym schorzeniem charakteryzującym się okrężnym obwodowym odłączeniem naczyńówki wynikającym z gromadzenia się płynu w przestrzeni nadnaczyńówkowej. Mogą mu towarzyszyć nieprzedarciowe odwarstwienie siatkówki oraz łagodny stan zapalny w obrębie przedniego odcinka gałki ocznej (1, 2). Dokładny patomechanizm pozostaje nieznany. Najbardziej prawdopodobną przyczyną choroby jest wrodzone zaburzenie budowy twardówki polegające na nieprawidłowym układzie włókien kolagenowych. Następstwem tego są: kompresja żył wirowatych, utrudnione odprowadzanie płynu przez twardówkę, przeciążenie układu żylnego i gromadzenie się płynu w przestrzeni między naczyńówką a twardówką (3).

### Opis przypadku

Na ostry dyżur okulistyczny zgłosiła się 59-letnia kobieta, która uskarżała się na łagodne pogorszenie ostrości wzroku

w oku lewym (OL). Wywiad okulistyczny w kierunku przebytych urazów, zabiegów wewnątrzgałkowych oraz chorób ogólnych był negatywny.

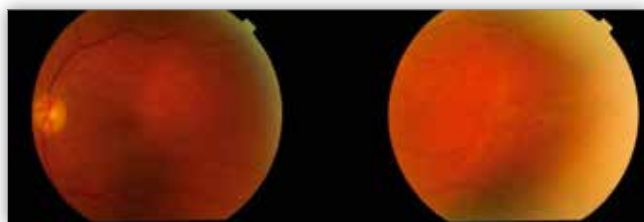
Pacjentka była uprzednio leczona z powodu zapalenia spojówek o etiologii *Staphylococcus epidermidis* i *Staphylococcus aureus* w tym samym oku i przyjmowała miejscowo krople antybiotykowe z gentamycyną, po 10 dniach przerwała tę terapię, ponieważ objawy ustąpiły.

Przeprowadzono pełne badanie okulistyczne z biomikroskopią pośrednią.

Ostrość wzroku obojga oczu wynosiła 5/5 sc. Ciśnienie wewnątrzgałkowe (Intraocular Pressure – IOP) utrzymywało się w granicach normy (TOP = 15 mmHg, TOL = 17 mmHg). Długości gałek ocznych: prawej 23,50 mm, lewej 23,52 mm.

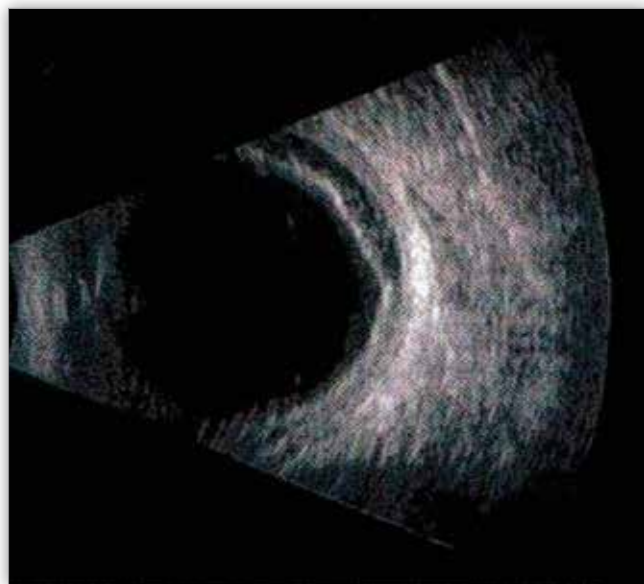
Nie stwierdzono nieprawidłowości w obrębie przedniego odcinka. W badaniu dna OL stwierdzono okrężne obwodowe odłączenie (pogrubienie) naczyńówki bez towarzyszącego mu odwarstwienia siatkówki (ryc. 1.).

Wykonano badanie USG, które uwidocznilo niewielkie okrężne pogrubienie błony naczyńowej i jej uniesienie (ryc. 2.).



**Ryc. 1.** Zdjęcia kolorowe bieguna tylnego oraz dalekiego obwodu. Widoczne odłączenie naczyniówki.

**Fig. 1.** Color photographs of the posterior pole with noticeable peripheral choroidal detachment.



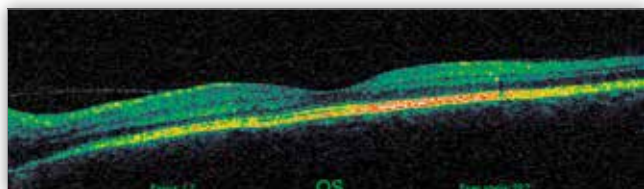
**Ryc. 2.** Okrężne odłączenie naczyniówki w obrazie badania USG w projekcji B.

**Fig. 2.** Annular choroidal detachment on the B-scan image.

Pacjentkę przyjęto na oddział okulistyczny naszego szpitala w celu kontynuowania diagnostyki. Wykonano badania obrazowe oraz laboratoryjne.

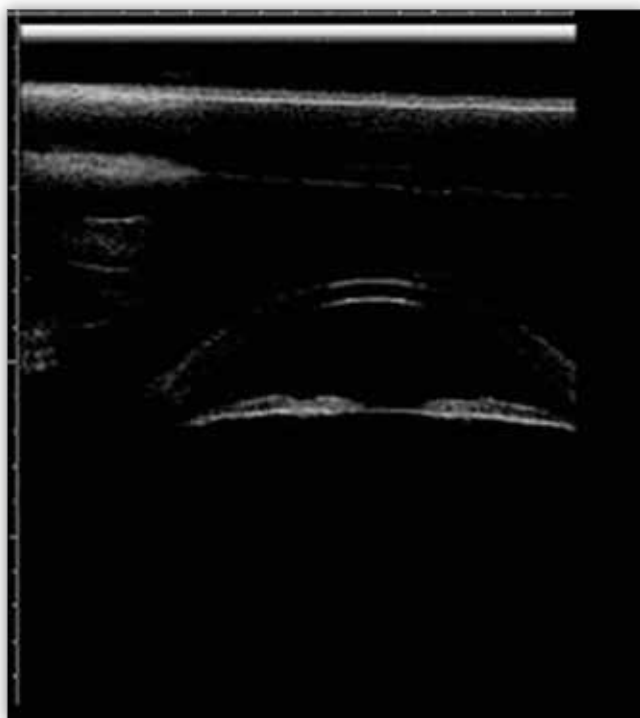
Rutynowe badania obrazowe uzupełniono dodatkowymi badaniami – spektralnej optycznej koherentnej tomografii komputerowej (Spectral Domain Optical Coherence Tomography – SD-OCT) oraz rezonansu magnetycznego (Magnetic Resonance Imaging – MRI) oczodołów.

W obrazie badania SD-OCT plamki zaobserwowano nieznaczne miejscowe ścięczenie warstwy nabłonka barwnikowego (Retinal Pigment Epithelium – RPE) (ryc. 3.). W badaniu biomikroskopii ultradźwiękowej (Ultrabiomicroscopy – UBM) nie stwierdzono odchyłeń od stanu prawidłowego (ryc. 4.).



**Ryc. 3.** Badanie SD-OCT plamki oka lewego – niewielkie miejscowe ścięczenie w warstwie RPE.

**Fig. 3.** The SD-OCT scan of the left macula showing small defects of the retinal pigment epithelium.



**Ryc. 4.** Obraz badania UBM – brak odchyłeń od stanu prawidłowego.

**Fig. 4.** The UBM image showing no evident abnormalities.

Obraz MRI korelował z obrazem USG. Naczyniówka była oddzielona od twardówki wąską przestrzenią płynową. Badanie MRI nie wykazało obecności masy patologicznej o cechach guza ani w obrębie gałki ocznej, ani poza gałką oczną (ryc. 5.).

Wyniki badań laboratoryjnych: morfologii krwi obwodowej, wskaźnika opadania erytrocytów (OB), białka ostrej fazy (CRP) i czynnika reumatoidalnego (RF) nie odbiegały od normy, na tej podstawie można było wykluczyć układowe choroby tkanki łącznej.

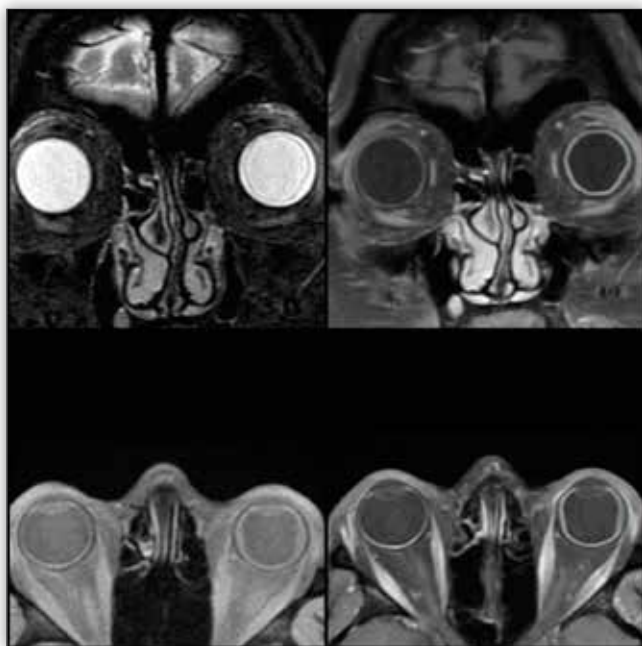
Podczas kolejnych wizyt kontrolnych po tygodniu oraz miesiącu od hospitalizacji pomimo niewdrożenia leczenia zaobserwowaliśmy u pacjentki niemal całkowitą resorpcję zmian na dnie oka (ryc. 6.). W rocznym okresie obserwacji nie odnotowaliśmy nawrotu choroby.

### Omówienie

W doniesieniach z literatury medycznej na temat idiopatycznego surowiczego odłączenia błony naczyniowej najczęściej są opisywane przypadki nieurazowego i bezbolesnego uniesienia naczyniówki obejmującego od 1 do 4 kwadrantów. Zmianom tym zwykle towarzyszy wysiękowe odwarstwienie siatkówki z widocznym niekiedy płynem wysiękowym w obrębie plamki (4). Na dnie oka możemy także zaobserwować punktowe zmiany degeneracyjne nabłonka barwnikowego siatkówki przyjmujące postać tzw. plam lamparta.

Zespół naczyniówkowo-wysiękowy po raz pierwszy opisali Schepens i Brockhurst w 1963 roku (5). W 25% przypadków schorzenie ma charakter nawrotowy.

Jako jeden z czynników odpowiedzialnych za samoistne odłączenie naczyniówki rozważa się wrodzone nieprawidłowości w budowie twardówki polegające na zwiększeniu jej grubości na skutek nieprawidłowego układu włókien kolagenowych oraz akumulacji proteoglikanów. Te zmiany mogą utrudniać



**Ryc. 5.** Obraz badania MRI oczodołów pacjentki z odłączeniem naczyniówki.

A – płaszczyna czołowa MRI w projekcji T2 zależnej z saturacją tkanki tłuszczowej. Widoczne podwyższenie sygnału około-gałkowej tkanki tłuszczowej po stronie lewej skroniowo.

B – T1-zależny obraz MRI w przekroju czołowym z saturacją tłuszczu po podaniu środka kontrastowego. Uwidoczniono wzmocnienie w obrębie tkanki tłuszczowej przygałkowej skroniowo oraz odłączenie naczyniówki w obrębie lewej gałki ocznej.

C – płaszczyna osiowa uwidoczniona w badaniu MRI przed podaniem środka kontrastowego, widoczne odłączenie naczyniówki w oku lewym.

D – płaszczyna osiowa uwidoczniona w badaniu MRI po podaniu środka kontrastowego, widoczne odłączenie naczyniówki w oku lewym.

**Fig. 5.** Orbital MRI of a patient with choroidal detachment.

A – Frontal plane, T2-weighted images with fat saturation showing increased signal intensity of the periorbital fat temporally on the left hand side.

B – Fat-saturated T1-weighted images after contrast administration. Contrast enhancement of the periorbital fat tissue in the temporal area and of the choroidal detachment in the left eye.

C – Axial plane MRI before contrast administration with visible choroidal detachment in the left eye.

D – Axial plane MRI after contrast administration with visible choroidal detachment in the left eye.



**Ryc. 6.** Kontrolne badania obrazowe wykonane po 2 tygodniach od hospitalizacji – całkowite wycofanie się zmian chorobowych.

**Fig. 6.** Follow up imaging two weeks later showing a complete resolution of choroidal effusion.

odpływ żylny oraz przetwardówkowy w związku z uciskiem, który pogrubiała twardówka wywiera na żyły wirowate. Następstwem jest gromadzenie się płynu w przestrzeni nadnaczyniówkowej (3). Tę hipotezę potwierdzają badania histologiczne.

W badanych preparatach wykazano dezorganizację włókien kolagenowych i obecność proteoglikanów w istocie właściwej (6).

Innym czynnikiem odpowiedzialnym za to mogą być zmiany w gospodarce hormonalnej, które postępują wraz z wiekiem (3).

Postawienie właściwego rozpoznania opiera się na wykluczeniu innych przyczyn odłączenia naczyniówki. Obraz kliniczny może imitować czerniaka błony naczyniowej (kopulaste pogrubienie błony naczyniowej), dlatego wykonanie badań obrazowych takich jak USG, UBM, angiografia fluoresceinowa (Fluorescein Angiography – FA) oraz MRI pozwala różnicować te dwie jednostki chorobowe.

W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę również: naczyniaka naczyniówki, kostniaka naczyniówki, zmiany metastatyczne, zapalenie naczyniówki, tylne zapalenie twardówki, zwyrodnieniowe rozwarstwienie siatkówki i zespół Vogta-Koyanagi-Harady (4, 6).

Uyama i wsp. zaproponowali podział idiopatycznego odłączenia błony naczyniowej na 3 typy, z uwzględnieniem jego patogenez, długości gałki ocznej oraz budowy twardówki (grubości): typ 1. – związany z małoooczem i niedorozwojem gałki ocznej, typ 2. – związany z zaburzeniami w budowie twardówki i z prawidłową wielkością gałki ocznej, oraz typ 3. charakteryzujący się brakiem zaburzeń w budowie anatomicznej twardówki i prawidłową wielkością gałki ocznej (7).

Według danych z literatury medycznej IUES występuje przeważnie u mężczyzn w średnim wieku, z nadwzrocznością, jednakże może dotyczyć obojga płci w różnym przedziale wiekowym.

Nasza pacjentka, u której doszło do odłączenia naczyniówki, wcześniej była leczona z powodu zapalenia spojówek. W wymazie pobranym z worka spojówkowego stwierdzono obecność *Staphylococcus epidermidis* oraz *Staphylococcus aureus*. W dostępnym piśmiennictwie brakuje jednoznacznych danych, które pozwoliłyby potwierdzić korelację między występowaniem określonego patogenu w odcinku przednim a następczym IUES. Co prawda w literaturze medycznej opisano kilka przypadków odłączenia naczyniówki u pacjentów, u których wcześniej stwierdzono zapalenie spojówek o etiologii *Staphylococcus epidermidis* (Merino i wsp., Topilow), niemniej jednak doszło do niego po wcześniejszych interwencjach chirurgicznych (operacji zeza i opasania gałki ocznej) (8, 9). W literaturze medycznej nie są natomiast dostępne doniesienia, w których opisano by wpływ bakterii *Staphylococcus aureus* na wystąpienie odłączenia naczyniówki.

Wydaje się to niewystarczające do sformułowania hipotezy o możliwym związku współwystępowania stanu zapalnego wywołanego przez ww. drobnoustroje z późniejszym samoistnym odłączeniem naczyniówki. Poza tym należy pamiętać, że bakterie takie jak *Staphylococcus epidermidis* bytują w prawidłowej florze bakteryjnej worka spojówkowego, dlatego niejednokrotnie problematyczne jest udowodnienie ich patogenego charakteru.

Postępowanie terapeutyczne w przypadku niewielkiego obwodowego odłączenia naczyniówki można ograniczyć do obserwacji, kiedy zaś w obrębie gałki ocznej współwystępuje stan zapalny, można rozważyć włączenie systemowej steroidoterapii. W doniesieniach opinii na temat jej skuteczności są różne. Niektórzy autorzy donoszą, że w przypadku długotrwałego procesu

chorobowego niesteroidowe leki przeciwzapalne oddziałują pozytywnie (10).

Do innych metod terapeutycznych zalicza się również terapię preparatami hamującymi anhidrazę węglanową takimi jak acetazolamid. Powszechnie wiadomo, że acetazolamid ma pozytywny wpływ na krążenie naczyniówkowe. Zastosowanie acetazolamidu w terapii zespołu naczyniówkowo-wysiękowego nie przynosi jednoznacznych korzyści.

Pautler i wsp. donoszą, że taka terapia może być skuteczna jedynie wtedy, kiedy odłączenia naczyniówki są izolowane i ograniczone do tylnego bieguna. Jej zastosowanie nie znajduje zaś uzasadnienia, kiedy odłączenie naczyniówki jest obwodowe (11).

Autorzy innej opublikowanej pracy sugerują natomiast, że zastosowanie acetazolamidu w połączeniu z prostaglandynami może powodować wchłonięcie zmian.

Trudno jednoznacznie określić, która z tych substancji korzystnie wpływa na leczenie IUES. Pozytywny efekt działania acetazolamidu najprawdopodobniej jest spowodowany ograniczeniem obrzęku poprzez stymulację transportu jonów i płynu oraz zwiększeniem przepuszczalności twardówki (12).

W przypadku leczenia chirurgicznego preferowaną metodą jest sklerotomia ułatwiająca odpływ płynu przez twardówkę (3, 7, 13). Korzystne jest też miejscowe zastosowanie mitymicyny C w trakcie zabiegu w celu zachowania drożności wytworzonej przetoki filtracyjnej i zapobiegania jej ewentualnemu bliznowaceniu (14).

Inną możliwością jest zastosowanie endotamponady połączonej z laserokoagulacją.

U pacjentki opisywanej w tej pracy nie zastosowano leczenia. W rocznym okresie obserwacji nie stwierdzono u niej nawrotu choroby.

### Podsumowanie

Zespół samoistnego odłączenia naczyniówki jest schorzeniem, którego rozpoznanie stawia się głównie przez wykluczenie. Jego leczenie może być zachowawcze lub operacyjne. To schorzenie w 25% przypadków ma charakter nawrotowy.

### Piśmiennictwo:

1. Korporowicz D, Sikorska J: *Zespół wysiękowo-naczyniówkowy – opis przypadku*. Klin Oczna. 2002; 104: 55–58.

2. Liew SC, McCluskey PJ, Parker G, Taylor RF: *Bilateral uveal effusion associated with scleral thickening due to amyloidosis*. Arch Ophthalmol. 2000; 118: 1293–1295.
3. Gass JD: *Uveal effusion syndrome: A new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment*. Trans Am Ophthalmol Soc. 1983; 81: 246–260.
4. Friedel S, Polak A: *Leopardenmuster in der Fluoreszangiographie*. Ophthalmologie. 2013; 110: 360–364.
5. Schepens CL, Brockhurst RJ: *Uveal effusion. I. Clinical picture*. Arch Ophthalmol. 1963; 70: 189–201.
6. Ward RC, Gragoudas ES, Pon DM, Albert DM: *Abnormal scleral findings in uveal effusion syndrome*. Am J Ophthalmol. 1988; 106: 139–146.
7. Uyama M, Takahashi K, Kozaki J, Tagami N, Takada Y, Ohkuma H, et al.: *Uveal effusion syndrome: clinical features, surgical treatment, histologic examination of the sclera, and pathophysiology*. Ophthalmology. 2000 Mar; 107(3): 441–449.
8. Merino P, Gomez de Liano P, Yanez Martinez J: *Uveal effusion syndrome after strabismus surgery*. Arch Soc Esp Oftalmol. 2006 Jul; 81(7): 409–412.
9. Topilow HW, Ackerman AL: *Massive exudative retinal and choroidal detachments following scleral buckling surgery*. Ophthalmology 1983; 90: 143–147.
10. Kumar A, Kedar S, Singh RP: *The indocyanine green findings in idiopathic uveal effusion syndrome*. Indian J Ophthalmol. 2002; 50: 217–219.
11. Pautler SE, Browning DJ: *Isolated posterior uveal effusion: expanding the spectrum of the uveal effusion syndrome*. Clin Ophthalmol. 2014 Dec; 30(9): 43–49.
12. Andrijević Derk B, Benčić G, Corluka V, Zorić Geber M, Vatauk Z, et al.: *Medical therapy for uveal effusion syndrome*. Eye (Lond). 2014 Aug; 28(8): 1028–1031.
13. Kong M, Kim JH, Kim SJ, Kang SW: *Full-thickness sclerotomy for uveal effusion syndrome*. Korean J Ophthalmol. 2013 Aug; 27(4): 294–298.
14. Jackson TL, Hussain A, Morley AMS, Sullivan PM, Hodgetts A, El-Osta A, et al.: *Scleral hydraulic conductivity and macromolecular diffusion in patients with uveal effusion syndrome*. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2008; 49: 5033–5040.

Praca wpłynęła do Redakcji 22.08.2015 r. (KO-00028-2015)  
Zakwalifikowano do druku 29.12.2015 r.

### Adres do korespondencji (Reprint requests to):

lek. Karolina Bonińska  
Oddział Okulistyczny III Szpitala Miejskiego  
im. dr. K. Jonschera w Łodzi  
ul. Milionowa 14  
93-113 Łódź  
e-mail: karolina.boninska@gmail.com