

## Ostra obustronna wieloogniskowa epiteliopatia Acute posterior multifocal placoid epitheliopathy

Ewa Dróbecka-Brydak, Izabela Skórska, Marcin Switula

**Abstract:** The authors present 2 cases (women aged 33 and 51) of APMPE with typical ophthalmoscopic and angiographic picture. The disease began with acute decrease of visual acuity. During 6 months follow-up there was no progression of the changes.

**Słowa kluczowe:** ostra wieloogniskowa epiteliopatia, angiografia fluoresceinowa

**Key words:** APMPE, fluorescein angiography in APMPE

Ostra wieloogniskowa epiteliopatia została opisana po raz pierwszy przez Gass'a w 1968 r. Terminem *acute posterior multifocal placoid epitheliopathy* (APMPE) określili on zmiany, które wystąpiły w centralnej części siatkówek u 3 młodych kobiet po przebytej wirusowej (4). Zmiany będące przyczyną gwałtownego pogorszenia się ostrości wzroku charakteryzowały się obecnością licznych białozółtych, płaskich ognisk. Ogniska cofały się, pozostawiając małe uszkodzenia nabolnka barwnikowego, sąsiadującej błony naczyniowej i siatkówki. Towarzyszyła temu znaczna poprawa ostrości wzroku. W badaniu angiograficznym stwierdzono obraz charakterystyczny dla upośledzenia nabolnka barwnikowego.

Od pierwszego doniesienia o ostrej epiteliopatii w piśmiennictwie okulistycznym ukazały się prace przedstawiające podobnie przebiegające przypadki kliniczne lub też współistniejące z innymi schorzeniami (*uveitis, vasculitis, erythema nodosum*) (1, 2, 3, 5, 7, 8).

Przyczyna schorzenia nie jest dotychczas znana. Wielu autorów zwraca jednak uwagę, że wystąpienie objawów ocznych może być poprzedzone infekcją wirusową. Miejsce pierwotnego uszkodzenia również

nie jest wyjaśnione. Niektórzy autorzy uważają, że jest nim nabłonek barwnikowy (4), inni – że włóśniaki naczyniówki. Zamknięcie ich światła w przebiegu procesów zapalnych powoduje wtórne naruszenie nabolnka barwnikowego (2, 5, 8, 10).

Częstsza obecność antygeny HLA-B7 i HLA-DR2 u chorych z ostrą epiteliopatią niż u ludzi zdrowych może wskazywać na immunogenetyczne predyspozycje do pojawiania się tej choroby (9).

Ze względu na stosunkowo rzadkie występowanie ostrej epiteliopatii uznano za celowe przedstawienie obserwowanych przez nas przypadków.

### Przypadek 1

Chora (l. 33) została przyjęta do kliniki z powodu nagłego pogorszenia się widzenia oka prawego z towarzyszącym krzywieniem się liter. Dotychczas nie przechodziła żadnych chorób oczu, ogólnie zdrowa. Tydzień wcześniej przebyła infekcję grypopodobną.

W badaniu okulistycznym stwierdzono: w oku prawym – ostrość wzroku do dali -0,6 z korekcją -1,5 Dsph; do bliży 0,5 (z trudem); brak zmian w przednim odcinku, soczewce i ciele szklistym; na dnie oka nie zmienioną tarczę i naczynia, w okolicy bieguna tylnego liczne, białawe, okrągłe ogniska dochodzące prawie do dołka środkowego; w oku lewym – ostrość wzroku do dali 0,8-1,0 z korekcją własną -1,5 Dsph, do bliży 0,5; przedni odcinek oka, soczewka i ciało szkliste nie zmienione; dno jak w oku prawym, z tym że liczba ognisk w biegunie tylnym mniejsza. Ponad-

Z Kliniki Chorób Oczu AM w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. Tadeusz Kępcik

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
Dr hab. Ewa Dróbecka-Brydak  
ul. Gorlicka 10/3  
02-130 Warszawa

Oftan® Timolol

LEIRAS



to zaobserwowano prawidłowe rozpoznawanie barw na tablicach Ishihary, pola widzenia zbadane perymetrem Goldmanna znacznikiem 1/4 oraz prawidłową adaptację obustronną.

Badanie ERG wykonano przy użyciu zestawu EPIC 1000, uzyskując obustronnie prawidłowe odpowiedzi skotopowe i fotopowe. W angiografii fluoresceinowej, wykonanej po 10 dniach od pojawienia się objawów choroby, uwidoczniły się niewielkie, różnokształtne ogniska w tylnych biegunach obojga oczu, z przewagą wystąpienia wokół plamek. Ogniska te miały hipofluorescencyjne centrum otoczone hiperfluorescencyjną obwódką lub też w całości wykazywały hiperfluorescencję. Charakter ognisk wskazywał na zmiany zanikowe w obrębie nabłonka barwnikowego siatkówki, nieco większe w oku prawym (ryc. 1).



Ryc. 1./Fig. 1.

W badaniach dodatkowych nie znaleziono odchyłań od normy. Badanie laryngologiczne wskazywało na przebyte wirusowe zapalenie krtani. Rozpoznano ostrą wieloogniskową epitelioпатию obojga oczu. W trakcie pobytu w klinice obraz wzornikowy dna oka nie uległ zmianie. Ze względu na możliwość wirusowej etiologii schorzenia chorą poddano ogólnemu leczeniu Zoviraxem. Pełne kontrolne badanie okulistyczne przeprowadzono po 6 miesiącach. Ostrość wzroku oka prawego poprawiła się do 0,8-1,0. Obraz dna obojga oczu nie zmienił się w porównaniu ze stanem poprzednim. W badaniach pola widzenia i ERG również nie stwierdzono zmian.

#### Przypadek 2

Chora (l. 51) ogólnie zdrowa, zgłosiła się do kliniki z powodu trwającego od 4 dni pogorszenia się ostrości wzroku oka lewego. W wywiadzie nie podała żadnych chorób oczu.

W wywiadzie okulistycznym stwierdzono: ostrość wzroku do dali oka prawego 0,8, z korekcją -1,0 Dsph, do bliży 0,5, z korekcją +1,0 Dsph, oka lewego 0,2, z korekcją -1,0 Dsph; i 1,25, z korekcją +1 Dsph. Przednie odcinki, soczewki i ciało szkliste obojga oczu nie były zmienione. Na dnie oczu tarcze nerwów wzrokowych i naczynia również nie były zmienione. W obu biegunach tylnych zaobserwowano liczne drobne, białe ogniska otaczające plamkę. W oku prawym, poniżej plamki zauważono dość duże ognisko zaniku nabłonka barwnikowego; w oku lewym, w plamce – białozółte

ognisko wysiękowe. Pole widzenia zbadane perymetrem Goldmanna znacznikiem 1/4 w oku prawym było prawidłowe, w oku lewym zaś dostrzeżono mroczek paracentralny. W angiografii fluoresceinowej, wykonanej w 5. dobie od wystąpienia objawów choroby, stwierdzono w obojgu oczach obecność ognisk świadczących o uszkodzeniu nabłonka barwnikowego siatkówki wokół plamek obojga oczu. Ponadto w plamce oka lewego było obecne świeże ognisko zapalne.

Rozpoznano ostrą wieloogniskową epitelioпатию w oku lewym oraz przebytą wieloogniskową epitelioпатию w oku prawym. W przeprowadzonych badaniach dodatkowych (podstawowe badania laboratoryjne, odczyny w kierunku schorzeń pasożytniczych, ogniska infekcji) nie znaleziono odchyłań od normy. Zastosowano leczenie Zoviraxem, mimo braku danych potwierdzających infekcję wirusową.

W trakcie obserwacji klinicznej ostrość wzroku oka lewego poprawiła się, nieznacznie zmniejszył się mroczek w polu widzenia, a ognisko zapalne w plamce wykazywało tendencję do cofania się. Po 6 miesiącach stwierdzono obecność w tym miejscu blizny atroficznej.

#### Omówienie

W przedstawionych przez nas przypadkach wystąpiły objawy typowe dla ostrej epitelioпатii, a mianowicie gwałtowny początek, charakterystyczne zmiany wzornikowe i angiograficzne.

W obu przypadkach obserwowano spadek ostrości wzroku jednego oka, mimo że zmiany dotyczyły obojga oczu. W drugim przypadku obniżenie ostrości wzroku było niewątpliwie związane z obecnością świeżego ogniska w plamce, podczas gdy przeobrażenia mogące świadczyć o przebytej epitelioпатii obserwowano w obojgu oczach, co może przemawiać za nawrotnym przebiegiem schorzenia. Ze względu na podobieństwo objawów klinicznych w obu przypadkach zastosowano leczenie Zoviraxem, mimo braku danych świadczących o przebiegu infekcji wirusowej.

We wczesnej fazie angiografii w początkowym okresie choroby obserwuje się hipofluorescencję, a następnie narastającą hiperfluorescencję ognisk na dnie oczu. Większość autorów uważa, że wczesna hipofluorescencja ognisk łączy się z uszkodzeniem naczyń naczyniówki, prowadzącym do ich obliteracji (2, 3, 4). Pojawiająca się następnie hiperfluorescencja jest związana z przechodzeniem fluoresceiny z upośledzonej naczyniówki do uszkodzonego nabłonka barwnikowego. Gojenie się zmian następuje po upływie ok. 2-5 tygodni (6). W tym czasie w angiografii dają się zauważyć ogniska charakterystyczne dla atrofii w obrębie nabłonka barwnikowego.

W przedstawionym przez nas badaniu angiograficznym (pierwszy przypadek), wykonanym po ok. 10 dniach od wystąpienia objawów choroby, widoczne są już jedynie ogniska zanikowe dotyczące nabłonka barwnikowego siatkówki. Natomiast u pacjentki przedstawionej jako drugi przypadek, w angiografii wykonanej po 5 dniach od pojawienia się pierwszych objawów, w plamce obserwowano ognisko jeszcze nie zagojone.

W różnicowaniu powinny być brane pod uwagę schorzenia przebiegające z uszkodzeniem nabłonka barwnikowego.

#### Piśmiennictwo

- Charteris D., Khanna V., Dhillon B.: *Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy complicated by central retinal vein occlusion*. Brit. J. Ophthalm., 1989, 73, 765-768.
- Deutman A.F., Leon F.: *Choriocapillaris nonperfusion in acute multifocal placoid pigment epitheliopathy*. Amer. J. Ophthalm., 1977, 84, 652-657.
- Fishman G.A., Rabb M.F., Kaplan J.: *Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy*. Arch. Ophthalmol., 1974, 92, 235-238.
- Gass J.D.: *Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy*. Arch. Ophthalmol., 1968, 80, 177-185.
- Holt W.S., Regan C.D., Trempe C.: *Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy*. Amer. J. Ophthalmol., 1976, 81, 403-411.

- Lewis R., Martonyi C.: *Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy*. Arch. Ophthalmol., 1975, 93, 235-238.
- Sarino P., Weinberg R., Yassin J., Pilkerton A.: *Diverse manifestations of acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy*. Amer. J. Ophthalmol., 1974, 77, 659-662.
- Williams D.F., Mieler W.F.: *Long-term follow-up of acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy*. Brit. J. Ophthalmol., 1989, 73, 985-990.
- Wolf M., Folk J., Panknen C., Goeken N.: *HLA-B7 and HLA DR2 antigens and acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy*. Arch. Ophthalmol., 1990, 108, 689-700.
- Young N.J., Bird A.C., Sehmi K.: *Pigment epithelial diseases with abnormal chorioidal perfusion*. Amer. J. Ophthalmol., 1980, 90, 607-618.

Praca wpłynęła do Redakcji 26 maja 1995 r. (322)