

## Zapalenie tęczówki w przebiegu chorób reumatycznych

### *Anterior uveitis associated with rheumatic diseases*

Artur Bachta<sup>1</sup>, Mateusz Tłustochowicz<sup>2</sup>, Marek Rękas<sup>2</sup>, Jerzy Szaflik<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

<sup>2</sup>Klinika Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Okulistyki II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**Słowa kluczowe:** zapalenie tęczówki, zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej oka, leczenie ogólne, zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

**Key words:** iritis anterior uveitis, systemic treatment, guidelines of the Polish Society for Rheumatology.

#### Streszczenie

Zapalenie tęczówki to częsty objaw pozastawowy chorób reumatycznych, przede wszystkim spondyloartropatii. W przypadku niezadowolającego wyniku leczenia miejscowego lub ogólnego glikokortykosteroidami w okresach zaostrzeń nawrotowego lub przewlekłego zapalenia tęczówki okulista w ścisłej współpracy z prowadzącym pacjenta reumatologiem może zdecydować o konieczności zastosowania przeciwreumatycznych leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh) lub modyfikacji przewlekłego leczenia tymi lekami.

Nie opracowano dotąd uniwersalnych zaleceń dotyczących farmakologicznego leczenia zapalenia tęczówki w przebiegu chorób reumatycznych.

#### Leczenie okresu zaostrzenia

Leczenie powinien prowadzić okulista za pomocą: mydriatyków, niesteroidowych leków przeciwzapalnych podawanych miejscowo, kortykosteroidów stosowanych miejscowo, w iniekcjach okołogałkowych oraz ogólnie w zależności od aktywności stanu zapalnego i powikłań obrzękowych w obrębie gałki ocznej. W przypadku leczenia ogólnego zalecane jest użycie prednizonu (Encorton) w dawce 0,5–1,5 mg/kg m.c. na dobę doustnie (maksymalnie 80 mg/dobę). Dawki należy utrzymać do uzyskania remisji (zazwyczaj przez 4–6 tygodni), a następnie zmniejszać o 5 mg co 2 tygodnie. W szczególności

#### Summary

Anterior uveitis is a common extra-articular manifestation of rheumatic diseases, predominantly associated with spondyloarthropathies. In case of recurrent or chronic anterior uveitis, and unsatisfactory response to treatment with topical or systemic glucocorticoids during flares, the ophthalmologist in close cooperation with the attending rheumatologist can decide to start or modify long-term treatment with disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs).

ciężkich przypadkach (np. przebiegających z obecnością ropy w przedniej komorze oka lub z obrzękiem płamki) można rozważyć rozpoczęcie leczenia pulsami metyloprednizolonu w dawce 0,5–1 g/dobę przez 3–5 dni, a następnie wdrożyć kortykosteroidy doustnie [1–4].

#### Wskazania do leczenia ogólnego lekami z grupy leków modyfikujących przebieg choroby

Przewlekłą terapię ogólną lekami z grupy leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh) powinien prowadzić okulista w ścisłej współpracy z reumatologiem w przypadku, gdy:

- mimo intensywnego leczenia fazy ostrej nawrotów obserwuje się trwałe, postępujące upośledzenie widzenia,

---

#### Adres do korespondencji:

dr med. Artur Bachta, Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii WIM CSK MON, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, tel. +48 22 681 73 78, tel./faks +48 22 810 48 04, e-mail: artur.bachta@gmail.com

- próba obniżenia dawki kortykosteroidów powoduje nawrót zapalenia i/lub przedłużające się leczenie kortykosteroidami wiąże się z istotnymi działaniami niepożądanymi tych leków; kortykosteroidy w maksymalnej dawce do 7,5–10 mg/dobę mogą być stosowane w monoterapii bez konieczności dodawania leków z grupy LMPCh,
- stwierdza się tendencję do przewlekania się zapalenia tęczęwki, mimo intensywnego leczenia miejscowego i glikokortykosteroidami ogólnie.

Metotreksat należy stosować w dawce 20–30 mg/tydzień, cyklosporynę A w dawce 2–5 mg/kg m.c. na dobę. W przypadku przeciwwskazań do zastosowania powyższych leków można rozważyć podawanie sulfasalazyny w dawce 2–3 g/dobę lub azatiopryny 2 mg/kg m.c. na dobę [5, 6].

### Wskazania do leczenia blokerami czynnika martwicy nowotworów $\alpha$

Za wskazania do leczenia blokerami czynnika martwicy nowotworów  $\alpha$  (*tumour necrosis factor  $\alpha$*  – TNF- $\alpha$ ) [6–10] należy uznać przypadki, gdy:

- mimo uprzedniego leczenia co najmniej dwoma klasycznymi LMPCh, w pełnych lub maksymalnych tolerowanych dawkach, obserwuje się postępujące upośledzenie widzenia związane z nawrotami zapalenia tęczęwki,
- mimo próby leczenia co najmniej dwoma klasycznymi LMPCh nie udaje się odstawić glikokortykosteroidów lub znacznie zmniejszyć dawki tych leków zastosowanych w trakcie fazy ostrej zapalenia tęczęwki, tj. gdy próba ich odstawienia powoduje nawrót aktywnego zapalenia tęczęwki.

Optymalne rozwiązanie to takie, gdy bloker TNF- $\alpha$  jest stosowany w leczeniu skojarzonym z klasycznym LMPCh. Wszystkie dostępne w Polsce leki z grupy anty-TNF- $\alpha$  (infliksymab, adalimumab, etanercept) są skuteczne w zmniejszaniu częstości nawrotów zapalenia tęczęwki.

Nierozstrzygnięta pozostaje kwestia czasu trwania terapii LMPCh w przypadku uzyskania długotrwałej remisji, której definicja nie została dotychczas sformułowana. Decyzje w tym względzie należy podejmować na podstawie wnikliwej analizy obrazu klinicznego choroby i rokowania.

### Piśmiennictwo

1. Muñoz-Fernández S, Martín-Mola E. Uveitis. Best Pract Clin Rheumatol 2006; 20: 487-505.
2. Zeboulon N, Dougados M, Gossec L. Prevalence and characteristics of uveitis in the spondyloarthropathies: a systematic literature review. Ann Rheum Dis 2008; 67: 955-959.
3. Anglade E, Whitcup SM. The diagnosis and management of uveitis. Drugs 1995; 49: 213-223.
4. Smith JR, Rosenbaum JT. Management of uveitis. A rheumatologic perspective. Arthritis Rheum 2002; 46: 309-318.
5. Muñoz-Fernández S, García-Aparicio AM, Hidalgo MV, et al. Methotrexate: an option for preventing the recurrence of acute anterior uveitis. Eye (Lond) 2009; 23: 1130-1133.
6. Szaflik J, Bachtą A, Kulig M i wsp. Leczenie farmakologiczne chorób na nawrotowe idiopatyczne zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej oka. Klinika Oczna 2011; 113: 111-116.
7. Braun J, Baraliakos X, Listing J, Sieper J. Decreased incidence of anterior uveitis with ankylosing spondylitis treated with the anti-tumor necrosis factor agents infliximab and etanercept. Arthritis Rheum 2005; 52: 2447-2451.
8. Sieper J, Koenig A, Baumgartner S, et al. Analysis of uveitis rates across all etanercept ankylosing spondylitis clinical trials. Ann Rheum Dis 2010; 69: 226-229.
9. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2011; 70: 896-904.
10. Furst DE, Keystone EC, Braun J, et al. Updated consensus statement on biologic agents for the treatment of rheumatic diseases 2010. Ann Rheum Dis 2011; 70 (Suppl 1): i2-i36.

