

Uveitis

Facskó Andrea dr., Módis László dr.
DOTE Szemészeti Klinika, Debrecen

Évente a világon a friss uveitisek száma kb. 0,02%. A recidivák rendkívül magas aránya és az ezzel együtt járó komplikációk veszélye miatt azonban a kórkép jelenleg is komoly gondot okoz a szakorvosoknak. Emiatt a betegségcsoport részletes ismerete igen fontos a háziorvos kollégák számára is. Ezért a szerzők ismertetik az uveitisek csoportosítását, a klinikai tüneteket, ezek mellett a jelenleg alkalmazott legmodernebb terápiás javaslatot is részletezik. Külön felhívják a figyelmet differenciáldiagnosztikai problémákra.

Uveitisnek nevezzük a szemgolyó második burkának, az uvealis tractusnak a gyulladását. Ezt a terminus technikust használjuk akkor is, ha nem csak az uvea, hanem a környezeti szövetek érintettsége is fennáll. Leggyakrabban anatómiai, etiológiai és patológiai szempontok alapján csoportosítjuk az uveitiseket (1).

Anatómiai csoportosítás:

- anterior uveitis (iritis vagy cyclitis vagy iridocyclitis), ha az iris és a corpus ciliare érintettsége áll fenn,
- intermedier uveitis (pars planitis), a pars plana és az extrém periféria érintett a retinán,
- posterior uveitis: a corpus vitreum basisa mögötti terület érintettsége (chorioiditis, chorioretinitis).

Mindhárom rész együttes inflammatioja esetén panuveitistről beszélünk.

Klinikai megjelenés szerint:

- akut uveitis (hirtelen kialakult tünetekkel kezdődve 6 hétig vagy ettől rövidebb ideig tart),
- krónikus uveitis (hónapokig, néha évekig fennáll, tünetmentes időszakokkal majd akut vagy subacut exacerbatiókkal).

Etiológiai csoportosítás:

- exogén uveitisek (áthatoló sérüléseket követően a behatolási kapun keresztül fertőződik az uvea, bulbus megnyitó műtétek után kialakult gyulladások, sterilitási problémák miatti uveitisek),
- endogén uveitisek (ezek alkotják az uveitisek nagyobb csoportját) a szervezetben lévő microorganismusok és más, gyulladáskeltő agensek okozta uvea gyulladások.

Hat típusra tovább osztható ez a csoport:

- szekunder endogén uveitis, szisztémás betegségekhez kapcsolódva (rheumatoid arthritisek, TBC, sarcoidosis),
- paraziták okozta infekciók miatti uveitisek (toxoplasmosis, toxocariasis stb.),
- vírusos infekciók okozta endogén uveitisek (herpesz vírusok, CMV),
- gombás fertőzésekhez kapcsolódó uveitis (candidiasis),
- idiopathias, specifikus uveitisek (nagyon karakterisztikus megjelenés, lefolyás és elhelyezkedés alapján pl.: pars planitis),
- idiopátiás, nem specifikus endogén uveitisek, e fenti csoportokba nem besorolható esetek. Ez a kategória teszi ki az uveitises casusok 25%-át.

Patológiai csoportosítás:

- granulomatosus megjelenés (sarcoidosis, TBC kapcsán „csomós” megjelenési forma),
- non-granulomatosus (iriscsomók hiánya, noduláris léziók hiánya).

A betegség előfordulása világ statisztikai adatok alapján különböző gyakoriságot mutat, geográfiai, higiénés és szociális különbségekből származó eltéréseket bizonyít az uveitis incidenciája (2). Egy éven belül 100.000 emberből kb. 15-20 egyednek lesz uveitise. Ezen betegek 75%-ában anterior uveitis jelenik meg, 8%-ában pars planitissel számolhatunk és 17%-ában fordul elő friss posterior uveitis vagy panuveitis. A recidivák gyakorisága igen magas, a subkrónikus és krónikus formák száma emelkedést mutat. Mindezen adatok alapján látható, hogy az uveitis a szemészeti gyakorlatban továbbra is komoly jelentőséggel bíró betegségcsoportot képez. Leggyakrabban a 20-50 év közötti felnőttek szemészeti megbetegedése. A nemek megoszlása variációt miatt. Inkább a specifikus állapotok esetében tudunk a nemekre biztonsággal utalni (az idiopátiás anterior uveitis és a toxoplasma okozta gyulladás gyakoribb nőknél, a juvenilis rheumatoid arthritishez társuló uveitis szinte csak lánygyereken fordul elő. Az áthatoló sérüléseket követően kialakuló sympathias ophthalmia gyakoribb férfiakon, a Reiter-kórhoz és a Bechterew-kórhoz társuló uveitis is a férfi betegeken gyakoribb).

Az endogén uveitisek esetében az immunológiai háttér ismerete nagyon lényeges (4, 5). A hisztokompatibilis leukocytá antigén (HLA) rendszer befolyásolja az immunológiai homeosztázist, mind a celluláris, mind a humorális válasz esetén. Uveitises szindrómák esetében, ahol a kísérő betegség erősen kapcsolható a HLA rendszerhez (6), felmerül esetleges öröklött genetikai faktor megléte is, ami az endogén inflammációs mediátorok képződéséhez vezet, az uveitisek kialakulásához.

Az uveitis klinikai tünetei

Megjelenése lehet egyoldali, ill. kétoldali is. Az autoimmun betegségek mellett általában bilaterális eltéréseket talál a szemész. A klinikai tünetek különböznek az anatómiai megjelenés szerint.

Acut anterior uveitis

Néhány nap alatt kialakuló akut gyulladás, amelyet szemgolyó fájdalom, hyperaemia, ciliaris belövelltség, fotofóbia és látáscsökkenés kísér. A pupilla miotikus, az elülső csarnok fehérje tartalma megnő ezért a csarnokban tindallizáció jelenik meg. A csarnokvíz keringés miatt a cornea endothelre kicsapódnak a gyulladással sejtek, különböző formájú és nagyságú praecipitátumok keletkeznek.

Chronicus anterior uveitis

Az akut állapothoz hasonló, de sokkal lassabban kialakuló és larvált tünetekkel járó gyulladás. A ciliaris izgalom gyakran hiányzik is. Gondolni kell sarcoidosis, TBC, fiatal lányok esetében, juvenilis rheumatoid arthritis fennállására.

Intermedier uveitis

(pars planitis) általában kétoldali folyamat, fájdalom gyakorlatilag nincs, a látást zavaró tényezők jelennek meg, mozgó, pókháló, füstszerű homályok megjelenéséről panaszkodik a beteg. Ezek az üvegtesti homályok). Az elülső segmentumban gyulladás nem látható.

Posterior uveitis

Üvegtesti homályok megjelenése, a chorioidealis lézió elhelyezkedése szerint látáscsökkenés (ha a macula vagy annak környéke érintett) és látótér kiesés (scotoma) jelentkeznek. Fájdalom és elülső segmentum gyulladás nincs. A retina közelsége miatt chorioretinalis granuloma látható a funduson. A folyamat kezdetén a góc széle elmosott, sárgás-fehér, a gyógyuló szakaszban pigmentáltság alakul ki, jelentős hegesedéssel.

Panuveitis

A fenti csoportok tüneteit együttesen megjelenítő forma. Akut formája nagy veszélyt jelent a szem funkcióira.

Differenciál diagnózis

● Legfontosabb a conjunctivitistól elkülöníteni az elülső uveitist. A kötőhártya gyulladásánál váladékozás mindig van, a szem „csipás”. A hyperaemia diffúz, nem csak a limbusnál észlelhető. A látást nem rontja a conjunctivitis, a pupilla mérete normális, a fájdalom nem kifejezett, a jellege idegentest érzet, szúrás, törésérzet. Fotofóbia nem jellemző a kötőhártya gyulladásra. Pár napja fennálló, de antibiotikum cseppekre nem gyógyuló, conjunctivitisnek diagnosztizált esetekben feltétlenül gondolni kell anterior uveitisre!

● Anterior scleritis. Soliter formában elhelyezkedő, kissé kiemelkedő góc, amit hyperaemia vesz körül (csak a góc körül van sector szerű belövelltség), csak ez a terület fájdalmas, inkább nyomásra jelentkezik tompa fájdalom, látásprobléma nincs.

● Akut zártzúgú glaukómás rohamtól el kell tudni különíteni az elülső uveitist! A glaucoma congestivum acutum esetén a fájdalom nagyon kifejezett, a látáscsökkenés nagyfokú. A fájdalom a homloktáji csontokra is kisugárzik. Nagyon gyakran az állapotot hányinger, hányás kíséri. *A beteg kifejezetten elrettent állapotban lehet.*

Az intermedier és a posterior uveitisek esetén csak szemész szakorvosi vizsgálat segíti a tünetek feltárását, az elülső segmentumon eltérés nem látható. A beteg panaszai alapján kell a fenti betegcsoportra gondolni és szakorvoshoz küldeni.

Vizsgálatok uveitisek esetén

Teljes szemészeti vizsgálat

● Laborvizsgálatok:

- teljes vérkép ismerete fontos (eosinophilia?, fokozott süllýedés?),
- antitest titer vizsgálatok (toxoplasma, toxocara, antivirális titerek) elvégzése javasolt az infekciót okozó agens kimutatására. Figyelem: egy alkalommal észlelt pozitív antivírus titer azonban nem bizonyítja a vírus kóroki szerepét.
- angiotenzin kovertáló enzim (ACE) szint meghatározás: sarcoidosis gyanúja esetén javasolt.
- HLA tipizálás. Néhány speciális uveitis esetében javasolt. (Sympathias ophthalmia esetén HLA-A11, recidiváló akut anterior uveitis esetén HLA-B27, HLA-B8 pozitívítás).
- speciális immunológiai vizsgálatok (autoimmun betegségekhez kapcsolódó uveitisek esetén) (antineutrophil cytoplasma antibody-ANCA, keringő immunkomplexek vizsgálata, antikardiolipin antitestek).

● Radiológiai vizsgálatok:

- koponya rtg. (toxoplasmosis), orr-melléküreg felvétel (fül-orr-gégészeti góc lehetősége), mellkas rtg. (TBC, sarcoidosis), kéz, láb-középcsontok (sarcoidosis), nagy ízületek rtg. felvétele (rheumatoid kísérő betegségek esetén).

● Társ-diszciplináris vizsgálatok:

- endogén uveitis esetében néma góc keresése szóba jön. (Fül-orr-gégészet, fogászat, nőgyógyászat, urológia, immunológiai szakrendelés).

Kezelés

Amennyiben az etiológia ismert, akkor célzott terápia szükséges. Ha a kóroki tényezőt nem sikerült kideríteni, akkor nem specifikus kezelést kell alkalmazni (1, 2, 3, 7). A terápiában lokális és általános kezelési mód ismert. Az anterior és esetleg az intermedier uveitis terápiajában jön szóba lokális kezelés. A posterior uveitisek esetében a szemcseppeknek és a szemkenőcsöknek lényeges hatása nincs.

Lokális terápia: szteroid tartalmú szemcseppek, napi többszöri alkalmazással. A szemkenőcsök alkalmazása is megfelelő elülső segmentum gyulladás esetén. A pupilla lenövesi hajlamanak gátlására és a fájdalmat is okozó sphincter-izom működésének kikapcsolására tágitó szemcseppeket alkalmazunk.

Amennyiben a lokális terápia aktivitása nem elegendő, akkor szisztémás kortikoszteroid kezelés javasolt.

A terápia rezisztens, rekurraló állapotok általános kezelésének speciális kiegészítésére immunoszuppresszív gyógyszerek adása jön szóba. Az immunoszuppresszív szerek nagyon jól kiegészítik a szteroid szerek hatását. A leggyakrabban használt szerek: cyclophosphamide, chlorambucil, metotrexate. A cyclosporin-A gyógyszer a T limfociták aktivitását befolyásolja (8, 9). A kombinációban használt szteroid és cyclosporin-A adása a makacs esetek kezelésében javasolt. Ezen gyógyszerek nagyon komoly mellékhatásai miatt azonban adásuk megfontolást és körültekintést igényel, megfelelő, állandó labor-hátérrel.

Mindezek miatt az általános kezelésre csak az uveitis terápiajában járatos szakember adhat utasítást.

A non-szteroid szemcseppek és a hasonló hatású, általánosan adott gyógyszerek a prosztaglandin antagonisták hatás miatt igen jó terápiás kiegészítésnek minősülnek!

Speciális terápiás módok: subconjunctivalis injekció, parabulbáris injekció (szteroid és antibiotikum tartalmú gyógyszerek). Az uveitisek kezelésében gyakran használt kezelések célja, hogy az érintett területhez közel, a megfelelő gyógyszer könnyebben kifejtsse hatását és az effektus hosszabb ideig tartson.

Manapság is az uveitisek gyors felismerése és az azonnali megfelelő kezelése az a leghatékonyabb gyógymód amit a háziorvos és a szemész szakorvos együttesen, a beteg érdekében, a gyógyulást elősegíteni hatásosan képes.

Irodalom: 1.: Kanski J. J.: Uveitis, Butterworths. London, 1987. – 2.: Pavan-Langston D.: Manual of Ocular Diagnosis and Therapy. A Little Brown. Boston, 1991. – 3.: Kanski J. J.: Clinical Ophthalmology, Butterworth-Heinemann, Oxford, 1992. – 4. de Kozak I.: Antibody Response in Uveitis. Eye 11, 194-199, 1997. – 5. Prasad Shiv. A., Gregerson Dale S.: Antigen presentation in uveitis. Eye 11, 177-182, 1997. – Ishihara M., Ohno S.: Genetic Influences on Sarcoidosis. Eye 11, 155-161, 1997. – 7. Lightman S.: New Therapeutic Options in Uveitis. Eye 11, 222-226, 1997. – 8. Graham E. M., Sanders M. D., James D. G. és mtsa.: Cyclosporin A in the Treatment of Posterior Uveitis. Brit. J. of Ophthalmol. 104, 146-151, 1985. – 9. Nussenblatt R. B., Palestine A. G., Chan C. C.: Cyclosporin A in the Treatment of Intraocular Inflammatory Disease Resistant to Systemic Corticosteroid and Cytotoxic Agents. American J. of Ophthalmol. 96, 275-282, 1983.