

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szemklinikája
(igazgató: Alberth Béla egyetemi tanár) közleménye

Keratoconjunctivitis limbi superioris (Superior Limbic Keratoconjunctivitis)

Damjanovich Judit

A szerző nőbetegén észlelt „superior limbic keratoconjunctivitis” esetét ismerteti.

A betegség leírása a magyar szemészeti irodalomban még nem szerepel, így elnevezésként ajánlja a felső limbikus keratoconjunctivitis nevet.

Kódszavak: keratoconjunctivitis limbi superioris, kryoapplikáció

Superior limbic keratoconjunctivitis

A case of a woman with superior limbic keratoconjunctivitis is reported for the first time in the Hungarian literature.

Hungarian name is recommended by the author.

Keywords: keratoconjunctivitis limbi superioris, cryoapplication

Bevezetés

A kórképet Theodore és Thygeson írták le 1961-ben és non-progresszív trachomának tartották (14, 15, 19, 20). Az angol nyelvű irodalomban „superior limbic keratoconjunctivitis” néven azóta alig több mint 100 esetet közöltek.

Esetismertetés

P. G.-né 42 éves nőbeteg 1989 szeptemberében érkezett klinikánkra. Másfél éven át kezelték jobb szemét, először conjunctivitis acuta, majd chronica, illetve később keratitis herpeticának tartott elváltozások miatt.

A beteg szeme szúr, ég, időnként rövid ideig rosszabbul lát. A korábbi kezelések során szubjektív panaszai nem csökkentek.

Visusa mindkét szemén teljes, a látótér, színes látótér ép, CFF: 42,42. A védőszervek és könnysszervek épek, Schirmer 16,16/4 min.; T: 17,17 Hgmm, a napi ingadozás max. 4 Hgmm volt.

A felső tarsalis kötőhártya vérbő, bársonyos. A bulbaris conjunctiva felső felén, főként középen, conjunctivális és episclerális érágak haladtak a limbus felé. A limbusvonal nem volt látható, először úgy tűnt, mintha a szaruhártya felső szélén ereződés indult volna meg. A réslámpa nagyobb nagyításával láthatóvá vált a limbusra mintegy „ráhengeredő” bulbaris kötőhártya (ábra).

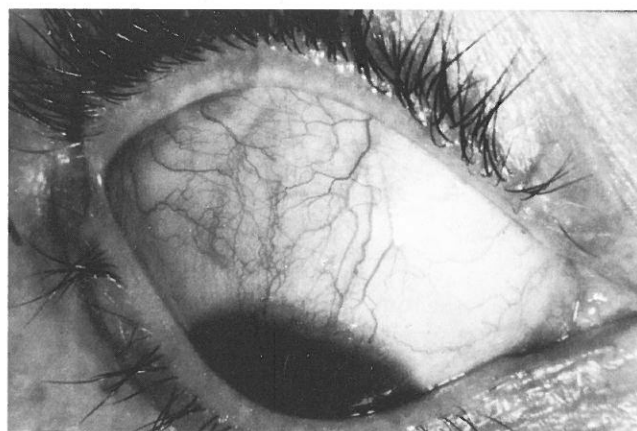
Mind a felső bulbáris, mind a tarsalis conjunctiván fluoresceinnel, Rose-bengallal festődő apró foltok mutatkoztak.

A szaruhártya felső harmadában ugyancsak festődő apró foltok, illetve filamentumok jelentek meg a hámban, naponta többször ugyanazon a helyen. Ezzel egyidejűleg – a hám borszóltsága miatt – a beteg látásromlásról panaszkodott. (A szaru hámban jelentkező festődő pontok, filamentumok betegün-

kön fél óránál tovább egyszer sem mutatkoztak.) Az érintett cornea terület hipesztéziás volt. Egyéb eltérést nem tapasztaltunk.

A jellegzetes klinikai kép alapján a betegséget keratoconjunctivitis limbi superiorisnak tartottuk, amit megerősített a conjunctiva kaparékek vizsgálata is.

A beteg kivizsgálása során az ionértékek (Na^+ , K^+ , Cl^-) normálisak voltak, ugyancsak a vércukorszint: 4,6 mmol/l, fiziológiai enzimértékeket találtunk (AP, GGT, GPT, GOT, LDH és CK). A fehérvérsejt, vörösvértest-szám, illetve a kvalitatív vérkép kóros eltérést nem mutatott. A góckutatás negatív eredménnyel zárult, a vénás vérből végzett Leptospira-, Brucella-, Toxoplasma-, Toxocara-tenyésztés ugyancsak negatív volt, immunkomplex-emelkedést nem találtunk. A conjunctivaváladék ismételt tenyésztése során apatogén törzsek tenyészttek ki. A conjunctiva mosófolyadék Adeno-, ill. Herpes-vírus tenyésztése is negatívnak bizonyult. Könnyvizsgálatokat is végeztünk (bár irodalmi adatok hiányában összehasonlítást tenni nem tudtunk), plazminaktivitást nem találtunk, a plazminogén aktivátor szintje emelkedett volt az epitélisejt-destrukció jeleként. Koponya, sella, Rheese rtg. felvételek, ill. a hási ultrahang elváltozást nem mutatott.



Superior limbic keratoconjunctivitis: a felső bulbaris, conjunctiva felső felén, főként középen conjunctivális és episclerális érágak haladnak a limbus felé. A limbus ezen a területen nem látható, a kötőhártya eltakarja.

A vizsgálatok és a típusos klinikai kép alapján egyértelműen keratoconjunctivitis limbi superiorist állapítottunk meg, ezért pajzsmirigyzvizsgálatokat is végeztünk.

A pajzsmirigy normális tapintatú, thyroiditisre utaló anamnézis, tünetek nem voltak. PBI (protein bound iodine – a fehérjéhez kötött, a plazma organikus jódtartalmát képviselő jód) 390 nmol/l. T₃-szuppressziós-teszt normális. A pajzsmirigy szcintigrammja eltérést nem mutatott.

Betegünk esetében tehát nem a pajzsmirigy-elváltozáshoz társuló, hanem az ismeretlen etiológiával rendelkező formáról volt szó.

Az irodalomban említett terápiás próbálkozásoknak megfelelően betegünk helyileg műkönnyet, kortikosteroidot, antibiotikumot kapott.

A 0,5%-os ezüstnitrát-oldat a szubjektív tüneteket enyhítette, néhány nap alatt a pontszerű festődő foltok eltűntek, kihagyását követően azonban órákon belül jelentkeztek mind a szubjektív, mind az objektív tünetek.

A megfigyelés nyolcadik napján betegünk másik szemén is jelentkeztek a tünetek. Így célunk – a biztos diagnózis tudatában – elsősorban a szubjektív tünetek megszüntetése volt.

Bár az irodalomban hasonló próbálkozást nem találtunk, conjunctivális kryoapplikációt alkalmaztunk, a limbushoz közeli kötőhártyán és felette, két sorban, a conjunctiva-elváltozás területén, egyenként öt másodpercig.

A beteg szubjektív tünetei másnapra elmúltak, a további klinikai megfigyelés során a szaruhártyán újabb festődő pontok, ill. filamentumok nem jelentek meg. Az ezt jelző átmeneti látásromlásról a beteg – a követési idő alatt (8 hónap) – nem számolt be. Ezért nem végeztünk conjunctiva rezekciót, ill. hisztopatológiai vizsgálatot.

Megbeszélés

A keratoconjunctivitis limbi superioris féloldali folyamatként indul, gyakori a társuló blepharospasmus, később majdnem minden esetben kétoldalivá válik.

Leggyakoribb a 30 és 60 év közötti nőbetegeken. Általában pajzsmirigy-anomáliához társul (mint thyreotoxosis, thyreoiditis, Basedow-kór), önálló előfordulása esetén specifikus etiológiát igazolni nem sikerült (1, 2, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

A beteg panaszai változatosak: idegtestézés, fájdalom (szűrő vagy égő jellegű), az érintett szem viszketése, átmeneti – sokszor csak egy-két óráig vagy rövidebb ideig tartó – látásromlás.

A tarsalis kötőhártya gyulladt bársonyos, esetleg kifejezett papilláris belőveltséget mutat. A felső bulbaris kötőhártyán szektorszerűen, legalább 1 cm szélesen conjunctivális és episclerális erek haladnak a limbus corneae felé, maga a limbus azonban nem látható, mert a kötőhártya „ráesik”, eltakarja (2, 6, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20). A bulbaris kötőhártya ezen nem specifikus papilláris hipertrófiája, a szaruhártya felső szélen pannus-szerű képletként mutatkozhat (6).

A gyulladt kötőhártyán és a szaruhártya felső harmadának hámszájában – időlegesen – festődő pontok jelennek meg, ritkábban filamentumok képződnek, melyek órák alatt eltűnhetnek, addig azonban átmeneti látásromlást idéznek elő.

Fluoresceinnel, Rose-bengallal ezek az elváltozások festődnek mind a szaruhártyán, mind a kötőhártyán (1, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20).

Az érintett cornea terület hip-, ill. anaesztéziája jellegzetes (2).

A könnytermelés általában jó (6).

A conjunctiva kaparékból polimorf és normális epiteliális sejteket találtak, a filamentumokéban pedig keratinizált epiteliális sejteket (6).

A lézió területéből terápiás céllal kimetszett kötőhártyában az epiteliális sejtek polimorfizációját és kifejezett keratinizációját írták le (18). További fénymikroszkópos vizsgálatok során akantózis, nagy, üresnek tűnő sejtmagok, enyhén ödémás stroma volt látható a kötőhártya epiteliális sejteiben, a sejtek közötti térben pedig tagult limfatikus erek, limfociták, neutrofil- és plazmasejtek (7).

Transzmissziós elektronmikroszkópos vizsgálatokkal a conjunctiva epitélium normálisnak minősíthető, eltekintve attól, hogy sejtmagjai üresnek tűnnek. Igen szűk az intercelluláris rés. A felső perilimbális conjunctiva sejteiben alig található sejtor-ganellumok a citoplazmában (3, 4, 7, 10).

Az elváltozás egy-két év alatt elmúlhat, majd recidivál, évenként.

A 0,5%-os ezüstnitrát-oldat helyi alkalmazására a festődő foltok eltűnnek, a szubjektív panaszok is csökkennek – vagy

megszűnnek – a csepp kihagyása után azonban kiújulnak (16). Emellett javasolják lokális kortikosteroid és antibiotikum, valamint műkönyv adását (6), illetve mások A-vitamin-olaj helyi használatát (9).

Viszonylag jó eredményeket értek el a felső limbális kötőhártya rezekciójával (3, 4, 7, 10, 18), illetve termokauterizációjával (21).

Próbálkoztak terápiás kontaktlencse alkalmazásával is (8).

Végül mielőtt keratoconjunctivitis limbi superiorisnak nyilvánítanánk egy elváltozást, gondolnunk kell arra is, hogy a szemhéj faggyúmirigy eredetű carcinómája megtévesztésig utánozhatja azt (5).

Irodalom

1. Aronson, S B; Elliott, J H: Ocular Inflammation pp. 140–141. Saint-Louis (1972).
2. Cher, I: Clinical features of superior limbic keratoconjunctivitis in Australia. A probable association with thyrotoxicosis. Arch. Ophthalmol, 82, 580 (1969).
3. Collin, H B, Donshik, P C, Borunchoff, S A, Foster C S, Cavanagh, H D: The fine structure of nuclear changes in superior limbic keratoconjunctivitis. Invest. Ophthalmol, Vois, Sci, 17, 79 (1978).
4. Collin, H B, Donshik, P C, Foster, C S, Borunchoff, S A, Cavanagh, H D: Keratinization of the bulbar conjunctival epithelium in superior limbic keratoconjunctivitis in humans. An electron microscopic study. Acta Ophthalmol, (Copenh.) 56, 531 (1978).
5. Condon, G P, Brownmstein, S, Codere, F: Sebaceous carcinoma of the eyelid masquerading as superior limbic keratoconjunctivitis. Arch. Ophthalmol, 103, 1525 (1985).
6. Corvin, M E: Superior limbic keratoconjunctivitis. Am. J. Ophthalmol, 66, 338 (1968).
7. Donshik, P C, Collin, H B, Foster C S, Cavanagh H D, Borunchoff S A: Conjunctival resection treatment and ultrastructural histopathology of superior limbic keratoconjunctivitis. Am. J. Ophthalmol, 85, 101 (1978).
8. Mondino, B J, Zaidmann, G W, Salamon, S W: Use of pressure patching and soft contact lenses in superior limbic keratoconjunctivitis. Arch. Ophthalmol, 100, 1932 (1982).
9. Ohasi, Y, Watanabe, H, Kinoshita, S, Hosotani, H, Umemoto, M, Manabe, R: Vitamin A eyedrops for superior limbic keratoconjunctivitis. Am. J. Ophthalmol, 105, 523 (1988).
10. Passons, G A, Wood, T O: Conjunctival resection for superior limbic keratoconjunctivitis. Ophthalmology, 91, 966 (1984).
11. Sutherland, A L: Superior limbic keratoconjunctivitis. Report of a case. Trans. Ophthalmol, Soc. N. Z. 21, 89 (1969).
12. Tenzel, R R: Comments of findings of elevated protein bound iodine in superior limbic keratoconjunctivitis (letter to the editor) Arch. Ophthalmol, 79, 508 (1968).
13. Tenzel, R R: Tesisant superior limbic keratoconjunctivitis Arch. Ophthalmol, 79, 439 (1973).
14. Theodore, F H: The collected letters of the International Correspondence Society of Ophthalmologists and Otolaryngologists Series 6, 69 (1961).
15. Theodore, F H: Superior limbic keratoconjunctivitis Eye Ear Nose Throat Monthly, 42, 25 (1963).
16. Theodore, F H: Further observations on superior limbic keratoconjunctivitis. Trans. Amer. Acad. Ophthalmol, Otolaryngol, 71, 341 (1967).
17. Theodore, F H: Comments of findings of elevated protein bound iodine in superior limbic keratoconjunctivitis (letter to the editor) Arch. Ophthalmol, 79, 508 (1968).
18. Theodore, F H, Ferry, A P: Superior limbic keratoconjunctivitis. Arch. Ophthalmol, 84, 481 (1970).
19. Thygeson, P: Further observations on superficial punctate keratitis. Arch. Ophthalmol, 66, 158 (1961).
20. Thygeson, P, Kimura, S J: Chronic conjunctivitis Trans. Amer. Acad. Ophthalmol, Otolaryngol, 67, 497 (1963).
21. Udell, I J, Kenyon, K R, Sawa M, Dholman, C H: Treatment of superior limbic keratoconjunctivitis by thermocauterization of the superior bulbar conjunctiva Ophthalmology, 93, 162 (1986).

Cím: Dr. Damjanovich Judit
DOTE Szemészeti Klinika
4012 Pf. 29.