Doc. MUDr. Petra Svozílková, Ph.D.
a kolektiv

UVEITIDY V KAZUISTIKÁCH

maxdorf jessenius

1 PŘEDNÍ HERPETICKÁ UVEITIDA

Michaela Brichová

Přední herpetická uveitida je způsobena herpes simplex virem (HSV), herpes zoster virem (HZV) a vzácně i cytomegalovirem (CMV). Většinou probíhá jako jednostranný recidivující zánět duhovky. Bývá provázen elevací nitroočního tlaku (NOT) na podkladě trabekulitidy, často je spojen s keratitidou. U recidivujícího zánětu je přítomen určitý stupeň atrofie duhovkové tkáně a iridoplegie. Při aktivním zánětu nacházíme drobné až špekovité precipitáty na endotelu rohovky, které jsou lokalizovány převážně centrálně a paracentrálně. Zánětlivá reakce v PK nebývá příliš výrazná; vzácněji může být přítomen hypopyon, event. hyphema.

Muž / 67 let

Pacient přišel na oční vyšetření pro 2 dny trvající bolest a zarudnutí OP.

Anamnéza

- **Oční A:** dříve viděl stejně dobře na OPL, brýle na dálku od dětství, na blízko brýle nenosí, oční úraz nebo operaci neguje; od r. 1995 opakovaně přední uveitidy HLA 27 negativní, vždy OP, léčen lokálně kortikoidy a mydriatiky
- **OA:** DM 2. typu na dietě, hypertenze, porucha lipidového metabolismu
- **FA:** Prestarium
- **RA:** oční i celková nevýznamná
- **PA+SA:** ženatý, důchodce
- **Abúzus:** nekuřák, alkohol příležitostně
- **AA:** neudává

Objektivní nález

7/2015:

• VOP 6/9 s –3,0 D	NOT 20 torr
J.č. 2 nat.	Amsler neg.
• VOL 6/6 s –3,0 D = –0,5 cyl./90°	NOT 13 torr
J.č. 1 nat.	Amsler neg.

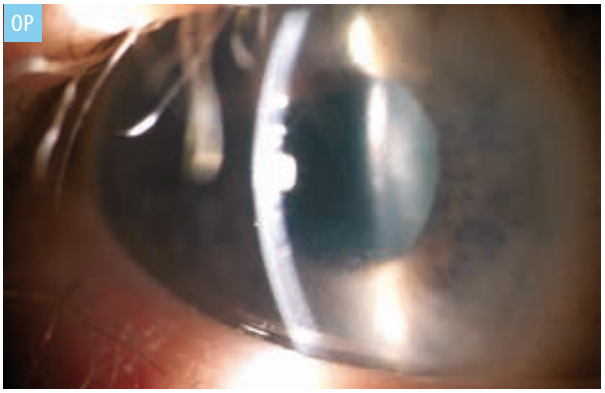
➲ Obr. 1.1–1.3

Pracovní diagnóza

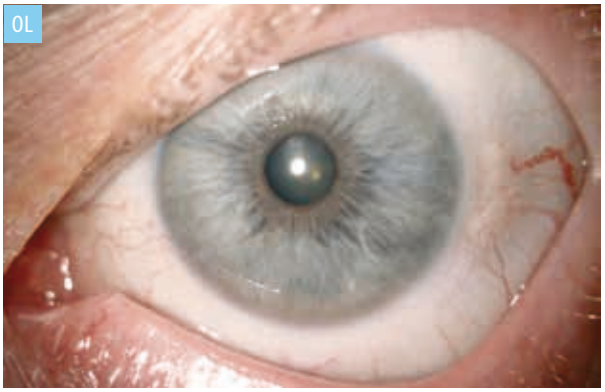
Nález jsme uzavřeli jako recidivu přední uveitidy vpravo, vzhledem ke granulomatóznímu charakteru zánětu jsme zvažovali především sarkoidózu.

Diagnostický a terapeutický postup

Indikovali jsme RTG vyšetření plic. Do OP jsme nasadili léčbu Dexamethasone gtt. po 2 h, dexamethason ung. na noc, 4% homatropin gtt. 3×d.



Obr. 1.1 Nález na předním segmentu OP: smíšená injekce, rohovka lehce zašedlá, na endotelu drť a v dolní polovině středně velké precipitáty, PK bb. 2+, flare 2+, duhovka překrvená, zornice širší, volná, čočka in situ, opalescentní.



Obr. 1.2 Nález na předním segmentu OL: bulbus klidný, rohovka transparentní, PK čirá, duhovka klidná, zornice volná, čočka in situ, opalescentní.

3 CHRONICKÁ RETINÁLNÍ NEKRÓZA

Petra Svozílková

Chronická retinální nekróza (CRN) je onemocnění vyvolané cytomegalovirem (CMV). Jedná se o zrak ohrožující panuveitidu, která splňuje část kritérií ARN (vitritida, okluzivní vaskulitida), ale granulární vzhled a lokalizace ložisek na sítnici jsou obdobné jako u CMV retinitidy. Oproti ARN je progrese onemocnění pomalejší, avšak stejně jako u ostatních virových retinitid hrozí postižení druhého oka. CRN postihuje převážně jedince, kteří nejsou plně imunokompetentní – pokročilý věk, DM, imunosupresivní léčba apod.

Žena / 58 let

Důvodem konziliárního očního vyšetření byl subjektivně zjištěný pokles VOL, který trval přibližně 5 měsíců. Léčba Herpesinem a Medrolem pro suspektní ARN nevedla k významnému ústupu zánětlivých změn na sítnici.

Anamnéza

- **Oční A:** v dětství strabismus, nosila střídavou okluzi, st. p. operaci strabismu, poté viděla stejně dobře na OPL, brýle na dálku od dětství, na blízko od 40 let
- **OA:** DM 2. typu, hypertenze, psoriatická artritida, karcinoid žaludku a proximální části dvanáctníku, hypotyreóza, chronická anemie
- **FA:** celková: Anopyrin, Betamed, Lorista, Letrox, Atoris, Ezetrol, Vesicare, Traxan, Acidum folicum, Leflunomide, Eucreas, Pantoprazol, Metformin, Glymexan; z důvodu očních změn byla před měsícem u pacientky zahájena léčba útočnými dávkami Herpesinu (4 g/den) a Medrolem v dávce 20 mg/den
  lokální OPL: Dexamethasone gtt. 6×d, Unitropic gtt. 3×d, Cosopt gtt. 2×d
- **RA:** oční a celková nevýznamná
- **PA+SA:** vdaná, důchodkyně
- **Abúzus:** nekuřačka, abstinentka
- **AA:** neudává

Objektivní nález

4/2014:

- VOP 6/12 s +4,25 D NOT 16 torr
- VOL 6/12 s +3,0 D NOT 18 torr
- OL diverguje –15°, pohyblivost očí ve všech směrech volná, primární úchylka se rovná sekundární
- OPL: spojivka klidná, rohovka hladká, lesklá, transparentní, endotel OP čistý, na endotelu OL četné drobné čárkovité pigmentované precipitáty, PK přiměřeně hluboká, čirá, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, ve střední arteficiální mydriáze, čočka se kalí

➲ Obr. 3.1

Pracovní diagnóza

Nález jsme uzavřeli jako virovou retinitidu s chronickým průběhem. Diferenciálně diagnosticky jsme zvažovali ARN u imunokompromitované pacientky, PORN či chronickou retinální nekrózu. Izolovaná CMV retinitida byla dle klinického nálezu málo pravděpodobná. Doporučili jsme změnit léčbu Herpesinem na Valtrex.

Diagnostický postup

Na základě očního nálezu a průběhu onemocnění při zavedené terapii jsme v této době diagnosticko-terapeutickou PPV OL neindikovali.

Další průběh

5/2014:

Pacientka přichází na kontrolu z důvodu výrazného poklesu VOL. Před 5 dny byla změněna léčba Herpesinem za Valtrex 3 g/den, Medrol ponechán v dávce 20 mg/den. Lokální terapie zůstává beze změny.

- VOP 6/12 s +4,25 D NOT 18 torr
- VOL 1/24 s +3,0 D, certa NOT 19 torr
- OL diverguje –15°, pohyblivost očí ve všech směrech volná, primární úchylka se rovná sekundární
- OP: spojivka klidná, rohovka hladká, lesklá, transparentní, PK přiměřeně hluboká, čirá, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, ve střední arteficiální mydriáze, čočka se kalí
- Fundus OP: ve sklivci vláknité zákalky a bb., BIO 1–2, papila růžová, ohraničená, v úrovni, makula bez hrubých změn, sítnice leží, v periferii atrofická splývavá ložiska, místy zbytková bělavá ložiska a hemoragie,

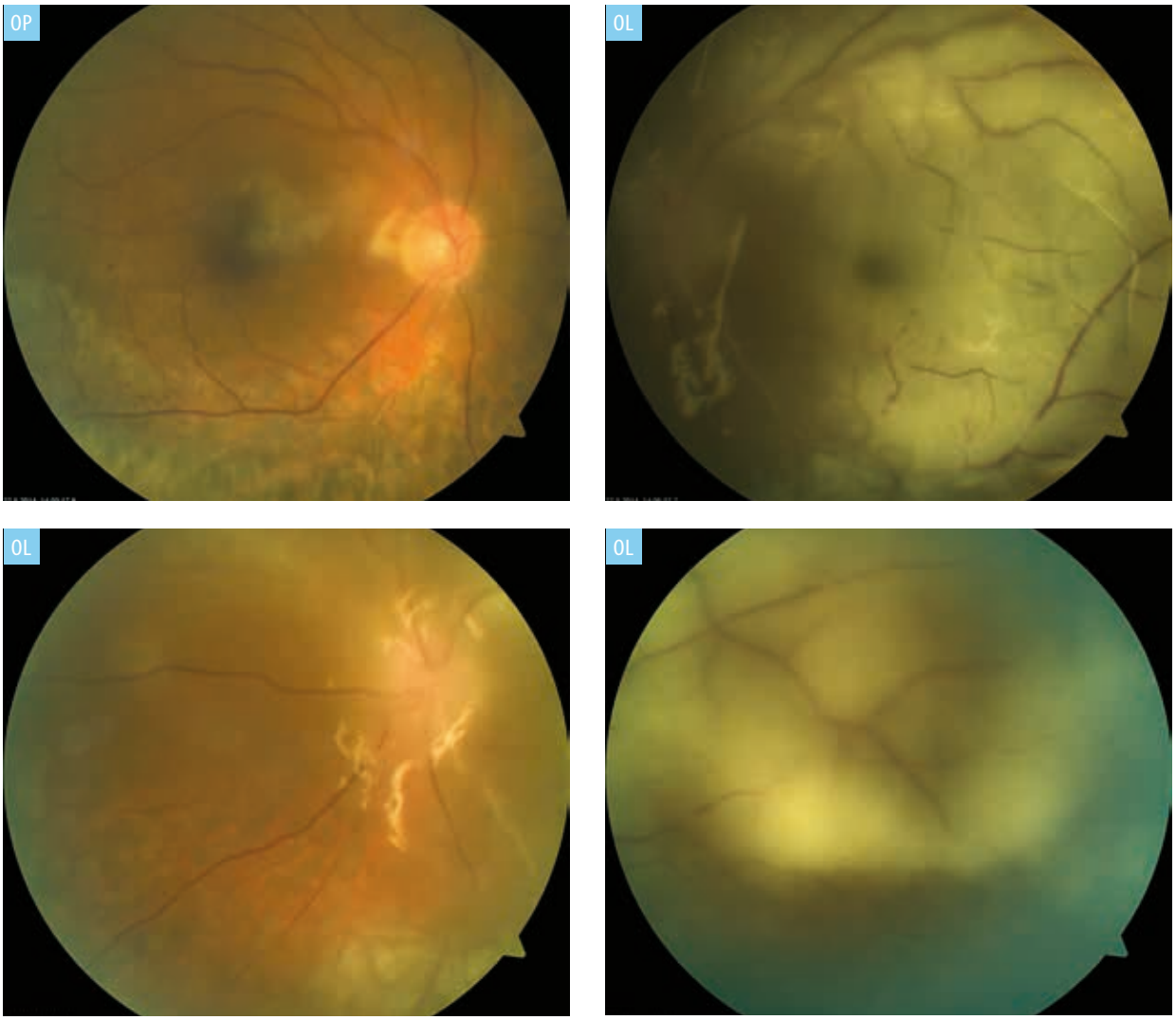
podél temporální dolní arkády bělavá ložiska nejasného stáří a aktivity
- OL: spojivka klidná, rohovka hladká, lesklá, s četnými drobnými čárkovitými pigmentovými precipitáty, PK přiměřeně hluboká, ojediněle bb., duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, ve střední arteficiální mydriáze, čočka se kalí
- Fundus OL: sklivec zkalený, BIO 3, papila světlejší, ohraničená, v úrovni, makula bez hrubých změn, sítnice leží, v periferii atrofická splývavá ložiska, místy zbytková bělavá ložiska a hemoragie

Diagnostický postup

Z důvodu progrese zkalení sklivce OL byla indikována diagnosticko-terapeutická PPV, která byla s odstupem tří dnů provedena na obou očích. V průběhu operačního výkonu byla provedena laserová baráž ložisek na sítnici, laváž sklivcového prostoru aciklovirem a instilace silikonového oleje. PCR vyšetření sklivce OPL prokázalo CMV.

Další průběh

Na základě výsledků vyšetření sklivce byla zahájena léčba Valcytem 900 mg 2×d. Medrol byl během hospitalizace



Obr. 3.2 Pooperační nález na fundu OPL: sklivcový prostor je vyplněn silikonovým olejem; na OP je papila mírně světlejší, ohraničená, v úrovni, makula bez hrubých změn, od střední periferie jsou na sítnici přítomna cirkulárně atrofická ložiska a stopy po fotokoagulaci, sítnice leží; na OL dominují rozsáhlé změny v oblasti zadního pólu, bledá papila setřelých hranic, v makule prosáknutí a rozsáhlá exsudativní ložiska od centra až do periferie s obliterovanými cévami, cirkulárně patrné stopy po fotokoagulaci, sítnice leží (MUDr. Martin Michalides).

postupně snížen na 12 mg/den. Přesto došlo k progresi poklesu VOL z důvodu atrofie papily zrakového nervu, prosáknutí makuly a rozsáhlých změn na sítnici.

6/2014:

- VOP 6/15 s +10,0 D NOT 16 torr
- VOL incerta NOT 18 torr
- OL diverguje –15°, pohyblivost očí ve všech směrech volná, primární úchylka se rovná sekundární
- OP: spojivka adaptována vstřebatelnými stehy, rohovka hladká, lesklá, transparentní, na endotelu pigment, PK přiměřeně hluboká, bb. 1+, flare 1+, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, čočka opakní
- OL: spojivka adaptována vstřebatelnými stehy, rohovka hladká, lesklá, transparentní, na endotelu pigment, PK přiměřeně hluboká, ojediněle bb., flare 2+, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, čočka opakní

➲ Obr. 3.2

Pacientka je dále sledována oftalmologem v místě bydliště, který vede celkovou léčbu. Oční nález je stabilizován.

Závěr

Chronická retinální nekróza je vzácné onemocnění CMV etiologie. Pro značnou podobnost s ARN bývá většinou diagnostikována a léčena jako tato klinická jednotka. Etiologické agens je prokázáno na základě PCR vyšetření sklivce.

CAVE

Rezistence na léčbu aciklovirem upozorní na nutnost přehodnotit diagnózu. Infekční agens lze verifikovat vyšetřením vzorků nitroočních tekutin. Pokud není účinná terapie zahájena včas nebo není dostatečná, hrozí trvalé poškození zrakových funkcí nejen postiženého, ale i druhého oka.

12 GLAUKOMATOCYKLITICKÁ KRIZE – POSNERŮV-SCHLOSSMANŮV SYNDROM

Eva Szabó

Tento syndrom je charakterizován rekurentními atakami jednostranné přední uveitidy spojené s vysokým NOT (40–70 torr). Důvodem elevace NOT je akutní trabekulitida. Nejčastěji postihuje pacienty mladšího až středního věku. Příčina není přesně známá, předpokládá se možná infekční etiologie (CMV či HSV).

Muž / 62 let

Pacient byl odeslán ke konziliu pro uveitidu OP doprovázenou elevací NOT až k 51 torrům a zhoršením VOP na 6/36. Po poklesu NOT a vymizení bul na epitelu rohovky byly patrné precipitáty na endotelu, tyndalizace v PK, a navíc bledá papila optického nervu.

Anamnéza

- **Oční A:** vždy viděl stejně dobře na OPL, brýle na dálku i na blízko od 45 let, mezi lety 1968 a 1992 udává recidivující uveitidy OP, v r. 2009 podstoupil operaci katarakty OP, v r. 2012 kapsulotomii OP, úraz neguje
- **OA:** hypotyreóza, st. p. renální kolice, nefrolitiáza
- **FA:** celková: Letrox
  lokální OP: Cosopt gtt. 2×d, Flarex gtt. 2×d
- **RA:** oční: babička a otec katarakta, celková: otec ICHS, matka karcinom prsu
- **PA+SA:** úředník
- **Abúzus:** nekouří, alkohol příležitostně
- **AA:** neudává

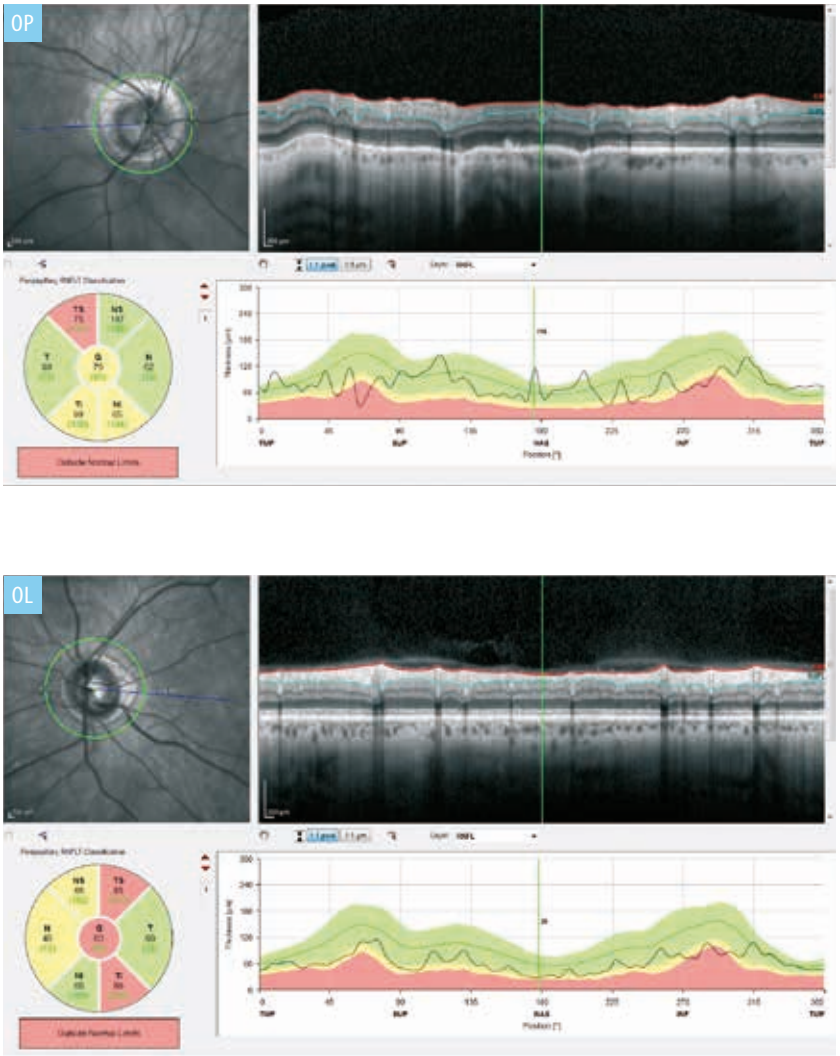
Objektivní nález

3/2013:

- VOP 6/6 s –1,0 cyl./90° J.č. 1 s add. +2,5 D
  NOT 12 torr
- VOL 6/6 s +1,0 D J.č. 1 s add. +2,5 D
  NOT 12 torr
- OP: spojivka klidná, rohovka transparentní, endotel čistý, PK hlubší, čirá, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, reaguje, IOČ in situ, fenestrum v zadním pouzdře
- OL: na předním segmentu i fundu nález fyziologický

➲ Obr. 12.1

Obr. 12.1 Nález na papile: na OP bledá papila; na OL papila světle růžová, ohraničená, oboustranně sítnice bez ložiskových změn.



Obr. 12.3 RNFL OPL: oboustranný abnormální nález s úbytkem nervových vláken.

Další průběh

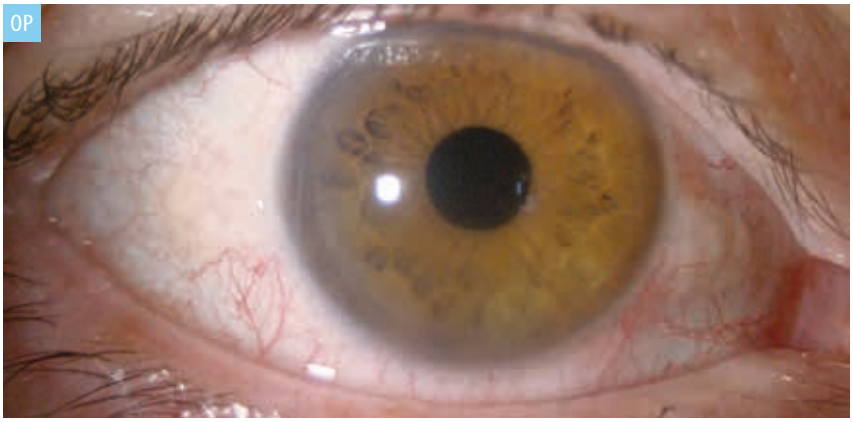
9/2013:

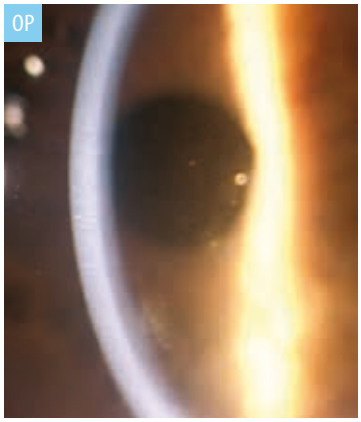
Pacient prodělal další ataku uveitidy s elevací NOT.

- VOP 6/6 s –1,0 cyl./90° NOT 27 torr
- VOL 6/6 s +1,0 D NOT 17 torr

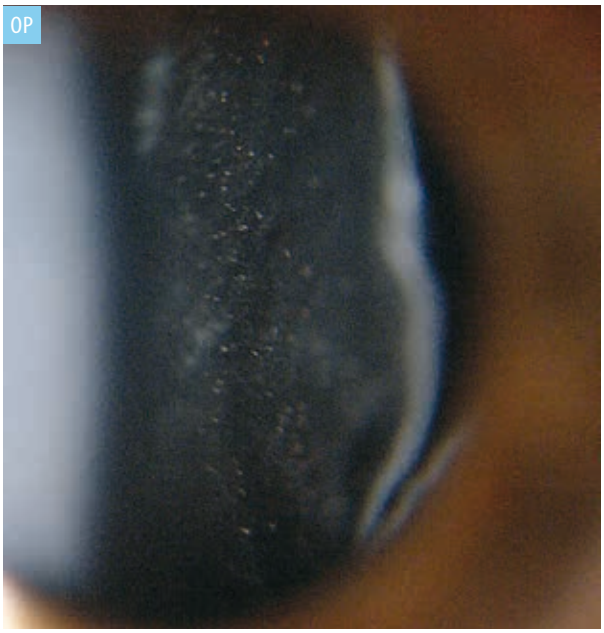
➲ Obr. 12.4–12.5

Pacient byl léčen lokálně kortikoidy (Flarex gtt. 6×d, Ophthalmo-Hydrocortison ung. na noc) a 0,5% Timololem gtt. 2×d do OP. Pro nález ve sklivci a na papile zrakového nervu byla ještě provedena MRI CNS





Obr. 12.4 Nález na předním segmentu OP: smíšená injekce 1+, rohovka mírně zašedlá v centru, na endotelu několik středně velkých precipitátů v centru, PK přiměřeně hluboká, bb. 2+, flare 1+, zornice okrouhlá, volná, IOČ in situ, fenestrum v zadním pouzdře.



Obr. 12.5 Ve sklivci OP patrná zahuštěná sklivcová vlákna, bb. v předním sklivci, ablace zadní plochy sklivce.

se závěrem: při frontálním rohu pravé i levé postranní komory je drobné ložisko, další drobné ložisko je v přední části pravého putamen. Nález je nespecifický, vzhledem k věku jsou nejspíše změny postischemické. Nález na MRI nesplňuje kritéria pro demyelinizační onemocnění typu RS.

Závěr

Diagnózu Posnerova-Schlossmanova syndromu stanovíme z klinického obrazu a anamnézy. V diferenciální diagnóze je nutné myslet i na Fuchsovu heterochromní iridocyklitidu a herpetickou přední uveitidu.

22 CHRONICKÁ OBOUSTRANNÁ PŘEDNÍ UVEITIDA PŘI SYSTÉMOVÉM ONEMOCNĚNÍ

Eva Szabó

Chronická přední uveitida je charakterizována trvající zánětlivou aktivitou po dobu delší než 3 měsíce. Může probíhat současně na obou očích. Bývá většinou provázena mírnějšími symptomy, ale častěji komplikacemi, mezi které patří zonulární keratopatie, zadní synechie, katarakta, CME a sekundární glaukom.

Muž / 45 let

Pacient s 19letou anamnézou oboustranných předních uveitid při ankylozující spondyloartritidě byl odeslán na konziliární vyšetření před plánovanou operací katarakty OL.

Anamnéza

- **Oční A:** dříve viděl stejně dobře na OPL, od 27 let recidivující přední uveitidy OPL, v r. 1998 (39 let) byl diagnostikován sekundární glaukom OPL, v r. 2000 byla provedena operace katarakty OP – komplikovaná CME, v r. 2003 indikována iridektomie OPL pro sekluzi zornice obou očí a iris bombé OL
- **OA:** ankylozující spondyloartritida (morbus Bechtěrev) diagnostikována ve 27 letech, HLA B27 pozitivita
- **FA:** celková: Sulfasalazin, Consupren 2×50 mg (nasazen ve 43 letech); dříve užíval i Prednison z oční indikace lokální OPL: 0,5% Vistagan gtt. 2×d
- **RA:** oční: nevýznamná, celková: matka DM, otec psoriáza, arteriální hypertenze, st. p. CMP
- **PA+SA:** programátor
- **Abúzus:** nekuřák, abstinent, abúzus drog neguje
- **AA:** neudává

Objektivní nález

6/2004:

- VOP 4/60 nat., certa — korig. NOT 27 torr
  J.č. nečte — CCT 622 µm
- VOL 6/60 nat., certa — korig. NOT 19 torr
  J.č. nečte — CCT 635 µm
- OP: spojivka klidná, rohovka transparentní, na endotelu pigment, PK hlubší, bb. 0, flare 1+, duhovka dekolorovaná s bazálním kolobomem u č. XI, zornice volná, IOČ in situ
- Fundus OP: sklivec lehce zkalený, BIO 2, papila růžová, ohraničená, v úrovni, v makule četné drúzy a změny RPE, suspektní prosáknutí, sítnice leží, bez ložiskových změn, cévy přiměřeně věku
- OL: spojivka klidná, rohovka transparentní, endotel čistý, PK přiměřeně hluboká, bb. 0, flare 1+, duhovka s bazálním kolobomem u č. XII, zornice sekludovaná, čočka se sytou kataraktou
- Fundus OL: reflex výbavný, nález obtížně diferencovatelný pro sekluzi zornice a kataraktu

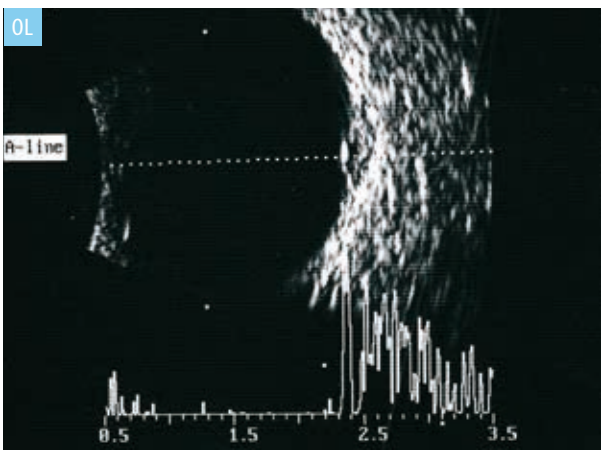
➲ Obr. 22.1

Terapeutický postup

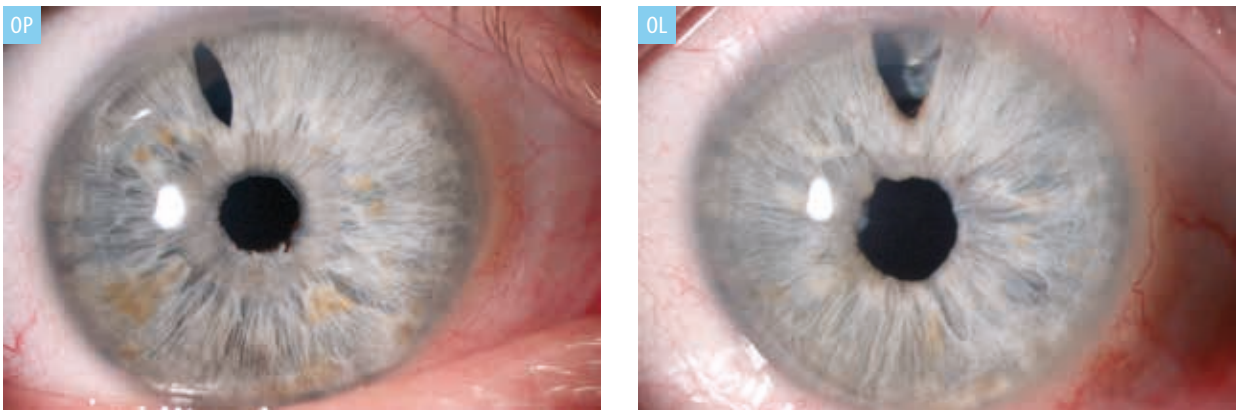
K zavedené lokální léčbě byl přidá Azopt gtt. 2×d do OP a Naclof gtt. 3×d do OPL. Pacientovi jsme doporučili operaci katarakty na OL.

Další průběh

Operace katarakty OL proběhla v 10/2004 se stretchingem zornice a synechiolýzou. Během operace se komplikace nevyskytly, ale zaznamenali jsme výraznější pooperační fibrinovou reakci na předním segmentu.



Obr. 22.1 Ultrazvukové vyšetření bulbu OL: sklivcový prostor čirý, sítnice leží ve všech kvadrantech.

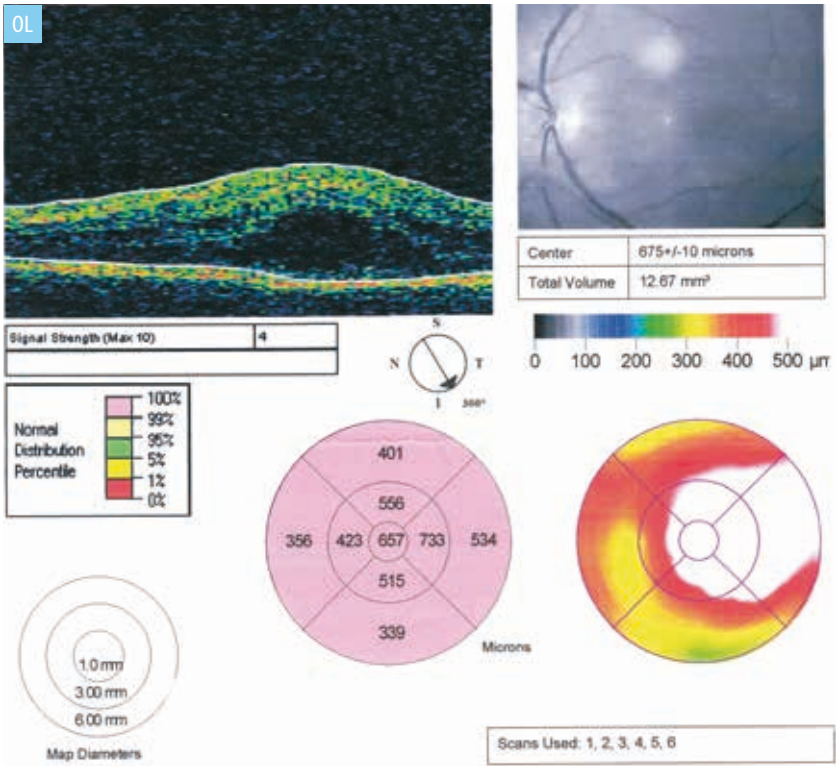


Obr. 22.2 Nález na předním segmentu OPL: oboustranně bez známek zánětlivé aktivity; na OL nález 6 týdnů po operaci katarakty.

S odstupem 6 týdnů od operace katarakty bylo provedeno i OCT vyšetření OL, které prokázalo CME.

➲ **Obr. 22.2–22.3**

Pacientovi jsme po dohodě s revmatologem celkově nasadili Prednison v dávce 0,5 mg/kg a vysadili stávající chronickou medikaci (Consupren, Sulfasalazin). Prednison byl postupně snižován a vysazen za 4 měsíce, kdy byl VOL 6/24 s korekcí, J.č. 10 a došlo i k ústupu CME na OL. Třetí den po vysazení Prednisonu došlo k relapsu přední uveitidy na OP, po týdnu i na OL. Nasazena byla lokální protizánětlivá léčba a mydriatika. Revmatolog doporučil znovu nasadit Sulfasalazin, hlavně pro trvající bolesti kloubů. Při zavedené terapii aktivita přední uveitidy postupně odezněla.



Obr. 22.3 OCT OL: značné nahromadění subretinální tekutiny subfoveolárně, přítomné drobné intraretinální cysty, centrální tloušťka sítnice 657 µm, bez známek defektu neuroretiny.

Obr. 22.4 Nález na předním segmentu OP: smíšená injekce 2+, na endotelu čerstvé precipitáty, PK bb. 3+, flare 1+, duhovka mírně prosáklá, IOČ in situ, mírně zkalený sklivec.

Další průběh

10/2005:

Jeden rok po operaci katarakty OL došlo opět k oboustrannému relapsu přední uveitidy a zhoršení VOP.

- VOP 1/9 s –2,0 D, certa NOT 15 torr
- VOL 6/36 s –2,25 D = –0,5 cyl./180° NOT 15 torr

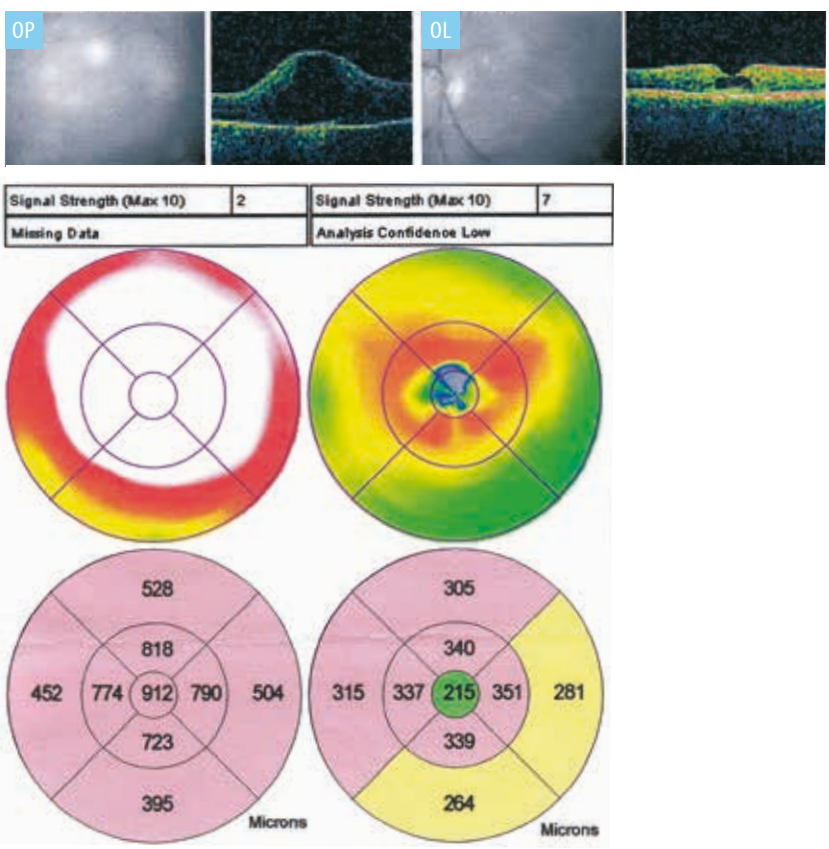
➲ **Obr. 22.4**

- OL: spojivka klidná, rohovka transparentní, endotel čistý, PK přiměřeně hluboká, bb. ojediněle, flare 1+, duhovka s bazálním kolobomem u č. XII, zornice okrouhlá, IOČ in situ

Pro pokles VOP bylo indikováno OCT vyšetření.

➲ **Obr. 22.5**

Pacient byl přijat k pulzu Solu-Medrolu 1000 mg i.v. 3 dny po sobě, poté byl převeden na Prednison 30 mg/den. VOP se upravil na 6/60, VOL na 6/18. Prednison byl udržován na minimální dávce 10 mg/den po dobu 2 let. Dlouhodobě pacient kapal Flucon gtt. 2×d od OPL.



Obr. 22.5 OCT OPL: na OP patrný vysoký CME bez ablace neuroretiny, centrální tloušťka sítnice 912 µm; na OL foveolární vkleslina zachována, ale jsou patrné intraretinální hyporeflektivní cysty, centrální tloušťka sítnice 215 µm.

Tabulka 22.1 Přehled protizánětlivé a imunosupresivní léčby

Název imunosuprese	Sulfasalazin + Consupren	Prednison	Sulfasalazin	Solu-Medrol
od kdy užívána	2/2002	10/2004	2/2005	10/2005
do kdy užívána	10/2004	2/2005	4/2006	10/2005
kolik měsíců celkem	32	4	14	3 dny
dávka maximální (mg)	1000 + 100	50	2000	1000
dávka minimální (mg)	1000 + 100	5	2000	1000
poznámka	nedostatečná kontrola očních zánětů	během léčby bez relapsu	pouze mírný kloubní efekt, žádný efekt oční	pulz nasazen pro CME
Název imunosuprese	**Prednison**	**Medrol + Etanercept**	**Remicade**	**Remicade + Medrol**
od kdy užívána	10/2005	2/2007	9/2007	8/2008
do kdy užívána	12/2007	6/2007	4/2008	5/2015
kolik měsíců celkem	26	4	7	80
dávka maximální (mg)	30	studie	300	300 + 16
dávka minimální (mg)	10	studie	300	300 +16
poznámka	pro klidný oční nález nutná i dlouhodobá lokální léčba kortikoidy, komplikace: sekundární glaukom	mírný efekt kloubní, žádný efekt oční	výborná kontrola očních zánětů, ale vyšší jaterní testy a kožní vyrážka	stabilizovaný kloubní i oční nález, občasné kožní potíže, jaterní testy v normě

V 2/2007 byla na revmatologii v rámci klinické studie zahájena léčba Etanerceptem (anti-TNFα), který měl pouze mírný efekt kloubní, ale nikoliv oční.

Proto byl pacient v 9/2007 zařazen do klinické studie s infuzní léčbou Remicade (anti-TNFα) 300 mg každých 6 týdnů. Léčba byla komplikována vyššími jaterními testy a kožní vyrážkou, proto byla v 4/2008 ukončena. Po 3 měsících ale pacient prodělal výrazný relaps uveitidy včetně elevace NOT a došlo i ke zhoršení kloubních obtíží. Gastroenterolog povolil opětovné nasazení Remicade v dávce 3 mg/kg v kombinaci s Medrolem 32 mg. Při této léčbě revmatologické obtíže ustoupily, oční nález se zklidnil. Kožní obtíže se objevily ještě v 5/2009; po 10týdenní pauze byl Remicade nasazen zpět.

➲ Tab. 22.1

Komplikace

Během celého sledovacího období se z komplikací chronické přední uveitidy vyskytly katarakta, zadní synechie, CME a sekundární glaukom. Vývoj perimetrického nálezu a RNFL je uveden na následujících obrázcích. NOT je nyní kompenzován lokální terapii Xalacom gtt. 1× večer do OPL a Azopt 2×d do OL; hodnoty NOT se pohybují kolem 10–14 torr. Gonioskopie prokázala široce otevřený úhel, bez goniosynechií.

➲ Obr. 22.6–22.8

33 PRIMÁRNÍ VITREORETINÁLNÍ LYMFOM

Jarmila Heissigerová

Primární vitreoretinální lymfom (PVRL) je vzácnou malignitou, u které se předpokládá, že vzniká mimo oko a preferenčně se šíří a bují v prostředí oka a CNS. Asi 20 % lymfomů CNS postihuje oko, ale přes 80 % lymfomů oka následně postihne CNS. Jedná se většinou o velkobuněčný B lymfom. Mezi oční projevy patří zejména vitritida z nádorové infiltrace sklivce a postižení sítnice a RPE. Léčba je interdisciplinární a v naprosté většině vyžaduje systémovou chemoterapii.

Žena / 59 let

Pacientka byla odeslána ke konziliárnímu vyšetření pro 3 měsíce trvající vitritidu OP. V 1/2010 byla hospitalizována na očním oddělení v místě bydliště pro mušky před OP. Byla léčena Prednisonem 50 mg/den v sestupných dávkách a Zinnatem.

Anamnéza

- **Oční A:** dříve viděla stejně dobře na OPL, brýle na blízko od 40 let, operace, úrazy a záněty neguje
- **OA:** morbus Bechtěrev HLA B27 pozitivní diagnostikován v 2/2010, st. p. pásovém oparu na čele vpravo, st. p. operaci varixů, st. p. laparotomii
- **FA:** celková: Salazopyrin tbl. 3-0-2, Ulfamid, Calcichew, Prednison již neužívá
  lokální OP: Indocollyre gtt. 3×d
- **RA:** oční: nevýznamná
  celková: matka generalizovaný karcinom prsu († 74 let, otec infarkt myokardu († 76 let), bratr leukemie († 28 let), sestra karcinom prsu oboustranně († 58 let), snad i karcinom tlustého střeva, neteř karcinom prsu diagnostikovaný v 35 letech
- **PA+SA:** invalidní důchod pro morbus Bechtěrev, původně kuchařka
- **Abúzus:** kuřačka, alkohol příležitostně, drogy neguje
- **AA:** neudává

Objektivní nález

4/2010:

- VOP 6/6 s +0,75 D NOT 8 torr
  J.č. 1 s add. +3,75 D
- VOL 6/6 s +0,5 D = +0,5 cyl./50° NOT 7 torr
  J.č. 1 s add. +3,75 D
- OP: spojivka bez injekce, rohovka transparentní, na endotelu nálet drti, PK přiměřeně hluboká, čirá, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, reaguje, čočka mírně opakní
- Fundus OP: reflex výbavný, sítnice špatně přehledná pro hutně bělavě zkalený sklivec, ablace zadní sklivcové membrány, dole patrný okrsek sítnice, který bez ložiskových změn
- OL: spojivka bez injekce, rohovka transparentní, endotel čistý, PK přiměřeně hluboká, čirá, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, reaguje, čočka mírně opakní
- Fundus OL: sklivec rozvlákněn s maximem axiálně, v dolní polovině drobné žlutavé zahuštění na odloučené zadní ploše sklivce, bez buněk, papila růžová, ohraničená, v úrovni, C/D 0,2, v makule drobné drúzy, sítnice leží, cévy bez exsudace
- Ultrazvukové vyšetření OP: husté echogenity ve sklivci, ablace zadní sklivcové membrány, sítnice leží

Pracovní diagnóza

Bylo vysloveno podezření na maligní maskující syndrom OP – nitrooční lymfom.

Diagnostický a terapeutický postup

Byla provedena diagnosticko-terapeutická PPV OP s odběry vzorků sklivce na cytologické vyšetření a FACS. FACS potvrdil suspekci na nitrooční lymfomovou populaci. Při cytologickém vyšetření byly dvěma patology zaznamenány atypické elementy.

Celotělový hematologický screening (MRI CNS, celotělové CT, FACS z periferní krve, trepanobiopsie) byl negativní. Pouze v likvoru byl zachycen jeden atypický element.

Byla stanovena diagnóza PVRL a zahájena intravitreální terapie methotrexátem (0,4 mg/0,1 ml) do OP (celkem 5 aplikací). Zároveň pacientka podstoupila 7 cyklů chemoterapie dle protokolu R-DeAngelisové (zakončeno 3/2011), která spočívala zejména v intravenózních a intrathekálních aplikacích methotrexátu, doplněných Ara-C a kortikoidy.

Další průběh

9/2011:
Pro buněčné zkalení sklivce OL byla indikována diagnosticko-terapeutická PPV OL s odběry vzorků sklivce k vyšetření a aplikací methotrexátu (0,4 mg/0,1 ml) do sklivcového prostoru. Cytologické vyšetření i FACS prokázaly přítomnost lymfomové populace ve sklivci.

V 10/2011 byla zahájena intravitreální terapie methotrexátem do OL a pacientka prodělala druhý hematoonkologický screening, který opět nepotvrdil systémové projevy nitroočního lymfomu.

5/2012:
- VOP 6/9 s –3,0 D = –0,5 cyl./90° NOT 16 torr
  J.č. 1 s add. +3,75 D
- VOL 6/9 s –3,0 D NOT 18 torr
  J.č. 2 s add. +3,75 D

Obr. 33.1 Přední segment OL po fakoemulzifikaci s implantovanou IOČ.

Pro progresi katarakty OL byla provedena její operace s implantací IOČ. Během výkonu byla odebrána nitrooční tekutina k cytologickému vyšetření, které neprokázalo žádné atypické elementy.

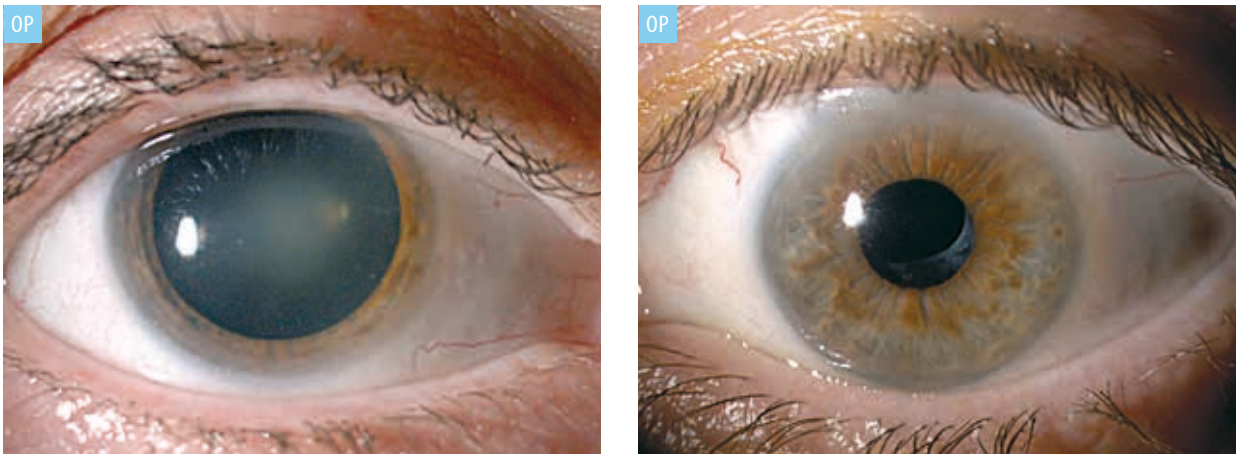
➲ **Obr. 33.1**

9/2012:
Za 4 měsíce byla provedena operace katarakty s implantací IOČ na OP. Rovněž byla odebrána nitrooční tekutina k cytologickému vyšetření s negativním výsledkem.
Pooperační vizus:
- VOP 6/6 nat. NOT 14 torr
  J.č. 1 s +3,0 D
- VOL 6/6 s –0,5 D = –0,5 cyl./60° NOT 12 torr
  J.č. 1 s add. +3,0 D

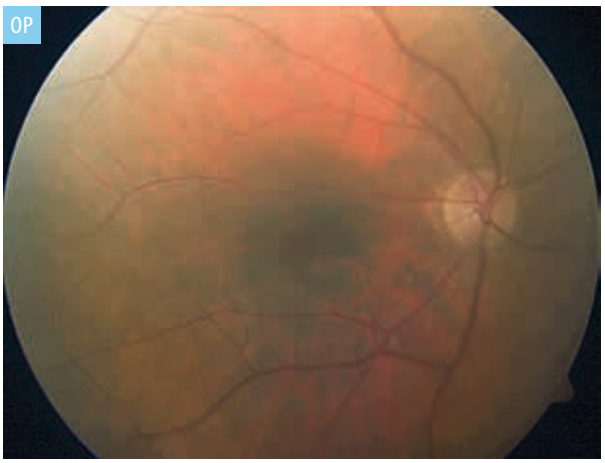
➲ **Obr. 33.2–33.3**

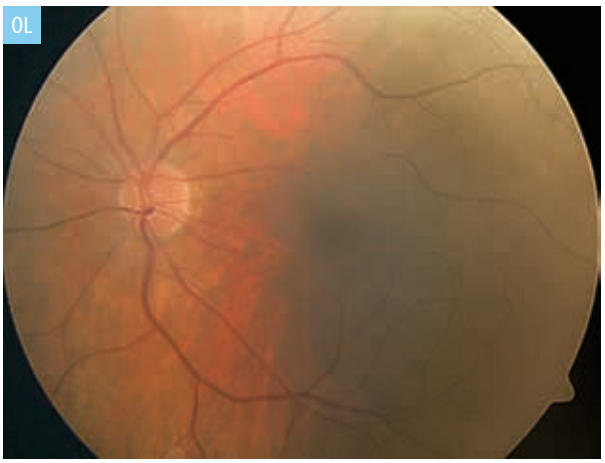
8/2014:
Pacientka přichází na kontrolu se subjektivním pocitem závoje před OL.
- VOP 6/6 s –0,5 D = –0,5 cyl./180° NOT 15 torr
  J.č. 1 s add. +3,5 D Amsler neg.
- VOL 6/9 s –0,75 D = –0,5 cyl./60° NOT 29 torr
  J.č. 2 s add. +3,5 D Amsler neg.
- OP: spojivka klidná, rohovka hladká, lesklá, transparentní, endotel čistý, PK hlubší, čirá, duhovka klidná, zornice volná, středně široká, reaguje, IOČ in situ, lehce nařasené zadní pouzdro se počíná zahušťovat, na spodní části zadního pouzdra něco bb.
- Fundus OP: sklivcový prostor čirý, papila bledší, ohraničená, v úrovni, makula bez foveolárního reflexu, sítnice bez ložiskových změn, leží, cévy bez exsudace

➲ **Obr. 33.4**

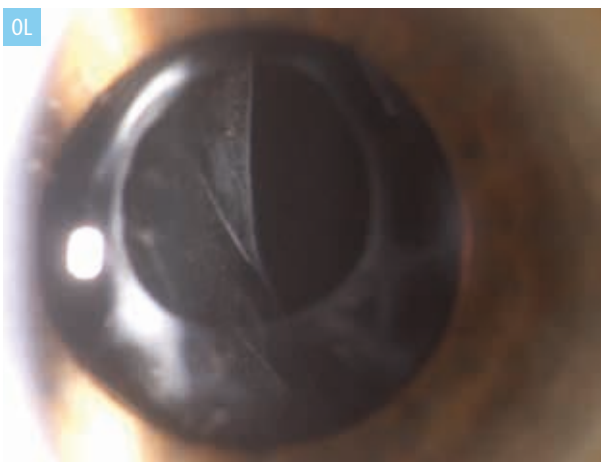


Obr. 33.2 Přední segment OP: vlevo snímek oka s kataraktou, vpravo stav po fakoemulzifikaci s implantací IOČ.

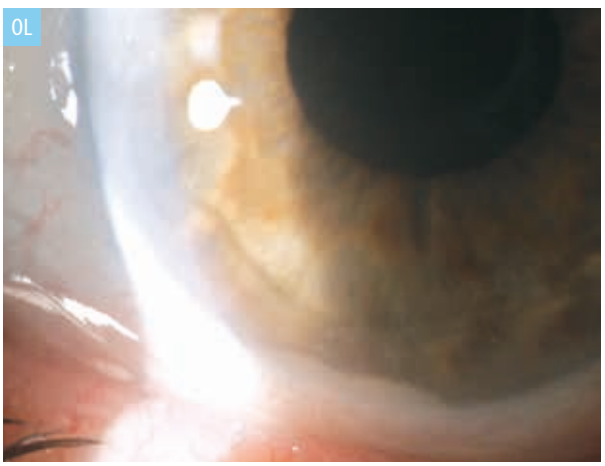




Obr. 33.3 Nález na fundu OPL: bez patologických změn.



Obr. 33.4 Nález na předním segmentu OL: patrný závoj za IOČ, spojivka bez injekce, rohovka hladká, endotel čistý, PK bb. 0,5+, duhovka klidná, zornice volná, středně široká, reaguje, IOČ in situ, lehce opakní zadní pouzdro.



Obr. 33.5 Kopečkovité pseudohypopyon v přední komoře OL.

Obr. 33.6 Snímek fundu OL: vlevo zkalení sklivcového prostoru (BIO 3), pro které infiltrace sítnice hůře patrná. Vpravo ústup infiltrace sklivcového prostoru po intravitreální aplikaci methotrexátu.

42 IMMUNE RECOVERY UVEITIS PO PROBĚHLÉ CYTOMEGALOVIROVÉ RETINITIDĚ

Michaela Brichová

Immune recovery uveitis (IRU) je imunitní odpověď podmíněná rychlým zlepšením funkce buněčné imunity vedoucí k prudké zánětlivé reakci proti virovému antigenu v sítnici. U pacientů dochází ke středně těžkému poklesu vizu. Na fundu nenalézáme známky aktivity CMV infekce, ale nově dochází k rozvoji CME či zkalení sklivce.

Muž / 60 let
Pacient byl odeslán na naši kliniku z Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze pro pokles vizu.

Anamnéza

- **Oční A:** dříve viděl stejně dobře na OPL, brýle na dálku od 50 let, oční úraz nebo operaci neguje
- **OA:** difuzní velkobuněčný B-lymfom (DLCBL), st. p. transplantaci kostní dřeně (1/2012), v časném posttransplantačním období CMV infekce, HIV neg.
- **FA:** Valtrex, Cyclosporin Mylan, Biseptol, Ciprinol, Prokonazol, Milurit, Vigantol, suplementace Ca, Acidum folicum
- **RA:** oční i celková nevýznamná
- **PA+SA:** invalidní důchodce
- **Abúzus:** nekuřák, abstinent
- **AA:** neudává

Objektivní nález

7/2012:

- VOP 6/6 s +0,75 cyl./180° NOT 9 torr
  J.č.1 s add. +2,5 D Amsler neg.
- VOL 6/9 s +0,75 D = –1,0 cyl./95° NOT 10 torr
  J.č. 1 s add. +2,5 D Amsler neg.
- OPL: spojivka klidná, rohovka hladká, lesklá, transparentní, PK přiměřeně hluboká, čirá, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, reaguje, čočka in situ, jen lehce opakní

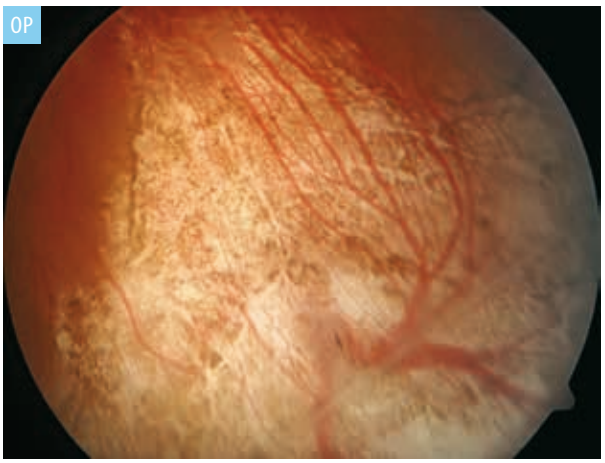
➲ Obr. 42.1–42.2

Diagnostický a terapeutický postup

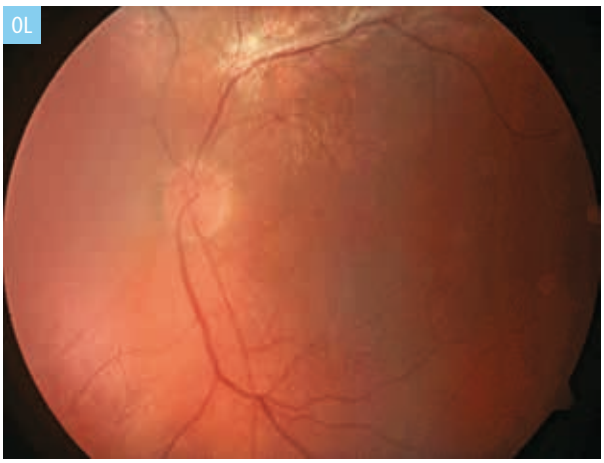
Vzhledem k typickému klinickému obrazu a anamnéze imunodeficitu byla stanovena diagnóza CMV retinitidy. Po dohodě s ošetřujícím hematologem byl profylakticky podávaný Valtrex vyměněn za terapeuticky účinný Valcyte, při kterém se nález na očním pozadí zklidnil.

Obr. 42.1 Nález na očním pozadí OP: v nazálním dolním kvadrantu částečně pigmentované ložisko s aktivním okrajem, s prosáknutím a hemoragiemi.

Obr. 42.2 Nález na očním pozadí OL: v horní polovině rozsáhlá částečně pigmentovaná ložiska s širokým aktivním okrajem, s prosáknutím a hemoragiemi.



Obr. 42.3 Nález na očním pozadí OP: v nazálním dolním kvadrantu částečně pigmentované ložisko, bez známek aktivity zánětu.



Obr. 42.4 Nález na očním pozadí OL: v horní polovině částečně pigmentované ložisko, bez známek aktivity zánětu.

3/2013:

- VOP 6/6 s +0,75 cyl./180° NOT 10 torr
  J.č.1 s add. + 2,5 D Amsler neg.
- VOL 6/9 s +0,75 D = –1,0 cyl./95° NOT 12 torr
  J.č.3 s add. + 2,5 D Amsler neg.

➲ Obr. 42.3–42.4

Další průběh

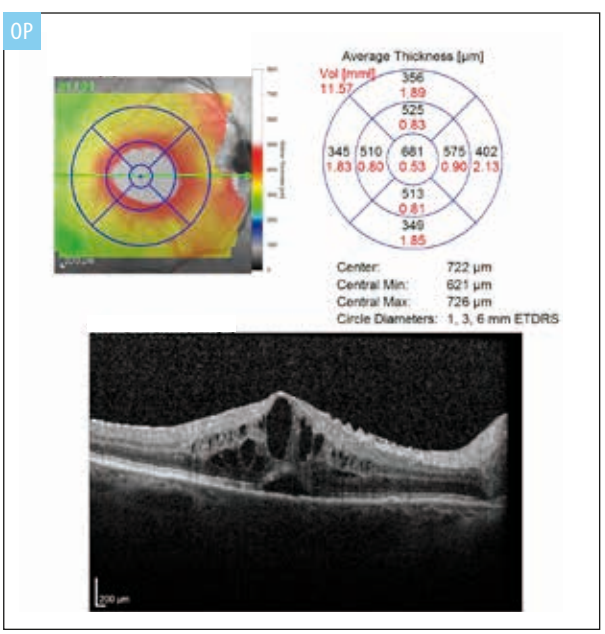
Během 4–6/2013 byla postupně snižována imunosupresivní terapie. Pacient nadále užíval virostatikum Valcyte.

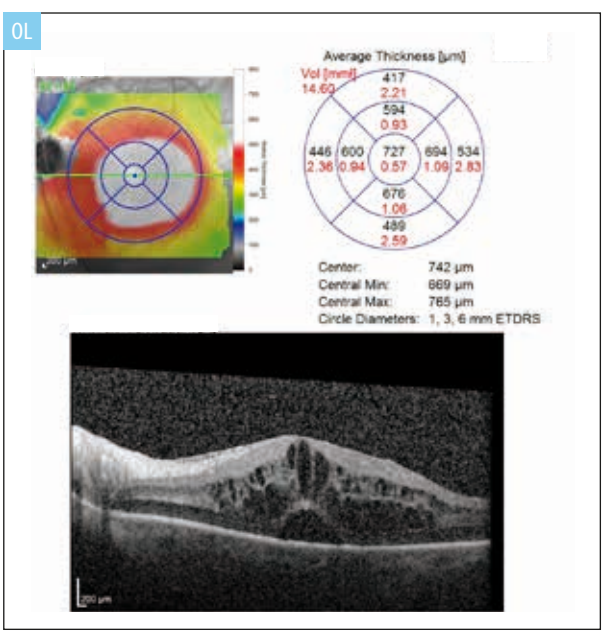
V 6/2013 zůstává fundus bez aktivity infekce, ale dochází k rozvoji CME s poklesem vizu na obou očích.

7/2013:

- VOP 6/12 s +0,75 D = –0,75 cyl./90° NOT 15 torr
  J.č. 8 s add. +2,5 D Amsler pozit.
- VOL 1/24 s +1,25 D = –1,0 cyl./95°, certa NOT 13 torr
  J.č. nečte Amsler nelze

➲ Obr. 42.5





Obr. 42.5 OCT transfoveolární horizontální řezy OPL: CME, serózní ablace neuroretiny, hyperreflexivní ERM.

REJSTŘÍK

A

aciklovir *17*, *24*
AIDS *29*, *51*
akutní přední uveitida HLA B27 pozitivní *179*
akutní retinální nekróza *17*
akutní zadní multifokální plakoidní pigmentová epiteliopatie *83*
akutní zonální okultní zevní retinopatie *203*
ankylozující spondyloartritida *108*, *112*, *117*
atrofie duhovky *15*

B

Bartonella henselae *47*
Behçetova nemoc *148*
biopsie slzné žlázy *144*
biopsie spojivky *166*
birdshot retinochoroidopatie *77*
Borrelia burgdorferi *41*

C

Candida albicans *51*
Crohnova nemoc *125*
cystoidní makulární edém *77*, *102*, *112*, *118*, *130*, *185*, *194*, *208*, *216*
cytomegalovirová retinitida *29*, *216*
cytomegalovirus *14*, *20*

D

Dalenovy-Fuchsovy noduly *72*

E

endogenní mykotická endoftalmitida *51*

F

fluorescenční angiografie *75*, *77*, *83*, *88*, *91*, *103*, *204*
Fuchsova heterochromní iridocyklitida *60*, *192*

G

glaukom *60*
– sekundární *112*, *115*
glaukomatocyklitická krize *64*
gymnastika zornice *111*, *128*

H

herpes simplex virus *14*, *17*
herpes zoster virus *14*, *17*
herpetická přední uveitida *179*

Ch

chronická retinální nekróza *20*
chronická uveitida *112*

I

idiopatická uveitida *183*
idiopatické střevní záněty *125*
immune recovery uveitis *216*
intermediální uveitida
– roztroušená skleróza *130*
– sarkoidóza *135*

J

juvenilní idiopatická artritida *118*

K

katarakta *19*, *60*, *112*, *115*
Koeppeho noduly *62*

L

laserová baráž *19*
lues *viz* syfilis
lupénka *viz* psoriáza
Lymeská nemoc *41*
lymfom
– nitrooční *208*
– primární vitreoretinální *163*, *169*
– sekundární choroidální *174*

M

morbus Bechtěrev *viz* ankylozující spondyloartritida

N

nemoc kočičího škrábnutí *47*
neurolues *40*

O

omrzlá céva *29*

P

panda sign *144*
panuveitida *41*, *138*, *149*
pars plana virektomie *19*, *22*, *26*, *51*, *163*, *171*, *175*, *196*, *208*
pars planitida *97*, *130*, *135*, *192*
Posnerův-Schlossmanův syndrom *64*
progresivní zevní retinální nekróza *24*
přední herpetická uveitida *14*
psoriáza *127*

R

reaktivní artritida *123*
Reiterův syndrom *123*
retinální vaskulitida *102*
Rothovy skvrny *32*
roztroušená skleróza
– intermediální uveitida *130*
– panuveitida *138*

S

sarkoidóza *142*
– intermediální uveitida *135*
serpiginózní choroidopatie *75*
sněhové koule *97*, *131*
sněhové lavice *97*, *131*
sunset glow fundus *201*
syfilis *38*
sympatická oftalmie *68*
syndrom mizejících bílých teček *87*
syndrom podobný oční histoplasmóze *91*
systémový lupus erythematodes *155*

Š

šňůrky perel *51*

T

Toxoplasma gondii *34*
toxoplasmová retinochoroiditida *34*
Treponema pallidum *38*

U

ulcerózní kolitida *125*

V

varicella zoster virus *24*
vnitřní tečkovitá choroidopatie *203*
Vogt-Koyanagi-Harada syndrom *199*

W

white dot syndromy 77, *83, 88, 91*

Z

zadní synechie *112*, *115*
zonulární keratopatie *112*