

Idiopatické střevní záněty a záněty oka

MUDr. Helena Štrofová^{1,3}, doc. MUDr. Petra Svozílková, Ph.D.², MUDr. Alena Hosová³, MUDr. Vladimíra Fialová¹

¹Oční oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha

²Oční klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

³Soukromá oční ambulance – Ophthos s.r.o., Praha

Doprovodné extraintestinální projevy zánětlivého střevního onemocnění se vyskytují u jedné třetiny pacientů. Oční komplikace těchto onemocnění jsou vzácné, vyskytují se u méně než 10 % případů, ale mohou být spojené s významnou morbiditou. Oční potíže jsou často nespecifické a zahrnují slzení, pálení nebo svědění očí, bolest očí, fotofobii, hyperémii spojivky nebo sklery až pokles zrakové ostrosti. Oční zánět nejčastěji postihne episkleru – episkleritida, dále bývá diagnostikována skleritida a uveitida. Oční vyšetření by mělo být rutinní součástí péče o pacienty s idiopatickými střevními záněty. Oční příznaky vzácně předcházejí diagnózu ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby, většinou se objeví spolu s aktivním střevním zánětem. Důležité je pacienty s idiopatickými střevními záněty informovat o riziku očních komplikací.

Klíčová slova: Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, episkleritida, skleritida, uveitida.

Ocular manifestations of inflammatory bowel disease

Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease occur in one third of patients. Ocular complications are infrequent, occurring in less than 10 % of cases, but can be associated with significant morbidity. Ocular complaints are often nonspecific and include watery, burning or itchy eyes, ocular pain, photophobia, conjunctival or scleral hyperemia, decrease of visual acuity. Ocular inflammation often affects episclera – episcleritis, next scleritis and uveitis can be diagnosed. Eye investigation should be a routine part in the care of patients with inflammatory bowel disease. Ocular symptoms may rarely precede a diagnosis of ulcerative colitis and Crohn's disease; in most cases they appear together with active bowel inflammation. It is important to inform the patients with idiopathic bowel disease about a risk of eye complications.

Key words: Crohn's disease, ulcerative colitis, episcleritis, scleritis, uveitis.

Interní Med. 2014; 16(2): 70–72

Úvod

Ulcerózní kolitida a Crohnova choroba jsou idiopatické střevní zánětlivé choroby způsobené autoimunitními mechanismy při dosud neznámé etiologii. Obě choroby jsou charakteristické chronickým průběhem se střídáním období zhoršení a zklidnění zánětlivé aktivity. Jedná se o systémová onemocnění s projevy v dalších orgánech – klouby, kůže, oči, plíce, ledviny a hepatobiliární systém. Idiopatická chronická zánětlivá onemocnění střev postihují jedince středního věku, klinickými projevy jsou hubnutí, subfebrilie, žaludeční nevolnost, řídká stolice a krv ve stolici. Extraintestinální projevy idiopatických střevních zánětů (IBD) se vyskytují až u třetiny pacientů. První oční projevy byly popsány v roce 1925 u Crohnovy choroby. U ulcerózní kolitidy jsou vzácnější než u Crohnovy choroby. Oční projevy se vyskytují méně než u 10 % pacientů s IBD a jsou často maskovány jako jiná běžná onemocnění. Často korelují s aktivitou základního onemocnění. Zahrnují slzení, pálení nebo svědění očí, bolest očí, fotofobii, hyperémii spojivky nebo sklery a pokles zrakové ostrosti (1, 2) (tabulka 1).

Oční komplikace IBD často koexistují s jinými extraintestinálními projevy, zejména artritidou

a erythema nodosum. Tato asociace může být dána podobností malých cév synovie a uvey, obě mají zvýšenou schopnost prezentace antigenu, migrace leukocytů a cytokinové aktivity. Některé studie podporují úlohu specifického střevního epiteliálního proteinu, který je přítomný také v očích, kloubech, kůži i žlučových cestách. Ostatní se domnívají, že rozvoj zánětlivých buněčných infiltrátů extraintestinálně může být dán adhezivními molekulárními interakcemi mezi slizničními buňkami imunitního systému a endotelovými buňkami (1).

Episkleritida

Zánět episklery (pojivová tkáň mezi spojivkou a sklérkou) je nejčastější komplikací IBD a objevuje se typicky během zvýšené aktivity střevního zánětu; s léčbou základní nemoci ustupuje (1). Prevalence se uvádí 29 % (3). Jedná se většinou o jednostranný zánět s tendencí k recidivám. Na episkleritidu je třeba pomyslet u pacientů s IBD, kteří se dostaví s akutním zarudnutím a bolestivostí oka. Běžná je tupá bolest nebo citlivost na dotek, nepříjemný pocit tlaku, fotofobie a slzení. Episkleritida se projevuje sektorovitou (méně často difúzní) injekcí, z větší části způsobenou dilatací episklerálních cév (ob-

rázek 1). Někdy bývá patrný uzlík, mírně pohyblivý oproti sklěře. Zraková ostrost nebývá snížena. Vzácně může být přítomna i přední uveitida (zánět duhovky) nebo postižení rohovky. Léčba je dle tíže očních příznaků a projevů základní choroby. Lehké formy episkleritidy odeznívají v průběhu 1–5 týdnů. Lokálně se používají chlazené umělé slzy, nesteroidní protizánětlivé látky (NSAID) či krátkodobě kortikoidy v kombinaci s léčbou základního onemocnění vedenou gastroenterologem (1, 4, 5). Perorální NSAID jsou účinné v indikovaných případech, ale měly by být používány s opatrností, protože tyto léky

Tabulka 1. Symptomy při oční manifestaci idiopatických střevních zánětů (dle (1))

- Slzení
- Pálení
- Svědění
- Bolest očí
- Fotofobie (světloplachost)
- Zarudnutí oka
- Zhoršení vizu

Tabulka 2. Časté oční projevy idiopatických střevních zánětů (dle (1))

- Episkleritida
- Skleritida
- Uveitida
- Postižení rohovky

Obrázek 1. Sektorovitá episkleritida

mohou při dlouhodobějším užívání podnítit aktivitu IBD. Infliximab, který byl schválen FDA (Úřad pro kontrolu potravin a léčiv – Food and Drug Administration) pro léčbu Crohnovy choroby, účinně potlačuje i extraintestinální projevy IBD (1). Recentní výsledky upozornily na úspěšnou léčbu infliximabem u refrakterní episkleritidy spojené s aktivní Crohnovou chorobou (6).

Skleritida

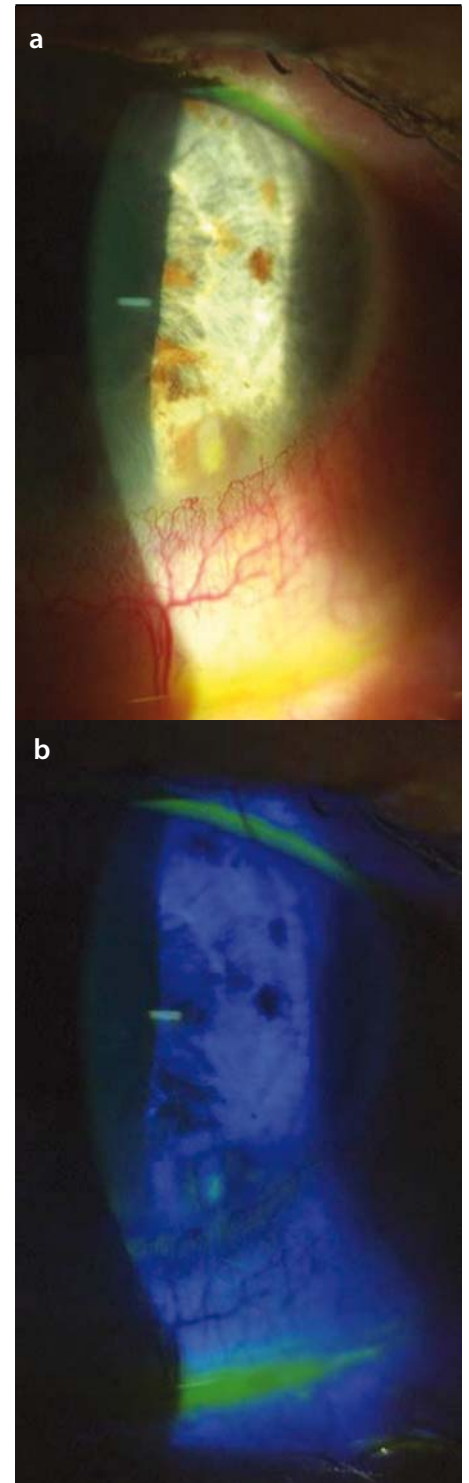
Skleritida je vzácnější, ale závažné zrak ohrožující onemocnění. Prevalence se udává 18% (3). Pacienti si stěžují na výraznou tupou bolest oka, často s propagací do ipsilaterální části hlavy a obličeje, fotofobie a slzení. Pro stanovení diagnózy je důležitá anamnéza, vyšetření na denním světle i na šterbinové lampě s vyšetřením fundu v mydri-

áze. Skleritida se projevuje hlubokou šedofialovou injekcí v jednom nebo více kvadrantech, skléra může být ztenčená (po opakovaných zánětech) nebo edematózní. Dilatované jsou sklerální cévy spolu s povrchovými episklerálními a spojivkovými cévy. To může způsobit namodralý nádech místa zánětu, nejlépe patrný na denním světle. Skleritida může být odlišena od episkleritidy tím, že se objeví růžová skléra (spíše než bílá) mezi rozšířenými povrchovými cévy a sklerální cévy nevyblednou po aplikaci fenylefrinu. Skleritida může být nodulární či difúzní, nekrotizující se zánětem či bez zánětu (skleromalacia perforans), dále se dělí na přední a zadní. Závažnými komplikacemi jsou perforace bulbu, odchlípení sítnice, makulární edém a edém papily zrakového nervu (1, 4, 5). Léčba musí být zahájena včas dostatečně vysokými dávkami kortikoidů buď v monoterapii, ale častěji v kombinaci s dalšími imunosupresivy (cyklofosfamid, azathioprin, methotrexát, cyklosporin A). Léčba je vždy vedena ve spolupráci s gastroenterologem. NSAID mohou být účinné jen u počínajících forem, ale nelze je podávat u IBD dlouhodobě. Skleritida může recidivovat, proto by léčba měla být dlouhodobá, s pozvolným snižováním dávek při odeznívající aktivitě; udržovací dávky je vhodné ponechat alespoň 1 rok (1, 4, 5).

Uveitida

Přibližně u 40% pacientů s uveitidou a záněty střev je pozitivní genotyp HLA B27, ale vzájemný vztah mezi akutní přední uveitidou, IBD a ge-

notypem HLA B27 zůstává nejasný (2). Uveitida je často spojována s dalšími extraintestinálními projevy IBD, především kloubními a kožními. Aktivita základní choroby bývá v korelaci s aktivitou očního zánětu (1). **Přední uveitida** je zánět postihující přední segment oka – duhovku (**iritis**) a většinou také přední část řasnatého tělesa (**iridocyclitis**). Příznakem přední uveitidy je světlolopachost a tupá bolestivost oka výraznější při akomodaci, slzení a pokles zrakové ostrosti. Oko

Obrázek 3A, B. Rohovkový perilimbální infiltrát barvící se fluoresceinem**Obrázek 2.** Akutní serofibrinózní přední uveitida – smíšená injekce, hustý buněčný nálet na endotelu rohovky, fibrin v přední komoře, prosáknutí duhovky, zneokrouhlená zornice s výraznou tendencí k tvorbě zadních synechií

je červené (perikorneální nebo difuzní hluboká či smíšená injekce), na endotelu rohovky jsou přítomné drobné negranulomatózní precipitáty, patrné jsou buňky a tyndalizace v přední komoře (obrázek 2). Duhovka je prosáklá s dilatovanými cévami, zornice úzká, často zneokrouhlená zadními synechiemi (srůsty mezi zadní plochou duhovky a přední plochou čočky). Mezi další komplikace patří katarakta a glaukom (3, 7).

Intermediální uveitida postihuje sklivce (**vitritis**), řasnaté těleso (**cyclitis posterior**) a periferní sítnicové cévy (**vasculitis**). Příznakem jsou poletující „mušky“ nebo „pavučiny“ a u těžších forem i pokles zrakové ostrosti. Ve sklivci jsou zánětlivé buňky až „sněhové koule“, v oblasti pars plana „sněhové lavice“. Příznakem **zadní uveitidy** je pokles zrakové ostrosti a často též plovoucí „pavučiny“ před očima. Přítomny jsou sklivcové zákaly s buňkami (**vitritis**), zánětlivé infiltrace cévnatky (**choroiditis**), sítnice (**retinitis**), zánět sítnicových cév (**vasculitis**). Komplikacemi zadní uveitidy mohou být makulární edém, edém papily zrakového nervu, exsudativní odchlípení sítnice, neovaskularizace na sítnici. **Panuveitida** je difuzní zánět uvey předního i zadního segmentu. Uveitida je méně častá než episkleritida a vyskytuje se u 0,5%–3% pacientů. Uveitida bývá často bilaterální a může mít chronický průběh (7). Léčba přední uveitidy je většinou lokální – kortikoidy ve formě kapek a mast na noc. Frekvence kapání se řídí intenzitou zánětu. Vhodné je přidat i lokální NSAID při výraznější zánětlivé aktivitě. Nezbytná jsou mydriatika – k rozrušení stávajících zadních synechií, ale i jako prevence před tvorbou nových srůstů. Léčba zadní uveitidy je systémová a vždy je nutné výběr preparátu i jeho dávkování konzultovat s gastroenterologem (7).

Onemocnění rohovky

Vzácněji se setkáváme s onemocněním rohovky u IBD, většinou se jedná o nález ro-

hovkových infiltrátů (obrázek 3A, B). Pacienti udávají bolest oka, podráždění a pocit cizího tělesa, občas spojené se zhoršeným viděním. Malé subepiteliální infiltráty umístěné 2–3 mm od limbu se postupně spojují a periferní rohovka se ztenčuje. Může dojít až k perforaci rohovky. V případě, že je přítomen defekt epitelu rohovky (pozitivní barvení fluoresceinem), je nutné aplikovat lokálně antibiotika. Po zhojení defektu je vhodné přidat krátkodobě slabší kortikoidy, které urychlí vstřebání infiltrátů (1) (tabulka 2).

Nežádoucí účinky léčby IBD projevující se v oku

Kortikoidy

Systémové kortikoidy jsou spojeny s řadou nežádoucích očních účinků. Šedý zákal, konkrétně zadní subkapsulární katarakta, je následkem dlouhodobého užívání kortikoidů. Katarakta vejde k poklesu vizu, její léčba je pouze chirurgická. Katarakta se může vyskytnout i u dětí užívajících kortikoidy. Bylo prokázáno, že kortikoidy jsou příčinou zvýšení nitroočního tlaku a následného sekundárního glaukomu s otevřeným úhlem. Glaukom indukovaný kortikoidy vzniká častěji u léčby lokálními očními přípravky než u léčby systémové. Je důležité pacienty léčené kortikoidy pravidelně sledovat pro včasný záchyt zvýšeného nitroočního tlaku, který může způsobit trvalé poškození zrakového nervu.

Totální parenterální výživa (TPN)

TPN je vzácně spojována s makulopatií, která může mít za následek ztrátu zrakové ostrosti.

Anticholinergika

Tyto běžně používané léky na břišní křeče spojené s IBD mohou způsobit poruchy akomodace a pupilární dilataci. Tyto látky zvyšují riziko akutního glaukomu s uzavřeným úhlem u senzitivních jedinců.

Imunosupresivní terapie

Optická neuropatie, oftalmoplegie a nystagmus byly hlášeny u cyklosporinové léčby Crohnovy choroby. Pečlivé sledování neurooftalmologických a neurologických příznaků je důležité u pacientů s IBD léčených imunosupresivy (1).

Závěr

Pacienti s poruchami zraku, červeným okem nebo bolestí očí vyžadují okamžité doporučení ke specialistovi. Episkleritida je nejčastějším extraintestinálním projevem IBD, dále se setkáváme s uveitidou, skleritidou či postižením rohovky. Vzhledem ke spektru očního postižení u IBD je vhodné doporučit pacientům vyšetření oftalmologem.

Literatura

1. Mintz R, Feller ER, Bah RL, Shah SA. Ocular manifestations of inflammatory bowel disease: Inflammatory Bowel Diseases. Crohn's and Colitis Foundation of America, Inc. 2004; 10(2): 135–139.
2. Klener P, et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galén 2006: 481–487.
3. Brichová M, Heissigerová J, Svozílková P, Dvořák J, Jeníčková D, Říhová E. Oko a idiopatické střevní záněty. Česk Slov Oftalmol. 2011; 67(3): 92–96.
4. Kolektiv autorů. Diagnostika a léčba očních chorob v praxi. The Wills eye manual. Praha: Triton 2004: 155–159.
5. Kuchynka P, a kol. Oční lékařství. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007: 245–252.
6. Finkelstein W. Treatment of Acute Episcleritis Associated with Crohn's Disease with Infliximab. Am J Gastro. 2002; 97: 39–40.
7. Říhová E, a kol. Uveitidy. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009; 16–21: 85–87.

Článek přijat redakcí: 29. 9. 2013
Článek přijat k publikaci: 11. 11. 2013

MUDr. Helena Štrofová

Oční oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha
Videňská 800, 140 59 Praha 4
doktorkastrofova@seznam.cz