

КАТАРАКТАЛНА ХИРУРГИЯ ПРИ ТОКСОПЛАЗМЕН ПАНУВЕИТ: КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Георги Марков, Яни Здравков, Александър Оскар

Клиника по очни болести, Катедра по офталмология, УМБАЛ „Александровска“, Медицински университет – София

CATARACT SURGERY IN TOXOPLASMOSIS-ASSOCIATED PANUVEITIS: A CASE REPORT

Georgi Markov, Yani Zdravkov, Alexander Oscar

Clinic of Ophthalmology, Department of Ophthalmology, Alexandrovska University Hospital, Medical University of Sofia

Адрес за кореспонденция:

Георги Марков
УМБАЛ „Александровска“
Ул. „Св. Георги Софийски“ 1
1431 София
e-mail: dr.georgimarkov@gmail.com

Address for correspondence:

Georgi Markov
Alexandrovska University Hospital
1 Sv. Georgi Sofiyski St
1431 Sofia
e-mail: dr.georgimarkov@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Въведение: Катарактата е едно от най-честите усложнения при увеит. В случаите на токсоплазмоза се наблюдава предимно при конгениталната форма, по-рядко при придобитата. Хирургичното лечение на катаракта при увеит е асоциирано с по-голям риск от усложнения и реактивация на възпалението.

Цел: Целта ни е да опишем клиничен случай на успешно хирургично лечение на усложнена катаракта при токсоплазмен панувеит.

Клиничен случай: Мъж на 74 г. с анамнеза за токсоплазмен панувеит на лявото око (ЛО) постъпва в клиниката с оплаквания от прогресивно намаляване на зрението с това око от 1 година. Диагнозата токсоплазмен увеит е била поставена въз основа на клиничния преглед и допълнителни серологични изследвания на антитела. На офталмологичния преглед при постъпването в клиниката нямаше данни за активно възпаление в предния очен сегмент на двете очи. Наблюдаваше се задносубкапсулна катаракта в ЛО. Най-добре коригираната зрителна острота беше 0.4 на ЛО. Увеитът не е бил активен за период от 4 месеца. Проведе се факоемулсификация с имплантация на мека, хидрофобна акрилна изкуствена вътреочна леща. Хирургичната интервенция премина без усложнения. Постоперативно бяха предписани триметоприм/сулфаметоксазол 2x960 мг перорално и топикален тобрамицин/дексаметазонов препарат за 1.5 месеца. Постоперативната зрителна острота на ЛО беше 0.9. Две години след операцията не сме наблюдавали допълнителни усложнения или реактивация на увеита. На третата година установихме развитието на вторична катаракта.

Заклучение: Демонстрирахме клиничен случай на успешно хирургично лечение на усложнена катаракта след токсоплазмен панувеит. На фона на постоперативната терапия с триметоприм-сулфаметоксазол и топикален дексаметазон нямаше данни за реактивация на увеита. Единственото усложнение беше вторична катаракта.

Ключови думи: токсоплазмоза, факоемулсификация, кортикостероиди, триметоприм-сулфаметоксазол

ABSTRACT

Introduction: Cataract is one of the most frequent complications of uveitis. In the cases with toxoplasmosis, it is more common in the congenital form. Cataract surgery in the setting of uveitis is associated with a higher risk of postoperative complications and of reactivation of uveitis.

Aim: Our aim is to present a clinical case of successful cataract surgery in toxoplasmosis-associated panuveitis.

Case Report: A 74-year-old Caucasian man presented to our clinic with complaints of decreased vision in his left eye (OS). He had been treated for toxoplasmosis-associated panuveitis. The diagnosis was based on the clinical exam and ancillary serologic tests. On admission to the hospital, best-corrected visual acuity of OS (BCVA) was 0.4. He had posterior subcapsular cataract in OS. There were no signs of inflammation in the anterior and posterior segments. We did phacoemulsification with implantation of a foldable, hydrophobic acrylic intraocular lens. There were no intraoperative complications. Postoperatively, BCVA was 0.9. He was treated for 1.5 months with oral trimethoprim/sulfamethoxazole 2 x 960 mg and frequent topical tobramycin/dexamethasone. We did not observe reactivation of the uveitis. Three years following surgery, he developed a secondary cataract.

Conclusion: We demonstrated a case of successful surgical therapy of complicated cataract in toxoplasmosis-associated panuveitis. In the setting of postoperative therapy with trimethoprim/sulfamethoxazole, reactivation of uveitis was not observed. The only late complication was secondary cataract.

Keywords: *toxoplasmosis, phacoemulsification, corticosteroids, trimethoprim/sulfamethoxazole*

ВЪВЕДЕНИЕ

Катарактата е едно от най-честите усложнения при увеит. В случаите на токсоплазмоза се наблюдава предимно при конгениталната форма (1,2), по-рядко при придобитата (3). Патогенезата може да е свързана с възпалителната активност, терапията с кортикостероиди или комбинация от тези фактори. Хирургичното лечение на катарактата при увеит е асоциирано с по-голям риск от усложнения и реактивация на възпалението (4,5).

ЦЕЛ

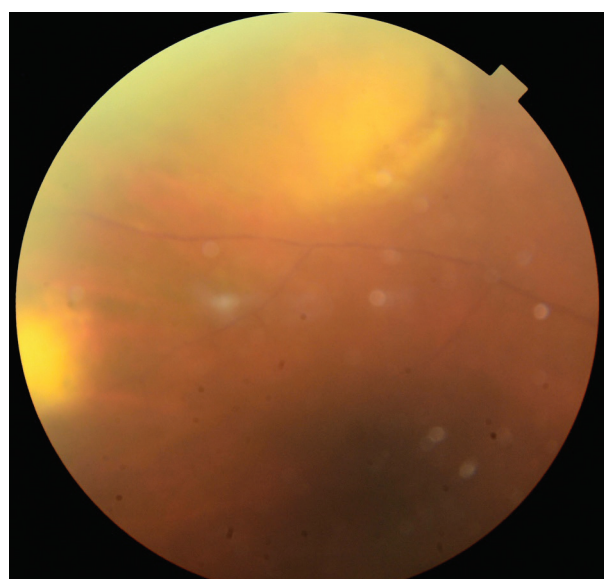
Целта ни е да представим клиничен случай на успешно хирургично лечение на усложнена катарактата при токсоплазмен панувеит.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Мъж на 74 г. с анамнеза за токсоплазмен панувеит на лявото око (ЛО) постъпи в клиниката с оплаквания от прогресивно намаляване на зрението с това око с давност от 1 година. Провеждал е лечение за увеит до преди 4 месеца. Токсоплазменият увеит е бил активен около 8 месеца. Периодът на проследяване беше 4 години. Пациентът подписа информирано съгласие за участие в проучването.

Обективно е имал дребни, белезникави преципитати по ендотела, 1+ клетки в предна камера, начално нуклеарно уплътнена старческа катаракта, витреит 2+ с белезникави окръглени опацитати, оптикопатия, перифлебит и две огнища на ретинохориоидит в назалната периферия на ретината (Фиг. 1). Диагнозата токсоплазмен увеит е била поставена въз основа на клиничен преглед и допълнителни серологични изследвания на антитела. Провеждал е лечение с триметоприм/сулфаметоксазол, клиндамицин, азитромицин и преднизолон.

На офталмологичния преглед при постъпването в клиниката нямаше данни за активно възпаление в предния очен сегмент на двете очи. Най-добре коригираната зрителна острота беше 0.4 на ЛО. Вътреочното налягане беше в нормални граници. Наблюдаваше се нуклеозадносубкапсулна катаракта в ЛО. В стъкловидното тяло имаше остатъчни стари, пигментирани опацитати. Офталмоскопски нямаше данни за активен ретинохориоидит. Описаните по-горе огнища не показваха активност (Фиг. 2).



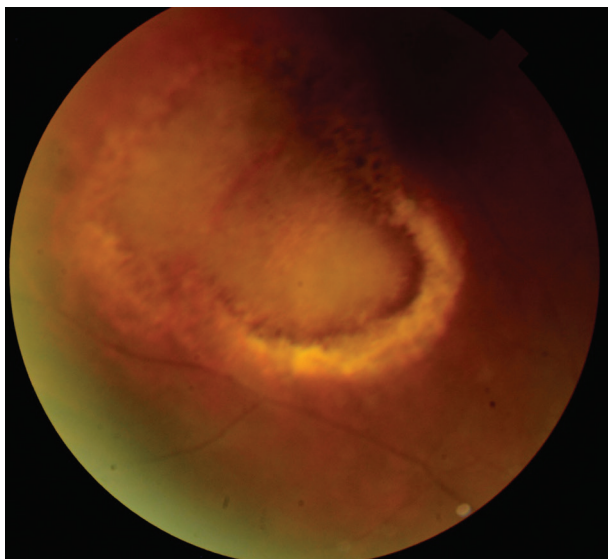
Фиг. 1. Фундус фотография на две токсоплазмени ретинохориоидални огнища в ЛО

След обсъждане на рисковете с пациента се взе решение да се проведе хирургична интервенция за отстраняване на катарактата на ЛО – факоемулсификация с имплантация на мека, хидрофобна акрилна изкуствена вътреочна леща. Както беше отбелязано по-горе, увеитът не е бил активен за период от 4 месеца.

Хирургичната интервенция премина без интраоперативни усложнения. Постоперативно бяха предписани за 1.5 месеца триметоприм/сулфаметоксазол – 2x960 мг перорално, топикален тобрамицин с дексаметазон по схема, с начална доза 1 капка на всеки час за 1 седмица, и тобрамицин/дексаметазонов унгент за приложение вечер. До края на първата седмица от оперативната интервенция зрителната острота на ЛО се подобри до 0.9. След операцията не сме наблюдавали реактивация на увеита. На третата година установихме развитието на вторична катаракта.

ДИСКУСИЯ

Очната токсоплазмоза се проявява типично под формата на заден увеит с ретинохориоидит. По-рядко може да се наблюдава панувеит, особено при по-тежко протичащ процес,



Фиг. 2. Фундус фотография на неактивно токсоплазмено ретинохориоидално огнище в ЛО (другата лезия не се визуализира на посочената фотография)

имунокомпрометирани или по-възрастни пациенти, както в нашия случай (6,7,8,9).

Хирургичното лечение на усложнена катаракта при увеит е препоръчително да се обсъжда след поне 3 месеца липса на възпалителна активност (5,10). В нашия случай изчакването беше 4 месеца.

Предоперативната подготовка и постоперативната терапия са от съществено значение за неусложнения изход от хирургичното лечение (5,10). Доказано е, че катаракталната хирургия е рисков фактор за реактивация на увеит, включително и токсоплазмен (4). Що се отнася до профилактиката, няма проспективни проучвания, които да утвърждават определен протокол за предоперативна профилактика за токсоплазмоза при катарактална хирургия. Zegans et Tabara (11) препоръчват започване на медикаментозна терапия като профилактика 2 дни преди интервенцията, без обаче да уточнят вида на антибиотика. При пациенти с лезии в задния полюс, имунокомпрометирани и при чести рецидиви ние препоръчваме предоперативна профилактика с триметоприм/сулфаметоксазол 2-7 дни преди операцията, тъй като това е медикаментът на избор за дълготрайна терапия за предотвратяване на рецидиви (11,12). В нашия случай имахме само 1 документиран епизод на активност (макар че имаше и старо огнище в периферията с неясна давност) и лезиите бяха в средна до крайна периферия, така че взехме решение да започнем терапията непосредствено след интервенцията. Приложихме терапевтична доза триметоприм/сулфаметоксазол и топикален тобрамицин/дексаметазон постоперативно за 1.5 месеца и не наблюдавахме рецидиви на увеита.

Вероятността от постоперативни усложнения е по-голяма при пациентите с увеит, особено макулен оток (5,10,13). Единственото усложнение, което наблюдавахме, беше вторична катаракта 3 години след операцията, което е едно най-често описваните в литературата (5,13,14).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Демонстрирахме клиничен случай на успешно хирургично лечение на усложнена катаракта след токсоплазмен панувеит. На фона на постоперативната терапия с триметоприм/сулфаметоксазол и топикален дексаметазон нямаше данни за реактивация на увеита. Единственото усложнение беше вторична катаракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vutova K, Peicheva Z, Popova A, Markova V, Mincheva N, Todorov T. Congenital toxoplasmosis: eye manifestations in infants and children. *Ann Trop Paediatr*. 2002;22(3):213-8. doi: 10.1179/027249302125001507.
2. Arun V, Noble AG, Latkany P, Troia RN, Jalbrzikowski J, Kasza K, et al. Cataracts in congenital toxoplasmosis. *J AAPOS*. 2007;11(6):551-4. doi: 10.1016/j.jaapos.2007.03.017.
3. Kovačević-Pavičević D, Radosavljević A, Ilić A, Kovačević I, Djurković-Djaković O. Clinical pattern of ocular toxoplasmosis treated in a referral centre in Serbia. *Eye (Lond)*. 2012;26(5):723-8. doi: 10.1038/eye.2012.20.
4. Bosch-Driessen LH, Plaisier MB, Stilma JS, Van der Lelij A, Rothova A. Reactivations of ocular toxoplasmosis after cataract extraction. *Ophthalmology*. 2002;109(1):41-5. doi: 10.1016/s0161-6420(01)00845-4.
5. Agrawal R, Murthy S, Ganesh SK, Phaik CS, Sangwan V, Biswas J. Cataract surgery in uveitis. *Int J Inflam*. 2012;2012:548453. doi: 10.1155/2012/548453.
6. Sigle M, El Atrouni W, Ajlan RS. Seronegative ocular toxoplasma panuveitis in an immunocompetent patient. *Am J Ophthalmol Case Rep*. 2020;19:100745. doi: 10.1016/j.ajoc.2020.100745.
7. Butler NJ, Furtado JM, Winthrop KL, Smith JR. Ocular toxoplasmosis II: clinical features, pathology and management. *Clin Exp Ophthalmol*. 2013;41(1):95-108. doi: 10.1111/j.1442-9071.2012.02838.x.
8. Dodds EM, Holland GN, Stanford MR, Yu F, Siu WO, Shah KH, et al. Intraocular inflammation associated with ocular toxoplasmosis: relationships at initial examination. *Am J Ophthalmol*. 2008;146(6):856-65.e2. doi: 10.1016/j.ajo.2008.09.006.
9. Arantes TE, Silveira C, Holland GN, Muccioli C, Yu F, Jones JL, et al. Ocular involvement following postnatally acquired *Toxoplasma gondii* infection in Southern Brazil: a 28-year experience. *Am J Ophthalmol*. 2015;159(6):1002-1012.e2. doi: 10.1016/j.ajo.2015.02.015.
10. Jancevski M, Foster CS. Cataracts and uveitis. *Discov Med*. 2010;9(44):51-4.
11. Zegans ME, Tabara KF. Management of ocular toxoplasmosis. *American Academy of Ophthalmology*. 2008 Jul. Available at: aoa.org/current-insight/management-of-ocular-toxoplasmosis.
12. Silveira C, Muccioli C, Nussenblatt R, Belfort R Jr. The effect of long-term intermittent trimethoprim/sulfamethoxazole treatment on recurrences of toxoplasmic retinochoroiditis: 10 years of follow-up. *Ocul Immunol Inflamm*. 2015;23(3):246-7. doi: 10.3109/09273948.2014.964422.
13. Cerqueira PMG, Silva FTBGCD, Carricondo PC, Olivalves E, Hirata CE, Yamamoto JH. Outcomes of phacoemulsification in patients with uveitis at a tertiary center in São Paulo, Brazil: a review of cases from 2007 to 2012. *Arq Bras Oftalmol*. 2017;80(2):104-7. doi: 10.5935/0004-2749.20170025.
14. Ozates S, Berker N, Cakar Ozdal P, Ozdamar Erol Y. Phacoemulsification in patients with uveitis: long-term outcomes. *BMC Ophthalmol*. 2020;20(1):109. doi: 10.1186/s12886-020-01373-5.