

Tytuł: Zapalenie błony naczyniowej u 62-letniego mężczyzny z przebytą postacią oczną infekcji *Toxoplasma gondii* – opis przypadku

Autorzy: lek. med. Anna Wolnik, dr n. med. Małgorzata Woś

Afiliaje: Oddział Okulistyczny z Pododdziałem Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Cel pracy: Celem pracy jest opis przypadku 62-letniego mężczyzny z zapaleniem błony naczyniowej, który pięć lat wcześniej przebył postać oczną infekcji *Toxoplasma gondii*. Wyniki: Mężczyzna 62-letni zgłosił się do SOR z powodu pogorszającej się ostrości wzroku w oku prawym od około trzech dni. Obniżeniu ostrości widzenia nie towarzyszyły dolegliwości bólowe, mężczyzna negował urazy oraz występowanie ubytków w polu widzenia i dodatkowych wrażeń wzrokowych. Ponadto zgłaszał dużą ilość mętów przed okiem prawym. Podobny incydent zaburzeń widzenia w tym samym oku miał miejsce w 2011 roku – wtedy rozpoznano oczną postać infekcji *Toxoplasma gondii*, mężczyzna był leczony metyloprednizolonem i metotreksatem. W badaniu okulistycznym oka prawego przeprowadzonym w SOR stwierdzono BCVA=0.2, osady na śródbłonku rogówki, brak wglądu w dno oka, w USG w projekcji B: hiperechogeniczne męty w ciele szklistym. Z uwagi na całość obrazu klinicznego i przebytą toksoplazmozę oczną wysunięto podejrzenie jej nawrotu. Pacjent został przyjęty do tutejszego Oddziału Okulistyki. W leczeniu zastosowano m.in. metyloprednizolon dożylnie oraz miejscowo deksametazon, nepafenak, uzyskując wolną subiektywną poprawę widzenia. Wraz z redukcją odczynu zapalnego w ciele szklistym uzyskiwano coraz lepszy wgląd w dno oka prawego: w kwadrancie górno-nosowym widoczna była blizna naczyniówkowo-siatkówkowo śladowo wysycona pigmentem, nie obserwowano jednak ognisk satelitarnych w siatkówce, nieobecne były też zmiany typu „reflektor we mgle”. Poziom wskaźników zapalnych pozostawał w granicach normy. Przeciwciała p/*Toxoplasma gondii* w klasie IgM były niereaktywne. Miano przeciwciał w klasie IgG p/*Toxoplasma gondii* w kontrolnych badaniach laboratoryjnych utrzymywało się na stałym, bardzo wysokim poziomie. Dodatkowo przeciwciała te wykazywały wysoką awidność. Po zakończeniu hospitalizacji pacjent był leczony prednizolonem w stopniowo redukowanej dawce. Po kilku tygodniach dołączono klindamycynę. W trakcie kolejnych wizyt kontrolnych odnotowano w oku prawym BCVA=1.0, przy nadal nieco utrudnionym wglądzie w dno oka, co spowodowane było wciąż obecnymi mętami w ciele szklistym oraz zmętnieniami jądrowo-korowymi w soczewce.

Wnioski: W przebiegu ocznej postaci toksoplazmozy (pierwotnej infekcji lub jej nawrotu) zwykle nie odnotowuje się wzrostu wskaźników stanu zapalnego, co wynika ze specyficznego cyklu rozwojowego pasożyta *T. gondii* oraz ograniczenia toczącego się procesu zapalnego do struktur oka.

W nawrotach toksoplazmozy ocznej brak jest związku między poziomem przeciwciał przeciw *T. gondii*, a nasileniem zmian zapalnych w oku – rozpoznanie reinfekcji stawia się na podstawie badania okulistycznego. W sytuacjach niejednoznacznych, gdy obraz kliniczny nie jest typowy dla reaktywacji infekcji *T. gondii* należy pogłębić diagnostykę celem wykluczenia innych przyczyn zapalenia tylnego odcinka błony naczyniowej. Dyskusyjną kwestią pozostaje decyzja o włączeniu leków przeciwpasożytniczych i/lub antybiotykoterapii w celu profilaktyki nawrotów toksoplazmozy ocznej.