



Uveita tuberculoasă

Horia T. Stanca^{1,2}, Bogdana Tăbăcaru^{1,2}, Antonia Elena Mihalache²

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, România

² Spitalul Clinic de Urgență „Prof. Dr. Agrippa Ionescu”

Tuberculoza (TB)

- Boală infecțioasă granulomatoasă cronică
- Mycobacterium Tuberculosis este un bacil aerob imobil acid-alcool-rezistent
- O treime din populație are infecția latentă
- Transmiterea
 - inhalarea unor picături aerosolizate de foarte mici dimensiuni
 - încărcate cu bacili
 - eliminate de pacienții infectați atunci când vorbesc sau tușesc

Infecția cu Mycobacterium Tuberculosis

- Cel mai frecvent la nivel pulmonar
- Bacilii ajunși în alveolă sau bronhiola respiratorie
- Ingerați de către macrofagelor alveolare
- Leziunea caracteristica este granulomul cazeos
 - Necroză cazeoasă centrală
 - Zona internă: Macrofage epitelioid, celule gigante Langhans
 - Periferic: Limfocite și plasmocite

Tuberculoza la nivelul ocular

- ▶ Formă de tuberculoză extrapulmonară
- ▶ Mecanism
 - ▶ Diseminare hematogenă
 - ▶ Reacție de hipersensibilitate
- ▶ Tablou clinic nespecific
 - ▶ pleoape: lupusul vulgar, blefarită cronică, abcesul rece, chalazioane atipice
 - ▶ Suprafață oculară: conjunctivită, keratoconjunctivită flictenulară, keratită interstițială, sclerită
 - ▶ Intraoculară: uveită tuberculoasă, retinită tuberculoasă, endoftalmită, panoftalmită, nevrită optică
 - ▶ Tuberculoză orbitală



Uveita tuberculoasă

- Uveita

- Cea mai frecventă patologie generată de către *Mycobacterium* la nivel ocular

- Tabloul clinic

- Nespecific

- Mimează alte afecțiuni

Uveita anterioară

- Granulomatoasă cronică
 - Precipitate keratice endoteliale în grăsime de oaie
 - Sinechii posterioare
 - Noduli
 - La nivelul unghiuluicamerular
 - Irieni:Koepppe, Busacca
 - Hipopion pigmentar
- Non-granulomatoasă
 - Precipitate keratice mici și albe
- UA tulbure, posibilă extensie în vitros
 - Exudat inflamator, celule inflamatorii

T.MJ and Albert DM, "Ocular Tuberculosis,"Arch Ophthalmol., vol. 123,no. 6, p. 844-849,2005

D. M. Albert and M. L. Raven, "Ocular Tuberculosis,"Microbiology Spectrum, vol. 4(6), no. November, 2016

M. P. Ahmed M. Abu El-Asrar,Marwan Abouammoh, MD and Hani S. Al-Mezaine,MD, "TuberculousUveitis," INTERNATIONALOPHTHALMOLOGY CLINICS, vol. 50, no. 2, pp. 19-39,2010

Y. Gupta, A. Gupta and N. A. Rao, "IntraocularTuberculosis—An Update," SURVEY OF OPHTHALMOLOGY, vol. 52,no. 6, pp. 561--587,2007

Uveita intermediară

- Reacție autoimună
- Vitrită
 - Celule inflamatorii
 - Snowballs
 - Snowbanking
 - Frecvent însoțită de edem macular cistoid, membrană epiretiniană, întecuire vasculară periferică

Uveita posterioară (1)

► Tuberculii coroidieni

- De obicei multipli, deculoare albă, galbenă sau gri
- Dimensiuni 0.5 – 3.0 mm diametru
- Margini slab conturate
- Edem, exudate, hemoragii

► Tuberculomul coroidian

- Leziune solitară, cu formă rotundă, alb-gălbuie
- Dimensiuni mai mari
- Margini mai bine conturate
- Frecvent localizați în zonele centrale ale maculei
- Dezlipire exudativă de retină neurosenzorială

Uveita posterioară (2)

- Coroidită multifocală
- Coroidită tip-multifocală serpinginoidă
- Leziuni inflamatorii cronice, difuze
 - Tendința la confluență
 - Extensie tipar amoeboid, cu marginile active
- Abcese subretiniene
 - Galbenem cu hemoragii asociate
 - Inflamație supraiacentă a vitrosului

Retinita tuberculoasă

► Mecanism:

- Extensia inflamației de la nivelul coroidei
- Inseminare hematogenă (rar)

► Clinic

- Vasculită retiniană
- Tuberculi focali
- Retinită difuză
- Neuroretinită, corioretinită

► Complicații

- Neovascularizație, retinopatie vasculară proliferativă

Diagnostic

- Nu există un consens în ceea ce privește diagnosticul uveitei tuberculoase
- Diagnosticul de certitudine presupune prelevarea de lichid sau țesut de la nivel ocular, cu evidențierea microbiologică a agentului patogen
 - Dificil, fără randament
 - Natura paucibacilară a bolii
- Cel mai frecvent este prezumtiv

Diagnostic (2)

1. Leziuni compatibile cu tuberculoza intraoculară
Excluderea altor diagnostice alternative
2. Rezultat pozitiv
testul Mantoux sau IGRA (Interferon-gamma release assay)
3. Remiterea leziunilor sub tratament antituberculos
fără recurențe

Tratament

- Antituberculos standard – 2 luni:
 - Isoniazidă
 - Rifampicină
 - Pirazinamidă
 - Etambutol
- Reevaluare, urmată de stabilirea planului terapeutic pentru următoarele luni.
- Asocierea corticosteroidelor
 - Reduc inflamația intraoculară
 - Limitează extensia leziunilor



Caz clinic

- ▶ L.F., B , 47 de ani
- ▶ Fofene, scăderea acuității vizuale la AO cu debut insidios
- ▶ Fără antecedente heredocolaterale

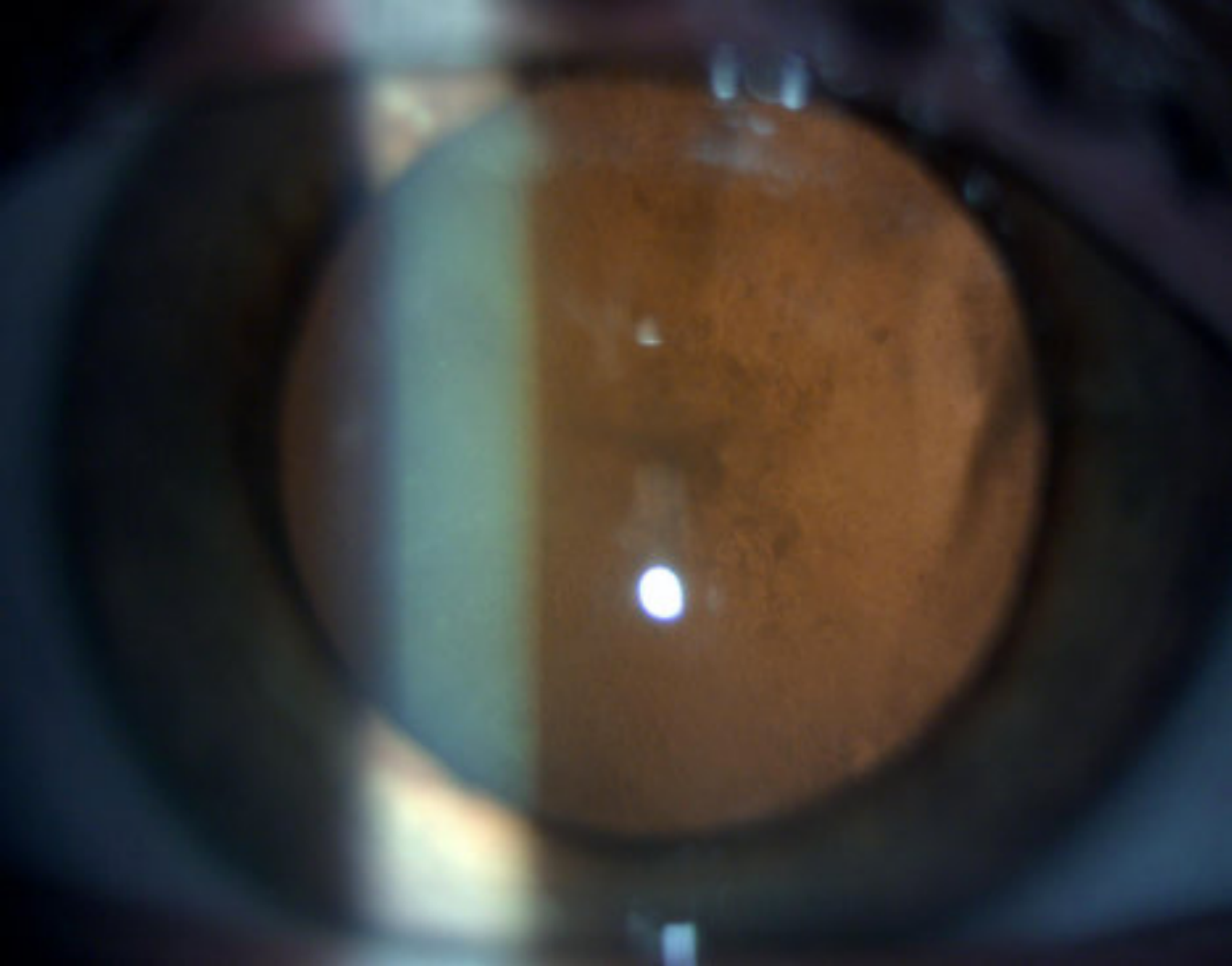
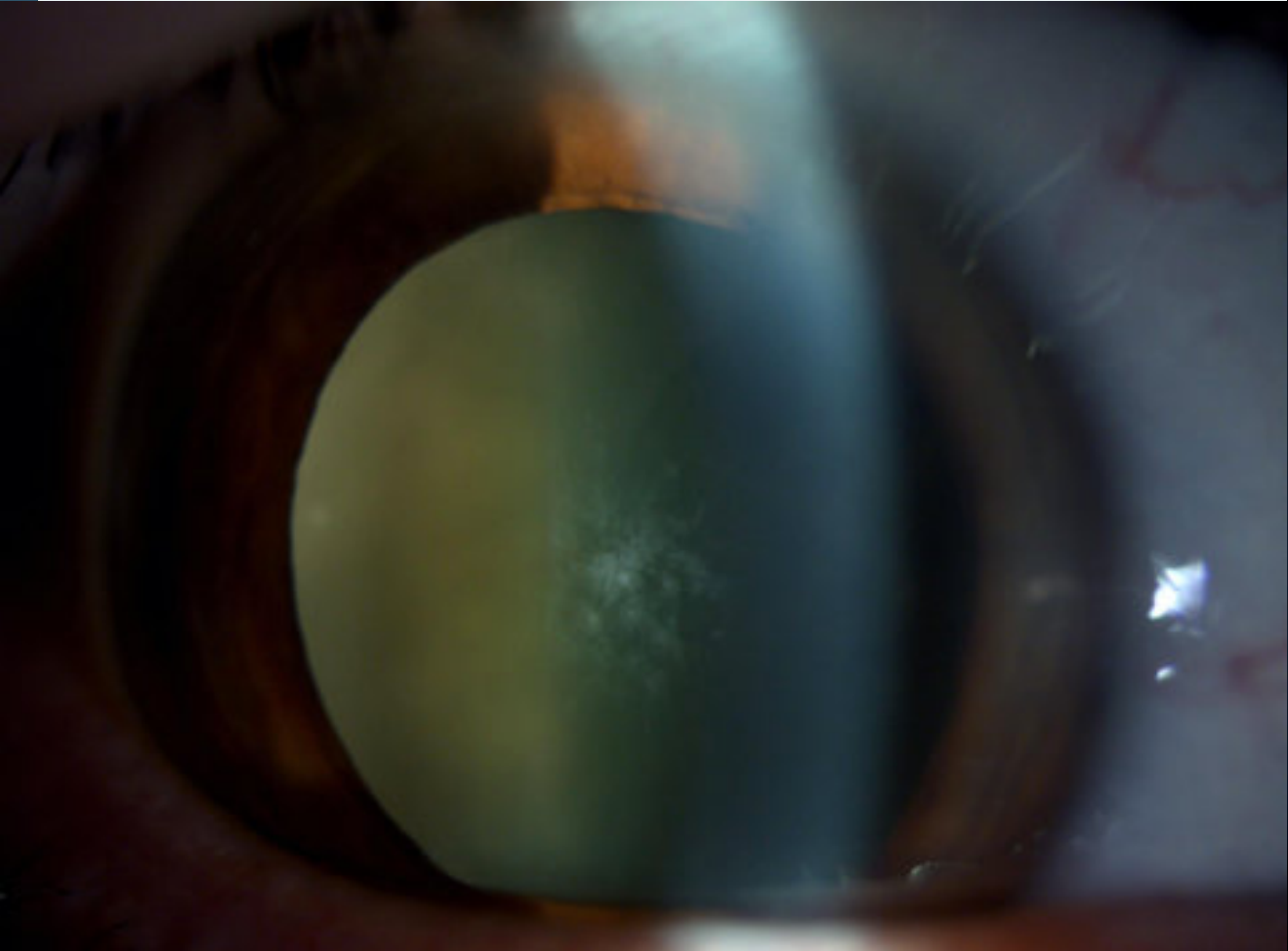


Istoricul Bolii

- 2017–uveită intermediară la AO
- Tratament antiinflamator
 - Sistemic– metilprednisolon
 - Injecții steroid intravitrean
- Evoluție nefavorabilă

Examenul oftalmologic

- ▶ VAO: n.d.
- ▶ TAO: 15 mmHg GAT
- ▶ Segmentul anterior:
 - ▶ Opacifiera cristalinului
 - ▶ Flocoane vitreene
- ▶ Segmentul posterior:
 - ▶ Iluminare slabă, însă fără patologie la acest nivel





Investigații

- ▶ Ecografie oculară
- ▶ OCT maculă
- ▶ Analize laborator pentru identificarea etiologiei
- ▶ Imagistică–Radiografie toracică

U=1550m/s
TG:25dB+0 steps
CT:10dB+0 steps
NG: 5dB
FG:30dB

Smoothing
Frame Rate :High
Focus Region:Middle
Scope :Normal

U=1550m/s
TG:25dB+4 steps
CT:10dB+1 steps
NG: 5dB
FG:30dB

Smoothing
Frame Rate :High
Focus Region:Middle
Scope :Normal

Tuberculoză intraoculară – probabil

- Rezultatul pozitiv Quantiferon–TB Gold + excluderea diagnosticelor alternative
- Rx torace: fără modificări
- Tratament antituberculos
 - Isoniazidă + Rifampicină + Pirazinamidă + Etambutol 6 luni
 - Evoluție pozitivă
 - Scade intensitatea inflamației + diminuarea opacităților intravitreene

Tratamentul chirurgical

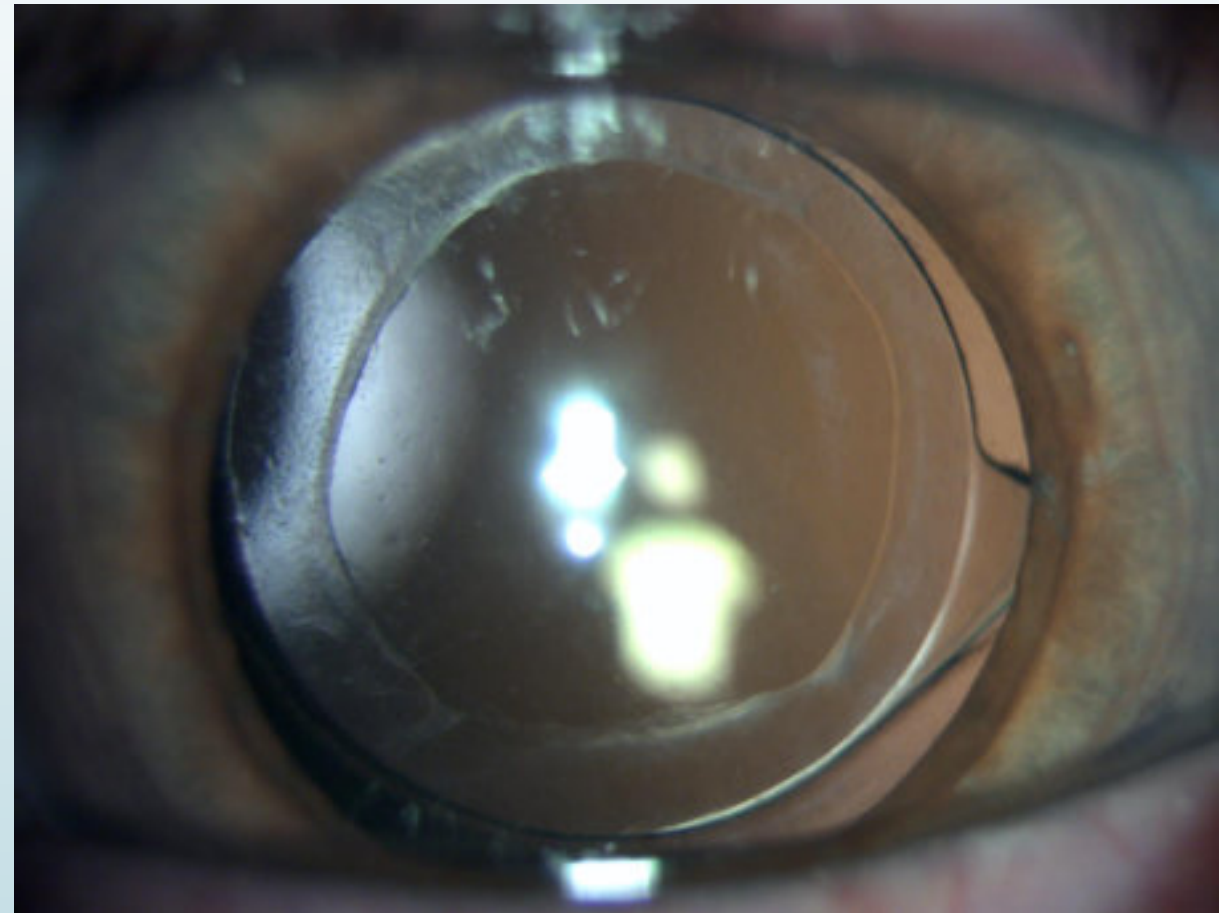
- ▶ Chirurgia cataractei cortizonice OS:

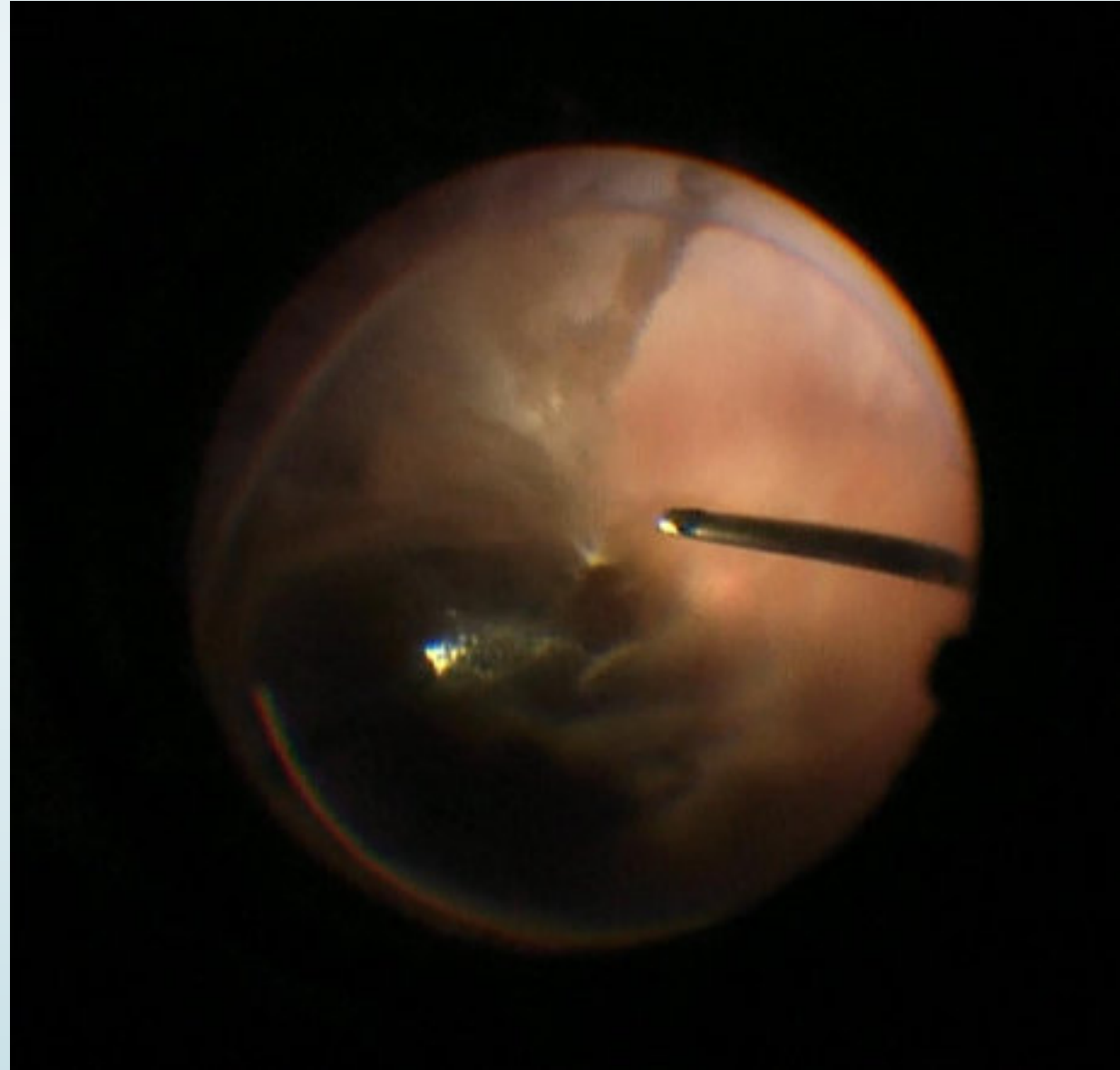
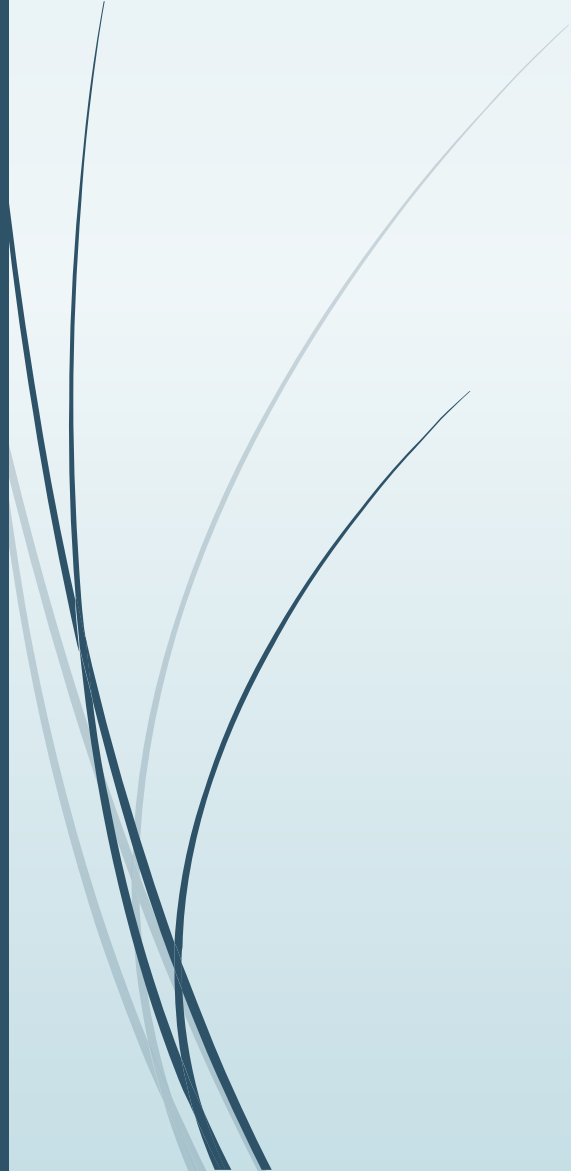
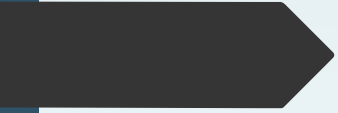
- ▶ AV postoperator: 20/40

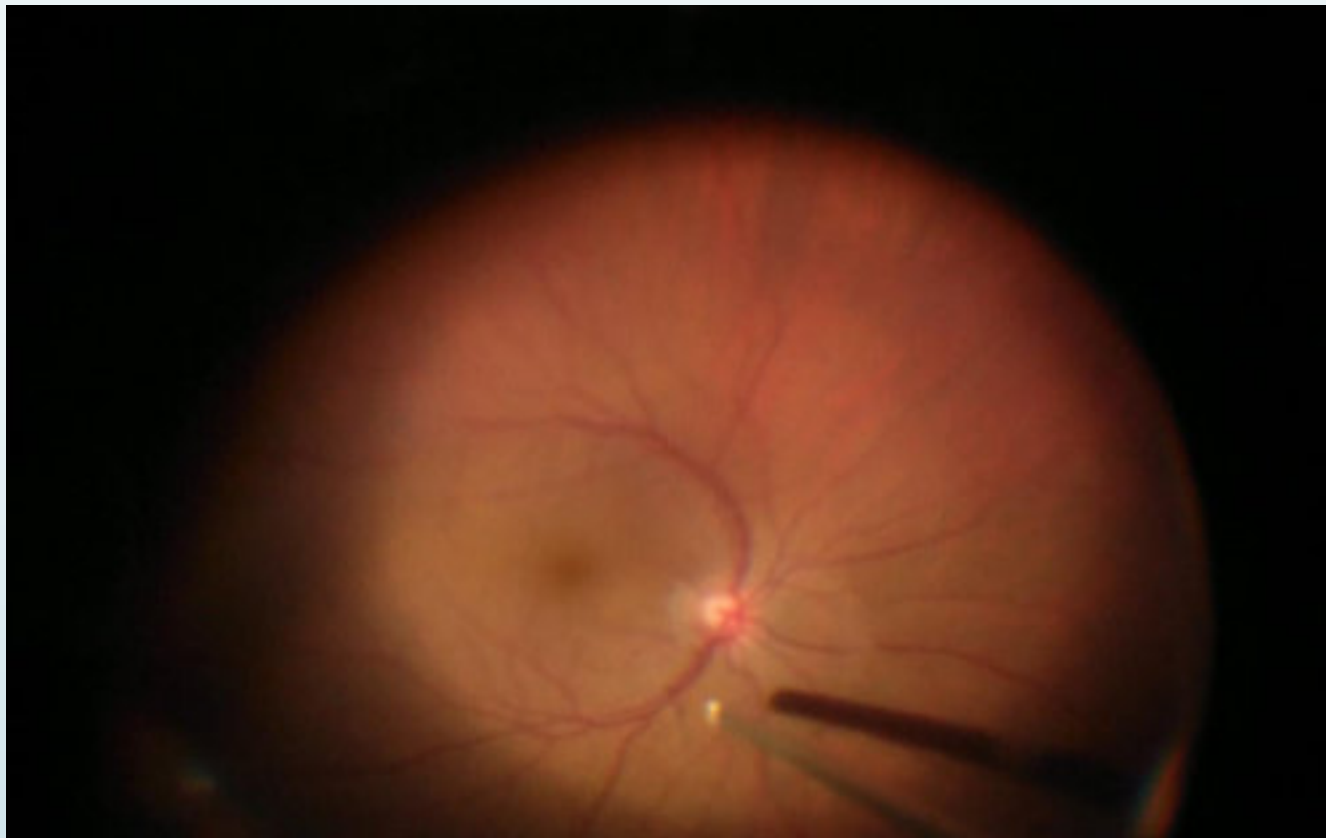
- ▶ Vitrectomie prin pars plana

- 25 Gauge OS:

- ▶ AV postoperator: 20/20







Concluzii

- ▶ Uveita tuberculoasă –afecțiune rară
- ▶ Trebuie considerată atunci când ne confruntăm cu un caz de uveită cronică recurentă, fără răspuns la tratamentul cu corticosteroizi
- ▶ Suspiciunea clinică este de bază
- ▶ Majoritatea pacienților nu au afectare pulmonară sau alte semne sistemice
- ▶ Terminologia, diagnosticul și tratamentul trebuie uniformizate în comunitatea oftalmologică.