

## ETIOPATOGENIA UVEITELOR ENDOGENE

ADRIANA SĂCELEANU<sup>1</sup>, ADRIANA STĂNILĂ<sup>2</sup><sup>1</sup>Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Doctorand Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, <sup>2</sup>Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu**Cuvinte cheie:** uveită, inflamație**Rezumat:** Uveita reprezintă inflamația structurilor care alcătuiesc tractul uveal: irisul, corpul ciliar și coroida, sau a structurilor oculare adiacente (retina, nervul optic, corpul vitros, sclera). Etiologia este atribuită în cele mai multe cazuri mecanismelor autoimune. Din punct de vedere al localizării proceselor patologice, putem împărți uveea în două porțiuni: porțiunea anterioară, irigată de arterele ciliare anterioare și arterele ciliare lungi posterioare; porțiunea posterioară, irigată de arterele ciliare scurte posterioare. Dispoziția vasculară explică limitarea unor procese inflamatorii la unul din cele două teritorii. Existența a două teritorii vasculare, unul anterior (iridociliar) și altul posterior (coroidian) explică posibilitatea apariției de inflamații limitate, fie la primul teritoriu, fie la cel posterior. Se întâlnesc totuși cazuri când ambele teritorii pot fi cuprinse de o inflamație, fie simultan, fie succesiv.**Keywords:** uveitis, inflammation**Abstract:** Uveitis represents the inflammation of the structures that make up the uveal tract: the iris, the ciliary body and the choroid, or of the adjacent ocular structures (the retina, the optic nerve, the vitreous, the sclera). The etiology is attributed, in most cases, to the autoimmune mechanisms. In terms of the location of the pathological processes, uvea can be divided into two portions: the anterior portion, irrigated by the ciliary arteries and the long posterior ciliary arteries; the posterior portion, irrigated by the posterior short ciliary arteries. The vascular arrangement explains the limitation of some inflammatory processes to one of the two territories. The existence of two vascular territories, one anterior (iridociliary) and one posterior (choroidal) explains the possibility of limited inflammation occurrence, either in the first territory or in the posterior one. Still, there are cases when both territories can be covered by an inflammation, either simultaneously or successively.

Clasificarea uveitelor este rezultatul cercetărilor diferitelor centre, urmărindu-se standardizarea unor aspecte ale uveitelor, stabilirea unor criterii de diagnostic și tratament, evoluție și prognostic.

1. Clasificare după International Uveitis Study Group (IUSG-1987)- se bazează pe localizarea anatomică a inflamației, fiind cea mai utilizată (tabelul nr. 1).

**Tabelul nr. 1. Clasificarea uveitelor după IUSG**

Uveite anterioare	Uveite intermediare	Uveite posterioare
Inflamația irisului și/sau pars plicata-corpi ciliari anteriori	Pars plana (corpi ciliari posteriori și /sau pars plana)	Coroida și retina
Irita	Pars planitis	Coroidita multifocală difuză
Ciclita anterioară	Ciclita posterioară	Corioretinita
Iridociclita	Retinocoroidita bazală	Neuroretinita
Panuveita reprezintă inflamația camerei anterioare, vitrosului, retinei și coroida.		

2. Clasificare anatomo-etiolologică (O'Shea modificată)

Granulomatoase, idiopatice; asociate cu sistemul HLA-B27; artrită juvenilă idiopatică; glomerulonefrite; spondilita anchilozantă; artrită psoriazică; herpes simplex; LES; leucemie; Sindrom Reiter; uveite anterioare induse de medicamente; Sindrom Posner-Schlossman; Boala lui Lyme; Boala inflamatorie intestinală.

Negranulomatoase (UANG): sarcoidoză; sifilis; TBC; Boala Behcet; spondilită anchilozantă; Scleroza multiplă; Herpes simplex; Infecții virale sistemice; Infecții fungice; Iridociclita heterocromatică Fuchs; Uveita postoperatorie persistentă; Uveita traumatică; Boala inflamatorie intestinală; Sindrom Reiter; Artrita psoriazică etc.

3. Clasificare după International Uveitis Study Group (IUSG-2008) bazată pe criteriul etiologic:

- infecțios (bacterian, fungic, viral, parazitar)
- neinfecțios: cu asociație sistemică cunoscută/fără asociație sistemică cunoscută
- masquerade neoplasic, nonneoplasic

4. Clasificare după IUSG-2008 bazată pe criteriul evolutiv:

- acute;
- cronice;
- recurent.

5. Clasificare după IUSG -2008 din punct de vedere al caracterului:

- patologic - granulomatoase; negranulomatoase
- lezional - focal; multifocal; diseminat; difuz
- indici asociați - sinechii; fibrină; noduli
- configurația precipitatelor - focal; central; disciform; stelate sau difuze; periferice.

6. Altă clasificare

A. Clasificare anatomică (IUSG)

<sup>1</sup>Autor corespondent: Adriana Săceleanu, Str. Bălea, Nr. 1A, Ap. 33, Sc. C, Sibiu, România, E-mail: vicentiu.saceleanu@gmail.com, Tel: +40740 022931

Articol intrat în redacție în 13.10.2014 și acceptat spre publicare în 03.11.2014

ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2014;2(4):60-62

## ASPECTE CLINICE

1. Anterior: irită, ciclită anterioară, ciclită.
2. Intermediar: ciclită posterioară, hialită, retinocoroidită bazală.
3. Posterior: corioretinită, retinocoroidită, coroidită.
4. Panuveita reprezintă inflamația întregului tract uveal.

### B. Clasificare etiologică

1. Idiopatic: 1a. cu manifestări oculare; 1b. cu manifestări oculare și sistemice
2. Infecțios: 2a. cu manifestări oculare; 2b. cu manifestări oculare și sistemice
3. Neinfecțios: 3a. cu manifestări oculare; 3b. cu manifestări oculare și sistemice

### C. Clasificare clinică, după debut și durata de evoluție:

1. După criteriul evolutiv:
  - a. Acute, cu o durată de maxim 6 săptămâni, determinând frecvent recidive;
  - b. Subacute, cu debut insidios, cu durată de luni sau ani și cu exacerbări acute;
  - c. Cronice, evoluează cu fenomene inflamatorii atenuate, uneori absente la examenul cu ochiul liber, evoluția putând atinge luni și ani de zile, perioadele evolutive fiind greu distinse de cele neevolutive. Pot apărea opacifieri ale cristalinului și corneei, ocluzie, secluzie pupilară sau glaucom secundar. Pacientul ajunge în faze tardive la medic, în general când apare diminuarea vederii.
2. După manifestările clinice: granulomatoase, negranulomatoase.
3. Din punct de vedere al severității: medii, severe.
4. Din punct de vedere al complicațiilor: simple, complicate.

### D. Clasificare anatomo-patologică

#### 1. Uveita anterioară

Ø Uveitele granulomatoase cu debut insidios, evoluție lungă, tablou clinic cu manifestări discrete, fiind caracterizată de prezența nodulilor irieni, precipitate corneene mari și leziuni nodulare la nivelul fundului de ochi. Fără asociații sistemice: idiopatic; criză glaucomatoasă; keratouveită; u.a. indusă de medicamente; post-traumatic; post-laser; post-chirurgical.

Ø Uveitele negranulomatoase care prezintă debut acut, evoluție scurtă, dar cu simptomatologie puternică, precipitate corneene mici, leziuni difuze la examenul fundului de ochi. Cu asociații sistemice: spondilita anchilozantă; artrita juvenilă reumatică; sindrom Reiter; TBC; lepră; sindrom Behcet; sarcoidoză; diabet; hipotiroidism etc.

#### 2. Uveita intermediară

Idiopatică; toxoplasmoză; TBC, sarcoidoză; sifilis;

Borellia; scleroză multiplă.

#### 3. Uveita posterioară

Ø Fără asociații sistemice: idiopatic; coroidopatie serpiginoasă; sclerită posterioară; post-chirurgical; miopia cu sindrom postretinal fibros.

Ø Cu asociații sistemice: oftalmia simpatică; toxoplasmoză; sarcoidoză; TBC; sindrom Behcet; sifilis; limfom intraocular; retinopatia asociată AIDS.

Uveitele posterioare pot fi supurative sau exudative (nesupurative).

După aspectul leziunilor, coroiditele exudative pot fi:

- Difuze, în cazul formelor acute apar pete exudative, de culoare gri-murdar sau galben, slab delimitate, ce pot conflua, conturând aspectul edematos al fundului de ochi, pe când formele cronice pot prezenta migrări pigmentare la nivelul coriocapilare, precum și zone de atrofie coroidiană.
- În focar, cu aspect de: leziuni acute, aspect de noduli proeminenți alb-gălbui de aproximativ 1 mm, care pot conflua și leziuni cicatriceale, care au aspect de zone

atrofice, peste care trec vasele retiniene.

- Circumscrișă diseminată, cu focare în diferite stadii evolutive (vârste diferite), sau de aceeași vârstă, cu diseminare pe toată suprafața retiniană.

O deosebită importanță o are examenul clinic general, precum și examenele de specialitate: stomatologic, O.R.L., urogenital, dermatologic și de boli interne, menite să depisteze focarele de infecție. De remarcat că un focar de infecție adevărat nu este reprezentat de un proces infecțios acut, ca de exemplu un abces dentar sau o amigdalită acută pultacee. Focarele infecțioase sunt reprezentate dimpotrivă de procese închistate, aparent stinse, în care microbii se află închistați și de unde sunt lansate în circulație, fie salve de germeni cu virulență atenuată, fie toxine microbiene, fie produși de degradare microbiană, care joacă rolul de antigeni declanșatori ai procesului uveal cu mecanism deci, imunologic. Așa se comportă granulomatoasele dentare, amigdalele criptice, sinuzitele cronice hipertrofice etc.

Reacții de tip focal pot fi declanșate de o serie de agenți microbieni, dintre care amintim în primul rând BK și streptococul, apoi gonococul, pneumococul pseudomonas, bacilul Coli, stafilococul și grupul pleuropneumonie. O sistematizare a germeilor incriminați în producerea uveitelor granulomatoase a fost făcută de Aronson (tabelul nr. 2).

**Tabelul nr. 2. Germeni incriminați în producere uveitelor**

Nr.crt.	Germeni patogeni	Aspect clinic ocular
1.	Treponema	Coroidită difuză (aspect de "sare și piper")
2.	Bacil Koch	Iridociclită granulomatoasă
3.	Streptococ beta-hemolitic	Iridociclită exudativă
4.	Brucella	Iridociclită exudativă
5.	Toxoplasma	Retinocoroidită focală
6.	Histoplasma	Coroidită difuză cu afectare maculară secundară
7.	Anaerobi	Leziune maculară
8.	Leptospira	Iridociclită exudativă
9.	Nematode	Corioretinită focală fibroblastică

Tabloul clinic al uveitelor endogene:

- Iridociclită endogenă acută, prezintă o simptomatologie zgomotoasă, debut paroxistic și evoluție rapidă. În etiologie sunt întâlnite boli infectocontagioase (rujeolă, scarlatină, varicelă, febră tifoidă, gripă), ca și tuberculoza, sifilisul, reumatismul cronic, în evoluția cărora putând apărea recidive de iridociclite acute. Prognosticul acestora este favorabil dacă tratamentul este aplicat corect și sistemic, precoce, scopul fiind de a obține în timpul tratamentului o midriază cât mai accentuată.
- Iridociclitile endogene cronice au simptomatologia mai atenuată, debutul fiind insidios, cu semne reacționale mai discrete, evoluția fiind de durată lungă (luni, ani de zile), alternând perioade de activitate cu cele de acalmie, dar se însoțesc de complicații oculare (glaucom secundar, cataractă complicată), precum și întinderea procesului la toată membrana uveală. Etiologia acestora constituie un subiect de discuție, în general fiind cauzate de bolile inflamatorii cronice (focare de infecție, reumatism, viroze, sifilis, tuberculoză), dar în cele mai multe cazuri etiologia lor rămâne necunoscută. Prognosticul rămâne rezervat, chiar și în cazul formelor considerate ușoare, datorită evoluției torpide, complicațiilor frecvent apărute. În cazurile diagnosticate tardiv, datorită prezentării tardive la medic, sau în cazurile cu tratament incorect sau insuficient, prognosticul este nefavorabil.

#### Uveita anterioară

Simptomele subiective ale uveitei anterioare acute sunt reprezentate de: durere oculară sau perioculară,

## ASPECTE CLINICE

intermitentă, cu debut în câteva ore sau zile, cu excepția cazurilor traumatice care se accentuează la lumina puternică, hiperemie, fotofobie, lăcrimare excesivă, scăderea acuității vizuale.

*Simptomele subiective ale uveitei anterioare cronice* sunt reprezentate de: scăderea acuității vizuale. Pot exista perioade de remisie și exacerbare cu ușoare simptome acute (ex. Artrita juvenilă idiopatică / Artrita juvenilă reumatoidă).

*Semne critice:* celule și hiperemie în camera anterioară, congestie ciliară, prezența precipitatelor keratice care pot fi:

• Fine „stelate”, de obicei acoperă întreg endoteliul corneean: herpetic, iridociclită heterocromică Fuchs (FHIC), retinita cu cytomegalovirus etc.

• mici, negranulomatoase: asociate sistemului HLA-B27, traumă, artrita juvenilă idiopatică, criza glaucomatociclitică și toate din entitățile granulomatoase.

• granulomatoase: mari, murdare, care apar de cele mai multe ori în partea inferioară a corneei: sarcoidoză, sifilis, tuberculoză, Sindromul Vogt-Koyanagi-Harada etc.

*Alte semne:* apare mioză pupilară, produsă de un spasm reflex al sfincterului pupilar, ca rezultat al iritației tisulare a irisului; modificări ale tensiunii intraoculare în sensul scăderii acesteia, situație cel mai des întâlnită, secundară diminuării secreției corpului ciliar sau creșterii ei; prezența fibrinei (HLA-B27 sau endoftalmită); hipopion (HLA-B27, Boala Behcet, endoftalmită infecțioasă, tumori); noduli irieni (sarcoidoză, sifilis, tuberculoză); atrofie iriană (herpetic); heterocromia irisului; sinechii iriene (HLA-B27 în special, sarcoidoză) etc.

Uveita intermediară

*Simptomatologia* este reprezentată de: scăderea acuității vizuale, prezența flocoanelor nedureroase, ușoară fotofobie sau inflamație externă. Se întâlnesc de obicei, la persoane cu vârste cuprinse între 15-40 ani și bilateral.

*Semne critice:* celule vitroase; prezența depozitelor albe exudative situate deasupra porțiunii inferioare a orei serrata și pars plana; grupări de celule ce plutesc în vitrosul inferior; pacienții tineri pot prezenta hemoragie în vitros.

*Alte semne:* neovascularizație periferică; ușoară inflamație a camerei anterioare; cataractă subcapsulară posterioară; glaucoma secundar; dezlipire de retină.

Uveita posterioară

Simptome subiective: vedere încețoșată; miodezopsii; durerea, hiperemia și fotofobia, de obicei sunt absente în afară de cazul când este prezentă inflamația în camera anterioară.

*Semne critice:* celule în vitrosul anterior și/sau posterior; iris tulbure; leziuni inflamatorii retiniene sau coroidale; vasculită.

*Alte semne:* semnele inflamatorii ale segmentului anterior.

- Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol Sep. 2005;140(3):509-16. [Medline].
- Justin P, Ehler and Chirag P. Shah. The Wills Eye Manual, Office and Emergency Room Diagnose and Treatment of Eye Disease, Fifth Edition; 2008.
- McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, Cornell PJ, Winston JV, Rimmer TG. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA Community-Based Uveitis Study Group. Am J Ophthalmol. Jan 1996;121(1):35-46. [Medline].
- Merck Manuals: Uveitis. <http://www.merck.com>.
- Nalcacioglu-Yuksekkaya P, Ozdal PC, Teke MY, Kara C, Ozturk F. Presumed herpetic anterior uveitis: a study with retrospective analysis of 79 cases. Eur J Ophthalmol Nov 2013;24(1):14-20. [Medline].
- Nussenblatt RB, Whitcup SM. Uveitis. In: Fundamentals and Clinical practice. 3rd ed. Mosby-Year Book;2003.
- Olinescu R. Metode biochimice de laborator clinic, Editura Cerma, București, 2001.
- Pop R. Oftalmologie, Editura Cărții de știință, Cluj-Napoca; 1995.
- Rao NA, Cousins S, Forster D. Intraocular Inflammation and Uveitis. In: Basic and Clinical Science Course; 1999.
- Rosenbaum JT, George RK. Uveitis. In: current Ocular Therapy 5. 2000:519-21.
- Roșca S, Roșca A, Grosu F, Dura H, Moldovan C. Curs de histologie, vol. III, UMF Tg. Mureș, Universitatea Lucian Blaga, Facultatea V. Papillian Sibiu; 2003.
- Sanghvi C, Bell C, Woodhead M, Hardy C, Jones N. Presumed tuberculous uveitis: diagnosis, management, and outcome. Eye (Lond) Apr 2011;25(4):475-80.
- Suzuki T, Ohashi Y. Corneal endotheliitis. Semin Ophthalmol. Jul-Aug 2008;23(4):235-40. [Medline].
- Wirbelauer C. Management of red eye for the primary care physician. Am J Med Apr 2006;119(4):302-6. [Medline].
- Wyatt HJ. The form of human pupil, Vision Research Jul 1995;35(4):2021-36.

## REFERINȚE

- Abad S, Seve P, Dhote R, Brezin AP. Guidelines for the management of uveitis in internal medicine. Rev Med Interne Jun 2009;30(6):492-500. [Medline].
- Ali A, Samson CM. Seronegative spondylarthropathies and the eye. Curr Opin Ophthalmol Nov;18(6): 476-80. [Medline].
- Baatz H, Pleyer V, Thiel HJ, Hammer C. In vivo study of leukocyte-endothelium interaction in endotoxine-induced uveitis, Investigative Ophthalmology & Visual Science September 1995;36(10):1960-7.
- Cerneia P. Tratat de Oftalmologie, Ediția a II-a, Editura Medicală, București; 2002.
- Islam N, Pavesio C. Uveitis (acute anterior). Clin Evid. November 2009;04:705.