



SLUČAJ RECIDIVANTNOG ROZACEA KERATITISA

Marija Cvetanović¹, Aleksandar Veselinović¹, Kristina Stojanović²,
Dragan Veselinović^{1,3}, Gordana Zlatanović^{1,3} i Ivona Trajković²

¹Klinika za očne bolesti KC Niš

²Ordinacija za očne bolesti „Zona vida – Veselinović“

³Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

Rozacea keratitis predstavlja čestu komplikaciju kod bolesnika koji boluju od ovog kožnog obolenja. Nepoznati su uzroci obolenja, kao i razlozi na nastanak i recidive keratitisa.

U radu je prikazana bolesnica stara 51 godinu kod koje je rozacea dijagnostikovana pre deset godina, a u međuvremenu je imala četiri recidiva keratitisa na istom oku.

U kliničkoj slici dominira pojava jakog bola, epifore i blefarospazma, uz prisustvo otoka kapaka i izražene cilijarne hiperemije. Na rožnjači prisutne promene u vidu makuloznih zamućenja i limbalne neovaskularizacije, kao i beli infiltrat u perifernom delu predhodnih promena. Oštrina vida 0,3, a intraokularni pritisak digitalno normalan. Vrednosti Schirmer testa bile su manje od 5mm.

U lokalnom statusu izražene karakteristične promene na nosu i koži obraza u vidu tačkastih, crvenih promena (rinofima). Nakon primene lokalne kortiko terapije u vidu kapi i antibiotske masti, uz oralni tretman tbl. *doxycyclina*, subjektivni simptomi, inflamatorne promene i infiltrat na rožnjači levog oka sanirani su u roku od 7 dana, a znaci neovaskularizacije rožnjače posle 30 dana.

Rozacea keratitis može imati ozbiljne posledice ukoliko se na vreme ne prepozna i leči. Uz odgovarajuću terapiju kortikosteroidnim i antibiotskim kapima i primenom veštačkih suza zbog simptoma suvog oka, promene se saniraju bez većih posledica. Oralna primena *doxycyclina* smanjuje znake inflamacije i delimično povlačenje promena na koži nosa i lica.

I pored toga što je rozacea obolenje nepoznate etiologije, kao moglići faktor za nastanak recidiva kod našeg bolesnika navodi se prisustvo suvog oka i hronična upala ivica kapaka. Bolesnica se nakon poslednjeg recidiva javila na pregled neposredno posle pojave prvih simptoma, tako da je dobila pravovremenu terapiju, zbog čega su znaci keratitisa sanirani u kratkom roku. *Acta Ophthalmologica* 2014;40(1):30-33.

Ključne reči: rozacea, keratitis, etiologija, terapija

Uvod

Okularna rozacea se karakteriše prisustvom brojnih simptoma, osećajem grebanja i žarenja u očima i znacima konjunktivitisa, blepharitisa, skleritisa, episkleritisa, i prisustva hordeoloma i chalaziona. Zahvatanje konjunktive kod okularne

rozacee obično se manifestuje kroz formu blage bulbarne konjunktivalne hiperemije (1,2,3). Cikatricijalni konjunktivitis, granulomi konjunktive i fliktunealni konjunktivitis su ređe konjunktivalne manifestacije. Najčešća forma promena na rožnjači je superficijalna tačkasta keratopatija, koja je obično lokalizovana u donje dve trećine.

Druge forme zahvatanja rožnjače su periferna nodularna epitelna elevacija, sindrom recidivantne epitelne erozije, neovaskularizacija sa perifernim istanjenjem i kornealni ulkus. U ređim slučajevima može se kao komplikacija javiti i episkleritis, skleritis i vitritis (3,4).

Duke Elder smatra da je rozacea čest okularni sindrom, ali da često ne bude pravilno dijagnostikovano. Obično oftalmolozi previde promene na koži lica kod bolesnika, koje su karakteristične i u velikoj meri pomažu kod dijagnoze. Kožne promene na licu ne moraju uvek biti izražene. Blagi eritem, nekoliko papuloznih promena ili pustula mogu biti dovoljne za dijagnozu (4). 20% bolesnika se javlja sa nespecifičnim problemima na oku vezanim za rozaceu i bez ikakvih kožnih promena. U tim slučajevima ne postoje specifični testovi koji će isključiti rozaceu u odnosu na neka druga obolenja. Tada je od male pomoći i konsultacija sa dermatovenerologom. Opisuje se u nekim slučajevima i smanjena sekrecija suza. Lemp je koristio test Širmer I za merenje sekrecije suza i pronašao signifikatno veću prevalenciju smanjenja sekrecije suza u odnosu na kontrolnu grupu ispitivača (5).

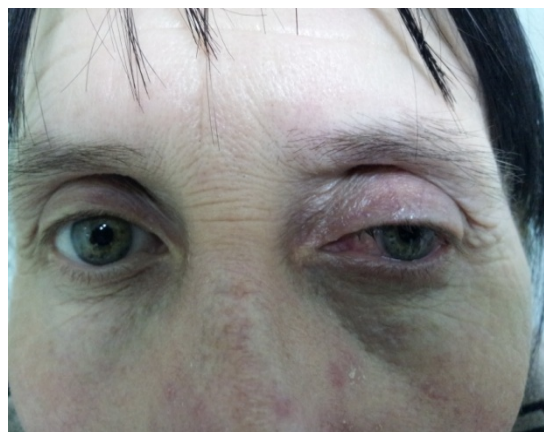
Zegin i sar. ustanovili su da terapija oralnim tetraciklinima ne pomaže u povećanju sekrecije suza, ali se popravlja test „tear film break-up“ vreme (6,7,8).

Prikaz bolesnika

U radu je prikazana bolesnica stara 51 godinu, domaćica sa sela, kod koje je rozacea dijagnostikovana pre deset godina, a u međuvremenu je imala četiri recidiva keratitisa na istom oku. Pojava prvih simptoma i kasnijih recidiva povezuje se za stres. Subjektivne smetnje se takođe pojačavaju pri dužem boravku na suncu i vetrovitom vremenu.

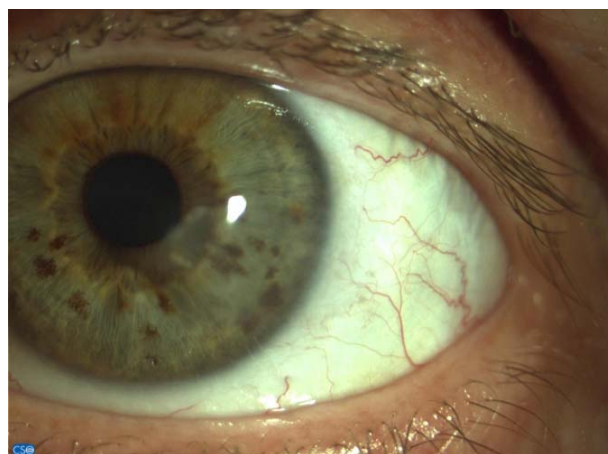


Slika 1. Keratitis sa znacima neovaskularizacije



Slika 2. Proptozis, otok kapaka i rinofima

Prva pojava keratitisa registrovana je tri godine posle pojave osnovne kožne bolesti; prvi recidiv javio se nakon tri godine, a poslednji put četiri godine od prethodnog ataka. U kliničkoj slici dominira pojava jakog bola, epifore i blefarospazma, uz prisustvo otoka kapaka i izražene cilijarne hiperemije. Na rožnjači prisutne promene u vidu makuloznih zamućenja i limbalne neovaskularizacije, kao i beli infiltrat u perifernom delu prethodnih promena (Slika 1). Oštrina vida 0,3, a intraokularni pritisak digitalno normalan. Urađeni testovi za ispitivanje sekrecije suza Schirmer test I i test merjenja vremena do pucanja suza (tear break-up time – TBUP), pokazali su vrednost prvog testa manju od 5 mm, dok je drugi test bio normalan. U lokalnom statusu izražene karakteristične promene na nosu i koži obraza u vidu tačkastih, crvenih promena (rinofima) (Slika 2).



Slika 3. Izgled rožnjače i konjunktive nakon terapije

Nakon primene lokalne kortiko terapije u vidu kapi i antibiotskih masti, uz oralni tretman tbl. *doxycyclina* (100 mg dnevno), subjektivni

simptomi, inflamatorne promene i infiltrat na rožnjači levog oka sanirani su u roku 4–5 dana (Slika 3 i 4). Na Slici 3 prikazan je lokalni status na rožnjači i konjunktivi gde je uočljivo potpuno povlačenje neovaskularizacije sa rožnjače, a na Slici 4 vidi se da je nalaz na kopcima potpuno uredan, a promene na koži lica i nosa najvećim delom sanirane. Schirmerov test je već nakon 7 dana od primene terapije pokazao normalne vrednosti.



Slika 4. Uredan nalaz nakon terapije

Diskusija

Rozacea keratitis može imati ozbiljne posledice ukoliko se na vreme ne prepozna i ne leči. I pored toga što se još uvek smatra oboljenjem nepoznate etiologije, kao mogući uzročnici pominju se nestabilnost suznog filma i promene u lipidnom statusu Meibomovih žlezda (10,11). Rezultati nekih imunoloških i citoloških ispitivanja suznog filma kod ovih bolesnika u direktnoj su vezi sa patogeneom nastanka inflamatornih promena (8). Histopatološke studije konjunktive kod rozacee pokazuju atenuaciju i infiltraciju inflamatornim ćelijama, prisustvo T helper ćelija, fagocitnih ćelija i antigenih ćelija (9). Supstanca proprija sadrži veliki broj subepi-

telnih infiltrata i nekada granuloma. Mehanizam inflamatorne reakcije se odigrava po tipu IV hipersenzitivne reakcije. Uz odgovarajuću terapiju kortikosteroidnim i antibiotskim kapima i mašču promene se saniraju bez većih posledica. U nekim slučajevima, posebno sa znacima neovaskularizacije rožnjače, potrebna je lokalna primena kortikosteroidnih lekova u toku nekoliko nedelja da bi se postigli očekivani rezultati. Kod ovih bolesnika treba voditi računa o eventualnim štetnim delovanjima prolongirane primene kortikosteroida, posebno u nastanku glaukoma. Poželjno je da bolesnici dolaze na češće kontrole kako bi se izbegle neželjene komplikacije. Oralna primena *doxycyclina* ubrzava oporavak i delimično povlačenje promena na koži nosa i lica. Primena *doxycyclina* (100mg na dan), ima posebno važnu ulogu u saniranju blefaritisa, meibomianitisa i keratokonjunktivitisa (12,13,14).

Zaključak

I pored toga što je rozacea obolenje nepoznate etiologije, kao mogući faktor za nastanak recidiva kod našeg bolesnika navodi se hiposekrecija suza na terenu hroničnog blefaritisa. Jedno od čestih udruženih stanja sa rozacea keratitisom je i hiposekrecija suza, odnosno pojava suvog oka prourokovana hroničnom upalom Meibomovih žlezda. Primena veštačkih suza, zajedno sa lokalnom kortikosteroidnom terapijom i oralnom terapijom *doxycyclina* je neophodna i efikasna. Bolesnica se javila na pregled neposredno posle pojave prvih simptoma, tako da je dobila pravovremenu terapiju, zbog čega su znaci keratitisa sanirani u kratkom roku, uz potpuno povlačenje neovaskularizacije.

U lečenju bolesnika sa okularnom rozaceom neophodna je saradnja sa dermatovenerologom i zajedničko sagledavanje i praćenje bolesnika.

Literatura

1. Akpek EK, Merchant A, Pinar V, Foster CS. Ocular rosacea: Patient characteristics and follow-up. *Ophthalmology* 1997;106:1863-7.
2. Jenkins MS, Brown SI, Lempert SL, Weinberg RJ. Ocular rosacea. *Am J Ophthalmol* 88:618, 1979
3. Đaković Z, Milenković S, Peško P, Đukić N. Rozacea kao multisistemska bolest. *Srp Arh Celok Lek*, 2003; 131:474-8.
4. Duke-Elder S. Diseases of the outer eye. *System of Ophthalmology*, Vol 8, Part 1. St Louis, CV Mosby, 1980, p 124-130.
5. Lemp Ma, Mahmood Ma, Weiler HH. Association of rosacea and keratoconjunctivitis sicca. *Arch Ophthalmol* 102:556, 1984
6. Zengin N, Tol H, Gunduz K, et al. Meibomian gland dysfunction and tear film abnormalities in rosacea. *Cornea* 14(2):144, 1995.

7. Kiratli H, Irkeç M, Orhan M. Tear lactoferrin levels in chronic meibomitis associated with acne rosacea. *Eur J Ophthalmol* 2000;10(1): 11-4.
8. Manna V, Marks R, Holt P. Involvement of immune mechanisms in the pathogenesis of rosacea. *Br J Dermatol* 1982;107(2): 203-8.
9. Hoang-Xuan T, Rodriguez A, Zaltas MM et al. Ocular rosacea. A histologic and immunopathologic study. *Ophthalmology* 1990;97:1468.
10. Kiratli H, Irkeç M, Orhan M. Tear lactoferrin levels in chronic meibomitis associated with acne rosacea. *Eur J Ophthalmol* 2000;10(1): 11-4.
11. Pisella PJ, Brignole F, Debbasch C, Lozato PA., Creuzot-Garcher C, Bara J, Saiag P, Warnet JM, Baudouin C. Flow cytometric analysis of conjunctival epithelium in ocular rosacea and keratoconjunctivitis sicca. *Ophthalmology* 2000; 107(10): 1841-9
12. Đoković Z, Vukičević-Sretenović J, Dobrosavljević D, Milenković S. Okularna rozacea. *Vojnosanitetski preglod* 2004; 61(2):205-9.
13. Kligman AM. Ocular rosacea. Current concepts and therapy. *Arch Dermatol* 1997;133 (1): 89-90.
14. Frucht-Pery J, Sagi E, Hemo I, Ever-Hadani P. Efficacy of doxycycline and tetracycline in ocular rosacea. *Am J Ophthalmol* 1993;116(1): 88-92.

A CASE OF ROSACEA KERATITIS RECURRENCE

Marija Cvetanović¹, Aleksandar Veselinović¹, Kristina Stojanović²,
Dragan Veselinović^{1,3}, Ivona Trajković²

¹ Ophthalmology Clinic CC Niš

² Ophthalmology Surgery "Eye Zone Veselinović" - Niš

³ Medical Faculty Univerzity of Niš

Rosacea keratitis is a common complication in patients who suffer from rosacea skin disease of unknown etiology. The causes for onset and recurrence of keratitis are also unknown.

The paper presents a female patient aged 51 with the diagnose of rosacea established ten years ago, with four recurrences in the same eye in that period.

The clinical picture is dominated by severe pain, epiphora, blepharospasm, eyelid swelling and marked ciliary hyperemia. Macular cloudiness and the changes of limbal neovascularization could be seen in the cornea, as well as a white infiltrate in the aforementioned peripheral corneal changes. Visual acuity was 0.3, and digitally checked intraocular pressure was normal. Schirmer's test values were less than 5mm.

Local characteristic changes involving the skin of the nose and cheeks in the form of red dots (rhopyma) were present. After administration of the local corticosteroid drops and antibiotic ointments therapy, along with oral doxycycline tablets, subjective symptoms, inflammatory changes and corneal infiltrate in the left eye were cured in 7 days, and corneal neovascularization after 30 days.

Rosacea keratitis may result in severe complications if not timely recognized and treated. Antibiotic-steroid combination drops therapy and artificial tears to relieve dry eyes cure the changes without major complications. Oral doxycycline tablets reduce inflammatory signs and help in gradual withdrawal of the changes in the nose and face skin.

Although rosacea keratitis is a disease of unknown etiology, a probable factor for recurrence in our patient was dry eye and chronic inflammation of eyelids margins. The patient came for an examination immediately upon the occurrence of first symptoms of the last recurrent outbreaks, so she was given early therapy and the signs of keratitis were cured in a short period of time. *Acta Ophthalmologica* 2014;40(1):30-33.

Key words: rozacea, keratitis, etiology, therapy

Kontakt: Marija Cvetanović
Klinika za očne bolesti KC Niš
Bulevar dr Zorana Đinđića br. 48
18000 Niš, Srbija
E-mail: marija.veselinovic@hotmail.com