

RETINOCOROIDITA TOXOPLASMOZICĂ

Liliana VOINEA¹, Monica POP¹, Carmen CREȚU¹, Mădălina VOICU², Alexandra VRAPCIU²,
Daniela Adriana ION³

1 – UMF “Carol Davila” din București, 2 – Clinica de Oftalmologie, Spitalul Clinic Universitar de Urgență București, 3 – Disciplina
Fiziopatologie II, Institutul de boli infecțioase “Prof. dr. Matei Balș” București

Summary. Toxoplasmic retinochoroiditis

Ocular toxoplasmosis is an intraocular inflammation due to infection with the parasite *Toxoplasma gondii*. The infection with this obligate intracellular parasite is the most common posterior uveitis in immunocompetent individuals. Usually consists in a self-limited retinochoroiditis, but the macula can be frequently involved and visual acuity may be considerably compromised.

In this retrospective study, we examined 300 patients with toxoplasmosis (complete ophthalmologic examination: visual acuity, applanation tonometry, slit-lamp inspection, dilated ophthalmoscopy, automated perimetry) and we evaluated the prevalence and severity of permanent visual impairment represented in the visual field and in visual acuity in patients with inactive ocular toxoplasmosis.

Key words: toxoplasmic retinochoroiditis, inactive ocular toxoplasmosis, visual acuity, automated perimetry

Scopul lucrării: analiza unei serii de pacienți, adulți, imunocompetenți, prezentând un focar toxoplasmozic cicatriceal, evaluând afectarea oculară prin stabilirea gradului scăderii AV și a defectelor de CV

Protocol: Criteriile de clasificare au fost realizate după: vârstă, sex, examen oftalmologic complet, axat pe: forma clinică de retinocoroidită, acuitatea vizuală, câmp vizual computerizat, examen retinofotografic, tensiune intraoculară.

Toxoplasmoza este cea mai frecventă cauză de uveită posterioară la pacienții imunocompetenți [1,2].

Toxoplasma gondii este un protozoar obligatoriu intracelular. Pisica este gazda definitivă, iar oamenii sunt gazde intermediare. Infecția toxoplasmică este larg răspândită în rândul populației, după cum arată rezultatele cercetărilor serologice, dar în majoritatea cazurilor este asimptomatică [1].

Prezentarea la oftalmolog este de obicei datorată scăderii acuității vizuale, macula fiind adesea interesată [3]. Totuși, chiar dacă leziunile sunt localizate la nivel macular și acestea depășesc ca mărime 1DP, acuitatea vizuală se poate îmbunătăți cu timpul, făcând astfel ca acuitatea vizuală să nu fie un indicator de încredere în evaluarea afectării funcționale. Pe de altă parte, leziunile localizate la nivelul polului posterior extramacular, în regiunea juxtapapilară și la nivelul nervului optic, afectează rar acuitatea vizuală [3, 4], în schimb, aceste leziuni pot să determine defecte de câmp vizual, proporționale cu mărimea leziunii și cu proximitatea lor față de discul optic [5].

Material si metoda:

Studiu retrospectiv a fost realizat pe 300 de pacienți, examinați în Clinica de Oftalmologie a *Satu Mare – Studii și Comunicări Seria Științele Naturii* Vol VIII (2007) pp: 222 - 225

Spitalului Clinic Universitar de Urgență București în perioada 2002 – 2007, care prezentau leziuni corioretiniene datorate infecției cu *Toxoplasma gondii*, la care a fost evaluată afectarea oculară stabilind gradul scăderii AV și a defectelor de CV în toxoplasmoza inactivă.

La cei 300 de pacienți cunoscuți cu toxoplasmoză s-a efectuat o examinare oculară completă, cuprinzând acuitate vizuală, tonometrie prin aplanatie, examen biomicroscopic, fotografii retinienă și perimetrie computerizată.

A fost diferențiate următoarele categorii ale acuității vizuale:

- NORMALĂ $\geq 20/25$;
- UȘOR SCĂZUTĂ 20/25 – 20/60;
- MEDIU SCĂZUTĂ 20/60 – 20/400
- SEVER SCĂZUTĂ $< 20/400$.

Defectele de câmp vizual au fost împărțite astfel:

- ușor modificat - < 4 dB;
- moderat modificat - 4 – 12 dB;
- sever modificat - > 12 dB.

Rezultate:

Din totalul de 300 de pacienți examinați, au fost excluși 80 de pacienți (rămânând 220 pacienți), pe baza următoarelor criterii:

- Vârsta < 20 ani (42 pacienți);
- Imunosupresia (5 pacienți);
- Lipsa complianței (16 pacienți);
- Recurența la mai puțin de 1an (17 pacienți).

Distribuția pe categorii de vârstă a pacienților examinați este prezentată în Figura 1, iar factorii de risc în Figura 2.

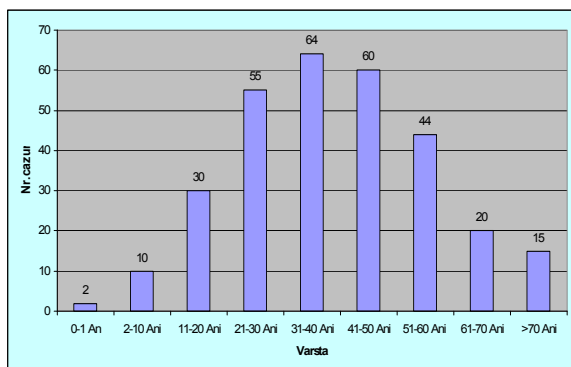


Figura nr. 1 Distribuția pacienților pe categorii de vârstă

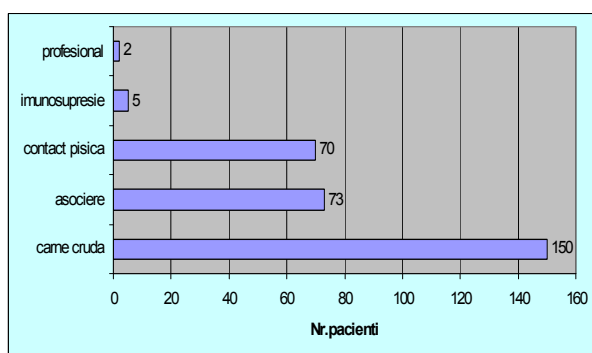


Figura nr. 2 Factorii de risc

Din punct de vedere al repartiției pe criteriul gen și din punct de vedere demografic, dintre cei 220 de pacienți, 99 (45%) erau bărbați și restul de 121 (55%) femei, iar 115 (52%) proveneau din mediul urban și 105 (48%) din mediul rural.

În ceea ce privește distribuția leziunilor corioretiniene, 70 de pacienți prezentau afectare binoculară (140 ochi), 83 prezentau afectarea

ochiului stâng și 67 a ochiului drept, în total 290 ochi afectați.

Localizarea cea mai frecventă a leziunilor corioretiniene a fost la nivel macular (56%) (Fig 3).

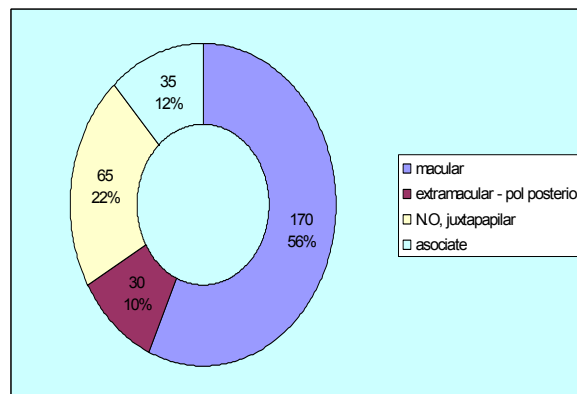


Figura nr. 3 Distribuția leziunilor corioretiniene

Caracteristicile leziunilor:

- dimensiunile leziunilor corioretiniene au fost cele mai multe între 1-2 DP la 145 ochi; la 107 ochi: <1 DP și la 48 de ochi : >2 DP;
- numărul leziunilor au fost monofocale la 98 ochi și plurifocale la 122 ochi.

Principalele complicații care pot apărea în toxoplasmoza oculară sunt cataracta, edemul macular, dezlipirea de retină, glaucomul, obstrucția de ram venos/ arterial (Figura 4).

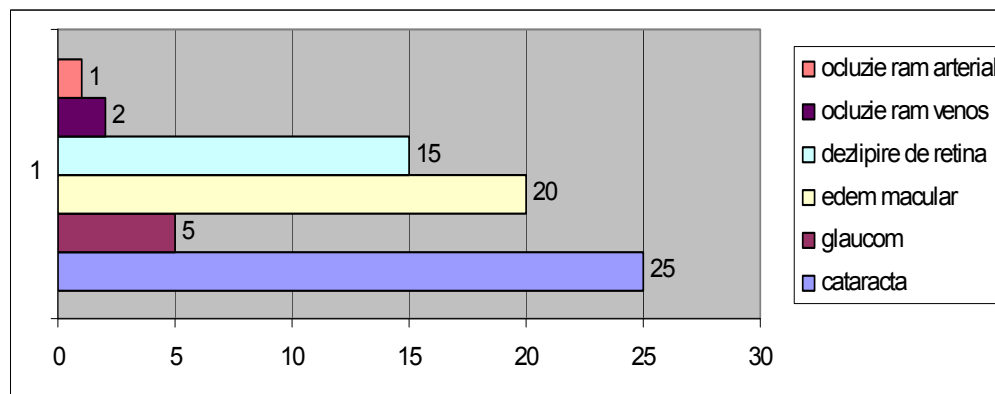


Figura nr. 4 Complicațiile oculare ale toxoplasmozei

Discuții

Topografia defectelor de CV a corespuns cu morfologia leziunilor corioretiniene în 76,2% (221 ochi), pentru restul ochilor s-a depistat o pierdere concentrică sau difuză a CV, ca rezultat al cicatricilor corioretiniene multiple și al complicațiilor secundare [6].

Defectele de CV au fost depistate la un număr de 269 de ochi (92,7%), iar scăderea AV s-a înregistrat la un număr de 119 ochi (41%); 21 de ochi au prezentat CV normal, față de 171 de ochi care au prezentat AV normală. (Tabel 1).

Tabelul 1 Afectarea oculară pe baza AV și a CV

	AV normală	AV ușor scăzută	AV mediu scăzută	AV sever scăzută
CV normal	21			
CV ușor modificat	67	18		
CV moderat modificat	65	21	34	
CV sever modificat	18	10	18	18
TOTAL = 290	171	49	52	18

Scăderea severă a acuității vizuale a fost prezentă la 18 ochi [7], în vreme ce afectarea severă a câmpului vizual a fost prezentă la 64 ochi (Figura 5).

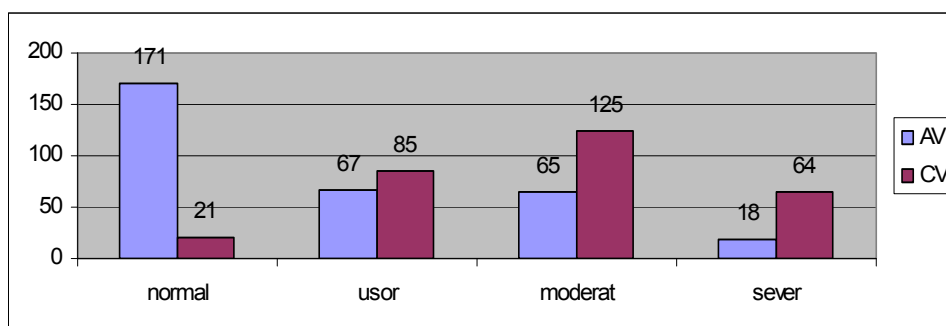


Figura nr. 5 Distribuția afectării AV și a CV

Astfel, în urma analizării acestor date, putem afirma că toxoplasmoza oculară este subevaluată. Corioretinita toxoplasmozică afectează cel mai frecvent macula [8].

Datele obținute ca urmare a determinării acuității vizuale și a efectuării perimetriei computerizate indică faptul că monitorizarea acuității vizuale, singură, nu reprezintă în mod adecvat afectarea funcțională din toxoplasmoza oculară. În schimb,

perimetria computerizată reprezintă o metodă sensibilă pentru evaluarea funcțională a leziunilor datorate toxoplasmozei oculare.

Acest lucru ne face să afirmăm că perimetria computerizată trebuie introdusă ca test în supravegherea clinică a pacienților cu toxoplasmoză oculară.

Concluzie

Retinocoroidita toxoplasmozică (focală, în majoritatea cazurilor) este leziunea principală în toxoplasmoza oculară la pacienții imunocompetenți. În ceea ce privește impactul cicatricelor asupra funcției vizuale, în termeni de reducere a acuității vizuale și al deficitului de câmp vizual, s-a constatat o mai bună concordanță între localizarea anatomică a cicatricelor și câmpul vizual computerizat față de acuitatea vizuală.

Bibliografie:

1. Kanski J. –Clinical Ophthalmology 5th edition - 293-296
2. Holland GN. Ocular toxoplasmosis: a global reassessment. Part II: Disease manifestations and management. Am J Ophthalmol 2004;137:1–17
3. Mets MB, Holfels E, Boyer KM, et al. Eye manifestations of congenital toxoplasmosis. Am J Ophthalmol 1996;122:309–24.
4. Yanoff M., 2nd edition, MosbyCo., 2004
5. Stanford MR, Tomlin EA, Comyn O. The visual field in ocular toxoplasmosis. Br J Ophthalmol 2005;89:812–14.
6. Wilder HC. Toxoplasma **chorioretinitis** in adults. Arch Ophthalmol 1952;48:127–36.
7. Holland GN, Lewis KG. An update on current practices in the management of ocular toxoplasmosis. Am J Ophthalmol 2002;134:102–14
8. Kadarisman RS, Marsetio M, Simangunsong LB. Visual impairment and blindness in ocular toxoplasmosis cases. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1991;22 (Suppl) :99–101.