

急性后部多灶性鳞状色素上皮病变 1 例

姜 蕾, 谢伯林, 欧艳坤

作者单位:(650032) 中国云南省昆明市, 成都军区昆明总医院眼科

作者简介:姜蕾,女,医师,研究方向:眼底病、眼外伤。

通讯作者:姜蕾. jianglei_real@126. com

收稿日期:2011-09-19 修回日期:2011-11-07

姜蕾,谢伯林,欧艳坤. 急性后部多灶性鳞状色素上皮病变 1 例. 国际眼科杂志 2011;11(12):2254-2255

0 引言

急性后部多灶性鳞状色素上皮病变(acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy, APMPE)由 Gass^[1]于 1968 年首先报道。本病发病急,目前临床并不多见。本文报道 1 例双眼急性后部多灶性鳞状色素上皮病变的病例,就其发病原因、病情演变及治疗、愈后进行简要的分析总结。

1 病例报告

患者,女,23 岁,以双眼视力骤降 2d 就诊。患者于就诊前 2d 无明显原因及诱因突然感双眼视力下降,伴轻度眼痛,无畏光、流泪,无眼前黑影,无视物变形变色。急诊入住我科。入院后追问病史患者诉视力下降前曾有上呼吸道感染病史。专科查体:视力:右眼 0.04,左眼 0.3;矫正视力不提高。双眼球结膜稍充血,角膜透明,前房中深, Tyn(-),瞳孔中度散大约 3.5mm,有相对性瞳孔传导阻滞,晶状体透明,双眼玻璃体可见轻度尘埃状漂浮物;双眼视盘边界稍模糊,色红,后极部网膜色淡,微隆起,黄斑区网膜皱褶,中心凹光反射消失,静脉稍迂曲, A:V=2:3(图 1)。眼压:右眼 11.2mmHg,左眼 10.3mmHg。入院后曾误诊为视网膜中央动脉阻塞,给予强的松 30mg,口服,1 次/d;醋氮酰胺 250mg,口服,2 次/d;阿司匹林,25mg,口服,3 次/d;右颞浅动脉旁皮下注射复方樟柳碱注射液,2mL,1 次/d。双眼视力无显著提高。3d 后行眼底荧光造影检查示:双眼后极部多灶性鳞状色素上皮炎。遂确诊为双眼后极部多灶性鳞状色素上皮病变,给予静滴地塞米松 10mg,5d 后双眼视力恢复至 0.6,激素减至 7.5mg,3d 后减至 5mg,3d 后减至强的松 30mg,口服。静滴抗生素喹诺酮类药物 9d。住院期间行视野检查:未见明显异常。双眼视神经诱发电位正常。行血、尿、粪常规检查未见异常。出院时情况:双眼视力:0.6;矫正视力不提高。双眼球结膜无充血,角膜透明,前房中深, Tyn(-),瞳孔圆约 3.0mm,对光反应稍迟钝,晶状体、玻璃体透明,双眼视盘边界稍模糊,色红,后极部网膜色泽正常,可见点状渗出(图 2)。并嘱患者口服强的松治疗,逐渐减量。随访 2mo,病情平稳,未再发展。

2 讨论

Gass^[1]于 1968 年首先报道急性后部多灶性鳞状色素上皮病变,当时推测是一种色素上皮的急性炎症,但在以

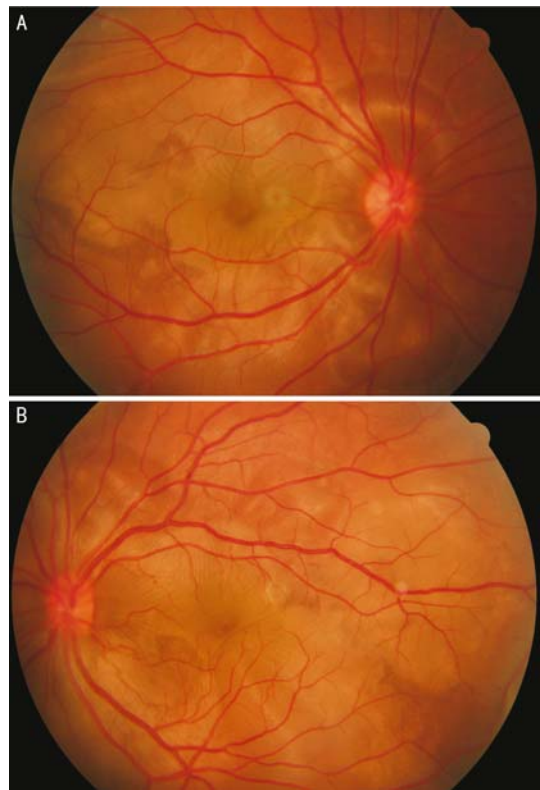


图 1 A,B:彩照可见双眼视盘边界稍模糊,色红,后极部网膜下有散在的数个类圆形病灶,呈橙黄色,相互融合而呈地图状,中心凹光反射消失,静脉稍迂曲。

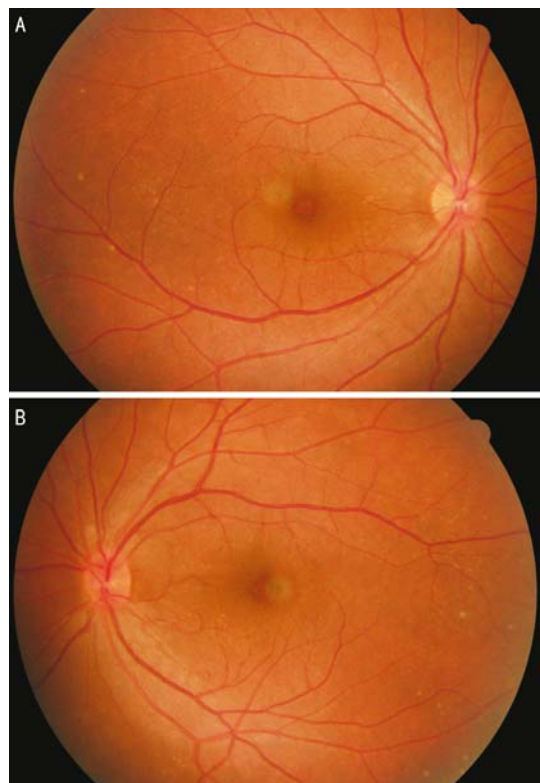


图 2 A,B:经治疗后双眼眼彩照可见视盘边界稍模糊,色红,后极部网膜色泽正常,可见点状渗出。

后的观察中未得到支持。急性后部多灶性鳞状色素上皮病变主要发生于 30 岁以下青年人^[2],性别无差异。起病

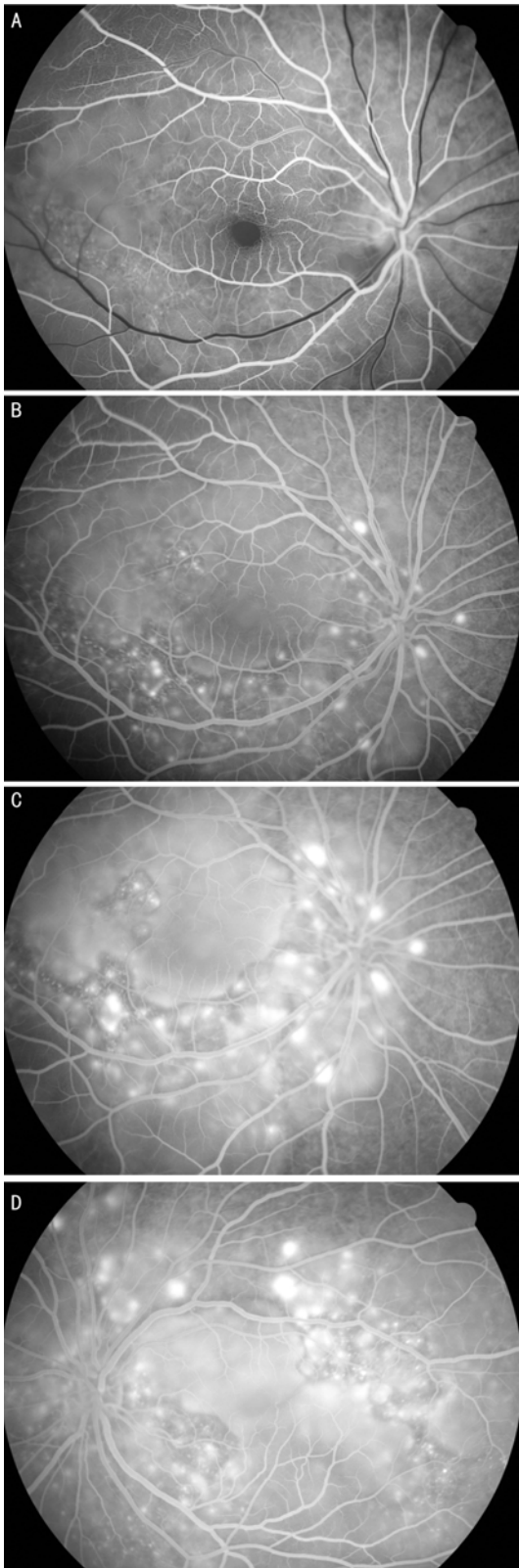


图3 FFA 检查动静脉期后极部呈低荧光, 静脉期后极部可见许多圆点状荧光渗漏点, 随之渗漏点向周围明显扩大, 造影晚期可见融合成片的强荧光及网膜下有大片荧光池 A: 动静脉期; B: 静脉期; C: 造影中晚期右眼; D: 造影中晚期左眼。

急, 50% 患者有类似病毒感染前驱表现, 头痛、上呼吸道症状及结节性红斑。头痛明显, 部分患者伴有脑血管炎, 脑脊液中淋巴细胞增多, 尿中可有管型。多数患者为双眼同时受累, 视力明显减退, 50% 患者有轻度前葡萄膜炎及玻璃体炎。目前多数认为视网膜色素上皮病变继发于脉络

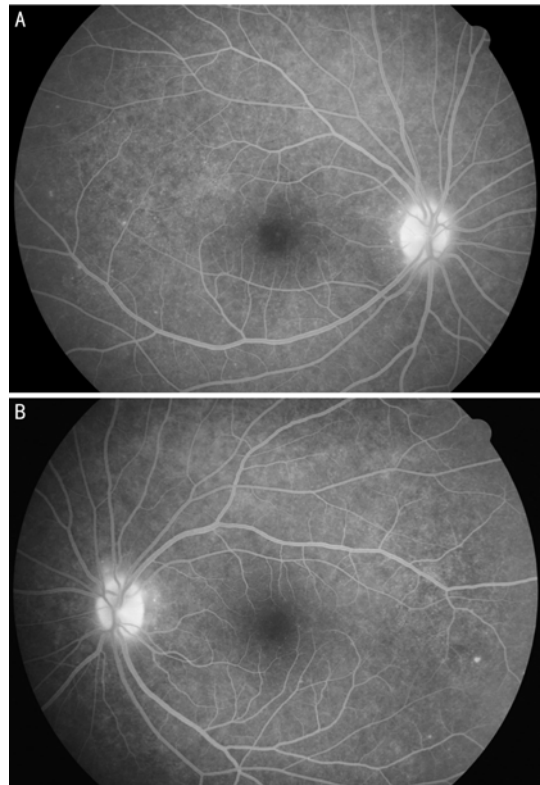


图4 经治疗后 FFA 检查见视盘呈边界稍模糊的高荧光, 后极部可见散在点状透见荧光 A: 右眼; B: 左眼。

膜毛细血管小叶前微动脉炎所导致的多灶性缺血^[3], 故又称为急性多灶性缺血性脉络膜病变 (acute multifocal ischemic choroidopathy), 而脉络膜毛细血管小叶前微动脉炎又并发于某些全身病, 如脑血管炎、迟发性脑膜脑炎、微血管性肾病、血小板凝集异常、急性甲状腺炎、类肉瘤病、分支杆菌感染、消化道与呼吸道病毒感染等。

根据检眼镜及 FFA 所见^[3], 可分为两期: (1) 活动期: 眼底后极部网膜下有散在的数个乃至十多个类圆形病灶, 呈橙黄色; 扁平如鱼鳞状, 边缘模糊; 大小自 0.2 ~ 0.5 PD 不等, 亦可相互融合而呈地图状。病灶与病灶之间眼底色泽正常。视乳头与病灶面视网膜神经上皮层及其血管一般无异常, 仅个别病例有视乳头炎症改变、神经上皮层浆液性脱离或视网膜血管炎。后部玻璃体常有轻度尘埃状灰白色混浊。此期 FFA 显示: 早期后极部呈低荧光, 静脉期后极部可见许多圆点状荧光渗漏点, 随之渗漏点向周围明显扩大, 晚期可见融合成片的强荧光及网膜下有大片荧光池 (图 3)。(2) 恢复期: 病灶由橙黄色变成灰白色, 并逐渐消失而出现色素紊乱 (色素增生及游离), FFA 晚期视盘呈边界稍模糊的高荧光, 后极部可见散在点状透见荧光 (图 4)。一般 APMPPE 预后良好, 不需治疗; 但病灶大片融合的病例, 预后较差; 双侧严重病例累及黄斑者可服用糖皮质激素^[2]。

本例患者有上呼吸道感染病史, 具体病因不详; 眼底病情演变基本与上述表现类似。该病例少见, 容易致年轻医师误诊。该患者入院确诊后, 使用糖皮质激素治疗, 取得了良好的疗效。患者短期随访病情稳定, 远期疗效不确定。鉴于对该病的发病机制认识不足, 有待于进一步研究。

参考文献

- 1 Gass JDM. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Arch Ophthalmol* 1968; 80: 177-185
- 2 张承芬. 眼底病学. 北京: 人民卫生出版社 1997: 468
- 3 黄叔仁, 张晓峰. 眼底病诊断与治疗. 北京: 人民卫生出版社 2003: 142-143