



Χρόνια μη λοιμώδης ραγοειδίτιδα: Ο ρόλος του Παιδορευματολόγου

Λ. Φώτης

Παιδίατρος – Παιδορευματολόγος

Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής

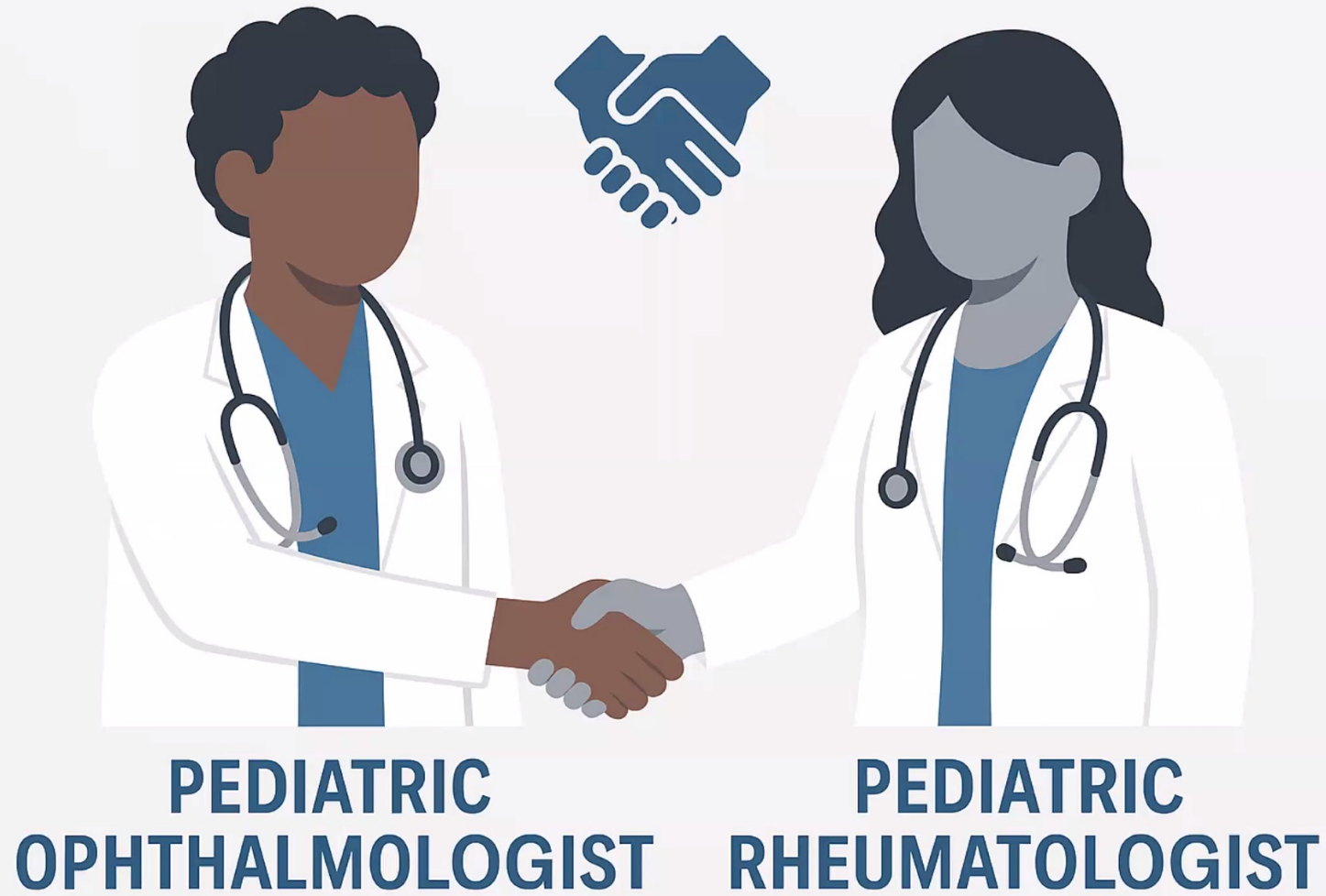
Υπεύθυνος Μονάδας Παιδιατρικής Ρευματολογίας

Γ' Παιδιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»



***Δεν έχω
σύγκρουση
συμφερόντων***

DISCLOSURE





Επιδημιολογία

Παιδιατρική Ραγοειδίτιδα:
5-10% των ασθενών

Ετήσια Επίπτωση 4.3 : 100.000
Επιπολασμός 27.9 : 100.000

$F > M$

Μέση ηλικία διάγνωσης 9.4 έτη



Surv Ophthalmol 2022 Mar-Apr;67(2):510-529.

Συμπτώματα



Φωτοευαισθησία (φωτοφοβία)

Πόνος/ερυθρότητα

Θολή όραση

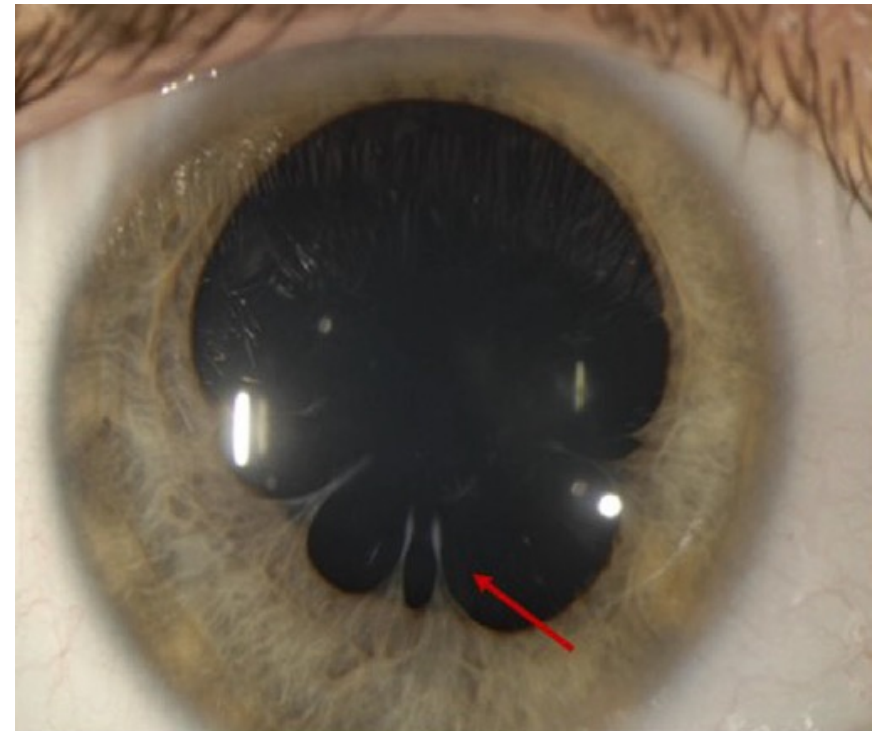
«Μυγάκια» – κινούμενα μαύρα στίγματα στο οπτικό πεδίο (θολερά σωμάτια υαλώδους)

Λευκές αποθέσεις στον κερατοειδή (band keratopathy)

Λευκή αντανάκλαση σε φωτογραφίες (καταρράκτης)

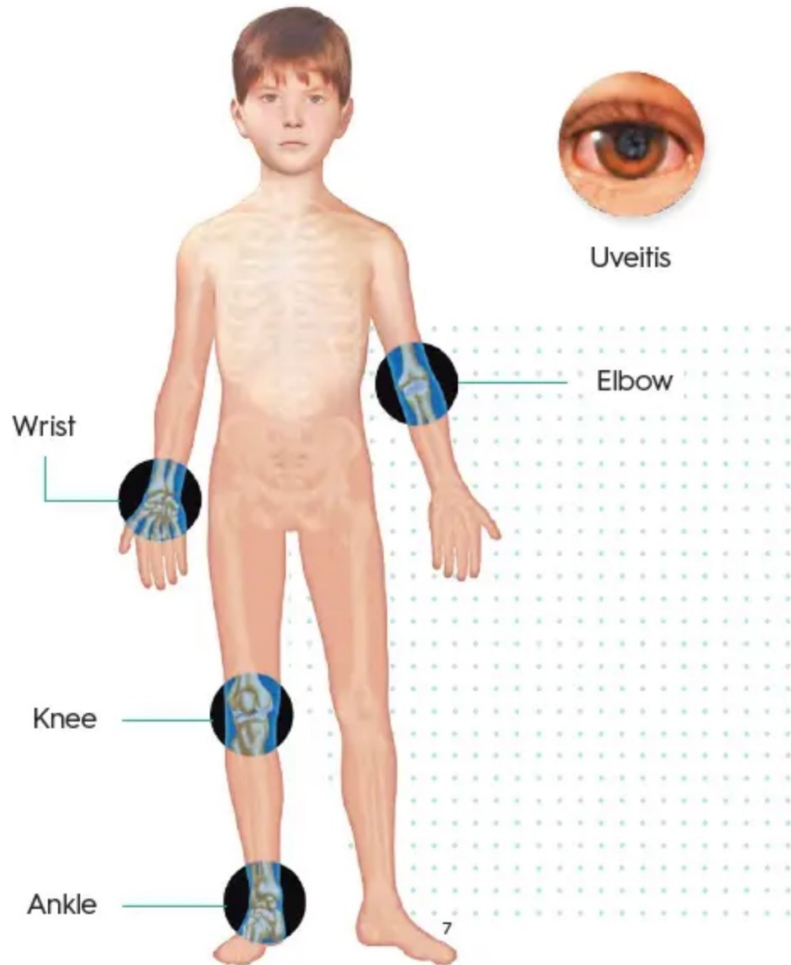
Ασύμμετρες κόρες (συνέχειες)

50% των παιδιών ασυμπτωματικά





Ο Ρόλος του Παιδορευματολόγου



- Η πιο συχνή αναγνωρίσιμη αιτία ραγοειδίτιδας στα παιδιά είναι η ΝΙΑ
- Η Ραγοειδίτιδα στα παιδιά συχνά σχετίζεται με πολυσυστηματικά ρευματολογικά νοσήματα

Παιδο - Ρευματολόγος

- Αναγνώριση και αντιμετώπιση της υποκείμενης συστηματικής νόσου
- Συνταγογράφηση και διαχείριση ανοσοκατασταλτικών θεραπειών

Παιδο - Οφθαλμίατρος



- Διάγνωση και διαχείριση της οφθαλμικής φλεγμονής
- Χορήγηση τοπικών θεραπειών (κορτικοστεροειδή σε μορφή σταγόνων, ενέσεων ή εμφυτευμάτων)
- Παρακολούθηση και χειρουργική θεραπεία επιπλοκών (π.χ. καταρράκτης, γλαύκωμα, οίδημα ωχράς κηλίδας)



Ταξινόμηση με βάση την ανατομία

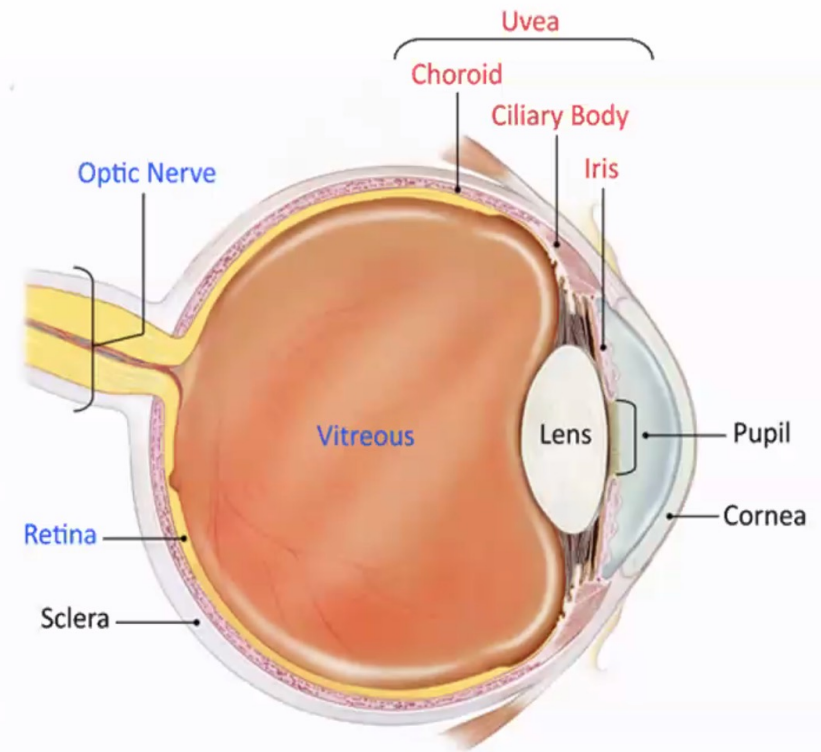
Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN)

Πρόσθια: ίριδα, ακτινωτό σωμάτιο

Διάμεση: υαλοειδές, pars planus

Οπίσθια: χοριοειδής,
αμφιβληστροειδής

Πανραγοειδίτιδα



Am J Ophthalmol . 2005 Sep;140(3):509-16.

Ταξινόμηση με βάση την κλινική προβολή

Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN)



Έναρξη

- **Οξεία**
- **Υποξεία (Insidious)**

Διάρκεια

- **Περιορισμένη:** Διάρκεια ≤ 3 μήνες
- **Εμμένουσα:** Διάρκεια > 3 μήνες

Πορεία

- **Οξεία:** Αιφνίδια έναρξη/περιορισμένη διάρκεια
- **Υποτροπιάζουσα:** Επαναλαμβανόμενα επεισόδια περίοδοι αδράνειας χωρίς θεραπεία διάρκειας ≥ 3 μηνών
- **Χρόνια:** Εμμένουσα ραγοειδίτιδα, υποτροπή < 3 μηνών από διακοπή θεραπείας

Κλίμακα Βαθμολόγησης Κυττάρων Πρόσθιου Θαλάμου

Grade	Cells in Field†
0	<1
0.5+	1–5
1+	6–15
2+	16–25
3+	26–50
4+	>50





Flare (θάμβος-αντακλαστικότητα) πρόσθιου θαλάμου

Παρουσία πρωτεϊνών στο
υδατοειδές υγρό του προσθίου
θαλάμου, λόγω διαρροής από τα
αιμοφόρα αγγεία ως
αποτέλεσμα φλεγμονής

Ενεργός φλεγμονή

Βαθμός

0

Περιγραφή

Καμία ανακλαστικότητα
(φυσιολογικό)

1+

Ελαφρά – αμυδρή
ανακλαστικότητα

2+

Μέτρια – οι λεπτομέρειες
της ίριδας και του φακού
είναι σαφείς

3+

Έντονη – οι λεπτομέρειες
της ίριδας και του φακού
φαίνονται ασαφείς

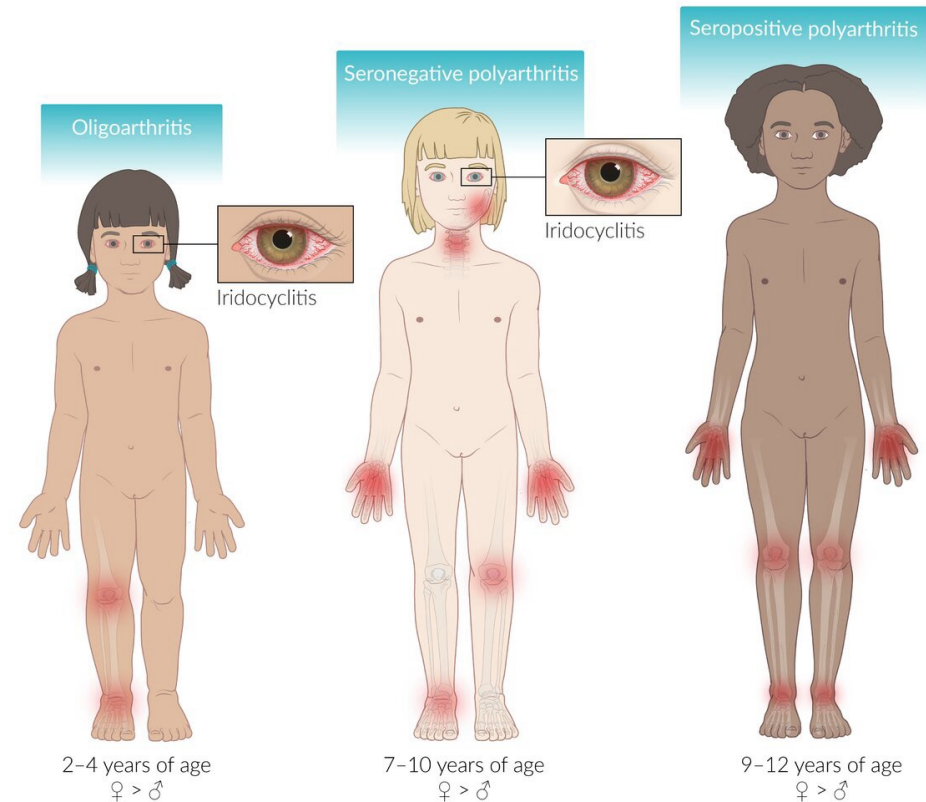
4+

Πολύ έντονη – παρουσία
ινικής ή πλαστικής
φλεγμονώδους
απόπτωσης στο
υδατοειδές υγρό

Ραγοειδίτιδα στη ΝΙΑ



- 5-30% Ασθενών με ΝΙΑ
- Πρόσθια - ασυμπτωματική
- Εκδήλωση εντός των 4 πρώτων ετών 80-90%
- Αμφοτερόπλευρη στο 70-80%
- 25-50% Διάγνωση της ραγοειδίτιδας προηγείται της διάγνωσης της ΝΙΑ





Ραγοειδίτιδα στη ΝΙΑ

Μεγαλύτερη πιθανότητα

- Κορίτσια
- Ηλικία < 7 ετών
- Θετικά ANA

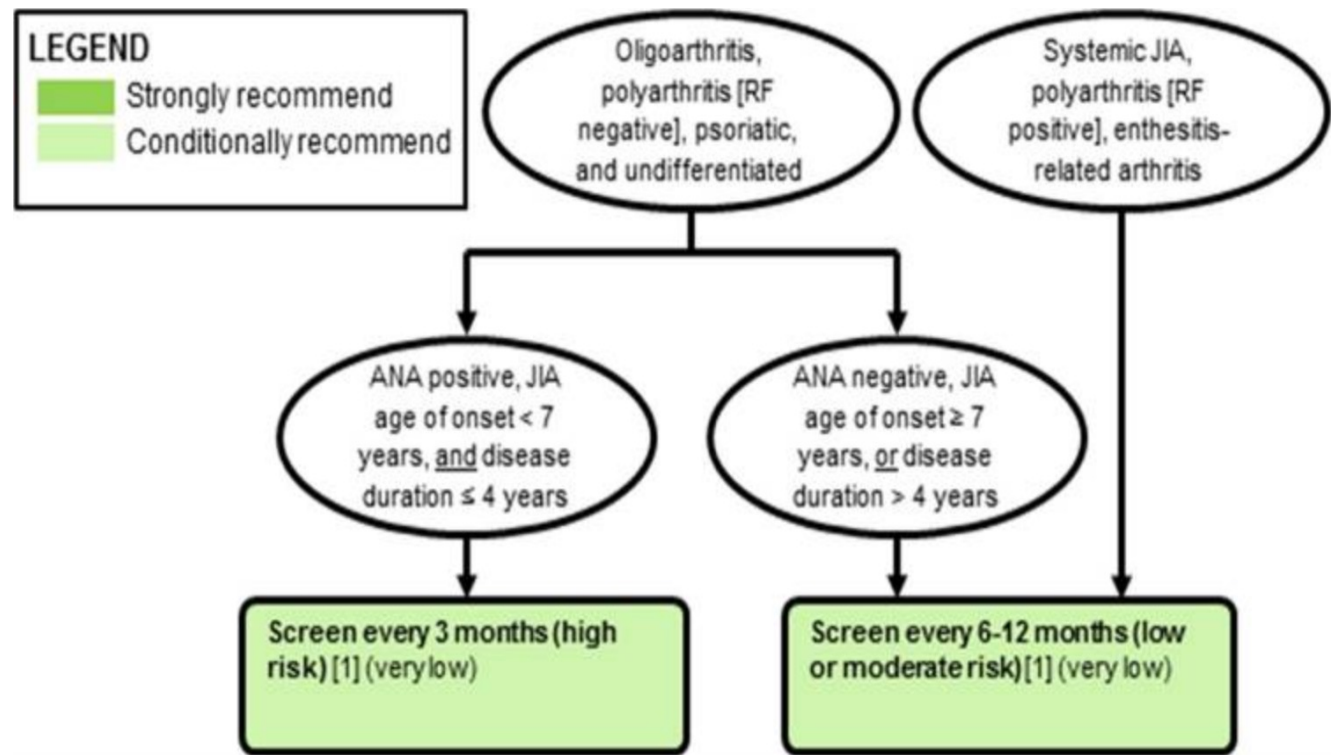
Νεανική Ψωριασική 35.7%

Όλιγο – Πόλυ αρθρική ~ 20%

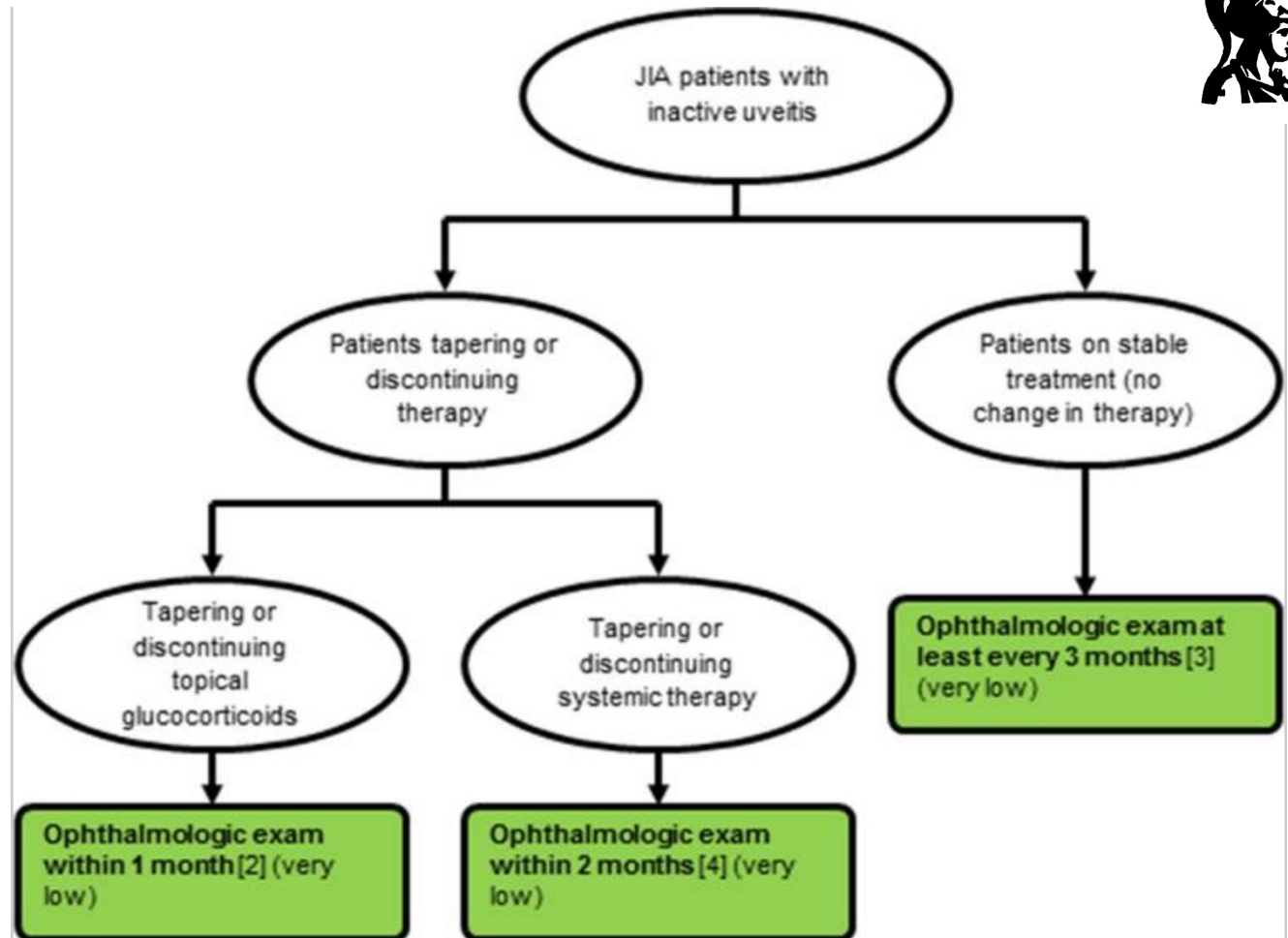
ERA 8.5%

Χαμήλη επίπτωση σε Νόσο
Still και RF (+) Πολυαρθρίτιδα

Συχνότητα ελέγχου ασυμπτωματικοί ασθενείς



Συχνότητα
ελέγχου
ασθενείς με
NIA +
ραγοειδίτιδα





Ραγοειδίτιδα στη ΝΙΑ - Πρόσθια

Υποξεία έναρξη, εμμένουσα
διάρκεια (> 3 μ), χρόνια πορεία

Ολιγοαρθρίτιδα
Οροαρνητική Πολυαρθρίτιδα
Ψωριασική Αρθρίτιδα

Σαρκοείδωση

Οξεία έναρξη, περιορισμένη
διάρκεια (<3 μ), οξεία πορεία

Σπονδυλαρθρίτιδες (ERA,
Αντιδραστική αρθρίτιδα – HLA-
B27+)

ΙΦΝΕ

TINU (Tubular Interstitial
Nephritis and Uveitis)



Χρόνια Μη λοιμώδης Ραγοειτίδα

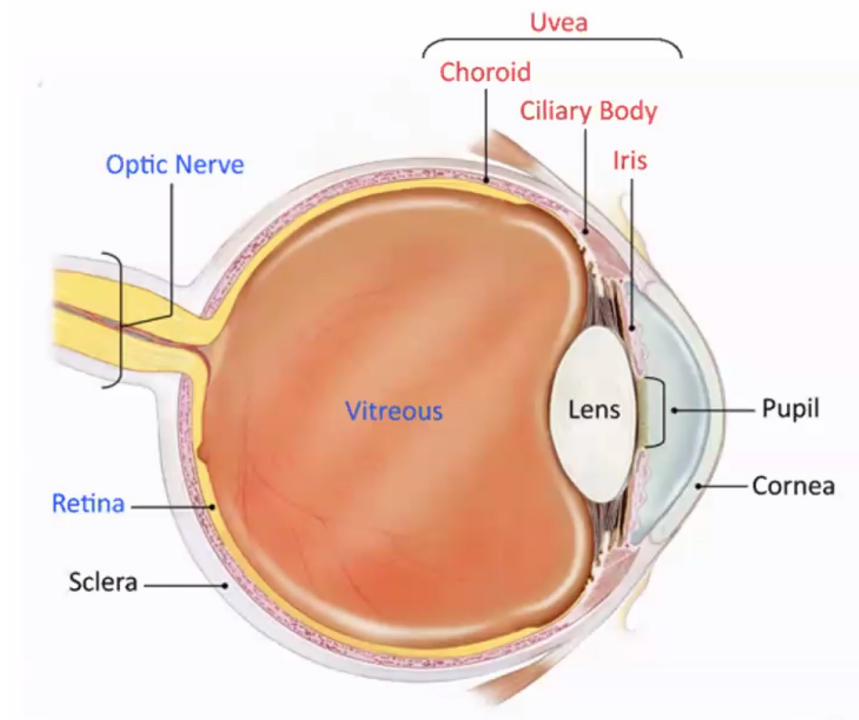
Θέση Ραγοειδίτιδας σημαντικό
στοιχείο της Διαφορικής
Διάγνωσης:

Πρόσθια

Διάμεση

Οπίσθια

Πανραγοειδίτιδα

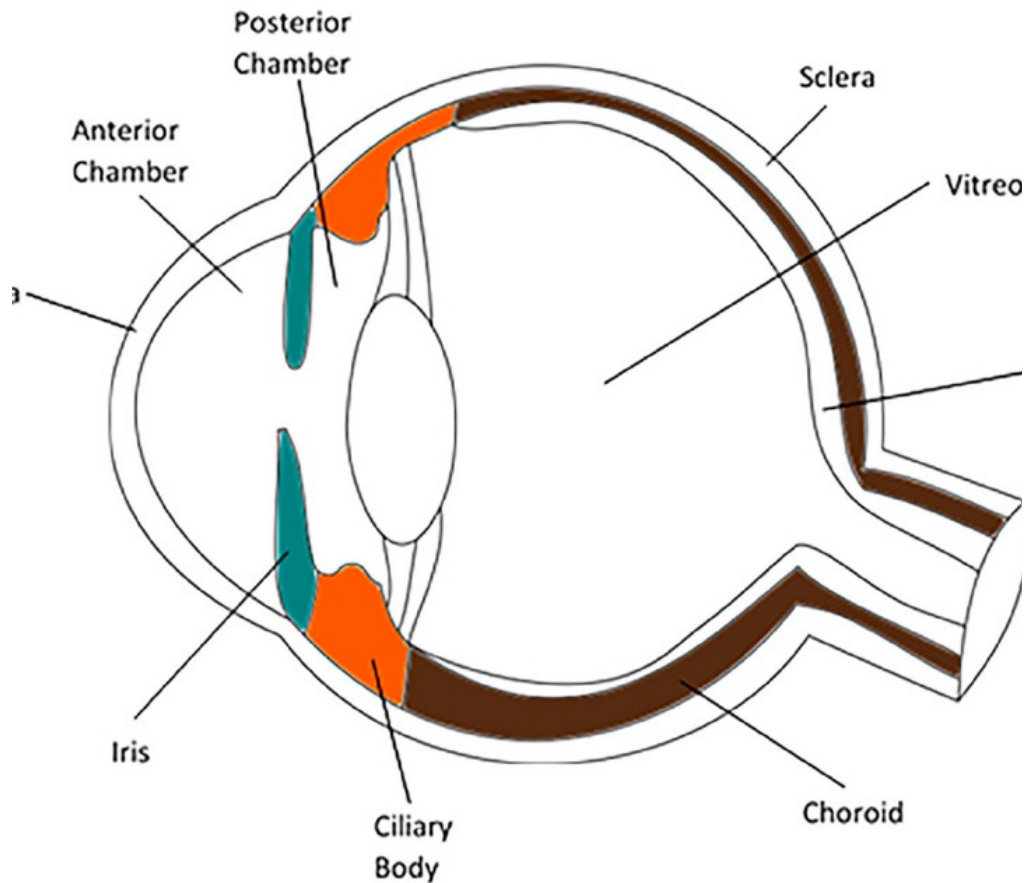




Πρόσθια Ραγοειδίτιδα

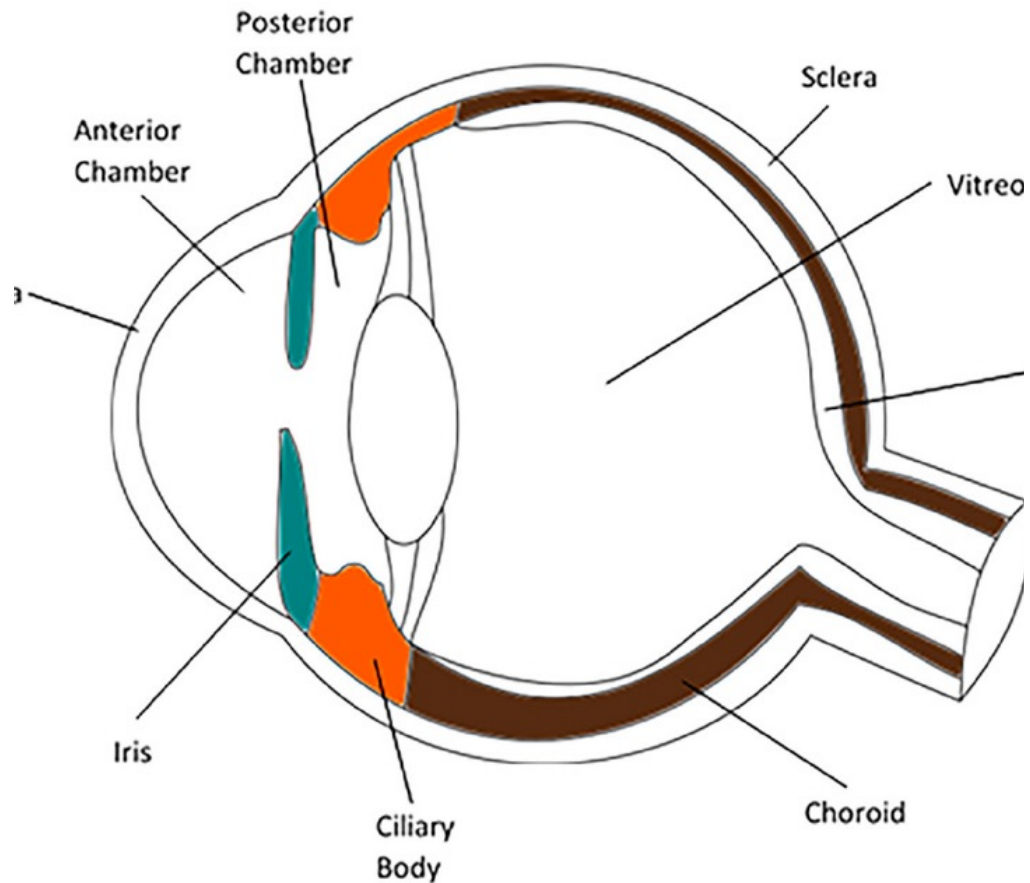
- ΝΙΑ
- ΙΦΝΕ
- Ν. Αδαμαντιάδη - Behcet
- Σαρκοείδωση
- TINU
- Kawasaki, IgA αγγειίτιδα
- Επαγόμενη από φάρμακα
- Τραύμα
- Επαγόμενη από εμβόλια

(Ηπατίτιδα Β, HPV, MMR-V, Γρίπη, BCG)

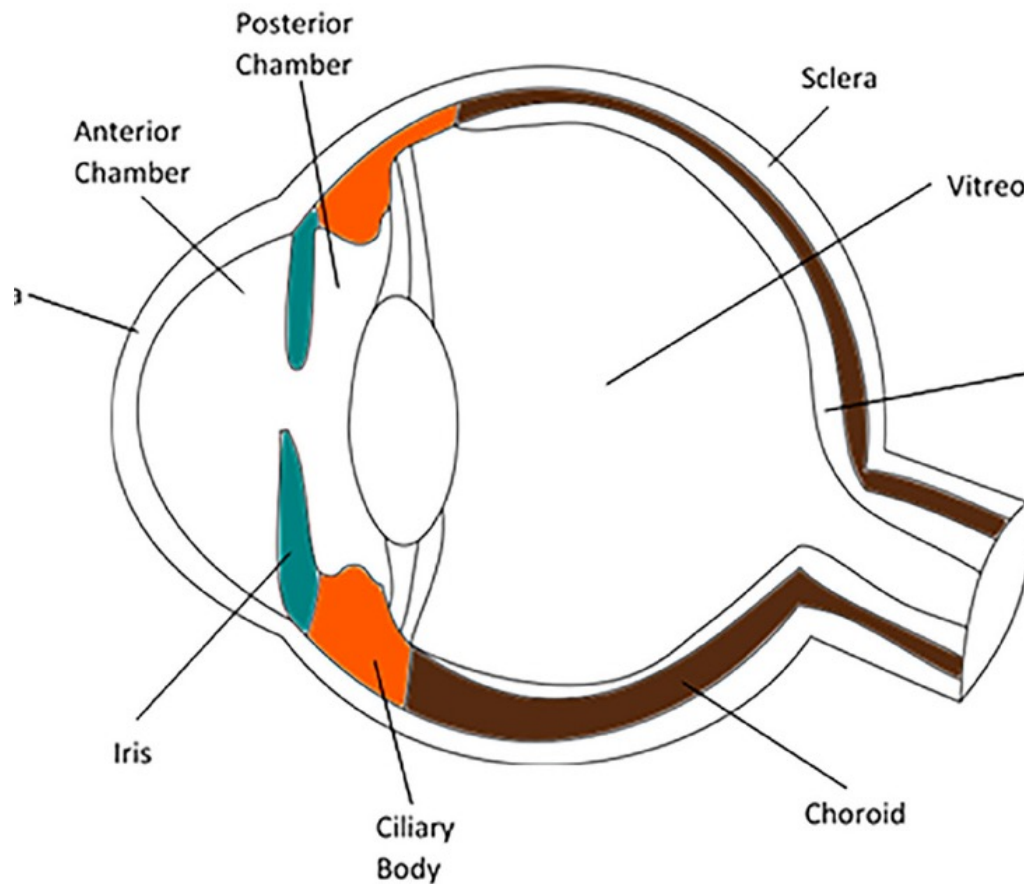




Διάμεση Ραγοειδίτιδα



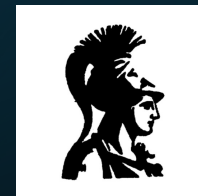
- Σαρκοείδωση
- N. Αδαμαντιάδη - Behcet
- Ιδιοπαθής Pars Planitis
- Πολλαπλή σκλήρυνση



Οπίσθια Ραγοειδίτιδα ή και Πανραγοειδίτιδα

- ΙΦΝΕ
- N. Αδαμαντιάδη - Behcet
- Σαρκοείδωση/Blau
- ΣΕΛ
- ANCA αγγειίτιδες
- Vogt Koyanagi Harada (VKH)
- TINU
- Συμπαθητική Οφθαλμία

Λοιμώδη αίτια ραγοειδίτιδας



Πρόσθια

HSV, VZV, CMV

Μπαρτονέλα

Ερυθρά

Φυματίωση

Διάμεση

Νόσος του Lyme

Τοξοκάριαση

Μπαρτονέλα

Τοξοπλάσμωση

Φυματίωση

Οπίσθια/Παν

Τοξοπλάσμωση

Τοξοκάριαση

HSV, VZV, CMV

Ερυθρά, Ιλαρά

Μπαρτονέλα

Φυματίωση

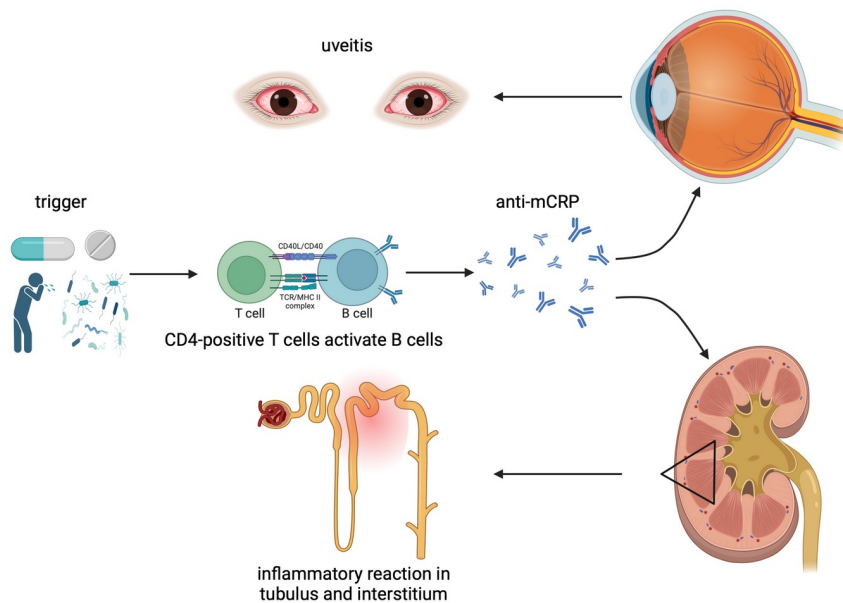
TORCH



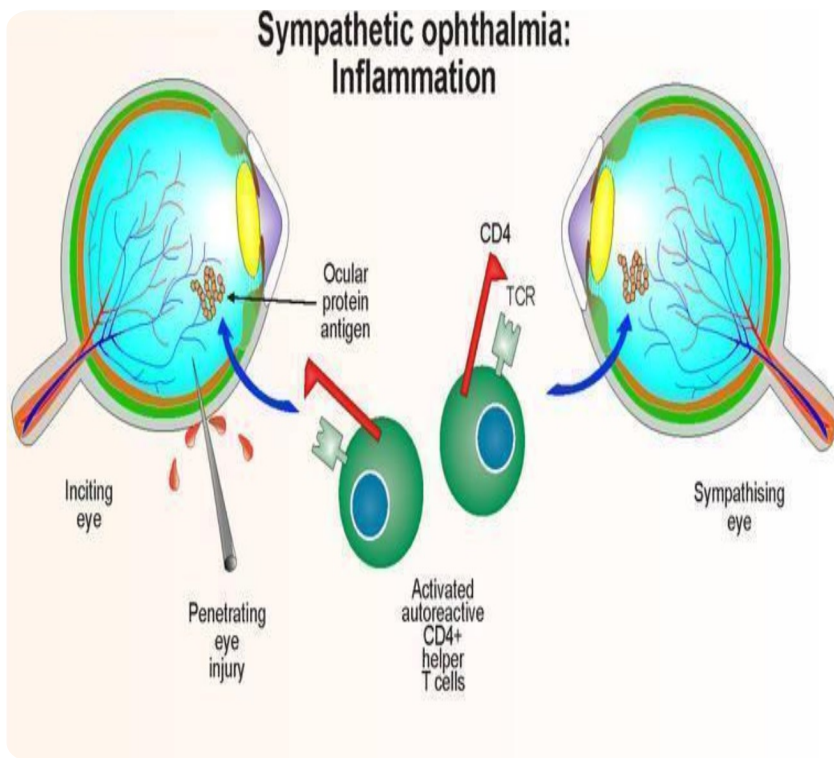
Εργαστηριακός έλεγχος

- Γεν. Αίματος, ΤΚΕ, Βιοχημικός
- ANA + E/E για ΣΕΛ
- ANCA
- SACE
- Ασβέστιο ούρων/αίματος
- Γεν.Ούρων + β2-μικροσφαιρίνη ούρων
- +/- Ακτινογραφία θώρακος ή CT
- HLA-B27
- HLA – B51
- Mantoux/Quantiferon
- Bartonella
- Νόσος Lyme
- Toxoplasma, Toxocara
- HSV, VZV
- CMV
- HIV
- VDRL/RPR

TINU (Tubular Interstitial Nephritis + Uveitis)



- Όξειας έναρξης αμφοτερόπλευρη πρόσθια ραγοειδίτιδα
- Νεφρίτιδα πριν ή μετά την εκδήλωση ραγοειδίτιδας
- Πυουρία, πρωτεϊνουρία, αιματουρία
- Πυρετός, αρθραλγίες, μυαλγίες
κοιλιακό άλγος, κόπωση
- ANA, ANCA, αντισώματα κατά νεφρικών σωληναρίων



Συμπαθητική Οφθαλμία

- Διατιτραίνων τραύμα --→
- Φλεγμονή του αντίπλευρου οφθαλμού
- Αυτοάνοση αντίδραση μετά την έκθεση αντιγόνων του οφθαλμού

Θεραπεία

Τοπικά κολλύρια
κορτικοστεροειδών:
prednisolone acetate
1% or dexamethasone
phosphate 0.1%

Κυκλοπληγικά: 1 φορά
την ημέρα – αποφυγή
σχηματισμού οπίσθιων
συνεχειών – διάσπαση
παλαιών

Συστηματική αγωγή:

2 σταγόνες κορτικοστεροειδών
για > 3 μήνες

Άμεσα όταν υπάρχει:

Απώλεια οπτικής οξύτητας

Απειλητικές επιπλοκές όπως

- ❖ Οίδημα οπτικής θήλης
- ❖ Υποτονία
- ❖ Γλάυκωμα
- ❖ Καταρράκτης

Θεραπεία



Adalimumab ανά 2 εβδομάδες
και επί αποτυχία ανά εβδομάδα
(εφόσον τα επίπεδα του
φαρμάκου είναι χαμηλά και δεν
έχουν προκύψει αντισώματα)

Έγκριση (SYCAMORE and
ADJUVITE trials)

N Engl J Med 2017;376: 1637–46

Ann Rheum Dis . 2018 Jul;77(7):1003-1011

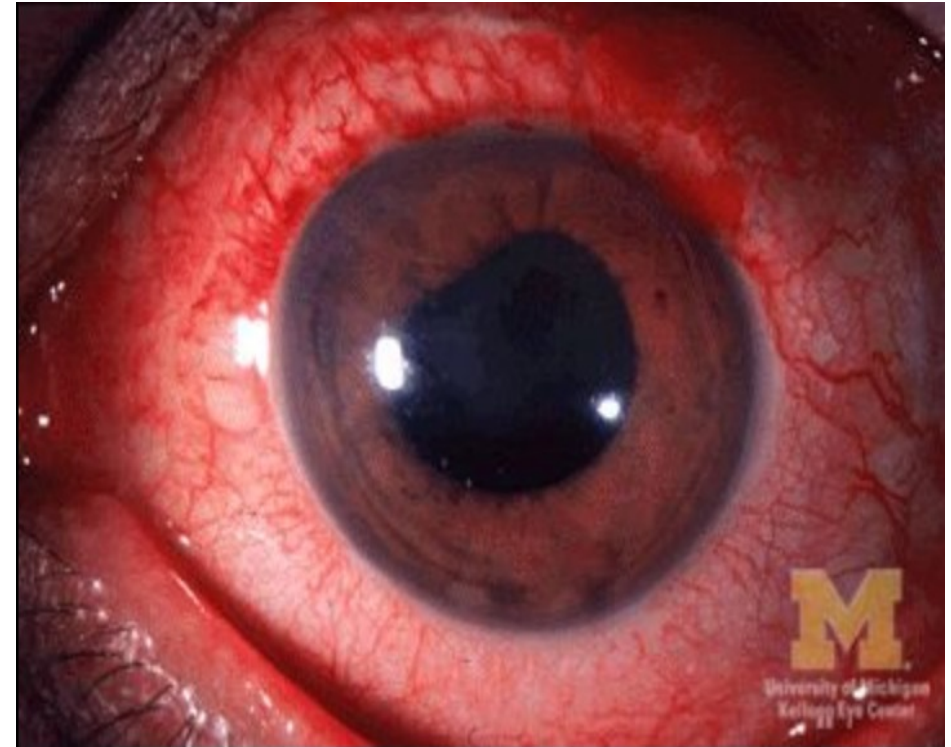
Arthritis Care Res (Hoboken). 2023 May;75(5):975-982



Θεραπεία

Επί μη ανταπόκρισης:

- i) Αλλαγή σε άλλο anti-TNF- α
(Infliximab > Golimumab >
Certolizumab) – **Όχι Etanercept**
- ii) Anti-IL- 6 (Tocilizumab)
- iii) Άλλες θεραπευτικές επιλογές:
Mycophenolate Mofetil, Abatacept,
Rituximab, JAK inhibitors
(Tofacitinib, Baricitinib)





Πότε σταματάμε την αγωγή;

Τουλάχιστον 2 χρόνια ύφεσης προ της σταδιακής διακοπής της αγωγής (ο ασθενής δε λαμβάνει τοπική αγωγή με κολλύρια)

Ann Rheum Dis 2018; 77: 1107–17

Arthritis Rheumatol. 2019;71(6):864-877

Semin Arthritis Rheum. 2019 Aug;49(1):43-55

Πρόγνωση

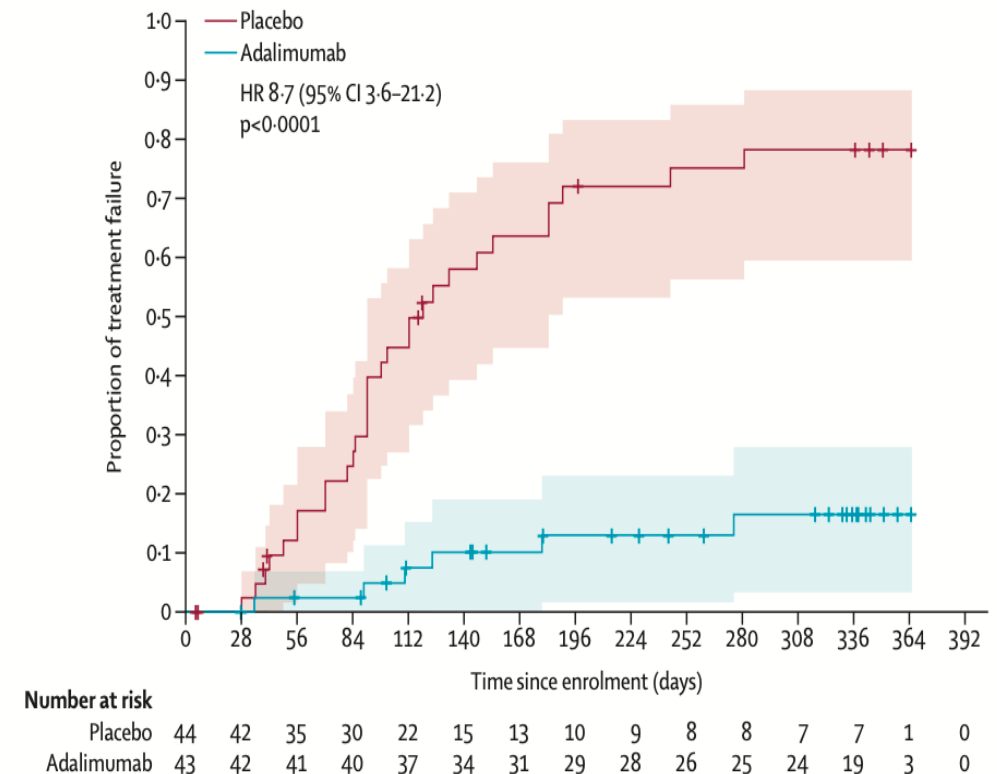


ADJUST Trial (87 ασθενείς)

43 Adalimumab (υποτροπή 16%)

44 Placebo (υποτροπή 68%)

- median 119 ημέρες
- Οι περισσότεροι εντός 24 εβδ.
- Εκ νέου επίτευξη ύφεσης σε 98 ημ (IQR 57-154)



Lancet. 2025 Jan 25;405(10475):303-313

Πρόγνωση

ICON-JIA study (75 ασθενείς)

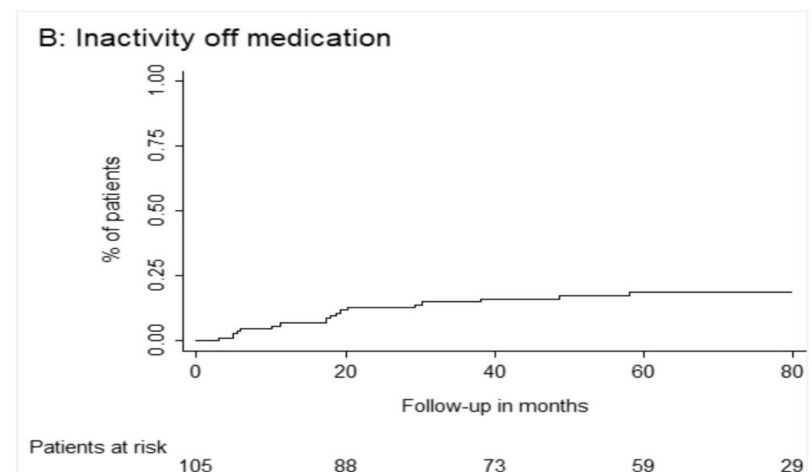
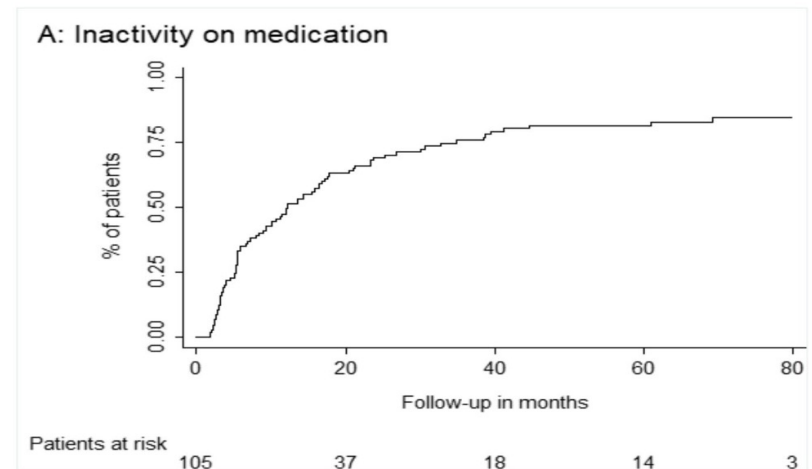
80% πλήρης ύφεση στα 5 έτη (παρόμοιο ποσοστό και στον 1 χρόνο)

- Χαμηλή TKE, CRP,
- Χαμηλή δραστηριότητα αρθρίτιδας

17% πλήρης ύφεση εκτός φαρμακευτικής αγωγής στα 5 έτη

- Χαμηλή TKE, CRP,
- Χαμηλή δραστηριότητα αρθρίτιδας
- Μικρότερο διάστημα μεταξύ ραγοείδιτιδας και έναρξης ανοσοτροποποιητικών

50% κάποια επιπλοκή στα 5 έτη





Επιπλοκές

Καταρράκτης (23% - 83%)

Γλαύκωμα (17% - 28%)

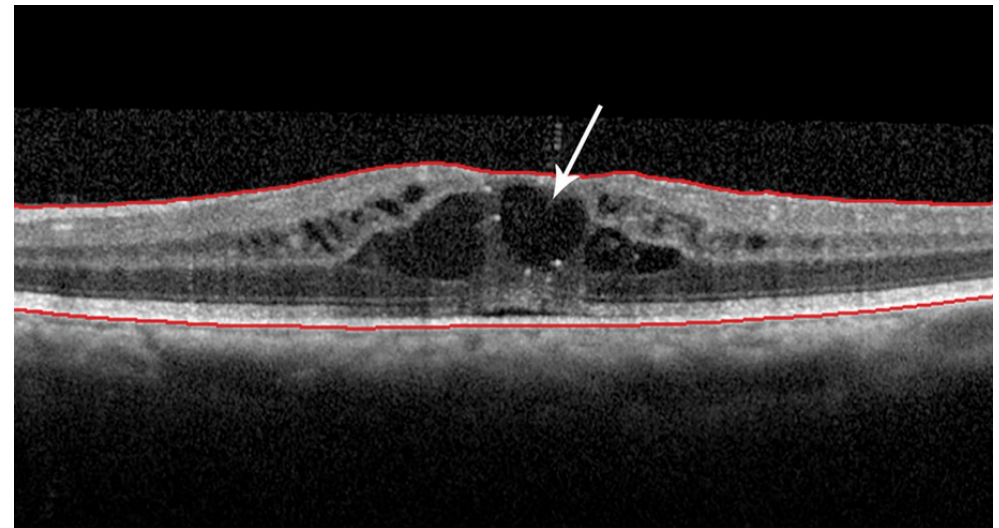
Συνέχειες (18% - 44%)

Band keratopathy (14% - 46%)

Κυστοειδής εκφύλιση ωχράς (2% - 30%)

Υποτονία (3% - 10%)

Τύφλωση (5% - 15%)

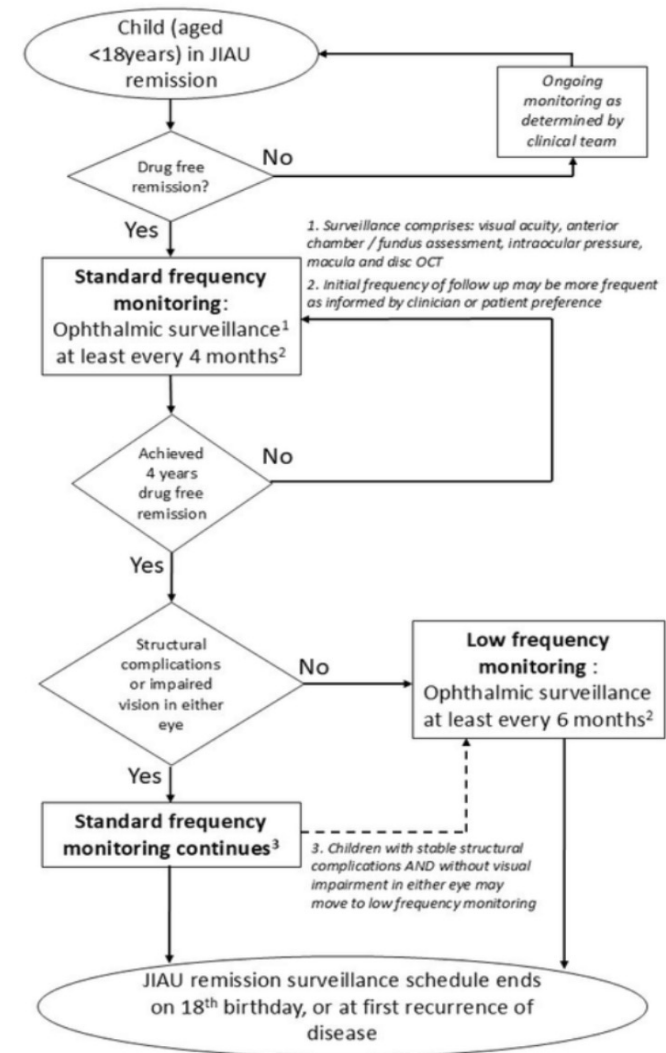


Παρακολούθηση επί ύφεσης

Ύφεση εκτός φαρμακευτικής αγωγής:

- Έλεγχος κάθε 4 μήνες για 4 έτη
- Μετά τα 4 έτη
- Επί επιπλοκών έλεγχος κάθε 4 μήνες
- Χωρίς επιπλοκές έλεγχος κάθε 6 μήνες

Μέχρι το 18 έτος





Ευχαριστώ!!!

