

Amöbusýking í hornhimnu: Sjaldgæfur en sjónskerðandi augnsjúkdómur

Hornhimnusýking af völdum *Acanthamoeba* (*Acanthamoeba keratitis* – AK) er afar sjaldgæfur en alvarlegur augnsjúkdómur. Hann getur leitt til varanlegrar blindu ef hann er ekki greindur og meðhöndlaður tímanlega. Frumdyraættkvíslin *Acanthamoeba* inniheldur að minnsta kosti 24 tegundir,^{1,2} en aðeins hluti þeirra tengist augnsýkingum. Af þeim er algengust er T4-genótypan, sérstaklega *A. castellanii* og *A. polyphaga*.³

Í hinum vestræna heimi koma amöbusýkingar í hornhimnu langoftast upp hjá snertilinsunotendum, en annars staðar er megináhætta tengd augnskaða, oft meðal bænda.^{1,2} Sýking verður yfirleitt við snertingu við mengað vatn eða jarðveg. Dæmigerð einkenni eru roði í auga, aðskota-hlutstilfinning, ljósfælni og miklir verkir sem samrýmast oft ekki útliti hornhimnu. Við skoðun sést íferð hvítra blóðkorna í hornhimnu sem hefur oft sérstakt útlit og leiðir stundum til sáramyndana sem leitt geta til verulegrar sjónskerðingar eða blindu.⁴ AK var fyrst lýst á sjötta áratug síðustu aldar,³ og tíðni sýkinga hefur aukist í takt við aukna notkun á snertilinum. Í Bretlandi hefur fjöldi tilfella þrefaldast á tímabilinu 2010–2019 þó að heildartíðni sé enn lág, um 1–3 tilfelli á hverja milljón íbúa á ári í vestrænum löndum, þar sem yfir 85–90% tengjast notkun á snertilinum.

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* kynna Sigurrós Jónsdóttir læknir og félagar afturskyggna rannsókn á nýgengi AK á Íslandi á tímabilinu 1996–2021. Níu tilfelli greindust á þessum tíma, sem samsvarar nýgengi upp á 1,1 á hverja milljón íbúa á ári. Allir sjúklingarnir notuðu snertilinsur. Nær allir upplifðu mikla verki í auga, og sex voru upphaflega ranggreindir með HSV-sýkingu í auga. Sannreynd meðferð var hafin með diamídinum og biguaniðum, en fimm sjúklingar höfðu áður verið meðhöndlaðir með sterum. Tveir sjúklingar urðu blindir á sýkta auganu, og eitt auga þurfti

að fjarlægja. Flestir hinna urðu fyrir mismikilli sjónskerðingu, þrátt fyrir allt að 24 mánaða meðferð.

AK er fremur sjaldgæfur sjúkdómur hér á landi. Greinst hefur nýgengi frá 4,2 á hverja milljón íbúa í Bretlandi upp í 15,2 á hverja milljón í Indlandi.⁴ Á Norðurlöndunum hefur aðeins Danmörk birt nýgengitölur, 0,87 á hverja milljón,⁵ sem er svipað nýgengi og hér á landi. Erfitt er þó að meta nýgengi sjúkdómsins hér á landi vegna fólksfæðar, lágs nýgengis AK almennt og hækkandi nýgengi AK á heimsvísu.

AK er sjaldgæfur sjúkdómur sem er þó mjög mikilvægt að hafa ávallt í huga þegar einstaklingur kemur inn með roða í auga og augnverk. Erfitt getur reynst að greina AK en sjúkdómurinn getur valdið varanlegri sjónskerðingu sé ekki brugðist við í tíma. Nauðsynlegt er að fræða sjúklinga um rétta notkun linsa, ekki síst með tilliti til aukinnar notkunar á snertilinum. Sérstaklega þarf að árétta að búa aldrei til sinn eigin linsuvökva og ekki síst að sofa aldrei með linsur. Tímabær greining og meðferð eru og lykillinn að því að varðveita sjón.



Jóhannes Kári Kristinsson
augnlæknir

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* kynna Sigurrós Jónsdóttir læknir og félagar afturskyggna rannsókn á nýgengi AK á Íslandi á tímabilinu 1996–2021. Níu tilfelli greindust á þessum tíma, sem samsvarar nýgengi upp á 1,1 á hverja milljón íbúa á ári. Allir sjúklingarnir notuðu snertilinsur.

Heimildir

1. Dart JK, Saw VP, Kilvington S. *Acanthamoeba keratitis: diagnosis and treatment update 2009*. Am J Ophthalmol. 2009;148(4):487–499.e2.
2. Maycock NJ, Jayaswal R. Update on *Acanthamoeba keratitis*: diagnosis, treatment, and outcomes. Cornea. 2016;35(5):713–720.
3. Faselow N, Sirajuddin N, Yin XT, et al. *Acanthamoeba Keratitis: Pathology, Diagnosis, and Treatment*. Pathogens. 2021;10(3):323.
4. Aiello F, et al. Perspectives on the Incidence of *Acanthamoeba Keratitis*. Ophthalmology. 2025;132(2):206–218.
5. Nielsen SE, Ivarsen A, Hjortdal J. Increasing incidence of *Acanthamoeba keratitis* in a large tertiary ophthalmology department from 1994 to 2018. Acta Ophthalmol. 2020;98(5):445–448.

Acanthamoeba Keratitis: Rare but Not to Be Overlooked

Johannes Kari Kristinsson
dr. Med.

doi 10.17992/ibl.2025.12.865