

Zaburzenia powierzchni oka - trafność diagnozy i skuteczne postępowanie terapeutyczne

Dr n. med.
**Anna Zaleska-
Żmijewska**

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Szaflik

Katedra i Klinika Okulistyki II
Wydział Lekarski WUM

Kierownik Kliniki:
Prof. dr hab. n. med. Jerzy
Szaflik

O P I S P R Z Y P A D K U

Ocular surface diseases- correct diagnosis and successful treatment- case report

S U M M A R Y

Careful patient interview and precise ophthalmic examination are the base for accurate diagnosis in range of ocular surface diseases. Two cases of patients who were misdiagnosed and treated due to other diseases causing red eye syndrome: infectious conjunctivitis and dry eye syndrome are presented in this paper. Proper diagnosis of ocular allergy: seasonal allergic conjunctivitis and vernal keratoconjunctivitis caused improvement in signs and symptoms in both cases.

W diagnostyce zaburzeń powierzchni oka należy zwracać szczególną uwagę na dokładne przeprowadzenie wywiadu chorobowego i badanie okulistyczne. W pracy przedstawiono przykłady dwóch pacjentów, u których nieprawidłowe rozpoznanie choroby prowadzącej do zespołu czerwonego oka, jako infekcyjnego zapalenia spojówek i zespołu suchego oka, mogło prowadzić do zaostrzenia reakcji alergicznej w obrębie spojówki. Postawienie właściwej diagnozy sezonowego alergicznego zapalenia spojówek i wiosennego zapalenia spojówek oraz włączenie odpowiedniego leczenia miejscowego spowodowało znaczną poprawę subiektywną i obiektywną u obu pacjentów.

Zaleska- Żmijewska A.: Zaburzenia powierzchni oka – trafność diagnozy i skuteczne postępowanie terapeutyczne. Alergia, 2013, 1: 14-16



Zaburzenia powierzchni gałki ocznej najczęściej manifestują się czerwonym okiem z towarzyszącymi licznymi, często różnorodnymi dolegliwościami, takimi jak: pieczenie, łzawienie, uczucie ciała obcego, swędzenie, wydzielina w worku spojówkowym. Postawienie właściwej diagnozy ma decydujący wpływ na wybór i skuteczność zastosowanego leczenia.

Wśród przyczyn czerwonego oka należy wymienić:

- stany zapalne gałki ocznej, w tym bakteryjne lub wirusowe zapalenie spojówek,
- zespół suchego oka
- alergiczne zapalenia spojówek.

Wykluczenie innych stanów chorobowych objawiających się czerwonym okiem, takich jak osty atak jaskry, zapalenie błony naczyniowej, zapalenie rogówki jest możliwe po pełnym badaniu okulistycznym w lampie szczelinowej.

W codziennej praktyce okulistycznej najczęściej spotykamy się z zaburzeniami powierzchni oka. Zarówno zaburzenia wydzielania łez, alergię oczne, jak i infekcje spojówkowe mogą dawać bardzo podobne objawy przedmiotowe i podmiotowe. Podstawą prawidłowego rozpoznania jest dokładny wywiad z pacjentem oraz rzetelne badanie w lampie szczelinowej.

Pacjent 1

Pacjentka lat 26, ogólnie zdrowa, pracująca przy komputerze co najmniej 8 godzin dziennie zgłosiła się do poradni przyszpitalnej Szpitala Okulistycznego SPKSO z powodu nasilenia dolegliwości spojówkowych, zaczerwienienia, łzawienia i bólu w obu oczach.

Pacjentka zgłaszała występowanie problemów okulistycznych od około 3 lat pod postacią zaczerwienienia, łzawienia, świądu oczu, z towarzyszącą lepką śluzową wydzieliną. Objawy nasilały się sezonowo w okresie wiosennym i jesiennym, ale wydzielina i świąd utrzymywały się przez cały rok. Pacjentka była konsultowana przez alergologa, ale nie postawiono rozpoznania zmian o charakterze atopowym. Wykonane testy skórne były ujemne. Wywiad w kierunku chorób atopowych ujemny. Wielokrotnie, w ciągu ostatnich 3 lat, z powodu dużej ilości wydzieliny w worku spojówkowym, pacjentka była leczona kroplami z antybiotykiem, z rozpoznaniem bakteryjnego zapalenia spojówek. Dolegliwości zmniejszały się zwłaszcza po zastosowaniu kropli złożonych antybiotyk i steroid. Dodatkowo pacjentka zgłaszała nasilającą się nietolerancję soczewek kontaktowych. Z tego powodu właściwie przestała ich używać z obawy o nawracające zapalenia infekcyjne spojówek.

Badanie przedmiotowe:

Pełna ostrość wzroku do dali i bliży w korekcji okularowej -4,0Dsph OPL.

Odcinek przedni:

Spojówki zadrażnione powierzchownie, z niewielkim obrzękiem spojówki powiekowej. W załamku dolnym na spojówce powiekowej drobne brodawki. Po odwinięciu powieki górnej olbrzymie, przerośnięte brodawki typu „kamienie brukowe“, większe od strony nosa. Brodawki z poszerzonymi naczyniami, zadrażnione, między nimi biała śluzowa sznurkowata wydzielina.

Rogówka przezierna, zlewnie punkcikowato podsychnająca w kwadrancie górno- nosowym (odpowiadającym lokalizacji brodawek olbrzymich).

Poza powyższymi zmianami na powierzchni gałki ocznej OPL odcinek przedni i dno obu oczu prawidłowe.

Badanie IgEs

Zlecono pacjentce oznaczenie poziomu IgE z krwi. Wynik nieprawidłowy - poziom przekraczał normę trzykrotnie.

Rozpoznanie:

Na podstawie obrazu klinicznego, wywiadu i wyniku IGE rozpoznano wiosenne zapalenie spojówek.

Leczenie:

- krople antyhistaminowe nowej generacji o wielokierunkowym mechanizmie działania z jednoczesną stabilizacją komórek tucznych i chemotaksji mediatorów zapalnych,
- krople nawilżające bez konserwantów na stałe 3-4 razy w ciągu dnia.
- z powodu nasilenia dolegliwości i zmian zapalnych na spojówce powieki górnej zalecono również krótkoterminową kurację steroidem miejscowo (5-7 dni) pod kontrolą okulisty.

Wizyta kontrolna

Na kontroli po 3 tygodniach zaordynowanego leczenia zaobserwowano znaczną poprawę stanu miejscowego, zmniejszenie obrzęku spojówki powieki górnej. Przerośnięte brodawki powieki górnej również uległy spłaszczeniu i obkurczeniu. Pacjentka zgłaszała też poprawę subiektywną, przede wszystkim dużo mniejsze dolegliwości wynikające z zespołu suchego oka i mniejszą ilość wydzieliny śluzowej w worku spojówkowym. Zalecono kontynuację leczenia miejscowego i stałą okresową kontrolę okulistyczną.

Omówienie:

Postawienie właściwego rozpoznania utrudniał wiek pacjentki w chwili pierwszego zgłoszenia się do lekarza okulisty oraz ujemny wywiad w kierunku innych chorób o podłożu atopowym. Pacjentka zgłaszała się do okulisty przede wszystkim w momencie zaostrzenia dolegliwości i najczęściej rozpoznawano wówczas infekcyjne zapalenie spojówek. Wiązało się to najczęściej z włączeniem leczenia przeciwzapalnego antybiotykiem i steroidem w kroplach. Dodatkowo brak objawów typowych dla alergii w obrębie spojówki załamka dolnego i keratopatia punktowata rogówki bardziej przemawiały za rozpoznaniem zespołu suchego oka, na który pacjentka mogła być narażona w związku z charakterem pracy- praca biurowa.

Wiosenne zapalenie spojówki i rogówki

Wiosenne zapalenie spojówki i rogówki (VKC- vernal keratoconjunctivitis) zaczyna się zwykle przed 10 rokiem życia i ok. 3 razy częściej dotyka chłopców. Częściej występuje u rasy czarnej i żółtej, co sugeruje wpływ zarówno czynników środowiskowych, jak i genetycznych w rozwoju tej postaci alergii ocznej. Wywiad rodzinny w kierunku atopii występuje u 2/3 chorych, a u 3/4 współistnieją z VKC inne choroby atopowe (1, 2, 3)

Charakterystyczny w obrazie klinicznym VKC jest przerost brodawek spojówki tarczki górnej (typ powiekowy), łącznie z tworzeniem się brodawek olbrzymich (typu kamienie brukowe), pogrubiała spojówka o wyglądzie guzków śluzowych z plamkami Trantasa przy rąbku rogówki (typ rąbkowy). W obu typach VKC mogą wystąpić uszkodzenia rogówki, począwszy od drobnych punktowatych ubytków, do owrzodzeń czy blizn podnabłonkowych.

Zmiany te mogą prowadzić do trwałego jej uszkodzenia z wytworzeniem blizn, unaczynieniem rogówki, a w konsekwencji do upośledzenia ostrości wzroku. W patogenezie zmian rogówkowych bierze się pod uwagę kombinację toksycznej epiteliopatii zależnej od czynników prozapalnych oraz mechaniczne uszkodzenie nabłonka rogówki przez rozrośnięte brodawki powieki górnej (3, 4).

VKC jest reakcją nadwrażliwości IgE niezależną i jest związana z niespecyficzną proliferacją i aktywacją limfocytów Th2 uwalniających cytokiny IL-3, IL-4 i IL- 5.

Nacieczenia komórkami eozynofilowymi są odpowiedzialne za wystąpienie rogówkowych

powikłań alergii. Cytokiny produkowane przez limfocyty Th2: IL-4, IL-13 odgrywają ważną rolę w patogenezie zmian spojówkowych, stymulując migrację, proliferację i produkcję kolagenu przez spojówkowe fibroblasty. Zachwianie równowagi między metaloproteinazami macierzy zewnątrzkomórkowej (MMP) i ich inhibitorami (TIMMP) prowadzi do tworzenia się brodawek olbrzymich na spojówce powiekowej (1,2)

Pacjent 2

34 letni pacjent od wielu lat leczony lekiem antyhistaminowym ogólnie z powodu alergicznego nieżytu błony śluzowej nosa, w przebiegu alergii na roztocza kurzu domowego. Pacjent zgłosił się do poradni przyszpitalnej SPKSO Szpitala Okulistycznego z powodu pojawienia się około tydzień wcześniej silnego łzawienia, pieczenia, bólu i zaczerwienienia obu oczu. Ze względu na charakter pracy- informatyk, pacjent podejrzewał u siebie zespół suchego oka i okresowo, ale nieregularnie stosował preparaty sztucznych łez.

W badaniu przedmiotowym:

Pełna ostrość wzroku bez korekcji do dali i bliży.

Spojówki zadrażnione powierzchownie, z rozlanym obrzękiem w załamku dolnym i kącie przyśrodkowym. Liczne, drobne, ciasno upakowane brodawki na spojówce w obrębie załamka dolnego i górnego; surowicza wydzielina w worku spojówkowym.

Rogówki przeziernie, nieznacznie podsychnające dołem, nie barwiące się fluoresceiną.

Poza tym bez odchyień od normy w dalszym badaniu odcinka przedniego i dna obu oczu w lampie szczelinowej.

Rozpoznanie:

Rozpoznano sezonowe alergiczne zapalenie spojówek z towarzyszącym zespołem suchego oka.

Leczenie:

- **krople antyhistaminowe nowej generacji o wielokierunkowym mechanizmie działania z jednoczesną stabilizacją komórek tucznych i chemotaksji mediatorów zapalnych,**
- **krople nawilżające bez konserwantów na stałe 3-4 razy w ciągu dnia.**
- **zalecono odstawienie leków ogólnych antyhistaminowych, które mogły dodatkowo nasilać objawy zespołu suchego oka.**

Wizyta kontrolna

W badaniu kontrolnym po 2 tygodniach stosowanego leczenia kroplowego zaobserwowano poprawę stanu miejscowego, zmniejszenie zaczerwienienia i obrzęku spojówek oraz ustąpienie dolegliwości subiektywnych.

Omówienie:

Problem alergii ocznych i zespołu suchego oka są coraz częściej ze sobą połączone. Badania wśród pacjentów z katarzem siennym wykazały, że objawy oczne jako jedyna manifestacja alergii występowały w 8%, natomiast w połączeniu z objawami nosowymi

alergii aż w 85,3%. W opracowaniu dotyczącym częstości alergii w USA, ponad 50% osób cierpiących z powodu alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa miało również objawy ze strony oczu, a 15% spośród nich wskazało je jako główny problem utrudniający życie (1,7) Przewlekłe narażenie na występowanie objawów suchego oka lub/i podłoże immunologiczne jego występowania powodują stałe uszkodzanie komórek nabłonka spojówki oraz stymulację odpowiedzi zapalnej.

Zespół suchego oka może nasilać objawy zapalenia alergicznego spojówek, a nawet powodować przeoczenie objawów reakcji alergicznej, zwłaszcza w sytuacji, gdy dominującym objawem subiektywnym jest pieczenie, a nie świąd. Dodatkowo objawy suchego oka u pacjenta mogły być nasilone z powodu doustnego stosowania leku antyhistaminowego.

Do rozwoju zespołu suchego oka w przebiegu alergicznego zapalenia spojówek może dojść w dwóch mechanizmach (2,4).

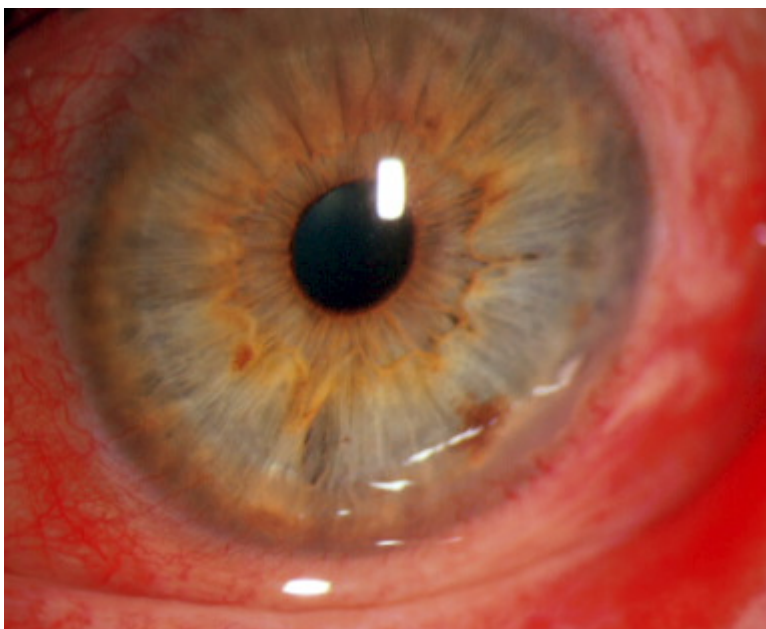
1. niestabilności filmu łzowego w przewlekłym procesie zapalnym na powierzchni gałki ocznej

2. powikłań stosowanego leczenia miejscowego i ogólnego – leki przeciwhistaminowe.

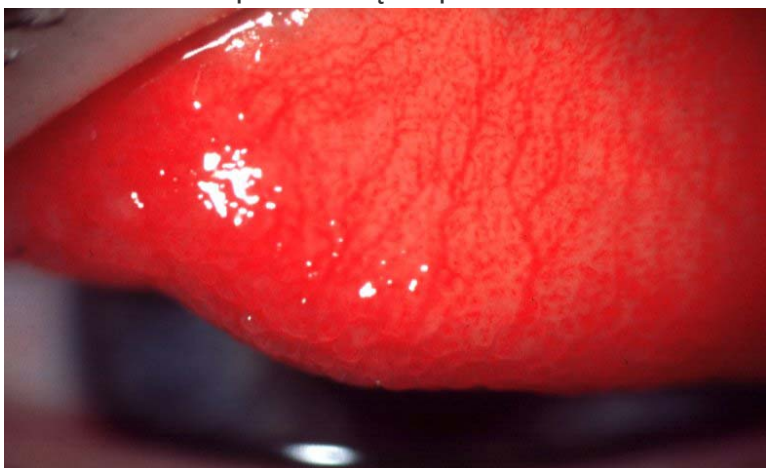
Niestabilność filmu łzowego jest stwierdzana u ponad 62% pacjentów z alergiami ocznymi. Przede wszystkim zaburzenia te dotyczą warstwy lipidowej i śluzowej filmu łzowego (6). Wielkość warstwy wodnej nie ulega zmianie w alergicznych zapaleniach spojówek. Tak więc mimo występowania nasilonych objawów zespołu suchego oka w alergicznym zapaleniu spojówek podstawowy test diagnostyczny, czyli test Schirmera zwykle jest prawidłowy, natomiast nieprawidłowy będzie czas przzerwiania filmu łzowego, czyli BUT. W przebiegu przewlekłego zapalenia dochodzi również do metaplastji komórek nabłonka spojówki oraz znamienego zmniejszenia liczby komórek kubkowych. Prowadzi to do zaburzeń jakościowych i ilościowych w składzie warstwy śluzowej filmu łzowego oraz niestabilności filmu łzowego BUT zależnej (6, 7) ponad 78% pacjentów z alergicznym zapaleniem spojówek występuje również znamienne pogrubienie warstwy tłuszczowej filmu łzowego (3,4,8).

Stosowanie leków ogólnych może wywołać lub nasilić objawy suchego oka. Do preparatów o takim działaniu ubocznym należą min: leki antyhistaminowe, beta- blokery, doustne środki antykoncepcyjne, leki moczopędne, cytostatyki.

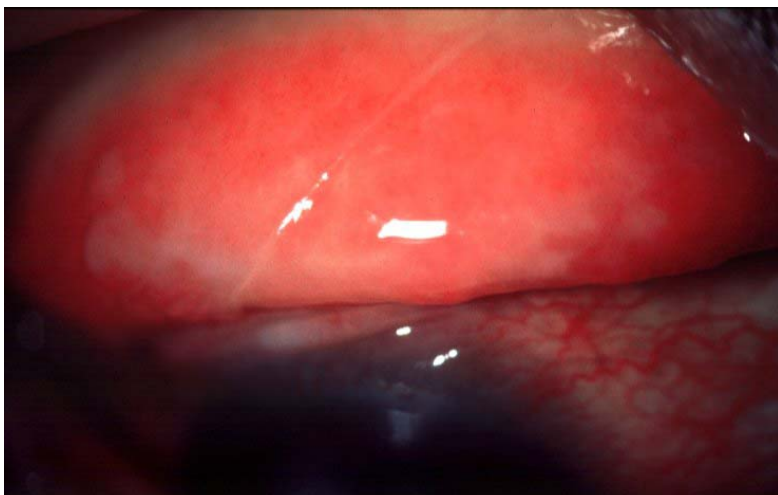
Ryc. 1 Sezonowe alergiczne zapalenie spojówek – zaczerwienienie, obrzęk spojówki, surowicza wydzielina w worku spojówkowym



Ryc. 2 Brodawki na spojówce powieki górnej widoczne po odwinięciu powieki



Ryc. 3 Sznurkowata śluzowa wydzielina na spojówce powieki górnej widoczna po odwinięciu powieki





Pracę nadesłano 2013.03.20
Zaakceptowano do druku 2013.03.22

Zamknij

Drukuj