

# Zapalenia spojówek – alergia czy zespół suchego oka?

Conjunctivitis – allergy or dry eye syndrome?

Ewa Bogacka<sup>1</sup>, Anna Groblewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Geriatrii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Bernard Panaszek

<sup>2</sup>Klinika Okulistyki Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, kierownik Kliniki: p.o. dr n. med. Dorota Tomasziewicz-Mondry

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 5: 372–374

**Słowa kluczowe:** atopowe zapalenie skóry (AZS), atopowe zapalenie spojówek i rogówki (AKC), wiosenne zapalenie spojówek i rogówki (VKC), ostre alergiczne zapalenie spojówek (AAC), olbrzymiobrodawkowe zapalenie spojówek (GPC).

## Abstract

Red eye is a common condition of contemporary people. We have to remember that allergy is not the only cause of red eye. Most frequently, conjunctivitis is infective in origin, but both allergic and infective conjunctivitis may coexist with dry eye syndrome. To investigate and solve this problem, collaboration of the ophthalmologist and allergologist is often necessary. This article is a guide proposition first of all for general practitioners, but also for other specialists. It consists of two steps: the questions which should be asked to the patient, and basic examination of the eye. In this way most mild allergic conjunctivitis can be diagnosed and treated successfully. The differential diagnosis of “red eye” and the urgent causes of this sign are also presented in this article.

**Key words:** atopic dermatitis, acute allergic conjunctivitis (AAC), vernal keratoconjunctivitis (VKC), atopic keratoconjunctivitis (AKC), giant papillary conjunctivitis (GPC).

## Wprowadzenie

Zapalenie spojówek to częsty problem w praktyce lekarza rodzinnego. Szacuje się, że ostry stan zapalny spojówek jest powodem 15% konsultacji okulistycznych i 6% porad u lekarza rodzinnego [1]. Dolegliwości spojówkowe szeroko pojęte, incydentalne lub chroniczne, dotyczą natomiast ok. 40–60% populacji na świecie [2]. Kiedy podejrzewa się, że pacjent ma zapalenie spojówek? Zwykle ma przekrwione oczy, czasami jest zauważalny obrzęk powiek i tkanki wokół oczodołu oraz wydzielina w worku spojówkowym. Pacjent może zgłaszać świąd, łzawienie, pieczenie, sklejanie powiek przez gęstą wydzielinę, światłowstręt, zaburzenie ostrości widzenia, a nawet ból oka. Przekrwienie spojówek przeważnie jest banalną, samoleczącą się przypadłością, ale w części przypadków bywa pierwszym objawem chorób, które mogą powodować trwałe zmiany w narządzie wzroku, a nawet ślepotę, jeśli nie są wcześniej rozpoznane i właściwie leczone.

Z tego powodu lekarz praktyk powinien orientować się we wstępnej diagnostyce dolegliwości ocznych, aby z jednej strony nie aplikować niepotrzebnego leczenia (np. krople steroidowe!), a z drugiej, wiedzieć, które przypadki kierować w trybie ostrym na dyżur okulistyczny czy laryngologiczny, a które w trybie planowym do konsultacji okulisty i/lub alergologa. Mimo rozpowszechnienia się chorób alergicznych, alergia nie jest jedyną przyczyną zaczerwienionych oczu. W podobnym odsetku przyczyną są infekcje lub zespół suchego oka. Szczególnie ten drugi często jest mylony z alergią oczu, chociaż może z nią współwystępować, powodując „oporne na leczenie” alergie oczu.

Podstawowa diagnostyka zapalenia spojówek może być z powodzeniem przeprowadzona w warunkach każdego gabinetu lekarskiego. Należy zebrać odpowiednie dane z wywiadu oraz wykonać badanie zewnętrznych struktur oka.

---

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Ewa Bogacka, Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Geriatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul. Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław, tel. 601 54 04 23, faks +48 71 798 94 97, e-mail: bogacka@alergia.giabox.pl

## Wywiad, rodzaj dolegliwości

Najczęstszymi dolegliwościami zapalenia spojówek są:

- świąd oczu (spojówek i/lub powiek) – duże prawdopodobieństwo alergii;
- pieczenie oczu (uczucie „piasku pod powiekami” lub „zmęczenia oczu”) – duże prawdopodobieństwo zespołu suchego oka;
- ból gałki ocznej (ciało obce, jaskra, wirusowe zapalenie rogówki itp.) – stany wymagające szybkiej diagnostyki okulistycznej;
- światłowstręt – sugeruje uszkodzenie rogówki lub ostry atak jaskry; nawet jeśli pacjent ma już rozpoznaną alergię oczu, okulista powinien przejąć jak najszybciej jego leczenie;
- nagły spadek ostrości wzroku (podejrzenie uszkodzenia rogówki, odklejenia siatkówki czy zatoru tętnicy środkowej siatkówki) – konsultacja okulistyczna w trybie pilnym;
- łzawienie oczu – najbardziej niecharakterystyczny objaw, mogący towarzyszyć zarówno zespołowi suchego oka, alergii spojówek, jak i podrażnieniu oka czynnikami fizycznymi.

## Dodatkowe dane z wywiadu

**Sugerujące alergię** – obciążenie rodzinne atopią, ewentualne choroby alergiczne w dzieciństwie. Sezonowość objawów, obecność rozpoznanego alergicznego nieżytu nosa lub innych chorób alergicznych, np. AZS, astma oskrzelowa. Zmiany z reguły obuooczne. Początek choroby po zamieszkaniu zwierzęcia w domu (chomiki, króliki, świnki morskie!) lub związek czasowy z pracą: spawanie, galwanizacja, lutowanie, kotlarstwo, przemysł chemiczny, spożywczy, tytoniowy, farmaceutyczny, ogrodnictwo, kwaciarstwo, usługi kosmetyczne i fryzjerskie [3]. W przypadku pojawienia się zmian skórnych wokół oczu konieczne są dane na temat stosowanych w ostatnim czasie nowych kosmetyków i/lub leków, szczególnie dospojówkowych [3]. Wystąpienie objawów u osób noszących szkła kontaktowe powinno spowodować przerwanie stosowania soczewek kontaktowych i skierowanie do okulisty.

**Sugerujące zespół suchego oka** – skargi na uczucie pieczenia lub „piasku pod powiekami”, rzadko świąd i nadmierne wydzielanie śluzu, skąpe łzawienie lub paradoksalnie nadmierne. Szczególnie charakterystyczne jest nadmierne łzawienie rano, zwłaszcza po kontakcie z zimnym powietrzem [4]. Dolegliwości obuooczne. W ciężkich przypadkach mogą dotączyć ból i światłowstręt, co sugeruje uszkodzenie rogówki. Długotrwałe stosowanie leków, które mogą zaburzać film łzowy: leki antycholinergiczne, leki przeciwhistaminowe, antydepresyjne, neuroleptyczne, przeciwmigrenowe, antykoncepcyjne,  $\beta$ -adrenolityki, tiazydy, cytostatyki, nadużywanie kropli anemizujących spojówkę (Betadrin, Starazolin, Visine itp.) [5–7]. Wieloletnia choroba alergiczna oczu i/lub skóry [8]. Obecność takich chorób, jak trądzik różowaty, zespół Sjögrena, reuma-

toidalne zapalenie stawów, parkinsonizm, niedoczynność tarczycy, cukrzyca, przebyte laserowej korekty wzroku, menopauza [4, 7].

**Sugerujące stan zapalny** – nagły początek, z reguły od jednego oka, pieczenie, wydzielina ropna i rzadko ból oka. Nie stwierdza się sezonowości. Zmiany spojówkowe u niemowląt są głównie na tle infekcji: rzeżączka (2.–4. dzień życia), wirusy, chlamydie (5.–12. dzień życia) i bakterie (1. mies. życia) [1, 9]. Infekcje wirusowe i chlamydio-we oczu powinny być leczone w trybie pilnym przez okulistę. Podejrzewa się je, jeśli były poprzedzone objawami ogólnoustrojowymi – „przeziębieniem” i/lub powiększeniem węzłów chłonnych przyusznych [4]. Ostre zapalenie zatok okołonosowych, szczególnie u dzieci i osób z obniżoną odpornością, może przebiegać z wytworzeniem ropnia okołoooczodołowego, co może być mylone z ostrym alergicznym obrzękiem oka (AAC). W przypadku ropnia obecny jest ból, może występować gorączka, często pojawia się przemieszczenie gałki ocznej lub ograniczenie jej ruchomości. Pacjent wymaga natychmiastowej interwencji laryngologa [10]. Przewlekły stan zapalny zatok i/lub polipy nosa często są przyczyną przewlekłego przekrwienia spojówek z ropną wydzieliną lub bez niej. W takich przypadkach leczenie samych spojówek nie będzie skuteczne bez opanowania stanu zapalnego zatok [10, 11].

**Do czynników niespecyficznie drażniących spojówki** i pogarszających przebieg każdego zapalenia spojówek [3, 7, 12] zalicza się:

- rzadkie mruganie (praca przy komputerze, nadmierne oglądanie telewizji),
- długotrwała praca przy sztucznym świetle, uszkodzenia chemiczne, noszenie szkieł kontaktowych,
- przewlekłe narażenie na dym tytoniowy – bierne i czynne,
- długotrwałe przebywanie w pomieszczeniach klimatyzowanych nasila objawy suchego oka, zmienia przebieg chorób alergicznych (brak sezonowości albo paradoksalne objawy pyłkowicy, np. z chwilą włączenia klimatyzacji zimą i ponownego kontaktu z pyłkami zgromadzonymi w filtrach urządzenia klimatyzującego),
- narażenie na działanie substancji chemicznych „uwięzionych” w pomieszczeniach szczelnie zamkniętych (przeludnienie, niewietrzenie mieszkań, szczelne okna): formaldehyd (sklejkowe meble, wykładziny, remonty), produkty spalania – CO, CO<sub>2</sub> i NO (palenie w kominku, gotowanie na kuchence gazowej), lotne substancje powstające w procesie czyszczenia wykładzin i ulatniające się z ubrań i pomieszczeń świeżo wyremontowanych.

## Badanie lekarskie

**Przekrwienie spojówek** może być powierzchowne (zaczerwienienie spojówek) i głębokie, tzn. okołorogówkowe z widocznymi naczyniami, czasami wrastającymi w rogówkę i odcieniem sinawym wokół. Przekrwienie głębokie wymaga zawsze leczenia okulisty [12].

**Wydzielina ropna** sugeruje ropne zapalenia spojówek, ale może być wynikiem nadkażenia źle leczonego lub nierozpoznanego zespołu suchego oka i/lub alergii [13].

**Obrzęk powiek** – duży, niebolesny, symetryczny, często ze świądem i/lub łzawieniem u osoby z wcześniej zdiagnozowaną alergią (najczęściej pyłkowicą) to AAC, powstający po masowym kontakcie z alergenem. Mimo „dramatycznego” wyglądu chorego, schorzenie leczy się skutecznie zimnymi okładami, przemywaniem spojówek i antyhistaminikami i nie wymaga pomocy specjalistycznej czy pogotowia ratunkowego. Obrzęk asymetryczny, często z bólem twarzoczaszki, budzi natomiast podejrzenie ropnia okołoczodołowego i wymaga natychmiastowej hospitalizacji na oddziale laryngologicznym. W VKC czy AKC obrzęk powiek jest z reguły stanem przewlekłym, ustępującym po właściwym leczeniu okulistycznym [10, 12].

**Brak rzęs** – AZS, AKC, nużeniec.

**Cienie pod oczyma** oraz jedwabiste, długie rzęsy sugerują alergię, natomiast bladoliliowe zabarwienie powiek przemawia za zapaleniem skórno-mięśniowym.

**Rumień skóry twarzy** i/lub zmiany jak w trądziku różowatym, przekrwienie spojówek towarzyszą trądzikowi lub (uwaga!) może go wyprzedzać o kilka lat.

**Plamki Trantasa** – drobne białawe grudki wokół rąbka rogówki, widoczne nieuzbrojonym okiem – podejrzenie VKC lub AKC [6, 11, 13].

**Zmiany skóry powiek i skóry wokół oczu** – w przypadku masywnej ekspozycji na aeroalergeny (np. pyłki roślinne) powstaje znaczny obrzęk delikatnej tkanki podskórnej oczodołu z rumieniem skóry powiek i silnym przekrwieniem spojówek. Jeśli narażenie na mniejsze stężenia alergenów przewleka się, pojawia się „starczy wyraz oczu”, tzn. sucha skóra z drobnootrębiastym łuszczeniem się i pogłębieniem naturalnych bruzd skórnych. W przypadku obecności atopowego zapalenia skóry występuje dodatkowy fałd powieki dolnej, tzw. fałd Dennie-Morgana, oraz wytarcie lub przerzedzenie zewnętrznych końców brwi, tzw. objaw Hertoghe’a [12, 13].

**Wydzielina** – można ją zobaczyć w kąciuku oka. Wydzielina śluzowa może być nie tylko objawem alergii ocznej, podobnie jak wydzielina ropna nie wyklucza alergii. Należy pamiętać, że szczególnie wiosenne uczulenia na pyłki drzew wiktane są stosunkowo szybko zapaleniem bakteryjnym, jednak nawrotowość i sezonowość powinna skłonić do wykonania diagnostyki alergologicznej. Wydzielina gęsta, sklejająca rano powieki i ciągnąca się jak „sznurki” sugeruje VKC [2, 5, 12, 13]. Jeśli potrafi się wywinąć górną powiekę, można tam dostrzec zmiany brodawkowe – drobne w przypadku łagodnej postaci VKC, AKC i olbrzymie w przypadku ciężkich stadiów powyższych jednostek lub GPC [13, 14].

**Dodatkowe badania**, które może zlecić każdy lekarz w celu dalszej diagnostyki lub potwierdzenia alergii, to:

a) testy skórne z alergenami wziewnymi – pyłkami, roztoczy kurzu domowego, sierści zwierząt, grzybów pleśniowych, lateksu,

b) oznaczanie specyficznych przeciwciał klasy IgE we krwi,  
c) testy płatkowe przy współistnieniu zmian skóry wokół oczu.

W przypadku potwierdzenia alergii dalsza diagnostyka i leczenie zostały omówione w *Konsensusie leczenia alergii oczu* [3]. Przy podejrzeniu zespołu suchego oka czy przewlekłej infekcji bakteriami, chlamydiami czy nużeniem pacjent musi być zbadany okulistycznie w trybie planowym [13, 14].

#### Piśmiennictwo

- Petricek I, Prost M, Popova A. The differential diagnosis of red eye. A survey of medical practitioners from Eastern Europe and the Middle East. *Ophthalmologica* 2006; 220: 229-37.
- Leonardi A. In-vivo diagnostic measurements of ocular inflammation. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005; 5: 464-72.
- Polski Konsensus Diagnostyki i Leczenia Alergicznych Chorób Narządu Wzroku. *Klinika Oczna* 2008; 4-6: 219-27.
- Granet D. Allergic rhinoconjunctivitis and differential diagnosis of the red eye. *Allergy Asthma Proc* 2008; 29: 565-74.
- Berdy GJ, Hedqvist B. Ocular allergic disorders and dry eye disease: associations, diagnostic dilemmas and management. *Acta Ophthalmol Scand Suppl* 2000; 78: 32-37.
- Ono SJ, Abelson MB. Allergic conjunctivitis: Update on pathophysiology and prospects for future treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 115: 118-22.
- Definition and classification: Subcommittee of the International Dry Eye Workshop. *Ocul Surf* 2007; 5: 75-92.
- Usowska A, Rapijko P, Lipiec A. Zaburzenia filmu łzowego w sezonowym alergicznym zapaleniu spojówek. *Okulistyka* 2003; 2: 110-3.
- Feng Zao. Conjunctivitis, neonatal. *EMedicine* 2004. Dostępne na: <http://www.emedicine.com/OPH/topic325.htm>.
- Hassmann-Poznańska E. Powikłania zapaleń zatok u dzieci. *Problemy laryngologiczne w codziennej praktyce*. *Servier* 2005; III zeszyt 47: 2-7.
- American Academy of Ophthalmology, Conjunctivitis, Preferred Practice Pattern 2003. Dostępne na: [http://www.aao.org/education/library/ppp/conjunctivitis\\_new.cfm](http://www.aao.org/education/library/ppp/conjunctivitis_new.cfm).
- Czajkowski J, Groblewska A. Obraz i przebieg kliniczny alergicznych chorób oczu. W: *Alergiczne choroby oczu*. Czajkowski J (red.). Górnicki Wyd. Med., Wrocław 2003.
- Groblewska A, Czajkowski J, Węgrzynowska D, Grzybowski P. Czy czerwone oko to zawsze zapalenie spojówek? *Mag Okul* 2005; 1: 9-15.
- Bielory L. Differential diagnoses of conjunctivitis for clinical allergist – immunologist. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007; 98: 105-14.