

(79)

Progresja zaćmy w przebiegu atopowego zapalenia skóry

Cataract progression in patient with atopic dermatitis

**Małgorzata Mrugacz¹, Alina Bakunowicz-Łazarczyk¹,
Regina Antosiuk¹, Alina Minarowska²**

¹ Z Kliniki Okulistyki Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk

² Z III Kliniki Chorób Dzieci Akademii Medycznej w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Maciej Kaczmarek

Summary: Atopic dermatitis is a relatively common hereditary condition. Ocular sequellae are commonly seen in this disorder, and may include involvement of both the anterior and posterior segments of the eye. The case of female patient with atopic dermatitis and ocular manifestations is presented.

Słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, atopowe zapalenie spojówki i rogówki, zaćma.

Key words: atopic dermatitis, atopic keratoconjunctivitis, cataract.

Ostatnio obserwuje się dramatyczny wzrost zachorowań na choroby alergiczne oczu (4,10,18). Faktem jest, że genetyczne uwarunkowania alergii są bardzo skomplikowane, a badania nad rodzinami z obciążeniami genetycznymi wskazują na model poligeniczny ze wskazaniem na główny gen kontrolujący poziom całkowitego IgE. Coraz większą uwagę przywiązuje się do genów skupionych na chromosomie 5q 31.1, które kodują ekspresję IL-4, IL-3, IL-5 (6, 8, 12).

Spośród alergicznych chorób oczu na szczególną uwagę zasługuje atopowe zapalenie rogówki i spojówek w przebiegu atopowego zapalenia skóry. Jest to schorzenie stosunkowo rzadkie, ale często o poważnym przebiegu.

Opis przypadku

Dziecko płci żeńskiej, z nieobciążonym wywiadem okołoporodowym od 3. roku życia było leczone z powodu atopowego zapalenia skóry. Pierwsze objawy skórne pojawiły się w 2. roku życia pod postacią zmian rumieniowo-złuszczająco-nadżerkowych w zgięciach łokciowych i delikatnego złuszczenia na twarzy. Dziewczynka została objęta opieką Poradni Dermatologicznej, kilkakrotnie hospitalizowano ją w III Klinice Chorób Dzieci. W trakcie pierwszego pobytu w szpitalu w badaniach podstawowych nie stwierdzono odchyłań od normy. Testy skórne z natywnymi i komercyjnymi alergenami pokarmowymi wykazały dodatnią reakcję na soję, mleko i jarzyny. Podjęto leczenie miejscowe zmian skórnych zgodnie z zaleceniami konsultującego lekarza dermatologa, a także stosowano dietę eliminacyjną bezmleczną ubogoantygenuową i leki ogólne przeciwalergiczne. Leczenie przyniosło krótkotrwałą poprawę kliniczną. Nasilenie się zmian skórnych obserwowano po częstych błędach dietetycznych. W badaniu przedmiotowym z odchyłań od stanu prawidłowego stwierdzano obecność zmian o charakterze wykwitów grudkowych na podłożu rumieniowym, liczne nadżerki i przeczasy, odbarwienia po leczeniu miejscowym –

w zgięciach łokciowych oraz na przedramionach. W badaniach dodatkowych stwierdzono podwyższoną eozynofilię krwi obwodowej i znacznie podwyższony poziom IgE. Wykonane po roku testy skórne z alergenami wziewnymi wykazały nadwrażliwość na liczne alergeny. Zastosowano leczenie miejscowe i ogólne preparatami przeciwhistaminowymi, uzyskując znaczną poprawę kliniczną. Z uwagi na pojawienie się dolegliwości w postaci pogorszenia widzenia, łzawienia i świądu skóry powiek, dziewczynkę skierowano na konsultację do Poradni Okulistycznej DSK. W badaniu stwierdzono obniżenie ostrości wzroku do dali: OP = 5/7, OL = 5/10, zaczerwienienie i łuszczenie się skóry powiek oraz przekrwienie spojówki powieki dolnej obojga oczu, poza tym odcinek przedni i dno oczu bez zmian. Badanie autorefraktometryczne wykazało krótkowzroczność obojga oczu małego stopnia: OU -1,5 Dsph. Pacjentce zalecono noszenie szkieł korekcyjnych, stosowanie kropli 4% Cusicrom do obojga oczu i maści tranowej na skórę powiek oraz okresową kontrolę okulistyczną. Zastosowane leczenie przyniosło poprawę stanu miejscowego narządu wzroku, natomiast zmiany skórne ulegały okresowemu zaostrzeniu. W trakcie kolejnej hospitalizacji w Klinice Chorób Dzieci w badaniu fizykalnym stwierdzano w obrębie skóry twarzy zmiany o charakterze rumieniowo-obrzękowym oraz miodowe strupy wokół ust, odbarwienia i przebarwienia w zgięciach łokciowych. Testy skórne pokarmowe, wziewne i z alergenami związków konserwujących oraz barwników spożywczych wypadły dodatnio. W surowicy krwi wykryto wysoki poziom IgE całkowitych i specyficznych. W badaniu okulistycznym stwierdzono obniżenie ostrości wzroku do dali w OP = 5/12 z korekcją własną, natomiast w OL ostrość wzroku prawidłową z korekcją własną. Badanie autorefraktometryczne nie wykazało postępu wady po upływie 1 roku. W odcinku przednim obojga oczu stwierdzono zmiany o typie atopowego zapalenia skóry, odczyn brodawkowaty spojówki powieki dolnej oraz zmętnienia podtorebkowe soczewki OP, dno oczu bez zmian. Zalecono miejscowo Alomide

i Quinax oraz okresową kontrolę okulistyczną. Z uwagi na postęp zmian zaćmowych w OP pacjentkę skierowano na zabieg operacyjny usunięcia zaćmy. Przy przyjęciu do Kliniki Okulistycznej stwierdzono znaczne obniżenie ostrości wzroku do dali w OP = 5/16 i bliży Sn = 2,25, natomiast w OL = 5/7 i Sn = 0,5 z korekcją własną, poczucie barw prawidłowe. Wada wzroku była niemożliwa do oceny w OP, w OL zaś wynosiła -3,0 Dsph. Badanie przedmiotowe wykazało utrzymujące się zmiany skórne i spojówkowe oraz zaćmę podtorebkową przednią OP i początkowe zmętnienia torby przedniej soczewki OL. Dno oczu było prawidłowe. Wykonano zabieg zewnątrztorbkowego usunięcia zaćmy OP z jednoczesnym wszczepieniem soczewki tylnokomorowej, heparynizowanej. Przebieg śród- i pooperacyjny bez powikłań. W leczeniu stosowano ogólnie steroidowe leki przeciwzapalne, antybiotyki, leki uszczelniające i przeciwalergiczne oraz miejscowo leki steroidowe i nie-steroidowe przeciwzapalne, antybiotyki i leki przeciwalergiczne. Dziewczynka została wypisana w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z ostrością wzroku Vod = 5/8, Sn do bliży = 0,75 c. c. +3,0 Dsph, OL – jak przy przyjęciu. Zalecono przyjmowanie leków ogólnych i miejscowych w warunkach ambulatoryjnych oraz okresową kontrolę okulistyczną, dermatologiczną i pediatryczną.

Omówienie

Atopowe zapalenie spojówki i rogówki stanowi ciągle zagrożenie dla narządu wzroku. Dotyczy głównie młodych mężczyzn chorujących na atopowe zapalenie skóry. Skóra jest sucha i blada. Rozmieszczenie zmian skórnych charakterystyczne – boczne fałdy szyi, doły przedłokciowe i podkolanowe. Wyprysk, w którym dochodzi do sączenia ropnej wydzieliny, jest silnie nadkażony gronkowcem złocistym. Powiększenie okolicznych węzłów chłonnych w obszarze wyprysku jest częste i nie stanowi problemu. Oprócz charakterystycznych zmian skórnych u chorych mogą występować astma, gorączka sienna, pokrzywka, migrenowe bóle głowy, nieżyt nosa, alergię pokarmowe, zła tolerancja odzieży wełnianej i rozpuszczalników, łupież biały (1, 2, 8, 19).

Objawy oczne, które pojawiają się u 25-42% chorych z atopowym zapaleniem skóry, rozwijają się zwykle kilka lat po wystąpieniu innych objawów atopowych. Najczęściej występują między 18. a 50. rokiem życia i trwają długo przez dziesięciolecia (1, 19). Pacjenci skarżą się na silne swędzenie, łzawienie, pieczenie, zaczerwienienie brzegów powiek i spojówek. Powieki, zwykle dolne, są pogrubiałe, popękane, pokryte strupami, szorstkie, suche, często obrzęknięte i swędzące. Bardzo powszechną zmianą towarzyszącą chorobie jest gronkowcowe zapalenie brzegów powiek z łuszczykami przy rzęsach, wymagające leczenia (3, 16). Spojówka początkowo wykazuje nacieczenie i przerost brodawek, co przypomina ostre alergiczne lub wiosenne zapalenie spojówki. Czasami dochodzi do jej bliznowacenia oraz powstania zrostów spojówki powiekowej i gałkowej w załawkach dolnych. Może również wystąpić odwinięcie lub podwinięcie brzegów powiek, wypadanie rzęs oraz nieprawidłowe wrastanie rzęs. Zmiany na rogówce występują głównie w postaci punktowatych ubytków, które nie powodują jednak pogorszenia widzenia. Na osłabienie ostrości wzroku mają wpływ bardziej zaawansowane zmiany: trwałe uszkodzenia nabłonka rogówki, tarczowate blizny, neowaskularyzacja, ciężkie zapalenia rogówki na tle zakażenia wirusem opryszczki zwykłej i ospy wietrznej oraz stożek rogówki (1, 3, 4).

Atopowe zapalenie spojówki i rogówki występuje obustronnie, częściej u mężczyzn. Szczyt zachorowań dotyczy wieku 30-50 lat.

Zmianami współistniejącymi są: pigmentacja kąta przesączenia, odwarstwienie siatkówki i zaćma (5, 11, 13, 15). Zaćma występuje u 0,4%-25% pacjentów jednostronnie lub obustronnie i może mieć postać zmętnienia podtorebkowego przedniego lub rzadziej tylnego. W jej powstaniu podnosi się coraz częściej rolę apoptozy (14).

W różnicowaniu bierze się pod uwagę wiosenne zapalenie spojówki. Występuje ono u młodszych pacjentów, ma sezonowy przebieg, zmiany brodawkowate towarzyszące mu są większe i obejmują częściej spojówkę powieki górnej (1).

Leczenie ze względu na przewlekły charakter choroby może być trudne (7, 9, 17). Stosowane są doustne i miejscowe leki przeciwhistaminowe (np. Alergoftal), stabilizatory komórek tucznych (np. Cusicrom) i blokujące chemotaksję eozynofilii (np. Alomide). Czasami włączane są leki steroidowe miejscowe i ogólne (pod kontrolą). Przy zmianach zapalnych brzegów powiek zaleca się czyszczenie rzęs, maść steroidową i antybiotykową.

Reasumując, należy podkreślić, że alergiczne stany zapalne oczu stanowią narastający problem społeczny. Należy pamiętać, że w ich przebiegu występują nie tylko zapalenia spojówki, ale także stożek rogówki, keratopatie czy opisywane zmętnienia soczewek. Każdy przypadek alergii ocznej powinien być traktowany indywidualnie, dolegliwości bowiem utrzymują się latami i mogą być bardzo dokuczliwe. Wpływają na upośledzenie jakości życia i ze względu na powikłania mogą stanowić potencjalne zagrożenie dla narządu wzroku.

PIŚMIENNICTWO: 1. Bielory L.: *Allergic and immunologic disorders of the eye. Part II: ocular allergy*. J. Allergy Clin. Immunol., 2000, 106 (6), 1019-32. 2. Brandonisio T. M., Bachman J. A., Sears J. M.: *Atopic dermatitis: a case report and current clinical review of systemic and ocular manifestations*. Optometry, 2001, 72 (2), 94-102. 3. Garrity J. A., Liesegang T. J.: *Ocular complications of atopic dermatitis*. Can. J. Ophthalmol., 1984, 19-21. 4. Groblewska A., Czajkowski J.: *Choroby alergiczne skóry*. Okulistyka, 1999, 4, 63-67. 5. Hida T., Tano Y., Ogino N., Inoue M.: *Multicenter retrospective study of retinal detachment associated with atopic dermatitis*. J. Ophthalmol., 2000, 44 (4), 407-18. 6. Howell W. M., Standing P., Warnwr J. A., Warner J. O.: *HLA class genotype, HLA-DR B cell surface expression and allergen specific IgE production in atopic and nonatopic members of asthmatic family pedigrees*. Clin. Exp. Allergy, 1999, 29, 35-38. 7. Kaczmarski M., Wasilewska J.: *Leczenie atopowego zapalenia skóry u dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem diety eliminacyjnej cz. II*. Alergia, 2001, 9, 5-10. 8. Kaczmarski M., Wasilewska J., Olendzka-Rzepecka E.: *Atopowe zapalenie skóry u dzieci – etiopatogenetyczna rola nadwrażliwości pokarmowej*. Alergia, 2001, 8, 52-57. 9. Langwińska-Wośko E., Klemarczyk A., Gawrońska J., Sikora M.: *Ocena skuteczności preparatu Alomide (0,1% Lodoksamid) w leczeniu alergicznego zapalenia spojówek*. Okulistyka, 2000, 4, 33-36. 10. Małolepszy J., Liebhart J., Wojtyniak B.: *Występowanie chorób alergicznych w Polsce*. Alergia Astma Immunologia 2000, S22, VII Zjazd PTA, Łódź, 2000, 163-169. 11. Majima K., Majima Y., Kuosaka M.: *Cell-biological analysis of atopic cataractous lenses*. Ophthalmologica, 1998, 12 (5), 310-317. 12. Marsh D. G., Neely J. D., Breazeale D. R., Ghosh B., Freidhoff L. R., Ehrlich-Kautzky E., Schou C., Krishnaswamy G., Beaty T. H.: *Linkage analysis of IL-4 and other chromosome 5q31.1 markers and total serum immunoglobulin E concentrations*. Science, 1994, 264, 1152-1156.

13. Maruyama I., Katsushima H., Suzuki J., Nakagawa T.: *Pigmentation on anterior chamber angle in eyes of patients with atopic dermatitis*. Jpn. J. Ophthalmol., 1999, 43 (6), 535-538. 14. Mihara E., Miyata H., Nagata M., Ohama E.: *Lens epithelial cell damage and apoptosis in atopic cataract-histopathological and immunohistochemical studies*. Nippon ganka gakkai Zasshi, 2000, 104 (6), 409-416. 15. Nagaki Y., Hayasaka S., Kadoi: *Cataract progression in patients with atopic dermatitis*. J. Cataract. Refract. Surg., 1999, 25 (1), 96-99. 16. Nakata K., Inoue Y., Harada J., Maeda N., Watanabe H., Tano Y., Shimomura Y., Harino S., Sawa M.: *A high incidence of Staphylococcus aureus colonization in the external eyes of patients with atopic dermatitis*. Ophthalmology, 2000, 107 (12), 2167-2171. 17. Stankiewicz A., Żywalewski R.: *Własne obserwacje kliniczne po stosowaniu lodoksamidu*. Okulistyka, 2000, 2, 50-52. 18. Strachan D., Sibbald B., Weiland S.: *Worldwide variations in prevalence of symptoms of allergic rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood*. Pediatr-Allergy-Immunol., 1997, 8 (4), 161-176. 19. Warner J. O., Jackson W. F.: *Choroby alergiczne u dzieci*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 1997.

Praca wpłynęła do Redakcji 12.03.2002 r. (80).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr n. med. Małgorzata Mrugacz
ul. J. Waszyngtona 17
15-247 Białystok

Podczas XXVI Zjazdu Retinologicznego w dniach 4–6 kwietnia 2003 roku w Poznaniu

odbędzie się pierwsze zebranie organizacyjne nowo powstającej Sekcji Elektrofizjologii i Neurookulistyki Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

Do grupy założycielskiej sekcji należą prof. dr hab. med. Stefan Pojda oraz prof. dr hab. med. Olgierd Palacz.

Organizator Sympozjonu, prof. dr hab. med. Krystyna Pecold, wyraziła zgodę, aby ww. zebranie organizacyjne odbyło się w czasie trwania Sympozjonu.

Prof. dr hab. med. Olgierd Palacz