

Suche oko u alergika – jak unikać, jak leczyć?

Dry eye in an allergic patient – how to avoid, how to treat?

Anna Groblewska¹, Ewa Bogacka²

¹Klinika Okulistyki Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi,
kierownik Kliniki: dr n. med. Dorota Tomaszewicz-Mondry

²Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Geriatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu,
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Bernard Panaszek

Post Dermatol Alergol 2009; XXVI, 5: 319–320

Słowa kluczowe: suche oko, alergia, film łzowy.

Abstract

Allergic conjunctivitis and dry eye are major ocular surface disorders affecting millions of people. Although neither of them is a sight-threatening disease, they have a serious impact on patients' quality of life. A typical clinical symptom of allergic conjunctivitis is itching, whereas the symptoms of dry eye are burning sensation, irritation or ocular fatigue, but allergic conjunctivitis and dry eye sometimes share very similar symptoms. Allergies are often associated with ocular surface diseases and in particular with dry eye syndrome. Reduced quantity or quality of tears increases the number of allergens, limits their evacuation through the canaliculi and increases inflammation, which is an aggravating factor for allergy. Allergic eye diseases, even SAC, are associated with advanced tear instability and thickening of the lipid layer of the tear film. In allergic conjunctivitis we observed decreased break-up time caused in part by decreased goblet cell density. Severe allergies may cause permanent dry eye state and sometimes the exact frontier between the two pathologies is unknown. It is obvious that both cause inflammation and both aggravate each other. Patients with dry eye tend to develop more eye allergies; they may not have a sufficiently large tear volume to wash the allergen out quickly enough to prevent the symptoms of allergy. Patients with both dry eye and allergy should be treated for both concomitantly, because treating only one may not produce the desired results. Tear film disturbances, inflammatory damage of the conjunctival epithelium and sometimes conjunctival fibrosis may be produced by eye drop preservatives; artificial tears with safe preservative or preservative-free drops should be used. Even the newer systemic antihistamines through action on the muscarinic-3 receptors reduce tear production from the lacrimal glands and mucin secretion from the goblet cells, so when used, additionally artificial tears should be applied locally.

Key words: dry eye, allergy, tear film.

Łzy pełnią funkcje przeciwbakteryjne, odżywcze, mechaniczne i optyczne. Substancje w nich zawarte, takie jak czynnik wzrostu, fibronektyna i witaminy, odgrywają ważną rolę w proliferacji, migracji i różnicowaniu komórek nabłonka rogówki i spojówki. Prawidłowe funkcjonowanie powierzchni gałki ocznej zależy od współdziałania zdrowego aparatu ochronnego z odpowiednią ilością i składem filmu łzowego, prawidłowym odruchem mrugania i funkcjonowaniem powierzchni gałki ocznej (spojówki, rogówki).

Obecna definicja suchego oka mówi o zaburzeniach powierzchni oka wynikających z niedoboru łez (ich skła-

dowych) lub nadmiernego ich parowania. W zespole suchego oka zwiększeniu ulega osmolarność łez oraz koncentracja w nich toksyn, zmniejszona jest gęstość komórek kubkowych spojówki, a komórki macierzyste rąbka rogówki ulegają uszkodzeniu. Jednocześnie stwierdza się zwiększone stężenie mediatorów zapalnych (w tym cytokin i leukotrienów) we łzach. Wspomniane zmiany w składzie łez i funkcji powierzchni gałki ocznej mogą prowadzić do rozwoju zmian neurotroficznych.

Objawy suchego oka są bardzo zróżnicowane. Mogą przybrać postać uogólnionego dyskomfortu z uczuciem

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Groblewska, Klinika Okulistyki Instytutu Centrum Matki Polki w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, tel./faks +48 42 271 20 13

ciała obcego lub w ciężkich postaciach całkowicie uniemożliwić normalne codzienne życie pacjenta.

Objawy podmiotowe w zespole suchego oka nie są charakterystyczne, pacjenci skarżą się na uczucie piasku lub innego ciała obcego pod powiekami, bóle oczu, kłucie, pieczenie, rzadko suchość w oczach, częściej nadmierne łzawienie. Pacjenci często mówią o zaczerwienieniu oczu, nawracających zapaleniach spojówek, nietolerancji soczewek kontaktowych. W cięższych postaciach pacjenci mogą skarżyć się na światłowstręt i ograniczenie ruchomości powiek. Zaburzenia powierzchni gałki ocznej mogą powodować pogorszenie widzenia i zaburzenia gojenia powierzchni oka.

Choroba często dotyczy młodych ludzi, dużo pracujących oczami z bliska (czytanie, pisanie, praca z komputerem), dochodzi bowiem wówczas do zaburzenia odruchu mrugania, dzięki któremu film łzowy jest rozprowadzany po powierzchni gałki ocznej. Długie przebywanie w klimatyzowanym pomieszczeniu powoduje nadmierne parowanie łez oraz zaburzenia w wytwarzaniu warstwy tłuszczowej filmu łzowego. Często objawy suchego oka występujące u osób pracujących w „nowoczesnych” biurach określa się mianem zespołu oka biurowego.

Dolegliwości mogą występować o różnych porach dnia – rano, ponieważ w trakcie snu nie są produkowane łzy, a także wieczorem po całodziennym narażeniu na niekorzystne warunki środowiska.

Wyniki badań wielośrodkowych wskazują na związek zaburzeń filmu łzowego z wieloma czynnikami, m.in. atopią czy pćcią żeńską. Zespół suchego oka może występować w przebiegu wielu schorzeń ogólnoustrojowych, takich jak cukrzyca, choroby tarczycy, reumatyczne i autoimmunologiczne. Stosowanie leków podawanych ogólnie, takich jak leki przeciwhistaminowe, β -adrenolityki, doustne leki antykoncepcyjne, moczopędne, cytotatyki, może również wywołać lub zaostrzyć objawy suchego oka.

Najczęściej trudności sprawia różnicowanie suchego oka z objawami alergicznego zapalenia spojówek. Często z piśmiennictwa dowiadujemy się, że nawet w 40% przypadków zapalenie alergiczne powierzchni oka współistnieje z zespołem suchego oka. U pacjentów z alergią objawy suchego oka mogą dodatkowo ulegać zaostrzeniu przez samą alergię lub w wyniku działań ubocznych leków stosowanych w leczeniu alergii. Zaburzenia filmu łzowego ściśle wiążą się z naciekami immunologicznymi spojówki. W szczególności redukcja warstwy mucynowej filmu łzowego współistnieje z toksycznym efektem białek kationowych uwalnianych z ziarnistości aktywowanych, znajdujących się w spojówce eozynofili.

W alergii ocznej charakterystycznymi objawami są świąd, obecność w worku spojówkowym lepkiej, śluzowej wydzieliny, obecność brodawek w obrębie spojówki powiekowej powieki górnej, czasami obrzęk spojówek oraz powiek. Nierzadko zapomina się o tym, że również alergiczne zapalenie brzegów powiek, powodując zapalenie gruczołów Meiboma, wywołuje zaburzenia warstwy

lipidowej filmu łzowego, co prowadzi do zaburzeń stabilności filmu łzowego.

Przewlekłe zapalenie alergiczne może doprowadzić do uszkodzenia komórek kubkowych spojówki i spowodować powstanie zespołu suchego oka. Z kolei zmniejszona ilość i jakość łez zwiększa ilość alergenów na powierzchni oka, zmniejsza ich usuwanie poprzez drogi łzowe oraz nasila proces zapalny. Czasami nie można dokonać rozgraniczenia między suchym okiem a zapaleniem alergicznym spojówek, ale pewne jest, że oba schorzenia powodują zapalenie, a jedno z nich prowadzi do zaostrzenia drugiego.

Leki ogólne i miejscowe stosowane w leczeniu różnych postaci alergii mogą również powodować objawy niedoboru łez, które mogą ustąpić po zakończeniu terapii.

W leczeniu suchego oka, podobnie jak zapalenia alergicznego powierzchni oka, zaleca się, jeśli to możliwe, leczenie przyczynowe. Rekomendowane jest usunięcie z otoczenia lub unikanie czynników zewnętrznych mogących nasilać objawy. Rzadko jednak jesteśmy w stanie zastosować skuteczne leczenie przyczynowe. Najczęściej wdrażana terapia zespołu suchego oka, czyli preparaty sztucznych łez, jest leczeniem objawowym, usuwającym dolegliwości, ale wymagającym ciągłego stosowania. Te same preparaty powinny być w sposób przewlekły aplikowane, obok miejscowego leczenia preparatami przeciwhistaminowymi lub o podwójnym działaniu, w leczeniu zapalenia alergicznego oczu.

Idealny preparat sztucznych łez to roztwór izotoniczny o osmolarności ok. 300 mOsm/l, pH 6,5–7,5 oraz składzie jonowym i lepkości jak naturalnych łez, o działaniu mukomimetycznym, niezawierający konserwantów lub konserwowany związkami niewykazującymi działań toksycznych.

Piśmiennictwo

U autora.