

Kontaktowe zapalenie spojówek i skóry powiek i CBC (*Contact Blepharo-Conjunctivitis*) na podstawie opisu 2 przypadków

Contact blepharoconjunctivitis - the description of two case studies

EWA BOGACKA

DOBROSTAN, Ośrodek Badań Klinicznych, Wrocław

Streszczenie

Kontaktowe zapalenie spojówek i skóry powiek zdarza się coraz częściej z powodu zwiększonej możliwości kontaktu skóry oczodołu z przeróżnymi substancjami: alergenami i związkami chemicznymi (leki, kosmetyki, konserwanty). Obraz kliniczny to swędzenie lub pieczenie skóry powiek, rumień aż po cechy lichenizacji skóry oczodołu, obrzęk i przekrwienie spojówek. Podstawą diagnostyki jest dokładny wywiad, a jeśli nie daje rozpoznania - diagnostyka alergologiczna z poszukiwaniem zależnej od IgE alergii (przyczyna wyprysku powietrzno pochodnego) lub uczulenia na różnorodne grupy związków chemicznych, które jako hapteny odpowiadają za reakcję typu IV wg Gella i Coombsa (testy płatkowe). W artykule przedstawiono 2 przypadki CBC.

Słowa kluczowe: kontaktowe zapalenie spojówek i skóry powiek, wyprysk kontaktowy, alergiczny wyprysk powietrzno pochodny

Summary

The rate of occurrence of CBC (Contact Blepharo-Conjunctivitis) has been increasing in recent years due to growing exposure of the population to allergens and chemical substances (pharmaceuticals, cosmetics, preservatives). Typical symptoms of CBC are as follows: itching and stinging of eyelids, erythema with possible lichenification of skin in the eye sockets area, conjunctival edema and hyperemia. Thorough analysis of patient's medical history is crucial for identification a cause of CBC, but whenever this is insufficient one needs to seek for IgE dependent allergies (allergic airborne eczema) or allergies to various chemical substances, which as haptens are responsible for type IV response according to Gell and Coombs (path tests). This article presents two cases of CBC.

Keywords: contact blepharoconjunctivitis, eczema, allergic airborne eczema

© *Alergia Astma Immunologia* 2018, 23 (3): 157-159

www.alergia-astma-immunologia.pl

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. med. Ewa Bogacka

DOBROSTAN, Ośrodek Badań Klinicznych

Ul. Ślężna 27, 53-301 Wrocław

e-mail: bogacka@alergia.gigabox.pl

Wykaz skrótów:

CBC (*Contact Blepharo-Conjunctivitis*) – kontaktowe zapalenie spojówek i skóry powiek

APC (*Antigen Presenting Cells*) – komórki prezentujące antygen

SPT (*Skin Prick test*) – testy skórne

Path tests – testy płatkowe

WSTĘP

W czasach rosnącej ilości substancji docierających do skóry człowieka, wzrasta możliwość indukowania nieprawidłowych reakcji skórnych, w tym także kontaktowe zapalenie spojówek i skóry powiek (CBC). Ocenia się, że ten typ zmian skórnych okolicy oczu i spojówek dotyczy obecnie ok. 6% populacji ogólnej [1]. Skóra oczodołu jest wyjątkowo delikatna i cienka co dodatkowo ułatwia penetrację przyszłego alergenu i szybkiego kontaktu z komórkami APC (*Antigen Presenting Cells*).

Patomechanizm

CBC w połowie przypadków jest alergią opóźnioną, komórkową, wg klasyfikacji Gella i Coombsa [3]. Reakcję im-

munologiczną inicjują różnorodne związki chemiczne, które ze względu na ich małą masę cząsteczkową łatwo przenikają nawet przez nieuszkodzoną skórę. Prezentowane są komórkom układu immunologicznego skóry właściwej w postaci haptenu, związanych z białkami gospodarza co wystarcza do zainicjowania odpowiedzi immunologicznej. Za powstanie reakcji immunologicznej odpowiadają głównie komórki Langerhansa, które dodatkowo u osób z atopią mogą być nadmiernie aktywne. Rzadziej obraz chorobowy jest wywołany reakcją zależną od IgE (np. alergiczny wyprysk powietrzno pochodny). W pozostałych przypadkach zmiany powstają na drodze mechanizmów niealergiczy: przewlekłego drażnienia (tarcie spojówek!) i zaburzonej odpowiedzi tkanki spojówki/skóry na drażniące bodźce mechaniczne/chemiczne. Nakładanie się obu mechanizmów

występuje częściej w przewlekających się zmianach skórnych; reakcja toksyczna towarzyszy reakcji alergicznej typu IV. Ponadto ta sama substancja, w zależności od rodzaju skóry i okoliczności kontaktu, może powodować uszkodzenie skóry o różnym patomechanizmie [2, 4].

Czynnik sprawczy może albo bezpośrednio wchodzić w kontakt ze skórą np. kosmetyki, leki, henna, barwnik tautauzu, latex, farby do włosów, wyciągi ziołowe, konserwanty (benzalkonium chloride, thimerosal, parabeny, EDTA) lub poprzez naniesienie ich w okolice oczu przez dłonie (lakier do paznokci, kosmetyki, latex, sumak jadowity, barszcz Sosnkowskiego). Czynnik sprawczy może również działać jako fotouczulacz lub wywoływać efekt fototoksyczny, np. dziurawiec, kremy z filtrem słonecznym, miejscowe niesteroidowe leki przeciwzapalne (ketoprofen!), wyciągi roślinne (olejek bergamotowy, limonka), niektóre substancje uczulające w miejscu pracy np. akrydyna (barwnik przemysłowy), chloropromazyna, pochodne smołowcowe (dziegiecie, antracen, benzen, smoła – np. u pracowników pracujących z asfaltem). Substancje lotne np. latex, pyłki roślin wiatropylnych lub alergeny zwierząt docierając do skóry osoby na nie uczulonej mogą wywołać alergiczny wyprysk powietrzno-pochodny. W tych sytuacjach zmiany często pojawiają się też na pozostałych częściach twarzy i szyi, co może ułatwić rozpoznanie. Feser wykazał, że aż u 31% pacjentów z wypryskiem kontaktowym okolic oczu alergen pochodził z produktów osobistego użytku i były to najczęściej substancje zapachowe: hydroksycytronellal, cytronelol, eugenol, izoeugenol, lylal, aldehyd alfaheksylocynamonowy i balsam peruwiański [1, 3-6].

Kolejnym, istotnym alergenem kontaktowym występującym w kosmetykach jest nikiel. Występuje w podkładkach do makijażu, szczoteczkach tuszów do rzęs, cieniach do powiek i kredkach do oczu. Może być zanieczyszczeniem w procesie produkcyjnym kosmetyków i wówczas nie jest wykazywany w spisie składników danego produktu. W kosmetykach częstym konserwantem, który wywołuje reakcje alergiczne i toksyczne, jest formaldehyd i związki uwalniające formaldehyd (np. Quaternium 15, imidazodylinomocznik, diazodylinomocznik).

Obraz kliniczny

Dolegliwości pojawiają się po 24-72 godzinach od ekspozycji na alergen/hapten. W przypadku reakcji toksycznych - zmiany mogą pojawić się natychmiast po zadziałaniu czynnika drażniącego. Penetrację czynnika sprawczego w głąb skóry oraz nasilenie dolegliwości ułatwiają jej wcześniejsze zmiany i uszkodzenia. Powstaje obrzęk i zaczerwienienie skóry powiek, przekrwienie spojówek potem drobne owrzodzenia (szczególnie przy dodatkowym pocieraniu i drapaniu), zmiany grudkowe lub pęcherzykowe. W przypadku intensywnego/długotrwałego kontaktu dochodzi do lichenizacji skóry wokół oczu, drobnego złuszczenia się naskórka, hiperpigmentacji skóry. Pojawia się wodnista wydzielina [2-4].

Diagnostyka [4, 7, 8]

1. Drobiazgowy wywiad zawodowy, alergologiczny, pytania o wcześniejsze problemy ze skórą czy spojówkami, aktualnie przyjmowane leki, zmiany w otoczeniu pacjenta (np. zwierzę domowe), nowe wyposażenie wnętrza, malowanie itp. o ostatnio używane kosmetyki czy przebyte zabiegi kosmetyczne.

- Oglądanie okolicy oczu i spojówek: ocena przekrwienia spojówek, obecność wydzieliny i jej charakter, obecność obrzęku powiek i zmian skórnych obejmujących naskórek i skórę właściwą, typowych dla wyprysku ale w zależności od nasilenia reakcji skórnej mogą być obecne tylko pojedyncze cechy z wymienionych powyżej.
- Jeśli podejrzewamy alergiczny wyprysk powietrzno-pochodny zlecamy poszukiwanie sIgE: SPT lub ich oznaczenie w surowicy krwi.
- Jeśli podejrzewamy substancje chemiczne - pomocne bywają testy płatkowe. Czasami konieczne jest rozszerzenie serii podstawowej o dodatkowy zestaw substancji zapachowych, szczególnie przy podejrzeniu uczulenia na kosmetyki i środki czystości.

Leczenie [1, 4, 7]

- Podstawowym leczeniem jest usunięcie kontaktu z czynnikiem sprawczym o ile jest znany.
- Emolienty na skórę powiek i okolicę oczu np. topialise palpebral, cutibaza, nanobaza, cerkopil itp. oraz emolienty sterylne – Tolerance extreme, Toleriane.
- Krople sztucznych łez bez konserwantów lub antyhistaminik dospojówkowy też bez konserwantu (ketotifen).
- Chłodne okłady z soli fizjologicznej, przemywanie okolicy płynem micelarnym Blephasol lub chusteczkami Blephaclean.
- Zakaz dotykania i tarcia oczu spojówek oraz ograniczenie stosowania wszelkich leków i kosmetyków miejscowo.

W większości przypadków powyższe leczenie jest wystarczające. Jeśli nie jest, do rozważenia są inhibitory calcineuryny lub krótko - kortykosteroidy miejscowo lub systemowo. Inhibitory kalcyneuryny w Polsce dostępne są tylko w postaci: kremu (pimekrolimus) i maści (takrolimus). Szczególnie ten ostatni preparat w stężeniu okulistycznym – 0,03% – wydaje się bezpieczniejszy w leczeniu zmian wokół oczu i pozwala w większości przypadków uniknąć kortykosteroidoterapii.

Jeśli podejrzewamy patomechanizm zależny od IgE (AAC lub wyprysk atopowy w SAC) wskazane jest włączenie antyhistaminiku doustnego, najlepiej w zwiększonej dawce na 2-3 dni celem szybkiego opanowania zmian i dolegliwości chorego, jak również uniknięcia kortykosteroidoterapii.

Kortykosteroidy miejscowe (KS) w okolicy oczu powinny być stosowane z niezwykłą ostrożnością, z uwagi na stosunkowo szybkie występowanie objawów niepożądanych w tej lokalizacji. Zaleca się jedynie najslabiej działające preparaty (I klasa w klasyfikacji europejskiej, VII klasa w klasyfikacji amerykańskiej) – czyli preparaty zawierające hydrokortyzon, octan hydrokortyzonu, metyloprednizolon, aclometazon.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1

Dziewczynka lat 14, zgłosiła się do alergologa wiosną. Nie obciążona alergią w rodzinie. W dzieciństwie bez ważniejszych chorób – sporadycznie się przeziębiała. Od roku czasu zaczęły się pojawiać zmiany wokół oczu: pierwszy raz podczas wakacji we Włoszech (lipiec) pod postacią piekącego rumienia okolicy powiek – minęło samo po powrocie do Polski. Tego samego roku zmiany nawróciły jesienią

o zmiennym nasileniu – od łagodnego rumienia do nadmiernie suchej pogrubiącej skóry wokół powiek z drobno otrębiastym łuszczeniem i swędzeniem powiek. Konsultujący dermatolog zalecił maść sterydową, która była skuteczna ale matka obawiała się efektów ubocznych i stosowała ją sporadycznie.

W badaniu fizykalnym nie stwierdzono istotnych odchyleń od normy, poza zmianami skóry oczodołów i miernym przekrwieniem spojówek (ryc. 1).

Testy skórne z podstawowym panelem aeroalergenów były ujemne, przy histaminie 4x5 kontroli (-). Polycheck ze standardowymi zestawem aeroalergenów (20) również nie wykazywał alergii.

Po pogłębieniu wywiadu okazało się, że we Włoszech zakupiono dziewczynce okulary do pływania, których używała codziennie w czasie pobytu, a po powrocie do kraju ponownie jesienią, kiedy zaczęła chodzić na basen.

Zalecone testy płatkowe wykazały uczulenie na grupę tiuramów, co potwierdziło podejrzenie, że przyczyną CBC u tej chorej był kontakt z gumą uszczelniającą okulary pływackie. W zaleceniach poinformowano rodziców dziewczynki aby w przyszłości unikali kontaktu skóry dziecka z materiałami gumowymi i gumowanymi. W leczeniu zastosowano: emolienty oraz Protopic w stężeniu 0,03% zmieszany ex tempore z emolientem aż do wycofania się zmian - z efektem.



Ryc. 1. Zmiany skóry oczodołów i mierne przekrwienie spojówek u 14-letniej dziewczynki



Ryc. 2. Zmiany wokół brzegów powiek u 30-letniej kobiety

Przypadek 2

30-letnia kobieta, bez ważniejszej przeszłości chorobowej i bez obciążania alergią zgłosiła się z nasilającymi się zmianami wokół brzegów powiek (ryc. 2). Zmiany początkowo były niewielkie, głównie rano z lekkim świądem i samoistnie ustępowały. Pacjentka stosowała makijaż aby to ukryć. Po tygodniu zmiany nasiliły się, pojawił się silny świąd obrzękniętych powiek i przekrwionych spojówek. Zaczęła podejrzewać, że stosowanie makijażu nasila te zmiany, ponieważ w dni bez makijażu zmiany łagodniały ale nie zniknęły całkowicie.

Pogłębiony wywiad: od ostatnich 4 miesięcy nie stosuje żadnych leków przewlekłe, nie ma zwierząt w domu, nie miała remontu ani żadnych zabiegów kosmetycznych. Z używanych aktualnie kosmetyków nowym jest tylko tusz do rzęs, który stosuje od miesiąca. Zalecono:

- odstawienie makijażu do czasu całkowitego ustąpienia zmian,

- emolienty 3xdziennie + delikatne oczyszczanie powiek chusteczkami *Blephaclean*,
- olopatadyna w kroplach do oczu,
- Protopic 0,03% zmieszany z emolientem w niewielkim stężeniu delikatnie wklepany w skórę nad i pod powieką wieczorem.

Po ustąpieniu zmian pacjentka miała zalecone stopniowe powracanie do poprzednich kosmetyków pojedynczo np. fluidu, cienia do powiek, następnie do tuszu do rzęs. Po zastosowaniu tuszu zmiany pojawiły się ponownie. Zaleciłam zanotowanie składu tuszu i unikanie tej kompozycji w przyszłości. Z powodu łatwego rozpoznania czynnika sprawczego nie zalecono testów płatkowych. Pozostają one do rozważenia w przypadku nawrotu zmian skórnych, pomimo unikania składników zawartych w uczulającym tuszu do rzęs.

Piśmiennictwo

1. Feser A, Mahler V. Periorbital dermatitis: causes, differential diagnoses and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010; 8:159-66.
2. Collet E, Castelain M, Creuzot-Garcher C. Formes cliniques des allergies de contact oculaires et palpebrales. (w) *L'Allergie oculaire de contact*. Bull Soc Ophth Fr 2007: 244-7.
3. Śpiewak R (red.). *Alergia kontaktowa i alergiczny wyprysk kontaktowy*. Mediton, Łódź 2015.
4. Bogacka E, Salomon J, Tupikowska M. Zmiany skórne wokół oczu - kiedy podejrzewać alergię? Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. *Alergia Astma Immunologia* 2014; 19 : 74-9.
5. Lundov MD, Moesby L, Zachariae C, Johansen JD. Contamination versus preservation of cosmetics: a review on legislation, usage, infections, and contact allergy. *Contact Dermatitis* 2009; 60: 70-8.
6. Schnuch A, Lessman H, Geier J, Uter W. Contact allergy to preservatives. Analysis IVDK data 1996-2009. *Br J Dermatol* 2011; 164: 1316-25.
7. Leonardi A, Bogacka E, Fauquert JL, et al. Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. Position paper. *Allergy* 2012; 67: 1327-37.
8. Bogacka E, Groblewska A. Badania diagnostyczne w alergicznych chorobach oczu. (w) *Alergia, choroby alergiczne, astma*. Fal AM (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.