

# Zmiany skórne wokół oczu – kiedy podejrzewać alergię? Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne

## Periorbital skin lesions – when the allergy will be suspected? The diagnostic and therapeutic recommendations

EWA BOGACKA<sup>1</sup>, JOANNA SALOMON<sup>2</sup>, MAŁGORZATA TUPIKOWSKA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centrum Diagnostyki Czerwonego Oka, CDT MEDICUS, Lubin

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UM we Wrocławiu

### Streszczenie

Zmiany skórne wokół oczu są często problemem diagnostycznym i leczniczym a właściwe postępowanie wymaga wiedzy interdyscyplinarnej. W artykule omówiono zmiany skórne, towarzyszące jednostkom alergii oczu takim jak AKC (*Atopic Keratoconjunctivitis*), CBC (*Contact Blepharconjunctivitis*) i AAC (*Acute Allergic Conjunctivitis*), jak również zmiany skóry oczodołu bez zajęcia spojówek: kontaktowe uczulenia oraz reakcje toksyczne na leki, kosmetyki i konserwanty. Podstawowym leczeniem są emolienty, inhibitory calcineuryny oraz krótkotrwałe stosowanie kropli steroidowych typu „soft”. Dodatkowo systemowo zaleca się antyhistaminy i cyclosporinę w leczeniu ciężkiego AZS. W diagnostyce różnicowej opisano odczyny toksyczne, mechaniczne oraz choroby skóry takie jak trądzik różowaty, zapalenie łojotokowe skóry, *dermatitis periorbicularis*, infekcje wirusowe, bakteryjne, pemfigoid bliznowaciejący, rumień posterooidowy i zapalenie skórno-mięśniowe.

**Słowa kluczowe:** atopowe zapalenie spojówek i rogówki, kontaktowe zapalenie spojówek i rogówki, wyprysk kontaktowy, uczulenia na kosmetyki i konserwanty

### Summary

Periocular skin illness is a common diagnostic and therapeutic problem. Correct diagnosis and treatment require interdisciplinary experience. This article is about skin changes caused by such entities of ocular allergy as AKC (*Atopic Keratoconjunctivitis*), CBC (*Contact Blepharconjunctivitis*) and AAC (*Acute Allergic Conjunctivitis*) as well as changes in the orbit without conjunctivitis, such as contact allergy and toxic reactions to drugs, cosmetics and preservatives. Emollients, calcineurin inhibitors and use of short-term soft steroids are recommended means of treatment for periocular skin illness. Antihistamines are used in systemic therapy, while cyclosporine is used additionally in AKC cases. Differential diagnosis include toxic and mechanical reactions as well as the following skin diseases: acne rosacea, seborrheic dermatitis, *dermatitis periorbicularis*, viral and bacterial infections, CP (cicatrical pemphigoid), poststeroid erythema and DM (dermatomyositis).

**Keywords:** AKC (*Atopic keratoconjunctivitis*) CBC (*Contact Blepharconjunctivitis*), Eczema, Allergy to cosmetics and preservatives

© Alergia Astma Immunologia 2014, 19 (2): 74-79

www.alergia-astma-immunologia.eu

Przyjęto do druku: 07.04.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr med. Ewa Bogacka

Dobrostan, Wrocław

ul. Ślężna 27

bogacka@alergia.gigabix.pl

### Wstęp

Zmiany skórne wokół oczu są często problemem diagnostycznym i leczniczym a pacjenci trafiają do lekarzy różnych specjalności. Postawienie właściwego rozpoznania, a co za tym idzie, zastosowanie właściwej terapii, wymaga w tych przypadkach wiedzy interdyscyplinarnej. Ponadto niewłaściwe leczenie prowadzi do zmian jatrogennych, w znacznym stopniu zacierających pierwotny obraz, co utrudnia dalszą diagnostykę. Dlatego autorzy postanowili przybliżyć lekarzom praktykom te alergologiczno-dermatologiczno-okulistyczne zagadnienia. Głównym tematem obecnego artykułu będzie omówienie zmian skórnych o patomechanizmie szeroko pojętej reakcji alergicznej, towarzyszącej alergii oczu lub pojawiającej się na skórze twarzy, w tym oczodołu, bez lub z zajęciem spojówek.

### Choroby alergiczne oczu, które przebiegają zawsze ze zmianami skóry wokół oczu

Atopowe zapalenie rogówki i spojówek (*atopic keratoconjunctivitis*, AKC) jest uważane za najcięższą postać (lub lokalizację) AZS (atopowe zapalenie skóry). Pacjent z AKC cierpiąc na uporczywy świąd skóry wokół oczu, ma często wytarte brwi i rzęsy, pogrubiałe powieki oraz zmiany skóry wokół oczu typowe dla AZS:

- w fazie ostrej i podostrej – grudki zapalne i wysiękowe na rumieniowym podłożu,
- w fazie przewlekłej – suche ogniska rumieniowe z drobnopłatowym złuszczeniem, cechy lichenifikacji skóry – pogrubienie skóry, wzmożone poletkowanie, suchość, dodatkowy fałd skóry poniżej brzegu powieki dolnej (tzw. fałd Dennie-Morgana) (ryc. 1).

Często obserwujemy brązowawe cienie pod oczyma (szczególnie u dzieci). AKC występuje u ok. 1% osób atopowych, ale już u 25-42% osób z AZS [1]. W AKC istnieje duża skłonność do nadkażeń bakteryjnych, wirusowych lub grzybiczych, szczególnie w przypadku nasilonych zmian wysiękowych lub nadmiernego leczenia preparatami sterydowymi. AKC wymaga stałej współpracy okulisty z alergologiem/dermatologiem, ponieważ niewłaściwe lub nieskuteczne leczenie prowadzi do trwałych zmian w narządzie wzroku: uszkodzenia rogówki, zaćmy i odklejenia siatkówki.

**Kontaktowe zapalenie skóry powiek i spojówek (Contact blepharoconjunctivitis, CBC)** tylko w połowie przypadków ma podłoże alergiczne, pozostałe powstają wskutek reakcji z podrażnienia lub toksycznej [2]. Reakcje alergiczne mogą powstawać w mechanizmie reakcji zależnej od IgE (np. wyprysk powietrzno pochodny) lub reakcji kontaktowej (typ IV wg Gella i Coombsa). Ponadto ta sama substancja, w zależności od rodzaju skóry i okoliczności kontaktu, może powodować uszkodzenie skóry o różnym patomechanizmie.

Czynnik sprawczy może albo bezpośrednio wchodzić w kontakt ze skórą (kosmetyki, leki, latex, farby do włosów, wyciągi ziołowe oraz konserwanty: benzalkonium chloride, thimerosal, parabeny i EDTA, henna, tatuaż) lub jest naniesiony w okolice oczu przez dłonie (lakier do paznokci, kosmetyki, latex, sumak jadowity, barszcz Sosnkowskiego). Substancje lotne np. latex, lakier do paznokci, do włosów, akryl do paznokci, perfumy wywołują wyprysk powietrzno pochodny. W tych sytuacjach zmiany rzadko ograniczają się jedynie do okolicy oczu - są również na pozostałych częściach twarzy i szyi, co może ułatwić poszukiwanie czynnika sprawczego. Czynniki sprawcze mogą również działać jako fotoutzwalczacz lub wywoływać efekt fototoksyczny, np. dziurawiec, kremy z filtrem słonecznym, miejscowe niesterydowe leki przeciwzapalne, np. ketoprofen, czynniki roślinne (składniki kosmetyków), np. olejek bergamotowy, czynniki spożywcze, np. limonka, lub substancje, na które ekspozycja występuje głównie w warunkach narażenia zawodowego - np. akrydyna (barwnik przemysłowy), chloropromazyna, pochodne smołowcowe (dziegiecie, antracen, benzen, smoła np. u pracowników pracujących z asfaltem) [3]. Ponadto częstym alergenem są leki okulistyczne [4] tj. antybiotyki (Neomycyna!!!), leki przeciwwirusowe, leki przeciwjaskrowe (analogi prostaglandyn, sulfonamidy), leki znieczulające miejscowo (częściej wywołują reakcje toksyczne).

Obraz zmian to: rumień, obrzęk lub sucha, łuszcząca się skóra. Utrzymywanie się zmian prowadzi do lichenifikacji skóry, ze „starczym wyglądem” z powodu nadmiernej ilości zmarszczek wokół oczu (ryc. 2). Obecność świądu skóry i/lub spojówek przemawia za mechanizmem alergicznym, chociaż często pacjenci skarżą się również na uczucie pieczenia i suchości. Zmiany chorobowe mogą dotyczyć jedynie skóry wokół oczu, wyłącznie powiek górnych lub dodatkowo zajmować spojówkę i rogówkę. Objawy mogą być jednostronne. W cięższych przypadkach obserwujemy obrzęk, zaczerwienienie lub owrzodzenie powiek, przekrwienie i/lub odczyn brodawkowy w obrębie spojówek. CBC może być chorobą zawodową (np. stomatologów, farmaceutów, kosmetyczek, malarzy) (ryc. 3).

## Choroby alergiczne oczu, które mogą czasami przebiegać ze zmianami skóry wokół oczu

**Sezonowy/całoroczny alergiczny nieżyt spojówek i nosa (seasonal allergic conjunctivitis, SAC; perennial allergic conjunctivitis, PAC).** Czasami możemy obserwować następujące zmiany wokół oczu:

- atopowy wyprysk kontaktowy twarzy, po ekspozycji nieosłoniętej skóry na pyłki u osoby uczulonej na ten pyłek (ryc. 2 – wyprysk atopowy) czy po zabawie z uczulającym zwierzęciem. Zmiany przypominają AZS, ale z tendencją do samoograniczania, jeśli usuniemy czynnik sprawczy [4];
- ostre alergiczne zapalenie spojówek (*Acute Allergic Conjunctivitis, AAC*) to zmiany narządu wzroku po masywnej ekspozycji na uczulający alergen. Powstaje duży obrzęk powiek, prowadzący nawet do zamknięcia szpary powiekowej lub „wylewania się” spojówki poza brzeg powieki, z rumieniem wokół oczu i świądem o różnym nasileniu. Wygląd zmian skłania wielu pacjentów do szukania natychmiastowej pomocy na dyżurach w szpitalach okulistycznych lub alergologicznych, tymczasem skuteczne leczenie jest proste i opiera się na wypłukaniu worka spojówkowego z alergenu, zimnych okładach i leku antyhistaminowego doustnie. Objawy mijają po 2-3 dniach [4].

Należy jeszcze wspomnieć o cechach, sugerujących alergię „na pierwszy rzut oka”: cienie pod oczyma, długie jedwabiste rzęsy lub delikatne przebarwienia skóry w okolicy zewnętrznego kąta powieki (ryc. 4).

## Zmiany skórne wokół oczu bez zajęcia spojówek

### Alergia kontaktowa na kosmetyki

Wzrost użycia produktów kosmetycznych w ogólnej populacji spowodował zwiększenie ekspozycji na różnego rodzaju potencjalne alergeny, wchodzące w skład tych produktów. Obecnie ocenia się, że te zmiany dotyczą ok. 6% populacji ogólnej [5,6]. Skóra wokół oczu jest szczególnie wrażliwa i cienka, w związku z czym zapalenie skóry okolicy oczodołu może być jedyną manifestacją alergii kontaktowej na składniki kosmetyków. Feser wykazał, że aż u 31% pacjentów wypryskiem kontaktowym okolic oczu alergen pochodził z produktów osobistego użytku, głównie z kosmetyków [7]. Wydaje się, że w tej grupie pacjentów najczęściej uczulają substancje zapachowe [7,8]. Są one składnikiem perfum, dezodorantów, szamponów, mydeł, kremów nawilżających, ale mogą też być dodawane do innych produktów w celu maskowania nieprzyjemnego zapachu składników produktów kosmetycznych. Do najczęstszych zapachowych alergenów kontaktowych należą takie substancje jak: hydroksycytronellal, cytronelol, eugenol, izoeugenol, lylal, aldehyd alfaheksylocynamonowy i balsam peruwiański.

Zmiany alergiczne okolic oczu mogą być prowokowane przez kremy pielęgnacyjne, cienie do oczu, maskary, kredki, kleje do sztucznych rzęs, podkłady, produkty do zmywania makijażu, mydła, ale również produkty, które teoretycznie nie mają bezpośredniego kontaktu ze skórą oczu: szampony, farby do włosów, perfumy, dezodoranty czy produkty

do pielęgnacji i malowania paznokci. Kolejnym, istotnym alergenem kontaktowym występującym w kosmetykach jest nikiel [7]. Nikiel występuje w podkładach, szczoteczkach tuszów do rzęs, cieniach do powiek i kredkach do oczu jako zanieczyszczenie w procesie produkcyjnym i nie jest uwzględniany w spisie składników danego produktu. Inne częste substancje uczulające to: parafenylenodiamina, zawarta w farbach do włosów oraz hennie do brwi i rzęs czy akrylany będące składnikami klejów do rzęs i produktów do paznokci.

#### Alergia na konserwanty

Drugą co do częstości grupą związków występujących w kosmetykach i wywołujących alergię kontaktową są konserwanty [7,9]. Są one stosowane głównie w kosmetykach z dużą zawartością wody i mają chronić produkt przed zanieczyszczeniami bakteryjnymi i grzybiczymi podczas użytkowania i przechowywania. W Unii Europejskiej opracowano normy dla stężenia konserwantów w kosmetykach. UE dopuszcza ok. 50 substancji, z czego najczęściej stosowane są: parabeny, formaldehyd i związki uwalniające

formaldehyd (np. Quaternium 15, imidazodylinomocznik, diazodylinomocznik) oraz metylochloroizotiazolinon/metyloizotiazolinon (MCI/MI) [7]. Alergia kontaktowa na parabeny jest stosunkowo rzadka, zważywszy ich szerokie rozpowszechnienie. Jej częstość w populacji europejskiej szacuje się na 0,5-1,0%. Znacznie częściej stwierdza się nadwrażliwość na formaldehyd i jego uwalniacze oraz MCI/MI (około 2-2,5%). Sytuacja na rynku kosmetycznym zmienia się dynamicznie, ponieważ wciąż pojawiają się nowe istotne alergeny kontaktowe. Czasem alergia kontaktowa na konserwanty zawarte w kosmetykach pojawia się po pierwotnej ekspozycji z innych źródeł, np. w wyniku ekspozycji zawodowej.

#### Postępowanie diagnostyczne

Podstawowym, chociaż niedocenianym narzędziem jest wywiad [10]:

- jeśli podejrzewamy tło alergiczne, należy drobiazgowo wypytać o choroby alergiczne, szczególnie skóry, obecnie



Ryc. 1. Zmiany wokół oczu w AZS



Ryc. 3. Kontaktowe zapalenie skóry oczodołu z zajęciem spojówek



Ryc. 2. Wyprysk powietrzno pochodny



Ryc. 4. Zmiany sugerujące alergię: cienie wokół powiek z delikatnym obrzękiem, kresa od kąta skroniowego szpary powiekowej i przekrwienie spojówki gałkowej

lub w przeszłości jak również o uczulenia na pyłki (przy słabych objawach w przeszłości pacjenci o nich zapominają i kojarzą zmiany z innymi czynnikami);

- zmiany w otoczeniu pacjenta (np. zwierzę: chomik!! świnka morska!!), nowe wyposażenie wnętrza, malowanie itp.;
- jeśli podejrzewamy alergię kontaktową wypyujemy o ostatnio używane kosmetyki, leki czy przebyte zabiegi kosmetyczne;
- wywiad zawodowy.

### Badanie zewnętrznych struktur oka

Oglądanie okolicy oczu i aparatu ochronnego oka pozwala stwierdzić zmiany, sugerujące alergię oczu. Są to:

- przekrwienie spojówek o charakterze powierzchniowym lub mieszanym,
- ciągnąca się, śluzowa wydzielina,
- obrzęk powiek, zmiany skóry powiek i oczodołu,
- wypadanie rzęs, skroniowe przerzedzenie brwi,
- cienie pod oczyma, fałd Dennie-Morgana.

### Diagnostyka alergii

W przypadku dodatniego wywiadu alergologicznego i dolegliwości, sugerujących reakcję alergiczną, należy wykonać [2,10]:

- a) testy skórne z aeroalergenami (*skin prick test*, SPT),
- b) oznaczenie sIgE (swoistych immunoglobulin E) w przypadku niecharakterystycznych testów skórnych, zmian skórnych utrudniających wykonanie SPT (dermografizm, azs) lub braku zgodności ich wyniku z wywiadem,
- c) testy płatkowe w przypadku zmian skóry powiek i wokół nich po wykluczeniu podłoża zależnego od IgE. W przypadku diagnostyki alergii kontaktowej na kosmetyki zaleca się rozszerzenie serii podstawowej o dodatkowy zestaw substancji zapachowych [8]. Można zastosować również:
  - ewentualnie próby otwarte (alergen nanosi się na skórę i nie przykrywa ale usuwa się po godzinie a reakcję skórną ocenia się po jednej i dwóch dobach – jest to stary test, służący między innymi testowaniu farb do włosów i kosmetyków lub innych substancji używanych przez chorego);
  - ROAT (*repeated open application test*) – wtedy gdy testy płatkowe są ujemne, a jest silna sugestia, że dany czynnik powoduje zapalenie skóry (stosuje się bardzo rzadko) [2].

### Diagnostyka różnicowa

*Irritant dermatitis/toxic dermatitis* często powstaje u osób z tzw. nadwrażliwą skórą, w 60% są to kobiety, podające w wywiadzie nietolerancję na większość kosmetyków [11]. Czasami wiąże się to nadmiernie suchą skórą, nierozpoznanym, łagodnie przebiegającym AZS czy trądzikiem różowatym. Ponadto następujące sytuacje predysponują do pojawienia się reakcji z podrażnienia lub toksycznej: wcześniejsze oparzenie słoneczne, fototerapia czy przeby-

cie drażniących zabiegów kosmetycznych jak dermabrazja, zabiegi laserowe czy chirurgia plastyczna. Przyczyną może również być stosowanie ewidentnie drażniących substancji jak preparaty mocznikowe, kwasy AHA, tretinoina. Tzw. *phytophototoxic dermatitis* pojawia się po kontakcie skóry z czynnikami roślinnymi i następnie ekspozycji na UV.

Zmiany mechaniczne (potarcia, drapanie) mogą towarzyszyć powyższym sytuacjom, częściej u osób nerwowych, przemęczonych lub pracujących w niekorzystnych warunkach (ekstremalne temperatury, zła klimatyzacja, praca w zanieczyszczonym powietrzu). BenEzra opisuje zespół LIS (*limbrication syndrome*), który z braku polskiego odpowiednika można przetłumaczyć jako „zespół lichenifikacji powiek”, powstały w wyniku stałego pocierania górnej powieki [12]. W LIS skóra powiek jest nadmiernie zwiotczała, zaczerwieniona i pokryta łuszczącym się naskórkiem.

W powyżej opisanych sytuacjach dominują dolegliwości subiektywne (uczucie ściągania skóry twarzy, pieczenia, mrowienia) nad obiektywnymi zmianami: rumień, rzadziej obrzęk. Mikrourazy dodatkowo mogą prowadzić do zmian w pigmentacji, drobnych pęknięć naskórka i lichenifikacji. Świąd jest nieobecny lub nieznaczny [11]. Oczywiście podstawą rozróżnienia zmian jest wywiad i wyniki badań diagnostycznych (poniżej).

Erytematous corticosteroid dermatitis (rumień postero-idowy) jako efekt nadużywania preparatów kortykosteroidowych na okolicę oczu. Taka skóra dodatkowo jest nadwrażliwa zarówno na bodźce mechaniczne jak i chemiczne, często nadmiernie ścieńczała z przeswitującymi naczyniami krwionośnymi i pogłębieniem zmarszczek.

Infekcje wirusowe, grzybicze i bakteryjne (samoistne lub jako powikłanie zmian alergicznych)

- Opryszczka nawrotowa występująca w okolicy oczodołu, najczęściej jest wywołwana przez HSV1. Objawy występują nagle i szybko się rozwijają. W większości przypadków obraz kliniczny nie budzi wątpliwości, czasem jednak wymaga różnicowania z ostrym wypryskiem kontaktowym. Najpierw pojawia się świąd, następnie wiele drobnych zgrupowanych pęcherzyków na podłożu rumieniowym, które szybko ewoluują w nadzěrki i strupki. Jeżeli ognisko opryszczki jest zlokalizowane na powiece, może występować dość znaczny obrzęk. Nawroty opryszczki są indukowane przez czynniki drażniące i mikrourazy, promieniowanie UV oraz stany osłabienia odporności.
- Półpasiec oczny występuje w wyniku reaktywacji wirusa VZV z zajęciem gałęzi nerwu trójdzielnego - nerwu ocznego. Pierwszym objawem choroby jest piekący i przeszywający ból okolicy oka, rzadziej przeczulica, parastezje, świąd. Po kilku dniach od wystąpienia objawów prodromalnych pojawiają się na skórze czoła, powiece i okolicy skroniowej jednostronne zmiany rumieniowo-obrzękowe, które ewoluują w drobne pęcherzyki surowicze. Pęcherzyki pękają pozostawiając przez okres 2-4 tygodni strupy. Ból o charakterze neuralgicznym utrzymuje się w trakcie trwania choroby jak również często kilka tygodni, miesięcy, a nawet lat po jej wyleczeniu. Powieki w postaci ocznej są obrzęknięte. Gdy wirus atakuje nerw nosowo-rzęskowy dochodzi do zajęcia gałki ocznej.

W różnicowaniu z ostrą reakcją alergiczną bierze się pod uwagę przede wszystkim obecność bólów neuralgicznych oraz charakterystyczne jednostronne umiejscowienie zmian skórnych.

- Róża jest zakażeniem skóry o etiologii paciorkowcowej, które dość często występuje w obrębie policzków, czasem zajmując również okolice oczodołu. Choroba może imitować ostry wyprysk kontaktowy. Objawy pojawiają się nagle w postaci znacznego obrzęku, rumienia i ucieplenia skóry, o ostro zaznaczonych granicach. Obrzęk powiek czasem uniemożliwia ich otwarcie. Infekcja może występować jednostronnie lub obustronnie. Zmianom skórny towarzyszą objawy ogólne – rozbieżność, wysoka gorączka, dreszcze, co zazwyczaj decyduje o rozpoznaniu.
- Nadkażenia skóry wikłające zmiany alergiczne. W przypadku ostrych i podostrych zmian wypryskowych, szczególnie z komponentą wysiękową, może dojść do powierzchownej infekcji bakteryjnej, czyli zliszajcowacenia. Powierzchnia zmian skórnych pokrywa się wówczas charakterystycznymi żółtomiodowymi strupami.

**Trądzik różowaty (*Acne rosacea*)** - typowe objawy występują w środkowej części twarzy: grudki i krostki rozwijające się na zapalnym rumieniowym podłożu, teleangiektazje, obrzęk z włóknieniem mogący doprowadzający do litego obrzęku twarzy. Wykwitom może towarzyszyć pieczenie skóry. Przynajmniej u połowy pacjentów obserwuje się zajęcie narządu wzroku: zapalenie spojówek, powiek, tęczówki i ciała rzęskowego. Objawy skórne i oczne nie korelują ze sobą, a ich nasilenie może być zmienne. Wszyscy pacjenci z trądzikiem różowatym powinni przejść konsultację okulistyczną, aby zapobiec poważnym powikłaniom ocznym (ryc. 5).

### Inne choroby okolic oczu, które mogą być mylone z alergią

**Zapalenie skóry okołoczne (*Dermatitis periorbicularis*).** Jest to przewlekłe schorzenie o niewyjaśnionej etiologii, które może przypominać trądzik różowaty i często współistnieje z zapaleniem okołoustnym (*Dermatitis perioralis*). Choroba najczęściej występuje u młodych kobiet. Wśród czynników mających znaczenie w rozwoju schorzenia wymienia się przede wszystkim stosowanie miejscowych

preparatów kortykosteroidowych, które mogą wywoływać lub zaostrzać objawy. Stąd częściej może dotyczyć osób wcześniej cierpiących na wyprysk atopowy bądź kontaktowy okolic oczu, leczony miejscowymi kortykosteroidami. Inne możliwe czynniki to doustne środki antykoncepcyjne czy środki drażniące. Typowe objawy kliniczne to drobne, liczne, czerwonobrunatne grudki, zlokalizowane zazwyczaj w zewnętrznej okolicy okołoczodołowej. Czasem grudki występują na podłożu rumieniowym lub zlewają się, tworząc rozleglejsze ogniska. W przeciwieństwie do zmian wypryskowych, nie ma nasilonego świądu a w fazie zaostrzenia może występować uczucie pieczenia.

**Łojotokowe zapalenie skóry (ŁZS).** Etiologia schorzenia jest niejednoznaczna, związana z jednej strony z kolonizacją skóry przez drożdżaki z rodzaju *Malassezia*, z drugiej zaś strony – z indywidualną reakcją zapalną na obecność tych mikroorganizmów i ich metabolitów. ŁZS objawia się występowaniem ognisk rumieniowo-żółtobiałych, czasem z wyraźną żółtobiałą łuską na powierzchni. Może występować świąd. Charakterystyczną lokalizacją są górne powieki, zwłaszcza w okolicy przyśrodkowej oraz brwi. Bardzo często zmiany skórne występują również w innych typowych miejscach: fałdach nosowo-wargowych, granicy czoła i owłosionej skóry głowy czy okolicy zausznej.

**Pemfigoid bliznowaciejący.** Jest to przewlekła choroba pęcherzowa, o podłożu autoimmunologicznym, zajmująca głównie błony śluzowe. Schorzenie może rozwinąć się tylko w oku. Początkowo objawy występują w postaci zapalenia spojówek, zespołu suchego oka, rzadziej widoczne są drobne pęcherzyki na spojówkach. Na tym etapie choroba zwykle nie jest rozpoznawana, często leczona jako alergiczne zapalenie spojówek. Rozpoznanie staje się bardziej oczywiste gdy pojawia się bliznowacenie, postępujące włóknienie podspojówkowe i zrosty.

**Zapalenie skórno-mięśniowe (*Dermatomyositis*)** – zmiany wokół oczu mogą być niewielkie lub bardzo wyraźne (rumień i obrzęk, czasami o typowo liliowym odcieniu określanym jako heliotropowy, objaw zwany „rzekomymi okularami”) lub zmiany krostkowe z intensywnym rumieniem. Często równocześnie zajęta jest okolica szyi (objaw szala). Nie ma świądu, nie ma zajęcia spojówek, czasami chorzy skarżą się na pieczenie. Zmiany ustępują po zastosowaniu kortykosteroidów, powracając po ich odstawieniu. Zmiany wokół oczu rzadko są izolowanym objawem, stąd ułatwić rozpoznanie mogą: rumień i wybroczyny wałów paznokciowych, rumień i grudki nad drobnymi stawami rąk, duża fotowrażliwość, osłabienie mięśni obręczy barkowej i biodrowej oraz typowe dla autoagresji objawy ogólne.

### Postępowanie terapeutyczne

Podstawowym postępowaniem w przypadku zmian skórnych wokół oczu jest daleko idąca wstrzeźliwość w zastosowaniu preparatów sterydowych czy antybiotykowych. Natomiast w każdym przypadku należy zalecić emolienty: topialise palpebral, cutibaza, nanobaza, cerkopil itp oraz emolienty sterylne – Tolerance extreme, Toleriane i krople sztucznych łez bez konserwantów lub antyhistaminik dospojówkowy (olopatadyna, azelastyna, emedastyna, epinastyna), jeszcze lepiej też bez konserwantu (Zabac).



Ryc. 5. Typowe zmiany skórne w trądziku różowatym

Do przemywania okolicy oczu zaleca się płyn micelarny Blephasol lub chusteczki Blephaclean [4]. Jeśli zmiany skórne towarzyszą atopowemu zapaleniu skóry, dobry efekt osiągniemy stosując na posmarowaną emolientem skórę oczodołu i powiek niewielką dawkę inhibitorów kalcyneuryny (o jak najniższym stężeniu – tacrolimus – preparat okulistyczny 0,03% lub pimekrolimus w kremie), często jeszcze *ex tempore* zmieszaną na dłoni z emolientem. Postępujemy tak aby uniknąć nasilenia pieczenia i świądu w pierwszych dniach stosowania tego leku, co często zniechęca chorych i jest przyczyną zastosowania maści sterydowych. Ważne jest uświadomienie choremu faktu, aby z chwilą osiągnięcia poprawy nie odstawił inhibitora kalcyneuryny tylko stosował co drugi, potem co trzeci wieczór, nawet 1x w tyg. do czasu zakończenia diagnostyki lub usunięcia czynnika sprawczego [13]. Możliwe jest też prowadzenie terapii proaktywnej, w której w okresie remisji takrolimus stosuje się na zdrową już skórę jedynie dwa razy w tygodniu przez wiele tygodni w celu uniknięcia nawrotów [14].

Jeśli podejrzewamy patomechanizm zależny od IgE (AAC lub wyprysk atopowy w SAC) wskazane jest włączenie antyhistaminiku doustnego, najlepiej w zwiększonej dawce (podwójnej lub potrójnej, pomimo braku takich zaleceń w CHPL) na 2-3 dni celem szybkiego opanowania zmian i dolegliwości chorego, jak również uniknięcia korynkosteroidoterapii systemowej czy miejscowej.

## Piśmiennictwo

1. Foster CS, Rice BA, Dutt JE. Immunopathology of atopic keratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 1991; 98: 1190-6.
2. Leonardi A, Bogacka E, Fauquert JL i wsp. Ocular Allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. Position paper. *Allergy* 2012 ; 67 : 11.
3. Collet E, Castelain M, Creuzot-Garcher C. Formes cliniques des allergies de contact oculaires et palpebrales. (w) *L'Allergie Oculaire*. Bull Soc Opht Fr 2007 ; 244-7.
4. Bogacka E, Górski P, Groblewska A i wsp. Polski konsensus diagnostyki i leczenia alergicznych chorób narządu wzroku. *Alergia, Astma, Immunologia* 2009; 2: 75-86.
5. Goossens A, Beck MH, Haneke E, McFadden JP i wsp. Adverse cutaneous reactions to cosmetic allergens. *Contact Dermatitis* 1999; 40: 112-13.
6. 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.
7. Feser A, Mahler V. Periorbital dermatitis: causes, differential diagnoses and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges* 2010; 8: 159-66.
8. Morris S, Barlow R, Selva D, Malhotra R. Allergic contact dermatitis: a case series and review for the ophthalmologist. *Br J Ophthalmol* 2011; 95: 903-8.
9. Schnuch A, Lessman H, Geier J, Uter W. Contact allergy to preservatives. Analysis IVDK data 1996-2009. *Br J Dermatol* 2011; 164: 1316-25.
10. Bogacka E, Groblewska A. Badania diagnostyczne w alergicznych chorobach oczu. (w) *Alergia, choroby alergiczne, astma*. Fal AM (red.). Med Prakt, Kraków 2010.
11. Pons-Guiraud A, Vigan M. Allergies and Cosmetics. *Exp Sci France*, Paris 2004.
12. BenEzra D (red.). Blepharitis and conjunctivitis. Guidelines for diagnosis and treatment. Glosa Ed. Barcelona, 2006
13. Doan S, Hoang-Xuan T. Traitements immunosuppresseurs. (w) *L'Allergie Oculaire*. Bull Soc Opht Fr 2007; 277-81.
14. Wollenberg A, Reitamo S, Atzori F i wsp. Proactive therapy of atopic dermatitis in adults with 0,1% takrolimus ointment. *Allergy* 2008; 63: 742-50.