

Wybrane dermatozy skóry powiek

Selected dermatoses of eyelids

HANNA ŁUGOWSKA-UMER, MAGDALENA LANGE, ELŻBIETA GRUBSKA-SUCHANEK, MONIKA SIKORSKA, ROMAN NOWICKI

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Zmiany chorobowe w obrębie skóry powiek wymagają różnicowania między chorobami zapalnymi skóry, guzami złośliwymi i infekcjami zagrażającymi utratą wzroku.

Zapalenie skóry powiek jest obserwowane w wielu chorobach, takich jak alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia, atopowe zapalenie skóry, trądzik różowaty, a także w przebiegu chorób ogólnoustrojowych jak zapalenie skórno-mięśniowe czy toczeń rumieniowaty. Do zmian chorobowych na powiekach dochodzi także w wyniku infekcji wirusowych (opryszczka, półpasiec) oraz zakażeń pasożytniczych (nużeńcem). Do innych zmian należą guzy złośliwe powiek wywodzące się z komórek naskórka bądź gruczołów łojowych, wymagające radykalnego postępowania chirurgicznego.

Słowa kluczowe: powieki, kontaktowe zapalenie skóry, zakażenie nużeńcem, trądzik różowaty

Summary

The differential diagnosis of eyelid skin lesions ranges from inflammatory dermatoses to malignant tumors and vision-threatening infections. Eyelid dermatitis is seen in various skin diseases, such as allergic contact dermatitis, irritant contact dermatitis, atopic dermatitis, rosacea, and in systemic diseases like dermatomyositis or lupus erythematosus. Eyelid skin lesions appear also in infections diseases (herpes simplex, herpes zoster) and demodicosis. Other lesions are malignant eyelid tumors originating from epidermis or sebaceous glands, those lesions need to be removed by surgical excision.

Keywords: eyelids, contact dermatitis, demodicosis, rosacea

© Alergia Astma Immunologia 2014, 19 (2): 80-83

www.alergia-astma-immunologia.eu

Przyjęto do druku: 07.04.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Hanna Ługowska-Umer

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7,
80-291 Gdańsk
tel. 501 681 127
e-mail: hannaumer@wp.pl

Kontaktowe zapalenie skóry

Zmiany na skórze w przebiegu zapalenia kontaktowego dotyczą różnych okolic zależnie od czynnika wywołującego. Skóra powiek jest częstym umiejscowieniem zmian kontaktowych, zarówno alergicznych, jak i z podrażnienia [1,2].

Skóra w obrębie powiek jest wyjątkowo delikatna z bardzo cienką warstwą rogową. Dodatkowo ma częsty kontakt z substancjami chemicznymi nakładanymi miejscowo (głównie kosmetyki), przenoszonymi na palcach rąk, a także z alergenami lotnymi obecnymi w powietrzu [1,3,4].

Klinicznie u pacjentów stwierdza się zmiany zapalne w postaci rumienia z obecnością grudek i pęcherzyków w fazie ostrej, a złuszczenia i pogrubienia (zliszajowacenia) skóry w fazie przewlekłej. Do najczęstszych związków wywołujących odczyny alergiczne w obrębie powiek należą: kosmetyki, zwłaszcza barwniki, lakiery do paznokci, leki stosowane miejscowo; a także związki rozpylane w powietrzu takie jak perfumy, aerozole stosowane w gospodarstwie domowym, środki czyszczące [5-7]. Szczególną odmianą wyprysku w obrębie odkrytych części ciała z zajęciem skóry

powiek, wywołaną przez alergeny zawieszane w powietrzu, jest wyprysk powietrzno pochodny (*airborne dermatitis*) (fot. 1-4).

W diagnostyce przyczyn kontaktowego zapalenia skóry posługujemy się standardowo testami płatkowymi. Do najczęściej wykrywanych tą metodą alergenów u pacjentów ze zmianami wypryskowymi na powiekach należą: kompozycje zapachowe, balsam peruwiański, barwniki oraz sole metali, głównie siarczan nikiel [8].

Terapia kontaktowego zapalenia skóry powiek opiera się głównie na eliminacji czynnika wywołującego oraz miejscowym stosowaniu emolientów. Ze względu na ryzyko atrofii skóry i naskórka, a także możliwości rozwoju zaćmy i jaskry [9], nie zaleca się stosowania na skórę powiek preparatów glikokortykosteroidowych. W przypadku ostrego wyprysku dopuszczalne jest krótkotrwałe (1-2 dniowe) stosowanie glikokortykosteroidów miejscowych o słabej mocy [9,10]. Autorzy pracy preferują zastosowanie miejscowo inhibitorów kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus) dwa razy dziennie do ustąpienia zmian na przemian z emolientami.

Atopowe zapalenie skóry

U pacjentów z atopowym zapaleniem zmiany mają również kliniczne cechy wyprysku. Mogą dotyczyć różnych okolic skóry, zależnie od wieku pacjenta, fazy choroby oraz czynników środowiskowych zaostrzających zmiany. U najmłodszych dzieci dotyczą przede wszystkim twarzy oraz wyprostnych powierzchni ramion i przedramion, u starszych pacjentów zajmują głównie zgięcia stawowe, skórę szyi i karku [11].

W atopowym zapaleniu skóry często do chodzą do zajęcia skóry powiek. Dotyczy to przede wszystkim osób uczulonych na alergeny powietrzno pochodne (roztocze kurzu domowego, pyłek roślin, pleśnie).

Leczenie zmian atopowych na powiekach nie odbiega od tego stosowanego w zapaleniu kontaktowym. Główną rolę odgrywają emolienty zawierające odpowiedni stosunek ceramidów, kwasów tłuszczowych i humektantów, które pozwalają na odbudowę uszkodzonej w AZS bariery naskórkowej.

Ze względu na przewlekły i nawrotowy przebieg schorzenia należy bezwzględnie unikać stosowania na powieki preparatów glikokortykosteroidowych, a w zaostrzeniach choroby stosować doraźnie inhibitory kalcyneuryny [12,13].

Obrzęk naczynioruchowy (Quinckego)

Obrzęk naczynioruchowy jest odmianą pokrzywki o głębszym umiejscowieniu. Może mieć postać izolowaną bądź współistnieć z bąblami pokrzywkowymi. Częstym umiejscowieniem obrzęku naczynioruchowego jest skóra powiek.

Obrzęk ma najczęściej charakter symetryczny – dotyczy obu powiek, pojawia się gwałtownie i utrzymuje kilka godzin do kilku dni. Nie towarzyszy mu świąd ani rumień.

Schorzenie wymaga szybkiego wdrożenia terapii i ścisłej obserwacji pacjenta z uwagi na możliwość pojawienia się obrzęku śluzówek i zagrożenia dla życia chorego. W przypadku przewlekłego utrzymywania się zmian obrzękowych w obrębie skóry powiek, należy przeprowadzić diagnostykę w celu wykluczenia innych przyczyn obrzęku [14].

Trądzik różowaty

Trądzik różowaty to przewlekłe schorzenie dotykające osób w czwartej i piątej dekadzie życia. Pierwszym objawem klinicznym jest napadowy rumień, który z czasem ulega utrwaleniu, następnie powstają liczne teleangiektazje, a w ostatniej fazie choroby dołączają się zmiany zapalne: grudki i krosty. Zmiany zlokalizowane są głównie na policzkach i nosie, ale mogą być też obecne na czole i brodzie. Zajęcie skóry powiek oraz spojówek pojawia się najczęściej w obecności zmian klinicznych na całej twarzy; jednak może pojawić się jako pierwszy objaw choroby, co znacznie utrudnia rozpoznanie. Zajęcie oczu manifestuje się klinicznie obrzękiem i rumieniem powiek, czasami także obecnością wykwitów trądzikowych, teleangiektazjami w obrębie spojówek. W terapii trądziku różowatego z zajęciem oczu stosuje się głównie doustne tetracykliny; rutynowo stosowane leki miejscowe, takie jak metronidazol czy kwas azelainowy, w leczeniu zmian chorobowych na skórze powiek ze względu na swoje działanie drażniące nie mają

zastosowania. U chorych z ciężką postacią trądziku różowatego może dojść do powstania neowaskularyzacji oraz nadżerek w obrębie rogówki, dlatego chorzy ci powinni być zawsze konsultowani przez okulistów [15-17].

Zakażenie nużeńcem

Zakażenie nużeńcem (*demodex folliculorum*) to najczęstsza infestacja występująca u ludzi. Typową lokalizacją infekcji nużeńcem jest skóra policzków i brzegów powiek. W obrębie powiek zakażenie dotyczy mieszków włosowych rzęs. Klinicznie objawia się przewlekłym zapaleniem brzegów powiek oraz dotkliwym świądem. W terapii zakażenia, poza powiekami, stosuje się kremy z metronidazolem lub permetyną. Preparatów tych nie można jednak stosować na brzegi powiek. Tutaj stosuje się maści robione z ręciją [18,19].

Zakażenie wirusem opryszczki zwykłej oraz półpasiec oczny

Zakażenie wirusem *Herpes simplex* w okolicy oczu jest rzadkie. Objawia się występowaniem jednostronnego ogniska drobnych wykwitów pęcherzykowych na rumieniowej podstawie. U dzieci z atopowym zapaleniem skóry może dojść do rozsianej infekcji na całej skórze twarzy, szyi i dekoltu.

Półpasiec na twarzy występuje w związku z zajęciem nerwu trójdzielnego. Do wystąpienia półpasca ocznego dochodzi na skutek zajęcia zwoju Gassera (półksiężycowatego). Zajęcie pierwszej gałązki nerwu trójdzielnego jest dużo częstsze niż pozostałych gałęzi nerwu trójdzielnego. Objawia się jednostronnym wysiewem zmian pęcherzykowych w obrębie skóry powiek i czoła. W przypadku zajęcia nerwu nosowo-rzęskowego (obecność pęcherzyków na czubku nosa), zmiany mogą obejmować powierzchnię gałki ocznej i prowadzić do zapalenia rogówki, tęczówki, ciała rzęskowego. Zapalenie spojówki może utrzymywać się przez dłuższy czas, a w obrębie rogówki mogą powstać głębokie nadżerki. Terapia polega na zastosowaniu acykłowiru doustnie lub parenteralnie. Pacjenci wymagają opieki okulistycznej [20] (fot. 5).



Fot. 1. Pacjentka 1 z alergicznym kontaktowym zapaleniem skóry



Fot. 2. Odczyn alergiczny kontaktowy na propolis u pacjentki nr 1



Fot. 5. Pacjentka z zakażeniem półpaścem w obrębie powiek i policzka



Fot. 3. Pacjentka 2 z alergicznym kontaktowym zapaleniem skóry



Fot. 6. Dziewczynka z rozpoznaniem zapaleniem skórno-mięśniowym postać *juvenile*



Fot. 4. Wynik testów płatkowych pacjentki 2. Widoczny odczyn alergiczny na kompozycję zapachową I, siarczan niklu, kobalt, balam peruwiański, a także na krem pielęgnacyjny stosowany dotychczas przez pacjentkę



Fot. 7. Pacjentka z rozpoznaniem zapaleniem skórno-mięśniowym

Zmiany w obrębie powiek w przebiegu chorób tkanki łącznej

Najbardziej charakterystyczną zmianą w obrębie skóry powiek jest wyprysk heliotropowy (*heliotrope rash*) w przebiegu zapalenia skórno-mięśniowego. Zapalenie skórno-mięśniowe charakteryzuje się dwoma szczytami występowania: u dzieci – między 8-10 rokiem życia (postać *juvenile*) oraz u dorosłych około piątej dekady życia (fot. 6,7). Skórna manifestacją choroby jest symetryczny rumień i obrzęk skóry powiek, dający obraz tzw. rzekomych okularów. Dodatkowo pojawiają się zmiany rumieniowo-grudkowe na skórze dekoltu oraz płasko-wyniosłe grudki nad stawami międzypaliczkowymi rąk.

W przebiegu tocznia rumieniowatego, jego postaci skórnej na skórze twarzy, także w obrębie powiek mogą pojawiać się dyskoidalne zmiany rumieniowe przebiegające z zanikiem i bliznowaceniem w części centralnej. W przebiegu tocznia układowego, zespołu Sjögrena, oraz innych schorzeń tkanki łącznej częstym objawem jest zespół suchego oka, zapalenie spojówek oraz zapalenie brzożków powiek [21-23].

Piśmiennictwo

1. Mohajerin AH. Common cutaneous disorders of the eyelids. *Cutis* 1972; 10: 279.
2. Guin JD. Eyelid dermatitis: experience in 203 cases. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 755-65.
3. Kanski JJ, Nischal KK, Milewski SA. *Ophthalmology: Clinical signs and differential diagnosis*. Philadelphia, PA.: Mosby, 1999.
4. Rojo-España R, Tomas-Mallebrera L, Gimeno-Clemente N i wsp. Epidemiological Study of Periorcular Dermatitis in a Specialised Hospital Department. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2011; 10: 195-205.
5. Jabłońska S, Majewski S. Kontaktowe zapalenie skóry. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. PZWL, Warszawa 2005: 161-8.
6. Mark BJ, Slavin RG. Allergic contact dermatitis. *Med Clin North Am* 2006; 90: 169-85.
7. Jabłońska S, Majewski S. Kontaktowe zapalenie skóry. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. PZWL, Warszawa 2005: 169-70.
8. Wöhrl S, Hemmer W, Focke M i wsp. The significance of fragrance mix, balsam of Peru, colophony and propolis as screening tools in the detection of fragrance allergy. *Br J Dermatol* 2001; 145: 268-73.
9. Garrott HM, Walland MJ. Glaucoma from topical corticosteroids to the eyelids. *Clin Experiment Ophthalmol* 2004; 32: 224-6.
10. Renfro L, Snow JS. Ocular effects of topical and systemic steroids. *Dermatol Clin* 1992; 10: 505-12.
11. Jabłońska S, Majewski S. Kontaktowe zapalenie skóry. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. PZWL, Warszawa 2005; 179-85.
12. Rikkers SM, Holland GN, Drayton GE i wsp. Topical tacrolimus treatment of atopic eyelid disease. *Am J Ophthalmol* 2003; 135: 297-302.
13. Segal AO, Ellis AK, Kim HL. CSACI position statement: safety of topical calcineurin inhibitors in the management of atopic dermatitis in children and adults. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2013; 9: 24.
14. Jabłońska S, Majewski S. Kontaktowe zapalenie skóry. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. PZWL, Warszawa 2005: 159-60.
15. Uhara H, Kawachi S, Saida T. Solid facial edema in a patient with rosacea. *J Dermatol* 2000; 27: 214-16.
16. Stone DU, Chodosh J. Oral tetracyclines for okular rosacea: an evidence-based review of the literature. *Cornea* 2004; 23: 106-9.
17. Barnhorst DA Jr, Foster JA, Chem KC i wsp. The efficacy of topical metronidazole in the treatment of ocular rosacea. *Ophthalmology* 1996; 103: 1880-3.
18. Yun SH, Levin F, Servat J. *Orbit* 2013; 32: 370-1.
19. Patel KG, Raju VK. Ocular demodicosis. *W V Med J*. 2013; 109: 16-8.
20. Żaba R, Osmola-Mańkowska A. Półpasiec oczny. (w) Opryszczka. Półpasiec. Ospa wietrzna. Żaba R (red.). Termedia, Poznań 2011: 116-7.
21. Hall VC, Keeling JH, Davis MD. Periorbital edema as the presenting sign of dermatomyositis. *Int J Dermatol* 2003; 42: 466-7.
22. Sevigny GM, Mathes BM. Periorbital edema as the presenting sign of juvenile dermatomyositis. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 43-5.
23. Braun RP, French LE, Massouye I i wsp. Periorbital edema and erythema as a manifestation of discoid lupus erythematosus. *Dermatology* 2002; 205: 194-7.
24. Nemet AY, Deckel Y, Martin PA i wsp. Management of periorcular basal and squamous cell carcinoma: a series of 485 cases. *Am J Ophthalmol* 2006; 142: 293-7.
25. Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE i wsp. *Clinical Oncology*. 3rd ed. Philadelphia, Elsevier Churchill Livingstone, 2004.