



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΠΤΙΚΗΣ & ΟΠΤΟΜΕΤΡΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επιπεφυκίτιδα-Βλεφαρίτιδα
κλινική εικόνα ,παθογένεια
συμπτώματα, θεραπεία**

Μαρσώνη Ραφαέλα

Τζωρζή Βαρβάρα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Τόγια Μαρία

Αίγιο, Νοέμβριος 2014

Πρόλογος – Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε το έτος 2014 και υποβλήθηκε στο Τμήμα Οπτικής και Οπτομετρίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος (Πάτρα, παράρτημα Αιγίου). Η πτυχιακή εργασία που παρουσιάζουμε είναι με θέμα «Επιπεφυκίτιδα, Βλεφαρίτιδα ,κλινική εικόνα-παθογένεια, συμπτώματα, θεραπεία». Στόχος μας είναι η ανάλυση και παρουσίαση δύο πολύ σημαντικών και συχνών οφθαλμολογικών παθήσεων την επιπεφυκίτιδα και την βλεφαρίτιδα που απασχολούν και αφορούν ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Αποκτήσαμε επιστημονική άποψη επί του θέματος καθώς διευρύνουμε τις γνώσεις μας μέσα από αυτή τη λεπτομερή αναζήτηση και μελέτη των παθήσεων αυτών.

Πριν από όλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κυρία Τόγια Μαρία που μας έδωσε τη δυνατότητα να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα. Σεβασμό και ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλουμε στην καθηγήτρια μας κ. Μαλεβίτη Νικολέττα για τη βοήθεια, την καθοδήγηση και τις χρήσιμες συμβουλές που μας παρείχε.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις οικογένειές μας για την ηθική τους συμπαράσταση κατά την διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής αυτής εργασίας καθώς και την οικονομική στήριξη που μας πρόσφεραν σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας.

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη εστιάζει σε δύο αρκετά διαδεδομένες οφθαλμικές παθήσεις οι οποίες προσβάλλουν σχεδόν καθημερινά μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Οι παθήσεις στις οποίες αναφερόμαστε είναι η επιπεφυκίτιδα και η βλεφαρίτιδα. Οι παθήσεις αυτές μπορούν να προσβάλλουν άτομα ανεξαρτήτως φύλλου και όλων των ηλικιών, ακόμη και τα νεογνά. Ωστόσο ιδιαίτερο ρόλο παίζουν και οι συνθήκες υγιεινής του κάθε ατόμου.

Αρχικά, πριν εμβαθύνουμε στο πρώτο κομμάτι της εργασίας που αφορά την επιπεφυκίτιδα, κάναμε μία σύντομη αναφορά τόσο στο γενικότερο τμήμα του οφθαλμού όσο και στο ειδικό του μέρος τον επιπεφυκότα, δηλαδή της διαφανούς μεμβράνης που καλύπτει το εσωτερικό του βλεφάρου καθώς και το λευκό κομμάτι του οφθαλμού, οι παθήσεις του οποίου θα παρουσιαστούν παρακάτω. Με τον όρο επιπεφυκίτιδα λοιπόν ονομάζουμε την φλεγμονή του επιπεφυκότα ο οποίος νοσεί και το εκδηλώνει με τα εξής συμπτώματα : φωτοφοβία, δακρύρροια, αίσθημα ξένου σώματος, κνησμός, τσούξιμο, πόνος ερυθρότητα του επιπεφυκότα. Έχοντας ήδη αναλύσει με επαρκεί ακρίβεια όλα τα παραπάνω, προχωράμε στην ταξινόμηση της επιπεφυκίτιδας η οποία διαφοροποιείται είτε βάση της αιτιολογίας και διαχωρίζεται σε μολυσματική και μη μολυσματική, είτε βάση της διάρκειας και διαχωρίζεται σε οξεία ή χρόνια επιπεφυκίτιδα.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται μια εξίσου ενδιαφέρουσα οφθαλμική πάθηση η οποία αφορά τα βλέφαρα του ματιού. Ενεργώντας με τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως και στην επιπεφυκίτιδα, ξεκινάμε με μια σύντομη ανατομική αναφορά των βλεφάρων ενώ παράλληλα αναφερόμαστε και στις χρηστικές τους λειτουργίες. Κυρίως θέμα του κομματιού αυτού αποτελεί φυσικά η νόσος της βλεφαρίτιδας η οποία αποτελεί μία κοινή επίμονη φλεγμονή των βλεφάρων και συχνά συμβαίνει σε άτομα με λιπαρό δέρμα, πυτιρίδα και ξηροφθαλμία. Τα συμπτώματα που παρουσιάζει η παρούσα νόσος περιλαμβάνουν ερεθισμό, κνησμό και συχνά κοκκίνισμα του ματιού. Στη συνέχεια ακολουθεί η ταξινόμηση της νόσου σε πρόσθια και οπίσθια βλεφαρίτιδα, ενώ έπειτα εκτυλίσσονται οι παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα καθώς και η θεραπεία της νόσου με πληθώρα εικόνων και ουσιαστικών λεπτομερειών.

Summary

This study focuses on two quite common eye diseases that affect almost every day a large part of the population. The conditions in which we refer to as conjunctivitis and blepharitis. These diseases can affect people regardless of sex and of all ages, even babies. But particular role playing and hygiene of the individual.

Initially, before deepening the first piece of work on the conjunctivitis, we made a brief reference to both the general segment of the eye and the specific part, of the conjunctiva, ie the transparent membrane that covers the inner eyelid and the white part of the eye illnesses, which will be presented after. With condition called conjunctivitis So inflammation of the conjunctiva, which is sick and exhibits the following symptoms: photophobia, tearing, foreign body sensation, itching, stinging, pain, redness conjunctiva. We already analyzed with sufficient accuracy all of the above, proceed to the classification conjunctivitis which varies either based reasoning and separated into infectious and non-infectious or base duration and divided into acute or chronic conjunctivitis.

In the second part of the we study an equally interesting eye disease that affects the eyelids of eye. Bone up on exactly the same way as in conjunctivitis, we begin with a brief anatomical reference eyelid while talking and utilitarian functions. Main subject of the piece that constitutes the natural disease blepharitis which is a common persistent inflammation of the eyelids and often occurs in people with oily skin, dandruff and dry eye. The symptoms presents this disease include irritation, itching and redness of the eye often. Then follows the classification of the disease in the anterior and posterior blepharitis, and then unfold the risk factors, symptoms and treatment of the disease with a plethora of images and meaningful details.

Περιεχόμενα

1.ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

1.1 ΕΠΙΠΕΦΥΚΟΤΑΣ	12
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	13
1.3 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	14
1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	14
1.4.1 ΜΗ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ.....	15
1.4.2 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ	16
1.4.3 ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ.....	16
1.4.3.1 Εποχιακή επιπεφυκίτιδα	17
1.4.3.2 Ατοπική επιπεφυκίτιδα	19
1.4.3.3 Επιπεφυκίτιδα γιγαντιαίων θηλών(GPC)	20
1.4.3.4 Συγκεντρωτικός Πίνακας.....	21
1.4.4 ΜΗΧΑΝΙΚΗ/ΕΞ'ΕΡΕΘΙΣΜΟΥ/ ΤΟΞΙΚΗ	24
1.4.4.1 Σύνδρομο των χαλαρών βλεφάρων	24
1.4.4.2 Επιπεφυκίτιδα συσχετιζόμενη με τη χρήση φακών.....	24
1.4.4.3 Κερατοεπιπεφυκίτιδα που προκαλείται από φαρμακευτική αγωγή	26
1.4.5 ΙΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ	27
1.4.5.1 Αδενοϊοί	27
1.4.5.2 Ιός του απλού ερπητα	29
1.4.5.3 Οφθαλμικός ερπητας ζωστήρας	30
1.4.5.4 Μολυσματική Τέρμινθος	32
1.4.6 ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ	33
1.4.6.1 Από Χλαμύδια	35
1.4.6.2 Γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα	36
1.4.6.3 Μη γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα	37
1.4.7 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ	38
1.4.7.1 Καρκίνωμα των σμηγματογόνων αδένων.....	38
1.4.7.2 Μελάνωμα.....	38
1.4.8 ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ	40

1.4.8.1 Οφθαλμικό Ουλώδες Πεμφιγοειδές.....	40
1.4.8.2 Νόσος μοσχεύματος κατά ξενιστή (GVHD)	42
1.4.8.3 Μείζον πολύμορφο ερύθημα – Σύνδρομο Stevens – Johnson	43
1.5 ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	45
1.6 ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ.....	50
1.7 ΕΞΕΤΑΣΗ/ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	55
1.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	56
1.8.1 ΕΠΟΧΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΕΠΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ	56
1.8.2 ΕΑΡΙΝΗ - ΑΤΟΠΙΚΗ ΕΠΠΕΦΥΚΙΤΙΣ.....	57
1.8.3 ΕΠΠΕΦΥΚΙΤΙΣ ΕΚ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΩΝ ΘΗΛΩΝ (GPC)	58
1.8.4 ΚΕΡΑΤΟΕΠΠΕΦΥΚΙΤΙΣ ΤΟΥ ΑΝΩ ΟΡΙΟΥ (SLK).....	58
1.8.5 ΚΕΡΑΤΟΕΠΠΕΦΥΚΙΤΙΣ ΑΠΟ ΦΑΚΟΥΣ ΕΠΑΦΗΣ	59
1.8.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΑΛΑΡΟΥ ΒΛΕΦΑΡΟΥ.....	59
1.8.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ ΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ	60
2. ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑ	
2.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΒΛΕΦΑΡΩΝ.....	61
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥ	62
2.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ-ΤΥΠΟΙ ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑΣ	63
2.3.1 ΠΡΟΣΘΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ	64
2.3.2 ΠΡΟΣΘΙΑ ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΪΚΗ.....	64
2.3.3 ΟΠΙΣΘΙΑ ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑ	65
2.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑΣ.....	67
2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ...	68
2.5.1 ΞΗΡΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΣ	68
2.5.2 ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΚΩΝ ΕΠΑΦΗΣ.....	69
2.5.3 ΚΡΙΘΗ	69
2.5.4 ΧΑΛΑΖΙΟ	70
2.5.5 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΒΛΕΦΑΡΙΔΕΣ.....	71
2.5.6 ΔΕΜΟΔΗΚΩΣΗ	71
2.5.7 ΡΟΔΟΧΡΟΥΣ ΑΚΜΗ	72
2.5.8 ΙΣΟΤΕΤΡΙΝΟΪΝΗ	73
2.5.9 ΓΙΓΑΝΤΟΘΗΛΑΙΑ ΕΠΠΕΦΥΚΙΤΙΣ	73

2.6 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	73
2.7 ΕΛΕΓΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	74
2.7.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	74
2.7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	74
2.7.2.1 Ιστορικό	75
2.7.2.2 Φυσική εξέταση	76
2.7.2.3 Διαγνωστικές Εξετάσεις	79
2.7.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	79
2.7.3.1 Πρώιμη Διάγνωση	79
2.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	81
2.8.1 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ.....	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88

Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται σε δύο πολύ συχνές και διαδεδομένες οφθαλμολογικές παθήσεις. Το θέμα της εργασίας είναι «Επιπεφυκίτιδα, Βλεφαρίτιδα ,κλινική εικόνα παθογένεια συμπτώματα και θεραπεία». Πιο συγκεκριμένα αναφερόμαστε στην επιπεφυκίτιδα και στην βλεφαρίτιδα. Οι δύο αυτές παθήσεις των οφθαλμών ταλαιπωρούν ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού καθώς τέτοια περιστατικά ασθενών που πάσχουν από τις συγκεκριμένες παθήσεις δεν εκλείπουν από κανένα οφθαλμιατρείο προσβάλλοντας άτομα κάθε φύλου και ηλικίας ακόμη και νεογνά. Η εργασία χωρίζεται σε δύο κυρίως ενότητες. Αρχικά στην πρώτη ενότητα αναλύουμε την επιπεφυκίτιδα και στην συνέχεια στη δεύτερη ενότητα την βλεφαρίτιδα. Πριν γίνει εισαγωγή στο κυρίως θέμα της εργασίας μας κάναμε μία πολύ σύντομη περιγραφή στην γενικότερη ανατομία του οφθαλμού. Πριν από κάθε ανάλυση των κύριων παθήσεων ,δηλαδή της επιπεφυκίτιδας και της βλεφαρίτιδας , κάνουμε μία ανατομική αναφορά τόσο στον επιπεφυκότα όσο και στα βλέφαρα αντίστοιχα. Όσον αφορά την δομή την οποία θα ακολουθήσουμε περιλαμβάνει ορισμό της ασθένειας, ταξινόμηση-είδη, κλινική εικόνα/συμπτώματα και θεραπεία/ τρόποι αντιμετώπισης για κάθε μία πάθηση ξεχωριστά. Τέλος συμπεριλαμβάνονται τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία.

Η πρώτη οφθαλμολογική πάθηση που αναλύουμε είναι η επιπεφυκίτιδα . Με τον όρο επιπεφυκίτιδα εννοούμε την φλεγμονή του επιπεφυκότα δηλαδή την μεμβράνη που καλύπτει τον σκληρό και βασικό χαρακτηριστικό της είναι το κόκκινο , ερεθισμένο μάτι. Ανάλογα με την διάρκειά της διακρίνεται σε χρόνια και οξεία. Η χρόνια μπορεί να διαρκέσει πάνω από 3 εβδομάδες, ωστόσο τα συμπτώματα της οξείας είναι συνήθως πιο βαριά από της χρόνιας. Ο ασθενής που πάσχει από επιπεφυκίτιδα συνήθως αισθάνεται τσούξιμο, αίσθηση ξένου σώματος στο μάτι, παροδική θολότητα που καθαρίζει με το ανοιγοκλείσιμο του ματιού, φαγούρα και σε ορισμένες περιπτώσεις πόνο. Η επιπεφυκίτιδα μπορεί να ταξινομηθεί με βάση την αιτιολογία ως : Μη μολυσματική και Μολυσματική. Οι τύποι της μη μολυσματικής επιπεφυκίτιδας είναι η αλλεργική, η μηχανική/εξ'ερεθισμού/τοξική, η αυτοάνοση και η νεοπλασματική. Αξιοσημείωτο είναι δε ότι οι αιτίες της μη μολυσματικής επιπεφυκίτιδας είναι δυνατόν να αλληλεπικαλύπτονται. Αντίθετα οι αιτίες της μολυσματικής επιπεφυκίτιδας περιλαμβάνουν τους ιούς και τα βακτήρια. Η θεραπεία της επιπεφυκίτιδας καθορίζεται ιδανικά από την πρωτοπαθή αιτία. Οι θεραπευτικές μας επιλογές που περιγράφονται παρακάτω για τους πιο συνηθισμένους τύπους

επιπεφυκίτιδας και γι'αυτούς που είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αντιμετωπισθούν.

Στην συνέχεια στο δεύτερο μέρος της εργασίας αναφερόμαστε στην βλεφαρίτιδα. Η βλεφαρίτιδα είναι μία συνήθης και επίμονη φλεγμονή των βλεφάρων. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ερεθισμό, κνησμό, και συχνά κοκκίνισμα του ματιού. Τα κυριότερο σύμπτωμα είναι ερεθισμένα βλέφαρα. Τα βλέφαρα μπορεί να φλεγμαίνουν ή να δείχνουν λιπαρά. Επίσης μπορεί να υπάρχουν οφθαλμικές εκκρίσεις και τα βλέφαρα να κολλάνε μεταξύ τους, ιδίως το πρωί. Μερικές φορές φολίδες μπορεί να εμφανίζονται στα βλέφαρα προσδίδοντας μία εικόνα σαν της πιτυρίδας. Μερικές φορές ένας ή περισσότεροι μείβομιοι αδένες μπορεί να αποφραχθούν και να αρχίσουν να συλλέγουν το σμήγμα μέσα στον εκφορητικό πόρο οδηγώντας έτσι στο χαλάζιο. Η βλεφαρίτιδα ταξινομείται σύμφωνα με την ανατομική θέση προσβολής: η πρόσθια βλεφαρίτιδα εμπλέκει το δέρμα των βλεφάρων, τη βάση και τα θυλάκια των βλεφαρίδων και η οπίσθια βλεφαρίτιδα προσβάλλει του μείβομιονούς αδένες και τα στόμιά τους. Τοπικά αντιβιοτικά βελτιώνουν τα συμπτώματα και μειώνουν τον αριθμό μικροβίων στην εμπρόσθια βλεφαρίτιδα. Η υγιεινή των βλεφάρων, επίσης, βελτιώνει τα συμπτώματα στην εμπρόσθια και οπίσθια βλεφαρίτιδα.

Όσον αφορά τις δύο αυτές παθήσεις είναι περισσότερο οφθαλμολογικής φύσεως. Αναφέρεται και ελάχιστα στον κλάδο της οπτικής και οπτομετρίας καθώς και οι δύο αυτές παθήσεις λειτουργούν ανασταλτικοί παράγοντες στην χρήση και εφαρμογή φακών επαφής. Το συγκεκριμένο θέμα το διαλέξαμε τόσο για το οφθαλμολογικό ενδιαφέρον που παρουσιάζουν αυτές οι δύο παθήσεις όσο και για την συχνότητα εμφάνισής τους όπως είχαμε αναφερθεί και προηγουμένως.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΟΦΘΑΛΜΟΥ

Ο βολβός του οφθαλμού, με βάρος 6,5-7,5 gr και διαστάσεις 24 mm (προσθοπίσθια διάμετρος), 23 mm (κάθετη διάμετρο) και 23,5 mm (οριζόντια διάμετρο) μαζί με τα υπόλοιπα στοιχεία του που περιγράφονται στη συνέχεια, αποτελεί το όργανο της οράσεως. Εμφανίζει σχήμα σφαιρικό και ως εκ τούτου από περιγραφικής απόψεως δύο πόλους, τον πρόσθιο και τον οπίσθιο. Ο γεωμετρικός άξονας που ενώνει τους δύο πόλους, συμπίπτει με τον οπτικό άξονα. Αποτελείται από τρεις χιτώνες και τρεις θαλάμους και βρίσκεται μέσα στην οφθαλμική κοιλότητα που περιβάλλει και τα υπόλοιπα στοιχεία του.

Οι τρεις χιτώνες αφορούν:

- Τον έξω ή ινώδη που αποτελείται από τον κερατοειδή και τον σκληρό χιτώνα.
- Τον μέσο ή αγγειώδη που αποτελείται από την ίριδα, το ακτινωτό σώμα, και τον χοριοειδή χιτώνα.
- Τον έσω ή νευρικό που αποτελείται από το επιθήλιο του ακτινωτού σώματος και τον αμφιβληστροειδή.

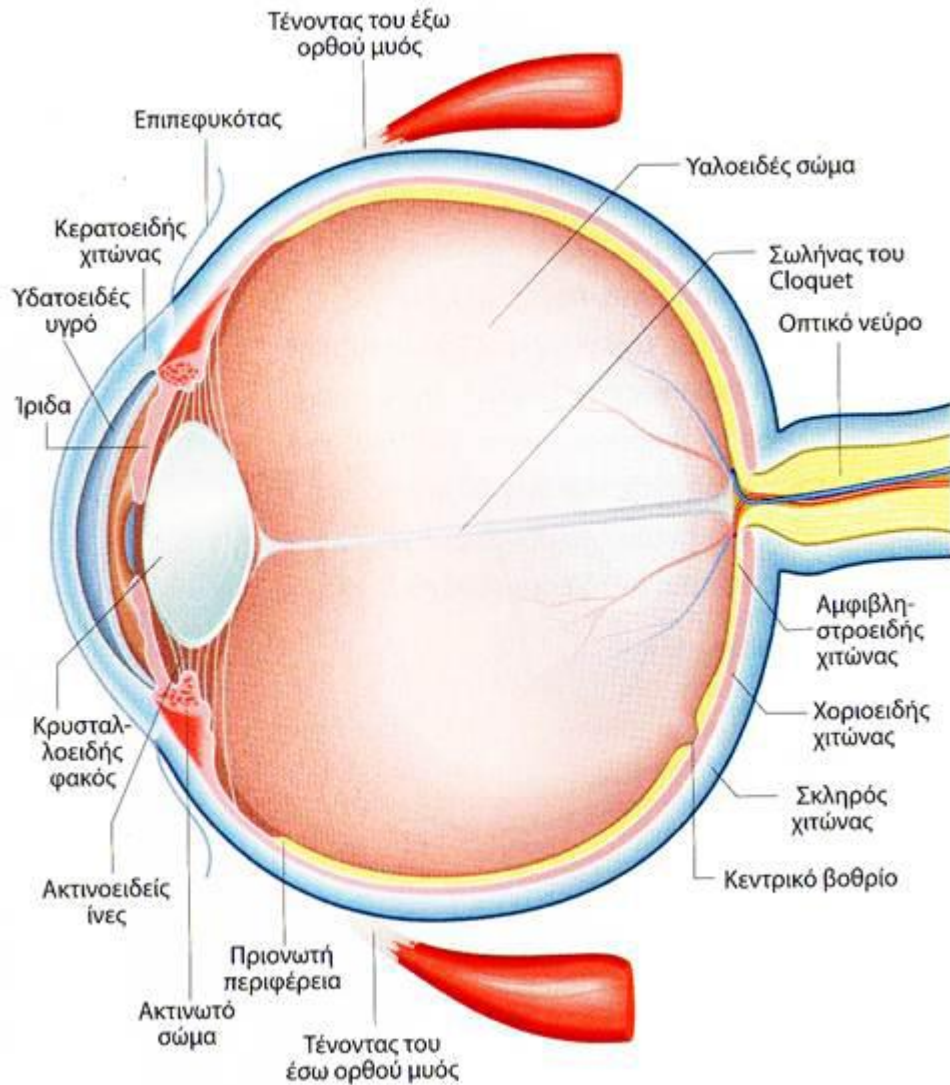
Οι τρεις χώροι αφορούν :

- Τον πρόσθιο θάλαμο και τη γωνία αυτού, απ' όπου αποχετεύεται το υδατοειδές υγρό.
- Τον οπίσθιο θάλαμο και το ακτινωτό σώμα όπου παράγεται το υδατοειδές υγρό.
- Το υαλώδες σώμα που καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του οφθαλμικού βολβού.

Τα υπόλοιπα τμήματα αφορούν:

- Τα τμήματα που προστατεύουν το μάτι, άνω και κάτω βλέφαρο και βλεφαρίδες.
- Τους δακρυϊκούς αδένες, οι οποίοι διατηρούν υγρό και διαυγές το επιθήλιο του κερατοειδούς.
- Τις αποχετευτικές δακρυϊκούς οδούς, που διατηρούν καθαρά τα κολπώματα του επιπεφυκότα, αλλά και λόγω της λυσοζύμης που περιέχεται στα δάκρυα αναπτύσσουν βακτηριοκτόνο δράση κατά των μικροοργανισμών του επιπεφυκότα.

· Την οφθαλμική κοιλότητα που περιλαμβάνει τους οφθαλμικούς μύες, τα αγγεία και τα νεύρα, το λιπώδες υπόστρωμα και το σύστημα του συνδετικού ιστού.



Εικόνα. Τομή του βολβού του οφθαλμού

1.ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

1.1 ΕΠΙΠΕΦΥΚΟΤΑΣ

Ο επιπεφυκότας είναι ένας λεπτός διαφανής βλεννογόνος υμένας, ο οποίος καλύπτει την οπίσθια επιφάνεια των βλεφάρων και την πρόσθια επιφάνεια του σκληρού χιτώνα (το λευκό του ματιού)._ Αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία και πλήθος κυττάρων που παράγουν δάκρυα και χημικές ουσίες.

Ο επιπεφυκότας χωρίζεται σε δύο μέρη :

- i. Βολβικός επιπεφυκότας
- ii. Βλεφαρικός επιπεφυκότας



Οι επιπεφυκότες επιτελούν τις παρακάτω λειτουργίες:

- Συμβάλλουν στη φυσική και χημική ανοσία του ματιού εμποδίζοντας μικρόβια να εισέλθουν στο μάτι
- Συμβάλλουν στην παραγωγή δακρύων
- Παραγωγή βλεννώδους στοιβάδας δακρύων (καλυκοειδή κύτταρα)
- Παραγωγή υδάτινης στοιβάδας δακρύων (επικουρικοί δ. αδένες)
- Θρεπτικά συστατικά για τον κερατοειδή μέσω των αγγείων του ΣΚΟ
- Αναγέννηση επιθηλίου κερατοειδή από αρχέγονα κύτταρα στο ΣΚΟ

- Ανοσολογική απάντηση σε φλεγμονές
- Λεμφική αποχέτευση

Οι παθήσεις του επιπεφυκότα μπορεί να είναι:

- Φλεγμονές (επιπεφυκίτιδα), όπως αλλεργίες, λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα
- Υπερπλασίες, όπως πτερύγιο, στεάτιο, μελάνωση, σπίλος
- Όγκοι, όπως μελάνωμα, λέμφωμα, καρκίνωμα

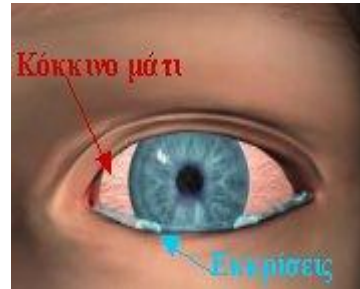
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η επιπεφυκίτιδα, ή αλλιώς η φλεγμονή του επιπεφυκότα, είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μια μεγάλη ομάδα διαταραχών που προσβάλλουν κατά βάση τον επιπεφυκότα. Πρόκειται για μια ομάδα ασθενειών κάθε ηλικίας που προσέρχονται με συμπτώματα και σημεία που υποδεικνύουν επιπεφυκίτιδα, όπως ερυθρότητα οφθαλμού και εκκρίσεις. Τα συνωδά συμπτώματα μπορούν να ποικίλουν. Οι περισσότερες μορφές της επιπεφυκίτιδας είναι αυτοπεριοριζόμενες, αλλά μερικές εξελίσσονται και μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές οφθαλμικές και εξοφθάλμιες επιπλοκές.



1.3 ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

- Επιβεβαίωση της διάγνωσης της επιπεφυκίτιδας, διαφοροδιαγνώσκοντάς την από άλλες αιτίες ερυθρού οφθαλμού
- Προσδιορισμός των αιτιών της επιπεφυκίτιδας
- Καθορισμός της κατάλληλης θεραπείας
- Απαλλαγή από τη δυσανεξία και τον πόνο
- Πρόληψη των επιπλοκών
- Πρόληψη της διασποράς της νόσου
- Εκπαίδευση των ασθενών και των παροχών υγείας σχετικά με τη θεραπεία της νόσου



1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η επιπεφυκίτιδα μπορεί να ταξινομηθεί με βάση την **αιτιολογία** ως :

i. Μη μολυσματική

Οι τύποι της μη μολυσματικής επιπεφυκίτιδας είναι η αλλεργική, η μηχανική/εξ'ερεθισμού/τοξική, η αυτοάνοση και η νεοπλασματική. Αξιοσημείωτο είναι δε ότι οι αιτίες της μη μολυσματικής επιπεφυκίτιδας είναι δυνατόν να αλληλεπικαλύπτονται.

ii. Μολυσματική

Οι αιτίες της οποίας (μολυσματικής επιπεφυκίτιδας) περιλαμβάνουν τους ιούς και τα βακτήρια.

Με βάση τη **διάρκεια** :

i. οξεία (διαρκεί έως και τρεις εβδομάδες)

ii. χρόνια ή υποτροπιάζουσα.(διαρκεί περισσότερο από τρεις εβδομάδες)

1.4.1 ΜΗ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

<p>Αλλεργική</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εποχιακή/ολοετής αλλεργική επιπεφυκίτιδα • Οξεία αλλεργική επιπεφυκίτιδα • Εαρινή επιπεφυκίτιδα • Ατοπική επιπεφυκίτιδα • Επιπεφυκίτιδα γιγαντιαίων θηλών(GPC), η οποία έχει επίσης και μηχανική συμμετοχή
<p>Μηχανική ή Εξ' ερεθισμού ή Τοξική</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Κερατοεπιπεφυκίτιδα του άνω σκληροκερατοειδούς ορίου (SLK) •Κερατοεπιπεφυκίτιδα σχετιζόμενη με τη χρήση φακών επαφής •Σύνδρομο χαλαρών βλεφάρων •Σύνδρομο του γιγαντιαίου κολπώματος •Φθειρίαση των βλεφαρίδων •Κερατοεπιπεφυκίτιδα προκαλούμενη από φαρμακευτική αγωγή •Χάλαση του επιπεφυκότα
<p>Αυτοάνοσες Ανοσολογικής αιτιολογίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Οφθαλμικό Ουλώδες Πεμφιγοειδές (ΟΟΠ) •Νόσος μοσχεύματος κατά ξενιστή (GVHD) •Μείζον πολύμορφο ερύθημα – Σύνδρομο Stevens – Johnson
<p>Νεοπλάσματα</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Καρκίνωμα των

	<p>σημηματογόνων αδένων</p> <ul style="list-style-type: none"> •Πλακώδης νεοπλασία της οφθαλμικής επιφάνειας •Μελάνωμα
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.4.2 ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

Βακτηριακή/Μικροβιακή	<ul style="list-style-type: none"> •Βακτηριακή Επιπεφυκίτιδα (περιλαμβάνει μη γονοκοκκικές και γονοκοκκικές) •Από γλαμύδια
Ιογενής	<ul style="list-style-type: none"> •Επιπεφυκίτιδα από αδενοϊό •Επιπεφυκίτιδα οφειλόμενη στον ιό του απλού έρπητα (HSV) •Επιπεφυκίτιδα οφειλόμενη στον ιό ανεμοβλογιάς / έρπη ζωστήρα •Μολυσματική τέρμινθος

1.4.3 ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ

Η φλεγμονή του επιπεφυκότα που οφείλεται σε αλλεργιογόνα αίτια προκαλεί την αλλεργική επιπεφυκίτιδα.

Η αιτία είναι μία αντίδραση του ανοσοποιητικού μας συστήματος σε κάποιο αλλεργιογόνο. Είναι συχνή σε άτομα που έχουν άλλες αλλεργικές εκδηλώσεις όπως άσθμα η έκζεμα.



Τα πιο συχνά αλλεργιογόνα αίτια της επιπεφυκίτιδας είναι η γύρη από δένδρα, το γρασίδι, τα αγριόχορτα, δέρμα και εκκρίσεις από ζώα, αρώματα, καλλυντικά, δερματολογικά φάρμακα, καπνός, ακάρεα σκόνης και κολλύρια.

1.4.3.1 Εποχιακή επιπεφυκίτιδα

Η Εποχιακή Αλλεργική Επιπεφυκίτιδα είναι μία από τις συνηθέστερες μορφές οφθαλμικής αλλεργίας. Προσβάλλει παιδιά και ενήλικες και εμφανίζεται σε ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα είναι οι γύρεις των φυτών. Γι' αυτό τον λόγο εμφανίζεται την περίοδο της Άνοιξης που η γύρη είναι άφθονη στον αέρα και στο περιβάλλον. Η εποχιακή επιπεφυκίτιδα περιλαμβάνει την ολοετή και την εαρινή επιπεφυκίτιδα.

Ολοετής αλλεργική επιπεφυκίτιδα

Η χρόνια (ολοετής) αλλεργική επιπεφυκίτιδα μοιάζει με την εποχική, όμως τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα που την προκαλούν είναι η σκόνη, το τρίχωμα από ζώα, τα ακάρεα κ.τ.λ. Επομένως, οι ασθενείς έρχονται σε επαφή με αυτές τις ουσίες καθόλη τη διάρκεια του έτους.

Η χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτιδα εκδηλώνεται με τα ίδια συμπτώματα με την εποχική, μόνο που αυτά συνήθως είναι ηπιότερα αλλά έχουν την τάση να διαρκούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα όλο τον χρόνο. Η πλειονότητα των ασθενών με χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτιδα αναφέρουν εποχιακή επιδείνωση των συμπτωμάτων κυρίως την Άνοιξη.

Εαρινή επιπεφυκίτιδα

Η εαρινή κερατοεπιπεφυκίτιδα είναι συνήθως υποτροπιάζουσα, αμφοτερόπλευρη νόσος η οποία προσβάλλει πιο συχνά τους άρρενες ηλικίας 3 έως 25 ετών και κυρίως αυτή κάτω των 12 ετών. Είναι πιο συχνή στην περιοχή της Μεσογείου και σε ξηρά, ζεστά κλίματα. Τα αγόρια προσβάλλονται συχνότερα από τα κορίτσια. Η νόσος μπορεί να είναι ενεργή καθόλη τη διάρκεια του έτους αλλά είναι πιο έντονη κατά τους ζεστούς μήνες, δηλαδή μεταξύ Απριλίου και Αυγούστου. Οι ασθενείς με εαρινή αλλεργική κερατοεπιπεφυκίτιδα έχουν θετικό ατομικό ιστορικό για εποχιακές αλλεργίες, ατοπική δερματίτιδα και άσθμα.

Κλινικά Σημεία

- Εποχιακή
 - Αμφοτερόπλευρη
 - Ένεση επιπεφυκότα
 - Χήμωση,
 - Υδαρείς εκκρίσεις,
 - Ήπιες βλεννώδεις εκκρίσεις



Χήμωση(οίδημα): Χήμωση είναι η διόγκωση (ή οίδημα) του επιπεφυκότα. Ο επιπεφυκότας είναι πρησμένος και ζελατινώδες στην εμφάνιση. Συχνά, η περιοχή των ματιών διογκώνεται τόσο πολύ και τα μάτια δυσκολεύονται ή αδυνατούν να κλείσουν πλήρως.

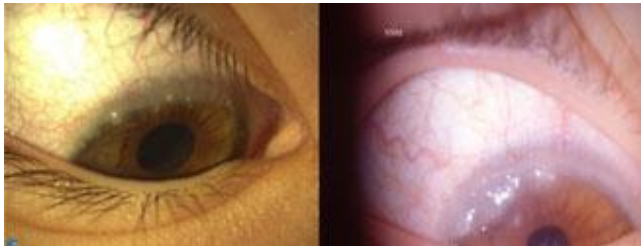
- Εαρινή
 - Αμφοτερόπλευρη.
 - Γιγάντια υπερτροφία των θηλών του άνω ταρσικού επιπεφυκότα
 - Ένεση του βολβικού επιπεφυκότα
 - Ουλές του επιπεφυκότα
 - Υδαρείς και βλεννώδεις εκκρίσεις
 - Κηλίδες του Tranta στο ΣΚΟ
 - Εμφάνιση θηλών στο ΣΚΟ
 - Απόπτωση επιθηλίου κερατοειδούς
 - Νεοαγγείωση και ουλοποίηση του κερατοειδούς
 - Εαρινές πλάκες κερατοειδούς/έλκη δίκην ασπίδας



Ένεση του βολβικού επιπεφυκότα: Ονομάζεται η ερυθρότητα του οφθαλμού οφείλετε σε διογκωμένα ή διατεταγμένα αιμοφόρα αγγεία, που κάνουν την επιφάνεια του ματιού να φαίνεται ερυθρή ή κοκκινισμένη.



Μικρές θηλές : Μορφώματα μικρότερου μεγέθους εμφανίζονται επί του επιπεφυκότα κάτω από το άνω συνήθως βλέφαρο.



Κηλίδες του Tranta στο ΣΚΟ: δημιουργούνται λόγω του μεγάλου αριθμού συσσωρευμένων ιστοκυττάρων και ηωσινοφίλων (τα οποία είναι μία κατηγορία λευκών αιμοσφαιρίων που συμμετέσχουν στην εκδήλωση της αλλεργίας).



Έλκος κερατοειδή : Είναι μια σοβαρή λοίμωξη του κερατοειδή. Μικρόβια προσβάλλουν όχι μόνο την επιφάνεια αλλά και τις βαθύτερες στιβάδες (στρώμα) του κερατοειδή. Συμβαίνει συχνά σε ανθρώπους που φορούν φακούς επαφής ή που ζουν σε αγροτικές περιοχές

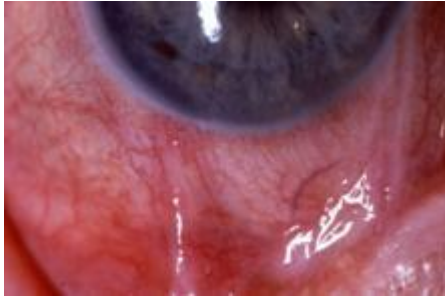
1.4.3.2 Ατοπική επιπεφυκίτιδα

Η ατοπική μορφή προσβάλλει συνήθως μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα με θετικό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό δερματικής ατοπίας ή άσθματος. Πρόκειται για δυνητικά σοβαρή νόσο, ή οποία μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση. Ένας μεγάλος αριθμός οφθαλμικών καταστάσεων συνυπάρχουν με την ατοπική αλλεργική επιπεφυκίτιδα. Αυτές είναι η κερατίτιδα από απλό έρπητα, ο πρόσθιος και ο οπίσθιος υποκαψικός καταρράκτης, και ο κερατόκωνος.

Κλινικά Σημεία

- Αμφοτερόπλευρη
- Εκζεματοειδής βλεφαρίτιδα,
- Πάχυνση και ουλοποίηση των βλεφάρων
- Απώλεια βλεφαρίδων
- Υπερτροφία θηλών άνω και κάτω ταρσικού επιπεφυκότα
- Ουλοποίηση επιπεφυκότα

- Υδαρείς ή βλεννώδεις εκκρίσεις
- Οίδημα λόγω κατακράτησης
- Νεοαγγείωση
- Έλκη και ουλοποίηση του κερατοειδούς
- Στικτική επιθηλιακή κερατίτιδα



Ουλοποίηση επιπεφυκότα

1.4.3.3 Επιπεφυκίτιδα γιγαντιαίων θηλών (GPC)

Η γιγαντιαία θηλώδης επιπεφυκίτιδα αποτελεί ένα άλλο είδος αλλεργίας, που πάλι σχετίζεται με ερεθισμό, βλέννη, υπεραιμία, καθώς και με διόγκωση των θηλών στην έσω επιφάνεια του βλεφάρου, στο βλεφαρικό επιπεφυκότα, κυρίως στο άνω βλέφαρο. Η μορφή αυτή σχετίζεται συνήθως με τη χρήση φακών επαφής. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα νεαρά άτομα είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στη γιγαντιαία θηλώδη επιπεφυκίτιδα σε σχέση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και για το λόγο αυτό πρέπει να αποφεύγεται η χρήση φακών επαφής για παραπάνω από μία ημέρα σε παιδιά ή νεαρούς έφηβους. Στις περιπτώσεις αυτές προτιμούμε φακούς γρήγορης αντικατάστασης, όπως είναι οι ημερήσιοι, για να μειωθεί η πιθανότητα γιγαντιαίας θηλώδους επιπεφυκίτιδας.

Κλινικά Σημεία

- Εμφανίζει ετερόπλευρη διαφοροποίηση σχετιζόμενη με χρήση φακών επαφής
- Θηλώδης υπερτροφία στον άνω ταρσικό επιπεφυκότα
- Βλεννώδεις εκκρίσεις
- Σε ασθενείς με χρονίζουσα μορφή δυνατόν να εντοπιστούν θηλές με γαλακτώδες
- Ινωτικό κέντρο(ινωτικές γέφυρες)

- Σε βαριές περιπτώσεις: οίδημα βλεφάρων και πτώση



Γιγαντιαίες θηλές :Μορφώματα που δίνουν την όψη πλακόστρωτου,εμφανίζονται επί του επιπεφυκότα κάτω από το άνω βλέφαρο . Αποτελούν πιθανώς το αποτέλεσμα ερεθισμού από ξένο σώμα, όπως είναι οι φακοί επαφής.

1.4.3.4 Συγκεντρωτικός Πίνακας

ΕΙΔΗ	ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
•Εποχιακή/ολοετής αλλεργική επιπεφυκίτιδα	Εχουν κοινά συμπτώματα και κλινικά σημεία αν και στην εποχιακή είναι λίγο πιο έντονα	<ul style="list-style-type: none"> ο Κνησμός: (Το χαρακτηριστικό γνώρισμα) <ul style="list-style-type: none"> ο Καύσος ο Υπερβολική δακρύρροια 	<ul style="list-style-type: none"> ο Αμφοτερόπλευρη ο Ένεση επιπεφυκότα, Χήμωση, ο Υδαρείς εκκρίσεις, ο Ήπιες βλενωδείς εκκρίσεις
· Οξεία αλλεργική επιπεφυκίτιδα	Η πλέον συχνή αλλεργική νόσος <ul style="list-style-type: none"> ο Σχετίζεται με ρινίτιδα, δερματίτιδα, άσθμα ο Συμβαίνει αιφνιδίως και οξέως ο Συνήθως υποχωρεί αυτόματα μέσα σε 24 ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> ο Κνησμός: (Το χαρακτηριστικό γνώρισμα) <ul style="list-style-type: none"> ο Καύσος ο Υπερβολική δακρύρροια 	<ul style="list-style-type: none"> ο Υπεραιμία ο Οίδημα βλεφάρων ο Χήμωση ο Μικρές θηλές
•Εαρινή επιπεφυκίτιδα	<ul style="list-style-type: none"> ο Αρχικά κατά τις θερμές εποχές και στη συνέχεια όλο το χρόνο ο Ηλικίες από 4 	<ul style="list-style-type: none"> ο Κνησμός ο Δακρύρροια ο Βλενωδείς 	<ul style="list-style-type: none"> · Αμφοτερόπλευρη. · Γιγάντια υπερτροφία των θηλών του άνω ταρσικού επιπεφυκότα · ένεση του βολβικού επιπεφυκότα

	<p>μέχρι 16 ετών</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Συνήθως αγόρια ○ Δεν υπάρχει ιστορικό ατοπίας ○ Δεν διαπιστώνεται ειδική υπερευαισθησία ○ Αυξημένα επίπεδα σιτευτικών, ηωσινοφίλων, λεμφοκυττάρων 	<p>εκκρίσεις</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Φωτοφοβία 	<ul style="list-style-type: none"> · ουλές του · επιπεφυκότα · υδαρείς και βλεννώδεις εκκρίσεις · κηλίδες του Tranta στο ΣΚΟ · εμφάνιση θηλών στο ΣΚΟ απόπτωση επιθηλίου κερατοειδούς · νεοαγγείωση και ουλοποίηση του κερατοειδούς · εαρινές πλάκες κερατοειδούς/έλκη δίκην ασπίδας.
<p>•Ατοπική επιπεφυκίτιδα</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Γενετική προδιάθεση ○ Μια από τις πλέον σοβαρές μορφές οφθαλμικής αλλεργίας ○ Ηλικίες μεταξύ 20 και 50 ετών ○ Συνοδεύεται από ατοπική δερματίτιδα ○ Αυξημένα επίπεδα ηωσινοφίλων, TH2, σιτευτικών ○ κυττάρων 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Κνησμός ○ Καύσος ○ Φωτοφοβία ○ Θολή όραση 	<ul style="list-style-type: none"> · Αμφοτερόπλευρη Εκζεματοειδής βλεφαρίτιδα · πάχυνση και ουλοποίηση των βλεφάρων · απώλεια βλεφαρίδων υπερτροφία θηλών άνω και κάτω ταρσικού · επιπεφυκότα · ουλοποίηση επιπεφυκότα · υδαρείς και βλεννώδεις εκκρίσεις · οίδημα λόγω κατακράτησης

			<ul style="list-style-type: none"> · νεοαγγείωση · έλκη και ουλοποίηση του κερατοειδούς · στικτή επιθηλιακή κερατίτιδα
<p>•Επιπεφυκίτιδα γιγαντιαίων θηλών(GPC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Επαναλαμβανόμενος μηχανικός ερεθισμός από: ○ Φακούς επαφής ○ Εκτεθειμένα ράμματα ○ Εκτεθειμένα σκληρικά μοσχεύματα ○ Κυανοακρυλικές κόλλες ○ Ξένα σώματα ○ Επιδεινώνεται αν συνυπάρχει αλλεργία 	<p>Τα συμπτώματα συνήθως προηγούνται των κλινικών σημείων:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Κνησμός ○ Αίσθηση ξένου σώματος ○ Ερεθισμός ○ Μη ανοχή στους φακούς 	<p>Στον άνω βλεφαρικό επιπεφυκότα:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ γιγαντιαίες (>1mm) θηλές · Εμφανίζει ετερόπλευρη διαφοροποίηση σχετιζόμενη με χρήση φακών επαφής. · Θηλώδης υπερτροφία στον άνω ταρσικό επιπεφυκότα, βλεννώδεις εκκρίσεις · Σε ασθενείς με χρονίζουσα μορφή δυνατόν να εντοπιστούν θηλές με γαλακτώδες ινωτικό κέντρο(ινωτικές γέφυρες). · Σε βαριές περιπτώσεις: οίδημα βλεφάρων και πτώση.

1.4.4 ΜΗΧΑΝΙΚΗ/ΕΞ' ΕΡΕΘΙΣΜΟΥ/ ΤΟΞΙΚΗ

1.4.4.1 Σύνδρομο των χαλαρών βλεφάρων

Πρόκειται για φαινόμενο αυτόματης αναστροφής του άνω βλεφάρου λόγω χαλαρού συνδετικού ιστού. Η αναστροφή συμβαίνει κατά τον ύπνο με αποτέλεσμα ο επιπεφυκότας του άνω βλεφάρου να τρίβεται στο μαξιλάρι. Συναντάται κυρίως σε παχύσαρκα άτομα και συχνά σχετίζεται με σύνδρομο άπνοιας κατά τον ύπνο, κερατόκωνο και επίμονο τρίψιμο των βλεφάρων.



Εκδηλώνεται ως χρόνια επιπεφυκίτιδα με ερυθρό και ερεθισμένο οφθαλμό που είναι χειρότερα μετά το πρωινό ξύπνημα. Χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα είναι η ευκολία με την οποία αναστρέφεται το άνω βλέφαρο.

Κλινικά σημεία

- Οίδημα στο άνω βλέφαρο, το οποίο αναστρέφεται με εξαιρετική ευκολία ενίοτε με την απλή ανασήκωση του
- διάχυτη θηλώδης αντίδραση του άνω ταρσικού επιπεφυκότα
- στικτή επιθηλιακή κερατίτιδα ,πόνος
- Αμφοτερόπλευρη συχνά ασύμμετρης βαρύτητας

1.4.4.2 Επιπεφυκίτιδα συσχετιζόμενη με τη χρήση φακών

Οι φακοί επαφής, όσο και αν είναι συμβατοί με τη φυσιολογία του κερατοειδούς, παραμένουν για τα μάτια μας ένα ξένο σώμα και μπορεί να επιφέρουν αλλαγές και να προκαλέσουν παροδικές, αλλά και μη αναστρέψιμες αντιδράσεις. Προβλήματα επίσης μπορεί να προκληθούν από τη μηχανική πίεση του φακού επαφής στην επιφάνεια του κερατοειδούς, με αποτέλεσμα τη μείωση της ευαισθησίας του και κίνδυνο να μη γίνουν εγκαίρως αντιληπτές τυχόν κακώσεις της επιφάνειάς του. Αλλαγές και διάσπαση της δακρυϊκής στιβάδας, που παρατηρούνται ιδιαίτερα σε παρατεταμένη χρήση μαλακών φακών επαφής, μπορεί να οδηγήσουν σε φλεγμονές και έλκη. Οι φακοί επαφής

αποτελούν επίσης ιδεώδη τόπο συγκέντρωσης βακτηρίων, ιδίως όταν υπάρχουν πολλές εναποθέσεις στην επιφάνειά τους. Η παραμικρή αμυχή στο επιθήλιο κάτω από τον φακό μπορεί να οδηγήσει σε μόλυνση, η οποία μπορεί να αποβεί άκρως επικίνδυνη σε περίπτωση ψευδομονάδας ή ακανθαμοιβάδας. Η τελευταία μπορεί να μη γίνει εγκαίρως αντιληπτή. Η εμφάνισή της σχετίζεται με την παρατεταμένη χρήση μαλακών φακών επαφής και ενοχοποιούνται η κακή συντήρηση και η χρήση νερού της βρύσης για το ξέπλυμα των φακών.

Η υπερβολική χρήση και υπεραπλούστευση του τρόπου συντήρησης των φακών αποτελούν επίσης μεγάλο κομμάτι των επιπλοκών και συνήθως οδηγούν σε τοξικές αντιδράσεις σε υλικά και συντηρητικά, καθώς και σε κερατίτιδες ,επιπεφυκίτιδες κ.ά. Οι χρήστες φακών επαφής πρέπει να ακολουθούν το πρόγραμμα ελέγχων από τον εφαρμοστή φακών και να επισκέπτονται τον οφθαλμίατρό τους σε περίπτωση που υπάρξει έντονη ερυθρότητα, φωτοφοβία, κνησμός, βλεννώδεις εκκρίσεις ή μείωση της οπτικής τους οξύτητας.

Κλινικά σημεία

- Ποικίλλη ένεση του επιπεφυκότα από ήπια έως διάχυτη, εστιακή ή διάχυτη νεοαγγείωση κερατοειδούς στην περιφέρεια ή περιμετρικά, εστιακή ή διάχυτη στική κερατίτιδα
- Η βαρύτητα της θηλώδους υπερτροφίας του επιπεφυκότος ποικίλλει
- Μπορεί να οφείλεται σε αδυναμία αναγέννησης των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ



1.4.4.3 Κερατοεπιπεφυκίτιδα που προκαλείται από φαρμακευτική αγωγή

Η αλλεργική αντίδραση πάντα είναι και στα δύο μάτια, εκτός και αν οφείλεται σε άμεση επαφή, όπως παραδείγματος χάριν όταν χρησιμοποιείτε ένα φάρμακο (είτε με τη μορφή κολλυρίου είτε με τη μορφή αλοιφής) ή ένα καλλυντικό (mascara ή eye linger ή σκιά) στο ένα μάτι μόνο. Από τα φάρμακα πιο συχνά αλλεργία προκαλούν διάφορα αντιβιοτικά και κυρίως η tobramycin, τα αντιγλαυκωματικά ή τα φάρμακα που ανοίγουν την κόρη του ματιού (μυδριατικά). Πάντα η αλλεργία από φάρμακα επεκτείνεται και στο δέρμα, αφού οι σταγόνες χύνονται και έξω από το μάτι. Η διακοπή του αιτίου που προκαλεί την αλλεργία οδηγεί σε γρήγορη υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Κλινικά σημεία

- Ετερόπλευρη ανάλογα με τη χρήση του φαρμάκου
- Ένεση επιπεφυκότα, θυλάκιοστο κάτω κόλπωμα και στον βολβικό επιπεφυκότα.

Διαφοροδιαγνωστικά σημεία

- Δερματίτιδα εξ επαφής των βλεφάρων με ερύθημα, απολέπιση σε κάποιες περιπτώσεις
- Χάλαση επιπεφυκότα, πτυχές λόγω περίσσιας του επιπεφυκότα. Η χειρουργική αφαίρεση της περίσσιας του επιπεφυκότα και η αποκατάσταση του ελλείμματος με αμνιακή μεμβράνη. Η επικρατέστερη αιτιολογία του φαινομένου είναι η παρουσία υποκλινικής χρόνιας φλεγμονή πιθανότητα από ξηροφθαλμία και η δημιουργία λεμφικού οιδήματος στους ιστούς υπό τον επιπεφυκότα.



Επιπεφυκίτιδα στο μάτι με συνοδό δερματίτιδα μετά από χρήση κολλυρίου για τη μείωση της πίεσης. Το κολλύριο αυτό πρέπει να αντικατασταθεί από άλλο

1.4.5 ΙΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

Είναι η μόλυνση του ματιού από κάποιο ιό. Πιο συγκεκριμένα, η μόλυνση αφορά τη λεπτή μεμβράνη που καλύπτει το μάτι και την εσωτερική επιφάνεια των βλεφάρων. Συνήθως προηγείται ένα κοινό κρυολόγημα. Οι συνηθέστεροι ιοί είναι οι αδενοϊοί και πιο σπάνια ο ιός του έρπη. Όπως και οι περισσότερες ιώσεις, οι ιογενείς επιπεφυκίτιδες κάνουν τον κύκλο τους και δεν απαιτούν ειδική θεραπευτική αγωγή. Εξαιρέση αποτελούν οι περιπτώσεις επιπεφυκίτιδας από ερπητοϊούς (που συνήθως συνοδεύονται από φυσαλιδώδες εξάνθημα στα βλέφαρα), όπου γίνεται χρήση ειδικών αντικών παραγόντων.

1.4.5.1 Αδενοϊοί

Οι αδενοϊοί είναι μια ομάδα ιών που μολύνουν τις μεμβράνες, δηλαδή τις επενδύσεις ιστού της αναπνευστικής οδού, των ματιών, των εντέρων, και του ουρικού κομματιού. Η γνώση που υπάρχει για τις διαφορές μεταξύ των τύπων των αδενοϊών ανθρώπινης προέλευσης έχουν αυξήσει την ιατρική αξία της δακτυλογράφησης. Η μετάδοση περιλαμβάνει την περιττωματική διαδρομή και την εισπνοή αερολυμάτων. Οι ιοί βρίσκονται για εκτεταμένες περιόδους στα περιττώματα, τα ούρα, και τις αναπνευστικές εκκρίσεις των μολυσμένων προσώπων. Οι άνθρωποι αδενοϊοί είναι πανταχού παρόντες στο περιβάλλον με αποτέλεσμα την πιθανή μόλυνση του επεξεργασμένου ή μη πόσιμου νερού (καθώς και των μολυσμένων τροφίμων) από τις ανθρώπινες εκκρίσεις και απεκκρίσεις. Καθώς οι αδενοϊοί δεν έχουν περίβλημα, είναι εξαιρετικά ανθεκτικοί στην απενεργοποίηση και έτσι έχουν παρατεταμένη επιβίωση στο περιβάλλον. Η παρουσία αδενοϊών σε πηγές νερού θεωρείται σημαντική, δεδομένου ότι είναι εξαιρετικά ανθεκτικοί σε συγκεκριμένες διαδικασίες επεξεργασίας νερού. Έτσι οι τύποι των αδενοϊών που προκαλούν την επιπεφυκίτιδα μπορούν να διαβιβάσουν από το νερό (στις λίμνες και τις πισίνες), με τη διανομή των μολυσμένων αντικειμένων, όπως οι πετσέτες ή παιχνίδια ή/και από την αφή. Η έμμεση μετάδοση μπορεί να εμφανιστεί μέσω της έκθεσης σε μολυσμένες επιφάνειες επίπλων και άλλων αντικειμένων.

Οι αδενοϊοί προκαλούν πολύ συχνά οξείες επιπεφυκίτιδες, οι οποίες εμφανίζονται είτε σποραδικά είτε με τη μορφή επιδημιών. Προκαλούν επιδημική κερατοεπιπεφυκίτιδα, εμπύρετη φαρυγγοεπιπεφυκίτιδα ή επιπεφυκίτιδα ωοθυλακίων. Η επιδημική επιπεφυκίτιδα είναι ιδιαίτερα μεταδοτική (για αυτό και απαιτεί προφυλάξεις) και προσβάλλει άτομα όλων των ηλικιών κυρίως όμως άτομα 20-40 ετών. Η εμπύρετη

φαρυγγοεπιπεφυκίτιδα προσβάλλει συνήθως παιδιά και συνοδεύεται από λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί στική επιθηλιακή κερατίτιδα. Τα συμπτώματα διαρκούν 7-14 ημέρες. Νεογνική λοίμωξη παρατηρείται σε σπάνιες περιπτώσεις.

Η ιογενής οφείλεται σε στελέχη αδενοϊών που προσβάλλουν όλες τις ηλικίες, με συχνότερο ίσως επιπολασμό στα παιδιά και σε εργαζόμενους στον τομέα υγείας. Η μετάδοση συμβαίνει με την άμεση ή έμμεση επαφή και είναι εύκολη. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι η επαφή με τον ιατρό είναι ένας κύριος μηχανισμός με τον οποίο αυτός ο ιός μεταδίδεται. Η περίοδος επώασης διαρκεί 3-7 ημέρες και η διάρκεια της νόσου μπορεί να ξεπεράσει και τις 2 εβδομάδες. Ο προσβεβλημένος συνήθως μεταδίδει τη νόσο όσο διαρκεί η περίοδος των πολλών εκκρίσεων, 1-2 εβδομάδες. Ένας οφθαλμός προσβάλλεται πρώτα και ο άλλος ακολουθεί μετά από ορισμένες μέρες με χαρακτηριστικά ηπιότερη συμπτωματολογία. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι οι πολλές υδαρείς εκκρίσεις, το κολλώδες μάτι κατά τις πρωινές ώρες, η χήμωση του επιπεφυκότα και, σε όψιμους χρόνους, η φωτοφοβία και το θάμβος όρασης. Συχνά ψηλαφάτε πρωτιαίο γάγγλιο.

Κλινικά Σημεία

- Αιφνίδια έναρξη.
- Αμφοτερόπλευρη και ετερόπλευρη (συχνά κατ' αλληλουχία αμφοτερόπλευρη)
- Ποικίλλης βαρύτητας.
- Ένεση βολβικού επιπεφυκότα, υδαρείς εκκρίσεις, θυλακιώδης αντίδραση στον κάτω ταρσικό επιπεφυκότα, χήμωση, οίδημα βλεφάρων και ερύθημα

Διαφοροδιαγνωστικά Σημεία

- Πρωτιαία λεμφαδενοπάθεια, πετέχιες και αιμορραγίες υπό τον επιπεφυκότα
- απόπτωση επιθηλίου κερατοειδούς, πολυεστιακή επιθηλιακή στική κερατίτιδα μέχρις προσβολής και του προσθίου στρώματος
- μεμβράνες και ψευδομεμβράνες, εκχύμωση βλεφάρων

1.4.5.2 Ιός του απλού έρπητα

Ο τύπος I δημιουργεί λοιμώξεις του οφθαλμού του προσώπου και των χειλιών ενώ ο τύπος II δημιουργεί λοιμώξεις στα γεννητικά όργανα και σπάνια δυνατόν να προσβάλλει και το μάτι.

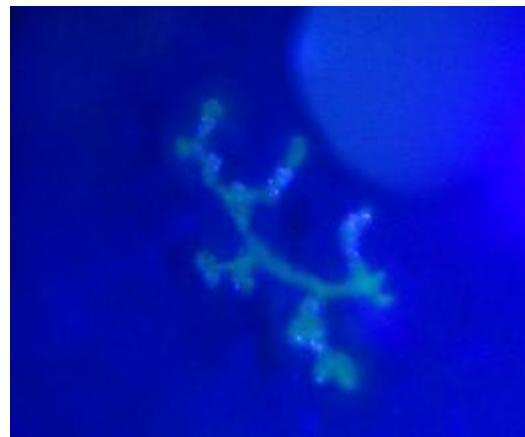
Η πρωτοπαθής λοίμωξη μπορεί να εκδηλωθεί αμέσως μετά τη γέννηση (από εστίες μόλυνσης στα γεννητικά όργανα της μητέρας) η αργότερα από εκκρίματα της στοματικής ή της ρινικής κοιλότητας (από άτομα που είναι φορείς του ιού). Άλλοι τρόποι είναι στενή επαφή με το σημείο της λοίμωξης (άτομα με ενεργή λοίμωξη), η σεξουαλική επαφή και σπάνια η μεταφορά του ιού με τα δάχτυλα ή από μολυσμένα κολλύρια ή αλοιφές.

Η πρωτοπαθής λοίμωξη μετά την πρώτη επαφή του οργανισμού με τον ιό συνήθως είναι μία ήπια κερατοεπιπεφυκίτις χωρίς ιδιαίτερα συμπτώματα η οποία υποχωρεί γρήγορα χωρίς θεραπεία. Ο ιός όμως παραμένει στον οργανισμό που μολύνθηκε, "ταξιδεύει" μέσω των νεύρων και εγκαθίσταται στα γάγγλια όπου μπορεί να παραμείνει ανενεργός για χρόνια.

Κάτω από ειδικές συνθήκες ενεργοποιείται και προκαλεί υποτροπή της νόσου. Οι εκλυτικοί παράγοντες για την ενεργοποίηση του ιού μπορεί να είναι πυρετός (η πλέον συνήθης αιτία), έκθεση στον ήλιο ή τον ψυχρό αέρα, έμμηνος ρύσης, τραυματισμός, ψυχικές διαταραχές, χρήσης κορτιζονούχων κολλυρίων, επεμβάσεις στο μάτι. Μετά την αρχική μόλυνση η υποτροπή μπορεί να συμβεί μήνες ή και χρόνια μετά και συνήθως περιορίζεται στο ένα μάτι και σπάνια πηγαίνει και στο άλλο.

Η λοίμωξη από τον απλό έρπητα είναι διαδεδομένη σε όλο το κόσμο. Το 60-70% των παιδιών μέχρι τα 5 έτη και περίπου το 95% των ενηλίκων έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό και έχουν αντισώματα. Κλινική νόσο όμως παρουσιάζει μόνο το 20-30% και οφθαλμική νόσο λιγότερο από 1%.

Συμπτωματολογία: συνήθως η οφθαλμική λοίμωξη εκδηλώνεται με ερυθρότητα, αίσθηση ξένου σώματος, ευαισθησία στο φως, δακρύρροια, πόνο και φυσαλίδες στα βλέφαρα. Το τμήμα του ματιού που κυρίως προσβάλλεται είναι ο κερατοειδής. Σε περίπτωση που η βλάβη προχωρήσει στα βαθύτερα στρώματα δυνατόν να οδηγήσει σε σχηματισμό ουλής και σημαντική μείωση της όρασης.



Επειδή τα ανωτέρω συμπτώματα τα συναντάμε συχνά καλό θα είναι σε περίπτωση ύπαρξης τους να απευθυνόμαστε στον οφθαλμίατρό μας ο οποίος είναι ο μόνος κατάλληλος να διαπιστώσει αν οφείλονται σε έρπη και να χορηγήσει την κατάλληλη θεραπεία. Η συχνή χρήση κορτιζονούχων κολλυρίων που συστήνονται από μη οφθαλμιάτρους μπορεί να αποβεί επικίνδυνη σε περίπτωση οφθαλμικής λοίμωξης από απλό έρπη.

Κλινικά Σημεία

- Ετερόπλευρη.
- Ένεση βολβικού επιπεφυκότα, υδαρές εκκρίσεις, ήπια θυλακιάδης αντίδραση του επιπεφυκότα.
- Πιθανόν ψηλαφητοί προωτιαίοι αδένες.

Διαφοροδιαγνωστικά Σημεία

- Φυσαλιδώδες εξάνθημα
- πλειομορφική η δενδριτική κερατίτιδα η επιπεφυκίτιδα

1.4.5.3 Οφθαλμικός έρπητας ζωστήρας

Από τα περιστατικά του έρπητα ζωστήρα το 10% θα προσβάλλει τον οφθαλμικό κλάδο του τρίδυμου νεύρου και το 50% από αυτά θα αναπτύξουν επιπλοκές από τα μάτια. Οι βλάβες ταξινομούνται σε 3 στάδια.



Το στάδιο 1 περιλαμβάνει τις βλάβες που αναπτύσσονται μέσα στις πρώτες εβδομάδες από το εξάνθημα. Αυτές δυνατόν να είναι, το χαρακτηριστικό εξάνθημα και οίδημα στα βλέφαρα, επιπεφυκίτιδα (συναντάται συχνά), επισκληρίτιδα, σκληρίτιδα, κερατίτιδα, ραγοειδίτιδα, οπτική νευρίτιδα και τέλος ακόμη και παράλυση νεύρων

(τροχιλιακό,απαγωγό).



Το στάδιο 2 συνίσταται σε χρόνιες βλάβες οι οποίες μπορεί να επιμένουν μέχρι και 10 χρόνια μετά την προσβολή του έρπητα. Αυτές μπορεί να είναι χρόνια επιπεφυκίτιδα, σκληρίτιδα και κερατίτιδα, πτώση βλεφάρου. Η μεθερπητική νευραλγία παρουσιάζεται σε ποσοστό 10-30% και είναι η πλέον εξουθενωτική

επιπλοκή για τον ασθενή.

Ο πόνος είναι χειρότερος το βράδυ και επιδεινώνεται από τη ζέστη. Βελτιώνεται αργά με το χρόνο. Το στάδιο 3 περιλαμβάνει υποτροπιάζουσες βλάβες (επισκληρίτιδα, σκληρίτιδα, κερατίτιδα, γλαύκωμα) οι οποίες δυνατόν να εμφανιστούν και 10 χρόνια μετά τις οξείες βλάβες.

Στον έρπητα ζωστήρα η θεραπεία εκλογής είναι αντιικά από το στόμα τα οποία πρέπει να ξεκινούν εντός 72 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων γιατί έτσι μειώνεται η βαρύτητα της νόσου και οι μακροχρόνιες επιπλοκές. Για το εξάνθημα χρησιμοποιούμε τοπικά συνδυασμό κορτικοστεροειδών-αντιικών.

Οι βλάβες του κερατοειδούς στο μάτι δεν είναι ευαίσθητες στους αντιικούς παράγοντες αλλά ανταποκρίνονται καλά στα τοπικά κορτικοστεροειδή. Η δόση μειώνεται σταδιακά γιατί η απότομη διακοπή μπορεί να προκαλέσει έξαρση των συμπτωμάτων.

Κλινικά Σημεία

- Αμφοτερόπλευρη η ετερόπλευρη.
- Ένεση του βολβικού επιπεφυκότα, υδαρείς εκκρίσεις, ήπια θυλακιώδης αντίδραση του επιπεφυκότα.
- Πιθανόν ψηλαφητοί προωτιαίοι αδένες.
- Τυπική στικτή κερατίτιδα στην πρωτοεμφανιζόμενη νόσο, στικτή ή δενδριτική κερατίτιδα στην υποτροπιάζουσα

Διαφοροδιαγνωστικά Σημεία

- Φυσαλιδώδες εξάνθημα βλεφάρων
- πλειομορφική ή δενδριτική κερατίτιδα

1.4.5.4 Μολυσματική Τέρμινθος

Η μολυσματική τέρμινθος είναι μια σχετικά συνηθισμένη ιογενής λοίμωξη του δέρματος που οδηγεί σε γύρο, σταθερή, ανώδυνη εξογκώματα που κυμαίνονται σε μέγεθος από ένα κεφάλι καρφίτσας σε μια γόμα μολυβιού. Εάν οι προσκρούσεις γδαρμένο ή τραυματίστηκαν, η λοίμωξη μπορεί να εξαπλωθεί και σε περιβάλλον δέρμα.

Αν και πιο συχνή σε παιδιά, μολυσματική τέρμινθος μπορεί να επηρεάσει τους ενήλικους, καθώς - ιδιαίτερα εκείνων με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. Στους ενήλικες, η μολυσματική τέρμινθος περιλαμβάνουν τα γεννητικά όργανα θεωρείται ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα



Οι προσκρούσεις και το δέρμα γύρω από αυτά μπορεί να γίνει κόκκινο και φλεγμονή. Αυτό πιστεύεται να είναι μια ανοσολογική απόκριση στη λοίμωξη. Αν γδαρμένο, οι προσκρούσεις μπορεί να μολυνθεί. Αν βλάβες εμφανίζονται στα βλέφαρα, ασθένεια των οφθαλμών (επιπεφυκίτιδα) μπορεί να αναπτυχθεί.

Κλινικά Σημεία

- Τυπικά ετερόπλευρη αλλά μπορεί να εμφανιστεί και αμφοτερόπλευρα
- Ήπια έως και διάχυτη θυλακιώδης αντίδραση, στικτή επιθηλιακή κερατίτιδα
- Μπορεί να εμφανιστεί πόνος αν η νόσος επιμείνει

- Μεμονωμένα η πολλαπλά στιλπνά θολωτά ομφαλοφόρα οζίδια επί του δέρματος των βλεφάρων ή στα όριά τους

1.4.6 ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

Βακτηριακή επιπεφυκίτιδα είναι μια λοίμωξη του επιπεφυκότα που οφείλεται σε βακτήρια. Είναι μια συχνή λοίμωξη, που μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία ακόμα και στα νεογνά.



Στον φυσιολογικό επιπεφυκότα υπάρχουν μικρόβια που συμβάλλουν στην άμυνα του ματιού, όπως ο επιδερμικός σταφυλόκοκκος ή το κορυννοβακτηρίδιο. Αν η αμυντική ικανότητα αλλάξει ή αν ο επιπεφυκότας αποικισθεί από άλλα μικρόβια, τότε εκδηλώνεται λοίμωξη. Η αμυντική ικανότητα αλλάζει είτε από τοπικούς λόγους (π.χ. ξηροφθαλμία, ατοπία) είτε από γενικούς (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, ανοσολογικά νοσήματα, ανοσοκαταστολή).

Παθολογικά βακτήρια μπορεί να μεταφερθούν στον επιπεφυκότα και να τον μολύνουν είτε από διπλανές περιοχές (μύτη, δέρμα, ιγμόρεια) είτε από άλλους ασθενείς. Είναι επομένως προφανές ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και κυρίως συνθήκες υγιεινής επηρεάζουν την εκδήλωση βακτηριακής επιπεφυκίτιδας, για αυτό τα τελευταία χρόνια ή συχνότητα έχει μειωθεί σημαντικά, ωστόσο σε χώρους με χαμηλό ίσως επίπεδο υγιεινής όπως στρατώνες, οικοτροφεία και βρεφονηπιακούς σταθμούς το φαινόμενο αυτό γνωρίζει ιδιαίτερη έξαρση. Η χρήση φακών επαφής, τα κλειστά δακρυϊκά σωληνάκια και η χρόνια δακρυοκυστίτιδα είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση βακτηριακής επιπεφυκίτιδας.

Η βακτηριακή επιπεφυκίτιδα είναι μια οξεία λοίμωξη που ξεκινά από το ένα μάτι και γρήγορα επεκτείνεται και στο άλλο.

Ερυθρότητα, κάψιμο και δακρύρροια παρατηρούνται όπως και σε κάθε άλλης μορφής επιπεφυκίτιδα, αλλά αυτό που χαρακτηρίζει τη βακτηριακή είναι οι πυώδεις εκκρίσεις. Τα συμπτώματα είναι τυπικά πιο έντονα το πρωί, όπου τα βλέφαρα είναι κολλημένα με αποξηραμένες εκκρίσεις.

Οι περισσότερες περιπτώσεις βακτηριακής επιπεφυκίτιδας υποχωρούν μετά από λίγες μέρες ακόμα και χωρίς θεραπεία, αν η άμυνα του

οργανισμούς είναι καλή. Η χρήση ενός κοινού αντιβιοτικού κολλύριου για 5-6 ημέρες απαλλάσσει τον ασθενή από τα συμπτώματα.

Τα παλιότερα αντιβιοτικά, όπως η χλωραμφενικόλη και η αμπικιλίνη ή τομπταμυκίνη συνήθως είναι αποτελεσματικά. Σπάνια μια επιπεφυκίτιδα οφείλεται σε τοξικά ή ανθεκτικά στη θεραπεία βακτήρια και τότε ίσως χρειαστεί καλλιέργεια εκκρίματος για να δοθεί η κατάλληλη αντιβίωση. Κίνδυνος για πρόκληση έλκους κερατοειδή υπάρχει μόνο αν ο κερατοειδής τραυματιστεί. Οι χρήστες φακών επαφής βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

Κλινική εικόνα: υπεραιμία, δακρύρροια ,εκκρίσεις πυώδεις, αιμορραγίες, χήμωση - θηλές ,μεμβράνες ,βλεφαρίτιδα



Ασθενής με χρόνια σταφυλοκοκκική λοίμωξη του δέρματος στο πρόσωπο και συνοδό βακτηριακή επιπεφυκίτιδα



Νεογνική Πυώδης Επιπεφυκίτιδα

1.4.6.1 Από Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι παράσιτα που ζουν μέσα στα κύτταρα. Πρόκειται για ομάδα μικροβίων, στην οποία ανήκουν πολλά διαφορετικά είδη. Στον άνθρωπο λοιμώξεις συμβαίνουν στο ουροποιογεννητικό και στο αναπνευστικό σύστημα, όπως και στα μάτια.

Τα χλαμύδια μεταδίδονται κυρίως με την σεξουαλική επαφή, αλλά μπορεί να μεταδοθούν και με τα χέρια, τον αέρα ή ακόμα και μέσω πουλιών (π.χ. παπαγαλάκια ή κόττες) ανάλογα με τον τύπο τους. Στα νεογνά μεταφέρονται από την μολυσμένη μητέρα. Συνήθως πάσχουν οι γυναίκες.

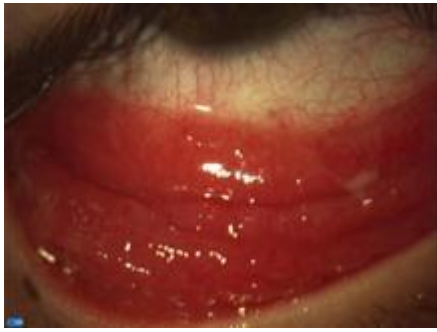
Στα μάτια μολύνεται κατεξοχήν ο επιπεφυκότας και προκαλούνται χρόνιες επιπεφυκίτιδες, μια από τις οποίες είναι το τράχωμα. Το τράχωμα, μια καταστροφική για την όραση πάθηση, στην Ελλάδα έχει εξαλειφθεί από το 1928, αλλά παραμένει στην Αφρική, όπου είναι μια από τις πιο συχνές αιτίες τύφλωσης. Όμως στις αναπτυγμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και η δική μας, τα χλαμύδια εξακολουθούν να προκαλούν χρόνιες επιπεφυκίτιδες καλύτερης πρόγνωσης.

Η επιπεφυκίτιδα από χλαμύδια είναι η πιο συχνή μορφή χρόνιας επιπεφυκίτιδας στους ενήλικες και μάλιστα στις σεξουαλικά ενεργείς ηλικίες.

Συμπτώματα της χλαμυδιακής επιπεφυκίτιδας

Τα συμπτώματα της χλαμυδιακής επιπεφυκίτιδας παραμένουν για εβδομάδες ή και μήνες παρά την τοπική αγωγή με κολλύρια και είναι:

- Ερυθρότητα
- Αίσθηση ξένου σώματος
- Κάψιμο
- Βλεννοπυώδεις εκκρίσεις
- Ανώδυνος διογκωμένος λεμφαδένας μπροστά από το αυτί



Χλαμυδιακή επιπεφυκίτιδα. Μεγάλα θυλάκια στον επιπεφυκότα και των δύο οφθαλμών

Διάγνωση της χλαμυδιακής επιπεφυκίτιδας

Ο οφθαλμίατρος θα υποψιαστεί ότι τα χλαμύδια είναι το αίτιο μιας επιπεφυκίτιδας όταν αυτή επιμένει για καιρό παρά την θεραπεία. Η κλινική εικόνα είναι χαρακτηριστική. Η διάγνωση θα επιβεβαιωθεί με ειδικές εξετάσεις που θα ανιχνεύσουν αντισώματα ή και το ίδιο το μικρόβιο στον επιπεφυκότα.



Λήψη ξέσματος από τον επιπεφυκότα

1.4.6.2 Γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα

Γονόκοκκος ονομάζεται ένα βακτήριο το οποίο είναι ένας Gram αρνητικός διπλόκοκκος (ικανό να εισβάλλει μια άθικτη μεμβράνη του βλεννογόνου). Ο γονόκοκκος κυρίως μολύνει το επιθήλιο την ουρήθρας, τον ενδοτράχηλο, την περιπρωκτική περιοχή, το φάρυγγα και τους επιπεφυκότες. Αν και συνήθως η λοίμωξη παραμένει τοπικά περιορισμένη στις αρχικές περιοχές της μόλυνσης, αν δεν τηρηθούν οι κατάλληλες συνθήκες υγιεινής και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να προχωρήσει και περαιτέρω και στην περίπτωση του οφθαλμού να προχωρήσει προσβάλλοντας και τον κερατοειδή (ικανότητα να διεισδύσει ένα άθικτο επιθήλιο του

κερατοειδούς καθιστά τον κίνδυνο μόλυνσης του κερατοειδούς). Η μετάδοση γίνεται κυρίως 1) με απευθείας επαφή μολυσμένων εκκρίσεων από βλεννογόνο σε βλεννογόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, 2) από τη μητέρα στο νεογνό κατά τη γέννηση.

Κλινικά Σημεία

- Αμφοτερόπλευρες η ετερόπλευρες
- Εξεσημασμένο οίδημα των βλεφάρων
- Εξεσημασμένη βολβική ένεση επιπεφυκότα
- Πυώδεις εκκρίσεις, πρωτιαία
- Λεμφαδενοπάθεια



Ένα νεογέννητο με γονοκοκκική οφθαλμία των νεογνών

1.4.6.3 Μη γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα

Μη γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα είναι μια φλεγμονή του επιπεφυκότα που δεν προκαλείται από γονοκοκκική λοίμωξη.

Κλινικά Σημεία

- Αμφοτερόπλευρες η ετερόπλευρες.
- Ένεση του βολβικού επιπεφυκότα, πυώδεις ή βλεννοπυώδεις εκκρίσεις

1.4.7 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ

1.4.7.1 Καρκίνωμα των σμηγματογόνων αδένων

Το καρκίνωμα των σμηγματογόνων αδένων (SGC) είναι μια σπάνια και επιθετική μορφή καρκίνου των σμηγματογόνων (μειβομιανών) αδένων στα βλέφαρα που μπορεί να εξαπλωθεί τόσο τοπικά όσο και με μετάσταση. Ένα υποτιθέμενο υποτροπιάζον χαλάζιο ή μια κύστη μειβομιανού αδένου, ή μια χρόνια βλέφαρο-επιπεφυκίτιδα (κόκκινα βλεφαρικά χείλη) μόνο στο ένα βλέφαρο, θα πρέπει πάντα να εγείρει την υποψία ότι ένας όγκος μιμείται αυτές τις συνθήκες.

Κλινικά Σημεία

Υποδόριο καρκίνωμα:

- Ετερόπλευρη.
- Έντονη φλεγμονή του βολβικού επιπεφυκότα,
- ουλοποίηση του επιπεφυκότα.
- Ίσως βλεννοπυώδης έκκριση.
- Διήθηση του κερατοειδικού επιθηλίου μπορεί να επισυμβεί
- Στα βλέφαρα ίσως εμφανιστεί ένα σκληρό οζώδες μη κινητό μόρφωμα του ταρσιαίου πετάλου με κίτρινο αποχρωματισμό μπορεί να εκδηλωθεί ως μια πολυλοβώδης κίτρινη μάζα υπό τον επιπεφυκότα, ή μπορεί να μοιάζει με χαλάζιο.

1.4.7.2 Μελάνωμα

Τα μελανώματα έχουν συχνά ανώμαλη μελάγχρωση και μπορούν να παρουσιαστούν με φλεγμονή και αιμορραγία. Το μελάνωμα είναι μια πολύ επιθετική μορφή καρκίνου που μπορεί να εξαπλωθεί ταχύτατα.

Το οφθαλμικό μελάνωμα στα αρχικά στάδια δεν προκαλεί συμπτώματα με αποτέλεσμα να ξεφεύγει η διάγνωσή του.

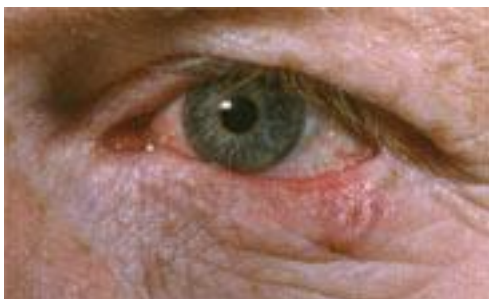
Αν το μελάνωμα εντοπίζεται στον επιπεφυκότα ή στην ίριδα μπορεί να φαίνεται σαν μια μαύρη υπερυψωμένη περιοχή που σιγά σιγά μεγαλώνει.

Ασθενείς με ορισμένους όγκους (καρκίνωμα σμηγματογόνου αδένου, και μελάνωμα) απαιτούν επίσης μία γενική ογκολογική εξέταση για να αποκλειστεί η διασπορά της νόσου σε άλλα όργανα, και αυτό περιλαμβάνει περαιτέρω ακτινοδιαγνωστικό έλεγχο.

Κλινικά Σημεία

Πλακώδης νεοπλασία της οφθαλμικής επιφάνειας, Μελάνωμα :

- Υπεραιμία επιπεφυκότα, θηλωματώδη ή χωρίς μίσχο οζίδια
- Ετερόπλευρο
- Μελαχρωστική ή μη μελαχρωστική βλάβη.
- Συνοδό αγγείο
- Μεταβολές του μεγέθους ή της μελάγχρωσης μιας προϋπάρχουσας αλλοίωσης



Μελάνωμα επιπεφυκότα

1.4.8 ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ

Ως αυτοάνοσες ασθένειες (autoimmune diseases) ορίζονται εκείνες οι ασθένειες που προκαλούνται από υπερβολική και λανθασμένη απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος έναντι στον ίδιο τον οργανισμό. Το ανοσοποιητικό σύστημα έχει εξελιχθεί έτσι ώστε να μας προστατεύει απέναντι σε οποιοδήποτε ξένο σώμα/μόριο που μπορεί να εισβάλλει στον οργανισμό μας (π.χ. ένας ιός) και ταυτόχρονα να μην δραστηριοποιείται εναντίον μας - να μην καταστρέφει τα π.χ. νευρικά μας κύτταρα. Στην περίπτωση που παρουσιαστεί μια βλάβη ή δυσλειτουργία και το ανοσοποιητικό σύστημα εκλάβει ένα μόριο του σώματος σαν ξένο, τότε θα επιχειρήσει να το εξουδετερώσει ή να το καταστρέψει (επιτελώντας απλά και μόνο τον εξελικτικό του ρόλο) προκαλώντας μικρή η μεγάλη βλάβη.

1.4.8.1 Οφθαλμικό Ουλώδες Πεμφιγοειδές

Το ουλώδες πεμφιγοειδές (mucous membrane pemphigoid) είναι μια συστηματική, αυτοάνοση, χρόνια φλεγμονή των βλεννογόνων(του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, της τραχείας, της μύτης, του κόλπου, του εντέρου και του ματιού). Ο τύπος της νόσου που προσβάλλει το μάτι λέγεται οφθαλμικό ουλώδες πεμφιγοειδές και πρόκειται για μια χρόνια φλεγμονή του επιπεφυκότα. Συνήθως η νόσος ξεκινά μεταξύ 60 και 70 ετών, αλλά υπάρχουν ασθενείς στην ηλικία των 30 ετών με την ασθένεια αυτή. Οι γυναίκες πάσχουν πιο συχνά από τους άνδρες.

Αν και πάθηση είναι γνωστή από τα χρόνια του Ιπποκράτη, πολλοί ασθενείς δεν ξέρουν ότι πάσχουν, όπως και πολλοί οφθαλμίατροι δεν δίνουν σημασία στα πρώιμα σημάδια της. Κατά την έναρξη (στάδιο I), συνήθως μόνο το ένα μάτι προσβάλλεται.

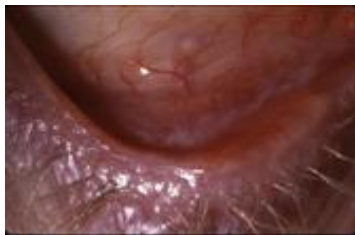
Κλινικά Σημεία

- Αμφοτερόπλευρο
- Ένεση του βολβικού επιπεφυκότα
- Θηλώδης επιπεφυκίτιδα
- Υποεπιθηλιακή ίνωση και κερατινοποίηση του επιπεφυκότα

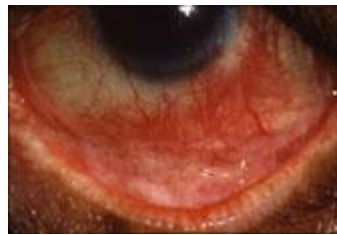
- Ουλοποίηση του επιπεφυκότα που ξεκινάει από τα κολπώματα
- Στένωση των δακρυϊκών σημείων και κερατινοποίηση
- Προοδευτική ρίκνωση του επιπεφυκότα
- Συμβλέφαρο ,εντρόπιο, τριχίαση, έλκος κερατοειδούς, νεοαγγείωση και ουλοποίηση

Συμπτώματα

Ερυθρότητα, κάψιμο, αίσθηση ξένου σώματος, δακρύρροια είναι τα πρώτα συμπτώματα, που συνεχίζονται παρά την τοπική θεραπεία, με συνεχή επιδείνωση. Η επιπεφυκίτιδα επεκτείνεται και στο άλλο μάτι και αναπτύσσεται ουλώδης ιστός στον επιπεφυκότα (συμβλέφαρο), τριχίαση και προσβολή του κερατοειδή. Αν η νόσος μείνει χωρίς θεραπεία θα οδηγήσει μετά από χρόνια στην τύφλωση λόγω ουλοποίησης του κερατοειδή και εμφάνισης παθολογικών αγγείων.



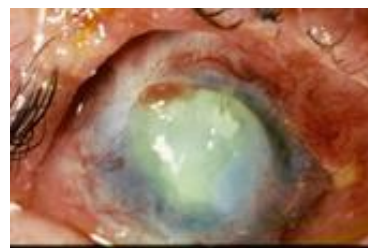
Στάδιο I: ίνωση επιπεφυκότα



Στάδιο II: εξαφάνιση κολπωμάτων



Στάδιο III: συμβλέφαρο (ουλώδης ιστός)

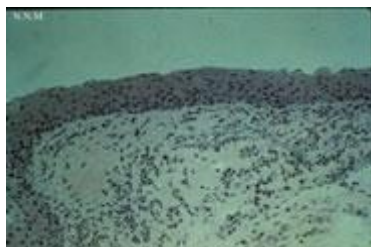


Στάδιο IV: ουλοποίηση κερατοειδή

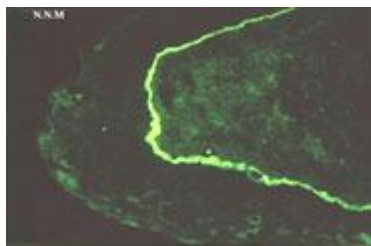
Διάγνωση

Η διάγνωση του ουλώδους πεμφιγοειδούς μπαίνει με βιοψία του επιπεφυκότα και ειδικές εξετάσεις (ανοσοφθορισμός, υπεροξειδάση). Επειδή σε 20% των ασθενών η βιοψία μπορεί να είναι αρνητική, αν

υπάρχει ισχυρή κλινική υποψία ο οφθαλμίατρος θα πρέπει να θεραπεύσει τη νόσο ακόμα και αν η βιοψία είναι αρνητική.



Βιοψία επιπεφυκότα



Ανοσοφθορισμός επιπεφυκότα

1.4.8.2 Νόσος μοσχεύματος κατά ξενιστή (GVHD)

Νόσος που προσβάλλει άτομα-ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων από κάποιο δότη.

Οφθαλμικές εκδηλώσεις

- Επιπεφυκίτιδα

Είναι σπάνια εκδήλωση σοβαρής GVHD. Οφείλεται στην ξηροφθαλμία ή σε άμεση προσβολή του οφθαλμικού επιπεφυκότα από την GVHD.

- Ξηροφθαλμία

Η GVHD μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή και ίνωση των δακρυγόνων αδένων, οδηγώντας σε ελάττωση της παραγωγής δακρύων. Οι ασθενείς παραπονούνται για ξηροφθαλμία, φωτοφοβία ή αίσθημα ξένου σώματος κάτω από τα βλέφαρα. Η ξηροφθαλμία, εάν είναι σοβαρή, μπορεί να οδηγήσει σε έλκη του σκληρού. Αντίθετα, μερικοί ασθενείς έχουν δακρύρροια πρώιμα στη διαδρομή της νόσου.

Κλινικά Σημεία

- Αμφοτερόπλευρη
- Ένεση επιπεφυκότα

- Χήμωση
- Ψευδομεμβράνες επιπεφυκότα
- Ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα
- Κερατοεπιπεφυκίτιδα του άνω σκληροκερατοειδικού ορίου
- Ουλοποίηση των βλεφάρων
- Επισκληρίτιδα
- Ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ
- Σπάνια ενδοφθάλμια προσβολή

Διάγνωση

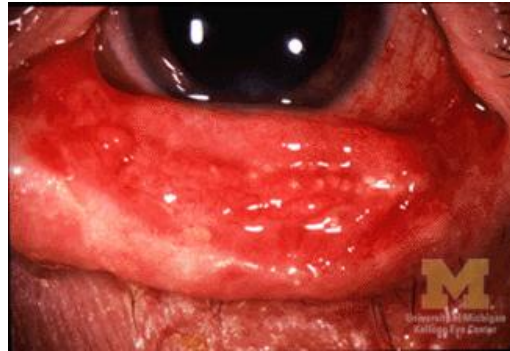
Η διάγνωση της GVHD γίνεται με βάση κλινικά κριτήρια, τις απεικονιστικές μελέτες και τα εργαστηριακά και βιοψιακά ευρήματα.

1.4.8.3 Μείζον πολύμορφο ερύθημα – Σύνδρομο Stevens – Johnson

Είναι μια φλεγμονώδης συστηματική νόσος με χαρακτηριστικές βλάβες στο δέρμα και τους βλεννογόνους, αποτέλεσμα αντίδρασης υπερευαισθησίας σε φάρμακα ή λοιμογόνους παράγοντες. Θεωρείται βαρύτερη μορφή του πολύμορφου ερυθήματος, με μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα

Οφθαλμικές εκδηλώσεις. Χαρακτηρίζονται από φωτοφοβία και επώδυνες διαβρώσεις του επιπεφυκότα, οδηγώντας σε υπολειμματική ουλοποίηση, ελάττωση της έκκρισης των δακρύων και μόνιμη έκπτωση της όρασης. Συχνά αναπτύσσονται έλκη του κερατοειδούς, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε τύφλωση.

Οι βλάβες του οφθαλμικού βλεννογόνου, εάν είναι σοβαρές, μπορεί να προδιαθέσουν στην ανάπτυξη ουλώδους πεμφιγοειδούς, μιας χρόνιας ουλοποιώδους φλεγμονής του οφθαλμικού βλεννογόνου, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση.



Κλινικά Σημεία

- Αμφοτερόπλευρο ή ετερόπλευρο
- Ένεση του βολβικού επιπεφυκότα
- Θηλώδης επιπεφυκίτιδα
- Υποεπιθηλιακή ίνωση και κερατινοποίηση του επιπεφυκότα
- Ουλοποίηση του επιπεφυκότα που ξεκινάει από τα κολπώματα
- Στένωση των δακρυϊκών σημείων και κερατινοποίηση
- Προοδευτική ρίκνωση του επιπεφυκότα
- Συμβλέφαρο
- Εντρόπιο
- Τριχίαση
- Έλκος κερατοειδούς
- Νεοαγγείωση και ουλοποίηση

Διάγνωση

Η διάγνωση του SJS γίνεται σε ασθενείς με χαρακτηριστικό εξάνθημα, το οποίο εμφανίζεται 1-3 εβδομάδες μετά από έκθεση σε γνωστό εκλυτικό παράγοντα και δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλα αίτια. Ο άμεσος ανοσοφθορισμός μπορεί να βοηθήσει σε άτυπες περιπτώσεις.

1.5 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η επιπεφυκίτιδα είναι μια διάγνωση που περικλείει μια ομάδα ποικίλων ασθενειών, οι οποίες απαντώνται παγκοσμίως και προσβάλλουν όλες τις ηλικιακές ομάδες, όλα τα κοινωνικά στρώματα και τα δύο φύλα. Παρότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να πιστοποιούν τη συχνότητα και τον επιπολασμό των τύπων της επιπεφυκίτιδας, θεωρείται ως μία από τις συχνότερες αιτίες προσέλευσης των ασθενών. Σπάνια προκαλεί μόνιμη απώλεια όρασης ή δομικές αλλαγές.

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη επιπεφυκίτιδας εξαρτώνται από την αιτιολογία. Οι σχετιζόμενοι και οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τους πιο συχνούς τύπους επιπεφυκίτιδας αναφέρονται στον πίνακα 1. Τα συμπτώματα μπορεί να επιταθούν επί συνυπάρξεως βλεφαρίτιδας, ξηρού οφθαλμού ή άλλων αιτιών φλεγμονής της οφθαλμικής επιφάνειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ / ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑΣ

Τύπος επιπεφυκίτιδας	Σχετιζόμενοι / Προδιαθεσικοί Παράγοντες
Αλλεργική	Εποχιακή Αλλεργιογόνα του περιβάλλοντος Εαρινή <ul style="list-style-type: none">• Θερμά, ξηρά περιβάλλοντα (κλίματα) όπως της δυτικής Αφρικής, τμήματος της Ινδίας, του Μεξικού, της κεντρικής, της βόρειας και της νότιας Αμερικής, και της λεκάνης της Μεσογείου• Αλλεργιογόνα του περιβάλλοντος στις οξείες προσβολές Ατοπική <ul style="list-style-type: none">• Γενετική προδιάθεση στην ατοπία• Αλλεργιογόνα του περιβάλλοντος και ερεθιστικές ουσίες στις οξείες προσβολές Επιπεφυκίτιδα γιγαντιαίων θηλών (GPC) <ul style="list-style-type: none">• Χρήστης φακών επαφής (Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται οι μαλακοί φακοί επαφής, η μη συχνή

	<p>αντικατάσταση των φακών, η παρατεταμένη διάρκεια χρήσης τους, κακή υγιεινή των φακών, αλλεργία στο διάλυμα των φακών επαφής, υψηλή περιεκτικότητα των φακών σε ύδωρ, κακή εφαρμογή). Επίσης προκαλείται από συνεχή ερεθισμό από εκτεθειμένα ράμματα και προθέσεις.</p>
<p>Μηχανική Εξ' ερεθισμού Τοξική</p>	<p>Κερατοεπιπεφυκίτιδα του άνω σκληροκερατοειδούς ορίου (SLK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συχνά σχετίζεται με δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένος και το γυναικείο φύλο <p>Κερατοεπιπεφυκίτιδα που σχετίζεται με φακούς επαφής</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στους φορείς φακών επαφής εμφανίζεται ως αντίδραση στο μηχανικό ερεθισμό, τη χρόνια υποξία ή τα συντηρητικά. <p>Σύνδρομο χαλαρών βλεφάρων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παχυσαρκία, σύνδρομο υπνικής άπνοιας, χαλαρό άνω βλέφαρο, επικάλυψη του κάτω βλεφάρου από το άνω (αλληλεπίβαση των βλεφάρων) <p>Σύνδρομο του γιγανταίου κολπώματος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ηλικιωμένοι ασθενείς (8η με 10η δεκαετία), πτώση άνω βλεφάρου με μεγάλο άνω κόλπωμα το οποίο συγκρατεί συγκρίματα βλεννοπυώδους υλικού.^{12,13} <p>Φθειρίαση των βλεφαρίδων (Phthirus pubis)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή. Μπορεί να σχετίζεται με φθειρίαση του εφηβαίου ή με άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσο. Στα παιδιά μπορεί να είναι ένδειξη σεξουαλικής κακοποίησης. <p>Κερατοεπιπεφυκίτιδα από φαρμακευτικούς παράγοντες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αντιγλαυκωματική αγωγή, αντιβιοτικά, αντιϊκά, κ.α. Μπορεί να σχετίζεται με τα συντηρητικά σε κάθε τοπική

	<p>αγωγή. Πολύ συχνή σε πολλαπλή τοπική αγωγή ή σε συχνή ενστάλαξη.</p> <p>Χάλαση του επιπεφυκότα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ιστορικό χειρουργείου του οφθαλμού • Ξηρός οφθαλμός • Επιπεφυκίτις εκ περίσσειας ιστού
Ιογενής	<p>Αδενοϊός</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έκθεση σε μολυσμένο άτομο (ιδιαίτερα σε σχολικό περιβάλλον), μετά από οφθαλμολογική εξέταση, συνύπαρξη με λοίμωξη του ανωτέρου αναπνευστικού <p>Ιός του απλού έρπητα (HSV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προηγούμενη έκθεση στον HSV· η επαναδραστηριοποίηση του ιού πυροδοτείται από συνθήκες άγχους, άλλη ιογενή ή εμπύρετη νόσο, έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία, τραύμα • Ερπητική πρωτομόλυνση: έκθεση σε μολυσμένο φορέα <p>Ιός της ανεμοβλογιάς – έρπητα ζωστήρα (VZV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ανεμοβλογιά, έκθεση σε ασθενή με ενεργή ανεμοβλογιά ή σε υποτροπή έρπη ζωστήρα <p>Μολυσματική τέρμινθος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συχνότερα σε μεγαλύτερα παιδιά και νέους ενήλικες. Η ανοσοκαταστολή (π.χ. ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας) δυνατόν να προδιαθέσει σε πολλαπλές ή μεγάλου μεγέθους αλλοιώσεις μολυσματικής τερμίνθου.
Βακτηριακή	<p>Νεογνική</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μόλυνση στον γενετικό σωλήνα από την μολυσμένη μητέρα, ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα

	<p>Βρεφική</p> <ul style="list-style-type: none"> • Απόφραξη της ρινοδακρυϊκής οδού, συνυπάρχουσα μικροβιακή μέση ωτίτιδα ή φαρυγγίτιδα, έκθεση σε μολυσμένο φορέα <p>Παιδική ηλικία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επαφή με φορέα, συνυπάρχουσα μικροβιακή μέση ωτίτιδα, κολπίτιδα ή φαρυγγίτιδα, αποίκηση βακτηρίων στον ρινοφάρυγγα, οφθαλμογενετική <p>διασπορά δυνατή μετά από σεξουαλική κακοποίηση</p> <p>Ενήλικες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επαφή με φορέα, οφθαλμογενετική διασπορά, μόλυνση ή ανωμαλία των εξαρτημάτων, ανώμαλη θέση βλεφάρων, σοβαρή ανεπάρκεια δακρυϊκής στιβάδος, ανοσοκαταστολή, τραύμα
<p>Αυτοάνοση</p>	<p>Οφθαλμικό ουλώδες πεμφιγοειδές (ΟΟΠ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Άγνωστη (δυνατή γενετική προδιάθεση) • Η τοπική αγωγή μπορεί να προκαλέσει νόσο που μοιάζει με ΟΟΠ, ποικίλης βαρύτητας που εκτείνεται από την αυτοπεριοριζόμενη μέχρι την εξελισσόμενη νόσο που δεν μπορεί να διαχωριστεί από το κλασσικό ΟΟΠ. Στα ύποπτα φάρμακα περιλαμβάνεται η πιλοκαρπίνη και η τιμολόλη. Η ουλώδης επιπεφυκίτιδα που έχει παρόμοια εικόνα με το ΟΟΠ, σχετίζεται με άλλες διαταραχές, όπως η ατοπία και ένα υποκείμενο νεόπλασμα, όπως η παρανεοπλασματική πέμφιγα και ο παρανεοπλασματικός ομαλός λειχήνας.^{14,15} <p>Νόσος μοσχεύματος εναντίον του ξενιστή (GVHD)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων από δότη

	<p>Σύνδρομο Stevens-Johnson</p> <ul style="list-style-type: none"> • Άγνωστη (δυνατή γενετική προδιάθεση) • Προηγούμενη λοίμωξη (e.g., HSV, παρωτίτιδα, μυκόπλασμα της πνευμονίας) • Η συστηματική αγωγή (π.χ. σουλφοναμίδες, βαρβιτουρικά ή φενυντοΐνη) μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδεις και ουλοποιητικές αλλοιώσεις των βλεννογόνων όπως του βολβικού και βλεφαρικού επιπεφυκότα
<p>Νεοπλάσματα</p>	<p>Καρκίνωμα των σμηγματογόνων αδένων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Άγνωστη (σπανίως εκδηλώνεται μετά από ακτινοθεραπεία) <p>Πλακώδης νεοπλασία της οφθαλμικής επιφάνειας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σχετίζεται με έκθεση στον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων, σε αυξημένη έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία, ενώ έχει ενοχοποιηθεί και η παρατεταμένη χρόνια φλεγμονή¹⁶ <p>Μελάνωμα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σχετίζεται με παρατεταμένη έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία, μπορεί να προϋπάρχει ιστορικό συστηματικού μελανώματος, προηγούμενες μελαγχρωματικές αλλοιώσεις όπως η συγγενής οφθαλμική μελάνωση ή ο σπίλος του Ota.

1.6 ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

Η φυσική πορεία του κάθε είδους επιπεφυκίτιδας εξαρτάται από την αιτιολογία της. Στον πίνακα 2 συγκαταλέγονται οι πιο κοινοί τύποι επιπεφυκίτιδας ή οι επιπεφυκίτιδες που είναι οι πλέον απαραίτητες να θεραπευτούν.

Πίνακας : Η φυσική πορεία της επιπεφυκίτιδας

Τύπος επιπεφυκίτιδας	Φυσική πορεία	Σημεία και πιθανές επιπλοκές
ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ		
•Εποχιακή	Υποτροπιάζουσα	Ήπια
•Εαρινή	Έναρξη στην παιδική ηλικία	Χρόνια πορεία με πάχυνση των βλεφάρων, βλεφαρόπτωση, ίνωση του επιπεφυκότα, εξάρσεις την άνοιξη, νεοαγγείωση, λέπτυνση και εξέλκωση του κερατοειδούς το καλοκαίρι, απώλεια όρασης, κερατόκωνος εντός περιόδου 2 – 30 ετών, σταδιακή μείωση της έντασης των συμπτωμάτων
•Ατοπική	Έναρξη κατά την παιδική ηλικία	Χρόνια πορεία με αυξανόμενη ένταση των συμπτωμάτων και βλεφαρόπτωση, απώλεια βλεφαρίδων ουλοποίηση του κερατοειδούς και του επιπεφυκότα, νεοαγγείωση και λέπτυνση του κερατοειδούς, κερατοκωνος, λοίμωξης και έλκη του κερατοειδούς, καταρράκτης, απώλεια όρασης
•Επιπεφυκίτιδα των γιγαντιαίων θηλών		Χρόνια πορεία με αυξανόμενη ένταση των συμπτωμάτων βλεφαρόπτωση σε χρήστες φακών επαφής ή σε ασθενείς με ράμματα επί της οφθαλμικής επιφάνειας και οφθαλμικές προθέσεις, καταρράκτης

Τύπος επιπεφυκίτιδας	Φυσική πορεία	Σημεία και πιθανές επιπλοκές
ΜΗΧΑΝΙΚΗ, ΕΞ' ΕΡΕΘΙΣΜΟΥ, ΤΟΞΙΚΗ		
•Κερατοεπιπεφυκίτιδα του ανώτερου ΣΚΟ	Υποξεία έναρξη των συμπτωμάτων	Κερατινοποίηση του ανώτερου επιπεφυκότα, πόνος, αμφοτερόπλευρη εντόπιση, νηματοειδής κερατίτιδα, τα συμπτώματα μπορεί να αυξομειώνονται για χρόνια, νηματοειδής κερατίτις
•Κερατοεπιπεφυκίτιδα σε χρήστες φακών επαφής	Υποξεία έναρξη των συμπτωμάτων	Στικτή απόπτωση του κερατικού επιθηλίου με ίνωση, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια των κυττάρων του ΣΚΟ
•Σύνδρομο του χαλαρού άνω βλεφάρου		Στικτή απόπτωση του κερατοειδικού επιθηλίου με εκτρόπιο του άνω βλεφάρου, θηλώδη επιπεφυκίτιδα, νεοαγγείωση του ανώτερου κερατοειδούς
•Σύνδρομο του γιγαντιαίου άνω κολπώματος	Χρόνια πορεία	Προσβάλλει ηλικιωμένες γυναίκες συνήθως με βλεφαρόπτωση λόγω συγκέντρωσης βλεννοπυώδους υλικού, χαρακτηρίζεται από υποτροπές οξείας επιπεφυκίτιδας
•Φθειρίαση	Χρόνια πορεία	Βλεφαρίτιδα, επιπεφυκίτιδα
•Κερατοεπιπεφυκίτιδα από κολλύρια	Χρόνια πορεία	Σταδιακή επιδείνωση εξαιτίας της συνεχιζόμενης χρήσης των κολλυρίων, απόπτωση κερατιειδικού επιθηλίου, έλκος, πόνος, ίνωση του επιπεφυκότα

•Χάλαση του επιπεφυκότα	Χρόνια πορεία	Ξηροφθαλμία, περίσσεια επιπεφυκότα
Τύπος επιπεφυκίτιδας	Φυσική πορεία	Σημεία και πιθανές επιπλοκές
ΙΟΓΕΝΗΣ		
•Αδενοϊός	Οξεία πορεία. Αυτοπεριοριζόμενη	Επιπεφυκίτιδα, υποεπιθηλιακές στικτές διηθήσεις στον κερατοειδή, ψευδομεμβράνες
•Ιός του απλού έρπητα	Οξεία ή/και χρόνια πορεία	Επιθηλιακή κερατίτιδα, προσβολή του στρώματος με επακόλουθη νεοαγγείωση, ίνωση, διάτρηση του κερατοειδούς, τραμπεκουλίτιδα
•Ιός του έρπητα ζωστήρα	Οξεία ή/και χρόνια πορεία	Η αρχική προσβολή (ανεμοβλογιά) καθώς και η επιπεφυκίτιδα από υποτροπή υποχωρούν σε λίγες μέρες. Φυσαλίδες μπορούν να σχηματιστούν στο ΣΚΟ κατά τη αρχική προσβολή. Νέκρωση και ίνωση από τις φυσαλίδες μπορεί να σχηματιστεί στα χείλη των βλεφάρων, τον επιπεφυκότα και στο στρώμα με αποτέλεσμα τη δημιουργία ουλώδους εντροπίου ή εκτροπίου, κερατοειδικής ουλής, υπαισθησίας του κερατοειδούς και ξηροφθαλμίας
•Μολυσματική τέρμινθος	Χρόνια πορεία	Η επιπεφυκίτιδα οφείλεται σε αλλοιώσεις των βλεφάρων που μπορούν να υποχωρήσουν αυτόματα ή να επιμείνουν για χρόνια. Παρατηρείται θυλακιώδης επιπεφυκίτιδα, ίνωση του επιπεφυκότα, επιθηλιακή κερατίτιδα, πόνος, υποεπιθηλιακές διηθήσεις ή ουλές, απόφραξη των δακρυϊκών σημείων

Τύπος επιπεφυκίτιδας	Φυσική πορεία	Σημεία και πιθανές επιπλοκές
ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ		
•Μη γονοκοκκική	Ήπια: αυτοπεριοριζόμενη στους ενήλικες Βαριά: μπορεί να επιμείνει αν δεν θεραπευτεί, σπάνια υπεροξεία	Ήπια μορφή: Μπορεί να οδηγήσει σε οφθαλμικές επιπλοκές στα παιδιά, κερατίτιδα, προδιαφραγματική κυτταρίτιδα Βαριά μορφή: μπορεί να οδηγήσει σε κερατίτιδα με συνοδό φαρυγγίτιδα, μέση ωτίτιδα, μηνιγγίτιδα
•Γονοκοκκική	Νεογνική: 1-7 ημέρες μετά τη γέννηση Ενηλίκων: υπεροξεία πυώδης επιπεφυκίτιδα	Νεογνική: Βαριά πυώδης επιπεφυκίτιδα, κερατίτιδα, διάτρηση κερατοειδούς ή/και ουλοποίηση με σηψαιμία, αρθρίτιδα, μηνιγγίτιδα Ενηλίκων: συνοδός κερατίτιδα με ουλοποίηση ή/και διάτρηση του κερατοειδούς, ουρηθρίτιδα, αρθρίτιδα, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, σηψαιμία
•Χλαμυδιακή	Νεογνική: 5-19 ημέρες μετά τη γέννηση (νωρίτερα αν υπάρχει πρόιμη ρήξη των υμένων) Ενηλίκων	Νεογνική: Ουλοποίηση επιπεφυκότα, κερατοειδούς, έως 50% των ασθενών έχουν συνοδό προσβολή του ρινοφάρυγγα, των πνευμόνων ή των γεννητικών οργάνων Ενηλίκων: μπορεί να οδηγήσει σε ουλοποίηση και νεοαγγείωση του κερατοειδούς και του επιπεφυκότα, ουρηθρίτιδα, σαλπγγίτιδα, ενδομητρίτιδα, περιηπατίτιδα

Τύπος επιπεφυκίτιδας	Φυσική πορεία	Σημεία και πιθανές επιπλοκές
ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ		
•Οφθαλμικό ουλώδες πεμφιγοειδές	Αργή, χρόνια εξέλιξη σε ασθενείς άνω των 60 με εξάρσεις και υφέσεις	Ίνωση και συρρίκνωση του επιπεφυκότα, συμβλέφαρο, τριχίαση, ουλοποίηση κερατοειδούς, βακτηριακές λοιμώξεις, κερατινοποίηση της οφθαλμικής επιφάνειας, ξηροφθαλμία, απώλεια όρασης
•Νόσος του δότη εναντίον του λήπτη	Οξεία φάση: πρώτοι 3 μήνες μετά τη μεταμόσχευση αιμοποιητικών βλαστικών κυττάρων. Χρόνια φάση μετά τους 3 μήνες	Προσβάλλει το δέρμα, ήπαρ, γαστρεντερικό, πνεύμονες, οφθαλμό. Προκαλεί, επιπεφυκίτιδα, ίνωση του επιπεφυκότα και των βλεφάρων, ξηροφθαλμία. Ο οφθαλμός προσβάλλεται κυρίως κατά την οξεία φάση
•Σύνδρομο Steven Johnson	Χρόνια πορεία με εξάρσεις	Προσβάλλει βλεννώδεις ιστούς όπως το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό και τον οφθαλμό μετά τη λήψη φαρμάκων. Προκαλεί ίνωση και συρρίκνωση του επιπεφυκότα, συμβλέφαρο, τριχίαση, ανεπάρκεια των κυττάρων στο ΣΚΟ, ουλοποίηση κερατοειδούς, βακτηριακές λοιμώξεις, ξηροφθαλμία, απώλεια όρασης
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ		
•Λιπώδες καρκίνωμα	Γρήγορη εξέλιξη	5η – 9η δεκαετία της ζωής. Επέκταση στον κόγχο, τοπικές και μακρινές μεταστάσεις
•Ακανθοκυτταρική νεοπλασία της οφθαλμικής επιφάνειας	Χρόνια πορεία	Ιστορικό προσβολής από HPV, έκθεσης σε υπεριώδη ακτινοβολία ή χρόνια φλεγμονής. Μπορεί να διαγνωστεί και να θεραπευτεί εσφαλμένα ως επιπεφυκίτιδα. Μπορεί να δώσει τοπικές μεταστάσεις

•Μελάνωμα	Χρόνια πορεία	Ιστορικό έκθεσης σε υπεριώδη ακτινοβολία, ιστορικό μελανώματος ή πρωτοπαθούς επίκτητης μελάνωσης ή σπίλου του Ota. Μελαγχρωστική ή μη αλλοίωση του επιπεφυκότα που δίνει τοπικές μεταστάσεις. Το μελάνωμα του επιπεφυκότα μπορεί να αποτελεί μετάσταση από απομακρυσμένη εστία
-----------	---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.7 ΕΞΕΤΑΣΗ/ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σκοπός της θεραπείας είναι η μείωση ή η εξαφάνιση των σημείων και συμπτωμάτων της επιπεφυκίτιδας, η διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των οφθαλμών, η αποφυγή των οφθαλμικών επιπλοκών και η διάγνωση και αντιμετώπιση των συστηματικών επιπλοκών.

Η διάγνωση τίθεται κατόπιν πλήρους οφθαλμολογικής εξέτασης αλλά σε υποψία μολυσματικής επιπεφυκίτιδας ορισμένες κλινικές εξετάσεις μπορούν να αποφευχθούν .

ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με:

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την μέτρηση της οπτικής οξύτητας και την εξέταση του προσθίου ημιμορίου με τη σχισμοειδή λυχνία. Τα σημεία που αναμένουμε να δούμε είναι:

<p>Από τη συστηματική εξέταση:</p> <ul style="list-style-type: none"> • λεμφαδενοπάθεια ιδίως προωτιαία • δερματικές αλλοιώσεις: ροδόχρους ακμή, έκζεμα, σημηματορροϊκή ακμή 	<p>Από τον επιπεφυκότα: οίδημα, αιμορραγία, ίνωση, θηλώδης ή θηλακιδώδης αντίδραση, όγκοι, εκκρίσεις, μεγέθυνση των κολπωμάτων, συμβλέφαρο, εξέλκωση, χάλαση, ξένα σώματα</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Από τα βλέφαρα: οίδημα, αιμορραγία, διαταραχή της θέσης τους, όγκοι, εξέλκωση, νεοπλασία	Από τα βλεφαρικά χείλη: φλεγμονή, εξέλκωση, κερατινοποίηση, όγκοι, κύστει
Από τα δακρυϊκά σημεία: εκκρίσεις	Από τις βλεφαρίδες: απώλεια, τριχίαση, εκκρίματα, φθείρες
Από τον κερατοειδή: ελλείμματα επιθηλίου, στικτή και δενδριτική κερατίτιδα, ουλοποίηση, νημάτια, φλύκταινες, διάτρηση, διηθήσεις στρώματος και υπότο επιθήλιο, νεοαγγείωση, κερατικά ιζήματα, υπαισθησία, ελλείμματα του στρώματος της ίριδας	

1.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της επιπεφυκίτιδας καθορίζεται ιδανικά από την πρωτοπαθή αιτία. Η αδιάκριτη χρήση αντιβιοτικών και κορτικοστεροειδών πρέπει να αποφεύγεται, επειδή τα αντιβιοτικά μπορεί να επιφέρουν τοξικότητα ενώ τα κορτικοστεροειδή να παρατείνουν μια λοίμωξη από αδενοϊούς και να χειροτερέψουν μια ερπητική. Οι θεραπευτικές μας επιλογές περιγράφονται παρακάτω για τους πιο συνηθισμένους τύπους επιπεφυκίτιδας και γι' αυτούς που είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αντιμετωπισθούν.

1.8.1 ΕΠΟΧΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

Η ήπια αλλεργική επιπεφυκίτιδα μπορεί να αντιμετωπιστεί με αντιϊσταμινικό /αγγειοσυσπαστικό παράγοντα. Αν τα συμπτώματα δεν ελέγχονται επαρκώς μπορεί να προστεθούν στην αγωγή κορτικοστεροειδή χαμηλής δραστηριότητας για μικρό διάστημα (1 με 2 εβδομάδες). Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τα στεροειδή με την ηπιότερη δραστηριότητα και για το συντομότερο διάστημα που απαιτείται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Επιπρόσθετα

μέτρα περιλαμβάνουν τη χρήση τεχνητών δακρύων, τα οποία αραιώνουν τ' αλλεργιογόνα και θεραπεύουν τη συνυπάρχουσα δακρυϊκή ανεπάρκεια ψυχρά επιθέματα αντιισταμινικά από το στόμα και αποφυγή των αλλεργιογόνων. Η συχνή αλλαγή των ρούχων και το λουτρό πριν τον ύπνο μπορεί να βοηθήσουν. Η συμβουλή αλλεργιολόγου ή δερματολόγου μπορεί να είναι χρήσιμη σε ασθενείς με νόσο που δεν ελέγχεται ικανοποιητικά με τοπικά φάρμακα και αντιισταμινικά από το στόμα. Η συχνότητα των επανελέγχων βασίζεται στη σοβαρότητα εκδήλωσης της νόσου, την αιτιολογία και τη θεραπεία. Κατά τον επανέλεγχο ο ασθενής θα πρέπει να ερωτάται για την βαρύτητα της νόσου κατά το μεσοδιάστημα, να ελέγχεται η οπτική του οξύτητα και να εξετάζεται στη λυχνία. Αν χρησιμοποιεί κορτικοστεροειδή σε χρόνια ή επαναλαμβανόμενη βάση θα πρέπει να ελέγχεται η ΕΟΠ του και να εξετάζεται υπό μυδρίαση για τυχόν εκδήλωση καταρράκτη ή/και γλαυκώματος.

1.8.2 ΕΑΡΙΝΗ - ΑΤΟΠΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΣ

Στα γενικότερα μέτρα θεραπείας περιλαμβάνεται η αλλαγή του περιβάλλοντος προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η έκθεση σε αλλεργιογόνους ή ερεθιστογόνους παράγοντες, όπως και η χρήση ψυχρών επιθεμάτων και λιπαντικών. Τα τοπικά, όπως και τα από το στόματος αντιισταμινικά και οι τοπικοί σταθεροποιητές των μαστοκυττάρων, βοηθούν στη διατήρηση της ανακούφισης του ασθενούς. Για οξείες προσβολές εαρινής/ατοπικής επιπεφυκίτιδας, τα κορτικοστεροειδή τοπικά είναι συνήθως απαραίτητα για το έλεγχο των συμπτωμάτων. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται η ελάχιστη αποτελεσματική δοσολογία ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς. Για οντότητες όπως η εαρινή κερατοεπιπεφυκίτιδα, που μπορεί να απαιτήσουν κατ'επανάληψη βραχυχρόνια αγωγή με τοπικά κορτικοστεροειδή, πρέπει να ενημερώνονται οι ασθενείς για τις πιθανές επιπλοκές της χορήγησης των στεροειδών όπως και να συζητούνται οι πιθανοί τρόποι μείωσης της δοσολογίας τους. Σε βαριές περιπτώσεις απειλητικής για την όραση ατοπικής κερατοεπιπεφυκίτιδας που δεν ανταποκρίνονται στην τοπική θεραπεία, πρέπει να εφαρμόζονται ενέσεις κορτικοστεροειδών υπό τον ταρσικό επιπεφυκότα. Συστηματική ανοσοκαταστολή σπάνια συστήνεται. Η συχνότητα του επανελέγχου βασίζεται στην βαρύτητα της νόσου κατά την εκδήλωσή της, την αιτιολογία και τη χορηγούμενη θεραπεία. Η γνώμη ενός δερματολόγου συχνά βοηθά. Στον επανέλεγχο πρέπει να περιλαμβάνεται ο έλεγχος της πορείας της νόσου, η μέτρηση της οπτικής οξύτητας και η εξέταση στην

σχισμοειδή λυχνία. Εάν έχουν χορηγηθεί κορτικοστεροειδή, πρέπει να γίνεται τονομέτρηση και μυδρίαση για τον έλεγχο πιθανής εκδήλωσης γλαυκώματος και καταρράκτη.

1.8.3 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΣ ΕΚ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΩΝ ΘΗΛΩΝ (GPC)

Η θεραπεία της γενικά περιλαμβάνει την τροποποίηση της γενεσιουργού αιτίας. Τυχόν προεξέχοντα ράμματα μπορούν ν' αντιμετωπιστούν με την αφαίρεση του ράμματος, τον ενταφιασμό του κόμπου ή τη χρήση θεραπευτικών φακών επαφής η μακροχρόνια χρήση των οποίων έχει, εντούτοις, συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης μικροβιακής κερατίτιδας και GPC. Οφθαλμικές προθέσεις που προκαλούν GPC, μπορούν να καθαριστούν, να γυαλιστούν ή να αντικατασταθούν. Οι ήπιες μορφές της νόσου που σχετίζονται με τη χρήση φακών επαφής μπορεί ν' ανταποκριθούν στη συχνότερη αντικατάσταση των φακών, τη μείωση του χρόνου χρήσης τους, την αύξηση της συχνότητας ενζυματικού καθαρισμού τους, τη χρήση συστημάτων καθαρισμού τους χωρίς συντηρητικά, τη χορήγηση σταθεροποιητών των μαστοκυττάρων⁷⁸, στην επανεφαρμογή των φακών, την χρήση φακών συχνής αντικατάστασης (κυρίως ημερήσιους) και/ή στη χρήση φακών διαφορετικού πολυμερούς. Θα πρέπει ν' αντιμετωπιστούν και οι συνοδές καταστάσεις όπως η ανεπάρκεια της υδαρούς στιβάδας των δακρύων. Σε ασθενείς με GPC μέτριας ή μεγάλης βαρύτητας η διακοπή της χρήσης των φακών επαφής για αρκετές εβδομάδες ή μήνες και η χορήγηση κορτικοστεροειδών τοπικά για μικρό διάστημα μπορεί, σπανίως, επίσης να χρειαστεί. Η συχνότητα των επανελέγχων βασίζεται στην βαρύτητα της νόσου και το είδος της χρησιμοποιούμενης θεραπείας. Κατά τον επανέλεγχο θα πρέπει να εκτιμάται η εν τω μεταξύ πορεία της νόσου, η οπτική οξύτητα ενώ θα πρέπει να πραγματοποιείται βιομικροσκόπηση.

1.8.4 ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΣ ΤΟΥ ΑΝΩ ΟΡΙΟΥ (SLK)

Οι ήπιες μορφές της νόσου πιθανόν απαντούν στην αντιμετώπιση του συνυπάρχοντος συνδρόμου ξηροφθαλμίας με εφυγραντικά, σταθεροποιητές των μαστοκυττάρων, κυκλοσπορίνη⁷⁹ μαλακούς φακούς επαφής και/ή απόφραξη των δακρυϊκών σημείων αν και η ύφεση μπορεί να είναι προσωρινή. Σε αντίθεση με την κερατοεπιπεφυκίτιδα που σχετίζεται με τη χρήση Φ.Ε. η οποία οφείλεται σε υποξία, η SLK φαίνεται να οφείλεται στη σφιχτή πρόσφυση του άνω βλεφάρου επί του βολβού σε συνδυασμό με τη χαλαρότητα του ανώτερου επιπεφυκότα. Το σφιχτό

βλέφαρο παρασύρει τον χαλαρό επιπεφυκότα προκαλώντας χρόνιο ερεθισμό και φλεγμονή. Επί επιμονής των συμπτωμάτων μπορεί ν' απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση όπως η καυτηρίαση (χημική ή θερμική) με στόχο τη σύσφιξη του περίσσιου επιπεφυκότα ή η αφαίρεσή του.⁸² Τυχόν υποκείμενη δυσλειτουργία του θυρεοειδούς πρέπει να διερευνάται μέσω των ειδικών λειτουργικών δοκιμασιών του. Λόγω του ότι η SLK μπορεί να επιμείνει με εξάρσεις και υφέσεις γι' αρκετό διάστημα, η θεραπεία και η συχνότητα των επανελέγχων θα πρέπει να υπαγορεύονται από τη συμπτωματολογία των ασθενών οι οποίοι θα πρέπει να ενημερώνονται για τη χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία της νόσου η οποία, εντούτοις, δεν είναι απειλητική για την όραση.

1.8.5 ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΣ ΑΠΟ ΦΑΚΟΥΣ ΕΠΑΦΗΣ

Πρόκειται, επί της ουσίας, για υποξία των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ που οδηγεί στη εκδήλωση στικτής επιθηλιακής κερατίτιδας, πόνου, νεοαγγείωσης, φλεγμονής, οιδήματος, και τελικά επιθηλιοπάθειας. Σε περιπτώσεις κερατοεπιπεφυκίτιδος που σχετίζεται με φακούς επαφής, η χρήση τους θα πρέπει να διακόπτεται για 2 ή περισσότερες εβδομάδες μέχρις ότου ο κερατοειδής επανέλθει σε φυσιολογική κατάσταση. Μπορεί να χορηγηθεί σύντομη αγωγή (1-2 εβδομάδων) με κορτικοστεροειδή, σε αντίθεση με τη χορήγηση κυκλοσπορίνης 0,05% τοπικά η οποία πρέπει να είναι πιο μακροχρόνια. Αν σχετίζεται με ανεπάρκεια των βλαστικών κυττάρων του ΣΚΟ τα συμπτώματα μπορεί να επιμένουν για μεγαλύτερο διάστημα αλλά συνήθως υποχωρούν με τη σταθερή αποχή από τη χρήση των Φ.Ε. Κατά τον επανέλεγχο θα πρέπει να εκτιμάται η εφαρμογή των Φ.Ε., ο τύπος τους και ο τρόπος χρήσης τους. (π.χ. υγρά χωρίς συντηρητικά, η χρήση ημερησίων Φ.Ε., υλικό κατασκευής με υψηλό δείκτη D/k, μείωση του χρόνου εφαρμογής των φακών) ενώ θα πρέπει να προτείνονται και εναλλακτικοί τρόποι διόρθωσης των διαθλαστικών σφαλμάτων (π.χ. γυαλιά ή διαθλαστική χειρουργική) μετά την υποχώρηση της κερατοεπιπεφυκίτιδας.

1.8.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΧΑΛΑΡΟΥ ΒΛΕΦΑΡΟΥ

Προσωρινή ανακούφιση από το σύνδρομο μπορεί να επιτευχθεί με κλείσιμο των βλεφάρων με ταινία ή την εφαρμογή προστατευτικού καλύμματος κατά τον ύπνο. Σε ήπιες καταστάσεις τα εφυγραντικά μπορεί να βοηθήσουν. Οριστική αντιμετώπιση δίδεται μέσω χειρουργικής παρέμβασης όπως η πλήρους πάχους οριζόντια βράχυνση του άνω

βλεφάρου. Ο επανέλεγχος εξαρτάται από την κλινική πορεία του ασθενούς. Το σύνδρομο του χαλαρού βλεφάρου έχει συσχετιστεί με κερατόκωνο, πρόπτωση μιτροειδούς και υπνική άπνοια οπότε θα πρέπει να προτείνεται η σχετική παραπομπή των ασθενών για αποκλεισμό των καταστάσεων αυτών.

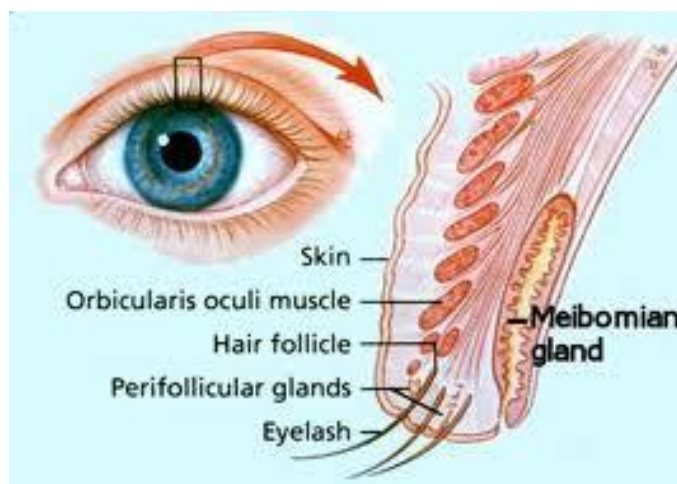
1.8.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟΥ ΚΟΛΠΩΜΑΤΟΣ

Οι καλλιέργειες είναι σχεδόν πάντοτε θετικές για τον *Staphylococcus aureus* αν και δεν αποκλείεται η πιθανότητα και άλλων μικροοργανισμών. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ταυτόχρονη απόφραξη του ρινοδακρυϊκού πόρου και χρόνια δακρυοκυστίτιδα για την οποία μπορεί να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση. Η αντιμετώπιση με αντιβιοτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται για τη συνήθη θεραπεία της βακτηριακής επιπεφυκίτιδας γενικά έχει ως αποτέλεσμα προσωρινή μόνο ανακούφιση. Στις προτεινόμενες θεραπευτικές στρατηγικές περιλαμβάνεται η μακροχρόνια χρήση αντισταφυλοκοκκικών αντιβιοτικών συστηματικά μαζί με τοπικά αντιβιοτικά και στεροειδή. Πιο πρόσφατα έχει προταθεί η χρήση αντιβιοτικών και στεροειδών ενέσεων στον ανώτερο ταρσό σε συνδυασμό με έκλυση και σάρωση του άνω κολπώματος με διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης. Με δεδομένη την αυξημένη συχνότητα του ανθεκτικού στη μεθικιλίνη *St. aureus* (MRSA) στον γενικό πληθυσμό είναι σκόπιμη η λήψη καλλιιεργειών από τον επιπεφυκότα πριν την έναρξη της θεραπείας. Επιπροσθέτως χρήσιμη μπορεί να είναι η χειρουργική διόρθωση της βλεφαρόπτωσης.

2. ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑ

2.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΒΛΕΦΑΡΩΝ

Τα βλέφαρα αποτελούν δερματομυώδη πέταλα που φράσσουν τη βάση του κόγχου και προστατεύουν εξωτερικά το βολβό. Όπως είναι γνωστό, αυτά είναι δύο, το άνω και το κάτω, και με τις κινήσεις τους εξασφαλίζουν την εφύγρανση του κερατοειδούς με τα δάκρυα.



Τα βλέφαρα αποτελούνται:

- 1) εξωτερικά από το δέρμα και χαλαρό συνδετικό ιστό.
- 2) από μυς, το σφιγκτήρα (που κλείνει τα βλέφαρα) και τον ανελκτήρα (που σηκώνει το άνω βλέφαρο και ανοίγει η μεσοβλεφάρια σχισμή).
- 3) Από ένα ινώδες πέταλο, τον ταρσό
- 4) εσωτερικά από τον Επιπεφυκότα (το βλεφαρικό) που καλύπτει και μέρος του βολβού (το σκληρό).

Στο ινώδες πέταλο, τον ταρσό, που συμβάλλει στη στερεότητα του βλεφάρου, βρίσκονται ορισμένοι αδένες, οι ταρσαίοι (που είναι μεταπλασμένοι σμηγματογόνοι), που παράγουν τη «λύμη». (Αύξηση αυτής μαζί με εκκρίσεις μας κάνουν την «τσίμπλα»). Χρόνια φλεγμονή και απόφραξη των αδένων του ταρσού προκαλεί μια μικρή διόγκωση στο βλέφαρο, το γνωστό μας χαλάζιο.

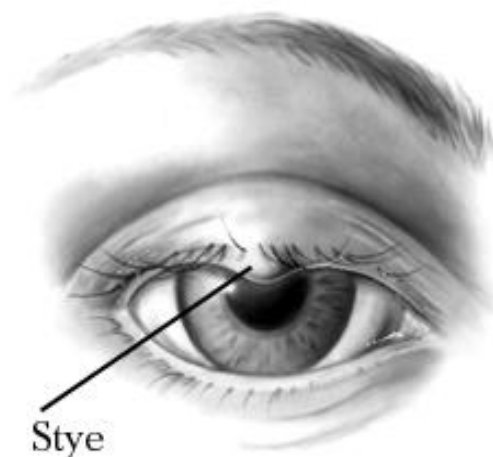
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥ

Η βλεφαρίτιδα είναι μία συνήθης και επίμονη φλεγμονή των βλεφάρων. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ερεθισμό, κνησμό, και συχνά κοκκίνισμα του ματιού. Η κατάσταση αυτή συχνά συμβαίνει σε άτομα που παρουσιάζουν ροπή για λιπαρό δέρμα, πιτυρίδα ή ξηροφθαλμία. Η βλεφαρίτιδα μπορεί να αρχίσει στην πρώιμη παιδική ηλικία με την εμφάνιση κοκκίωσης στα βλέφαρα και να συνεχίσει στην υπόλοιπη ζωή σαν χρόνια κατάσταση. Επίσης μπορεί να αρχίσει αργότερα στη ζωή.



Blepharitis

Βακτήρια ζούν φυσιολογικά στην επιφάνεια του δέρματος γύρω από τα μάτια, αλλά σε συγκεκριμένα άτομα αρχίζουν να αναπτύσσονται μέσα στο δέρμα στη βάση των βλεφαρίδων. Ο επερχόμενος ερεθισμός, που ορισμένες φορές σχετίζεται με υπερλειτουργία των παρακείμενων σμηγματογόνων αδένων, προκαλεί απολέπιση που μοιάζει με πιτυρίδα και σχηματισμό σωματιδίων κατά μήκος των βλεφαρίδων και της άκρης του βλεφάρου καθώς και σε χαλάζια, επίπονα φλεγμονώδη εξογκώματα εντός των βλεφάρων.



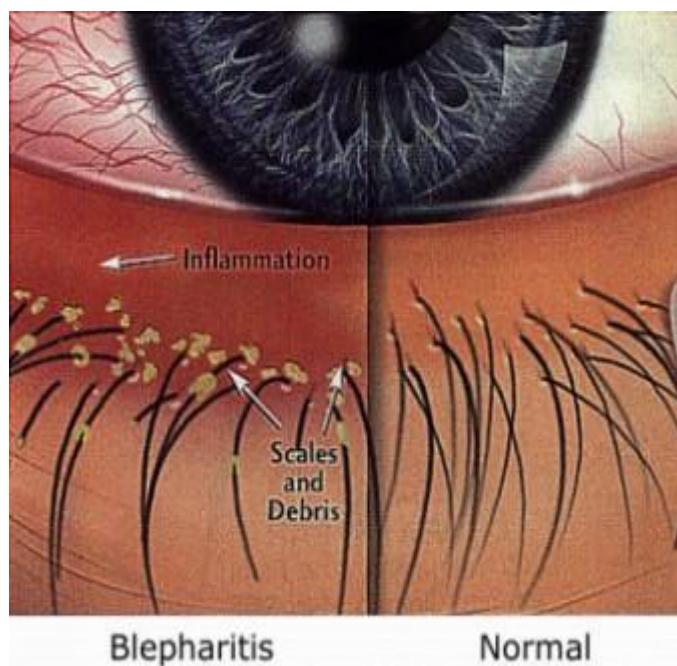
Stye

Στη βλεφαρίτιδα, και τα δύο βλέφαρα καλύπτονται από λιπαρό έκκριμμα και βακτήρια κοντά στη βάση των βλεφαρίδων. Το μάτι είναι ερεθισμένο και μπορεί να φλεγμαίνει. Συχνός, προσεκτικός καθαρισμός της άκρης του βλεφάρου βοηθά στον έλεγχο της βλεφαρίτιδας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η απολέπιση ή τα βακτήρια προκαλούν μόνο μικρό ερεθισμό και κνησμό, αλλά σε άλλες μπορεί να προκαλέσουν κοκκίνισμα, «τσίμπημα» ή «κάψιμο». Ορισμένα άτομα μπορεί να αναπτύξουν αλλεργία στην απολέπιση ή στα βακτήρια που τα περιβάλλουν. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρότερες επιπλοκές, όπως φλεγμονή των ιστών του οφθαλμού, συγκεκριμένα του κερατοειδούς (το διαυγές, πρόσθιο άνοιγμα του ματιού)

Τα τρία βασικά σημεία που θα πρέπει να εξακριβώνονται σε ασθενείς που έχουν βλεφαρίτιδα είναι τα εξής:

- § Αν υπάρχει παρουσία flecks (πιτυρίδα) πάνω στις βλεφαρίδες των ασθενών και τους φλεγμαίνοντες αδένες.
- § Σημαντικό διαχωρισμό αποτελεί το γεγονός αν η βλεφαρίτιδα συνοδεύεται από σταφυλοκοκκική επιμόλυνση. Αυτό είναι εύκολα αντιληπτό από τα μικρά έλκη που παρουσιάζει μια τέτοια επιμόλυνση στις βάσεις των βλεφαρίδων.
- § Θα πρέπει να εξακριβωθεί αν η βλεφαρίτιδα αυτή συνοδεύεται από ροδόχρου ακμή.

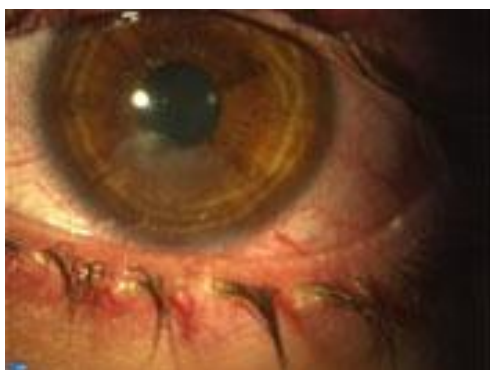


2.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ-ΤΥΠΟΙ ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑΣ

Η βλεφαρίτιδα ταξινομείται σύμφωνα με την ανατομική θέση προσβολής: η πρόσθια βλεφαρίτιδα εμπλέκει το δέρμα των βλεφάρων, τη βάση και τα θυλάκια των βλεφαρίδων και η οπίσθια βλεφαρίτιδα προσβάλλει του μείβομιανούς αδένες και τα στόμιά τους. Σε όλους τους τύπους της βλεφαρίτιδας υπάρχει μεγάλη επικάλυψη, όσον αφορά στα συμπτώματα. Η βλεφαρίτιδα συχνά οδηγεί σε φλεγμονή της οφθαλμικής επιφάνειας, που περιλαμβάνει την επιπεφυκίτιδα, τη λειτουργική διαταραχή των δακρύων και την κερατίτιδα.

2.3.1 ΠΡΟΣΘΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ

Ο πρώτος τύπος είναι η λεγόμενη πρόσθια βλεφαρίτιδα η οποία αφορά το μπροστινό εξωτερικό μέρος των βλεφάρων, το σημείο απ' όπου βγαίνουν οι βλεφαρίδες. Το σημείο εκείνο των βλεφάρων αρκετά συχνά προσβάλλεται από ένα δερματικό βακτήριο που ονομάζεται σταφυλόκοκκος. Το συγκεκριμένο βακτήριο βρίσκεται σε αφθονία πάνω στο δέρμα μας γιατί αποτελεί μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας αυτού, μπορεί όμως κάτω από ευνοϊκές γι' αυτό συνθήκες να γίνει παθογόνο και να προκαλέσει λοιμώξεις, όπως αυτή των βλεφάρων. Η σταφυλοκοκκική βλεφαρίτιδα εμφανίζεται πιο συχνά σε νεαρά άτομα και προκαλεί αίσθημα καψίματος, φαγούρα, αίσθημα ξένου σώματος και δημιουργεί κίτρινες κρούστες στην άκρη των βλεφάρων. Τα συμπτώματα αυτά είναι συνήθως πιο έντονα τις πρωινές ώρες μετά την έγερση και τείνουν να μειώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η σταφυλοκοκκική βλεφαρίτιδα χαρακτηρίζεται από φολίδες, εκκρίσεις και ερυθρότητα του βλεφαρικού χείλους με σχηματισμούς τύπου κολάρου στη βάση των βλεφαρίδων. Κατά τη διάρκεια της χρόνιας φλεγμονής, μπορεί να υπάρχουν εξάρσεις που οδηγούν στην ανάπτυξη ελκωτικής βλεφαρίτιδας. Εκτός από την απώλεια των βλεφαρίδων, η προσβολή του κερατοειδούς περιλαμβάνει την στικτή επιθηλιοπάθεια, τα περιφερικά έλκη και τη νεοαγγείωση.



Βακτηριακή βλεφαρίτιδα.

Στις ρίζες των βλεφαρίδων παρατηρείται πυώδης συλλογή

2.3.2 ΠΡΟΣΘΙΑ ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΪΚΗ

Ένα άλλο αίτιο πρόσθιας βλεφαρίτιδας είναι, ο γνωστός σε όλους μας, μύκητας της πιτυρίδας. Ο μύκητας αυτός δεν αποικεί αποκλειστικά στο

τριχωτό της κεφαλής όπως οι περισσότεροι νομίζουν, αλλά αρκετές φορές μεταναστεύει και στην περιοχή του προσώπου προσβάλλοντας κάτω από συνθήκες το δέρμα της εκεί περιοχής συμπεριλαμβανομένων των βλεφάρων. Άλλα αίτια βλεφαρίτιδας μπορεί να είναι ιοί (όπως αυτός του έρπητα), ανατομικά αίτια που επιβαρύνουν την ενυδάτωση και τη λειτουργία των βλεφάρων (π.χ. εκτρόπιο: χαλάρωση και έξω στροφή του κάτω βλεφάρου), αλλεργίες (π.χ. σε προϊόντα μακιγιάζ, καθαρισμού και σε διάφορα αλλεργιογόνα που κυκλοφορούν στην ατμόσφαιρα).



Πρόσθια βλεφαρίτιδα
με τη χαρακτηριστική πιτυρίδα
στις ρίζες των βλεφαρίδων

2.3.3 ΟΠΙΣΘΙΑ ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑ

Ο δεύτερος τύπος βλεφαρίτιδας ονομάζεται οπίσθια βλεφαρίτιδα και είναι αυτός ο τύπος που προσβάλλει τα εσωτερικά πίσω μέρη των βλεφάρων. Είναι το πιο συχνό αίτιο χρόνιας βλεφαρίτιδας και οφείλεται σε δυσλειτουργία των σμηγματογόνων βλεφαρικών αδένων (μείβομιοί αδένες). Οι μείβομιοί αδένες βρίσκονται μέσα στο βλεφαρικό τοίχωμα και εκκρίνουν μία ουσία λιπώδους σύστασης, η οποία μέσα από αγωγούς καταλήγει στο μπροστινό μέρος του ματιού και αποτελεί αναπόσπαστο δομικό στοιχείο της δακρυϊκής στιβάδας. (Η δακρυϊκή στιβάδα είναι το φιλμ των δακρύων που υπάρχει πάντα στην επιφάνεια του ματιού και το οποίο το ενυδατώνει, το προστατεύει από φλεγμονές και λοιμώξεις και τροφοδοτεί τον κερατοειδή με θρεπτικά συστατικά). Η δυσλειτουργία των μείβομιοιάν αδένων προκαλεί τοπική φλεγμονή των βλεφάρων και ευνοεί την παθολογική ανάπτυξη βακτηρίων. Οι αδένες αυτοί δεν είναι πλέον σε θέση να παράγουν φυσιολογική σμηγματογόνο ουσία, συνεπώς η δακρυϊκή στιβάδα στην οποία καταλήγει η τροποποιημένη αυτή ουσία,

εξατμίζεται γρήγορα και χάνει τις προστατευτικές τις ιδιότητες προκαλώντας ξηροφθαλμία και επιτείνοντας τη φλεγμονή. Οι ασθενείς με σμηγματορροϊκή βλεφαρίτιδα έχουν λιπώδεις φολίδες στο πρόσθιο βλεφαρικό χείλος και συχνά εμφανίζουν και σμηγματορροϊκή δερματίτιδα στους οφρύες και στο δέρμα της κεφαλής.



Οπίσθια βλεφαρίτιδα

με τη χαρακτηριστική διόγκωση και απόφραξη των αδένων στο πίσω βλεφαρικό χείλος

Η οπίσθια βλεφαρίτιδα εμφανίζεται συχνά χωρίς να υπάρχει κάποια άλλη ασθένεια, εμφανίζεται ωστόσο αρκετά συχνά και σε πάσχοντες από ροδόχρου ακμή, μία δερματική πάθηση άγνωστης αιτιολογίας που προσβάλλει το δέρμα του προσώπου και οφείλεται σε γενικευμένη αλλοίωση των σμηγματογόνων αδένων. Στην περίπτωση της ροδόχρου ακμής η πορεία της βλεφαρίτιδας είναι συχνά υποτροπιάζουσα (με εξάρσεις και υφέσεις) και η θεραπεία της φλεγμονής των βλεφάρων δύσκολη. Σε ασθενείς με δυσλειτουργία των μείβομιανών αδένων, επίσης, έχουν παρατηρηθεί μεταβολές στη βιοχημική σύνθεση της έκκρισης των αδένων, γεγονός που δεν παρατηρείται σε φυσιολογικά άτομα. Το αποτέλεσμα των μεταβολών αυτών είναι η μειωμένη ικανότητα έκκρισης λιπώδους εκκρίματος φυσιολογικής σύστασης στο βλεφαρικό χείλος και στην δακρυϊκή στοιβάδα. Η διαταραχή αυτή οδηγεί σε αυξημένη εξάτμιση των δακρύων, υπεροσμωτικότητα και ασταθή δακρυϊκή στοιβάδα, αυξημένη ανάπτυξη μικροβίων στο βλεφαρικό χείλος, ξηροφθαλμία από εξάτμιση, νόσο οφθαλμικής επιφάνειας και, τελικά, βλάβη της οφθαλμικής επιφάνειας.

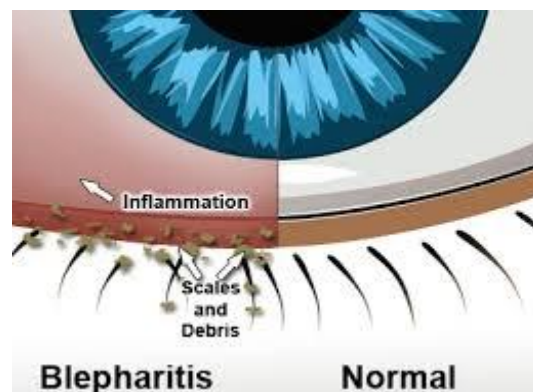
2.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΒΛΕΦΑΡΙΤΙΔΑΣ

Τα κυριότερο σύμπτωμα είναι ερεθισμένα βλέφαρα. Τα βλέφαρα μπορεί να φλεγμαίνουν ή να δείχνουν λιπαρά. Επίσης μπορεί να υπάρχουν οφθαλμικές εκκρίσεις και τα βλέφαρα να κολλάνε μεταξύ τους, ιδίως το πρωί. Μερικές φορές φολίδες μπορεί να εμφανίζονται στα βλέφαρα προσδίδοντας μία εικόνα σαν της πιτυρίδας. Μερικές φορές ένας ή περισσότεροι μείβομιοι αδένες μπορεί να αποφραχθούν και να αρχίσουν να συλλέγουν το σμήγμα μέσα στον εκφορητικό πόρο οδηγώντας έτσι στο χαλάζιο.



Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνουν:

- Δακρύρροια
- Κόκκινα μάτια
- Μια λιθίαση, αίσθημα καύσου στο μάτι
- Τα βλέφαρα που εμφανίζονται λιπαρό
- Φαγούρα στα βλέφαρα
- Κόκκινα, πρησμένα βλέφαρα
- Απολέπιση του δέρματος γύρω από τα μάτια
- Νορβηγική βλεφαρίδες μετά την αφύπνιση
- Βλεφάρων κόλλημα
- Πιο συχνό άνοιγμα-κλείσιμο
- Ευαισθησία στο φως
- Βλεφαρίδες που αναπτύσσονται ανώμαλα (λάθος κατεύθυνση βλεφαρίδες)
- Η απώλεια των βλεφαρίδων



2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

2.5.1 ΞΗΡΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΣ

Ορισμένοι άνθρωποι δεν παράγουν αρκετά δάκρυα ώστε να διατηρούν τον οφθαλμό σε βολική για τον ασθενή κατάσταση. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως «ξηροφθαλμία». Τα συνήθη συμπτώματα περιλαμβάνουν :

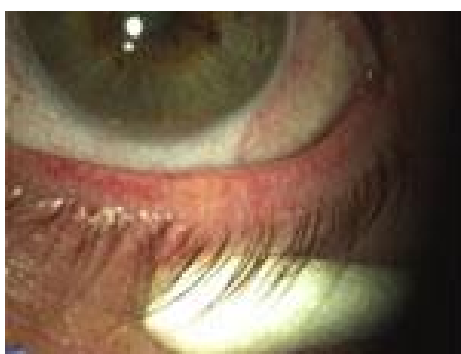
- Τσούξιμο ή κάψιμο στα μάτια.
- Κνησμός.
- Ινώδης βλέννα μέσα ή γύρω από τα μάτια (λύμη ή τσίμπλα)
- Έντονος ερεθισμός του ματιού από τον καπνό ή τον άνεμο.
- Δακρύρροια.
- Δυσκολία τοποθέτησεως φακών επαφής.

Μεγάλο ποσοστό ασθενών με σταφυλοκοκκική βλεφαρίτιδα εμφανίζουν ξηροφθαλμία. Είναι πιθανόν ότι η μείωση των επιπέδων λυσοζύμης και ανοσοσφαιρινών στα δάκρυα, που σχετίζονται με μείωση των δακρύων λόγω ξηροφθαλμίας, μπορεί να μεταβάλλει την αντίσταση στα βακτήρια, προδιαθέτοντας στην ανάπτυξη της σταφυλοκοκκικής βλεφαρίτιδας.

Έλλειψη δακρύων, επίσης, έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς με σμηγματορροϊκή βλεφαρίτιδα, διαταραχές των μειβομιανών αδένων καθώς και ασθενείς με ροδόχρου ακμή. Αυτό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα αφενός μεν της αυξημένης εξάτμισης των δακρύων, που οφείλεται στην έλλειψη του λιπιδικού στοιχείου της δακρυϊκής στοιβάδας, αφετέρου δε στη μείωση της αισθητικότητας της πρόσθιας επιφάνειας. Επίσης, έχει βρεθεί ότι τα χαμηλά επίπεδα φωσφολιπιδίων στα δάκρυα, σε ασθενείς με χρόνια βλεφαρίτιδα, σχετίζονται με την παρουσία ξηροφθαλμίας.

2.5.2 ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΚΩΝ ΕΠΑΦΗΣ

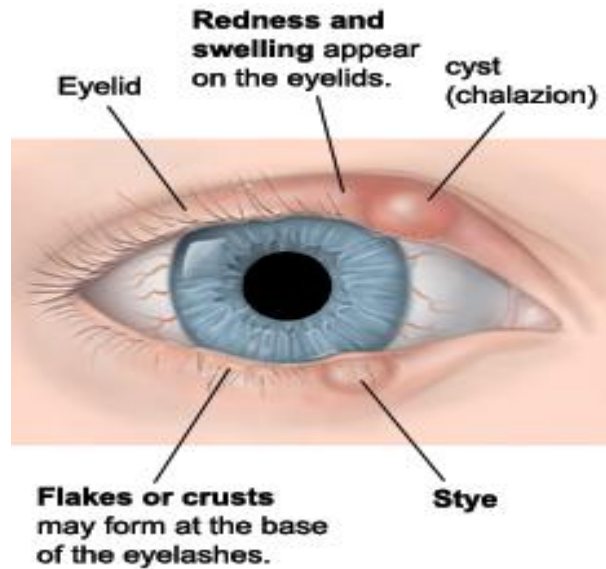
Επειδή η βλεφαρίτιδα μπορεί να επηρεάσει την ποσότητα της λίπανσης στα μάτια σας, φορώντας τους φακούς επαφής μπορεί να είναι δυσάρεστη. Αλλεργίες λόγω αντιδράσεων από φακούς επαφής, σπρέι, έκθεση σε ζώα, τις περιβαλλοντικές χημικές ουσίες, ή αερομεταφερόμενα αλλεργιογόνα μπορεί επίσης να προκαλέσει βλεφαρίτιδα



Ερεθισμός και κόκκινο μάτι σε ασθενή με βλεφαρίτιδα

2.5.3 ΚΡΙΘΗ

Η κρίθη (κριθαράκι) είναι επίσης μια μικροβιακή φλεγμονή και εμφανίζεται συνήθως στη ρίζα των βλεφάρων ως μικρό πυώδες απόστημα και είναι αρκετά επώδυνο. Έχει τη μορφή σπυριού, αναπτύσσεται σταδιακά σχηματίζοντας ένα κόκκινο εξόγκωμα που γεμίζει πύο και σπάει. Η απελευθέρωση του πύου ανακουφίζει από το πόνο και μετά από μερικές ημέρες εξαφανίζεται. Η θεραπεία γίνεται με ζεστές κομπρέσες, είτε με κάποια αντιβιοτική αλοιφή ή κάποια αντιβίωση από το στόμα.



2.5.4 ΧΑΛΑΖΙΟ

Το χαλάζιο είναι μια κύστη μείβομιανού αδένου που προκαλείται από την απόφραξη του στομίου του αδένου και τη λίμναση των σμηγματωδών εκκρίσεων. Συνήθως εμφανίζεται στο πάνω ή στο κάτω βλέφαρο. Είναι ένα συχνό φαινόμενο σε ασθενείς με χρόνια βλεφαρίτιδα, σμηγματοροϊκή δερματίτιδα και ροδόχρου ακμή και σε παιδιά. Τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι ερυθρότητα και πόνος ή απλά ενόχληση κατά το ανοιγόκλεισμα του βλεφάρου. Όταν είναι μικρό ίσως διαλυθεί από μόνο του και αντιμετωπίζεται με ζεστά επιθέματα και αντιβίωση τοπική, άλλες φορές ίσως κριθεί απαραίτητη και η αντιβίωση από το στόμα. Αν παραμείνει χωρίς θεραπεία ή αυτή δε γίνει από τις πρώτες ημέρες εμφάνισης του, τότε γίνεται χρόνιο -σκληρό- οπότε ίσως χρειαστεί χειρουργική διάνοιξη. Μεγαλύτερα χαλάζια ενοχλούν, είναι αντιαισθητικά και επιβλαβή για την όραση μας χρήζουν χειρουργικής διάνοιξης και καθαρισμού.

2.5.5 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΒΛΕΦΑΡΙΔΕΣ

Αλλαγές στις βλεφαρίδες (που εμφανίζονται κυρίως σε σοβαρή και μακροχρόνια περιπτώσεις) όπως: απώλεια των βλεφαρίδων, παραπλάνηση των βλεφαρίδων προς το μάτι (τριχίαση), αποχρωματισμός των βλεφαρίδων .



Απώλεια βλεφαρίδων μετά από χρόνια βλεφαρίτιδα

2.5.6 ΔΕΜΟΔΗΚΩΣΗ

Το άκαρι *Demodex folliculorum* μπορεί να απομονωθεί και από ασθενείς με χρόνια βλεφαρίτιδα, και σε άτομα χωρίς βλεφαρίτιδα. Οι ασθενείς, όμως, με εμμένουσα βλεφαρίτιδα ανταποκρίνονται στη θεραπεία εκρίζωσης των ακάρεων *Demodex*. Παθογνωμονικό σημείο για την οφθαλμική διάγνωση της παρουσίας *Demodex* είναι η χαρακτηριστική κυλινδρική ή σαν περιχειρίδα έκκριση στη βάση των βλεφαρίδων.



2.5.7 ΡΟΔΟΧΡΟΥΣ ΑΚΜΗ

Η ροδόχρους ακμή είναι μια πάθηση του δέρματος και των οφθαλμών και εμφανίζεται σε άτομα συνήθως με λεπτό δέρμα. Όμως, μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα οποιασδήποτε φυλής. Τα χαρακτηριστικά ευρήματα του προσώπου περιλαμβάνουν ερύθημα, ευρυαγγείες, βλατίδες, φλύκταινες, εμφανείς σμηγματογόνους αδένες και ρινόφυμα. Η ροδόχρους ακμή σχετίζεται με ανωμαλίες της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου του κερατοειδούς με συνέπεια τις υποτροπιάζουσες αποπτώσεις του επιθηλίου.

Η ροδόχρους ακμή μπορεί να είναι πιο δύσκολο να διαγνωστεί σε άτομα με σκουρότερο χρώμα δέρματος, γιατί δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές οι ευρυαγγείες και η ερυθρότητα του προσώπου. Τυπικά, εμφανίζεται στη μέση ηλικία και είναι πιο συχνή στις γυναίκες, ενώ, όταν προσβάλλει του άνδρες, μπορεί να εμφανιστεί σε βαρύτερη μορφή. Επειδή πολλοί ασθενείς εμφανίζουν μόνο ήπια συμπτώματα, όπως τηλεαγγειεκτασία και ιστορικό ήπιας παροδικής ερυθρίασης στο πρόσωπο, η διάγνωση της ροδόχρου ακμής συχνά διαλάθει. Η διάγνωση μπορεί, επίσης, να διαλάθει και στα παιδιά. Στις περιπτώσεις αυτές, οι ασθενείς είναι δυνατόν να εμφανιστούν με χρόνια υποτροπιάζουσα κερατοεπιπεφυκίτιδα, στικτές αποπτώσεις του επιθηλίου του κερατοειδή, κερατίτιδα, ΜΑΔ ή υποτροπιάζοντα χαλάζια, ενώ τα ευρήματα της ροδόχρου ακμής είναι ήπια. Παιδιά που εμφανίζουν την οφθαλμική μορφή της ροδόχρου ακμής παρουσιάζονται με προσβολή του κερατοειδούς, ασυμμετρία στα οφθαλμικά ευρήματα μεταξύ δεξιού και αριστερού οφθαλμού και με δυνητικά προσβολή της οπτικής λειτουργίας.

Η ροδόχρους ακμή του προσώπου εμφανίζεται λιγότερο συχνά σε παιδιά και είναι συχνή η συνύπαρξη με ατοπία. Παιδιά με ιστορικό με κριθή έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ροδόχρου ακμή ως ενήλικες.



Ασθενής με **ροδόχρου ακμή και βλεφαρίτιδα**. Στο δέρμα του προσώπου και της μύτης φαίνονται οι χαρακτηριστικές ευρυαγγείες.

2.5.8 ΙΣΟΤΕΤΡΙΝΟΪΝΗ

Η Ισοτετρινοΐνη, είναι ένα συστηματικά χορηγούμενο φάρμακο, που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της κυστικής ακμής. Σχετίζεται με σημαντική αύξηση των αποικιών του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου στον επιπεφυκότα καθώς και με βλεφαρίτιδα και διαταραχή της λειτουργίας της δακρυϊκής στοιβάδας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η διακοπή του φαρμάκου οδηγεί σε βελτίωση.

2.5.9 ΓΙΓΑΝΤΟΘΗΛΑΙΑ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΣ

Ασθενείς με γιγαντοθηλαία επιπεφυκίτιδα, που σχετίζεται με τη χρήση φακών επαφής, έχουν αυξημένη συχνότητα διαταραχή των μείβομιανών αδένων. Η βαρύτητα της γιγαντοθηλαίας επιπεφυκίτιδας μπορεί να σχετίζεται με τη βαρύτητα της διαταραχής των μείβομιανών αδένων.

2.6 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η βλεφαρίτιδα είναι μια χρόνια κατάσταση, η οποία έχει περιόδους εξάρσεων και υφέσεων. Αν και αρχικά εμφανίζεται σε ενήλικες, στη μέση ηλικία, μπορεί να εμφανιστεί και κατά την παιδική ηλικία. Η σταφυλοκοκκική βλεφαρίτιδα προκαλεί προβλήματα με την πάροδο του χρόνου. Η βαρεία σταφυλοκοκκική βλεφαρίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια βλεφαρίδων, ουλοποίηση των βλεφάρων με αποτέλεσμα την τριχίαση και ουλοποίηση του κερατοειδή με την εμφάνιση νεοαγγείωσης.

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν σμηγματορροϊκή βλεφαρίτιδα και χρόνια βλεφαρίτιδα είναι γενικά μεγαλύτερης ηλικίας και έχουν ιστορικό οφθαλμικών συμπτωμάτων μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας. Οι ευρυαγγείες του βλεφαρικού χείλους, η μείωση του εύρους των στομίων των μείβομιανών αδένων και η προς τα πίσω μετάθεσή τους, μπορεί να εμφανίζονται και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Μπορεί, επίσης, να υπάρχει χρόνια βλεφαρίτιδα χωρίς να υπάρχει φλεγμονή.

Ασθενείς με έντονη ροδόχρου ακμή είναι δυνατόν να αναπτύξουν στικτή κερατοπάθεια, νεοαγγείωση του κερατοειδούς και ουλοποίηση. Τα ίδια, όμως, ευρήματα μπορούμε να έχουμε και σε βλεφαρίτιδα χωρίς τη συνύπαρξη της ροδόχρου ακμής. Επιπροσθέτως, στη ροδόχρου ακμή μπορεί να εμφανιστεί σπάνια εξέλκωση και διάτρηση κερατοειδούς.

2.7 ΕΛΕΓΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

2.7.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Μείωση των συμπτωμάτων και των σημείων της βλεφαρίτιδας.
- Μείωση των δομικών μεταβολών.
- Πρόληψη της μείωσης της οπτικής λειτουργίας.

2.7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η αρχική αξιολόγηση του ασθενή με συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά βλεφαρίτιδας θα πρέπει να περιλαμβάνει μια γενική οφθαλμολογική εξέταση. Η διάγνωση της βλεφαρίτιδας συνήθως βασίζεται στο τυπικό ιστορικό του ασθενή και τα χαρακτηριστικά ευρήματα κατά την εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία. Βοηθητικές εξετάσεις, όπως καλλιέργειες επιπεφυκότα, μπορεί να είναι χρήσιμες.

2.7.2.1 Ιστορικό

Ερωτήσεις σχετικά με τα ακόλουθα στοιχεία του ιστορικού του ασθενή μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες:

- Συμπτώματα και σημεία (π.χ. ερυθρότητα, ερεθισμός, κάψιμο, δακρύρροια, κνησμός, απώλεια των βλεφαρίδων, κόλλημα των βλεφάρων, θόλωση της όρασης ή αυξομειούμενη οπτική οξύτητα, δυσανεξία στους φακούς επαφής, φωτοφοβία, αυξημένη συχνότητα ανοιγοκλεισίματος των βλεφάρων).
- Ώρα/περίοδος της ημέρας που τα συμπτώματα είναι χειρότερα (η επιδείνωση των συμπτωμάτων το πρωί είναι χαρακτηριστική της βλεφαρίτιδας, ενώ η επιδείνωση των συμπτωμάτων αργότερα, κατά τη διάρκεια της ημέρας, παραπέμπει σε ξηροφθαλμία ανεπάρκειας δακρύων).
- Διάρκεια των συμπτωμάτων.
- Ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εμφάνιση των συμπτωμάτων.
- Καταστάσεις που επιδεινώνουν τα συμπτώματα (π.χ. ο καπνός, τα αλλεργιογόνα, ο άνεμος, οι φακοί επαφής, η χαμηλή υγρασία, τα ρετινοειδή, η διατροφή και η κατανάλωση αλκοόλ, το μακιγιάζ των ματιών).
- Συμπτώματα και σημεία που σχετίζονται με συστηματικές παθήσεις (π.χ. ροδόχροη ακμή, αλλεργίες).
- Τρέχουσα και προηγούμενη συστηματική και τοπική φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αντιισταμινικά, αντιχολινεργικά ή φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν, όπως η ισοτρετινοΐνη, που θα μπορούσαν να έχουν επίδραση στην οφθαλμική επιφάνεια).
- Πρόσφατη έκθεση σε ένα μολυσμένο άτομο, π.χ. με βλεφαρική φθειρίαση (*Phthirus pubis*).

- Το οφθαλμικό ιστορικό μπορεί να περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με χειρουργικές επεμβάσεις(ενδοφθάλμιες ή βλεφάρων) καθώς και τοπικά τραύματα, συμπεριλαμβανομένων μηχανικών, θερμικών, και χημικών τραυμάτων καθώς και τραυμάτων από ακτινοβολία.

- Ένα ιστορικό κοσμητικής βλεφαροπλαστικής παραπέμπει σε αυξημένη επιφάνεια έκθεσης και αυξημένη εξάτμιση δακρύων. Ένα ιστορικό κριθής ή χαλαζίου είναι συχνό σε ασθενείς με βλεφαρίτιδα.

Το ιατρικό ιστορικό μπορεί, επίσης, να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με δερματολογικές παθήσεις, όπως ροδόχρου ακμή, ατοπική δερματίτιδα και οφθαλμικός έρπης ζωστήρας.

2.7.2.2 Φυσική εξέταση

Η εξέταση του οφθαλμού και των εξαρτημάτων περιλαμβάνει τη μέτρηση της οπτικής οξύτητας, την επισκόπηση, την εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία και τη μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης (ΕΟΠ). Η επισκόπηση θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ένα καλά φωτισμένο δωμάτιο με ιδιαίτερη προσοχή στα εξής:

- Δέρμα

- Ευρήματα που παραπέμπουν σε ροδόχρου ακμή, όπως ρινόφυμα, ερύθημα, τηλεαγγειεκτασία, βλατίδες, φλύκταινες και υπερτροφικοί σμηγματογόνοι αδένες στις ζυγωματικές περιοχές.

- Βλέφαρα

- Ανώμαλη θέση των βλεφάρων (εκτρόπιο ή εντρόπιο), ανώμαλο κλείσιμο των βλεφάρων (λαγόφθαλμος) ή ανώμαλο ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων.

- Απώλεια, ρήξη ή λανθασμένη κατεύθυνση των βλεφαρίδων.

- Αγγείωση ή υπεραιμία του βλεφαρικού χείλους.

- Ανώμαλες εναποθέσεις στη βάση των βλεφαρίδων

- Έλκος

- Φυσαλίδες

- Λέπια, υπερκεράτωση

- Χαλάζιο/κριθή

- Ουλές

Η εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση των ακόλουθων:

• Δακρυϊκή στοιβάδα

• Δακρυϊκός μηνίσκος

• Χρόνος διάσπασης δακρυϊκής στοιβάδας

• Αφρώδες έκκριμα

• Συγκρίματα στη δακρυϊκή στοιβάδα

• Πρόσθιο βλεφαρικό χείλος

- Υπεραιμία

- Τηλεαγγειεκτασία

- Ουλοποίηση

- Χρωματικές αλλαγές

- Κερατινοποίηση

- Έλκος

- Φυσαλίδες

- Κεχρωσμένα συγκρίματα

- Αυγά βλεφαρικής φθειρίασης (*Phthirus pubis*)

- Κυλινδρικοί σωλήνες (σμηγματόρροια, ακάρεα γένους *Demodex*) γύρω από τη βάση των βλεφαρίδων

• Βλεφαρίδες

- Εκτοπία, λάθος κατεύθυνση, σπάσιμο, έλλειψη

• Οπίσθιο βλεφαρικό χείλος

- Ανωμαλίες των στομίων των μειμοβιανών αδένων, όπως οπίσθια μετάθεση

- Χαρακτήρας των εκκρίσεων των μειμοβιανών αδένων, όπως το χρώμα

- Αγγείωση, κερατινοποίηση, ύπαρξη οζιδίων

- Ταρσαίος επιπεφυκότας (αναστρέφοντας τα βλέφαρα)
 - Εμφάνιση των μείβομιανών αδένων και πόρων, όπως διάταση και φλεγμονή
 - Χαλάζιο
 - Ερύθημα
 - Ουλοποίηση
 - Κερατινοποίηση
 - Θηλώδης /θηλακιδώδης αντίδραση
 - Λιπιδικό έκκριμα
 - Σκληρικός επιπεφυκότας
 - Υπεραιμία
 - Φλύκταινες, θυλάκια
- Στικτή χρώση με φλουορεσκεΐνη, ερυθρό της Βεγγάλης, ή πράσινο της λισσαμίνης (γενικά η φλουορεσκεΐνη χρησιμοποιείται για τη χρώση του κερατοειδούς και το πράσινο της λισσαμίνης για τον επιπεφυκότα)
- Οίδημα, διηθήσεις, έλκη, και/ή ουλές (μικρές υποεπιθηλιακές ή επιπολής στρωματικές, κυκλικές, στη μέση περιφέρεια του κερατοειδούς χιτώνα, συνήθως χωρίς υπερκείμενη κατακράτηση φλουορεσκεΐνης)
 - Αγγείωση, ουλές, συμπεριλαμβανομένου πόνου
 - Φλύκταινες

2.7.2.3 Διαγνωστικές Εξετάσεις

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κλινικές διαγνωστικές εξετάσεις για βλεφαρίτιδα. Ωστόσο, καλλιέργειες των ορίων των βλεφάρων μπορεί να ενδείκνυνται για ασθενείς με υποτροπιάζουσα πρόσθια βλεφαρίτιδα με σοβαρή φλεγμονή καθώς και για ασθενείς, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Μικροσκοπική αξιολόγηση των βλεφαρίδων μπορεί να αποκαλύψει τα ακάρεα του γένους Demodex, τα οποία έχουν εμπλακεί σε μερικές περιπτώσεις χρόνιας βλεφαροεπιπεφυκίτιδας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με την τοποθέτηση των βλεφαρίδων σε μια γυάλινη αντικειμενοφόρο πλάκα, την πρόσθεση μιας σταγόνας φλουορεσκεΐνης και την τοποθέτηση ενός καλύμματος. Η προσβολή με Demodex συνδέεται με κυλινδρική πιτυρίδα στις βλεφαρίδες και έχει περιγραφεί σε ασθενείς με δυσλειτουργία των μείμοβιανών αδένων, φλεγμονή του επιπεφυκότα και οφθαλμική ροδόχροη ακμή. Έχει, επίσης, περιγραφεί σε ασθενείς με προσβολή του κερατοειδούς, όπως οριακή διήθηση, φλύκταινες, επιφανειακή αγγείωση, επιφανειακές θολερότητες και οξώδη ουλοποίηση. Επειδή η παρουσία Demodex είναι κοινή, ο ρόλος του ως αιτιολογικού παράγοντα στις περιπτώσεις βλεφαροεπιπεφυκίτιδας δεν έχει εδραιωθεί. Η πιθανότητα του καρκινώματος θα πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με χρόνια βλεφαρίτιδα που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις προσβολής του ενός μόνο οφθαλμού. Βιοψία βλεφάρου μπορεί να ενδείκνυται για να αποκλειστεί η πιθανότητα καρκινώματος σε περιπτώσεις έντονης ασυμμετρίας, αντίστασης στη θεραπεία ή υποτροπιαζόντων χαλαζίων. Επιπλέον, ανησυχητικά σημεία αποτελούν η απώλεια της φυσιολογικής ανατομίας του βλεφαρικού χείλους και του επιπεφυκότα και η εστιακή απώλεια των βλεφαρίδων. Πριν από τη λήψη βιοψίας για ύποπτο καρκίνωμα των σημηματογόνων αδένων, συνιστάται η επικοινωνία με ένα παθολόγο για την πιθανή λήψη ταχείας βιοψίας και τη χαρτογράφηση του επιπεφυκότα, για την αναζήτηση πιθανής διήθησης.

2.7.3 ANTIMETΩΠΙΣΗ

2.7.3.1 Πρώιμη Διάγνωση

Η διάγνωση και θεραπεία στα πρώιμα στάδια μειώνει τα σημεία και συμπτώματα της βλεφαρίτιδας και αποτρέπει μόνιμες ανατομικές μεταβολές και πιθανή μείωση της οπτικής οξύτητας, ιδίως σε

προχωρημένα περιστατικά αλλά και στα παιδιά, στα οποία η χρόνια βλέφαρο-κέρατο-επιπεφυκίτιδα μένει συχνά αδιάγνωστη. Έτσι, αυτή πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιάγνωση παιδιού με υποτροπιάζουσα επιπεφυκίτιδα, κερατίτιδα, νεοαγγείωση, φλεγμονή βλεφάρων και χαλάζια.

Ο χρόνος διάσπασης της δακρυϊκής στοιβάδας με φλουρεσκεΐνη είναι σημαντικά μειωμένος σε ασθενείς με χρόνια βλεφαρίτιδα, ακόμα και αν η παραγωγή της υδάτινης φάσης είναι φυσιολογική λόγω του ότι η έκκριση των μείβομιανών αδένων είναι απαραίτητη για τη διατήρηση σταθερής δακρυϊκής στοιβάδας.

Υπάρχει σημαντική αλληλοκάλυψη των κλινικών εκδηλώσεων των μορφών χρόνιας βλεφαρίτιδας και ποικίλη συσχέτισή τους με τη δυσλειτουργία των δακρύων. Αυτό φανερώνει τις σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ της βλεφαρίτιδας και της δυσλειτουργίας δακρύων καθώς και την ανάγκη εξατομικευμένης θεραπείας σε ασθενείς με συμπτώματα οφθαλμικού ερεθισμού.

Ο Δισκοειδής Ερυθματώδης Λύκος μπορεί να εμφανίζεται ως βλεφαροεπιπεφυκίτιδα και εξελκωτική βλεφαρίτιδα και να είναι πρόιμη εκδήλωση νόσου Crohn. Η γνώση της συσχέτισης των συστηματικών παθήσεων και βλεφαρίτιδας οδηγεί σε πρόιμη και αποτελεσματική θεραπεία. Αυτό είναι αναγκαίο σε περιπτώσεις, που εμφανίζεται καρκίνωμα σαν βλεφαρίτιδα και, συνεπώς, η έγκαιρη διάγνωση αποτρέπει την παραμόρφωση και θνητότητα.

Η μετεγχειρητική ενδοφθαλμίτιδα αποτελεί σημαντική επιπλοκή κάθε ενδοφθάλμιας επέμβασης. Αποτελέσματα από μεγάλη αναδρομική μελέτη ενδοφθαλμίτιδας, έπειτα από επέμβαση καταρράκτη με κερατοειδική τομή σε κέντρο αναφοράς, κατέδειξε ότι οι συνηθέστεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί ήταν οι συνηθισμένοι μικροοργανισμοί της οφθαλμικής επιφάνειας, που σχετίζονται με βλεφαρίτιδα (*Staphylococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus species*).

Επομένως, είναι ενδεδειγμένο να αντιμετωπίσουμε τα σημεία και συμπτώματα της βλεφαρίτιδας με τοπικά αντιβιοτικά και υγιεινή των βλεφάρων, πριν από οποιαδήποτε ενδοβολβική επέμβαση. Δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με το πόσο έντονη θεραπεία απαιτείται για τη βλεφαρίτιδα προεγχειρητικά και δεν υπάρχει τεκμηρίωση ότι η θεραπεία αποτρέπει την εμφάνιση ενδοφθαλμίτιδας. Αντίθετα, η μακροχρόνια χορήγηση αντιβιοτικών μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών.

2.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τοπικά αντιβιοτικά βελτιώνουν τα συμπτώματα και μειώνουν τον αριθμό μικροβίων στην εμπρόσθια βλεφαρίτιδα. Η υγιεινή των βλεφάρων, επίσης, βελτιώνει τα συμπτώματα στην εμπρόσθια και οπίσθια βλεφαρίτιδα. Δεν υπάρχει ισχυρή τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών μεθόδων, όπως τοπικά στεροειδή και συστηματικά αντιβιοτικά. Ο ασθενής και ο ιατρός πρέπει να κατανοήσουν ότι ο στόχος δεν είναι η μόνιμη θεραπεία αλλά ο έλεγχος της δυσλειτουργίας.

Θεραπευτικά μέσα που πιθανώς βοηθούν είναι:

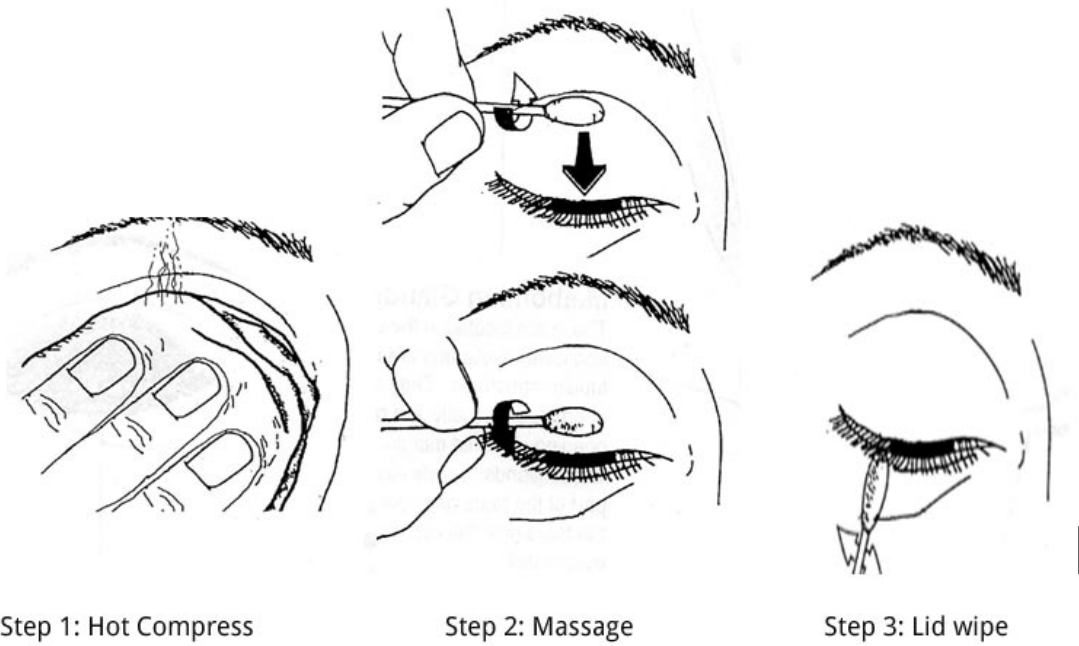
- Ζεστές κομπρέσες
- Καθαρισμός βλεφαρικού χείλους και μαλάξεις των μείβομιανών αδένων σε περιπτώσεις χρόνιας βλεφαρίτιδας
- Αντιβιοτικά (τοπικά/συστηματικά)
- Τοπικοί αντιφλεγμονώδεις παράγοντες (στεροειδή, κυκλοσπορίνη κ.ά.)

Τα παραπάνω, συχνά χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό. Ο καθαρισμός των βλεφάρων είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός στην εμπρόσθια βλεφαρίτιδα, ενώ οι ζεστές κομπρέσες στην οπίσθια βλεφαρίτιδα και χρόνιας βλεφαρίτιδας. Και τα δύο θεραπευτικά μέσα εφαρμόζονται ως πρώτη θεραπεία διαρκείας σε ασθενείς με βλεφαρίτιδα, ενώ η συνολική αντιμετώπιση εξατομικεύεται για κάθε ασθενή.

Ζεστές κομπρέσες, που θα πρέπει να γίνονται με μία καθαρή μικρή πετσέτα προσώπου (όχι αναγκαία αποστειρωμένες γάζες), η οποία θα έχει εμποτιστεί με πολύ ζεστό (προσοχή να μην προκληθούν εγκαύματα) νερό ή χαμομήλι. Γίνεται τοποθέτηση του καθαρού αυτού πανιού πάνω στα κλειστά βλέφαρα, για 3-5 λεπτά, έως ότου μειωθεί η θερμοκρασία του. Μπορεί να γίνει επανάληψη αυτής της διαδικασίας 1-2 φορές. Σκοπός αυτής της θεραπείας είναι, να μεταφερθεί η θερμότητα από το υγρό πανί μέσα στα βλέφαρα, να αυξηθεί η θερμοκρασία του ελαίου που παράγεται μέσα στους αδένες των βλεφάρων κατά 4 βαθμούς και να αλλάξει η πυκνότητα του ελαίου αυτού, ώστε να διευκολυνθεί η έκκρισή του, με αποτέλεσμα τη μείωση των συμπτωμάτων της βλεφαρίτιδας. Πρέπει να σημειωθεί ότι στις κομπρέσες δεν πρέπει να τρίβουμε τα μάτια και να κάνουνε μασάζ στις βλεφαρίδες, ούτως ώστε να αποφύγουμε τον

ερεθισμό του ματιού από το νερό ή το χαμομήλι. Με τον τρόπο αυτό μειώνουμε την συμπτωματολογία της βλεφαρίτιδας και επίσης μειώνουμε την πιθανότητα της ανάπτυξης χαλάζιου, που όπως έχει ήδη ειπωθεί είναι ένα φλεγμονώδες ογκίδιο μέσα στο σμηγματογόνο αδένιο του βλεφάρου. Ο τρόπος αυτός αποτελεί το βασικότερο τρόπο θεραπείας ενός χαλάζιου, που έχει ήδη δημιουργηθεί. Οι ζεστές κομπρέσες επαναλαμβάνονται 3-4 φορές την ημέρα και για αρκετές εβδομάδες, έως ότου ελεγχθούν τα συμπτώματα της βλεφαρίτιδας. Εφόσον τα συμπτώματα μειωθούν, μπορούν να μειωθούν και οι κομπρέσες σε 1-2 φορές την εβδομάδα. Φυσικά αν τα συμπτώματα επανέλθουν στο μέλλον, η μέθοδος επαναλαμβάνεται. Για τη διευκόλυνση αυτής της διαδικασίας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί, αν υπάρχει στο σπίτι, ή στο χώρο εργασίας, φούρνος μικροκυμάτων. Μπορεί να έχει παρασκευαστεί μία ποσότητα χαμομηλιού, ή νερού με λίγο αλάτι και να το χρησιμοποιεί ο ασθενής για να βρέξει το πανί για μερικά δευτερόλεπτα, στη συνέχεια να το στύβει και να το τοποθετεί στο φούρνο μικροκυμάτων, αφού προκαθορίσει το χρόνο που χρειάζεται για να ζεσταθεί αυτό στη θερμοκρασία που μπορεί να αντέξει το δέρμα μας, συνήθως 1-1.5 λεπτό. Έτσι, μέσα σε λιγότερο από 2 λεπτά είναι έτοιμη η ζεστή κομπρέσα η οποία τοποθετείται για 3-4 λεπτά και γίνεται όλη η διαδικασία πολύ πιο γρήγορη και εύκολη για τον ασθενή.

Ο καθαρισμός των βλεφάρων επιτυγχάνεται με ελαφρές μαλάξεις στα βλέφαρα εφαρμόζοντας κατακόρυφα πίεση για την εξώθηση του σμήγματος, ενώ τρίψιμο των βλεφάρων σε οριζόντια κατεύθυνση βοηθάει στην απομάκρυνση των εφελκίδων από τη βάση των βλεφαρίδων.



Step 1: Hot Compress

Step 2: Massage

Step 3: Lid wipe

Ως καθαριστικό χρησιμοποιούνταν παλαιότερα το παιδικό σαμπουάν Johnson ή το διάλυμα σόδας φαγητού, ενώ σήμερα υπάρχουν διαθέσιμα ειδικά σκευάσματα σε μορφή ζελέ ή αφρού με ή χωρίς αλκοόλη, έλαιο δέντρου τσαγιού και άλλα συστατικά ομαλοποίησης του σμήγματος στο βλεφαρικό χείλος.

Θεωρείται αυτονόητο ότι οι παραπάνω χειρισμοί απαιτούν κάποιου βαθμού κινητικής δεξιότητας από τον ασθενή, για να είναι ασφαλείς και αποτελεσματικοί χωρίς κίνδυνο τραυματισμού του βολβού. Έτσι, ο οφθαλμίατρος πρέπει να προσαρμόσει τις οδηγίες ανάλογα. Σε κάθε περίπτωση, το μέτρο αυτό, εφαρμοζόμενο για μερικές εβδομάδες, μειώνει τα συμπτώματα της χρόνιας βλεφαρίτιδας.

Ο συνδυασμός θερμότητας και καθαρισμού εφαρμόζεται μία ή δύο φορές την ημέρα, συνήθως πρωί και βράδυ, ενώ μαλάξεις μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες σε περιπτώσεις χρόνιας βλεφαρίτιδας. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι αυτή η διαδικασία είναι μέρος μίας διαρκούς θεραπείας, γιατί τα συμπτώματα συνήθως υποτροπιάζουν σε περίπτωση διακοπής των μέτρων υγιεινής βλεφάρων.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν πιο σύνθετες παρεμβάσεις που βοηθούν τη ρευστοποίηση και έκκριση του σμήγματος, όπως το έντονο παλμικό φως, ο καθετηριασμός των εκφορητικών πόρων των αδένων με ειδική βελόνα και η θερμική μάλαξη των βλεφάρων. Όμως, απαιτούνται προοπτικές μελέτες για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτών των νέων και δαπανηρών μεθόδων.

Η συνταγογράφηση μια αλοιφής αντιβιοτικού που συμπεριέχει και κορτιζόνη (Tobradex ή Cortiphenol). Η αλοιφή επαλείφεται στη βάση των βλεφαρίδων, συνήθως πριν το βραδινό ύπνο, χρησιμοποιώντας την άκρη του δακτύλου ή ένα κομμάτι βαμβάκι, αφού πρώτα έχει γίνει σωστός καθαρισμός των χεριών. Ο σκοπός της χρήσης αυτού του συνδυασμού αντιβιοτικού με κορτιζόνη είναι αφενός να μειώσει τις αποικίες σταφυλόκοκκου και στρεπτόκοκκου που έχουν αυξηθεί με τη βλεφαρίτιδα στο χείλος των βλεφάρων και αφετέρου να μειωθεί το ποσοστό φλεγμονής των βλεφάρων με τη χρήση της κορτιζόνης. Πρέπει να σημειωθεί ότι, εφόσον και τα αντιβιοτικά, αλλά και η κορτιζόνη μπορεί να έχουν κάποιες επικίνδυνες παρενέργειες στα μάτια, δεν συνίσταται η χρήση της αλοιφής για πάνω από 10 ημέρες και συνολικά στη διάρκεια ενός χρόνου για πάνω από 3 εβδομάδες και πάντα κατόπιν συνεννόησης με τον οφθαλμίατρο.

Γέλη Μετρονιδαζόλης στο δέρμα των βλεφάρων είναι χρήσιμη εναλλακτική θεραπεία σε ανθεκτικά περιστατικά. Η αποτελεσματικότητα τοπικού κολλυρίου Tobramycin/Dexamethasone και Azithromycin παρατεταμένης αποδέσμευσης δοκιμάσθηκε σε προοπτικές μελέτες και έχει σχετική ωφέλεια στα σημεία και συμπτώματα βλεφαρίτιδας.

Σε ασθενείς με χρόνια βλεφαρίτιδα με χρόνια συμπτώματα, που δεν ανταποκρίνονται στην υγιεινή βλεφάρων, μπορεί να χορηγηθεί τετρακυκλίνη από το στόμα ή τοπικά αντιβιοτικά. Αυτή η θεραπεία συνήθως εφαρμόζεται διακοπτόμενα, ανάλογα με την απόκριση και ανεκτικότητα του ασθενούς, δίνοντας την ευκαιρία να αποκατασταθεί η φυσιολογική χλωρίδα του βλεφάρου.

Κλινικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα της τετρακυκλίνης αναφέρουν βελτίωση συμπτωμάτων σε ασθενείς με ροδόχρου ακμή και σε ασθενείς με χρόνια βλεφαρίτιδα. Η τετρακυκλίνη μειώνει την παραγωγή λίπανσης από *S. epidermidis* και *S. Aureus*.

Βραχεία χορήγηση τοπικών στεροειδών μειώνει την φλεγμονή βλεφάρων και οφθαλμικής επιφάνειας, την υπεραιμία και τα περιφερικά έλκη του κερατοειδή. Συνήθως, χορηγούνται ως σταγόνες ή αλοιφές, 4 φορές την ημέρα, μέχρι να ελεγχθεί η φλεγμονή, οπότε σταδιακά μειώνονται ανάλογα με τον έλεγχο των συμπτωμάτων και διατηρείται η μικρότερη αναγκαία δόση.

Η τοπική κυκλοσπορίνη 0,05% μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με οπίσθια βλεφαρίτιδα. Οι ασθενείς με βλεφαρίτιδα έχουν ανεπάρκεια λιπώδους και υδάτινης στοιβάδας, γι' αυτό τα τεχνητά δάκρυα χωρίς συντηρητικά, χορηγούμενα συνεργικά με τα παραπάνω μέτρα, μειώνουν τα συμπτώματα. Τοπικά κυκλοσπορίνη ή μοσχεύματα απόφραξης των δακρυϊκών σημείων βοηθούν σε περιπτώσεις μειωμένης υδάτινης στοιβάδας.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε ασθενείς με άτυπη φλεγμονή βλεφάρων ή οφθαλμικής επιφάνειας που δεν ανταποκρίνεται στην αγωγή, στους οποίους είναι απαραίτητη η επανεκτίμηση για πιθανή νεοπλασία. Οι συνηθέστερες κακοήθειες των βλεφάρων είναι το βασικοκυτταρικό ή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και εμφανίζονται με όζους, εξέλκωση, ουλοποίηση, απώλεια βλεφαρίδων ή φαιούς όζους επιπεφυκότα. Το μελάνωμα και καρκίνωμα σμηγματογόνων αδένων είναι οι δεύτεροι συχνότεροι όγκοι βλεφάρων. Το δεύτερο προσομοιάζει με χαλάζιο, είναι δύσκολο να διαγνωσθεί και πρέπει να το περιλαμβάνουμε στη διάγνωση σε ηλικιωμένους ασθενείς με εμμένουσα μονόπλευρη βλεφαρίτιδα ή επιπεφυκίτιδα ή χαλάζια.

Η αντικατάσταση της κακής ποιότητας δακρύων γίνεται με συνθετικά δάκρυα. Αυτά δεν θα πρέπει να περιέχουν συντηρητικά, άρα δεν θα μπορούν να περιέχονται σε φιαλίδιο. Συνήθως τα δάκρυα που περιέχονται σε φιαλίδιο περιέχουν και συντηρητικά, ούτως ώστε να μην επιμολυνθούν κατά τη διάρκεια της χρήσης του φιαλιδίου. Στο εμπόριο κυκλοφορούν πολλών ειδών δάκρυα χωρίς συντηρητικά, τα οποία χορηγούνται χωρίς ιατρική συνταγή και μπορούν να χρησιμοποιούνται κατά τη βούληση του ασθενούς. Γενικά είναι προτιμότερο να γίνεται χρήση αμπούλες μιας χρήσης, οι οποίες μπορούν να ανοίγονται το πρωί, να χρησιμοποιούνται σταγόνες 3-4 φορές την ημέρα και στα δύο μάτια. Τα δάκρυα χωρίς συντηρητικά προσφέρουν σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα της βλεφαρίτιδας. Πρέπει όμως ο ασθενής να καταλάβει ότι

δεν είναι κάτι που μπορεί να εξαλείψει τα συμπτώματα μέσα σε μερικά δευτερόλεπτα αφότου χρησιμοποιηθούν, αλλά ότι είναι κάτι που πρέπει να χρησιμοποιείται συστηματικά για να αποφεύγονται τα συμπτώματα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, τόσο η βλεφαρίτιδα, όσο και η ροδόχρους ακμή είναι προβλήματα, τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν και με την κατάλληλη διατροφή. Η αποφυγή των πολύ λιπαρών φαγητών, των μπαχαρικών, καθώς και η αποφυγή της μεγάλης λήψης οινοπνεύματος όπως κρασί και μύρα, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά.

2.8.1 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Περιστατικά με ήπια βλεφαρίτιδα πρέπει να επανεξετάζονται, μόλις επιδεινωθούν τα συμπτώματα. Η συχνότητα των επανεξετάσεων καθορίζεται από τη βαρύτητα, τη θεραπεία και τις συνυπάρχουσες νόσους, όπως γλαύκωμα σε ασθενείς που χορηγήθηκαν στεροειδή. Σε προγραμματισμένη ενδοβόλβια επέμβαση, η παρακολούθηση αποσκοπεί στην εκτίμηση μείωσης φλεγμονής πριν την επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, εξετάζοντας την παρούσα πτυχιακή εργασία από μια γενικότερη οπτική γωνία ,θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την προσφορά της χρηστική αλλά και ιδιαίτερα ενημερωτική για το ευρύ κοινό. Τα θέματα τα οποία πραγματεύεται αποτελούν συχνό προβληματισμό για εκατομμύρια άτομα τα οποία για διάφορους λόγους(που έχουν ήδη αναφερθεί στην εργασία)προσβάλλονται και ταλαιπωρούνται από αυτά καθημερινά. Η πληθώρα τόσο των πληροφοριών όπως συμπτώματα, κλινική εικόνα, αιτιολογία, παράγοντες που μπορεί να ευνοούν τις φλεγμονές αυτές ,όσο και των εικόνων σχεδόν όλων των περιστατικών βοηθούν τον αναγνώστη να κατατοπιστεί πλήρως πάνω στο θέμα αλλά και να προφυλαχθεί, όσο βέβαια αυτό είναι δυνατό και περνά από το χέρι του. Μέσα από όλα αυτά ωστόσο δημιουργείται και το εξής ερώτημα: γιατί άραγε εν έτη 2014,την εποχή που η πληροφορία βρίσκεται παντού γύρω μας (μέσω διαδικτύου, ενημερωτικών φυλλαδίων, εκπομπών με θέμα την υγεία, περιοδικά κ.ά.)δύο τόσο διαδεδομένα φαινόμενα αποτελούν άγνωστο στοιχείο για πολλούς οι οποίοι ακόμη κι αν έχουν συναντήσει τέτοια περιστατικά στο ευρύτερο περιβάλλον τους, δεν γνωρίζουν ούτε τα στοιχειώδη προκειμένου να προφυλαχθούν; Μήπως επειδή το κομμάτι της υγείας έχει περάσει σε δεύτερο επίπεδο,αφού το μόνο που ενθουσιάζει το σημερινό άνθρωπο(νοήμον ον) είναι η εξωτερική εμφάνιση, το χρήμα , η εργασία,πράγματα δηλαδή που όσο κι αν τα έχουμε δεν μπορούμε να τα ευχαριστηθούμε χωρίς να έχουμε πρωτίστως την υγεία μας.

Ένα είναι το σίγουρο ,ότι η υγεία δεν θεωρείτε αλλά είναι το υπέρτατο αγαθό,πράγμα που πρέπει να το κατανοήσουμε όλοι μας και να της δείχνουμε την προσοχή που της αρμόζει έτσι ώστε και αυτή με τη σειρά της να μας ανταμείβει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κατσούλος, Κ. Ασημέλλης, Γ. (2008) *Η σύγχρονη διαθλαστική εξέταση*. Αθήνα: Σύγχρονη Γνώση.

Δαμανάκης, Α. (1999) *Διάθλαση: Βασικές αρχές και τεχνική*. 2^η εκδ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Leitman, M.W. (2005) *Εγχειρίδιο Οφθαλμολογικής Εξέτασης & Διάγνωσης*. 5^η εκδ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Frank, G.B. (2001) *Βασική Οφθαλμολογία*. 6^η εκδ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Κόκοτας, Β. (2008) *Η Τέχνη & η Τεχνική της Σκιασκοπίας: από τη διάθλαση στις νευροεπιθήμες*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

<http://www.iatronet.gr/ygeia/ofthalmologia/article/8/oi-epipefykitides.html>

<http://www.care.gr/post/805/epipefykitida>

<http://www.eyepathology.gr/eye-diseases/newsid829/95/useroption829/printArticle/popup/829>

<http://www.dimaki.gr/epipefykitida.htm>

<http://health.in.gr/news/various/article/?aid=1231312892>

<http://www.laservision.gr/>

<http://www.iatronet.gr/>

<http://www.ofthalmiatroimyopia.gr/>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

www.geteyesmart.org/eyesmart/diseases/blepharitis.cfm

www.medicinenet.com/blepharitis/article.htm

www.mayoclinic.org

<http://www.slideshare.net/>

<http://www.eyepathology.gr/>