

# **ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΠΤΙΚΗΣ & ΟΠΤΟΜΕΤΡΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

## **ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**ΛΙΑΝΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ , ΧΑΪΝΤΙΝΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΞΑΠΛΑΝΤΕΡΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ M.D.,Ph.D.**

**Αίγιο, Ιούνιος 2014**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, στο τμήμα Οπτικής και Οπτομετρίας, στο Αίγιο Αχαΐας. Στόχος αυτής της πτυχιακής είναι η ενημέρωση όλων για μία από της πιο συχνές οφθαλμικές παθήσεις, την επιπεφυκίτιδα.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης συλλογής πληροφοριών και γνώσεων γύρω από αυτό το θέμα για την πληροφόρηση αλλά και ευαισθητοποίηση των ενδιαφερόμενων. Δική μας ικανοποίηση θα είναι το ενδιαφέρον και η χρησιμότητα για κάθε αναγνώστη.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας Δρ. Ξαπλαντέρη Α. Παναγιώτα η οποία με την καθοδήγηση και τις χρήσιμες συμβουλές που μας παρείχε μας βοήθησε πάρα πολύ ώστε να ολοκληρωθεί η πτυχιακή εργασία μας. Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε θερμά όλους τους καθηγητές για τις γνώσεις που μας προσέφεραν.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε και στις οικογένειές μας που μας στήριξαν με κάθε τρόπο σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιπεφυκίτιδα (φλεγμονή του επιπεφυκότα) είναι η πιο συχνή ασθένεια των οφθαλμών, η οποία εκδηλώνεται σε παγκόσμια κλίμακα με τη μορφή σποραδικών κρουσμάτων ή επιδημίας. Οι επιπεφυκίτιδες, ανάλογα με τη χρονική διάρκεια της φλεγμονής, διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Μπορεί να είναι λοιμώδους αιτιολογίας, οι οποίες προκαλούνται από ποικίλους μικροοργανισμούς και μη λοιμώδους αιτιολογίας οι οποίες προκαλούνται από μια αλλεργική αντίδραση. Ο ένας ή και οι δύο οφθαλμοί, γίνονται κόκκινοι, μπορεί να έχουν έκκριμα κολλώδες ή υδαρές ή πυώδες.

Υπάρχουν διάφορες μορφές επιπεφυκίτιδας, άλλες ήπιες και άλλες πιο βαριές. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι ήπιες και διαρκούν λίγες μέρες και συχνά δεν απαιτούν θεραπεία. Η επιπεφυκίτιδα προκαλείται από διαφορετικές αιτίες, όπως λοιμώξεις, αλλεργικές αντιδράσεις και ερεθισμός που προκαλείται από την επαφή με χημικές ουσίες, ξένα σώματα, ή ακόμα και από τη λάθος κατεύθυνση των βλεφαρίδων. Μολυσματικές επιπεφυκίτιδες μπορεί να προκληθούν από βακτήρια, μύκητες ή ιούς.

Καταληκτικά η θεραπεία δίνεται από τον οφθαλμίατρο, αφού γίνει η διάγνωση μέσα από κλινική εξέταση. Η πάθηση αν και γενικότερα αντιμετωπίζεται άμεσα, μπορεί να προκαλέσει και κάποιες επιπλοκές αν δεν προληφθεί εγκαίρως.

## **ABSTRACT**

Conjunctivitis (inflammation of the conjunctiva) is the most common eye disease that occurs worldwide in both sporadic and epidemic form. Conjunctivitis depending on the time of onset and duration of inflammation is distinguished in acute and chronic. Infectious conjunctivitis is usually caused by a variety of micro organisms. Non-infectious conjunctivitis is usually due to an allergic reaction. One or both eyes become red and there might be sticky, watery or purulent excretion.

The forms of conjunctivitis vary in severity. Many cases need no specific treatment. Most common causes of conjunctivitis are infections, allergic reactions and irritation due to chemical substances, foreigner bodies or injury. Infectious conjunctivitis is usually caused by bacteria, fungi or viruses.

Treatment is given by the oculist, taking under consideration the cause and physical examination. Immediate treatment is often necessary in order to avoid complications

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	v
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ.....	2
2. ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ .....	5
2.1 ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ .....	9
2.1.1 ΑΠΛΗ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ .....	10
2.1.2 ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ .....	11
2.1.3 ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ Ή ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΙΑ.....	12
2.2 ΙΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ .....	13
2.2.1 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ .....	14
2.2.2 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟ .....	14
2.3 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ .....	14
2.3.1 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ .....	16
2.3.2 ΤΡΑΧΩΜΑ.....	16
2.4 ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ.....	17
2.5 ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ.....	25
2.6 ΞΗΡΑ ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ.....	26
2.7 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ .....	33
2.7.1 ΟΥΛΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ.....	33
2.7.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ STEVEN'S JOHNSON.....	35
2.8 ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΕΙΔΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑΣ .....	37
2.8.1 ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΝΩ ΣΚΛΗΡΟΚΕΡΑΤΟΕΙΔΙΚΟΥ ΟΡΙΟΥ .....	37
2.8.2 ΞΥΛΩΔΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ.....	38
2.8.3 ΟΦΘΑΛΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ PARINAUD .....	39
2.8.4 ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ.....	40
2.8.5 ΡΟΔΟΧΡΟΥΣ ΑΚΜΗ .....	41
2.8.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJÖGREN .....	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ.....	43

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η επιπεφυκίτιδα είναι η συχνότερη πάθηση του ανθρώπινου οφθαλμού. Τα αίτιά της είναι ποικίλα. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για βακτηριακές λοιμώξεις. Συχνές είναι όμως και οι φλεγμονές του επιπεφυκότα που οφείλονται σε ιούς, αλλεργία, βλάβες από χημικές ουσίες και τραύματα.

Η συνήθης οδός μετάδοσης των λοιμωδών επιπεφυκιδίων είναι μεταφορά των βλαπτικών μικροοργανισμών μέσω των δακτύλων των χεριών μας ή μέσω μολυσμένων αντικειμένων όπως μαντήλια ή πετσέτες. Η επιπεφυκίτιδα συνήθως εκδηλώνεται με ερυθρό και ερεθισμένο μάτι. Εάν υπάρχει πόνος είναι ήπιος και συνήθως δεν παρατηρείται ελάττωση της οπτικής οξύτητας. Αντιθέτως είναι συχνή η αίσθηση ξένου σώματος, η φωτοφοβία και η έκκριση λύμης, που ανάλογα με το αίτιο μπορεί να είναι από υδαρής, έως πυώδης.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΦΘΑΛΜΟΥ.

Το αισθητήριο όργανο της όρασης, ο οφθαλμός, περιλαμβάνει τον οφθαλμικό βολβό, το οπτικό νεύρο και τους βοηθητικούς σχηματισμούς που περιλαμβάνουν τους οφθαλμικούς μύες, τη δακρυϊκή συσκευή και τα βλέφαρα.<sup>(4)</sup>

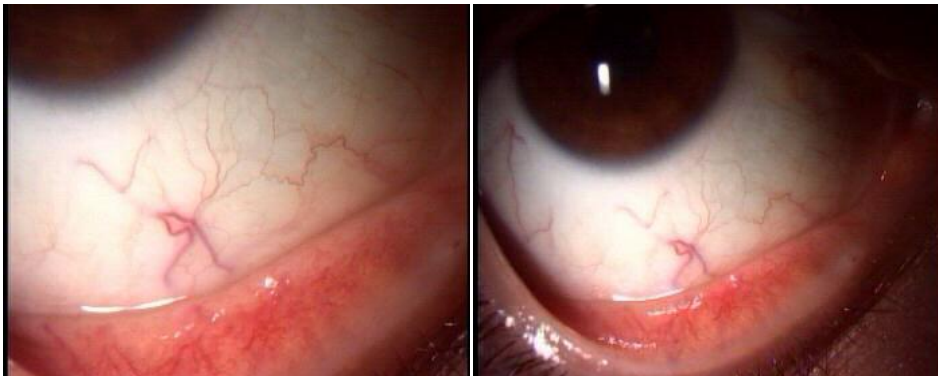
Τα βλέφαρα αποτελούν δερμάτινα πέταλα που προστατεύουν το βολβό και υγραίνουν την επιφάνεια του ματιού. Εντός κάθε βλεφάρου βρίσκεται ο ταρσός ο οποίος εμπεριέχει τους αδένες του Meibomius. Τα βλέφαρα συγκλίνουν στον έσω και στον έξω κανθό, ενώ το διάστημα μεταξύ των δυο ανοιχτών βλεφάρων καλείται βλεφαρική σχισμή.

Ο επιπεφυκότας είναι μια λεπτή βλεννώδης μεμβράνη που επενδύει τα βλέφαρα και το σκληρό. Αποτελείται από επιθήλιο που είναι συνέχεια της επιδερμίδας στην περιφέρεια του βλεφάρου, και του κερατοειδούς.<sup>(4)</sup>

Ο επιπεφυκότας διακρίνεται στα εξής τμήματα:

- § Το βλεφαρικό επιπεφυκότα
- § Τον επιπεφυκότα τον κολπωμάτων και
- § Το βολβικό επιπεφυκότα

Ο βλεφαρικός επιπεφυκότας είναι πλούσιος σε αιμοφόρα αγγεία, τα οποία σε περίπτωση φλεγμονής προκαλούν την αίσθηση ξένου σώματος και φαγούρα. Ο επιπεφυκότας των κολπωμάτων σχηματίζει τις μεταβατικές ζώνες μεταξύ βλεφαρικού και βολβικού επιπεφυκότα. Αποτελεί τη φυσική συνέχεια των βλεφάρων με τον σκληρό χιτώνα έτσι ώστε τα ξένα σώματα να μην χάνονται στο πίσω μέρος του οφθαλμού. Ο βολβικός επιπεφυκότας βρίσκεται σε επαφή με το βολβό και πρόκειται για ένα διαφανές στρώμα κυττάρων.<sup>(4)</sup>

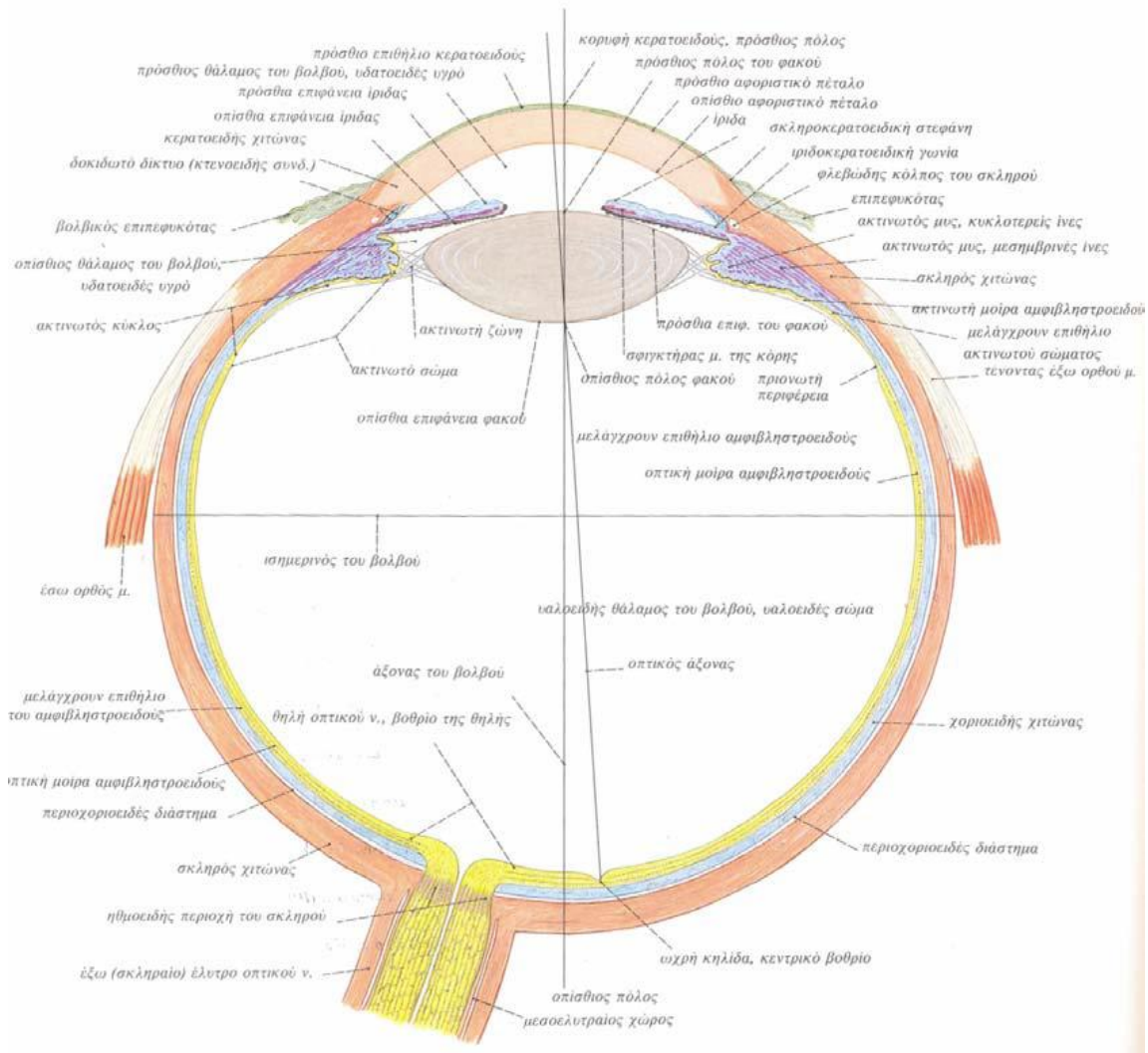


Εικόνα 1.1.1 Εικόνα 1.1.1 Διακρίνουμε τον βολβικό επιπεφυκότα και τον βλεφαρικό επιπεφυκότα ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr)).

Ο κερατοειδής χιτώνας είναι διάφανος και καταλαμβάνει το πρόσθιο μέρος του οφθαλμικού βολβού. Αποτελεί και την κύρια διαθλαστική επιφάνεια του ματιού. Η εξωτερική στιβάδα του κερατοειδούς, είναι γνωστή ως επιθήλιο. Ο κύριος σκοπός του είναι να προστατεύει το μάτι. Πρόκειται για τον πιο νευροβριθή χιτώνα του ανθρώπινου οργανισμού.

Ο κρυσταλλοειδής φακός είναι διάφανο, αμφίκυρτο σώμα το οποίο στερεώνεται με τις ίνες της Ζηννείου ζώνης, πίσω από το επίπεδο της ίριδας και της κόρης. Τρέφεται από το υδατοειδές υγρό και το υαλώδες σώμα και δεν έχει νεύρα και αγγεία.

Η ίριδα αποτελεί το έγχρωμο τμήμα του ματιού, το οποίο παρεμποδίζει την είσοδο του φωτός κυρίως μέσω του μελάγχρου επιθηλίου που καλύπτει την οπίσθια επιφάνειά της. Η κόρη αποτελεί κυκλικό άνοιγμα στο κέντρο της ίριδας, το οποίο ρυθμίζει την ποσότητα του φωτός που θα εισέλθει στο μάτι.<sup>(4)</sup>



Εικόνα 1.1.2 Οριζόντια τομή του δεξιού οφθαλμικού βολβού στο ύψος της εξόδου του οπτικού νεύρου (Staubesand J. 1999).

Ο οφθαλμικός βολβός περιλαμβάνει τρεις κοιλότητες<sup>(4)</sup>:

- τον πρόσθιο θάλαμο που περιέχει υδατοειδές υγρό και αφορίζεται από την οπίσθια επιφάνεια του κερατοειδούς προς τα μπροστά, την ίριδα και τον κρυσταλλοειδή φακό προς τα πίσω
- τον οπίσθιο θάλαμο που περιέχει υδατοειδές υγρό και σχηματίζει δακτύλιο στην περιφέρεια της πρόσθιας επιφάνειας του φακού (σχηματίζεται από την οπίσθια επιφάνεια της ίριδας, το ακτινωτό σώμα, τις ίνες της Ζιννείου ζώνης και τον κρυσταλλοειδή φακό)
- την κυρίως κοιλότητα του βολβού που περιέχει το υαλώδες σώμα, μια πήκτοειδής ουσία που αποτελείται κυρίως από νερό.

Το τοίχωμα του βολβού αποτελείται από τρεις χιτώνες οι οποίοι από έξω προς τα έσω είναι<sup>(4)</sup>:

- Ο ινώδης χιτώνας, που αποτελείται από τον κερατοειδή στο πρόσθιο ημιμόριο και το σκληρό χιτώνα στο οπίσθιο. Ο σκληρός είναι η παχιά εξωτερική στοιβάδα του ματιού και σε αυτόν καταφύονται οι οφθαλμοκινητικοί μύες.
- Ο αγγειώδης χιτώνας διακρίνεται από πίσω προς τα εμπρός στο χοριοειδή, το ακτινωτό σώμα και την ίριδα. Ο χοριοειδής είναι η αγγειοβριθής, μελαγχρωματική στοιβάδα μεταξύ του σκληρού και του αμφιβληστροειδή χιτώνα. Ο χοριοειδής τροφοδοτεί με αίμα τα εξωτερικά στρώματα του αμφιβληστροειδή. Το ακτινωτό σώμα παράγει το υδατοειδές υγρό. Η συστολή του ακτινωτού μύος μεταβάλλει την τάση των

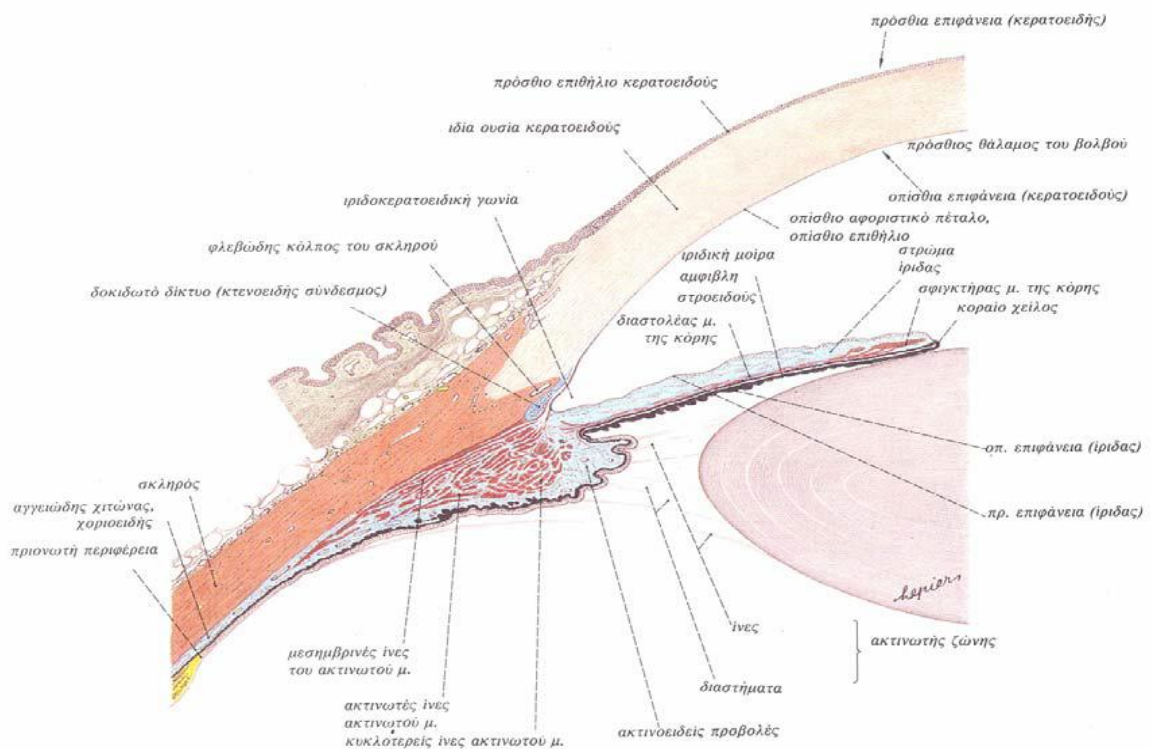


ινών της Ζηννείου ζώνης από τις οποίες αναρτάται ο φακός και επιτρέπει έτσι στο μάτι να εστιάσει από ένα μακρινό σε ένα κοντινό αντικείμενο (προσαρμογή).

- Ο εσωτερικός αμφιβληστροειδής χιτώνας η οπτική μοίρα του οποίου φέρει τα φωτοευαίσθητα οπτικά κύτταρα (κωνία, ραβδία) και τα γαγγλιακά κύτταρα, οι απολήξεις των οποίων σχηματίζουν το οπτικό νεύρο. Είναι κατά βάση διαφανής πλην των αιμοφόρων αγγείων στην εσωτερική του επιφάνεια. Από τον αμφιβληστροειδή ξεκινούν τα αρχικά οπτικά ερεθίσματα μέσω του οπτικού νεύρου για να καταλήξουν στον οπτικό φλοιό.

Από το οπίσθιο τοίχωμα του οφθαλμικού βολβού, περίπου 3mm προς τα έξω και λίγο πάνω από τον οπίσθιο πόλο του, αναδύεται το οπτικό νεύρο. Πρόκειται για τη δομή η οποία παίρνει την πληροφορία από τον αμφιβληστροειδή σαν ηλεκτρικά σήματα και την μεταφέρει στον εγκέφαλο, όπου αυτή η πληροφορία ερμηνεύεται, υφίσταται επεξεργασία και μετατρέπεται σε οπτική εικόνα. Το οπτικό νεύρο αποτελείται από μία δέσμη περίπου ενός εκατομμυρίου νευρικών ινών. Η κεντρική θέση στο οπτικό νεύρο όπου τα νεύρα, μαζί με την αρτηρία και τη φλέβα, εισέρχονται στο μάτι καλείται οπτικός δίσκος. Αυτό το σημείο εισόδου αντιστοιχεί στο «τυφλό σημείο», καθώς δεν υπάρχουν κωνία ή ραβδία σε αυτή την περιοχή. Βυθοσκοπικά, παρατηρείται μία κοίλανση στην περιοχή του οπτικού νεύρου η οποία ονομάζεται οπτική κοίλανση. Το τμήμα του οπτικού νεύρου που είναι ορατό μέσα στο μάτι ονομάζεται οπτική θηλή.

Η ωχρά κηλίδα εντοπίζεται στον οπίσθιο πόλο του ματιού και είναι υπεύθυνη για την οξεία, κεντρική όραση. Η ωοειδής κοίλανση στο κέντρο της ωχράς κηλίδας καλείται κεντρικό βοθρίο.<sup>(4)</sup>



Εικόνα 1.1.3 Οριζόντια τομή του πρόσθιου τμήματος του οφθαλμικού βολβού (Staubesand J. 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

Στο φυσιολογικό μάτι ο επιπεφυκότας περιέχει πολύ λεπτά αγγεία στο εσωτερικό του. Εξαιτίας της θέσης του είναι εκτεθειμένος σε πολλούς κινδύνους και όταν ερεθιστεί ή καταπονηθεί, τα αγγεία γίνονται πιο εμφανή και το μάτι κοκκινίζει. Άλλα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι τα άφθονα δάκρυα, οι εκκρίσεις (λύμη) και το οίδημα των βλεφάρων.<sup>(5,6)</sup>



2.1 Κλινική εικόνα επιπεφυκίτιδας. ([www.athenseyehospital.gr](http://www.athenseyehospital.gr)).

#### 2.1 Κλινική εικόνα επιπεφυκίτιδας

Οι επιπεφυκίτιδες, ανάλογα με τη χρονική διάρκεια της φλεγμονής, διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Τόσο οι οξείες όσο και οι χρόνιες επιπεφυκίτιδες παρουσιάζουν παρόμοια συμπτωματολογία. Μια επιπεφυκίτιδα θεωρείται ότι είναι χρόνια όταν παραμένει η φλεγμονή για περισσότερο από τρεις εβδομάδες. Τα συμπτώματα της οξείας επιπεφυκίτιδας είναι συνήθως πιο έντονα από την χρόνια. Τα σημεία τους είναι εκείνα της φλεγμονής, δηλαδή ερυθρότητα, πόνος, αίσθημα ξένου σώματος και οίδημα, διαφορετικής έντασης ανάλογα με την οξύτητα της πάθησης. Συχνά συνοδεύεται από βλεφαρίτιδα με ερυθρότητα και οίδημα των βλεφάρων, ενώ ο κερατοειδής συμμετέχει έμμεσα ή άμεσα στις περισσότερες από τις φλεγμονές του επιπεφυκότος.

Οι περισσότερες φλεγμονές του επιπεφυκότος είναι χρόνιες και εμπίπτουν στο σύνδρομο του ξηρού οφθαλμού, τις λεγόμενες κερατοεπιπεφυκίτιδες. Επιδεινώνονται σε ξηρό περιβάλλον, και σε έκθεση σε ερεθισμούς, όπως η υπεριώδης ακτινοβολία. Εμφανίζουν ήπια ερυθρότητα και οίδημα του επιπεφυκότος, ο οποίος ξεχειλίζει από το όριο του κάτω βλεφάρου. Οι εκκρίσεις είναι βλενώδεις και συγκεντρώνονται σαν βόλοι στον έσω κανθό, ενώ η οπτική οξύτητα δεν επηρεάζεται.

Τόσο οι οξείες όσο και οι χρόνιες επιπεφυκίτιδες διακρίνονται σε λοιμώδους και μη λοιμώδους αιτιολογίας. Το παθογόνο στις λοιμώδεις επιπεφυκίτιδες μπορεί να είναι βακτήρια, ιοί ή χλαμύδια. Η ύπαρξη άφθονου βλεννοπυώδους εκκρίματος (πρασινοκίτρινης χροιάς), τότε πιθανότατα η επιπεφυκίτιδα αυτή είναι λοιμώδης. Αντίθετα, όταν οι εκκρίσεις είναι λίγες, διάφανες ή άσπρης απόχρωσης τότε είναι πιθανότερο η επιπεφυκίτιδα να είναι μη λοιμώδης.<sup>(5,6)</sup>

Οι λοιμώδεις επιπεφυκίτιδες διακρίνονται ανάλογα με τον υπεύθυνο μικροοργανισμό σε<sup>(5,6)</sup>:

- α) βακτηριακές,
- β) μυκητιασικές,
- γ) παρασιτικές και
- δ) ιογενείς

- Οι μη λοιμώδεις επιπεφυκίτιδες διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες<sup>(5)</sup>:
- α) αλλεργικές
  - β) αυτοάνοσες
  - γ) ξηρές λόγω έλλειψης δακρύων

- Οι αλλεργικές επιπεφυκίτιδες διακρίνονται στις ακόλουθες μορφές<sup>(5)</sup>:
- α) εποχιακή
  - β) χρόνια
  - γ) ατοπική
  - δ) εαρινή
  - ε) γιγαντιαίων θηλών

### **ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΦΥΚΟΤΑ**

Ο όρος επιπεφυκίτιδα περιγράφει όλες τις μορφές της φλεγμονής του επιπεφυκότα. Τα κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την διαφορική διάγνωση μιας φλεγμονής του επιπεφυκότα είναι<sup>(2)</sup>:

1. Τα συμπτώματα
2. Το είδος των εκκρίσεων
3. Η όψη του επιπεφυκότα
4. Η παρουσία μεμβρανών
5. Η παρουσία ή η απουσία λεμφαδενοπάθειας

### **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Πολλά από τα συμπτώματα της επιπεφυκίτιδας είναι μη ειδικά, όπως δακρύρροια, ο ερεθισμός το διαπεραστικό άλγος, ο καύσος και η φωτοφοβία. Ο πόνος και η αίσθηση ξένου σώματος υποδηλώνουν συμμετοχή του κερατοειδούς. Ο κνησμός αποτελεί χαρακτηριστική εκδήλωση της αλλεργικής επιπεφυκίτιδας, αν και μπορεί να εμφανιστεί και σε ασθενείς με βλεφαρίτιδα<sup>(2)</sup>.

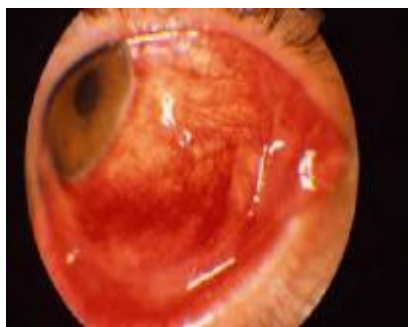
### **ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ<sup>(2)</sup>**

Οι εκκρίσεις αποτελούν εξίδρωμα, το οποίο διήλθε δια μέσου του επιθηλίου του επιπεφυκότα από τα διεσταλμένα αιμοφόρα αγγεία. Στην επιφάνεια του επιπεφυκότα προστίθενται επιθηλιακά κύτταρα, βλέννη και δάκρυα. Οι εκκρίσεις ποικίλουν από υδαρείς μέχρι βλεννοπυώδεις ή πυώδεις.

- Οι υδαρείς εκκρίσεις αποτελούνται από ορώδες εξίδρωμα και δάκρυα. Αποτελούν τυπικό εύρημα οξείας ιογενούς φλεγμονής ή αλλεργίας.
- Οι βλεννώδεις εκκρίσεις αποτελούν τυπικό εύρημα της εαρινής επιπεφυκίτιδας.
- Οι πυώδεις εκκρίσεις βρίσκονται σε βαρείες οξείες βακτηριδιακές λοιμώξεις.
- Οι βλεννοπυώδεις εκκρίσεις παρατηρούνται τόσο σε ήπιες βακτηριδιακές λοιμώξεις όσο και σε λοιμώξεις από χλαμύδια.

### **ΟΨΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΦΥΚΟΤΑ<sup>(2)</sup>**

1. Κόκκινος σαρκώδης επιπεφυκότας με υφή βελούδου συνηγορεί υπέρ βακτηριακής αιτιολογίας.
2. Οι αιμορραγίες στον επιπεφυκότα συνήθως εμφανίζονται σε ιογενείς λοιμώξεις, όπου συμπεριλαμβάνονται οι λοιμώξεις από αδενοϊούς και η οξεία αιμορραγική επιπεφυκίτιδα. Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν και σε βακτηριδιακές επιπεφυκίτιδες που οφείλονται στο στρεπτόκοκκο της πνευμονίας και στον *Haemophilus aegyptius*.



2.2 Αιμορραγία του επιπεφυκότα ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr)).

3. Η θυλακιώδης αντίδραση έχει σημαντική διαγνωστική σημασία. Τα θυλάκια συνιστούν υπερπλασία του λεμφικού ιστού εντός του στρώματος. Κλινικά εμφανίζονται σαν πολλαπλές, διακριτές, ελαφρώς υπεργεργμένες αλλοιώσεις που θυμίζουν κόκκους ρυζιού. Κάθε θυλάκιο περιβάλλεται από ένα μικροσκοπικό αιμοφόρο αγγείο. Καθώς τα θυλάκια μεγαλώνουν σε μέγεθος, τα συνοδά αγγεία απωθούνται στην περιφέρεια και εμφανίζονται στην αγγειακή κάψα που περιβάλλει τη βάση του θυλακίου. Οι τέσσερις κύριες αιτίες εμφάνισης θυλακίων είναι: α) ιογενείς λοιμώξεις, β) λοιμώξεις από χλαμύδια, γ) οφθαλμοαδενικό σύνδρομο του rargnaud, δ) υπερευαισθησία στην τοπική θεραπεία. Σε ασυμπτωματικά παιδιά, η ύπαρξη θυλακίων συνήθως στερείται κλινικής σημασίας.<sup>(2)</sup>



2.3 Θυλακιώδης αντίδραση ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

4. Η θηλώδης αντίδραση είναι μη ειδική και έχει μικρότερη διαγνωστική αξία από την θυλακιώδη αντίδραση. Οι θηλές αποτελούνται από υπερπλαστικό επιθήλιο του επιπεφυκότα, αναδιπλούμενο ώστε να σχηματίζει πολυάριθμες πτυχές ή προσεκβολές. Παρατηρείται διάχυτη διήθηση κυττάρων χρόνιας φλεγμονής, όπως λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και ηωσινόφιλα. Θηλές σχηματίζονται συχνότερα στο βλεφαρικό επιπεφυκότα του άνω βλεφάρου και στο σκληροκερατοειδές όριο του βολικού επιπεφυκότα. Σε κατάσταση παρατεταμένης φλεγμονής, τα ινώδη διαφράγματα που συνδέουν της θηλές με τον υποκείμενο ιστό μπορεί να διασπαστούν, με αποτέλεσμα είτε την συρροή θηλών, όπως συμβαίνει στις βακτηριδιακές λοιμώξεις, είτε την δημιουργία γιγαντιαίων θηλών τυπικό εύρημα της εαρινής επιπεφυκίτιδας. Τα κύρια αίτια δημιουργίας θηλών είναι α) η χρόνια βλεφαρίτιδα, β) η αλλεργική επιπεφυκίτιδα, γ) η βακτηριδιακή λοίμωξη, δ) προβλήματα σχετιζόμενα με την χρήση φακών επαφής, ε) η κερατοεπιπεφυκίτιδα του άνω σκληροκερατοειδούς ορίου και στ) το σύνδρομο του χαλαρού βλεφάρου. Η εμφάνιση του φυσιολογικού άνω χείλους του ταρσιαίου πετάλου μπορεί να μιμείται θηλές και θυλάκια και επομένως στην περίπτωση αυτή δεν θα πρέπει να θεωρείται κλινικό εύρημα.<sup>(2)</sup>



2.4 Θηλώδης αντίδραση. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

5. Το οίδημα παρατηρείται όταν υπάρχει σοβαρού βαθμού φλεγμονή του επιπεφυκότα και πλούσιο σε πρωτεΐνες υγρό δια μέσου των τοιχωμάτων αιμοφόρων αγγείων που έχουν υποστεί βλάβη. Δημιουργεί διαυγές οίδημα του επιπεφυκότα. Στον εκκολπωματικό επιπεφυκότα δημιουργούνται μεγάλες πτυχές από τον ιστό που πλεονάζει και σε εξαιρετικά σοβαρές περιπτώσεις, ο οιδηματώδης επιπεφυκότας μπορεί να προέχει μέσα από τα κλειστά βλέφαρα.
6. Η ουλοποίηση μπορεί να αποτελεί ένδειξη τραχώματος, οφθαλμικού ουλώδους πεμφυγοειδούς, ατοπικής δερματίτιδας και παρατεταμένης χρήσης τοπικής θεραπείας.

## MEMBRANES

1. Οι ψευδομεμβράνες αποτελούνται από πηγμένο εξίδρωμα, προσκολλημένο στο επιθήλιο του επιπεφυκότα. Χαρακτηριστικά μπορούν εύκολα να αποκολληθούν, αφήνοντας ακέραιο το επιθήλιο. Τα τέσσερα κύρια αίτια αυτών είναι: α) η βαριά λοίμωξη από αδενοϊούς, β) η ξυλώδης επιπεφυκίτιδα, γ) η γονοκοκκική επιπεφυκίτιδα και δ) το σύνδρομο Stevens -Johnson.<sup>(2)</sup>



2.5 Πηγμένο εξίδρωμα, προσκολλημένο στο φλεγμένον επιθήλιο του επιπεφυκότα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

2. Οι γνήσιες μεμβράνες σχηματίζονται όταν το φλεγμονώδες εξίδρωμα διηθεί την επιφανειακή στιβάδα του επιθηλίου του επιπεφυκότα. Προσπάθεια αφαίρεσης της μεμβράνης μπορεί να προκαλέσει ρήξη του επιθηλίου και αιμορραγία. Τα κύρια αίτια είναι λοιμώξεις από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο και διφθερίτιδα.<sup>(2)</sup>

## ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ<sup>(2)</sup>

Η λεμφική παροχέτευση του επιπεφυκότος γίνεται στους προωτιαίους και τους υπογνάθιους λεμφαδένες σύστοιχα με το πάσχον βλέφαρο. Η λεμφαδενοπάθεια αποτελεί εκδήλωση α) ιογενών λοιμώξεων, β) λοιμώξεων από χλαμύδια, γ) βαριάς γονοκοκκικής λοίμωξης, δ) συνδρόμου Parinaud.

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ<sup>(2)</sup>

Εργαστηριακές- μικροβιολογικές εξετάσεις απαιτούνται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Σε βαριά πυώδη επιπεφυκίτιδα για τον προσδιορισμό και την ταυτοποίηση του παθογόνου μικροοργανισμού και την επιλογή της κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής.
2. Σε θηλακίωδη επιπεφυκίτιδα για τη διαφορική διάγνωση μιας ιογενούς λοίμωξης από το πρώιμο στάδιο μιας λοίμωξης από χλαμύδια.
3. Σε άτυπη φλεγμονή του επιπεφυκότος για τις περιπτώσεις που η κλινική εικόνα δεν είναι αρκετά χαρακτηριστική ώστε να παραπέμπει σε συγκεκριμένη διάγνωση ως προς το αίτιο.
4. Στην επιπεφυκίτιδα των νεογνών.

## 2.1 ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

Η βακτηριακή επιπεφυκίτιδα είναι μια λοίμωξη του επιπεφυκότα που οφείλεται σε βακτήρια. Μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία ακόμα και στα νεογνά. Η βακτηριακή επιπεφυκίτιδα αποτελεί την πιο επικίνδυνη μορφή επιπεφυκίτιδας, καθώς μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στα μάτια, αν μείνει χωρίς αντιμετώπιση.<sup>(8,12)</sup>

Στο φυσιολογικό επιπεφυκότα υπάρχουν μικρόβια που συμβάλλουν στην άμυνα του ματιού και ανήκουν στη φυσιολογική χλωρίδα. 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), είτε από γενικούς (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, ανοσολογικά νοσήματα). Η βακτηριακή επιπεφυκίτιδα επηρεάζει ταυτόχρονα και τα δύο μάτια και προκαλεί άφθονες εκκρίσεις. Είναι μεταδοτική, παρουσιάζει πόνο και ίσως και βλεφαρικό οίδημα.<sup>(8)</sup>



2.1.1 Ασθενής με χρόνια σταφυλοκοκκική λοίμωξη του δέρματος στο πρόσωπο και συνοδό βακτηριακή επιπεφυκίτιδα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr)).

## ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ<sup>(8)</sup>

Η παθογένεια της νόσου εδράζεται στη διαταραχή ισορροπίας μεταξύ των μηχανισμών άμυνας και της λοιμογόνου δράσης των βακτηρίων. Η φυσική ανοσία με την ακεραιότητα του επιθηλίου και την έκκριση ανοσοσφαιρίνης Α (IgA), λακτοφερίνης και λυσοζύμης μέσω των δακρύων, αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας ενάντια στα παθογόνα. Η υπέρβαση της άμυνας των βλεννογόνων μετά από λύση της συνέχειας του επιθηλίου οδηγεί σε εισβολή και διείσδυση του μικροοργανισμού στις βαθύτερες στοιβάδες. Ακολουθεί υπέρμετρος πολλαπλασιασμός του παθογόνου και πρόκληση της φλεγμονώδους αντίδρασης. Στο επόμενο βήμα ο παθογόνος μικροοργανισμός έρχεται αντιμέτωπος με τους μηχανισμούς της ειδικής ανοσίας (χυμική και κυτταρική). Πολλοί μικροοργανισμοί έχουν εξαρτήματα που τους επιτρέπουν ευκολότερη προσκόλληση και εισβολή στο επιθήλιο, την παραγωγή τοξινών και την απελευθέρωση πρωτεασών. Αυτοί οι μικροοργανισμοί έχουν μεγαλύτερη λοιμογόνο δύναμη

### 2.1.1 ΑΠΛΗ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(3)</sup>

Η απλή βακτηριδιακή επιπεφυκίτιδα είναι μια κοινή πάθηση. Οι συνηθέστεροι παθογενετικοί οργανισμοί είναι ο επιδερμικός σταφυλόκοκκος και ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, αλλά συχνά ενοχοποιούνται και άλλοι, τόσο θετικοί κατά gram κόκκοι όπως ο στρεπτόκοκκος της πνευμονίας, όσο και αρνητικοί κατά gram, όπως ο αιμόφιλος της γρίπης και η moraxella lacumata.

#### ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ<sup>(2,3)</sup>

Η εκδήλωση της νόσου είναι οξεία με την εμφάνιση ερυθρότητας, αισθήματος ξένου σώματος (κόκκων άμμου), καύσου και εκκρίσεων. Κατά την αφύπνιση, τα βλέφαρα είναι συχνά κολλημένα μεταξύ τους και ανοίγουν δύσκολα, σαν αποτέλεσμα της συσσώρευσης του πυώδους εκκρίματος κατά τη διάρκεια της νύχτας. Συνήθως προσβάλλονται και οι δυο οφθαλμοί, αν και μπορεί να προηγηθεί η φλεγμονή του ενός ματιού και να ακολουθήσει ο άλλος.

#### ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ<sup>(2,3)</sup>

§ Τα βλέφαρα είναι καλυμμένα με αποξηραμένες εκκρίσεις και μπορεί να είναι οιδηματώδεις.

§ Τα εκκρίματα στα αρχικά στάδια μπορεί να είναι υδαρή και να μιμούνται τα εκκρίματα της ιογενούς επιπεφυκίτιδας. Μέσα σε διάστημα όμως μίας η δυο ημερών, συνήθως μετατρέπονται βλενοπυώδη.



2.1.1.1 Βλενοπυώδη έκκριμα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

§ Ο επιπεφυκότας παίρνει την εμφάνιση βελούδου και ερυθρό χρώμα, το οποίο είναι εντονότερο στα κολπώματα και λιγότερο στο σκληροκερατοειδές όριο. Στις βαριές περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν και φλεγμονώδεις μεμβράνες.

§ Η συμμετοχή του κερατοειδούς δεν είναι συνήθης, αν και σε μερικές περιπτώσεις υπάρχουν επιφανειακή στικτή επιθηλιοπάθεια και περιφερικές κερατικές διηθήσεις.

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ<sup>(2)</sup>

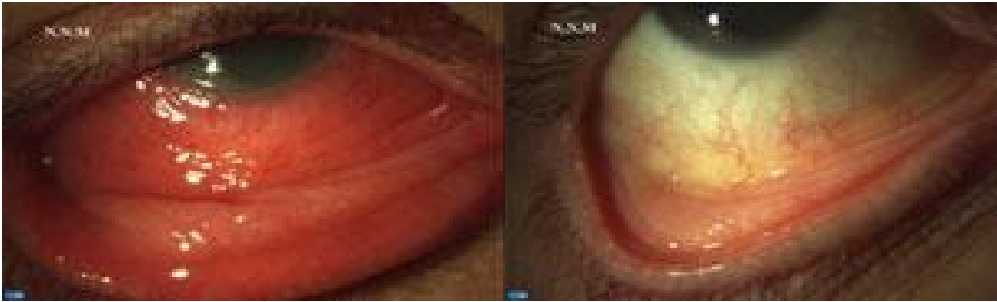
Πριν από την έναρξη της θεραπείας είναι σημαντικό να απομακρύνονται με πλύση όλες οι εκκρίσεις. Η αρχική θεραπεία αποτελείται από κολλύριο αντιβιοτικού ευρέως φάσματος κατά την διάρκεια της ημέρας και οφθαλμική αλοιφή τη νύχτα μέχρι την εξάλειψη των εκκρίσεων.

##### 1. Αντιβιοτικά κολλύρια:

§ Το φουσιδικό οξύ είναι ένα παχύρευστο εναιώρημα χρήσιμο στην αντιμετώπιση σταφυλοκοκκικών λοιμώξεων, αλλά όχι και των περισσότερων gram-αρνητικών βακτηριακών λοιμώξεων. Η αρχική θεραπευτική αγωγή είναι τέσσερις φορές ημερησίως για τις πρώτες 48 ώρες και ακολούθως δυο φορές την ημέρα για λίγες ακόμη ημέρες.

§ Η χλωραμφενικόλη έχει ευρύ φάσμα δράσης. Η αρχική χορήγηση είναι κάθε 1-2 ώρες.

§ Άλλα αντιβιοτικά διαθέσιμα υπό τη μορφή κολλυρίων είναι α) η σιπροφλοξασίνη, β) η οφλοξασίνη, γ) η γενταμικίνη, δ) η τομπραμικίνη, ε) το Neosporin (πολυμυξίνη β, νεομυκίνη, γραμισιδίνη), στ) το polytrim (πολυμυξίνη, τριμεθοπριμη).



2.1.1.2 Αριστερά: Επιπεφυκίτιδα από seratia. Δεξιά: Ο ίδιος ασθενής μια εβδομάδα μετά την χρήση κολλυρίου τομπραμικίνης. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

## 2. Αντιβιοτικές αλοιφές:

Η αλοιφές εξασφαλίζουν μεγαλύτερη συγκέντρωση αντιβιοτικού και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τα κολλύρια, αλλά η χρήση τους κατά τη διάρκεια της ημέρας περιορίζεται από το γεγονός ότι προκαλούν θόλωση της όρασης μετά την εφαρμογή τους. Για το λόγο αυτό οι αλοιφές μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά την νύχτα, οπότε και παρέχουν ικανοποιητική συγκέντρωση αντιβιοτικού κατά τη διάρκεια του ύπνου. Αντιβιοτικά διαθέσιμα υπό την μορφή αλοιφών είναι η χλωραμφενικόλη, η γενταμικίνη, η τετρακυκλίνη, η φραμυσετίνη, το polyfax και το polytrim.

### 2.1.2 ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Η γονόρροια είναι μια αφροδίσια λοίμωξη του γεννητικού συστήματος του ανθρώπου που οφείλεται στο αρνητικό κατά gram διπλόκοκκο ναϊσσέρια της γονόρροιας.<sup>(3)</sup>

#### ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ<sup>(2,3)</sup>

Η εμφάνιση της νόσου είναι ιδιαίτερως οξεία με άφθονη την παρουσία παχύρρευστου, σαν κρέμα πύου το οποίο εκρέει από τον οφθαλμό.

Τα κλινικά ευρήματα είναι

- Τα βλέφαρα είναι οιδηματώδη και ευαίσθητα
- Οι εκκρίσεις είναι άφθονες και πυώδεις



2.1.2.1 Γονοκοκκική κερατοεπιπεφυκίτιδα των ενηλίκων με άφθονες πυώδεις εκκρίσεις. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))



- Ο επιπεφυκότας εμφανίζει έντονη υπεραίμια, χύμωση και συχνά σχηματίζονται ψευδομεμβράνες.
- Υπάρχει σημαντική πρωταία λεμφαδενοπάθεια, ενώ σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να συμβεί και διαπύηση των πρωταίων λεμφαδένων.
- Κερατίτιδα μπορεί να εμφανιστεί σε βαριές περιπτώσεις. Αρχικά δημιουργείται μια περιφερειακή εξέγκωση στη γεμάτη με πύον κοιλότητα που σχηματίζεται μεταξύ του οιδηματώδους επιπεφυκότος και του κερατοειδούς στο σκληροκερατοειδές όριο. Η περιφερειακή εξέγκωση μπορεί καταστεί συρρέουσα και να σχηματισθεί δακτυλιοειδές έλκος. Επίσης ενδέχεται να δημιουργηθεί κεντρικό έλκος του κερατοειδούς, το οποίο μπορεί ταχέως να οδηγήσει σε διάτρηση και ενδοφθαλμίτιδα.

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ<sup>(2)</sup>**

Ο ασθενής πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο, να λαμβάνονται καλλιέργειες και ο οφθαλμός να καθαρίζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα με φυσιολογικό ορό.

- Συστηματική αντιβιοτική θεραπεία:

(α) Κεφοξιπίνη 1g ενδοφλεβίως ή κεφοταξίμη 500mg ενδοφλεβίως τέσσερις φορές ημερησίως. Εάν μόνο ο επιπεφυκότας έχει προσβληθεί, θεραπεία διάρκειας μίας ημέρας είναι αρκετή. Εάν υπάρχει συμμετοχή του κερατοειδούς όμως, η θεραπεία πρέπει να διαρκέσει 3-5 ημέρες.

(β) Σπεκτινομυκίνη 2g ενδομυϊκά αποτελεί χρήσιμη εναλλακτική λύση σε περιπτώσεις που υπάρχει αντοχή στην πενικιλίνη.

- Ως τοπική αντιβιοτική θεραπεία χρησιμοποιείται η γενταμυκίνη ή η βακιτρακίνη. Προσεκτική οφθαλμολογική και μικροβιολογική παρακολούθηση είναι απαραίτητη.

### **2.1.3 ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ Ή ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΙΑ**

Η γονοκοκκική λοίμωξη αποτελεί στις ημέρες μας μια σπάνια αιτία νεογνικής επιπεφυκίτιδας, η οποία μεταδίδεται από τη μητέρα στο νεογνό κατά τη διέλευσή του από το γεννητικό σωλήνα κατά τον τοκετό. Η εκδήλωση της νόσου γίνεται συνήθως μεταξύ της πρώτης και τρίτης ημέρας από τη γέννηση.<sup>(2)</sup>

### **ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ<sup>(2)</sup>**

Εξαιρετικά οξεία, πυώδης επιπεφυκίτιδα, η οποία σχετίζεται με χύμωση και ενίοτε με σχηματισμό μεμβρανών ή ψευδομεμβρανών. Σε παραμελημένες περιπτώσεις υπάρχει ο κίνδυνος δευτεροπαθούς προσβολής του κερατοειδούς.



2.1.1.4 Βρέφος με γονοκοκκική κερατοεπιπεφυκίτιδα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ<sup>(2)</sup>**

Συνήθως χορηγείται αντιβιοτικό κολλύριο, συνήθως χλωραμφενικόλη, αμπικιλίνη και τομπραμυκίνη. Συστηματικά χορηγείται κεφοταξίμη, κεφτριαξόνη, πενικιλίνη G.

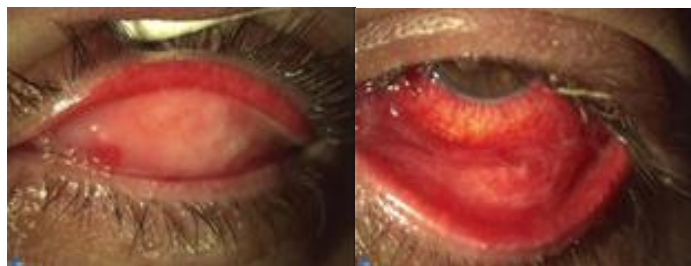
## 2.2 ΙΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ

Οι συνηθέστεροι ιοί που προκαλούν επιπεφυκίτιδα στο ανθρώπινο μάτι είναι οι αδενοϊοί και οι ερπητοϊοί. Προσβολή του επιπεφυκότα μπορεί επίσης να συμβεί και κατά την πορεία συστηματικών παιδικών ιογενών λοιμώξεων, μεταξύ των οποίων είναι η ιλαρά και η ανεμευλογιά. Παρατηρείται ερυθρότητα, αίσθημα καύσου, πρήξιμο στα βλέφαρα, πόνος, επώδυνοι διογκωμένοι λεμφαδένες και άφθονα δάκρυα που είναι χαρακτηριστικά ζεστά. Ο επιπεφυκότας παρουσιάζει ήπια έως μέτρια χύμωση και θυλάκια. Οι εκκρίσεις είναι περισσότερο υδαρείς (λεπτόρρευστες) παρά πυώδεις. Οι βαριές περιπτώσεις μπορεί να εμφανίσουν τοπική ή διάχυτη αιμορραγία από τον επιπεφυκότα και ψευδομεμβράνες.<sup>(5,8,9)</sup>

Στικτά ελλείμματα του επιθηλίου του κερατοειδούς είναι συχνά. Μικροσκοπικές υποεπιθηλιακές διηθήσεις του κερατοειδούς μπορεί να αναπτυχθούν κάτω από τα ελλείμματα του επιθηλίου και έχουν σαν αποτέλεσμα θάμβος όρασης, το οποίο μπορεί να επιμείνει και μετά την υποχώρηση της οξείας επιπεφυκίτιδας. Δευτεροπαθής ιρίτιδα μπορεί ενίοτε να εμφανιστεί, ιδίως σε λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα.<sup>(5,8)</sup>

Διόγκωση των προωτιαίων λεμφαδένων παρατηρείται συχνά. Μπορεί να υπάρχει έντονο οίδημα των βλεφάρων σε βαθμό που να μην επιτρέπει τη διάνοιξή τους. Αυτό το οίδημα ενίοτε επεκτείνεται από το πρόσωπο προς τα αυτιά.

Μπορεί να προηγείται της επιπεφυκίτιδας πυρετός και συμπτώματα λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού.<sup>(5,8)</sup>



2.2.1 Κλινική εικόνα ιογενούς επιπεφυκίτιδας. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ<sup>(8)</sup>

Η βαρύτητα εξαρτάται από:

- Τη λοιμογόνο δύναμη του ιού
- Το ιικό φορτίο
- Τον πολλαπλασιασμό του ιού
- Την ένταση της ανοσιακής απάντησης του ξενιστή

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ<sup>(2)</sup>

Οι ιογενείς επιπεφυκίτιδες, όπως όλες οι ιώσεις, έχουν θεραπεία συμπτωματική και υποστηρικτική (τεχνητά δάκρυα, κρύες κομπρέσες). Συνήθως συμβαίνει αυτόματη υποχώρηση των συμπτωμάτων μέσα σε δύο εβδομάδες. Τα κορτικοστεροειδή καταστέλλουν ως ένα βαθμό τη φλεγμονώδη αντίδραση χωρίς όμως να συντομεύουν την εξέλιξη της νόσου. Η χρήση των κορτικοστεροειδών κρίνεται απαραίτητη σε βαριές περιπτώσεις με ψευδομεμβράνες και υποεπιθηλιακές θολερότητες. Το πιο σημαντικό όμως είναι η πρόληψη της μετάδοσης με προσεκτικό πλύσιμο των χεριών, αποφυγή άμεσης επαφής με κόσμο, χρήση ξεχωριστών προσοπίων για διάστημα τουλάχιστον δεκαπέντε ημερών.

Το κύριο μέλημα στην ιογενή επιπεφυκίτιδα είναι η πρόληψη, καθώς είναι εξαιρετικά μεταδοτική, όπως χαρακτηριστικά φαίνεται από το γεγονός ότι μπορεί να καλλιεργηθεί αδενοϊός που μπορεί να προκαλέσει ιογενή επιπεφυκίτιδα από ένα πόμολο πόρτας, ακόμα κι ένα εικοσιτετράωρο μετά την έκθεσή του σε κάποιον που πάσχει.

### 2.2.1 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ <sup>(2)</sup>

Τα κλινικά χαρακτηριστικά που παρατηρούνται στην επιπεφυκίτιδα από απλό έρπητα είναι:

- Τα βλέφαρα και το δέρμα γύρω από τον κόγχο εμφανίζουν ετερόπλευρα ερπητικές φλύκταινες, οι οποίες μπορεί να συνοδεύονται από ήπιο οίδημα.
- Οι εκκρίσεις είναι υδαρείς
- Ο επιπεφυκότας εμφανίζει μια ομόπλευρη θυλακιώδη αντίδραση
- Λεμφαδενοπάθεια ευαίσθητη στην ψηλάφηση
- Κερατίτιδα σε σπάνιες περιπτώσεις

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ<sup>(2)</sup>

Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι με αντιϊκούς παράγοντες για είκοσι περίπου ημέρες με σκοπό την πρόληψη των επιπλοκών και κυρίως της κερατίτιδας.

### 2.2.2 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟ<sup>(2)</sup>

Η τέρμιθος είναι ένας ογκογόνος ιός ο οποίος δημιουργεί χαρακτηριστικές αλλοιώσεις στο δέρμα, λιγότερο συχνά στους βλεννογόνους και ευκαιριακά στους οφθαλμούς. Η μετάδοση γίνεται με την στενή επαφή. Η πάθηση τυπικά προσβάλλει προεφήβους και νέους ενήλικες. Η τέρμιθος είναι επίσης συχνή σε ασθενείς με AIDS, οι οποίοι εμφανίζουν πολλαπλές βλάβες. Οι ασθενείς με οφθαλμική συμμετοχή μπορεί να εμφανίσουν τη βλάβη και σε άλλα σημεία του σώματος.

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

§ Το βλεφαρικό χείλος εμφανίζει το τυπικό, μικρό, ωχρό, κηρώδεις, οζίδιο. Εν τούτοις, σε μερικές περιπτώσεις οι αλλοιώσεις μπορεί να μην γίνονται εύκολα αντιληπτές.



2.2.2.1 Οζίδια στο σκληροκερατοειδικό όριο. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

- Οι εκκρίσεις συνήθως είναι βλεννώδεις
- Ο επιπεφυκότας εμφανίζει μια θυλακιώδη αντίδραση, η οποία είναι ομόπλευρη προς την εμφάνιση της βλεφαρικής βλάβης
- Επιθηλιακή κερατίτιδα μπορεί να δημιουργηθεί σε χρόνιες περιπτώσεις και να εξελιχθεί σε σχηματισμό πάννου στην περίπτωση που αφεθεί χωρίς αντιμετώπιση

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει καταστροφή της βλεφαρικής βλάβης είτε με εκκένωση, είτε με εκτομή του τμήματος που προέχει, είτε τέλος με κρυοθεραπεία ή καυτηρίαση.

### 2.3 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ<sup>(2,3,8)</sup>

Τα χλαμύδια είναι ενδοκυττάριοι μικροοργανισμοί. Πρόκειται για ομάδα μικροβίων τα οποία προσβάλλουν και τους οφθαλμούς. Μολύνεται κατεξοχήν ο επιπεφυκότας και προκαλούνται χρόνιες επιπεφυκίτιδες, μια από τις οποίες είναι το τράχωμα.

## ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

*Chlamydia trachomatis*: πρόκειται για ένα ενδοκυττάριο παράσιτο το οποίο:

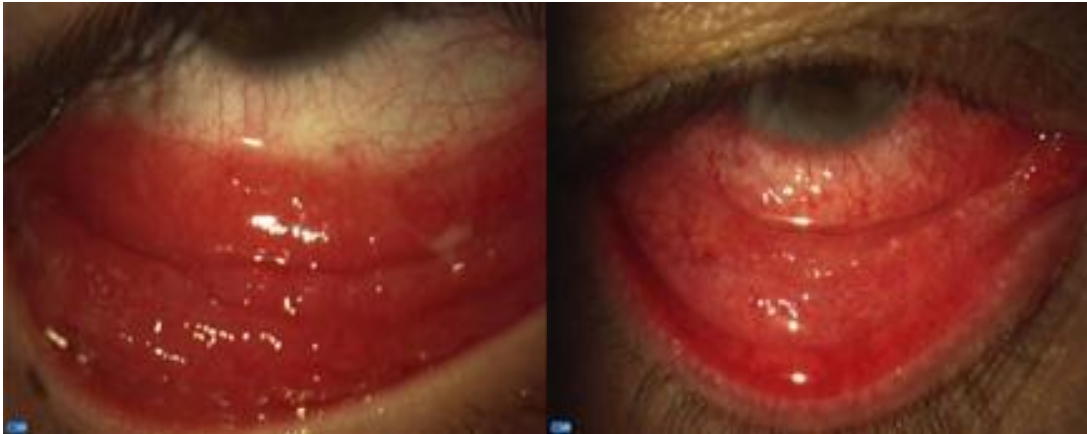
- § Προσκολλάται και εισέρχεται στο κύτταρο του ξενιστή (πιθανώς μόνο στα T-λεμφοκύτταρα) και προκαλεί ανοσιακή απάντηση.
- § Η μόνιμη ενδοκυττάρια παρουσία προκαλεί χρόνια λοίμωξη.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Σε αντίθεση με μια λοίμωξη από αδενοϊό, η επιπεφυκίτιδα από χλαμύδια μπορεί να επιμένει για 3-12 μήνες, αν αφαιρεθεί χωρίς θεραπεία και τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι:

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

Συμπτώματα από τα γεννητικά όργανα στο 75% δεν υπάρχουν, αλλά αν υπάρχουν θα είναι εκκρίσεις ή και αίμα από τον κόλπο, πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή, κάψιμο κατά την ούρηση, συχνουρία.



2.3.1 Χλαμυδιακή επιπεφυκίτιδα. Μεγάλα θυλάκια στον επιπεφυκότα και των δύο οφθαλμών. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

## ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

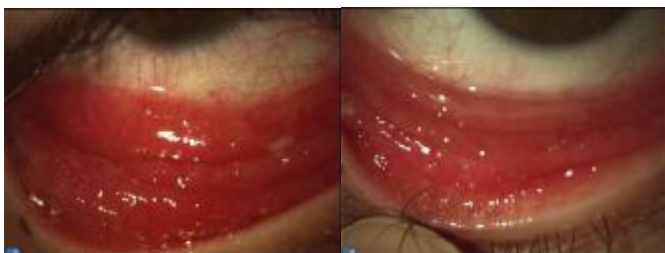
Η κλινική εικόνα με χρονολογική σειρά είναι:

- Τα βλέφαρα μπορεί να είναι ελαφρώς οίδηματώδη.
- Οι εκκρίσεις είναι βλεννοπυώδεις.
- Ο βλεφαρικός επιπεφυκότας αρχικά εμφανίζει θηλώδη υπερπλασία. Ακολουθεί η δημιουργία μεγάλων θυλακίων, τα οποία είναι περισσότερο εκσεσημασμένα στον κάτω κοιλωματικό επιπεφυκότα, αλλά μπορεί να ανευρίσκονται επίσης και στον άνω ταρσικό επιπεφυκότα.
- Λεμφαδενοπάθεια μη ευαίσθητη στην ψηλάφηση.
- Η συμμετοχή του κερατοειδούς, αν και σπάνια, μπορεί να λάβει τη μορφή επιθηλιακής κερατίτιδας, υποεπιθηλιακών θολεροτήτων και περιφερειακών διηθήσεων.
- Οι χρόνιες περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από λιγότερο εμφανή θυλάκια, αλλά και από τη δημιουργία ήπιας ουλοποίησης του επιπεφυκότα.

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η τοπική θεραπεία συνίσταται σε οφθαλμική αλοιφή τετρακυκλίνης τέσσερις φορές ημερησίως για 6 εβδομάδες. Η συστηματική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ένα από τα ακόλουθα:

- Δοξικυκλίνη, είτε 300mg την εβδομάδα για 3 εβδομάδες, είτε 100 mg ημερησίως για 1-2 εβδομάδες
- Τετρακυκλίνη 250mg τέσσερις φορές την ημέρα για 6 εβδομάδες.
- Ερυθρομυκίνη 250 mg τέσσερις φορές την ημέρα για 6 εβδομάδες, εάν η τετρακυκλίνη δεν ενδείκνυται.



2.3.2 Αριστερά, οφθαλμός πριν τη θεραπευτική αντιμετώπιση και δεξιά, μετά. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

#### 2.3.1 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΧΛΑΜΥΔΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ<sup>(2)</sup>

Η εκδήλωση την νόσου συνήθως συμβαίνει μεταξύ 5 και 19 ημερών από την γέννηση.

##### ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα κλινικά ευρήματα παρουσιάζονται ως εξής:

- Θηλώδης επιπεφυκίτιδα με βλεννοπυώδες έκκριμα. Η αντίδραση του επιπεφυκότος είναι θηλώδης και όχι θυλακιώδης, επειδή τα νεογνά δεν μπορούν να σχηματίσουν θυλάκια πριν τον τρίτο μήνα της ζωής περίπου.
- Ενίοτε διαπίστωση επιπλοκών σε περιπτώσεις που παρέμεινε χωρίς θεραπεία, όπως ουλοποίηση του επιπεφυκότος.

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται με χορήγηση τετρακυκλίνης τοπικά και ερυθρομυκίνης από του στόματος σε δόση 25 mg/kg βάρους σώματος, δυο φορές ημερησίως για 14 ημέρες.

#### 2.3.2 ΤΡΑΧΩΜΑ<sup>(2,8)</sup>

Μορφή χρόνιας επιπεφυκίτιδας, η οποία οφείλεται στα *Chlamydia trachomatis*. Το τράχωμα είναι κύρια αιτία τύφλωσης. Η επαναλαμβανόμενη λοίμωξη και φλεγμονή οδηγεί σε ουλές του επιπεφυκότα, η οποία μπορεί τελικά να προκαλέσει το βλέφαρο να γυρίσει προς τα μέσα. Καθώς το βλέφαρο στρέφεται προς τα μέσα, οι βλεφαρίδες αρχίζουν να χαράζουν τον κερατοειδή (τριχίαση).



2.3.2.1 Ασθενής με τράχωμα. (<http://blog.doctoranytime.gr>)

Η εκδήλωση της νόσου γίνεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, με την εμφάνιση θυλακιώδους επιπεφυκίτιδας, η οποία σχετίζεται με διάχυτη θυλώδη διήθηση. Στα παιδιά κάτω των δύο ετών η θηλώδης αντίδραση μπορεί να αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό.

Η χρόνια φλεγμονή του επιπεφυκότα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ουλών, είτε λεπτών γραμμοειδών ή μικρών αστεροειδών στις ήπιες περιπτώσεις, είτε ευρέων συρρευουσών στις βαριές περιπτώσεις. Ολόκληρος ο επιπεφυκότας επηρεάζεται, αλλά τα αποτελέσματα είναι πιο έκδηλα στο ταρσαίο πέταλο.

Τα θυλάκια του σκληροκερατοειδούς ορίου αποτελούν μοναδικά ευρήματα. Όταν υποστρέφονται καταλείπουν χαρακτηριστικά εντυπώματα του Herbert. Η κερατίτιδα κατά τη διάρκεια του σταδίου της φλεγμονής, ποικίλλει από ανώτερη επιθηλιακή κερατίτιδα έως διήθηση του προσθίου στρώματος.

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται με τη χορήγηση αζιθρομυκίνης. Το πιο σημαντικό προληπτικό μέτρο είναι η αυστηρή τήρηση των κανόνων της ατομικής υγιεινής μέσα στην οικογένεια και ειδικά το πλύσιμο του προσώπου των μικρών παιδιών.

## **2.4 ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(6,7,11)</sup>**

Η αλλεργική επιπεφυκίτιδα οφείλεται στην αντίδραση των ματιών σε κάποιο παράγοντα που διεγείρει ανοσιακή απόκριση και ονομάζεται αλλεργιογόνο. Χαρακτηρίζεται από κνησμό και υδαρείς-βλεννώδεις εκκρίσεις, που σχηματίζουν μακρά νημάτια, ενώ στον ταρσικό επιπεφυκότα διακρίνονται διάφανα θυλάκια σαν κύστεις. Χαρακτηριστικά έχει εποχιακές εξάρσεις. Παρόμοια ευρήματα σε ηλικιωμένα άτομα παραπέμπουν μάλλον σε ξηρό οφθαλμό. Δεν επηρεάζουν την όραση, εκτός από την εαρινή επιπεφυκίτιδα, που σχηματίζει πεπλατυσμένες θηλές στον ταρσικό επιπεφυκότα του άνω βλεφάρου και διαβρώσεις έως έλκη στον κερατοειδή, με πόνο, φωτοφοβία και δακρύρροια.



2.4.1 Το 20% περίπου των ανθρώπων υποφέρουν από καμία μορφή αλλεργικής επιπεφυκίτιδας. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

Η αλλεργική επιπεφυκίτιδα συχνά συνυπάρχει με άλλες αλλεργικές εκδηλώσεις όπως ρινίτιδα, άσθμα, έκζεμα. Τα άτομα με ιστορικό αλλεργίας στην οικογένεια έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν μια μορφή αλλεργίας.

Τα πιο συνηθισμένα αλλεργιογόνα είναι<sup>(6)</sup>:

- κολλύρια (η φαρμακευτική ουσία ή πολλές φορές το συντηρητικό του κολλυρίου)
- δερματικές αλοιφές
- τροφές
- καλλυντικά
- αρώματα
- καπνός
- γύρη

- αγριόχορτα
- μούχλα
- ατμοσφαιρική ρύπανση (νέφος)
- ακάρεα οικιακής σκόνης
- τρίχωμα ή σάλιο των κατοικίδιων ζώων



2.4.2 Τα πιο συνηθισμένα αλλεργιογόνα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

## ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ<sup>(6)</sup>

Φάσεις της αλλεργικής απάντησης:

1. Ευαισθητοποίηση
2. Πρώιμη φάση
3. Όψιμη φάση

### 1. Ευαισθητοποίηση

Είναι η αρχική έκθεση σε κάποιο αλλεργιογόνο, η οποία οδηγεί σε παραγωγή ενός ειδικού για το αλλεργιογόνο αντίσωμα, που ονομάζεται ανοσοσφαιρίνη E (IgE). Ελάχιστα μπορούν να γίνουν για την πρόληψη αυτού του σταδίου, καθώς τα άτομα είναι ασυμπτωματικά και δεν γνωρίζουν ότι ευαισθητοποιούνται.

### 2. Πρώιμη φάση

Προκύπτει λίγα λεπτά μετά την επανέκθεση σε κάποιο αλλεργιογόνο. Το αλλεργιογόνο συνδέεται στην επιφάνεια του εξειδικευμένων ανοσοκυττάρων όπως είναι τα μαστοκύτταρα. Η αλληλεπίδραση αλλεργιογόνου και μαστοκυττάρου καταλήγει σε ρήξη του κυττάρου και απελευθέρωση μεσολαβητών της φλεγμονής όπως ισταμίνη, λευκοτριένια προσταγλανδίνες και παράγοντας ενεργοποίησης αιμοπεταλίων. Η ισταμίνη προκαλεί σύσπαση των λείων μυϊκών ινών, δακρύρροια, αγγειοδιαστολή (ερυθρότητα), αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας (οίδημα) και νευρική διέγερση (ερεθισμό/κνησμό). Οι φαρμακευτικοί παράγοντες που αναστέλλουν τη δράση της ισταμίνης λέγονται αντιισταμινικά και έχουν ως σκοπό τον έλεγχο των άμεσων συμπτωμάτων.

### 3. Όψιμη φάση

Προκύπτει μέσα σε περίπου έξι ώρες. Το αλλεργιογόνο διεγείρει τα μαστοκύτταρα και τα T λεμφοκύτταρα για την απελευθέρωση μεσολαβητών της φλεγμονής όπως λευκοτριένια και κυτταροκίνες. Οι μεσολαβητές, προκαλούν τοπικό οίδημα, προσκόλληση κυκλοφορούντων λευκοκυττάρων και μετακίνηση ηωσινοφίλων, ουδετεροφίλων και βασεοφίλων πολυμορφοπύρηνων στην περιοχή του ιστού. Αυτά τα κύτταρα παράγουν επιπλέον μεσολαβητές φλεγμονής οι οποίοι προάγουν την ιστική βλάβη. Σταθεροποιητικοί παράγοντες των μαστοκυττάρων, προφυλάσσουν από περαιτέρω αποκοκκίωση τους. Αυτή η σταθεροποιητική δράση προλαμβάνει την ιστική βλάβη που σχετίζεται με την όψιμη φάση της αντίδρασης υπερευαισθησίας.

## ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ<sup>(3)</sup>

Εμφανίζεται μέσου βαθμού υπεραιμία, κνησμός και υγροί οφθαλμοί. Συχνά συνυπάρχει ρινίτιδα ή αλλεργική φαρυγγίτιδα. Μπορεί να υπάρχει ελαφρό οίδημα των βλεφάρων, ελαφρά υπερτροφία των θηλών του βλεφαρικού επιπεφυκότα, διεύρυνση των αγγείων του βολβικού επιπεφυκότα ειδικά στην περιοχή του σκληροκερατοειδούς ορίου, και στις πλέον σοβαρές καταστάσεις οίδημα του βολβικού επιπεφυκότα.



2.4.3 Αριστερά: οφθαλμός με υπεραίμια. Δεξιά: δακρύρροια. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

### **ΜΟΡΦΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑΣ<sup>(6)</sup>**

Ανάλογα με το υπεύθυνο αλλεργιογόνο, η επιπεφυκίτιδα μπορεί να είναι οξεία ή να εμφανίζεται εποχιακά, όταν το αλλεργιογόνο βρίσκεται στο περιβάλλον συνεχώς για ορισμένες εποχές και τότε καλείται εποχιακή αλλεργική επιπεφυκίτιδα. Τέλος μπορεί να εκδηλώνεται όλο το χρόνο με εξάρσεις και υφέσεις, αν τα αλλεργιογόνα βρίσκονται μόνιμα στο περιβάλλον, οπότε και ονομάζεται ολοετής αλλεργική επιπεφυκίτιδα.

Οι αλλεργικές επιπεφυκίτιδες διακρίνονται στις ακόλουθες μορφές :

- α) Εποχιακή
- β) Χρόνια
- γ) Εαρινή
- δ) Ατοπική
- ε) Γιγαντιαίων θηλών

### **ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(7,13)</sup>**

Η εποχιακή αλλεργική επιπεφυκίτιδα αποτελεί το 50% των αλλεργικών επιπεφυκίτιδων και προκαλείται από μεταφερόμενα με τον αέρα αλλεργιογόνα. Στην εποχική αλλεργική επιπεφυκίτιδα οι εκδηλώσεις αφορούν και τα δύο μάτια και εκδηλώνονται αιφνιδίως. Η επιπεφυκίτιδα, αν και άλλοτε άλλης σοβαρότητας, μπορεί να διαρκέσει λίγες εβδομάδες και να υφεθεί αυτομάτως. Ασθενείς με εποχιακή αλλεργική επιπεφυκίτιδα συνήθως διαμαρτύρονται για κνησμό, ερυθρότητα, δακρύρροια και κάψιμο. Η συμμετοχή των οφθαλμών μπορεί να είναι η μοναδική εκδήλωση της νόσου, αλλά οι ασθενείς αυτοί συνήθως έχουν συμπτώματα και από τη μύτη και από τον φάρυγγα. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται όταν τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα για την εκδήλωση της αλλεργίας είναι άφθονα στο περιβάλλον. Έτσι, ασθενείς ευαίσθητοι στη γύρη των δέντρων παρουσιάζουν τα συμπτώματα αυτά κατά την Άνοιξη Είναι επίσης σημαντικό να τονισθεί ότι οι ασθενείς με εποχιακή αλλεργική επιπεφυκίτιδα παρουσιάζουν υποτροπιάζοντα επεισόδια, των οποίων η βαρύτητα ποικίλει όχι μόνο από χρόνο σε χρόνο αλλά και από μέρα σε μέρα. Η επιπεφυκίτιδα τείνει να εμφανίζεται κάθε χρόνο, με παρόμοια χρονική διάρκεια και πορεία.

Τυπικά ο κερατοειδής δεν συμμετέχει και δεν επηρεάζεται η οπτική οξύτητα. Συχνά συνυπάρχει συμπτωματολογία αλλεργικής ρινίτιδας.

Όταν η διάγνωση είναι αμφίβολη απαιτούνται πρόσθετες εξετάσεις (κυτταρολογική εξέταση οφθαλμικού εκκρίματος, πρόκληση επιπεφυκότα με αλλεργιογόνα). Από την υπάρχουσα εμπειρία, όταν η επιπεφυκίτιδα δεν συνυπάρχει με ρινίτιδα, ο γενικός και ο ειδικός αλλεργιολογικός έλεγχος αποβαίνουν συνήθως αρνητικοί.

Επειδή πρόκειται για αυτοπεριοριζόμενη νόσο ενδείκνυνται συμβατικά μέτρα αντιμετώπισης. Το συχνό πλύσιμο των ματιών και η τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων (κομπρεσών) βοηθούν στις περισσότερες περιπτώσεις. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί η χορήγηση φαρμάκων που σταθεροποιούν τα σιτευτικά κύτταρα (πριν και κατά τη διάρκεια της εποχής των συμπτωμάτων) ή τοπικών H1-αντιισταμινικών.



Επί εποχικής αλλεργικής επιπεφυκίτιδας δεν ενδείκνυται η χορήγηση οφθαλμικών σταγόνων κορτικοστεροειδών.

### **ΧΡΟΝΙΑ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(13)</sup>**

Η χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτιδα έχει πολλές ομοιότητες με την εποχιακή αλλεργική επιπεφυκίτιδα αλλά η χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτιδα είναι λιγότερη συχνή με ηπιότερα συμπτώματα και σημεία. Αν και τα συμπτώματα υπάρχουν καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου το 79% των ασθενών με χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτιδα αναφέρουν εποχιακή επιδείνωση αυτών. Η συμπτωματολογία είναι παρόμοια με εκείνη της εποχιακής αλλεργικής επιπεφυκίτιδας με κύρια συμπτώματα το αίσθημα καψίματος, τον κνησμό, την ήπια υπεραίμια, το οίδημα, τη δακρύρροια και περιστασιακά, το βλενωώδες έκκριμα. Τα πιο συχνά μεταφερόμενα με τον αέρα αλλεργιογόνα υπεύθυνα για την εμφάνιση της χρόνιας αλλεργικής είναι η σκόνη, οι τρίχες, τα πούπουλα, το μαλλί και τα ακάρεα.

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΟΧΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑΣ<sup>(13)</sup>**

Η διάγνωση βασίζεται ουσιαστικά στο ιστορικό του ασθενή και στα συμπτώματα. Η φαγούρα είναι το παθογνωμονικό σημείο της αλλεργίας. Αν υπάρχει φαγούρα τότε είναι οπωσδήποτε αλλεργία. Κυτταρολογική εξέταση ξέσματος από τον επιπεφυκότα δεν προσφέρει ειδικές πληροφορίες για την εποχιακή και χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτιδα.

Κλινικώς η χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτιδα είναι λιγότερο συχνή και ηπιότερη σε εκδηλώσεις σε σχέση με την εποχιακή αλλεργική επιπεφυκίτιδα. Όταν η χρόνια βρίσκεται σε εποχιακή έξαρση είναι συχνά δύσκολη η διάκρισή της απ' την εποχιακή. Τα χρόνια συμπτώματα ενός οφθαλμικού κνησμού και μιας δακρύρροιας σε οφθαλμούς με φυσιολογική εμφάνιση συχνά βοηθούν στην διάγνωση ανάμεσα στην χρόνια και την εποχιακή καθώς η δεύτερη έχει σαφώς περισσότερο εμφανή κλινικά ευρήματα.

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ<sup>(11)</sup>**

Η θεραπεία τόσο στην εποχιακή όσο και στην χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτιδα περιλαμβάνει:

§ Απομάκρυνση του αλλεργιογόνου. Αν πρόκειται για σκόνη, τρίχωμα ζώου ή ακάρι, συνήθως η προσπάθεια αποδίδει, αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο επιτυχή αν πρόκειται για γύρη. Συνήθως λόγω της καλοήθους φύσεως της νόσου και της διάθεσης προς αυτοπεριορισμό των συμπτωμάτων της, η θεραπεία έχει σαν βασικό στόχο την υποχώρηση των ενοχλημάτων παρά της επίτευξη ριζικής θεραπείας της νόσου.

§ Ψυχρά επιθέματα διάρκειας 5-10 λεπτών, 3 φορές την ημέρα προκαλούν μείωση των ενοχλημάτων του κνησμού και του αισθήματος καύσου, λόγω της αγγειοσύσπασης που προκαλούν.

§ Χορήγηση αγγειοσυσπαστικών και αντιαλλεργικών φαρμάκων. Η τοπική ενστάλαξη 3-5 φορές την ημέρα αγγειοσυσπαστικών κολλυρίων έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της έντασης αρκετών εκ των συμπτωμάτων ενώ η συστηματική χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων προκαλεί ακόμα μεγαλύτερη ανακούφιση στον ασθενή. Τα παραπάνω φάρμακα σαφώς έχουν διάφορες παρενέργειες που οφείλονται στην αντιχολινεργική τους δράση όπως είναι η ξηρότητα του στόματος, η καταστολή καθώς και η ξηρότητα των οφθαλμών.

§ Η χορήγηση κολλυρίου Chromolyn συχνά οδηγεί σε ανακούφιση του ασθενή απ' το αίσθημα του κνησμού ή του καύσου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα από την χορήγηση του κολλυρίου αναμένονται μετά την πάροδο 1 έως 2 εβδομάδων από την έναρξη χορήγησής του, οπότε ο ασθενής μετά το χρονικό διάστημα αυτό θα μπορεί να μειώσει ή και να διακόψει την συστηματική λήψη αντιισταμινικών χωρίς τον κίνδυνο έξαρσης των συμπτωμάτων. Το Chromolyn λοιπόν χορηγείται υπό μορφή κολλυρίου διαλύματος 4%, 4-6 φορές την ημέρα.

§ Τα κορτικοστεροειδή είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στο να αντιμετωπίζουν τόσο τα αντικειμενικά ευρήματα όσο και τα υποκειμενικά συμπτώματα του ασθενή. Λόγω όμως των σοβαρών παρενεργειών τις οποίες προκαλούν όπως κυρίως την εμφάνιση

γλαυκώματος και καταρράκτη θα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή και για περιορισμένο χρονικό διάστημα, τόσο όσο απαιτείται για να τεθεί υπό έλεγχο η οξεία φάση της αλλεργίας. Από τα στεροειδή η χορήγηση Prednisolone 1 έως 3 φορές την ημέρα με προοδευτική μείωση της χορήγησης της σε διάστημα 2 εβδομάδων έχει αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα στις περισσότερες περιπτώσεις. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική η δράση του κατά την εποχή όπου υπάρχει αυξημένη συγκέντρωση γύρης στο περιβάλλον.

#### **ΕΑΡΙΝΗ ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(11)</sup>**

Η εαρινή αλλεργική επιπεφυκίτιδα είναι συνήθως υποτροπιάζουσα, αμφοτερόπλευρη νόσος η οποία προσβάλλει πιο συχνά τους άνδρες ηλικίας από 3 μέχρι 25 ετών. Είναι πιο συχνή σε ξηρά και ζεστά κλίματα. Αν και η νόσος μπορεί να είναι ενεργή καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου εντούτοις είναι πιο έντονη κατά τους πιο ζεστούς μήνες, δηλαδή μεταξύ Απριλίου και Αυγούστου. Οι ασθενείς με εαρινή αλλεργική κερατοεπιπεφυκίτιδα έχουν θετικό τόσο το ατομικό τους ιστορικό για εποχιακές αλλεργίες, ατοπικές δερματίτιδες και άσθμα όσο και το οικογενειακό τους ιστορικό για αλλεργίες ποικίλης εκδήλωσης. Μετά από 2 έως 8 έτη ενεργού νόσου η μεγαλύτερη πλειονότητα των ασθενών με εαρινή αλλεργική κερατοεπιπεφυκίτιδα παρουσιάζει αυτόματη ίαση.

Ορισμένες μορφές της εαρινής κερατοεπιπεφυκίτιδας αφορούν τα βλέφαρα, ενώ άλλες αφορούν κυρίως το σκληροκερατοειδικό όριο. Δεν διαπιστώνεται η συμμετοχή κάποιου ειδικού αλλεργιογόνου αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η γύρη μπορεί να προκαλέσει έξαρση της νόσου.

#### **ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ<sup>(6)</sup>**

Η εαρινή αλλεργική κερατοεπιπεφυκίτιδα προκαλεί έντονο κνησμό, αίσθημα ξένου σώματος, λευκές παχιές νηματοειδής εκκρίσεις, φωτοφοβία, κάψιμο και ερυθρότητα. Το ορώδες ή βλεννώδες έκκριμα είναι εντονότερο κατά τις πρώτες πρωινές ώρες με αποτέλεσμα τα παιδιά να έχουν δυσκολία να ανοίξουν τα μάτια τους. Παρατηρείται επίσης μέτρια έως σοβαρού βαθμού υπεραιμία και χύμωση του επιπεφυκότα και γιγαντιαία υπερτροφία των θηλών. Οι θηλές στη μαύρη κυρίως φυλή έχουν τάση να συρρέουν στο όριο κερατοειδούς-σκληρού. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει εξαιρετική φωτοφοβία ακόμη και σε ελάχιστο φως. Η φωτοφοβία συνοδεύεται από έντονη δακρύρροια. Άλλα χαρακτηριστικά είναι η πτώση του βλεφάρου εξαιτίας του σοβαρού οιδήματος, η πρόκληση έλκους στον κερατοειδή εξαιτίας της τριβής του με την έσω εξελκωμένη επιφάνεια του βλεφάρου και μόνιμα προβλήματα οράσεως, κυρίως από παραμόρφωση της επιφάνειας του κερατοειδούς χιτώνα. Η οπτική οξύτητα επηρεάζεται σχεδόν πάντα κατά τη διάρκεια των οξειών φάσεων. Η μείωση της είναι γενικά αναστρέψιμη εκτός εάν εκδηλωθούν επιπλοκές από τον κερατοειδή



2.4.4 Μεγάλες θηλές σαν πλακόστρωτο. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

Στις γιγαντιαίες θηλές τα συμπτώματα είναι:

- Κνησμός
- Αίσθηση ξένου σώματος
- Ερεθισμός
- Μη ανοχή στους φακούς επαφής



2.4.5 Αριστερά γιγαντιαίες θηλές > 1 mm και δεξιά μικροθηλές 0,3 – 1 mm. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

Τα ευρήματα απ' τον κερατοειδή ποικίλουν από απλή σικτική κερατίτιδα, μέχρι και την εμφάνιση ελκών του κερατοειδή λόγω της χρόνιας τριβής των υπερτροφικών θηλών με την επιφάνεια του κερατοειδή.

#### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ<sup>(11)</sup>**

Η θεραπεία της εαρινής κερατοεπιπεφυκίτιδας περιλαμβάνει:

§ Ψυχρά υγρά επιθέματα 2 έως 4 φορές την ημέρα διάρκειας 10 λεπτών και απομάκρυνση με τολύπιο του κολλώδους εκκρίματος από τα βλέφαρα έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του κνησμού και του ερεθισμού του οφθαλμού.

§ Κολλύριο Chromolyn 6 φορές ημερησίως. Η θεραπευτική αυτή δράση αρχίζει μετά από 10 έως 14 ημέρες απ' την έναρξη χορήγησής του και έχει σαν αποτέλεσμα την σημαντική μείωση της υπεραιμίας και του οιδήματος του επιπεφυκότα και του σκληροκερατοειδούς ορίου. Μειώνει επίσης την δακρύρροια, τον κνησμό και τις εκκρίσεις. Πρέπει να τονιστεί ότι η χορήγηση του κολλυρίου πρέπει να διατηρηθεί από άποψη συχνότητας σε 4 έως 6 φορές τη ημέρα κατά το χρονικό διάστημα της εξάρσεως της νόσου και σε 2 έως 4 φορές την ημέρα κατά το υπόλοιπο διάστημα του χρόνου.

§ Η χορήγηση υπό μορφή κολλυρίων αντιισταμινικών και αγγειοσυσπαστικών 2 έως 4 φορές την ημέρα έχει θετικά αποτελέσματα κυρίως αναστέλλοντας τον κνησμό και την αγγειοδιαστολή που προκαλεί η απελευθέρωση ισταμίνης. Αντιθέτως τα αντιισταμινικά που χορηγούνται συστηματικά φαίνεται ότι βοηθούν ελάχιστα έως καθόλου.

§ Η χορήγηση κολλυρίων κορτιζόνης αποτελεί θεραπεία εκλογής σε ασθενείς οι οποίοι είτε εμφανίζουν βαριάς μορφής εαρινή επιπεφυκίτιδα είτε συνυπάρχει προσβολή του κερατοειδή. Εν τούτοις σε ορισμένους ασθενείς απαιτείται κατά την αρχική φάση της θεραπείας τους χορήγηση κορτιζόνης ανά ώρα για τις πρώτες 48 ώρες και στην συνέχεια σταδιακή μείωση της δόσης σε 1 έως 2 σταγόνες κολλυρίου πρεδνιζολόνης την ημέρα για χρονική περίοδο αρκετών εβδομάδων.

§ Όταν συνυπάρχουν έλκη ή διηθήσεις στον κερατοειδή, συνίσταται η χρήση θεραπευτικών φακών επαφής ώστε να προστατευτεί η επιφάνεια του κερατοειδή από περαιτέρω μηχανική βλάβη λόγω της τριβής των υπερτροφικών θηλών επί του κερατοειδή. Παράλληλα ο θεραπευτικός φακός επαφής βοηθά στην πρόοδο της επούλωσης του κερατοειδή. Τοπικά χορηγούνται επίσης σταγόνες αντιβιοτικού κολλυρίου για όσο χρονικό διάστημα υφίστανται τα επιθηλιακά έλκη του κερατοειδή, ώστε να αποφευχθεί μία ενδεχόμενη επιμόλυνση.



2.4.6 Στις αλλεργικές επιπεφυκίτιδες τα μάτια φαίνονται σαν να γυαλίζουν. ([www.katohica.gr](http://www.katohica.gr))

#### **ΑΤΟΠΙΚΗ ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(2,11)</sup>**

Η ατοπική αλλεργική επιπεφυκίτιδα είναι σχετικά σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή νόσος ή οποία μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση. Πρόκειται για την πιο βαριά μορφή αλλεργίας και η οποία προσβάλλει συνήθως άνδρες της τέταρτης έως έκτης δεκαετίας με θετικό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό δερματικής ατοπίας ή και άσθματος. Τα συμπτώματα της ατοπικής κερατοεπιπεφυκίτιδας είναι μέτριος έως έντονος κνησμός, κάψιμο, δακρύρροια, παχιές νηματοειδής εκκρίσεις και φωτοφοβία. Ένας μεγάλος αριθμός οφθαλμικών καταστάσεων συνυπάρχουν με την ατοπική κερατοεπιπεφυκίτιδα. Αυτές είναι η κερατίτιδα από απλό έρπητα, ο πρόσθιος και ο οπίσθιος υποκαψικός καταρράκτης, και ο κερατόκωνος.

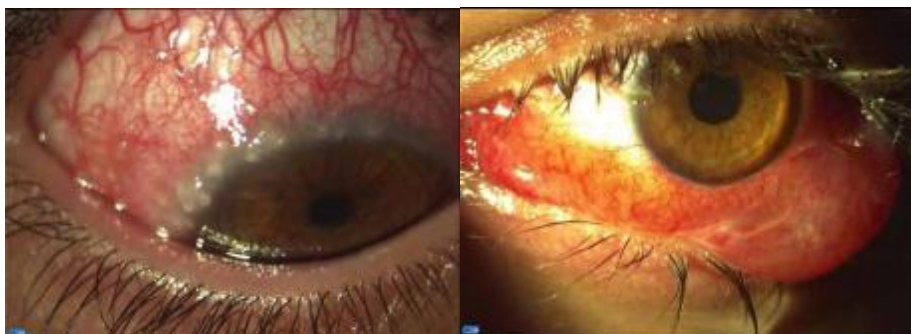
#### **ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Στην ατοπική κερατοεπιπεφυκίτιδα χαρακτηριστικά υπάρχει κνησμός, οίδημα των βλεφάρων και ερυθρότητα. Τα συμπτώματα είναι συνήθως όλο το χρόνο, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί εποχιακή επιδείνωση κυρίως κατά τους χειμερινούς μήνες.

Στην αρχή τα συμπτώματα μοιάζουν πολύ με αυτά της αλλεργικής επιπεφυκίτιδας και περιλαμβάνουν φαγούρα, κόκκινα μάτια, δάκρυσμα, κάψιμο, οίδημα βλεφάρων και οίδημα επιπεφυκότα. Όσο όμως η νόσος προχωρά τόσο τα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα και περιλαμβάνουν ευαισθησία στο φως, θολή όραση, παχιές βλεννώδεις εκκρίσεις και δερματίτιδα στα βλέφαρα.

Τα βλέφαρα είναι εξέρυθρα, οιδηματώδη και συχνά έχουν όψη ρυτιδωμένη, λόγω της χρόνιας δακρύρροιας και του ερεθισμού απ' το συνεχές τρίψιμο, ή λόγω των επανειλημμένων επιμολύνσεων από σταφυλόκοκκο. Ο βολβικός επιπεφυκότας είναι εξέρυθρος και χυμωτικός ενώ ο βλεφαρικός εμφανίζει υπερτροφία των θηλών η οποία είναι μεγαλύτερου βαθμού στο κάτω βλέφαρο παρ' ότι στο επάνω, εν αντιθέσει προς την εαρινή επιπεφυκίτιδα που συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Ευρήματα απ' τον κερατοειδή εφ' όσον υπάρξουν είναι η στικτή κερατίτιδα που αφορά στο κάτω τρίτο της επιφάνειας του κερατοειδή, νεοαγγείωση του κερατοειδή, ανάπτυξη ελκών και σπάνια τα σημεία του Τράντα τα οποία είναι μικρά θυλάκια στην περιοχή του σκληροκερατοειδούς ορίου.

Οι ασθενείς βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν λοιμώξεις του ματιού από βακτήρια και έρπητα. Τα παθολογικά αγγεία, κάνουν τον κερατοειδή αδιαφανή και εμποδίζουν την όραση.



2.4.7 Αριστερά: κηλίδες του Τράντα και δεξιά: χύμωση. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

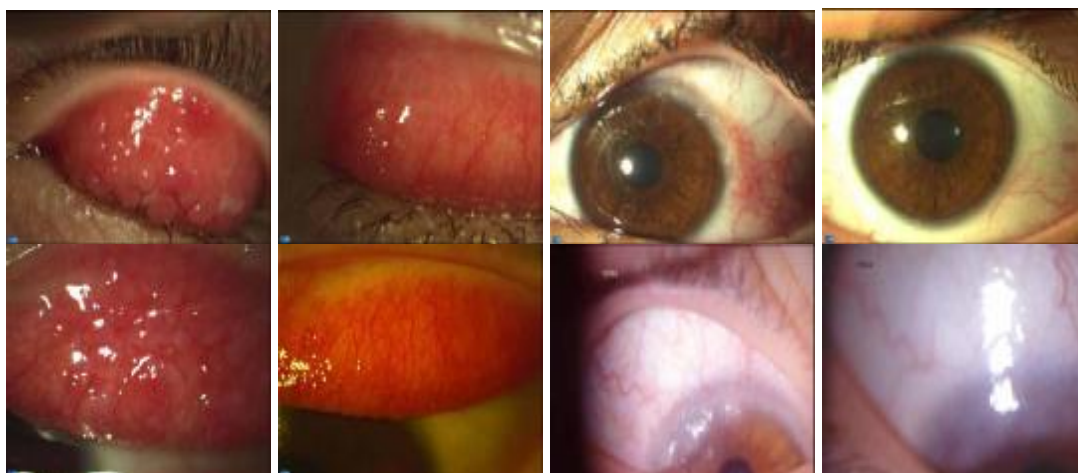
## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

§ Όσον αφορά την θεραπεία της ατοπικής κερατοεπιπεφυκίτιδας σημαντική θέση κατέχει η υγιεινή των βλεφάρων τόσο για να προληφθεί όσο και για να αντιμετωπιστεί μια πιθανή σταφυλοκοκκική επιμόλυνση τους καθώς επίσης και για την καλύτερη προσπέλαση των φαρμάκων που θα χορηγηθούν στην πάσχουσα περιοχή. Ο ασθενής λοιπόν πρέπει δύο με τρεις φορές την ημέρα να κάνει ελαφρύ μασάζ των βλεφάρων του με διάλυμα παιδικού σαμπουάν με νερό σε αναλογία 50:50. Αφού κάνει σαπουνάδα στα χέρια του με την άκρη των δακτύλων του τρίβει ελαφρά τα κλειστά αλλά όχι σφιγμένα του βλέφαρα για ένα χρονικό διάστημα περίπου 2 λεπτών και στην συνέχεια ξεπλένει με άφθονο νερό. Μετά από αυτό συνιστάται η τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στα βλέφαρα για χρονική διάρκεια 10 λεπτών για να μειωθεί ο κνησμός των βλεφάρων.

§ Η τοπική χορήγηση κορτικοειδών για μια χρονική περίοδο μίας έως 3 εβδομάδων, μειώνει την ένταση των συμπτωμάτων τόσο από τα βλέφαρα όσο και απ' τον επιπεφυκότα. Η συνήθης δόση είναι 2-4 φορές την ημέρα κολλυρίου prednisolone. Η χορήγηση του κολλυρίου προοδευτικά μειώνεται και τέλος διακόπτεται για να πάρει τη θέση της ένα άλλο φάρμακο περισσότερο «αθώο» ώστε να καλυφθεί ο ασθενής στα μεσοδιαστήματα μεταξύ των εξάρσεων της νόσου. Είναι πλέον ασφαλές και αποτελεσματικό προκειμένου να εφαρμόσει κανείς θεραπεία με στεροειδή να χορηγεί εκείνη την κατηγορία κορτικοστεροειδών – έστω και με μεγάλη συχνότητα χορήγησης– η οποία όμως συνδέεται με τις λιγότερες δυνατόν επιπλοκές.

§ Η τοπική χρήση αντιϊσταμινικών 2 έως 4 φορές την ημέρα είναι δυνατόν να συμβάλλει στην μείωση του αισθήματος του κνησμού και να περιορίσει την χύμωση των βλεφάρων και εφ' όσον χορηγηθεί σε συνδυασμό με αγγειοσυσπαστικά κολλύρια μειώνει επίσης και την υπεραίμια.

§ Η χορήγηση κολλυρίου Chromolyn 4 - 6 φορές την ημέρα μειώνει μετά από ένα διάστημα χορήγησης περίπου 10 ημερών τόσο τα υποκειμενικά ενοχλήματα όσο και τα αντικειμενικά ευρήματα στα 2/3 περίπου των ασθενών που πάσχουν από ατοπική κερατοεπιπεφυκίτιδα. Η εφαρμογή μακροχρόνιας θεραπείας με Chromolyn μειώνει ή και καταργεί την ανάγκη τοπικής χρήσης κορτικοειδών και εάν μάλιστα συνδυαστεί μετωπικά αντιϊσταμινικά και αγγειοσυσπαστικά φάρμακα καθώς και με εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων και υγιεινής των βλεφάρων, επιτυγχάνει πολύ καλά αποτελέσματα.



2.4.8 Αριστερά ασθενής με υπερτροφία των θηλών πριν και μετά την θεραπεία και δεξιά ασθενής με κηλίδες του Τράντα πριν και μετά τη θεραπεία. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

## **ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΩΝ ΘΗΛΩΝ<sup>(7,8)</sup>**

Η επιπεφυκίτιδα αυτή είναι γνωστό ότι προκαλείται από τη συνεχή χρήση φακών επαφής με πρωτεϊνικές εναποθέσεις στην επιφάνειά τους. Επίσης έχει περιγραφεί μετά από εγχείρηση καταρράκτη (λόγω προεξέχοντος ράμματος), μετά από μεταμόσχευση κερατοειδή και σε άτομα που φέρνουν οφθαλμική πρόθεση. Παλιά πιστευόταν ότι για να τεθεί η διάγνωση της επιπεφυκίτιδας με γιγάντιες θηλές θα πρέπει να υπάρχουν θηλές στον άνω ταρσικό επιπεφυκότα και οι θηλές αυτές να είναι μεγαλύτερες από 1 χιλιοστό. Σήμερα η διάγνωση τίθεται ακόμα και αν οι θηλές έχουν μέγεθος ίσο ή μεγαλύτερο από 0,3 χιλιοστά, εφόσον όμως είναι χρήστες φακών επαφής ή υπάρχει κάποιο ξένο σώμα και υπάρχουν συνοδά συμπτώματα όπως κνησμός αυξημένες εκκρίσεις και θάμπος όρασης.

### **ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Τα σημεία και συμπτώματα είναι κνησμός, φωτοφοβία, αύξηση βλεννωδών εκκρίσεων εντοπιζόμενες στον έσω κανθό ιδιαίτερα το επόμενο πρωί μετά την βραδινή αφαίρεση των φακών, διάχυτο ερύθημα του επιπεφυκότα, σικτική απόπτωση του επιθηλίου του κερατοειδή εντοπιζόμενη στο άνω τμήμα του σκληροκερατοειδούς ορίου, και πάνω απ' όλα, η ύπαρξη γιγαντιαίων θηλών οι οποίες εντοπίζονται στον ταρσικό επιπεφυκότα του άνω βλεφάρου. Υπάρχει επίσης μια μείωση του χρόνου ανοχής των φακών επαφής στα άτομα αυτά με παράλληλη αύξηση του αισθήματος ξένου σώματος όταν τους φορούν καθώς και αίσθημα κινούμενου φακού. Βλεφαρόπτωση και αιματηρά δάκρυα έχουν επίσης περιγραφεί.



2.4.9 Ο επιπεφυκότας αποκτά γαλακτώδη απόχρωση και εμφανίζονται άφθονες θηλές στον ταρσό, κυρίως του άνω βλεφάρου. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η θεραπεία μίας γιγαντοθηλακιδώδους επιπεφυκίτιδας διαφέρει κατά κάποιον τρόπο από την θεραπεία που εφαρμόζεται στις υπόλοιπες οφθαλμικές αλλεργίες λόγω της ειδικής φύσεως της νόσου.

Η θεραπεία περιλαμβάνει :

§ Διακοπή της χρήσης των φακών επαφής ή αφαίρεση της οφθαλμικής προθέσεως για ένα χρονικό διάστημα 4 εβδομάδων τουλάχιστον έως ότου να υποχωρήσει πλήρως η σικτική κερατίτιδα, ενώ δεν εμφανίζονται διαφορές όσον αφορά την εμφάνιση των θηλών στον ταρσικό επιπεφυκότα οι οποίες παραμένουν αμετάβλητες για πολλές εβδομάδες. Εφόσον ο οφθαλμός ηρεμήσει ο ασθενής αρχίζει κα πάλι να χρησιμοποιεί φακούς, διαφορετικού όμως υλικού κατασκευής και διαφορετικού σχεδιασμού και αφού εν τω μεταξύ εξοικειωθεί με τον σχολαστικό καθαρισμό των φακών του χρησιμοποιώντας ως καθαριστικό υπεροξειδίο του υδρογόνου ή οποιοδήποτε άλλο ψυχρό καθαριστικό διάλυμα. Θα πρέπει επίσης να συμπληρώνει τον καθαρισμό των φακών του με τη χρήση δισκίων πρωτεϊνικού καθαρισμού μία έως δύο φορές την εβδομάδα.

§ Εάν η νόσος παρά ταύτα εμφανίσει υποτροπή χορηγούμε, κολλύριο Chromolyn 4-6 φορές την ημέρα.

§

## **2.5 ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ<sup>(11)</sup>**

Η αλλεργία εξ επαφής είναι μια κοινή πάθηση του δέρματος. Προκαλείται, λόγω επαφής του δέρματος, με παράγοντες διαφόρων ειδών που δημιουργούν τοπικές αλλεργικές φλεγμονώδεις αντιδράσεις. Πρόκειται για αλλεργίες που αφορούν τα βλέφαρα και συνήθως είναι το αποτέλεσμα μιας υπερευαισθησίας σε τοπική χρήση διαφόρων φαρμάκων, σε καθαριστικά φακών επαφής ή ακόμα και στα συντηρητικά των καθαριστικών. Φάρμακα, η τοπική χρήση των οποίων προκαλεί τέτοιου είδους αλλεργία είναι συνήθως η νεομυκίνη, η βακιτρακίνη, η ατροπίνη, καθώς και τα συντηρητικά διαφόρων αντιαλλεργικών κολλυρίων όπως το benzaconium Chloride. Τα αντι-ϊικά φάρμακα επίσης εμφανίζουν ανάλογη δράση αλλά σε μικρότερη έκταση.



2.5.1 Οίδημα βλεφάρων, ενόχληση ή κάψιμο στα μάτια. (<http://eye-info.blogspot.gr>)

### **ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Κλινικά ευρήματα και υποκειμενικά συμπτώματα είναι: κνησμός, αίσθημα καύσου, δακρύρροια, οίδημα των βλεφάρων και υπεραιμία.

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η θεραπεία των αλλεργιών εξ επαφής περιλαμβάνει κατ' αρχήν τον καθορισμό και την απομάκρυνση του αιτιολογικού παράγοντα. Σε ασθενείς που βρίσκονται κάτω από μία αγωγή η οποία περιλαμβάνει διάφορα φάρμακα θα πρέπει κατ' αρχήν να διακοπούν τα πλέον ύποπτα. Στη συνέχεια μπορεί να αρχίσει η επαναχορήγηση τους ένα, ένα χωριστά ή τοπική χορήγηση κορτιζόνης η οποία ανακουφίζει απ' την οξεία αντίδραση των βλεφάρων. Επίσης η προσθήκη τοπικής χορήγησης prednisolone 2 έως 3 φορές την ημέρα για περιορισμένο χρονικό διάστημα, μπορεί να κριθεί απαραίτητη σε ορισμένες περιπτώσεις. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν ανάγκη χρήσης κορτικοειδών καθ' όσον η νόσος υποστρέφει μετά την απομάκρυνση του αιτίου που την προκάλεσε και την εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων.

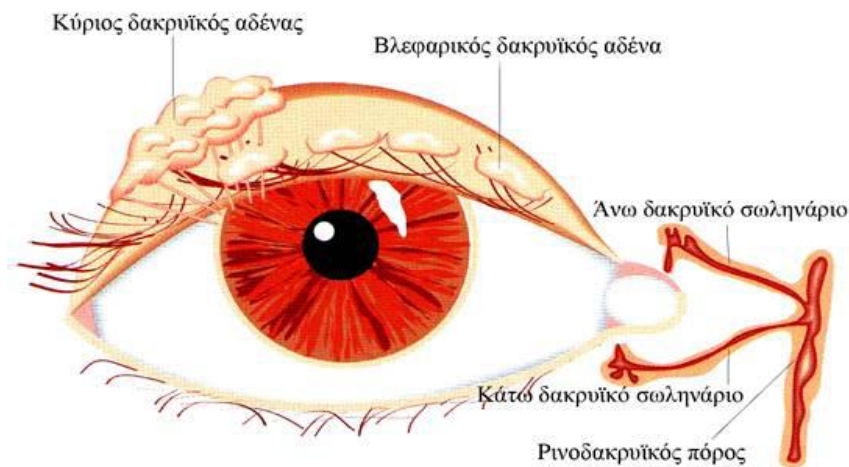
## **2.6 ΞΗΡΑ ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(8,9,10)</sup>**

Η ξηροφθαμία (dry eye) ή ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα είναι συνέπεια της μεταβολής στην ποιότητα ή στην ποσότητα των δακρύων που επαλείφουν τον κερατοειδή με αποτέλεσμα η λίπανση της πρόσθιας επιφάνειας του κερατοειδή να είναι ανεπαρκής.

Τα δάκρυα αποτελούνται από τρεις στιβάδες. Η βλεννώδης στιβάδα καλύπτει τον κερατοειδή χιτώνα (η εξωτερική επιφάνεια του ματιού) δημιουργώντας μια χαμηλή

συγκόλληση με αυτόν ούτως ώστε το δάκρυ να παραμένει σταθερό επάνω στο μάτι. Το μεσαίο υδατώδες στρώμα παρέχει την υγρασία και μεταφέρει οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στον κερατοειδή χιτώνα. Αυτό το στρώμα αποτελείται από 98% νερό μαζί με μικρές ποσότητες από χλωριούχο νάτριο (αλάτι), πρωτεΐνες και άλλα συστατικά. Το εξωτερικό λιπώδες στρώμα δημιουργεί μια ελαιώδη μεμβράνη η οποία καλύπτει την δακρυϊκή στιβάδα και την προστατεύει από την εξάτμιση.

Τα δάκρυα δημιουργούνται σε πολλούς αδένες γύρω από το μάτι. Το υδατινό στρώμα παράγεται στον δακρυϊκό αδένα, ο οποίος βρίσκεται στην βάση του άνω βλεφάρου. Πολλοί μικροί αδένες ανάμεσα στα τοιχώματα των βλεφάρων παράγουν το ελαιώδες και λιπώδες στρώμα. Με κάθε βλεφαρισμό τα βλέφαρα απλώνουν τα δάκρυα επάνω στο μάτι. Τα δάκρυα που περισσεύουν κυλούν προς τους δύο μικρούς πόρους στην άκρη του ματιού κοντά στην μύτη. Αυτοί οι πόροι οδηγούν στα δακρυϊκά σωληνάκια τα οποία καταλήγουν στην ρινική κοιλότητα.



2.6.1 Δακρυϊκή συσκευή. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

Εκτός από την ενυδάτωση του ματιού, η παραγωγή των δακρύων αποτελεί ανακλαστικό σε εξωτερικά ερεθίσματα όπως: τραύματα ή έντονο συναίσθημα. Εντούτοις, τα ανακλαστικά δάκρυα προκαλούν λίγα στην ανακούφιση της ξηροφθαλμίας και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο με (υγρά) μάτια ο ασθενής μπορεί ακόμα να παραπονιέται για ερεθισμό .

Το σύνδρομο ξηροφθαλμίας έχει πολλές αιτίες. Μια από τις πιο συχνές αιτίες είναι η διαδικασία γήρανσης. Καθώς γερνούμε το σώμα μας παράγει λιγότερο λιπαρές ουσίες 60% λιγότερο στην ηλικία των 65 απ' ό τι στην ηλικία των 18. Αυτό είναι περισσότερο εμφανές στις γυναίκες, οι οποίες τείνουν να έχουν ξηρότερο δέρμα απ' ό τι οι άνδρες. Η έλλειψη ελαίου προσβάλλει και την δακρυϊκή στιβάδα. Χωρίς το απαραίτητο έλαιο η ελαιώδης στιβάδα δεν μπορεί να καλύψει όλη την δακρυϊκή στιβάδα η οποία εξατμίζεται γρηγορότερα και αφήνει περιοχές του κερατοειδούς στεγνές.

Πολλοί άλλοι παράγοντες, όπως η ζέστη, η ξηρασία και ο αέρας, το μεγάλο υψόμετρο και ο καπνός του τσιγάρου προκαλούν επίσης ξηροφθαλμία. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται τα μάτια τους στεγνά όταν διαβάζουν ή δουλεύουν με τον υπολογιστή λόγω των αραιών βλεφαρισμών. Συχνά διαλείμματα για βλεφαρισμό προσφέρουν ενυδάτωση στα μάτια και απαλλάσσουν από τα συμπτώματα.

Οι χρήστες φακών επαφής μπορεί επίσης να υποφέρουν από ξηρότητα επειδή οι φακοί επαφής απορροφούν την δακρυϊκή στιβάδα, δημιουργώντας μακροχρόνιο σχηματισμό πρωτεϊνικών ιζημάτων στον φακό επαφής. Επίσης, προβλήματα θυρεοειδούς, έλλειψη βιταμίνης A, και ασθένειες όπως Parkinson και το σύνδρομο Sjogren μπορούν επίσης να προκαλέσουν ξηρότητα. Οι γυναίκες συχνά παρουσιάζουν πρόβλημα ξηρότητας κατά την εμμηνόπαυση λόγω ορμονικών αλλαγών.



Τοπικές παθήσεις των οφθαλμών όπως η βλεφαρίτιδα ή ουλές του κερατοειδή ευθύνονται για την δημιουργία ή την επιδείνωση μιας ξηροφθαλμίας. Συστηματικά νοσήματα όπως οι κολλαγονώσεις (συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα), ο σακχαρώδης διαβήτης και άλλα νοσήματα κρύβονται πολλές φορές πίσω από μία ξηροφθαλμία. Την ευθύνη της ξηροφθαλμίας μπορεί να έχει η λήψη φαρμάκων (αντικαταθλιπτικά, αντισυλληπτικά, αντιυπερτασικά). Ακόμα και τα κολλύρια είναι δυνατόν να δημιουργήσουν ή να επιδεινώσουν μια ξηροφθαλμία επειδή η φαρμακευτική ουσία ή το συντηρητικό μέσα στο κολλύριο μπορεί να προκαλέσει τοξικότητα στα επιθηλιακά κύτταρα του κερατοειδούς.

### **ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Έχοντας ξηροφθαλμία για μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε μικροσκοπικές εκδορές στην επιφάνεια του κερατοειδή. Σε προχωρημένες περιπτώσεις, το επιθήλιο υφίσταται παθολογικές αλλαγές. Ορισμένες σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε πάχυνση της επιφάνειας του κερατοειδή, διάβρωση και εξέλκωση του, στικτή κερατοειδοπάθεια, επιθηλιακά ελαττώματα, νεοαγγείωση, ουλές στον κερατοειδή, λέπτυνση του ακόμα και κερατοειδική διάτρηση.

§ Ελάττωση ποσότητας νερού:

i.Υψηλή εξάτμιση

ii.Ανεπαρκής παραγωγή υδάτινης στιβάδας

§ Αύξηση συγκέντρωσης Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>:

i.Αύξηση ωσμωτικότητας

ii.Απορύθμιση ισοτονικής ισορροπίας μεταξύ tear film και επιθηλιακών κυττάρων

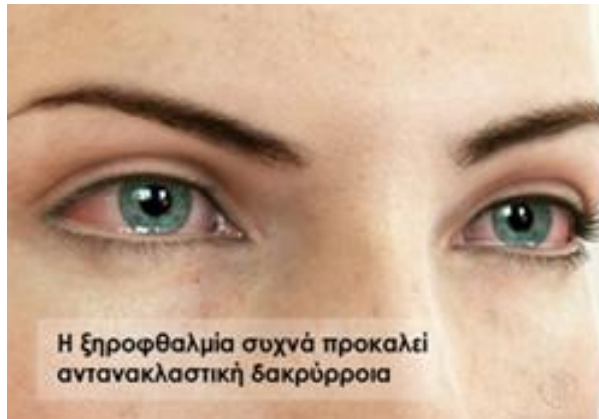
§ Έξοδος νερού από τα επιθηλιακά κύτταρα:

i.Εξαφάνιση λειτουργικών ιδιοτήτων επιθηλιακών κυττάρων

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι ερεθισμός, αίσθηση ξένου σώματος, καύσος, αίσθημα άμμου μέσα στο μάτι, παρουσία νηματοειδών βλεννωδών εκκρίσεων και παροδικό θάμβος όρασης. Στα λιγότερο συχνά συμπτώματα περιλαμβάνονται ο κνησμός, η φωτοφοβία και μια αίσθηση κόπωσης και βάρους των βλεφάρων. ασθενείς με βαριά νηματοειδή κερατίτιδα μπορεί να παραπονιούνται για ισχυρό πόνο προκαλούμενο από το ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων. Παραδόξως, οι ασθενείς σπανίως παραπονιούνται ότι οι οφθαλμοί τους είναι ξηροί, αν και μερικοί μπορεί να αναφέρουν έλλειψη δακρύων σε συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις. Τα συμπτώματα συχνά επιδεινώνονται κατά την έκθεση σε συνθήκες που σχετίζονται με αυξημένη εξάτμιση των δακρύων (χρήση κλιματιστικού ) ή κατά το συνεχές διάβασμα λόγω του περιορισμού του αντανακλαστικού των βλεφάρων. Τα συμπτώματα μπορεί να βελτιώνονται με το κλείσιμο των βλεφάρων.

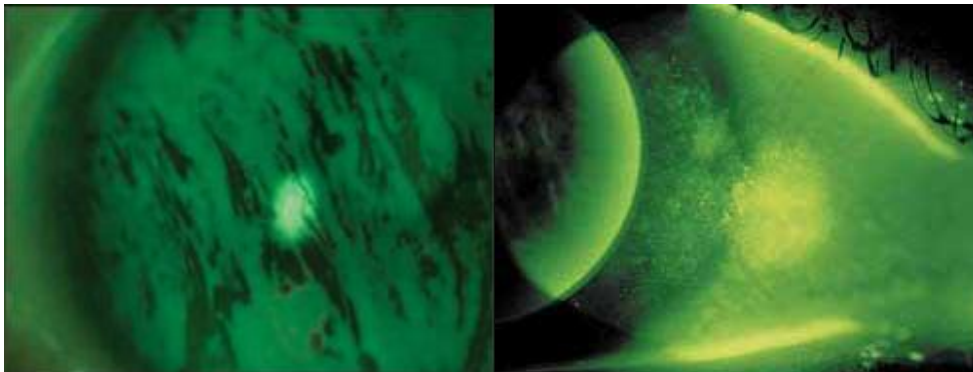
Τα συμπτώματα αυτά μοιάζουν με την χρόνια επιπεφυκίτιδα, ωστόσο η κλινική εξέταση μπορεί να δείξει την αιτία του προβλήματος. Οι οφθαλμοί μπορεί να είναι ελαφρώς κόκκινοι, χωρίς τσίμπλες. Ο κερατοειδής μπορεί να εμφανίζει στικτή επιθηλιοπάθεια δηλαδή μικρές αλλοιώσεις σαν σημειακά γδαρσίματα. Σε πιο βαριές καταστάσεις που δεν έχουν αντιμετωπιστεί, μπορούμε να έχουμε και απώλεια του οφθαλμού αν υπάρξει επιμόλυνση (κερατίτιδα) ή τήξη του κερατοειδούς από την έλλειψη δακρύων.



2.6.2 Dry Eye Syndrome (Ξηροφθαλμία). ([www.athenseyehospital.gr](http://www.athenseyehospital.gr))

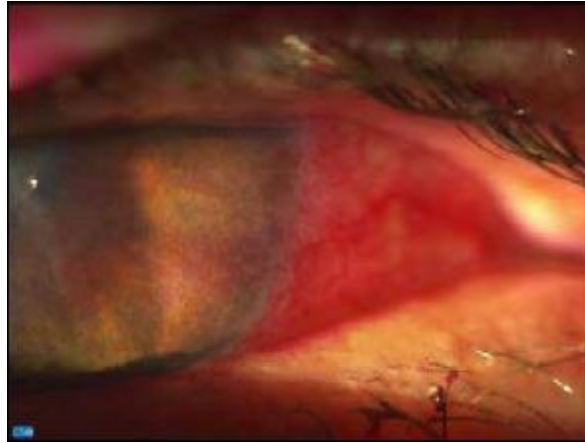
### ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

- Χρόνος διάσπασης της δακρυϊκής στιβάδας με Break Up Time Test (BUT), ελέγχει τη σταθερότητα της προκερατοειδικής δακρυϊκής στιβάδας, ενσταλάζοντας φλουορεσκεΐνη στον ασθενή. Στη σχισμοειδή λυχνία και με το μπλε του Κοβαλτίου φίλτρο, καταγράφουμε το πρωτοεμφανιζόμενο ξηρό σημείο έπειτα από τον πρώτο βλεφαρισμό. Αν ο χρόνος της μέτρησης είναι μικρότερος από 10 δευτερόλεπτα πρόκειται για μη φυσιολογική ένδειξη (φυσιολογικά 10-45 δευτερόλεπτα). Οποιαδήποτε περιοχή εκδοράς με τη φλουορεσκεΐνη θα δείχνει μια πράσινη περιοχή σε μπλε υπόστρωμα.



2.6.3 Εφαρμογή BUT (break up time test) σε σχισμοειδή λυχνία. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

- Το ερυθρό της Βεγγάλης είναι μια χρωστική εκλεκτική για τα νεκρά προσβεβλημένα επιθηλιακά κύτταρα και τη βλέννα. Η κλασική μορφή χρώσης αποτελείται από δυο τρίγωνα με τις βάσεις τους στο σκληροκερατοειδές όριο. Επίσης νημάτια κερατοειδούς και πλάκες αναδεικνύονται καλύτερα με την χρωστική. Ένα μειονέκτημα του ερυθρού της Βεγγάλης είναι ότι μπορεί να προκαλέσει οφθαλμικό ερεθισμό, ο οποίος μπορεί να διαρκέσει μέχρι και ένα εικοσιτετράωρο, ειδικότερα σε οφθαλμούς με βαριά ξηροφθαλμία. Για να μειωθεί ο βαθμός του ερεθισμού, πρέπει να χρησιμοποιείται μια πολύ μικρή σταγόνα χρωστικής, ενώ τοπικό αναισθητικό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται επειδή μπορεί να προκαλέσει ψευδώς θετικά αποτελέσματα.



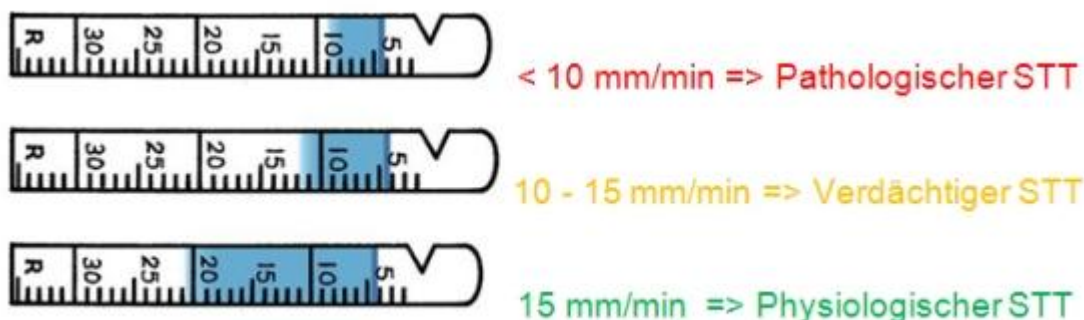
2.6.4 Εξέταση με κόκκινο της Βεγγάλης. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

- Η δοκιμασία schirmer είναι χρήσιμη όταν δεν υπάρχουν ευρήματα για ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα από τη σχισμοειδή λυχνία αλλά παραμένει η υποψία. Η δοκιμασία πραγματοποιείτε με τη μέτρηση του ποσού της διαβροχής ειδικού χάρτινου φίλτρου (whatman), το οποίο έχει 5 mm πλάτος και 35 mm μήκος.



2.6.5 Εφαρμογή schirmer τεστ. ([www.docvadis.de](http://www.docvadis.de))

Η δοκιμασία μπορεί να πραγματοποιηθεί με ή χωρίς προηγούμενη ενστάλαξη τοπικού αναισθητικού. Θεωρητικά, όταν η δοκιμασία πραγματοποιείτε χωρίς τοπικό αναισθητικό, μετρά την ολική έκκριση, ενώ με αναισθητικό μετρά μόνο την βασική έκκριση. Στην πράξη όμως, αν και τα τοπικά αναισθητικά μειώνουν το ποσό της αντανακλαστικής έκκρισης δεν την καταργούν εντελώς. Η δοκιμασία επιτελείται ως εξής: ο οφθαλμός σκουπίζεται ώστε να είναι στεγνός από τα δάκρυα. Το χαρτί φίλτρου διπλώνεται από το ένα άκρο του και τοποθετείτε στο όριο του μέσου και έξω τριτημορίου του κάτω βλεφάρου. Στον ασθενή δίδονται οδηγίες να κρατά τους οφθαλμούς του διαρκώς ανοικτούς. Μετά από 5 min το χάρτινο φίλτρο απομακρύνεται και μετράται το μήκος της διαβροχής. Ένα φυσιολογικό αποτέλεσμα είναι διαβροχή πάνω από 15 mm χωρίς τη χρήση τοπικής αναισθησίας και λίγο λιγότερο με αναισθησία. Μεταξύ 5 και 10 mm είναι οριακή, ενώ λιγότερο από 5 mm είναι ένδειξη μειωμένης έκκρισης.



2.6.6 Εκτίμηση schirmer τεστ. ([www.msd-tiergesundheits.de](http://www.msd-tiergesundheits.de))

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο κύριος στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδας είναι η μείωση της δυσφορίας, η διατήρηση της ομαλής οπτικής επιφάνειας του κερατοειδή και η αποτροπή της καταστροφής της δομής αυτού. Ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα μέτρα μπορεί να χρησιμοποιηθούν ταυτόχρονα:

#### 1. Διαφύλαξη των υπαρχόντων δακρύων με:

- Μείωση της θερμοκρασίας του δωματίου. Αποφεύγοντας ένα θερμό δωμάτιο με κεντρική θέρμανση, μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο, επειδή η υψηλή θερμοκρασία του δωματίου αυξάνει την εξάτμιση των δακρύων.
- Υγροποιητές δωματίου μπορεί να χρησιμοποιηθούν, αλλά τα αποτελέσματα είναι συχνά απογοητευτικά επειδή οι συσκευές αυτές είναι ανίκανες να αυξήσουν σημαντικά τη σχετική υγρασία ενός μέσου μεγέθους δωματίου. Μία προσωρινή αύξηση της υγρασίας μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση ειδικών γυαλιών υγρού θαλάμου.
- Μια μικρή πλάγια ταρσορραφή με τη μείωση της επιφάνειας της βλεφαρικής σχισμής που επιφέρει, μπορεί να αποβεί χρήσιμη σε ασθενείς με ανεπάρκεια στο κλείσιμο των βλεφάρων.

#### 2. Τοπική θεραπεία:

- Υποκατάστατα δακρύων αποτελούν την κύρια μορφή θεραπείας της ξηράς κερατοεπιπεφυκίτιδας μικρής μέχρι μέσης βαρύτητας. Είναι σημαντικό ο ασθενής να τα χρησιμοποιεί συχνά και κανονικά. Το κύριο μειονέκτημα των κολλυρίων είναι η μικρή διάρκεια δράσεως και η δημιουργία ευαισθησίας στο συντηρητικό. Το τελευταίο μπορεί να αποφευχθεί με τη χρήση σκευασμάτων χωρίς συντηρητικά. Οι γέλες γενικά προτιμώνται από τα κολλύρια επειδή δεν χρειάζεται να ενσταλάζονται τόσο συχνά. Αλοιφές που περιέχουν βαζελίνη μπορεί να χρησιμοποιηθούν πριν την κατάκλιση.
- Οι βλεννολυτικοί παράγοντες με τη μορφή κολλυρίου μπορεί να είναι χρήσιμοι σε ασθενείς με νημάτια κερατοειδούς και βλεννώδεις πλάκες. Το κολλύριο χρησιμοποιείται τέσσερις φορές την ημέρα και μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό μετά την ενστάλαξη.

#### 3. Μείωση της παροχέτευσης των δακρύων:

Η απόφραξη των δακρυϊκών σημείων διατηρεί τα φυσιολογικά δάκρυα και αυξάνει την αποτελεσματικότητα των τεχνικών δακρύων. Έχει ιδιαίτερη αξία σε ασθενείς με βαριά ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα, ειδικά όταν αυτή επηρεάζεται από την τοξικότητα των συντηρητικών.

- Βραχυπρόθεσμη απόφραξη των σημείων μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή στα δακρυϊκά σωληνάκια βυσμάτων που διατίθενται στο εμπόριο. Ο κύριος σκοπός της βραχυπρόθεσμης απόφραξης είναι η διασφάλιση ότι δεν θα προκληθεί επιφορά, μετά τη μόνιμη απόφραξη. Αρχικά αποφράσσονται και τα τέσσερα δακρυϊκά σημεία και ο ασθενής επανεξετάζεται μετά από μια εβδομάδα. Εάν παρατηρηθεί επιφορά, αφαιρούνται τα βύσματα των άνω δακρυϊκών σημείων και ο ασθενής επανεξετάζεται

μετά από μία επιπλέον εβδομάδα. Εάν τη φορά αυτή ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός, αφαιρούνται τα βύσματα και τα κάτω δακρυϊκά σημεία αποφράσσονται μόνιμα.



**Βύσμα - τάπα σιλικόνης**



2.6.6 Εικονική αναπαράσταση τοποθέτησης βύσματος στο δακρυϊκό σημείο. ([www.chatzinikolas.gr](http://www.chatzinikolas.gr))

· Μόνιμη απόφραξη πρέπει να επιτελείται μόνο σε ασθενείς με βαριά ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα και επανειλημμένες δοκιμασίες schirmer με τιμές 2 mm ή και λιγότερο. Δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς που αναπτύσσουν επιφορά μετά από προσωρινή απόφραξη των κάτω μόνο δακρυϊκών σημείων. Η μόνιμη απόφραξη πρέπει να αποφεύγεται επίσης σε νέους ασθενείς επειδή σε αυτή την ηλικία η παραγωγή των δακρύων παρουσιάζει διακυμάνσεις. Η μόνιμη απόφραξη επιτυγχάνεται με καταρχήν έντονη διαστολή του δακρυϊκού σημείου και εν συνεχεία με ήπια καυτηρίαση επί 1 sec του βλεννογόνου που επενδύει το έσω τμήμα του σωληνάριου με ήπια θερμοκαυτηρίαση χωρίς πυράκτωση. Μετά από μία επιτυχημένη απόφραξη, είναι σημαντικό να ελέγχονται σημεία ενδεικτικά επαναλειτουργίας του σωληνάριου. Η σωληναριοπλαστική με argon laser είναι μια άλλη μέθοδος απόφραξης της οποίας όμως μακροπρόθεσμα αποτελέσματα δεν είναι τόσο επιτυχή όσο της καυτηρίασης. Είναι επίσης σημαντικό να θεραπεύεται κάθε συνοδός πάθηση όπως η χρόνια βλεφαρίτιδα και οι επιμολύνσεις.

## 2.7 ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΣΕ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

### 2.7.1 ΟΥΛΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ<sup>(8)</sup>

Το ουλώδες πεμφιγοειδές (mucous membrane pemphigoid) είναι μια συστηματική, αυτοάνοση, χρόνια φλεγμονή των βλεννογόνων. Το οφθαλμικό ουλώδες πεμφιγοειδές είναι δυνητικά μια πολύ σοβαρή επιπλοκή. Αν και η προσβολή του επιπεφυκότα είναι πάντοτε αμφοτερόπλευρη, η νόσος είναι συχνά ασύμμετρη όσον αφορά το χρόνο της έναρξης, τη βαρύτητα και το ρυθμό της εξέλιξης στους δύο οφθαλμούς. Η εκδήλωση της νόσου γίνεται με υποξεία έναρξη μη ειδικών συμπτωμάτων όπως ερεθισμός, καύσος και δακρύρροια, έτσι ώστε η σωστή διάγνωση μπορεί εύκολα να διαφύγει. 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.



2.7.1.1 Στάδιο I: ίνωση επιπεφυκότα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

Τα κλινικά ευρήματα με χρονολογική σειρά παρουσιάζονται ως εξής:

1. Αρχικά εμφανίζεται θηλώδης επιπεφυκίτιδα που συνοδεύεται από διάχυτη υπεραιμία του επιπεφυκότα.
2. Αργότερα μπορεί να δημιουργηθούν στον επιπεφυκότα πομφόλυγες, οι οποίες όταν ρήγνυνται προκαλούν έλκος επιπεφυκότα και σχηματισμό ψευδομεμβρανών .
3. Η συνήθης εξελικτική πορεία της νόσου μπορεί να διακόπτεται από υποξεία επεισόδια, τα οποία χαρακτηρίζονται από διάχυτη υπεραιμία του επιπεφυκότα και οίδημα, ή την εμφάνιση νέων πομφόλυγων του επιπεφυκότα.
4. Οι όψιμες αλλοιώσεις χαρακτηρίζονται από χρόνια φλεγμονή, υποεπιθηλιακή ίνωση και ρίκνωση του επιπεφυκότα.

### ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

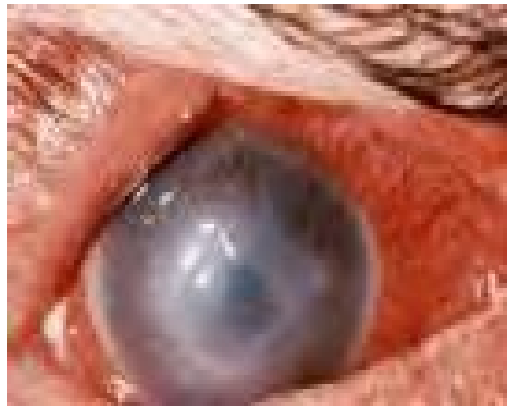
1. Η ξηροφθαλμία προκαλείται από ένα συνδυασμό ινώδους απόφραξης των εκφορητικών πόρων των δακρυϊκών και των επικουρικών δακρυϊκών αδένων και καταστροφής των βλεννοεκκριτικών καλυκοειδών κυττάρων του επιπεφυκότα.
2. Το συμβλέφαρο είναι μια σοβαρή επιπλοκή κατά την οποία δημιουργούνται συμφύσεις μεταξύ του βλεφαρικού και του βολβικού επιπεφυκότα. Οι συμφύσεις τυπικά εμφανίζονται πρώτα στο κάτω κόλπωμα και είναι περισσότερο εμφανείς στα αρχικά στάδια της νόσου όταν μετακινήσουμε το κάτω βλέφαρο προς τα κάτω και ζητήσουμε από τον ασθενή να κοιτάξει προς τα πάνω. Προσβολή του κανθού προκαλεί επιπέδωση του περιγράμματος της μηννοειδούς πτυχής και της εγκανθίδος.



2.7.1.2 Ασθενής με συμβλέφαρο. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

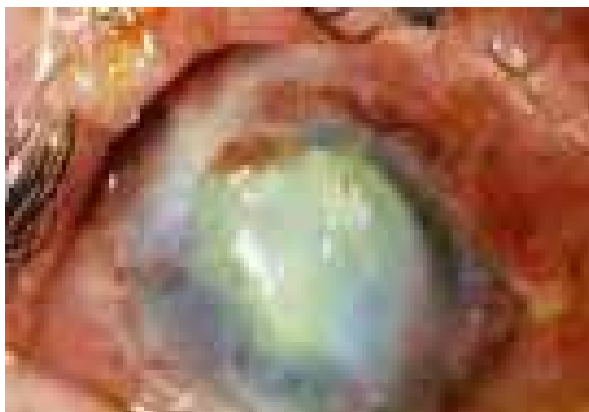
3. Το αγκυλοβλέφαρο χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό συμφύσεων στον έξω κανθό, μεταξύ του άνω και του κάτω βλεφάρου.

4. Η δευτεροπαθής κερατίτιδα μπορεί να είναι βαριά μέχρι να απειλείται η όραση. Προκαλείται από το συνδυασμό ουλώδους εντροπίου, μεταπλαστικών βλεφαρίδων, λαγόφθαλμου και ξηροφθαλμίας.



2.7.1.3 Ασθενής με δευτεροπαθή κερατίτιδα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

5. Το τελικό στάδιο της νόσου χαρακτηρίζεται από ολική επιθηλιοποίηση της επιφάνειας του κερατοειδή, εξάλειψη των κολπωμάτων, νεοαγγείωση του και εξέλκωση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε δευτεροπαθή βακτηριακή λοίμωξη.

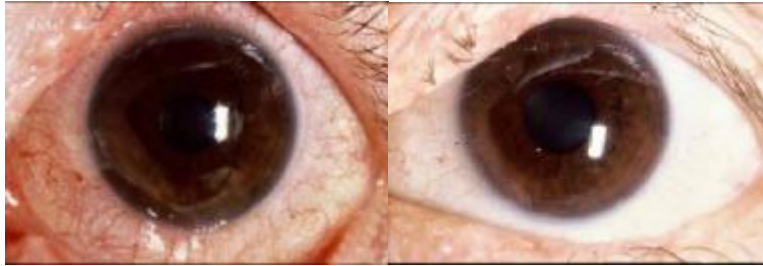


2.7.1.4 Ολική επιθηλιοποίηση της επιφάνειας του κερατοειδή. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

#### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

1. Τοπική θεραπεία με στεροειδή μπορεί να ωφελήσει κατά το οξύ στάδιο. Αργότερα τα τεχνητά δάκρυα μπορεί να ανακουφίσουν από τα συμπτώματα της ανεπάρκειας των δακρύων. Αντιβιοτικά πρέπει να συνταγογραφούνται μετά από λήψη καλλιεργείων από τον επιπεφυκότα και τα βλέφαρα.

2. Συστηματική θεραπεία με στεροειδή είναι χρήσιμη για της οξείες εκδηλώσεις. Μακροχρόνια θεραπεία με δαπσόνη και κυτταροταξικά φάρμακα μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη στην καταστολή της φλεγμονώδους αντίδρασης του επιπεφυκότα και στην αποτροπή της προοδευτικής ρίκνωσης αυτού.



2.7.1.5 Ασθενής πριν και μετά την θεραπεία. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

3. Φακοί επαφής από σιλικόνη μπορεί να χρησιμοποιηθούν με προσοχή για την προστασία του κερατοειδούς από την τριχίαση και την ξηρότητα. Ακαμπτοι σκληρικοί φακοί μπορούν να αποβούν αποτελεσματικοί στη συγκράτηση δακρυϊκής στοιβάδας μπροστά από τον κερατοειδή και την προστασία του από την τριβή με τα βλέφαρα και την έκθεση, αλλά δεν αποτρέπουν την ουλοποίηση των κολπωμάτων.

4. Χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να απαιτηθεί για τις ακόλουθες επιπλοκές:

- Ουλώδες εκτρόπιο και μεταπλαστικές βλεφαρίδες.
- Βαριά ξηροφθαλμία μπορεί να απαιτήσει απόφραξη των δακρυϊκών σημείων, εάν αυτά δεν έχουν αποφραχθεί από την ουλοποίηση.
- Μεγάλα, υποτροπιάζοντα έλκη μπορεί να χρειασθούν ταρσορραφή η ένεση στον ανελκτήρα, ώστε να προκληθεί πτώση και να προαχθεί η επούλωση.
- Τυφλοί οφθαλμοί που προέκυψαν από προχωρημένη κερατινοποίηση της επιφάνειας του βολβού, μπορεί να βελτιωθούν με κερατοπρόθεση.

## 2.7.2 ΣΥΝΔΡΟΜΟ STEVEN'S JOHNSON<sup>(8)</sup>

Πρόκειται για φλεγμονώδη συστηματική νόσο με βλάβες στο δέρμα και τους βλεννογόνους ως αποτέλεσμα αντίδρασης υπερευαισθησίας σε φάρμακο ή λοιμογόνους παράγοντες. Οι αντιδράσεις εκδηλώνονται 1-2 εβδομάδες μετά τη λήψη φαρμάκων.

Προσβάλλει συχνότερα παιδιά και νέους άντρες. Προκαλεί υψηλό πυρετό, κεφαλαλγία, μυαλγίες, προσβολή βλεννογόνων. Το εξάνθημα εξελίσσεται με διαβρωτικές και ελκωτικές βλάβες με αιμορραγικές εσχάρεις. Παρατηρείται αφυδάτωση (λόγω των στοματικών ελκών). Σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο η θνησιμότητα αγγίζει το 10-15% και η τύφλωση προέρχεται λόγω των ελκών του κερατοειδή.

### ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Τα βλέφαρα είναι οιδηματώδη και καλύπτονται από εφελκίδες. Παρατηρείται ελκοποίηση, αιματηρό εξίδρωμα, καταρροϊκή επιπεφυκίτιδα, δακτυλοειδείς - τοξοειδείς βλάβες (με ερυθρή, λευκή και κυανή απόχρωση), μετατροπή της φυσαλίδας σε πομφόλυγα, μειωμένη έκκριση δακρύων και διαταραχή οπτικής οξύτητας.

Η συμμετοχή του επιπεφυκότα ποικίλλει σε βαρύτητα ως ακολούθως:

- Ήπια, παροδική, θηλώδης επιπεφυκίτιδα.
- Βαριά μεμβρανώδης ή ψευδομεμβρανώδης επιπεφυκίτιδα, η οποία μπορεί να προσβάλει και το βολβικό και το βλεφαρικό επιπεφυκότα.
- Η απομάκρυνση των μεμβρανών ακολουθείται από την δημιουργία τοπικών ινωδών περιοχών.
- Μετά την οξεία φάση της νόσου, δεν συνεχίζεται η ουλοποίηση.





2.7.2.1 Ασθενής προσβεβλημένος από το Σύνδρομο Steven's Johnson (<http://emedicine.medscape.com>).

### **ΟΦΘΑΛΜΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Οι επιπλοκές αν και σχετικά σπάνιες περιλαμβάνουν:

1. Το σχηματισμό συμβλεφάρου.
2. Μεταπλαστικές βλεφαρίδες, οι οποίες είναι λεπτότατες και εκφύονται από τα στόμια των κατεστραμμένων μείβομιανών αδένων.
3. Επιφορά, λόγω απόφραξης του δακρυϊκού αποχετευτικού συστήματος.
4. Ξηροφθαλμία, λόγω απόφραξης των εκφορητικών πόρων του δακρυϊκού αδένου.
5. Κερατοπάθεια, δευτεροπαθής από ουλώδες εντρόπιο, έκτοπες βλεφαρίδες και κερατινοποίηση του επιπεφυκότα.

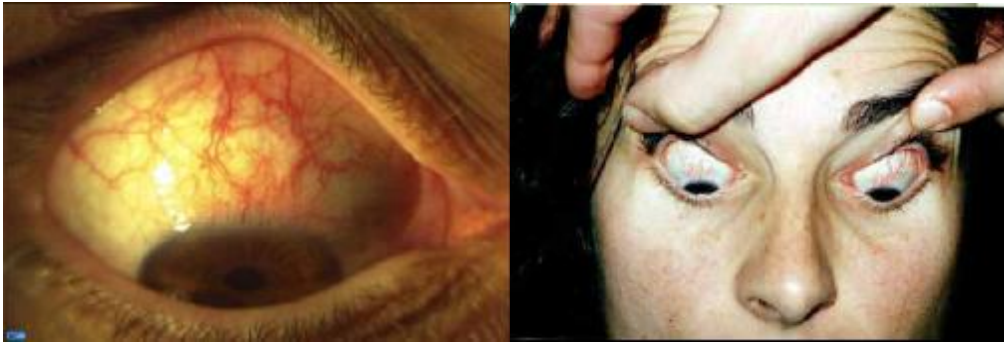
### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Συμπτωματική και υποστηρικτική αγωγή. Χορήγηση συστηματικών κορτικοστεροειδών δεν ενδείκνυται. Τοπικά στεροειδή, τα οποία χορηγούνται στα αρχικά στάδια της νόσου, μπορεί να ελέγξουν την αγγειίτιδα. Ο σκληρικός δακτύλιος, ο οποίος αποτελείται από ένα μεγάλο οπτικό φακό το κεντρικό τμήμα του οποίου έχει αφαιρεθεί, μπορεί να αποτρέψει τη δημιουργία συμβλεφάρου κατά το οξύ στάδιο της νόσου. Άλλα μέσα θεραπευτικής αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την τοπική χρήση ρετινοϊκού οξέως κατά της κερατινοποίησης, υποκατάστατα δακρύων, θεραπευτικούς φακούς επαφής, απόφραξη των δακρυϊκών σημείων και χειρουργική διόρθωση μόνιμων δυσμορφιών. Συνιστάται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, χρήση αναλγητικών, αντιβιοτικών σε επιμόλυνση και οφθαλμικών λιπαντικών. Είναι ακόμα και δυνατή η χρήση μαλακών φακών επαφής για την ουλοποίηση του κερατοειδή.

## 2.8 ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΕΙΔΗ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑΣ <sup>(8)</sup>

### 2.8.1 ΚΕΡΑΤΟΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΝΩ ΣΚΛΗΡΟΚΕΡΑΤΟΕΙΔΙΚΟΥ ΟΡΙΟΥ

Πρόκειται για φλεγμονή του άνω βολβικού και βλεφαρικού επιπεφυκότα με πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων του άνω σκληροκερατοειδικού ορίου. Η νόσος συνήθως προσβάλλει και τους δύο οφθαλμούς, αν και η βαρύτητα της προσβολής μπορεί να είναι ασύμμετρη. Η πορεία της νόσου είναι μακρά, με υφέσεις και εξάρσεις, μέχρις ότου επέλθει η ίαση χωρίς να παραμένουν κατάλοιπα. Προσβάλλονται ηλικίες μεταξύ 30 και 50 ετών και συχνότερα γυναίκες.



2.8.1.1 Ασθενείς με κερατοεπιπεφυκίτιδα στο άνω σκληροκερατοειδικό όριο. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η εκδήλωση γίνεται με μη ειδικά συμπτώματα, όπως αυτό της αίσθησης ξένου σώματος, αίσθημα καύσου, φωτοφοβίας και βλεννώδεις εκκρίσεις. Τα κλινικά ευρήματα είναι:

1. Υπερτροφία των θηλών του άνω ταρσού, η οποία μπορεί να του προσδώσει διάχυτη βελούδινη εμφάνιση.
2. Υπεραιμία του άνω βολβικού επιπεφυκότα, η οποία είναι εντονότερη στο σκληροκερατοειδές όριο και ατονεί όσο πλησιάζει προς το άνω κόλπωμα.
3. Υπερτροφία των θηλών στο σκληροκερατοειδές όριο.
4. Στικτές επιθηλιακές διαβρώσεις του ανώτερου κερατοειδή είναι συνήθεις.
5. Νήματα κερατοειδούς παρατηρούνται στο ένα τρίτο περίπου των περιστατικών και δεν σχετίζονται υποχρεωτικά με μειωμένη έκκριση δακρύων.
6. Ξηρά επιπεφυκίτιδα εμφανίζεται περίπου στο 25 % των περιστατικών.

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία στοχεύει κυρίως στο να μεταβάλει την παθολογική μηχανική αλληλεπίδραση μεταξύ του άνω βλεφάρου και του άνω τμήματος του σκληροκερατοειδικού ορίου. Αν και δεν υπάρχει καθοριστική θεραπεία, υφίστανται οι ακόλουθες θεραπευτικές επιλογές:

1. Τοπική θεραπεία γίνεται με υποκατάστατα δακρύων. Ακετυλκυστεΐνη 5% μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη σε ασθενείς με σημαντική νηματοειδή κερατίτιδα.



2.8.1.2 Ασθενής πριν και μετά την θεραπεία. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

2. Η απόφραξη των άνω δακρυϊκών σημείων είναι απλή και αποτελεσματική μέθοδος σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων.
3. Οι μαλακοί φακοί επαφής είναι χρήσιμοι σε μερικούς ασθενείς.
4. Η θερμοκαυτηρίαση του άνω βολβικού επιπεφυκότα φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων.
5. Χειρουργική αφαίρεση του επιπεφυκότα του άνω σκληροκερατοειδικού ορίου μπορεί να βοηθήσει σε επιμένουσες περιπτώσεις.

### 2.8.2 ΞΥΛΩΔΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(8)</sup>

Είναι μια σπάνια μορφή της χρόνιας υποτροπιάζουσας επιπεφυκίτιδας η οποία χαρακτηρίζεται από ινώδη ψευδομεμβράνες στον επιπεφυκότα. Έχει γενετική προδιάθεση.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα είναι :

- Χρόνια επιπεφυκίτιδα, η οποία χαρακτηρίζεται από ψευδομεμβρανώδεις αλλοιώσεις του ταρσικού επιπεφυκότα με ξυλώδη εμφάνιση.
- Άλλοι βλεννογόνοι μπορεί επίσης να προσβληθούν, όπως αυτοί του στόματος, του ρινοφάρυγγα, της τραχείας και του κόλπου.

#### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι επιρρεπή σε συχνή έκθεση σε ερεθιστικές ουσίες, όπως η σκόνη, η τοπική λοίμωξη και το τραύμα, ειδικά σε μικρά παιδιά. Το τραύμα προκαλεί την επούλωση της πληγής του καταρράκτη, η οποία αρχίζει με εναπόθεση μήτρας ινώδους. Στη συνέχεια δρα ο ιστός του κολλαγόνου για την αναδιαμόρφωση του τραύματος και την ενδεχόμενη επούλωση. Επιπροσθέτως, η χειρουργική εκτομή των ξυλωδών ψευδομεμβρανών, μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της φλεγμονής και να διαιωνίσει τον σχηματισμό αυτών των ψευδομεμβρανών.



2.8.2.1 Ασθενής με ξυλώδη επιπεφυκίτιδα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση με τοπική κυκλοσπορίνη είναι πολύ αποτελεσματική. Άλλα θεραπευτικά μέσα τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί με περιορισμένη επιτυχία είναι: η τοπική χρήση υαλουρονιδάσης, αντιβιοτικά, στεροειδή, χρωμογλυκονικό νάτριο και νιτρικός άργυρος. Η κρυοθεραπεία και η χειρουργική αφαίρεση των αλλοιώσεων συνήθως καταλήγουν σε ταχεία υποτροπή.

### 2.8.3 ΟΦΘΑΛΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ PARINAUD<sup>(8)</sup>

Πρόκειται για μια κοκκιωματώδη επιπεφυκίτιδα που εμφανίζεται στον έναν οφθαλμό, και συνοδεύεται από διόγκωση των λεμφαδένων μπροστά από το αυτί ή κάτω από τη γνάθο σύστοιχα με την περιοχή του γρατζουνίσματος από τη γάτα από την ίδια πλευρά. Οι περισσότερες περιπτώσεις προκαλούνται από γάτα, αν και είναι ένα ασυνήθιστο χαρακτηριστικό αυτής της κατάστασης. Περιστασιακά μπορεί να προκαλείται από άλλες μολύνσεις. Οι αιτίες περιλαμβάνουν:

- *Bartonella henselae*
- *Francisella tularensis*
- ιός του απλού έρπητα τύπου I
- *Paracoccidioides brasiliensis*



2.8.3.1 Επιπεφυκίτιδα σε ασθενή από γρατζούνισμα γάτας. Φαίνεται η διόγκωση του λεμφαδένα (σύνδρομο Parinaud). ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

Κλινικά ευρήματα:

1. Ετερόπλευρη κοκκιωματώδης επιπεφυκίτιδα με οζώδεις υπεγέρσεις που περιβάλλονται από θυλάκια και ενίοτε συνοδεύονται από εξέλκωση.
2. Βαριά λεμφαδενοπάθεια, η οποία προσβάλλει και τον ομόπλευρο προωτιαίο και υπογνάθιο αδένες.
3. Συστηματικές εκδηλώσεις, όπως πυρετός και κακουχία.

Η υποψία της αρρώστιας μπαίνει με βάση το ιστορικό επαφής με γάτα και την χαρακτηριστική κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με ειδικές εξετάσεις είτε στο αίμα, είτε στα οφθαλμικά υγρά ή τον επιπεφυκότα.

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ποικίλλει αναλόγως αιτίου. Η θεραπεία βασίζεται στη χορήγηση ειδικών αντιβιοτικών (azithromycin ή doxacyclin και rifampin).

#### **2.8.4 ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ<sup>(7)</sup>**

Πρόκειται για επιπεφυκίτιδα η οποία προκαλείται κατά τη χορήγηση τοπικής ή συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής, η οποία μπορεί να σχετίζεται ή να μη σχετίζεται με την παρουσία κάποιου οφθαλμικού προβλήματος και αφορά τις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Επιπεφυκίτιδα προκαλούμενη από τοπικά φάρμακα.
2. Επιπεφυκίτιδα προκαλούμενη από συστηματικώς χορηγούμενα φάρμακα.
3. Επιπεφυκίτιδα προκαλούμενη από ξένο σώμα.
4. Επιπεφυκίτιδα από διάφορα αίτια όπως για παράδειγμα από εμβολιασμό.

1. Επιπεφυκίτιδα προκαλούμενη από τοπικά φάρμακα (χημική επιπεφυκίτιδα).  
Η επιπεφυκίτιδα μπορεί να προκληθεί από το ίδιο το φάρμακο ή από τα πρόσθετα που περιέχονται σ' αυτό και εκδηλώνεται είτε ως οξεία αλλεργική αντίδραση είτε ως αντίδραση όψιμης υπερευαισθησίας.

#### **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Δεν υπάρχουν ειδικά ενοχλήματα. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ερεθισμός, αίσθηση ξένου σώματος, άλγος, δακρύρροια και κνησμός. Η παρουσία κνησμού υποδηλώνει υπερευαισθησία, ενώ συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου είναι ενδεικτικά άμεσης ερεθιστικής δράσεως.

#### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία. Συνιστάται η διακοπή της χορηγήσεως του φαρμάκου. Εάν διαπιστωθεί ότι η αντίδραση οφείλεται στα πρόσθετα του φαρμάκου μπορεί να χορηγηθεί το φάρμακο χωρίς τις εν λόγω ουσίες.

2. Επιπεφυκίτιδα προκαλούμενη από συστηματικώς χορηγούμενα φάρμακα.

Μπορεί να εκδηλωθεί ως σύνδρομο Steven's- Johnson ή ως πρόβλημα της δακρυϊκής στοιβάδας ή ως άλλη μη ειδική ανοσιακή αντίδραση.

3. Επιπεφυκίτιδα προκαλούμενη από ξένο σώμα.

Παρατηρείται κυρίως, στους φέροντες φακούς επαφής και αναφέρεται συνήθως με τον όρο γιγαντιαία θηλώδης επιπεφυκίτιδα. Λιγότερο συχνά μπορεί να προκληθεί από οφθαλμικές προθέσεις και χειρουργικά ράμματα. Πρόκειται για αντίδραση του οργανισμού σε χρόνιο μηχανικό ερεθισμό, για ανοσιακή αντίδραση στους φακούς και τις προθετικές εναποθέσεις ή για τοξικές επιδράσεις των καθαριστικών και των απολυμαντικών διαλυμάτων.

#### **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Το προσεκτικό ιστορικό συνήθως, κατευθύνει ως προς την αιτιολογική διάγνωση. Συνήθως, πρόκειται για δυσανεξία στους φακούς. Είναι χαρακτηριστική η έξαρση της ερυθρότητας, του κνησμού, του καψίματος, της δακρύρροιας, της αισθήσεως ξένου σώματος και του θολώματος της οράσεως λίγο μετά την τοποθέτηση των φακών επαφής. Στην περίπτωση της οφθαλμικής προθέσεως τα κύρια συμπτώματα είναι κνησμός, δυσανεξία και έκκριμα, ενώ όταν το αίτιο είναι τα ράμματα κυριαρχούν ο συνεχής κνησμός και ο ερεθισμός.

#### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η απομάκρυνση του αιτίου που προκαλεί την επιπεφυκίτιδα συνήθως, αποκαθιστά το πρόβλημα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιχειρηθεί η αντικατάσταση του είδους των φακών επαφής με άλλους. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιχειρηθεί η αντικατάσταση του είδους των φακών επαφής με άλλους, ενώ σημαντικό ρόλο λαμβάνει και η συστηματική φροντίδα της υγιεινής των φακών. Αντίθετα, αντενδεδεικνύεται αυστηρά η χορήγηση οφθαλμικών σταγόνων κορτικοστεροειδών. Η αφαίρεση των ραμμάτων είναι αναγκαία όταν προκαλούν συμπτώματα δυσανεξίας.

### 2.8.5 ΡΟΔΟΧΡΟΥΣ ΑΚΜΗ<sup>(8)</sup>

Η ροδόχρους ακμή είναι μια άγνωστης αιτιολογίας, χρόνια πάθηση του δέρματος, όπου υπάρχει δυσλειτουργία των αδένων που παράγουν σμήγμα (λίπος). Εκτιμάται ότι το 5% του συνολικού πληθυσμού πάσχει από την αρρώστια. Αν και η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί και κατά την παιδική ηλικία, συνήθως εμφανίζεται σε άτομα μεταξύ 30 και 60 ετών. Στις γυναίκες είναι 3 φορές πιο συχνή από ό,τι στους άνδρες.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ροδόχρους ακμή χαρακτηρίζεται από ερύθημα (κοκκίνισμα) του προσώπου, διαστολή των αιμοφόρων αγγείων και κόκκινα, οίδηματώδη βλέφαρα. Η προσβολή όμως των αδένων των βλεφάρων (μειβομιανοί αδένες) προκαλεί σοβαρή συμπτωματολογία, όπως αίσθηση ξένου σώματος, δακρύρροια, ερυθρότητα, κάψιμο και αν παραμείνει χωρίς θεραπεία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στον κερατοειδή και την όραση.



2.8.5.1 οι μειβομιανοί αδένες δυσλειτουργούν με αποτέλεσμα να μην παράγεται σμήγμα, που είναι απαραίτητο συστατικό των δακρύων. Αν το βλέφαρο πιεστεί θα βγει από τους αδένες παθολογικό σμήγμα. ([www.eyepathology.gr](http://www.eyepathology.gr))

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία της οφθαλμικής ροδόχρου ακμής, στοχεύει στην αποσυμφόρηση των πόρων των αδένων και στην ομαλοποίηση της παραγωγής του σμήγματος και ανάλογα με τη βαρύτητα περιλαμβάνει:

- Θερμά επιθέματα στα μάτια και μασάζ των βλεφαρίδων καθημερινά (υγιεινή βλεφάρων).
- Αλοιφή metronidazole στο δέρμα για 2 μήνες.
- Από το στόμα doxacycline για 4 με 6 μήνες.

Πρέπει να τονιστεί ότι θεραπεία με σταγόνες κορτιζόνης μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση.

### 2.8.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJÖGREN<sup>(8)</sup>

Το σύνδρομο Sjögren είναι μια χρόνια, αυτοάνοση, φλεγμονώδης νόσος, που προσβάλλει τους εξωκρινείς αδένες. Οι αδένες που προσβάλλονται πιο συχνά είναι οι σιελογόνοι και οι δακρυϊκοί.

Το σύνδρομο Sjögren είναι συχνή πάθηση και εκτιμάται ότι πάσχει το 2% του γενικού πληθυσμού, αν και επειδή η διάγνωση είναι δύσκολη, ίσως να πάσχουν πολλοί περισσότεροι. Το 95% των ασθενών είναι γυναίκες.

#### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα της νόσου εμφανίζονται συνήθως στην ηλικία μεταξύ 40 και 60 ετών, δηλαδή πριν ή μετά την εμμηνόπαυση και περιλαμβάνουν:

- Ξηροστομία
- Δυσκολία στην κατάποση
- Βράγχος φωνής
- Ξηροφθαλμία

- Αίσθηση ξένου σώματος στο μάτι
- Κάψιμο στο μάτι

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Οι οφθαλμικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν:

- § Βλεννώδεις εκκρίσεις
  - § Στικτή επιθηλιακή κερατίτιδα
  - § Νημάτια
  - § Θυλάκια στον επιπεφυκότα
- 
- § Θυλάκια στον επιπεφυκότα



2.8.6.1 Σύνδρομο Sjögren (<http://images.rheumatology.org>).

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση θα βασιστεί σε ειδικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν:

- τον ποσοτικό και ποιοτικό έλεγχο των δακρύων
- βιοψία του χείλους
- εργαστηριακές εξετάσεις για την διευκρίνιση συνύπαρξης άλλου αυτοάνοσου νοσήματος

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Το σύνδρομο Sjögren επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η πιο σημαντική διαδικασία στην αντιμετώπιση του είναι η κατανόηση του προβλήματος όχι μόνο από τους ασθενείς αλλά κι από το άμεσο περιβάλλον τους. Η ξηροφθαλμία αντιμετωπίζεται με υποκατάστατα δακρύων. Η ξηροστομία με ερεθισμό παραγωγής σάλιου. Στις σοβαρές περιπτώσεις θα χρειαστούν ανοσοτροποποιητικά φάρμακα τόσο τοπικά στα μάτια, όσο και συστηματικά.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Frank G., Berson, MD. Βασική Οφθαλμολογία για φοιτητές της ιατρικής και Ειδικευόμενους της Γενικής Ιατρικής, εκδοτικός οίκος Broken Hill, 2001
2. Jack J., Kanski MD, MS, FRCS ,FRC Ophth. Clinical Ophthalmology A Systemic Approach, Τέταρτη Έκδοση), Εκδόσεις Παρισιανού, 2004
3. Mark Batterbury, Brad Bowling, Conor Murphy, Ophthalmology, An Illustrated Colour Text, Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιανού, 2010
4. Β. Φωτεινάκης, Ε. Πατέρας, Αρ. Χανδρινός, Κλινική διάθλαση, εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ"-Γ.ΠΑΡΙΚΟΣ & ΣΙΑ Ε.Ε, 2000

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ**

5. <http://www.athenseyehospital.gr> [accessed 03/02/2014]
6. <http://kantarakis.gr> [accessed 03/02/2014]
7. <http://www.iatronet.gr> [accessed 02/03/2014]
8. <http://www.eyepathology.gr> [accessed 19/01/2014]
9. <http://www.dimaki.gr> [accessed 11/03/2014]
10. <http://www.chatzinikolas.gr> [accessed 21/02/2014]
11. <http://eyewiki.aaio.org>[accessed 25/04/2014]
12. <http://www.iatronet.gr> [accessed 21/02/2014]
13. <http://www.eyecenter.gr> [accessed 11/03/2014]