

Alergie oka v dětském věku

MUDr. Pavel Sušický¹, MUDr. Josef Richter, CSc.²

¹Oční oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem

²Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem

Příznaky alergie oka jsou velmi časté u dospělých i dětí na celém světě a jsou často spojeny s příznaky alergie nosu, popisované jako rhinokonjunktivitidy. Postižení se v současné době vyskytuje u 30 % dětské populace vyspělých zemí a neustále dochází k vzestupu prevalence. Průběžně jsou doplňovány možnosti prevence i léčby alergických onemocnění včetně alergie oka. Výskyt očních alergií a jejich klinických projevů je stále podhodnocen a přitom mají významný dopad na kvalitu života jedince. Je nezbytné směřovat k lepšímu poznání mechanismů alergie a zánětu, což by mohlo přispět ke zlepšení léčby.

Klíčová slova: alergie, oko, prevence, léčba.

Childrens allergic diseases of the eye

Allergy symptoms that affect the eyes are common in adults and children worldwide, and are often associated with nasal allergy symptoms, prompting the term rhinoconjunctivitis to describe the condition. Allergy is common hypersensitivity disorder that affects 20 % to 40 % of the population in the western world and its prevalence is increasing worldwide. A variety of prevention and treatment option exist to control ocular allergy symptoms. Ocular allergy is underdiagnosed and has significant impact on the life of the patient. It is vital to reach a better understanding of ocular allergic mechanisms and inflammation, which may lead to improved treatment.

Key words: allergic conjunctivitis, prevention, therapy.

Pediatr. pro Praxi 2010; 11(3): 172–173

Úvod

Alergická konjunktivitida postihuje v současné době přibližně 25 % populace vyspělých zemí (1–3). Příznaky alergie oka jsou časté u dospělých jedinců i u dětí a jsou často spojeny s výskytem alergické rýmy (4–6). Alergická onemocnění dnes postihují více než jednu třetinu populace vyspělých zemí a vykazují neustálý trend růstu (2). Mezinárodní studie ISAAC (The International Study of Astma and Allergy in Childhood) prokázala výskyt rhinokonjunktivitid v různých zemích světa v rozmezí 0,8–14,9 % dětí ve věku 6–7 let a v rozmezí 1,4–39 % dětí ve věku 13–14 let (4). Je zřejmé, že evidence náleží klinických projevů alergií je podceňována. Evidence alergií je nedostatečná, často se lehké formy postižení do diagnostického a léčebného procesu nedostanou (7). Včasné rozpoznání alergie je velmi důležité. Nesmíme zapomínat, že rizikovým je každé dítě s pozitivní rodinnou anamnézou alergického onemocnění.

Diskuze

Obecně je ošetření dětských forem rhinokonjunktivitid a konjunktivitid především záležitostí dětského lékaře (přibližně 50 % postižených), menší míra diagnostiky a léčby je zajištěna alergologem a pouze těžší, problémové průběhy onemocnění registruje oční lékař (2, 4, 8). Oftalmolog může přispět zejména v diferenciální diagnóze, protože se mnohdy na tzv. alergii svádí řada jiných chorob, nejčastěji sy suchého oka,

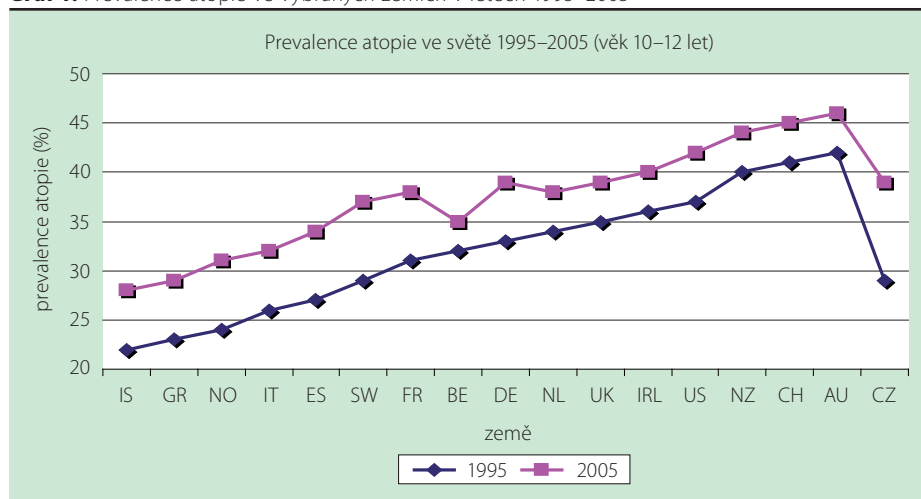
toxická konjunktivitida, zánět spojivek při acne rosacea a některé další. Alergické konjunktivitidy se mohou objevit již u batolat, často je doprovází i celková atopie. Není ale výjimkou, jsou-li samostatné. Rozeznáváme tzv. alergickou sezonní konjunktivitidu, která je v naprosté většině součástí polinózy. Co upoutá a mnohdy rodiče vyděsí, je mohutný otok spojivky, tzv. chemóza, ke které se někdy přidá i poměrně značný otok víček. Vyvolávajícím podnětem jsou vzdušné alergeny, jedná se o I. typ přecitlivělosti.

Dále pak jsou to alergické záněty spojivek pod obrazem folikulárních změn spojivek, zejména vernální katar spojivek – oboustranné, chronické postižení, sezonně se zhoršující, ze-

jména na jaře, odtud také pochází název nemoci. Vedle I. typu se uplatňuje IV. typ přecitlivělosti. Většinou jde o polyvalentní podněty, nejčastěji prach a roztoče, v souvislosti s atopií. Mají několik klinických obrazů, k jejich rozlišení je potřebné vyšetření na štěrbinové lampě.

O tom, že alergická onemocnění vykazují neustálý vzestup a budou perspektivně vážným problémem zdravotnictví, není pochyb. V grafu 1 ukazujeme vzestup alergických onemocnění ve vybraných zemích světa – i v zemích s původně nízkou prevalencí výskytu alergií, jako je například Island, Řecko, Norsko, došlo v rozmezí let 1995–2005 k markantnímu vzestupu. Stejný vzestup je pozorován v ze-

Graf 1. Prevalence atopie ve vybraných zemích v letech 1995–2005



mích s vysokou prevalencí alergií, například v australské populaci se již blíží 50 % (graf 1). V české populaci je tento vzestup v poslední dekádě zvláště výrazný. Stejně tak jako geografické rozložení zemí, stupeň vyspělosti jejich ekonomie, znečištění životního prostředí a řada dalších faktorů se uplatňuje ve významné míře i v regionální úrovni. Základem diagnostiky alergií je především rodinná a osobní anamnéza. Pozitivní anamnézu je nezbytné verifikovat kožními testy s vybranými alergeny, případně vyšetřením alergen specifických protilátek (9).

Klinické příznaky alergie oka se vyskytují izolovaně u 10 % případů, kombinaci s alergickou rhinitidou nacházíme u 90 % postižených. Nejčastěji se setkáváme s výskytem sezonní akutní alergické konjunktivitidy, která je závislá na výskytu pylů, ke kterým je jedinec senzibilizován. Dochází k sezonnímu zvýšení klinických projevů především v jarním a pozdně letním období (10–12). Klinické projevy jsou sužující a mají významný dopad zdravotní i ekonomický. V Evropské unii je kalkulován náklad na léčbu na rok a pacienta přibližně 200 Euro (4). Sezonní alergickou konjunktivitidou trpí přibližně 10–15 % naší populace.

Celoroční chronická alergická konjunktivitida se vyskytuje v mnohem menší míře, u nás je evidováno přibližně 1 % populace. Hlavními alergeny jsou především alergeny roztočů, domácího prachu, alergeny plísň a stále častěji alergeny domácích zvířat – kočky, psa, morčete a dalších. I u tohoto postižení pozorujeme gradaci výskytu potíží v závislosti na množství alergenů v prostředí bytu nebo pracoviště (3, 7).

Mnohem závažnější formou oční alergie je atopická keratokonjunktivitida, vyskytující se u 25–40 % populace s atopickou dermatitidou. Podobný průběh má i atopická blefarokonjunktivitida (3).

Vernální katar spojivek tvoří přibližně 1 % alergických onemocnění oka s výskytem obvykle u jedinců mladších 14 let a s dvojnásobně vyšší frekvencí výskytu u mužského pohlaví (3).

Léčba

Je řada možností léčby a prevence příznaků alergie oka (tabulka 1), některé z nich mohou přispět k omezení často nezbytné farmakologické intervence. Například vyvarování se alergenům, ke kterým je pacient citlivý, může snížit riziko indukce alergie. Musíme si ale uvědomit, že oko je rozsáhlým povrchem s vysokou možností uplatnění se alergenů, protože je v bezprostředním kontaktu s okolím, takže je prakticky nemož-

Tabulka 1. Alergie oka – léčebné postupy

Nefarmakologické	■ omezení alergenů ■ výplachy oka a chladivé obklady ■ umělé náhražky slz
Farmakologické	■ antihistaminika (levocabastin, emedastin, azelastin, antazolin, olopatidin) ■ stabilizátory (kromoglykát sodný, lodoxamid, ketotifen) ■ kortikoidy (dexamethason, fluorometholon, hydrocortison, prednisolon)

né se alergenům a jejich působení vyvarovat. Možnosti snížení nabídky alergenů z povrchu oka cestou lubrikace a použitím například umělých slz vždy nepřináší patřičný účinek. Studené obklady i bezprostřední prostý výplach oka jsou často první pomocí a mohou přinést významnou redukci klinických potíží (1, 2, 4, 7, 8, 10, 11). Pakliže nefarmakologické postupy nepřinesou odpovídající pokles příznaků, je nezbytné zahájit místní, případně systémovou léčbu s cílem odstranit klinické projevy onemocnění.

Naprostá většina alergických sezonních konjunktivitid poměrně rychle odezní, dobře reagují na lokální antihistaminikum antazolin. Zde výjimečně pro dobrý efekt kombinujeme v akutní fázi se sympatomimetiky. Dále je lékem volby některý z řady lokálních H1 blokátorů (emadastin, levocabastin, azelastin), které mají prolongovaný účinek, kompetitivně inhibují H1 receptory a snižují cévní permeabilitu. Před začátkem alergické sezony je vhodné podat léky ve formě očních kapek, které brání degranulaci žírných buněk, např. n-kromoglykan a odoxamid. Za moderní jsou pak považovány léky, kde se kombinují antihistaminika se stabilizátory žírných buněk, např. ketotifen fumarát, epinastin a olopatiden. U těžších forem, zejména u vernálního kataru spojivek, je nutné použít ke zklidnění rovněž i kortikoidy. U dětí rozhodně preparáty s fluorometholonem, které nezvyšují nitrooční tlak. Někdy jsme nuceni užít prednisolon. Jeho indikace patří očnímu lékaři, který pacienta v průběhu léčby pravidelně kontroluje. Riziko steroidního glaukomu není až tak malé a zvýšený nitrooční tlak vidíme často již po 2 týdnech lokální aplikace prednisolonu. Včasné vysazení lokálních kortikoidů je nezbytné, jinak dojde poškozením odtokových cest k vytvoření sekundárního glaukomu. Stejně nebezpečí jak samotné kortikoidy znamenají i kombinované preparáty s antibiotiky.

Rovněž použití imunoterapie při znalosti etiologického agens může přinést významný léčebný účinek a rozhodně snižuje klinické potíže (12). Orální, respektive sublingvální aplikace je v poslední době nahrazována nazální aplikací vakcíny, která je významně účinnější (4).

Závěr

Léčebné postupy a zvládání potíží alergie oka je stále předmětem zájmu jak farmaceutických firem, tak zainteresovaných specialistů. Stále se kloníme k tomu, že možnost prevence indukce alergického onemocnění je jednoznačně perspektivou, která přinese významný dopad nejenom pro rizikovou populaci, ale i pro ekonomiku zdravotnictví státu. Čistota zevního prostředí, ale i čistý domov hrají v prevenci nejen dětských alergií nemalou úlohu.

Literatura

1. Bielory L, Friedlaender MH, Fujishima H. Allergic conjunctivitis. *Imunol. Allerg. Clin. N.A.* 1997; 17: 19–31.
2. Leonardi A. Vernal keratoconjunctivitis: pathogenesis and treatment. *Progress in Retina and Eye Research* 2002; 21: 319–339.
3. McGill JL, Golgate ST, Church MK, et al. Allergic eye disease mechanisms. *Br J Ophthalmol.* 1998; 82: 1203–1214.
4. Bielory L, Katelaris CH, Lighman S, et al. Treating the Ocular Component of Allergic Rhinoconjunctivitis and Related Eye Disorders. *MedGenMed* 2007; 9: 35–52.
5. Bielory L. Allergic and Immunologic disorders of the eye. Part I: Immunology of eye. *J. Allergy Clin Immunol* 2000; 106: 805–816.
6. Bielory L. Allergic and Immunologic disorders of the eye. Part II: Ocular allergy. *J. Allergy Clin Immunol* 2000; 106: 1019–1032.
7. Owen CG, Shah A, Henshaw K, et al. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficiency and effectiveness. *Brit J Gen Practice* 2004; 54: 451–456.
8. Leopardi A, Mottle L, Bortolotti M. Allergy and eye. *Clin Exp Immunol.* 2008; 153: 17–21.
9. Petrů V. Zvláštnosti péče o dětské alergiky. *Lékařské Listy* 2009; 5: 21–22.
10. Kumar P, Elston R, Black D, et al. Allergic rhinoconjunctivitis and contact lens intolerance. *CLAO J.* 1991; 17: 31–34.
11. Lemp MA. Contact lenses and associated anterior segment disorders: dry eye, blepharitis, and allergy. *Opthalmol Clin North Am.* 2003; 16: 463–469.
12. Lima MT, Wilson D, Pitkin L, et al. Grass pollen sublingual immunotherapy for seasonal rhinoconjunctivitis: a randomized controlled trial. *Clin Exp Allergy* 2002; 32: 507–514.

MUDr. Pavel Sušický
Oční oddělení Masarykovy nemocnice
Sociální péče 3 316/12A,
401 13 Ústí nad Labem
pavel.susicky@mnul.cz

