

Fodor Mariann dr.

Debreceni Egyetem, Szemklinika, Debrecen

A leggyakoribb szemészeti fertőzések

A CIKK ÁTTEKINTI A „VÖRÖS SZEM” LEGGYAKORIBB OKAIT, AZOK DIFFERENCIÁLDIAGNÓZISÁT, LEGNAGYOBB HANGSÚLYT A NYÁRON GYAKRABBAN ELŐFORDULÓ SZEZONÁLIS SZEMÉSZETI FERTŐZÉSEKRE FEKTETVE. MIVEL A LEGTÖBB KÖTŐHÁRTYA-GYULLADÁS SPONTÁN, MARADVÁNYTÜNET NÉLKÜL MEGGYÓGYUL, EZÉRT A LEGFONTOSABB ANNAK MEGHATÁROZÁSA, HOGY VALÓBAN „CSAK” KÖTŐHÁRTYA-GYULLADÁSSAL ÁLL-E SZEMBEN A PRAKTIZÁLÓ HÁZIORVOS, VAGY A HÁTTÉRBE AKÁR MARADANDÓ KÁROSODÁST, LÁTÁST VESZÉLYEZTETŐ KÓRKÉP (SZARUHÁRTYA-GYULLADÁS VAGY FEKÉLY, UVEITIS, SÉRÜLÉS, GLAUCOMÁS ROHAM) ÁLL-E, AMELY ESETÉN A BETEGET SZEMÉSZ SZAKORVOSHÓZ SZÜKSÉGES IRÁNYÍTANI.

„Vörös szem”

A családorvoshoz forduló betegek kb. 6%-ának van valamilyen szempanasza (1), amelyek közül a leggyakoribb gyulladásos betegség a kötőhártya gyulladása. Azonban a gyulladást kísérő tünetek, úgymint a szúró, égő érzés, amelyet gyakran fájdalom is kísér, és akár viszketéssel is társul a fényérzékenység és könnyezés mellett, már az ún. „vörös szem” differenciáldiagnosztikai kategóriájába tartoznak. A „vörös szem” számos különböző szembetegség összefoglaló neve, amelyben a kötőhártya ereinek kitágulása következtében alakul ki a szem pirossága (1). Természetesen nyáron a strandolás

és a szabadtéri tevékenységek (kerétkedés, sportolás) közben szerzett kötőhártya-gyulladás nagyobb arányt képvisel, azonban ekkor sem szabad megfedkezünk a „vörös szem” veszélyesebb kiváltó okairól. A családorvosoknak ismerni kell, mely anamnestikus adatok, panaszok és tünetek utalhatnak a látást is potenciálisan veszélyeztető betegségekre (keratitis, elülső uveitis, sérülések, glaucomás roham), amikor a beteget szemészeti szakrendelésre szükséges utalni, akár sürgősséggel is. Fontos azonban azt is tudni, hogy egy hosszan tartó, nehezen kezelhető, komplikált conjunctivitis esetén is javasolt a szemésszel való konzultálás (1).

Anamnézis, diagnózis, differenciáldiagnózis. Tünetek

A családorvosok által is sikeresen kezelhető vörös szem a pontos diagnózis után múlik, a megfelelő terápia és a beteg gondos nyomon követése mellett (1). A „vörös szem” okának keresésekor is igaz, hogy a jó anamnézis már fél diagnózis. A panaszok kezdetére, oldalságára, állandó vagy visszatérő jellegére rá kell kérdezi. A fájdalom erőssége (erős-gyenge) és jellege (nyomó, szúró, égő) is informatív. Tudnunk kell, hogy sérülés érte-e a szemet (idegen test, ütés, maródás lehetősége, illetve növény által

1. TÁBLÁZAT: A „VÖRÖS SZEM” HÁTTÉRBE ÁLLÓ LEGGYAKORIBB BETEGSÉGEK DIFFERENCIÁL-DIAGNOSZTIKÁJA

	CONJUNCTIVITIS	ELÜLSŐ UVEITIS	AKUT ZÁRT ZUGÚ GLAUCOMA	CORNEALIS TRAUMA	KERATITIS
Incidencia	Nagyon gyakori	Gyakori	Ritka	Gyakori	Gyakori
Váladék	Közepesen gyakori	Nincs	Nincs	Szerózus vagy purulens	Szerózus vagy purulens
Látásélesség	Nem érintett	Enyhén romlik	Jelentősen romlik	Általában romlik	Jelentősen romlik
Fájdalom	Nincs	Közepes	Erős	Közepes	Közepes vagy erős
Belövelltség	Diffúz	Főleg circumcornealis	Diffúz	Diffúz	Intenzív
Cornea	Átlátszó	Általában átlátszó	Borús	Változó	Változó
Pupillaméret	Normális	Általában szűk	Tág	Változó	Normális vagy szűkebb
Szemnyomás	Normális	Normális	Igen magas	Normális	Normális

Módosítva átvéve: Berta A. A vörös szem differenciáldiagnózisa. 1 kiadás. Budapest: Alcon Hungária Kft. 2009.

okozott sérülés, amely gombás fertőzések okozója lehet). Meg kell kérdezni, hogy a szemészeti előzményben a páciensünknek hasonló tünete, panasza volt-e már? Történt-e szemészeti műtét, esetleg herpeszvírus-fertőzés? A kontaktlencse-viselés körülményeinek tisztázása elengedhetetlen, mivel a kontaktlencse viselése hajlamosít a szemészeti fertőzésekre, így ismernünk kell a tisztítási, a tárolási körülményeket, illetve hogy strandolás, uszodahasználat során a beteg viselte-e a lencsét. Kontaktlencse viselése kapcsán kialakult szemgyulladás esetén, különösen, ha az nagy fájdalommal jár, mindenképpen gondolni kell a ritka, de súlyos acanthamoeba-fertőzésre. Egyes foglalkozások szintén hajlamosító tényezőként szerepelnek (pl. földműves, vegyész, szerelő, hegesztő, gyermekgondozó). Társuló betegségek ismerete ugyancsak segítheti a pontos diagnózist (légtüti fertőzés, torokfájás, autoimmun kórképek, allergia).

Vannak olyan panaszok, amelyek a differenciáldiagnózist megkönnyítik. Ha a szem viszket, akkor az általában allergia. Ha a beteg szúró, égő érzésről számol be, akkor az száraz szem is lehet. A csipásodás, a szemhéjak összeragadása leggyakrabban bakteriális gyulladásra utaló jel (1). A „vörös szem” háttérben álló leggyakoribb betegségek differenciáldiagnosztikája az 1. táblázatban látható.

A csökkent látásélesség gyulladt szemmen mindig súlyos kórképre utal: nem szabad a családorvosnak a beteg kezelését vállalnia, hanem szemészhez kell őt irányítani (1).

A családorvos szabad szemmel vizsgál, így nem várható el minden betegség pontos diagnózisa. Elegendő annak eldöntése, hogy egyszerű kötőhártya-gyulladásról van-e szó, vagy valamelyik veszélyesebb kórképről (1). Páciensünk vizsgálatkor a conjunctiva gyulladásának legáltalánosabb tünetét a conjunctiva vérbőségét, belövelltségét figyelhetjük meg, amelynek a következménye maga a „vörös szem” (2). Ha ciliaris injekciót látunk (halványlila gyűrű a limbus mellett, azaz circumcornealis belövelltség), gondolnunk kell mélyebb gyulladásra, először uveitisre is (1, 2). A szaruhártya vizsgálata elengedhetetlen,

hiszen conjunctivitisben negatív cornealis státuszt látunk, azaz: „a cornea sima, fénylő, csillogó és átlátszó”. Amennyiben a cornea ehhez képest eltérést mutat, akkor szakorvosi ellátásra van szükség, csakúgy, mint a pupilla bármely eltérése esetén (1). Ugyancsak szemész szakorvosi feladat a kőkemény tapintatú (glaukómás roham) vagy puha (perforáló sérülésre gyanús) szem (1).

A kötőhártya-gyulladások kísérője a váladékozás. Vírusfertőzésekre inkább a víztiszta váladék, bakteriális infekciókra a gennyes váladékozás jellemző. A váladék az alsó áthajlásban meggyűlhet, a szemrésből pedig kifolyhat. Alvás közben a szempillákra tapad, illetve a belső zugban beszárad („a szem csipás”) (2). Láthatunk chemosist, amely a hám alatti kötőszövet nagyfokú ödémáját jelenti.

A gyulladásokat okozhatják gennykeltő baktériumok, chlamydiák, vírusok, gombák, paraziták. Lehet a gyulladás allergiás eredetű (2. táblázat). Gyulladásos tüneteket hozhatnak létre a sérülések, sugárzó energiák is.

Az akut bakteriális conjunctivitis mindennapos, magától gyógyuló kórkép. Az egyszerű, akut bakteriális conjunctivitist gennyes gyulladást okozó baktériumok okozzák (*staphylococcus*, *streptococcus*, *pneumococcus*, *Nisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus aegypticus* [Koch-Weeks], *Pseudomonas aeruginosa*) (2). Okozhatják azonban szaprofita módon élő baktériumok (*Staphylococcus epidermidis*) is, melyek a conjunctiva környezetében élnek (2), amennyiben valamilyen hajlamosító tényező

(szemszáradás, sérülések, szemhéj hibás állása) elősegíti szaporodásukat. A kórkép szinte mindenki által ismert, és általában kétoldali betegség. A gennyesedés nélküli gyulladást keltő baktériumok (*Corynebacterium diphteriae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Moraxella lacunata*, *Francisella tularensis*, *Treponema pallidum*) (2) okozta fertőzés ritka, és csak speciális mikrobiológiai vizsgálatok képesek igazolni. Az akut bakteriális conjunctivitis kezelése a háziorvos által felírt antibiotikumos cseppel történik. Első körben általában az aminoglikozidok közül választhatunk (gentamicin, tobramycin, neomycin [8%-ban allergia alakul ki]) (2). Amennyiben 5-6 napos precíz alkalmazás mellett sem múlnak el a tünetek, akkor már szemészeti rendelésre célszerű a beteget irányítani, a hajlamosító tényező, mélyebb gyulladás (keratitis, uveitis) kizárása céljából. Általában kötőhártya-tenyésztés is történik, és a szemcsepp váltása fluorokinolonokra történhet (ciprofloxacin, ofloxacin, moxifloxacin). Az antibiotikumok hosszú ideig történő használata antibiotikum-rezisztenciát, és a hámsejtek károsodását is okozhatják, amelyek a szaruhártyán akár fekélyek kialakulásához is vezethetnek (2). Bakteriális conjunctivitis esetén a szteroidok igen ritkán indokoltak, és a háziorvos nem is rendelheti őket. Tudnunk kell, hogy hajlamosító tényező nélkül az egyszerű kötőhártya-gyulladás 9-14 nap alatt magától is meggyógyul.

A paratrachoma (zárványos vagy uszodai conjunctivitis) kórokozója a *Chlamydia oculogenitalis* (*Chlamydia trachoma*-

2. TÁBLÁZAT: A CONJUNCTIVITIS GYAKORI FORMÁINAK DIFFERENCIÁL-DIAGNOSZTIKÁJA

	A BETEGSÉG LEFOLYÁSA	A CONJUNCTIVA MEGJELENÉSE	VÁLADÉK
Bakteriális	Akut vagy krónikus	Hiperémiás	Purulens
Vírusos	Akut	Kifejezetten hiperémiás, suffusiók jelenhetnek meg	Szerózus
Chlamydia	Szubakuttól a krónikusig	Közepesen hiperémiás	Mucopurulens
Allergiás	Akut vagy krónikus	Inkább ödémás, mint hiperémiás	Szerózus

Módosítva átvéve: Hollwich F.: Ophthalmology. A short textbook. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 1985.

tis D-K szerotípusai). Csecsemőkori és felnőttkori formája ismert, azonban az előzővel a háziorvos nemigen találkozhat, mivel a kórokozó a szülés folyamán kerül az újszülött szemébe. A felnőttkori formájában az inkubációs idő 1 hét (a szexuális érintkezés után). Azonban manapság legtöbbször uszodai fertőzés okozza (akár járványszerűen) és főleg fiatal felnőtteket érint (lymphogranuloma venereum conjunctivitis). Szemhéjduzzanat mellett a kezdetben féldoldali, de 1-2 nap múlva általában kétoldali mucopurulens váladék jellemzi, preauricularis lymphadenopathia mellett. A szemtünetek mellett 90%-ban általános tünetek is jelen lehetnek (urethritis, cervicitis, prostatitis) [2]. Kezelése helyileg, szemkenőccsel történik (Tetran, tetracyclin hatóanyaggal), illetve szisztémásan erythromycin, tetracyclin adható. Ugyanez a kórkép is meggyógyul kezelés nélkül 8-10 hét alatt, de mivel krónikussá válhat, és elülső uveitis is kialakulhat, ezért kezelése indokolt.

A vírusok által okozott conjunctivitisek általában enyhe lefolyásúak, egy részük pedig szisztémás betegségek részjeként jelenik meg [2]. A regionális nyirokcsomók duzzanata gyakori.

Az adenovírus conjunctivitis kórokozója az APC-vírus (adeno-pharyngo-conjunctivalis), amely két fő kórképet okozhat. A pharyngoconjunctivalis láz kórokozója az adenovírus 3-as és 7-es szerotípusa, amely főleg nyáron fordul elő, és gyerekeken gyakrabban. Típusosan uszodai fertőzés. A 3-4 napos inkubációs idő után általános tünetek jelennek meg: láz, fejfájás, izomfájdalmak, pharyngitis és felső légúti gyulladás. A beteg fényérzékenységről és diszkomfortról panaszkodik. Az alsó áthajlásban folliculusképződés

figyelhető meg, a szem vörös, súlyos esetben suffusio, chemosis és pszeudomembrán is kialakulhat. Kétoldali betegség, melynek 30%-ában keratitis is alakul preauricularis, submandibularis nyirokcsomó-duzzanattal kísérvé. A betegség két hét alatt spontán gyógyul, azonban a lázcsillapítás mellett a szemészeti panaszok csökkentésére helyi, tüneti kezelés indokolt lehet. A vírusellenes szerek hatástalanok, a szteroidok kerülendőek [2].

A keratoconjunctivitis epidemica kórokozója az adenovírus 8-as és 19-es szerotípusa (ritkán a 4-es, ez kevésbé károsítja a corneát). Terjedése közvetlenül, illetve cseppfertőzés útján történik. Nagyon fertőző. Epidemiológiai jelentősége van. A háziorvosi rendelőben is a kezelőszemélyzet és a beteg gyakori kézmosása, dezinficiálása a betegség tovaterjedését megakadályozhatja. Járvány idején korlátozni kell még a szemorvosi ténykedést is, mert terjedése valamiképpen összefügg a szemorvosi tevékenységgel. A beteget fel kell vizsgálni, hogy otthon is maximális elővigyázatosság (pl. külön törölköző) szükséges, mert a családtagokra veszélyt jelent a beteg. Az inkubációs idő nyolc nap. Általános tünetek kísérhetik, úgymint kisebb láz, fejfájás és levertség. A beteg szűrő, idegentestérzésről és fénykerülésről panaszkodik. A betegség kezdetben mindig egyoldali, azonban néhány nap alatt átterjed a másik szemre. Kórjelző a „vörös szem” mellett a plica semilunaris és a caruncula haragosvörös duzzanata, valamint a praeauricularis nyirokcsomók megnagyobbodása [2]. Emellett chemosis, suffusio és bő, híg, szerózus váladék látható. Álhártya képződhet, és néha szemhéjcsüngés

alakul ki, azonban ez csupán pseudop-tosis. A kezdeti stádium után jelentkezhet a második stádium (10-14. nap között), amelynek jellemzője, hogy több mint 50%-ban a cornea centrumában apró infiltrátumok keletkeznek (keratitis punctata superficialis vagy, ha a foltok kerekre, akkor keratitis nummularisról beszélünk). Ez csupán a szemészeti rendelőben, réslámpás vizsgálattal figyelhető meg. Szerencsére látásromlás még hegesedés esetén is csak ritkán alakul ki. A vírus elleni készítmények hatástalanok, az antibiotikumok lokális alkalmazása a szekunder fertőzéseket akadályozza meg.

Összegzés

A háziorvos rendelőjében megjelenő páciensek, akiknek nyári szemészeti fertőzése van, többnyire sikeresen kezelhetők antibiotikumos szemcseppel, illetve spontán is meggyógyulhatnak. Az anamnézis felvételekor különös hangsúlyt kell fektetni sérülés, műtét, kontaktlencse-viselés, szisztémás betegségek kizárására az előzményből. A beteg vizsgálatakor a látásélesség meghatározása fontos, csakúgy, mint a cornea megfigyelése a váladékozás és a vörös szem mellett. Keresni kell idegen testet (a szemhéj kifordítása elengedhetetlen), sérülés nyomait, és olyan hajlamosító tényezőket, amelyek súlyosbítják az egyszerű fertőzéseket (szemhéjak hibás állása, egyéb, nem a fertőzéssel összefüggő szembetegségek). Abban az esetben, ha a beteg panaszai pár napon belül nem enyhülnek, vagy a legkisebb esély is van a súlyosabb betegségre, a páciens szemészetre kell küldeni.

Irodalom

1. Berta A. A vörös szem differenciáldiagnózisa. 1. kiadás. Budapest: Alcon Hungária Kft.; 2009.
2. Süveges I. Szemészet. 3. kiadás, 4-5. fejezet. Budapest: Medicina könyvkiadó Zrt.; 2010. https://www.tankönyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/2011_0001_524_szemeszet/ch05s05.html
3. Hollwich F. Ophthalmology. A short textbook. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 1985.