

Spojivka/skléra/duhovka/onemocnění zevních tkání oka

5.1 Akutní konjunktivitidy

Subjektivní obtíže

„Červené oko“ (hyperemie spojivky), výtok, slepená víčka či krusty na víčkách (nejvíce po probuzení), pocit cizího tělíska, doba trvání potíží méně než 4 týdny (jinak viz 5.2: *Chronická konjunktivitida*) (viz obr. 5.1.1).

VIROVÁ KONJUNKTIVITIDA/EPIDEMICKÁ KERATOKONJUNKTIVITIDA

Subjektivní potíže

Svědění, pálení, slzení, pocit písku či cizího tělíska; anamnéza proběhlé infekce horních cest dýchacích nebo kontakt s osobou prodávající virovou konjunktivitidu. Často začíná na jednom oku a během několika dní postihne i oko druhé.

Objektivní nález

(Viz obr. 5.1.2.)

Hlavní: Folikulární reakce spojivky dolního víčka, hmatné citlivé preaurikulární uzliny.

Další: Vodnatá sekrece, zarudlá a oteklá víčka, tečkovité podspojivkové hemoragie, tečkovitá keratopatie (v těžších případech epiteliální eroze), membrány/pseudomembrány (viz obr. 5.1.4). Jemné intraepiteliální mikrocysty jsou časným nálezem, pokud jsou přítomny, mohou pomoci při stanovení diagnózy. Subepiteliální (předněstromální) infiltry se mohou objevit několik týdnů po začátku konjunktivitidy.

Etiologie a varianty virální konjunktivitidy

- Nejčastěji adenovirová. Epidemická keratokonjunktivitida je nejčastěji způsobena podskupinou D sérotypů 8, 19 a 37. Faryngokonjunktivální horečka se obvykle vyskytuje u dětí, je spojená s faryngitidou a horečkou a nejčastěji je způsobena sérotypy 3 a 7.
- Akutní hemoragická konjunktivitida: Je spojena s nápadnými podspojivkovými hemoragiemi a obvykle trvá 1–2 týdny. Častěji se objevuje v tropických oblastech. Je způsobena enterovirem 70 (vzácně je následována paralýzou podobně poliovirové), virem coxsackie A24 a adenovirem sérotypem 11.

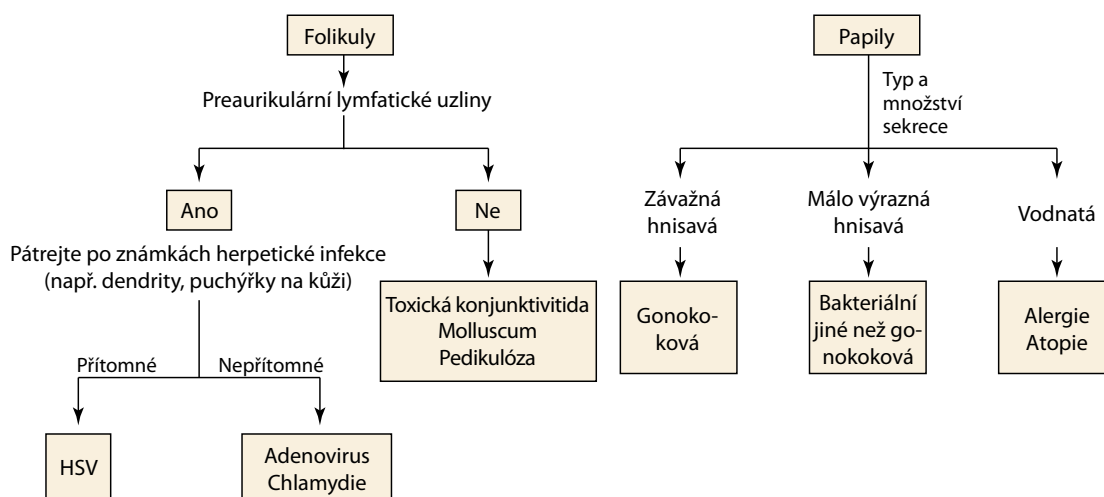
Pozn.: Mnoho systémových virových onemocnění (např. spalničky, příušnice, chřipka) může vyvolat nespecifickou konjunktivitidu. Je třeba odpovídajícím způsobem léčit vyvolávající onemocnění; k léčbě očí používáme umělé slzy 4–8krát denně. V případě, že je potřeba aplikovat umělé slzy častěji než 4x/d, doporučujeme umělé slzy bez konzervačních látek.

Vyšetřovací postup

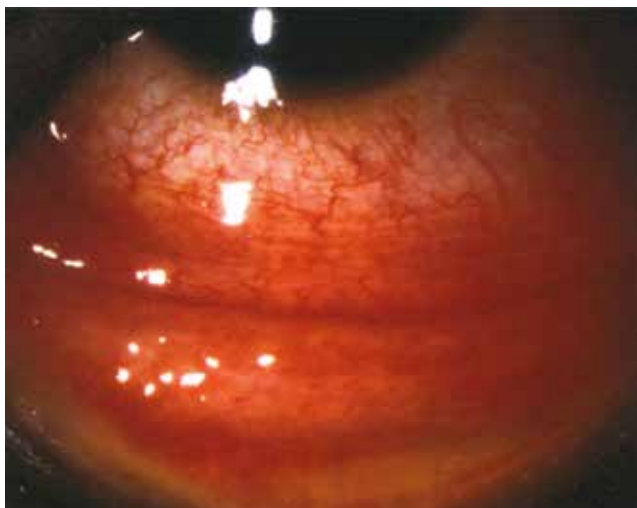
Stěry a kultivace ze spojivky se provádí pouze v případě excesivního výtoku nebo jsou-li potíže chronické (viz 5.2: *Chronické konjunktivitidy*).

Léčba

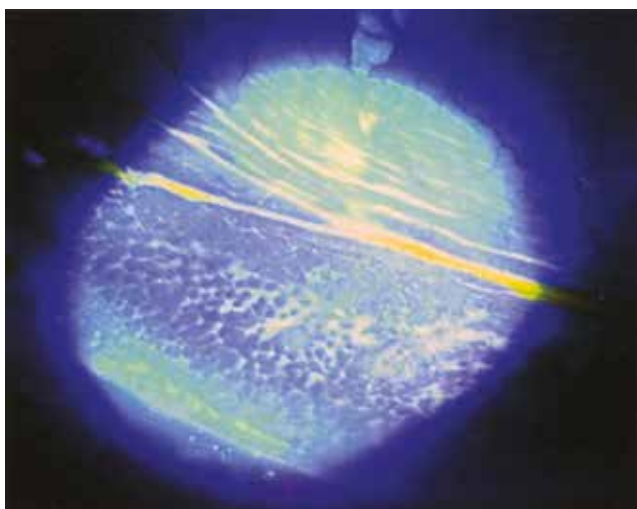
1. Upozorníte pacienta, že virová konjunktivitida je samolimitující onemocnění, které se typicky během prvních 4 až



Obr. 5.1.1 – Algoritmus pro diferenciální diagnostiku folikulární a papilární reakce spojivky

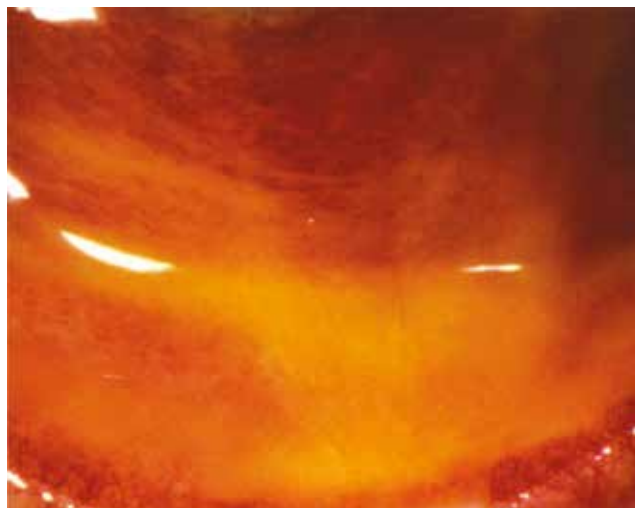


Obr. 5.1.2 – Virová konjunktivitida



Obr. 5.1.3 – Folikuly na dolní víčkové spojivce

- 7 dnů od začátku příznaků horší a může trvat 2–3 týdny (v případě postižení rohovky i déle).
- Virová konjunktivitida je vysoce nakažlivá tak dlouho, dokud jsou oči červené (pokud nejsou užívány steroidy) nebo trvá výtok/slzení (obvykle po dobu 10 až 12 dnů od začátku). Pacienti by se neměli dotýkat svých očí, podávat ruku, sdílet ručník či polštář atd. U osob vystavených kolektivu omezte docházku do práce nebo školy, dokud trvá zarudnutí očí a slzení.
 - Časté mytí rukou.
 - Umělé slzy bez konzervačních látek nebo mast čtyři- až osmkrát denně po dobu 1 až 3 týdnů. Doporučte jednodávkové balení, aby se omezila možnost kontaminace hrotu lahvičky a šíření nákazy.
 - Studené obklady několikrát denně.
 - Pokud je svědění úporné, antihistaminové kapky (např. epinastin 0,05% 2×d).
 - Pokud jsou přítomny membrány/pseudomembrány, měly by být šetrně odstraněny vatovou štětičkou nebo jemnou pinzetou pro zlepšení komfortu, minimalizaci rohovkových defektů a zabránění tvorbě syclefar.



Obr. 5.1.4 – Virová konjunktivitida s pseudomembránami

- Pokud jsou přítomny membrány (pseudomembrány nebo pokud subepiteliální (předněstromální), infiltráty snižují vizus a/nebo způsobují významnou fotofobii, měla by být zahájena léčba lokálními steroidy (např. loteprednol 0,5% nebo prednisolone acetat 1% 4×d). V případě silného slzení zvažte steroidní mast (např. fluorometholone 0,1% mast 4×d nebo dexamethasone/tobramycin mast 0,1%/0,3% mast 4×d), aby se zajistil delší čas působení medikace. V případě přítomnosti pouze subepiteliálních infiltrátů je obvykle dostačující aplikace slabšího steroidu s nižší frekvencí (např. loteprednol 0,2% nebo 0,5% 2×d). Vzhledem k jejich možným nežádoucím účinkům je užití lokálních steroidů sporné v podmínkách lékařské pohotovostní služby a u pacientů s nejistou následnou péčí. Steroidy mohou urychlit odeznění příznaků, ale prodloužit období nakažlivosti. Navíc steroidy často vyžadují postupné vysazování a subepiteliální infiltráty mohou během tohoto vysazování nebo po ukončení léčby recidivovat.

Pozn.: Rutinní používání antibiotik není v případě virových konjunktivitid vhodné. Použití se doporučuje pouze v případě přítomnosti rohovkových erozí nebo hlenohnisavého výtoku, který vyvolává podezření na bakteriální konjunktivitidu.

Následná péče

Kontroly po 2 až 3 týdnech, dříve, pokud se potíže výrazně horší nebo jsou užívány steroidy.

KONJUNKTIVITIDA ZPŮSOBENÁ VIREM HERPES SIMPLEX

Pro podrobnější informace viz 5.15: *Virus herpes simplex*. Pacienti mohou udávat v anamnéze opary kolem úst. Projevuje se jednostrannou (někdy recidivující) folikulární reakcí spojivky, hmatnými preaurikulárními uzlinami a příležitostně současně herpetickým výsevem na kůži kolem očí a podél okraje víčka. Pro léčbu použijte antivirové přípravky (např. trifluridin 1% kapky 8×d, gancyklovir 0,05% gel 5×d nebo přípravky typu acyklovir 400 mg 5×d perorálně) a teplé obklady. Steroidy jsou kontraindikované.

ALERGICKÁ KONJUNKTIVITIDA

Subjektivní potíže

Typicky svědění, vodnatý výtok a anamnéza alergií. Obvykle oboustranná.

Objektivní nález

Chemóza, červená a oteklá víčka, papilární reakce spojivky, periokulární pigmentace, nehmatné preaurikulární uzliny (viz obr. 5.1.5).

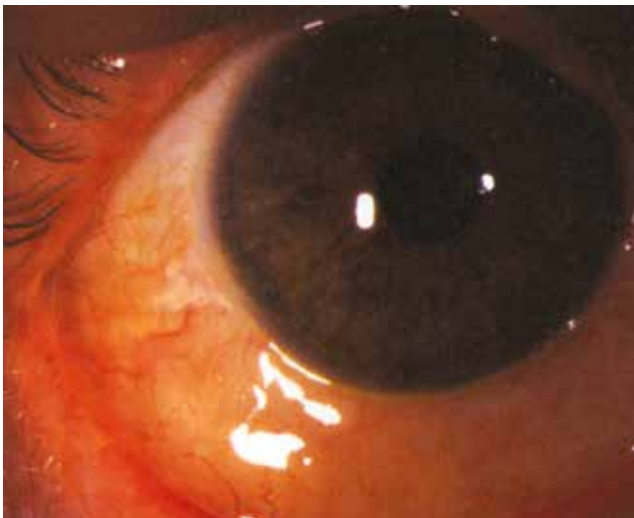
Léčba

1. Eliminujte vyvolávající faktor. Pomoci může časté mytí vlasů a praní oblečení.
2. Chladné obklady několikrát denně.
3. Lokálně kapky dle závažnosti.
 - Lehká: Umělé slzy 4-8×d.
 - Středně závažná: Antihistaminika a/nebo stabilizátory žírných buněk v kapkách. Běžně lze k léčbě s dávkováním 1×d použít olopatidin 0,2% nebo 0,7% nebo alkaftadin 0,25% v kapkách. Běžná léčba s dávkováním 2×d zahrnuje olopatidin 0,1%, epinastin 0,05%, nedokromil 2%, bepotastin 1,5% nebo ketotifen 0,025%. Potíže mohou zmírnit také pemirolast 0,1% nebo lodoxamid 0,1% kapky, ale je třeba dávkovat 4×d.

Pozn.: Oční nesteroidní antiflogistika jako ketorolak 0,5% 4×d mohou být také účinná ke zmírnění očního zánětu, ale je třeba pacienta kontrolovat vzhledem k známému riziku jejich toxických účinků na rohovku při chronickém používání.

- Těžká: Slabé lokální steroidy (např. loteprednol 0,2% nebo fluorometholon 0,1% 4×d na 1 až 2 týdny) spolu s dříve popsanou medikací.
4. Ve středně těžkých až těžkých případech mohou pomoci antihistaminika celkově (např. diphenhydramin 25 mg p.o. 3×d až 4×d nebo loratadin 10 mg p.o. jednou denně)

Pozn.: Rutinní použití topických antibiotik nebo steroidů se v případě alergické konjunktivitidy nedoporučuje.



Obr. 5.1.5 – Alergická konjunktivitida

Následná péče

Kontrola za dva týdny. Pokud jsou užívány lokální steroidy, je třeba je postupně snižovat a pacienty sledovat, abychom zachytili případný výskyt nežádoucích účinků.

VERNÁLNÍ/ATOPICKÁ KONJUNKTIVITIDA

Subjektivní potíže

Obvykle oboustranné svědění, ale často intenzita asymetrická, s hustým vláknitým sekretem. Častější u chlapců. V případě vernální konjunktivitidy sezonní recidivy (jaro/léto); v případě atopické konjunktivitidy v anamnéze atopie, dermatitida a/nebo astma bronchiale bez sezonního výskytu. Vernální konjunktivitida se obvykle vykytuje u mladších pacientů.

Objektivní nález

Hlavní: Obrovské papily na spojivce horního víčka nebo podél limbu (limbální vernální konjunktivitida) (viz obr. 5.1.6).



Obr. 5.1.6 – Vernální/atopická konjunktivitida s obrovskými papilami horní tarzální spojivky



Obr. 5.1.7 – Vernální/atopická konjunktivitida s vyvýšenými bílými uzlíky podél limbu obsahujícími eozinofily

Další: Plošný vřed v horních oblastech rohovky („shield ulcer“; dobře ohraničený, sterilní, šedobělavý infiltrát s defektem epitelu, někdy s tzv. vernálním plakem na povrchu), bělavé vyvýšené uzlíky při limbu (Hornerovy-Trantasovy tečky) obsahující degenerované eozinofily (viz obr. 5.1.7), keratitis superficialis punctata.

Léčba

1. Použijte obdobné léky jako u alergické konjunktivitidy a zároveň zajistěte pacienta profylakticky stabilizátory žírných buněk nebo kombinací antihistaminika/stabilizátoru žírných buněk (např. olopatidin 0,2% nebo 0,7% 1×d, alkaftadin 0,25% 1×d, olopatidin 0,1% 2×d, ketotifen 0,1% 2×d, lodoxamid 0,1% 4×d, pemirolast 0,1% 4×d) 2 až 3 týdny před začátkem alergické sezony.
2. Pokud je přítomný „shield ulcer“, přidejte:
 - Lokální steroidy (např. loteprednol 0,5% nebo prednisolon acetát 1% kapky, dexametason 0,1% mast) 4–6×d.
 - Topická antibiotika v kapkách (trimethoprim/polymyxin B 4×d) nebo mast (např. erythromycin 4×d, bacitracin/polymyxin B 4×d).
 - Cykloplegika (např. cykloptolát 1% 2×d).

Pozn.: V případě „shiled ulcer“ je třeba odstranit adheovaný materiál na povrchu, aby mohlo dojít k reepitelizaci.

3. Chladné obklady 4×d.
4. Pokud uvedená léčba nezabírá, zvažte cyklosporin 0,05% až 2% 2×d až 4×d. Informujte pacienta, že maximální efekt léčby bude patrný až po několika týdnech.
5. Pokud je stav spojený s atopickou dermatitidou kůže víček, zvažte takrolimus 0,03% až 0,1% mast na noc nebo 2×d (preferovaně), pimekrolimus 1% krém 2×d nebo oční steroidní mast (např. fluometholon 0,1% 4×d) na postiženou kůži na 1 až 2 týdny.

Následná péče

Kontroly v případě přítomnosti „shield ulcer“ každé 1 až 3 dny; jinak vždy po několika týdnech. Při zlepšení postupně snižujeme lokální medikaci. Antialergické léky ponecháváme po celou dobu sezony a často je nasazujeme několik týdnů před začátkem dalšího jara. Pacienti používající lokální steroidy by měli být pravidelně sledováni, zejména NOT, i v případech, kdy jsou steroidy používány pouze na kůži.

BAKTERIÁLNÍ KONJUNKTIVITIDA (NEGONOKOKOVÁ)

Subjektivní potíže

Zarudnutí, pocit cizího tělíska, výtok; mnohem méně výrazné je svědění.

Objektivní nálezy

Hlavní: Hnisavý běložlutavý sekret mírného stupně až středně silný.

Další: Papilární reakce spojivky, chemóza, typicky nehmatné preaurikulární uzliny (na rozdíl od gonokokové, kde jsou preaurikulární uzliny často hmatné).

Etiologie

Běžně *Staphylococcus aureus* (spojené s blefaritidou, flyktnou a marginálními sterilními infiltráty), *Staphylococcus epidermidis*, *Hemophilus influenzae* (zejména u dětí a často bývá spojeno s otitis media), *Streptococcus pneumoniae* a *Moraxella catarrhalis*.

Pozn.: Uvažujte o gonokokové infekci, pokud je začátek hyperakutní, s výrazným výtokem, viz **Gonokoková konjunktivitida** v této kapitole.

Následná péče

Pokud je konjunktivitida závažná, recidivující nebo nereagující na léčbu, proveďte stěry ze spojivky a odešlete k barvení dle Grama (k vyloučení gonokokové infekce) a ke kultivaci a vyšetření citlivosti (např. na krevním a čokoládovém agaru).

Léčba

1. Předepište lokální antibiotickou terapii (např. trimetoprim/polymyxin B nebo fluorochinolon v kapkách nebo masti 4×d) na 5 až 7 dní.
2. Konjunktivitida způsobená *H. influenzae* má být léčena perorálně podávaným amoxicilinem v kombinaci s kyselou klavulanovou (20 až 40 mg/kg/den ve třech dávkách) vzhledem k možnému extraokulárnímu postižení (např. otitis media, pneumonie a meningitida).
3. Pokud je konjunktivitida spojená s dakryocystitidou, jsou nezbytná systémová antibiotika. Viz 6.9: *Dakryocystitida/zánět slzného vaku*.

Následná péče

Zpočátku kontroly každé 2 až 3 dny, po stabilizaci každých 5 až 7 dní, dokud se nález nezhojí. Antibiotickou léčbu upravíme dle výsledků kultivace a citlivosti.

GONOKOKOVÁ KONJUNKTIVITIDA

Objektivní nálezy

Hlavní: Výrazná hnisavá sekrece, hyperakutní začátek (typicky během 12 až 24 hodin).

Další: Papilární reakce spojivky, zřetelná chemóza, preaurikulární lymfadenopatie, otok víček. Pro podrobnější informace ke gonokokové konjunktivitidě novorozenců viz 8.9: *Ophthalmia neonatorum (konjunktivitida novorozenců)*.

Vyšetřovací postup

1. Vyšetřete celou rohovku k vyloučení periferních ulcerací (zejména v horní části) s ohledem na riziko rychlé progresse a perforace (viz obr. 5.1.8).
2. Pošlete STATIM stěry ze spojivky k barvení dle Grama a na kultivaci a vyšetření citlivosti (např. na čokoládový agar nebo Thayrův-Martinův agar).

Léčba

Pokud Gramovo barvení prokáže gramnegativní intracelulární diplokoky nebo existuje vysoké klinické podezření na gonokokovou konjunktivitidu, zahajte léčbu.



Obr. 5.1.8 – Gonokoková konjunktivitida s postižením rohovky

1. Je doporučováno užití dvojkombinace ceftriaxon 1 g intramuskulárně (i. m.) PLUS azythromycin 1 g p. o., obojí v jedné dávce. Pokud je postižena rohovka nebo nelze postižení vyloučit vzhledem k chemóze a otoku víček, pacienta hospitalizujte a podávejte ceftriaxon 1 g intravenózně (i. v.) každých 12 hodin namísto ceftriaxonu i. m. Délka léčby se řídí klinickou odpovědí. Ve všech případech gonokokové konjunktivitidy zvažte konzultaci s infekčním oddělením.
2. Pokud není dostupný ceftriaxon nebo není tolerován (např. u pacientů alergických na cefalosporiny), zvažte následující léčbu:
 - Gemifloxacin 320 mg p. o. v jedné dávce PLUS azithromycin 2 g p. o. v jedné dávce.
 - Gentamicin 240 mg i. m. v jedné dávce PLUS azithromycin 2 g p. o. v jedné dávce.

Pozn.: Nejenže jsou fluorochinolony kontraindikovány u těhotných a dětí, ale vzhledem k narůstající rezistenci nejsou již fluorochinolony nadále doporučovány pro monoterapii při léčbě gonokokových infekcí.

3. Lokálně fluorochinolony v masti 4×d nebo kapky po 2 hodinách. Pokud je postižena rohovka, aplikujte fluorochinolony v kapkách každou hodinu (např. gatifloxacin, moxifloxacin, besifloxacin, levofloxacin nebo ciprofloxacin).
4. Výplachy solným roztokem 4×d, dokud výtok neodezní.
5. Zaléčte možnou chlamydiovou koinfekci (např. azythromycin 1 g p. o. v jedné dávce nebo doxycyklin 100 mg p. o. 2×d 7 dní).
6. Léčbu perorálními antibiotiky, jak bylo popsáno, podějte v případě gonokokové i chlamydiové infekce též sexuálním partnerům.

Následná péče

Kontroly denně, dokud nedojde k jednoznačnému zlepšení, a poté každé 2 až 3 dny, dokud nedojde k vyléčení. Pacienti a jejich sexuální partneři mají být vyšetřeni k vyloučení dalších sexuálně přenosných chorob.

PEDIKULÓZA (VŠI, MUŇKY)

Typicky vzniká nákazou vší muňkou (obvykle sexuálně přenosné). Může být jednostranná i oboustranná.

Subjektivní potíže

Svědění, mírná injekce spojivky.

Objektivní nález

Hlavní: Dospělé muňky, hnidy, zbytky debris s krví na víčkách a řasách (viz obr. 5.1.9).

Další: Folikulární konjunktivitida.



Obr. 5.1.9 – Pedikulóza

Léčba

1. Odstraňte mechanicky vázací pinzetou vši a vejčička (hnidy).
2. Jakoukoli běžnou oční mast (např. erythromycin) na víčka 2×d 10 dní, která zadusí vši a hnidy.
3. K užití mimo oblasti očí jsou doporučovány pacientům a jejich kontaktům dostupné šampony a přípravky proti vším.
4. Pečlivě vyperte a usušte veškeré oblečení, ručníky a ložní prádlo.

Pozn.: U dětí je výskyt pedikulózy podezřelý z možného sexuálního zneužívání a je doporučeno kontaktovat odpovídající úřady a/nebo organizace zabývající se ochranou dětí.

Informace o chlamydiové, toxické konjunktivitidě a konjunktivitidě spojené s infekcí moluscum contagiosum viz 5.2: *Chronické konjunktivitidy*.

Také viz podobné sekce: 5.10: *Oční jizevnatý pemfigoid*; 8.9: *Ophthalmia neonatorum (konjunktivitida novorozenců)* a 13.6: *Stevensův-Johnsonův syndrom (erythema multiforme major)*.

5.2 Chronické konjunktivitidy

Subjektivní potíže

„Červené oko“ (spojivková hyperemie, spojivková sekrece, slepená víčka (horší při probuzení), pocit cizího tělíska, doba trvání obtíží > 4 týdny (jinak viz 5.1: *Akutní konjunktivitidy*)).

Diferenciální diagnóza

- Parinaudův okulglandulární syndrom (konjunktivitida) (viz 5.3: *Parinaudův okulglandulární syndrom*).
- Latentní dakryocystitida (viz 6.9: *Dakryocystitida/zánět slzného vaku*).
- Potíže spojené s nošením kontaktních čoček (viz 4.20: *Potíže spojené s nošením kontaktních čoček*).
- Nádory spojivky (viz 5.12: *Nádory spojivky*).
- Autoimunitní onemocnění (např. reaktivní artritida, sarkoidóza, diskoidní lupus erythematodes, jiné).

CHLAMYDIOVÁ INKLUZNÍ KONJUNKTIVITIDA

Sexuálně přenosná, způsobená *Chlamydia trachomatis* sérotypy D-K a typicky se vyskytuje u mladých dospělých. V anamnéze může být vaginitida, cervicitida nebo uretritida.

Objektivní nález

Folikuly dolní tarzální a bulbární spojivky, panus na rohovce shora, hmatné preaurikulární uzliny nebo periferní subepiteliální infiltráty. Může být přítomen vláknitý, hlenovitý sekret.

Vyšetřovací postup

1. Anamnéza: Určete dobu trvání zčervenání oka, předchozí léčbu, současně probíhající vaginitidu, cervicitidu nebo uretritidu. Sexuální aktivita?
2. Vyšetření na šterbinové lampě.
3. U dospělých provedení testu na chlamydie pomocí přímé imunofluorescence, DNA sondy, kultivace na chlamydie nebo polymerázové řetězové reakce ze vzorku spojivky.

Pozn.: Použití fluoresceinu může interferovat s výsledkem imunofluorescenčního testu.

4. Zvažte stěr ze spojivky na barvení podle Giemsy: Ukáže bazofilní intracelulární inkluzní tělíska v epitelilátních buňkách, polymorfonukleární leukocyty a u novorozenců i lymfocyty.

Léčba

1. Předepište pacientům i jejich sexuálním partnerům azithromycin 1 g p. o. v jedné dávce, doxycyklin 100 mg p. o. 2×d nebo erythromycin 500 mg p. o. 4×d po dobu 7 dní.
2. Lokálně doporučte erythromycinovou nebo tetracyklinovou mast 2–3×d na 2 až 3 týdny.

Následná péče

Kontrola za 2 až 3 týdny, podle závažnosti nálezu. Pacienti a jejich sexuální partneři mají být rovněž vyšetřeni svými lékaři k vyloučení dalších sexuálně přenosných onemocnění a dle potřeby přeléčení doxycyklinem po dobu 6 týdnů.



Obr. 5.2.1 – Trachom s viditelnými Arltovými liniemi nebo jizvením po chirurgickém ošetření tarzální spojivky

TRACHOM

Principiálně se vyskytuje v rozvojových zemích v oblastech s nízkou úrovní hygieny a přelidněním. Je způsoben *C. trachomatis* sérotypy A-C.

Objektivní nález

(Viz obr. 5.2.1.)

MacCallanova klasifikace

- Stupeň 1: Folikuly horního tarsu, mírná KSP a panus v horní polovině rohovky, často předchází hnisavý výtok a bolestivé preaurikulární uzliny.
- Stupeň 2: Floridní folikulární reakce (2a) nebo hypertrofické papily (2b) na horním tarsu spojená se subepiteliálními rohovkovými infiltráty, panem a limbálními folikuly.
- Stupeň 3: Folikuly a jizvení horní tarzální spojivky.
- Stupeň 4: Nejsou přítomny folikuly, výrazně zjizvená spojivka.
- Pozdní komplikace: Těžký syndrom suchého oka, trichiáza, entropium, keratitida, jizvení rohovky, povrchový fibrovaskulární panus, Herbertovy jamky (zjizvené limbální folikuly), bakteriální superinfekce a vřed rohovky.

Klasifikace Světové zdravotnické organizace

- TF (trachomový zánět: folikulární): Více než 5 folikulů na horním tarsu.
- TI (trachomový zánět: intenzivní): Zánětlivé zduření překrývající > 50% tarzálních cév.
- TS (trachomové jizvení): Jizvení tarzální spojivky, s bílými fibrózními pruhy.
- TT (trachomová trichiáza): Trichiáza alespoň jedné řasy.
- CO (opacita rohovky): Zákal rohovky zasahující alespoň část okraje zornice.

Vyšetřovací postup

1. Anamnéza pobytu v endemických oblastech (např. severní Afrika, Střední východ, Indie, jihovýchodní Asie).
2. Vyšetření a diagnostické testy jak popsáno výše (např. chlamydiová inkluzní konjunktivitida).

Léčba

1. Azithromycin 20 mg/kg p. o. v jedné dávce, doxycyklin 100 mg p. o. 2×d nebo erythromycin 500 mg p. o. 4×d 2 týdny.
2. Tetracyklinová erythromycinová nebo sulfacetamidová mast 2 až 4×d 3 až 4 týdny.

Pozn.: Deriváty tetracyklinu jsou kontraindikované u dětí do 8 let, těhotných žen a kojících matek.

Následná péče

Zpočátku kontroly každé 2 až 3 týdny, později podle potřeby. Ačkoli léčba obvykle vede k vyléčení, pokud nedojde ke zlepšení hygienických podmínek, jsou reinfekce časté.

Pozn.: Světová zdravotnická organizace v současnosti provádí rozsáhlý program k eradikaci trachomu pomocí intermitentní široké distribuce azithromycinu a zároveň zlepšováním úrovně hygieny obličeje a čistoty vody v endemických oblastech. Cílem je globální eliminace trachomu do roku 2020 (GET 2020).

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM**Objektivní nález**

Hlavní: Kupolovité, obvykle vícečetné, umbilikované lesklé uzlíky na víčku či margu víčka.

Další: Folikulární reakce spojivky jako odpověď na toxické virové produkty, rohovkový panus, KSP. Imunokompromitovaní pacienti mohou mít léze větší (až 5 mm) a četnější a zároveň méně výraznou reakci spojivky. Vyšší incidence byla pozorována u pacientů s atopickou dermatitidou.

Léčba

Pokud je nález spojen s chronickou konjunktivitidou, mají být léze odstraněny prostou excizí, incizí a kyretáží nebo kryochirurgicky.

Následná péče

Kontroly každé 2 až 4 týdny, dokud konjunktivitida neodezní, což obvykle trvá 4 až 6 týdnů. V přítomnosti velkého množství lézí zvažte testy na HIV.

MIKROSPORIDIOVÁ KERATOKONJUNKTIVITIDA**Objektivní nález**

Difuzní keratitida s hrubými, vyvýšenými, tečkovitými lézemi a nehnisavá papilární nebo folikulární konjunktivitida, která neodpovídá na konzervativní léčbu. U imunokompromitovaných pacientů se může projevit i jako rohovková stromální keratitida podobná HSV nebo mykotické keratitidě. Diagnóza je stanovena na základě seškrabu nebo biopsie spojivky nebo rohovky; organismus může být identifikován pomocí barvení dle Grama, Giemsa, elektronovou mikroskopii a pomocí in vivo rohovkové konfokální mikroskopie.

Léčba

Je doporučována kombinace antiparazitických a/nebo antibiotických preparátů. Lokálně bývá podáván fumagilin, po-

lyhexametylen biguanid (PHMB) a/nebo systémové antiparazitické léky (např. itraconazol 200 mg p. o. denně nebo albendazol 400 mg p. o. 2×d). Užitečný může být debridement epitelu a následná aplikace antibiotické masti (např. erythromycin, ciprofloxacín nebo bacitracin/polymyxin B 3×d). Je třeba léčit jakékoli systémové projevy. Zvažte testy na HIV a konzultaci infektologa.

TOXICKÁ/POLÉKOVÁ KONJUNKTIVITIDA**Objektivní nález**

Papilární reakce dolní spojivky a/nebo oblasti barvící se fluoresceinem v důsledku aplikace očních kapek. Zejména po aplikaci kapek na snížení nitroočního tlaku, aminoglykosidů, antivirotik a kapek s obsahem konzervačních látek (především s obsahem benzalkonium chloridu). Při dlouhodobé aplikaci, obvykle více než 1 měsíc, můžeme pozorovat folikulární reakci i po jiných přípravcích včetně atropinu, miotik, adrenalinových preparátů a neaminoglykosidových antibiotikách. Může být přítomna KSP a nepatrný výtok.

Léčba

Obvykle stačí přerušit aplikaci problematických kapek. Je možné přidat umělé slzy bez konzervačních látek 4–8×d. V těžkých případech mohou ke zklidnění zánětu spojivek a zlepšení komfortu pomoci lokální steroidy.

Následná péče

Kontrola za 1 až 4 týdny, podle potřeby.

Literatura

Seize MB, Ianhez M, Cestrai Sda C. A study of the correlation between molluscum contagiosum and atopic dermatitis in children. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(4): 663–668.

5.3 Parinaudův okuloglandulární syndrom**Subjektivní potíže**

Červené oko, hlenohnisavá sekrece, pocit cizího tělíska.

Objektivní nález

Hlavní: Granulomatózní uzlík(y) na palpebrální a bulbární spojivce; viditelně oteklé stejnostranné preaurikulární a submandibulární lymfatické uzliny.

Další: Horečka, vyrážka, folikulární konjunktivitida.

Etiologie

- Nemoc kočičího škrábnutí (původce *Bartonella henselae*, nejčastěji): Často je v anamnéze škrábnutí nebo olíznutí kotětem v průběhu předešlých 2 týdnů.
- Tularemie: V anamnéze kontakt s králíky, jinými malými divokými zvířaty nebo klišťaty.
- Tuberkulóza a jiné mykobakteriízy.
- Vzácné příčiny: Syfilis, leukemie, lymfom, příušnice, virus Epstein-Barrové, HSV, plísň, sarkoidóza, listerie, tyfus a jiné.

Vyšetřovací postup

Zahajte, pokud je etiologie neznámá (např. v anamnéze není nedávné poškrábání kočkou).

1. Biopsie spojivky a stěry na barvení podle Grama, Giemsa a na acidorezistentní bakterie.
2. Kultivace vzorků odebraných ze spojivky na krevním agaru, Löwensteinově-Jensenově půdě, Sabouraudově půdě a thioglykolátovém mediu.
3. Krevní obraz vč. diferenciálu, rychlá reaginová reakce (RRR) a test k diagnostice venerických chorob (VDLR test), fluorescenční absorpční test treponemové protilátky (FTA-ABS) nebo mikrohemaglutinační testy (např. MHA-TP), angiotensin konvertující enzym (ACE) a, pokud je pacient febrilní, hemokultury.
4. Rentgenové vyšetření srdce a plic, tuberkulinový test (test reakce vůči purifikovanému proteinovému derivátu; PPD) a/nebo test měření tvorby interferonu- γ (např. QuantiFEROB-TB Gold).
5. Pokud máme podezření na tularemii, je nezbytné sérologické vyšetření titru protilátek.
6. Pokud je diagnóza nemoci kočičího škrábnutí nejistá, může být provedeno sérologické vyšetření tohoto onemocnění a kožní test. (Pozn. překladatele: Kožní test se neprovádí pro riziko přenosu infekce, viz Fojtíková M. Nemoc kočičího škrábnutí. *Pediatric pro praxi* 2009; 10: 38–39.)

Léčba

1. Teplé obklady na bolestivé lymfatické uzliny.
2. Antipyretika podle potřeby.
3. Specifická léčba:
 - Nemoc kočičího škrábnutí: Obvykle ustoupí spontánně během 6 týdnů. Zvažte azithromycin 500 mg p. o. 4×d a potom 250 mg denně čtyři dávky (u dětí 10 mg/kg 4×d, potom 5 mg/kg denně 4 dávky); alternativně použijte trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg 2×d nebo ciprofloxacin 500 mg p. o. 2×d. Délku léčby je třeba individualizovat. Použijte lokální antibiotika (např. bacitracin/polymyxin B mast nebo gentamicin kapky 4×d). Kočky se není potřeba zbavovat.
 - Tularemie: Doporučená léčba je gentamicin 5 mg/kg jednou denně i. m. nebo i. v. po dobu 10 dnů. V případě lehkého onemocnění může být alternativní léčbou ciprofloxacin 500 mg p. o. 2×d po dobu 10 až 14 dnů nebo doxycyklin 100 mg p. o. 2×d po dobu 14 až 21 dnů. Celková léčba má být doplněna lokálně podávaným gentamicinem 0,3% v kapkách každé 2 hodiny po dobu jednoho týdne a potom 5×d do úplného ústupu obtíží. Obvykle již bývají pacienti vzhledem k celkovému onemocnění v péči interních lékařů léčících tularemii; pokud ne, odešlete pacienta ke specializovanému lékaři (internista, infektolog) k zajištění celkové léčby.
 - Tuberkulóza: Pacienta odešlete ke specializovanému lékaři (internista, infektolog) k zajištění antituberkulózní léčby.
 - Syfilis: Celkově penicilin (dávka závisí na stadiu onemocnění) a lokálně tetracyklin mast (viz 12.12: *Syfilis*).

Následná péče

Oční vyšetření zopakujte za 1 až 2 týdny. V případě nemoci kočičího škrábnutí může trvat 4 až 6 týdnů, než spojivkové granulomy a lymfadenopatie ustoupí.

5.4 Horní limbální keratokonjunktivitida (SLK)

Subjektivní potíže

Červené oko, pálení, pocit cizího tělíska, bolest, slzení, svědění, mírná světloplachost, časté mrkání. Průběh může být chronický s epizodami exacerbací a remisí.

Objektivní nález

Hlavní: Sektorovité zduření, zánět a injekce horní bulbární spojivky, zejména při limbu. Často jsou v horních oblastech přítomny řasy spojivky (conjunctivochalasis; viz obr. 5.4.1).

Další: Jemné papily na horní tarzální spojivce; horní oblast rohovky, limbus a spojivka se jemně tečkovitě barví fluoresceinem; filamenta a mikropanus rohovky shora. Nález obvykle oboustranný, často asymetrický.

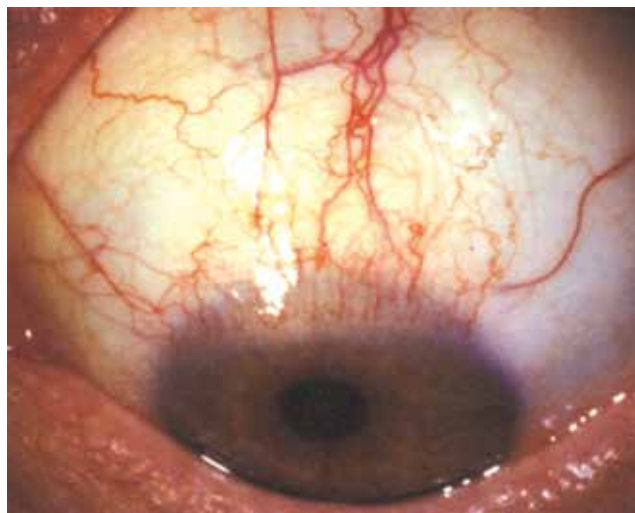
Vyšetřovací postup

1. Anamnéza: Recidivující potíže? Onemocnění štítné žlázy?
2. Vyšetření na šterbinové lampě s využitím barvení fluoresceinem, lisaminovou zelení nebo bengálskou červení, zejména oblastí horní rohovky a k ní přilehlé spojivky. Nadzvedněte horní víčko pro vyšetření horní limbální oblasti a potom evertujte víčko pro vyšetření tarsu. Někdy je lokalizovaná hyperemie lépe patrná při vyšetření v běžném světle, pokud pacienta požádáme, aby se podíval dolů, a nadzvedneme víčko, než na šterbinové lampě.
3. Testy na funkci štítné žlázy (u pacientů s horní limbální keratokonjunktivitidou je prevalence probíhajícího nebo zaléčeného onemocnění štítné žlázy 50 %).

Léčba

Mírná

1. Intenzivní aplikace umělých slz v kapkách bez konzervačních látek čtyři až osmkrát denně a v masti na noc.
2. Zvažte okluzi dolních slzných bodů nebo kauterizaci vzhledem k častému současnému výskytu syndromu suchého oka.
3. Léčte případnou blefaritidu.



Obr. 5.4.1 – Horní limbální keratokonjunktivitida