



il paziente **INFORMATO**[®]

INFORMAZIONE MEDICA PER I PAZIENTI

Obiettivo de "Il Paziente Informato" è di fornire un certo numero di informazioni a carattere medico scientifico, che in ogni caso, non possono sostituire i consigli del vostro medico. Editrice Dogma S.r.l. non è responsabile degli eventuali danni conseguenti alla lettura o alla erronea interpretazione dei contenuti.



Le allergie

Domande e risposte

Quale è il sintomo principale nelle congiuntiviti allergiche?

Il prurito.

In quale stagione le congiuntiviti allergiche si presentano più frequentemente?

La congiuntivite primaverile è più frequente in primavera in quanto un maggior numero di piante produce polline, ma può essere presente anche in altre stagioni.

Il cambiamento delle stagioni può interferire con la sintomatologia delle congiuntiviti allergiche?

L'aumento delle temperature che si è registrato in questi ultimi anni ha favorito, secondo studi statunitensi, impollinazioni più intense e più prolungate delle specie allergeniche, peggiorando la sintomatologia.

Ci sono condizioni atmosferiche che peggiorano la sintomatologia?

Sì, la mancanza di pioggia fa sì che il polline permanga più a lungo nell'atmosfera.

Che ruolo ha l'inquinamento?

Il particolato dei motori diesel favorirebbe l'allergenicità dei pollini. Inoltre l'inquinamento atmosferico peggiora i sintomi allergici, attraverso un'azione irritativa sulle mucose respiratorie.

Ci sono modi per prevenire la sintomatologia?

Conoscendo il periodo annuale di manifestazione della congiuntivite allergica si può iniziare una terapia di stabilizzazione delle cellule circa 2 settimane prima.

È necessaria la presenza di animali perché si scateni l'allergia?

No, gli allergeni sono presenti nell'aria e nella polvere di casa, nel caso del gatto anche dopo molto tempo dall'allontanamento dell'animale.

I cortisonici possono essere utili nella terapia?

Sì, fino a poco tempo fa quando non c'erano **gli anti-allergici di ultima generazione con doppia funzione**, era la terapia d'elezione. Anche oggi nelle fasi acute gravi la terapia di attacco è con steroidi.

La terapia con lacrime artificiali può essere utile?

Sì, per allontanare l'allergene dal film lacrimale, anche se la terapia consigliata è quella con antiallergici con duplice azione (stabilizzatori di membrana ed anti-istaminici).

Il trattamento con prodotti detergenti ed emollienti specifici per l'igiene perioculare può essere utile?

Sì, **una corretta igiene del bordo palpebrale e delle ciglia**, ha un **effetto coadiuvante** nella terapia della congiuntivite allergica. La detersione quotidiana delle palpebre aiuta infatti a rimuovere gli allergeni che si depositano sulle palpebre e sulle ciglia.

I vasocostrittori possono essere utilizzati nel trattamento delle congiuntiviti allergiche?

I vasocostrittori, se usati cronicamente, possono causare arrossamento da reazione, quindi sono sconsigliati per il trattamento di queste patologie che sono croniche.

In collaborazione con:



Dogma srl

Via Cadorna,
Palazzina 3B

17100 Savona

Tel. 019 230571

Fax 019 2305737

www.ilpazienteinformato.it

paziente@dogma.it

Progetto Grafico

Angelo Dadda

Illustrazioni

Renata Traversa



Le allergie

3

SOMMARIO

pag. 2 Domande e Risposte

pag. 4 Struttura dell'occhio

pag. 5 Epidemiologia e fattori

predisponenti

pag. 6 Che cosa succede nel nostro

organismo quando si ha una

reazione allergica?

pag. 7 Sistema immunitario e

reazione allergica

pag. 8 Le difese dell'occhio

pag. 9 Quali sono gli allergeni più

comuni?

pag. 12 La congiuntivite allergica

Struttura dell'occhio

L'occhio è un organo di senso, che ha la funzione di ricevere gli stimoli luminosi e di trasmetterli ai centri nervosi dando origine alle sensazioni visive. È costituito dal bulbo oculare, sferoidale ed elastico, le cui pareti sono formate da tre membrane sovrapposte e concentriche:

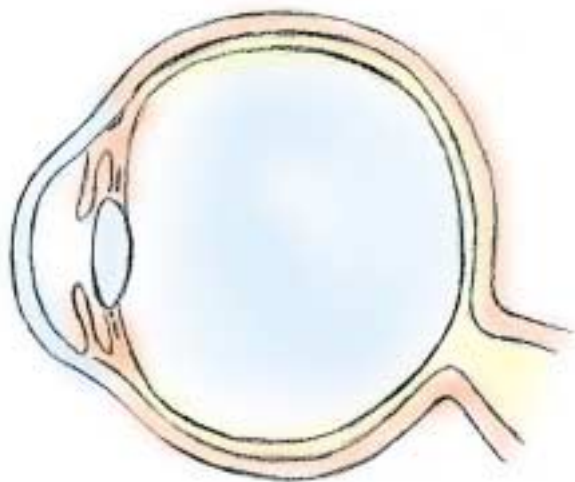
- una esterna, fibrosa, costituita dalla **cornea** (anteriormente trasparente) e dalla **sclera** (la parte bianca);
- una intermedia, che comprende la **coroide**, il **corpo ciliare** e l'**iride**, al cui centro si trova un foro detto pupilla;
- una interna, la **retina**, a funzione fotorecettiva.

La parte anteriore dell'occhio a



contatto con l'esterno è chiamata superficie oculare ed è costituita dalle palpebre, dalla congiuntiva che riveste la parte interna delle palpebre e dalla sclera, dalla cornea e dal film lacrimale. Il punto di unione tra cornea e sclera si chiama limbus ed è il punto dove le cellule si differenziano per andare a formare la cornea. Nello

spessore delle palpebre troviamo alcune ghiandole lacrimali secondarie, mentre la ghiandola lacrimale principale si trova localizzata nell'orbita al di sopra del bulbo e secerne nel fornice superiore. Per fornice si intende il punto di unione che riveste la palpebra torna indietro per rivestire la parte anteriore del bulbo.



Definizione

L'allergia è una reazione "esagerata" messa in atto dal sistema immunitario del nostro organismo verso sostanze che normalmente non provocano tali reazioni. Il soggetto allergico è in pratica colui che si difende in modo sbagliato e reagisce quindi in modo eccessivo a uno stimolo che l'organismo riconosce come estraneo a se stesso. In genere si tratta di sostanze presenti nell'ambiente esterno, come i pollini, o le sostanze chimiche, o ancora gli alimenti che, venendo a contatto con il sistema immunitario, provocano una risposta iper-reattiva e anomala.

Epidemiologia e fattori predisponenti

Oggi circa il 30 per cento della popolazione generale è affetto da patologie di tipo allergico e le cause di questa esplosione sono molteplici e dipendono da numerosi fattori:

Fattori genetici: esiste sicuramente una predisposizione genetica. Infatti se un genitore è allergico il figlio ha un rischio piuttosto alto di sviluppare una malattia allergica. Se sono allergici entrambi i genitori il rischio sale.

Inquinamento

atmosferico: il ruolo dell'inquinamento è stato dimostrato da studi prevalentemente giapponesi, in cui si afferma che il particolato dei motori diesel favorirebbe l'allergenicità dei pollini. A conferma di questa ipotesi si è visto che la percentuale di soggetti con rinite allergica è più elevata in coloro che vivono nei pressi di vie ad alta percorrenza rispetto alle popolazioni rurali. Inoltre l'inquinamento atmosferico peggiora i sintomi allergici, attraverso un'azione irritativa sulle mucose respiratorie.

Lo stile di vita

occidentale: le famiglie sempre meno numerose (generalmente due figli o un figlio unico), l'uso di antibiotici, le vaccinazioni (peraltro indispensabili nel ridurre la

mortalità infantile), la riduzione di malattie infettive croniche (come la tubercolosi) hanno come contraltare negativo uno scarso impegno del sistema immunitario sul fronte infettivologico, quindi una sua maggiore propensione allo sviluppo di reazioni allergiche.

I cambiamenti climatici:

l'aumento delle temperature che si è registrato in questi ultimi anni ha favorito, secondo studi statunitensi, impollinazioni più intense e più prolungate delle specie allergiche.



Che cosa succede nel nostro organismo quando si ha una reazione allergica?

Le reazioni di tipo allergico possono verificarsi in numerosi distretti dell'organismo, e sono sempre legate all'incontro tra un allergene (una sostanza cioè esterna all'organismo, come il polline) e un anticorpo specifico per quella sostanza, fabbricato dall'organismo stesso.

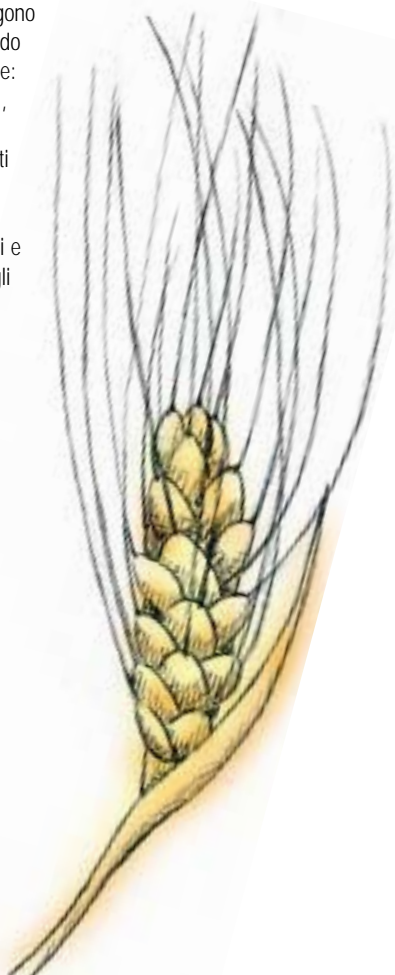
Un antigene è una sostanza capace di provocare la formazione di anticorpi specifici nell'organismo in cui si introduce. Più precisamente, un antigene che a contatto con un anticorpo determina dei fenomeni allergici si chiama allergene. Un anticorpo è una proteina (globulina) plasmatica che viene

sintetizzata nell'organismo da cellule specializzate (le plasmacellule) quando vi viene introdotta una sostanza estranea (un antigene).

Gli anticorpi responsabili di manifestazioni allergiche vengono classificati secondo il loro modo di apparizione in due categorie:

- gli **anticorpi spontanei**, che si dividono in anticorpi naturali, normalmente presenti nel siero del sangue, e in anticorpi reaginici, o reagine, sviluppati nei soggetti allergici e che circolano e si fissano sugli organi o sui tessuti;
- gli **anticorpi indotti**, rappresentati dagli anticorpi

anafilattici, che appaiono in seguito all'iniezione di potenti antigeni, e dagli anticorpi bloccanti, che circolano e sono in grado di legarsi prima delle reagine agli antigeni introdotti nella circolazione.



Sistema immunitario e reazione allergica



Il compito di sorveglianza immunologica, riconoscimento, reattività, neutralizzazione o eliminazione è affidato a cellule che fanno parte del sistema di difesa del nostro organismo: linfociti T e B. In circostanze normali i linfociti T sono capaci di valutare il pericolo rappresentato da una sostanza estranea. Se questo sistema di riconoscimento si altera, una sostanza innocua può essere scambiata per una dannosa: essa funziona allora da allergene e innesca una risposta immunologica che conduce all'attivazione di cellule (mastcellule) e alla liberazione di mediatori diversi in relazione alla natura dell'allergene. Alcuni allergeni stimolano in modo caratteristico una risposta principalmente cellulare con attivazione dei linfociti T, che a loro volta producono mediatori

chimici, responsabili dell'arrossamento, dell'aumento di temperatura, del gonfiore e del dolore nella sede dell'infiammazione. Una condizione nella quale si innesca un meccanismo di questo tipo è, per esempio, la dermatite da contatto (malattia su base allergica della pelle), che si manifesta dopo il contatto con sostanze normalmente innocue come cosmetici, metalli, vegetali ecc. Le reazioni allergiche di questo tipo si manifestano dopo 48 ore dal contatto con l'antigene e per questo si parla di ipersensibilità ritardata. Quando invece la reazione allergica si manifesta in modo violento dopo pochi secondi o pochi minuti dal contatto con l'allergene si parla di ipersensibilità immediata, che è dovuta alla presenza di una specifica classe di

immunoglobuline, le IgE. Le IgE sono anticorpi prodotti anche in condizioni normali, ma solo in piccola quantità. Nei soggetti allergici, invece, la loro concentrazione nel sangue è di solito molto elevata. Una volta prodotte in seguito allo stimolo antigenico, le IgE si fissano alla superficie di altre cellule, i mastociti, localizzati nei tessuti connettivi, che contengono sostanze capaci di indurre rapidamente una reazione infiammatoria, come l'istamina. Quando l'allergene si combina con le IgE fissate alla superficie, il mastocita si attiva, liberando l'istamina (degranulazione) che a sua volta dà inizio all'evento infiammatorio (orticaria, asma, rinite). Contemporaneamente altre cellule dell'infiammazione vengono attivate e reclutate nella sede della reazione allergica, con liberazione di altri mediatori.

Le difese dell'occhio

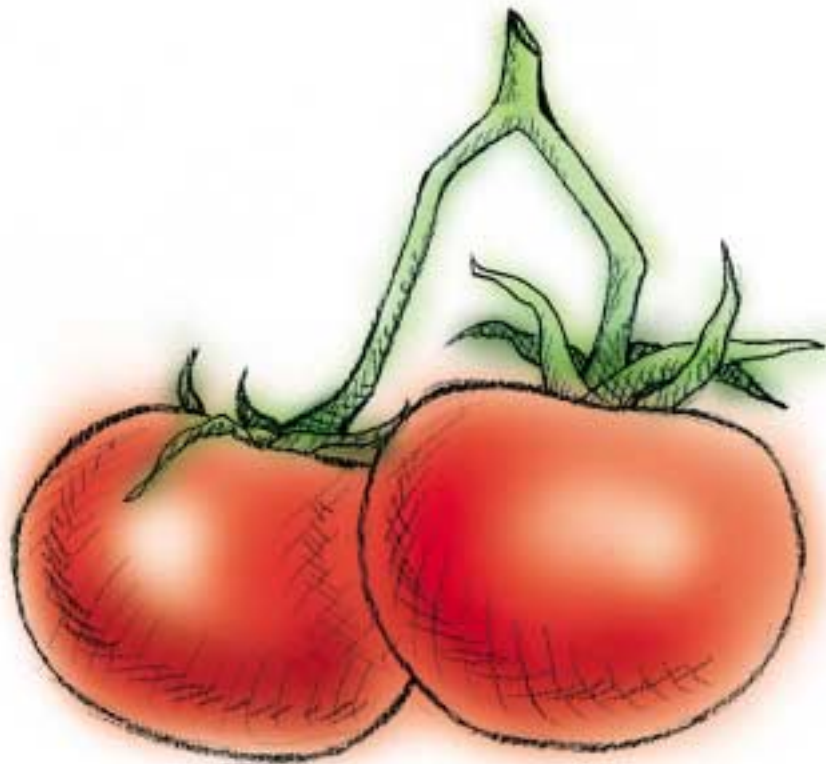
8

I compiti di difesa dell'occhio sono affidati alla superficie oculare che è costituita dalle palpebre, dalla congiuntiva, dal limbus, dalla cornea e dal film lacrimale.

Mentre le palpebre hanno una funzione principalmente meccanica di protezione, il film lacrimale in questi casi ha una duplice funzione: una di pulizia, aumentando la produzione della lacrima può allontanare ciò che

dà fastidio all'occhio, e una di trasporto degli anticorpi prodotti dalle plasma cellule. Quando arriva l'antigene, gli anticorpi si legano a questo formando un complesso antigene-anticorpo che attiva un altro tipo di cellula molto rappresentato nei tessuti oculari: le mastcellule. Queste cellule (mastcellule) sono presenti sulla congiuntiva e si calcola che vi siano circa 50 milioni di cellule nei tessuti

oculari e negli annessi. Ogni mastcellula contiene parecchie centinaia di granuli di istamina al suo interno che rilascia quando i suoi recettori di membrana vengono stimolati dalla presenza di IgE. L'istamina scatena la reazione infiammatoria con arrossamento dell'occhio, gonfiore dei tessuti e prurito. Anche il limbus possiede caratteristiche anti-infiammatorie simili alle precedenti.



Quali sono gli allergeni più comuni?

Gli allergeni che vengono a contatto con l'organismo sono numerosi e di diversa natura. I più comuni sono i pollini, gli acari della polvere, il pelo degli animali domestici e le muffe.

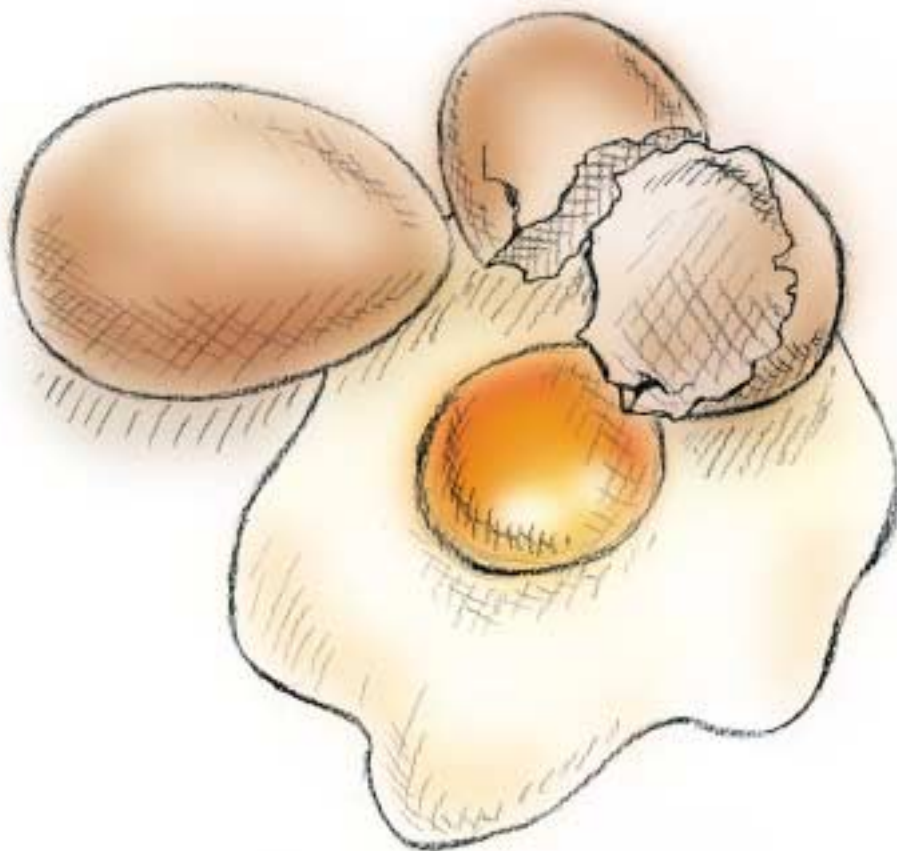
I pollini

Per definizione i pollini che

possono determinare allergia sono quelli anemofili cioè quelli che sfruttano il vento per fecondare altre piante e che quindi si differenziano da quelli entomofili che sfruttano gli insetti.

Nella stagione dei pollini si susseguono le fioriture di diversi

tipi di piante che determinano la comparsa dei caratteristici sintomi (rinite, congiuntivite, tosse, dispnea o fame d'aria, asma) in periodi abbastanza ben delimitati: è molto importante per l'allergologo sapere in quale periodo sono comparsi i sintomi per poterli collegare, visti i



risultati delle prove allergologiche cutanee, con una singola pianta. Anche perché le prove di un allergico dimostrano di solito una polisensibilizzazione (cioè la positività verso diversi allergeni) che potrebbe indurre in errore.

Gli acari della polvere

Il *Dermatophagoides pteronyssinus* è l'origine del più potente allergene che causi l'asma. Si adatta molto bene alla vita nelle nostre case, dimorando essenzialmente nel letto e si nutre delle scaglie di pelle umana perse con la fisiologica desquamazione. Hanno dimensioni intorno agli 0,3 mm e le loro feci hanno dimensioni intorno ai 20 millesimi di millimetro e sono quindi adatte ad essere inalate in profondità nel naso e nei polmoni.

Le muffe

Fanno parte del regno dei funghi, sono molto adattabili e possono crescere ovunque vi siano ossigeno e umidità sufficienti.

Gli animali domestici

Sono oggi tra le principali cause di reazioni allergiche. Perché si scateni l'allergia non è necessaria la presenza dell'animale. Gli allergeni sono infatti presenti nell'aria e nella polvere di casa, nel caso del gatto anche dopo molto tempo dall'allontanamento dell'animale.

I cibi

I pazienti allergici a pollini possono lamentare la comparsa, di solito nel periodo di impollinazione, di sintomi quali l'edema delle labbra e della bocca accompagnati da un intenso prurito, dopo aver mangiato frutta o verdura. Questo fatto può essere spiegato dalla presenza di allergeni comuni tra i pollini e questi alimenti: questa malattia viene chiamata *Sindrome Orale Allergica* e colpisce circa il 25% dei pazienti pollinosi. La sintomatologia può arrivare fino all'edema della glottide determinando difficoltà respiratoria. I pazienti devono pertanto, prudenzialmente, evitare l'assunzione degli alimenti sospettati di dare reazione crociata con i pollini a cui il soggetto è allergico.

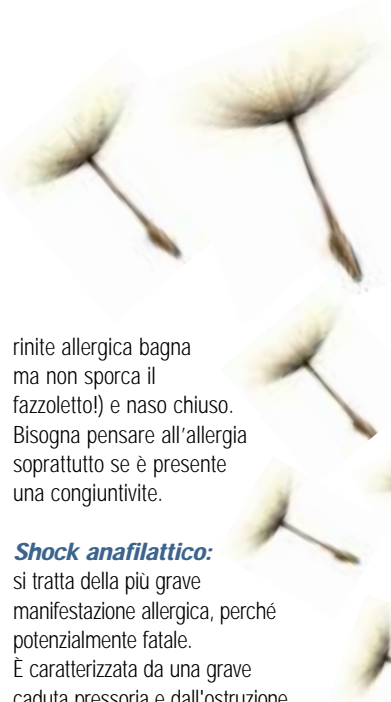
In relazione al bersaglio di queste sostanze, avremo diversi tipi di allergia:

Asma bronchiale allergica:

si caratterizza per accessi di difficoltà respiratoria e respiro sibilante che si verificano in presenza dell'allergene cui si è sensibili.

Rinite allergica:

è caratterizzata da raffiche di starnuti, scolo nasale acquoso (la



rinite allergica bagna ma non sporca il fazzoletto!) e naso chiuso. Bisogna pensare all'allergia soprattutto se è presente una congiuntivite.

Shock anafilattico:

si tratta della più grave manifestazione allergica, perché potenzialmente fatale. È caratterizzata da una grave caduta pressoria e dall'ostruzione delle vie aeree per un rilascio massivo nel circolo sanguigno di istamina in seguito alla reazione allergica. Le cause di questo drammatico quadro possono essere gli alimenti, i farmaci e le punture di api o vespe.

Dermatite atopica:

colpisce prevalentemente l'età pediatrica, ma può persistere anche in età adulta (meno frequente l'esordio nell'adulto). Interessa prevalentemente il volto, la zona periorale, il collo, la regione dietro al ginocchio. Le cause sono numerose e non del tutto chiarite.

Dermatite da contatto:

è caratterizzata da eritema e vescicole che si formano nel punto di contatto della cute con l'allergene. La forma più nota è quella che ha come allergene il nichel. Vanno anche segnalate dermatiti da contatto professionali (parrucchieri, muratori).

Orticaria/angioedema:

sono presenti pomfi pruriginosi diffusi su tutto il corpo, talora associati a gonfiore delle labbra o degli occhi.

Allergia alimentare:

si manifesta generalmente come orticaria/angioedema o nei casi più gravi come anafilassi in seguito all'assunzione di un cibo. Gli alimenti più allergenici sono il latte, le uova, il grano, i crostacei, il pesce, le arachidi, il pomodoro.

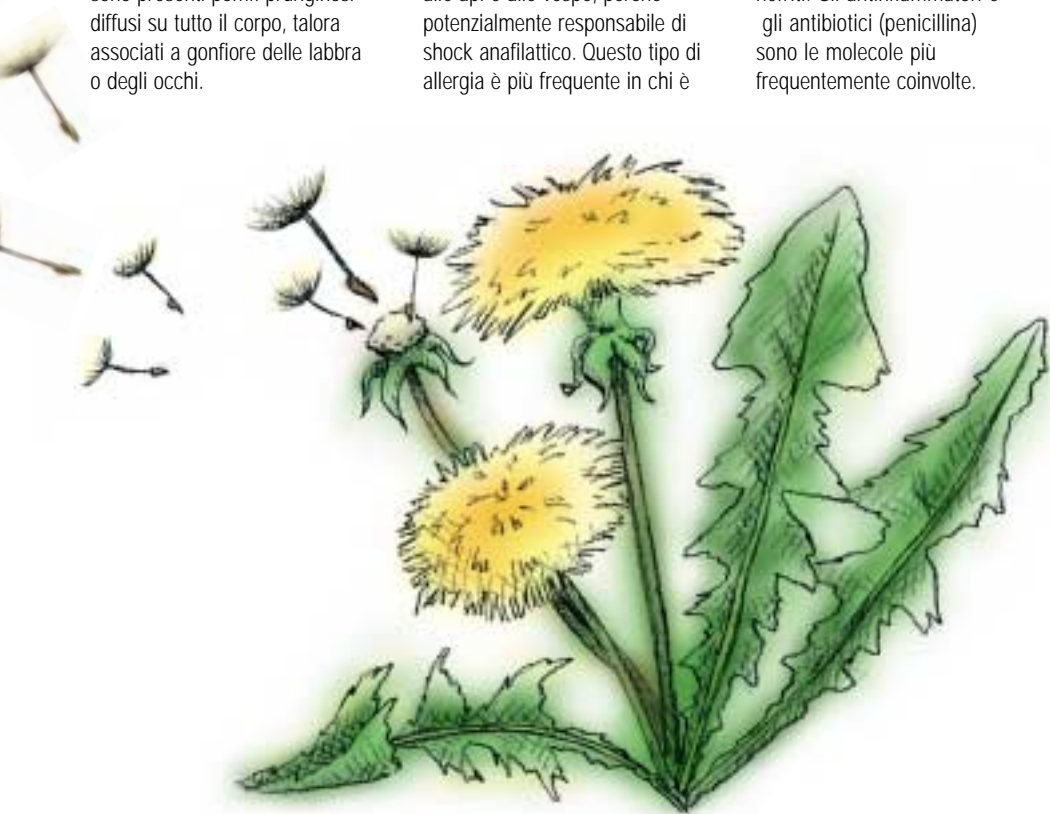
Allergia alla puntura di insetto:

la forma più rilevante è l'allergia alle api e alle vespe, perché potenzialmente responsabile di shock anafilattico. Questo tipo di allergia è più frequente in chi è

professionalmente esposto (agricoltori, giardinieri, apicoltori), mentre è meno grave e meno frequente nei bambini.

Allergia ai farmaci:

si manifesta clinicamente in modo molto vario interessando non solo la cute (orticaria, eritema), ma anche l'apparato respiratorio (asma), o essendo talora responsabile di epatiti o nefriti. Gli antinfiammatori e gli antibiotici (penicillina) sono le molecole più frequentemente coinvolte.



La congiuntivite allergica

Va, infine, considerata la **congiuntivite allergica**. Esistono diversi tipi di allergie oculari e qui riportiamo quelle più importanti.

Congiuntivite allergica stagionale

La congiuntivite allergica stagionale si riscontra spesso negli individui affetti da rinite allergica. Essi si lamentano dei sintomi tipici quali prurito oculare e lacrimazione, spesso in associazione con starnuti e sintomi da congestione nasale propri della rinite allergica stagionale. I segni clinici e i sintomi sono ricorrenti, spesso insorgendo e scomparendo su base stagionale, ma a volte possono essere perenni.

Gli allergeni presenti nell'aria come il polline, la muffa, la polvere e la forfora degli animali possono scatenare una reazione allergica immediata nel naso e

nella congiuntiva.

Il meccanismo d'azione non si conosce ancora bene, ma sembrerebbe che gli allergeni si dissolvano nel film lacrimale e reagiscano con specifici recettori delle IgE legati a cellule (mastcellule e basofili) presenti sulla congiuntiva.

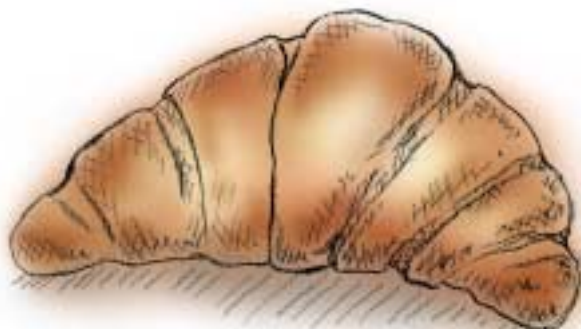
I segni di infiammazione oculare possono variare durante il periodo in cui la sintomatologia è evidente. A volte la congiuntiva può apparire completamente chiara e silente mentre altre volte si può avere rossore e gonfiore delle palpebre e della congiuntiva. Tuttavia nei casi silenti, ad un esame più approfondito, si potrà notare spesso un leggero edema della congiuntiva bulbare e segni di infiammazione di quella tarsale, superiormente ed inferiormente. Nel film lacrimale e nel fornice inferiore vi è un aumento del muco.

La sintomatologia è il risultato della degranolazione delle cellule che contengono istamina o di altri mediatori dell'infiammazione.

È utile seguire procedure di controllo ambientale, dai condizionatori ai sistemi di filtraggio, ai purificatori d'aria, al controllo di materassi e biancheria, alle tecniche di pulizia specifica della casa, stare attenti alle moquettes e agli animali domestici, il cui allontanamento è talvolta necessario, particolarmente nelle forme di allergia più grave. Nel periodo dell'impollinazione evitare di stare all'aria aperta. L'allergologo può fornire un buon contributo per un test cutaneo affidabile e per l'identificazione degli allergeni che provocano episodi di congiuntivite allergica.

Il trattamento deve prevedere:

- controlli ambientali,
- una specifica igiene perioculare,
- antistaminici sistemici quando l'esposizione all'allergene ambientale è inevitabile. Questo dovrebbe ridurre gli effetti immediati dell'istamina circolante liberata dalle 'mastcellule' che si degranolano dopo il contatto con l'allergene,
- antistaminici e terapia corticosteroidica topica a basso dosaggio e per breve tempo per trattare le esacerbazioni acute,
- agenti stabilizzanti la membrana dei macrofagi per i



periodi di allergia noti al paziente,
 - **farmaci a duplice azione di anti-istaminico e stabilizzatore di membrana** il cui scopo è quello di poter essere usati **sia in prevenzione che nelle fasi acute e croniche** con ottimi risultati.

Bisogna ricordare che anche l'immunoterapia e l'iposensibilizzazione spesso sortiscono risultati positivi nel ridurre la gravità dei sintomi nasali, ma non sono così efficaci per quelli oculari. Pertanto non sono indicati per quei pazienti che non associano una congiuntivite allergica ad una patologia nasale. I vasocostrittori, se usati cronicamente, possono causare arrossamento da reazione, quindi sono sconsigliati per il trattamento di queste patologie. L'utilizzo di lenti a contatto andrebbe sospeso nel periodo di sintomatologia, per poi riprenderne l'uso al termine della stagione.

Cheratocongiuntivite primaverile

La cheratocongiuntivite primaverile è una forma grave cronica di congiuntivite allergica che interessa la cornea e la congiuntiva. Si manifesta prevalentemente nei bambini e nei giovani adulti, in particolare maschi, e spesso in individui che

possono già soffrire di eczema, asma o febbre da fieno. Ha un'incidenza stagionale pronunciata (primavera), probabilmente dovuta ad allergeni primaverili, sebbene esistano forme perenni. Di solito si può rilevare una positività anamnestica personale o familiare per allergia e in molti casi si possono rilevare allergeni

specifici a cui il paziente è sensibile, grazie all'anamnesi e ai test cutanei allergologici (ad esempio l'acaro della polvere di casa con le sue feci rappresenta un allergene scatenante particolarmente comune). Il sintomo prevalente della cheratocongiuntivite è il prurito, la fotofobia intensa e la presenza di filamenti di muco.



È caratterizzata dalla presenza di papille giganti, di solito nella congiuntiva tarsale superiore. Anche la congiuntiva sopra il limbus può essere edematosa e arrossata.

Di regola il paziente si lamenta spontaneamente di un forte prurito. Sintomi comuni sono una eccessiva lacrimazione, la produzione di muco, la fotofobia, il bruciore o la sensazione di corpo estraneo.

Il classico segno palpebrale della cheratocongiuntivite primaverile è rappresentato dalle papille giganti o a ciottolato nella congiuntiva tarsale superiore che l'oculista può esaminare rovesciando le palpebre. Queste papille incrementano notevolmente la massa della palpebra superiore e quindi la ptosi (cioè l'abbassamento della

palpebra superiore) è un segno aggiuntivo tipico. L'infiammazione della congiuntiva bulbare è variabile: si può a volte riscontrare una rilevatezza nodosa e lardacea nel fornice inferiore. La cheratopatia (sofferenza della cornea) inizia tipicamente con una sofferenza diffusa superficiale della cornea.

Se l'infiammazione si protrae, in seguito alla liberazione di mediatori dell'infiammazione, il danno diviene più importante, portando anche evidenti difetti epiteliali. Tali lesioni sono state denominate ulcere a scudo per la loro forma. Più a lungo permane il difetto, maggiore è la possibilità di una ulcerazione a tutto spessore e anche di una sovrapposizione batterica.

Per quanto riguarda la terapia, oltre a seguire le norme igieniche

che abbiamo ricordato per la congiuntivite allergica stagionale, la terapia sistemica con cortisonici è di grande utilità nei pazienti gravi. Utile è una terapia antistaminica sistemica e locale nei casi meno gravi, mentre una terapia sistemica è da preferire a quella topica nei pazienti con malattie allergiche gravi, principalmente perché ha una durata d'azione lunga e anche perché questi pazienti a volte diventano sensibili ai conservanti contenuti negli antistaminici oculari in commercio. L'utilizzo di monodosi evita il problema della sensibilizzazione ai conservanti. Come già accennato la terapia locale comprende l'utilizzo di corticosteroidi e di antiistaminici, principalmente, nelle fasi acute per combattere i segni acuti dell'infiammazione, mentre il cromoglicato bisodico, essendo uno stabilizzatore di membrana, dovrebbe essere dato prima dell'insorgenza dei sintomi e per tutto il periodo dell'esposizione all'antigene. **Anche in questa patologia i farmaci a duplice azione (es. ketotifene fumarato, antiistaminico e stabilizzatore di membrana)** possono essere usati **sia in prevenzione che nelle fasi acute e croniche** con ottimi risultati. Uno dei trattamenti più efficaci per cheratocongiuntivite



primaverile è quello di ridurre l'esposizione agli antigeni, pertanto si consiglia ai pazienti di trasferirsi in climi più freschi dove le temperature più basse ed il minor numero di allergeni presenti nell'aria possano dare un sollievo.

La terapia chirurgica non è frequente, ma può capitare che la presenza di grosse papille sotto la palpebra causino sensazione di corpo estraneo e ptosi. L'asportazione combinata del tarso e della congiuntiva e la crioterapia (applicazione di una sonda che ghiaccia e quindi distrugge i tessuti circostanti) possono essere di beneficio ma hanno una durata limitata nel tempo.

Terapia d'appoggio può essere l'acqua fredda che blocca la reazione allergica, **una corretta igiene perioculare effettuata con prodotti specifici** e gli occhiali scuri.

Cheratocongiuntivite atopica

Si tratta di una cheratocongiuntivite allergica presente in individui affetti da dermatite atopica (eczema). È una forma sempre bilaterale, e i sintomi comprendono prurito oculare, sensazione di corpo estraneo, lacrimazione eccessiva



ed un'abbondante secrezione mucosa. Mentre i sintomi sono simili alla cheratocongiuntivite primaverile, i pazienti manifestano i sintomi più tardivamente tra i 20 e i 60 anni. Non c'è alcuna associazione con il periodo stagionale. Sono tipiche la dermatite palpebrale e la blefarite cronica (infiammazione, cioè, della palpebra), con ispessimento palpebrale e disfunzione delle ghiandole di Meibomio (sono delle ghiandoline situate all'interno delle palpebre e deputate alla sintesi di una componente delle lacrime). Nei casi più gravi si può anche arrivare alla perdita della vista, a causa dell'infiammazione protratta della cornea con neovasi periferici, e della sua cicatrizzazione con un tessuto non più trasparente, che quindi non lascia più passare la luce. La terapia consiste principalmente nell'utilizzo di corticosteroidi locali e sistemici.

Cheratocongiuntivite allergica da farmaci

Le reazioni allergiche da contatto con medicinali oftalmici non sono rare e i farmaci maggiormente implicati in tali reazioni a livello della congiuntiva e della cute palpebrale di persone particolarmente sensibili sono la neomicina (un antibiotico), l'atropina e la fenilefrina (farmaci che servono per dilatare la pupilla e che hanno anche un'azione antinfiammatoria), la penicillina. La diagnosi va chiaramente sospettata nel caso in cui si sia fatto uso di queste sostanze e va comunque confermata da un test allergologico. Inoltre la scomparsa dei segni a seguito della sospensione del farmaco ce ne darà conferma. Importante è ricordarsi il nome del farmaco in modo da avvertire il medico curante e l'oculista per evitare un secondo contatto.

Le allergie oculari si possono prevenire e curare!

Una possibile soluzione:

1 Utilizzare colliri a base di sostanze
antiallergiche ad azione multipla



2 Mantenere quotidianamente
una igiene perioculare corretta,
grazie a prodotti specifici
per gli occhi



30 salviette
MONOUSO
PER L'IGIENE PERIOCULARE

CONVENIENTE!

DALLA RICERCA

FARMIGEA

www.farmigea.it