

PARTICULARITĂȚI ALE CAPSULOREXISULUI ANTERIOR ÎN CATARACTA SENILĂ HIPERMATURĂ

Ion Jeru

Catedra Oftalmologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some peculiarities of anterior capsulorhexis in senile hypermature cataract

The purpose of the study is to make a comparison in the evolution of operation cases in patients with senile hypermature cataract with anterior capsulorhexis. 160 patients have been operated in the Ophthalmology University Clinic in Chisinau during 2000-2010. Dislocations of intraocular lenses were more frequent in the patients with anterior traditional anterior capsulorhexis.

Rezumat

Scopul lucrării este de a analiza comparativ evoluția cazurilor operate la pacienții cu cataracte senile hiperature cu capsulorexis anterior. 160 pacienți au fost operați în Clinica Oftalmologică Universitară din Chișinău în perioada 2000-2010. Dislocările lentilelor intraoculare au fost mai frecvente la pacienții cu capsulorexis anterior tradițional.

Actualitatea

În patologia oculară cataracta senilă ocupă un loc însemnat. Ea reprezintă una dintre cele mai frecvente maladii oftalmologice ce se caracterizează prin diminuarea progresivă a acuității vizuale, cu limitarea activității profesionale și a calității vieții pacientului afectat. De regulă, ea afectează persoanele de peste 50 de ani. Cataracta senilă este bilaterală, asimetrică și are trei forme de evoluare clinică.

1. *Cataractă corticală*, în care opacitățile cristaliniene sunt localizate în straturile externe ale cristalinului. Ea parvine după 65 de ani și evoluează spre opacitate cristaliniană totală. În debut, pacienții acuză voalarea vederii, senzația de ebluisare, ameliorarea acuității vizuale la lumină intensă prin folosirea în mioză a părții transparente a cristalinului. Treptat, acuitatea vizuală scade, dar senzația și proiecția luminoasă se mențin. Evoluția cataractei corticale este relativ lentă (2-3 ani).
2. *Cataracta nucleară* se întâlnește mai rar și se manifestă la persoanele mai în vârstă. Tulburările vizuale sunt progresive: pacientul vede prost ziua, vederea ameliorându-se spre seară, pentru că midriaza eliberează porțiunea periferică a cristalinului încă transparent. Cataracta nucleară mai determină și o miopizare tranzitorie (prin creșterea indicelui de refracție al cristalinului) ce-i permite pacientului să renunțe la ochelarii de citit. Nucleul se densifică și, cu timpul, capătă o culoare brună, roșiatică, neagră.
3. *Cataracta subcapsulară posterioară* afectează straturile posterioare ale cristalinului central, modificând rapid acuitatea vizuală, în special la distanță.
Cataracta senilă se manifestă prin patru faze: incipientă, intumescentă, matură și hiperatură.

Cataracta incipientă se caracterizează prin apariția primelor focare de opacifiere în cristalin, acestea determinând tulburări vizuale neînsemnate. Pacientul acuză la prezența unor puncte negre fixe în câmpul vizual, fie o miopie moderată inexistentă anterior, poliopie (vederea unui obiect în mai multe exemplare, fenomenul fiind datorat astigmatismului cristalinian). În cataracta intumescentă opacifierea cristalinului progresează treptat. Se produce o hiperhidratare a cristalinului, acesta mărindu-și volumul. Camera anterioară se micșorează, se poate instala un glaucom secundar tranzitoriu. Cataracta matură se manifestă prin faptul că, după câteva luni sau chiar ani de la debutul maladiei, are loc o deshidratare a cristalinului. Acesta își recapătă mărimea, camera anterioară revine la dimensiunile normale. Acuitatea vizuală diminuează până la percepția luminii, iar cristalinul este totalmente opac. Cataracta hiperatură (morganiană) se

manifestă prin diminuarea volumului și lichefierea masei cristalinului cu nucleul flotant în sacul capsular.

Incidența cataractei senile variază în plan mondial (Топалова А.В., Турькина И.Л., 1982). Astfel în orașul Fremingeim (SUA), din numărul total de pacienți investigați oftalmologic, cataracta senilă a fost depistată în 15,5% cazuri, majoritatea fiind în vârsta de 75-85 ani (45,9%). În India, incidența cataractei senile e de 22% la persoanele cu vârsta 50 și 59 ani și de 31% la persoanele de peste 60 ani. În Islanda, cataracta e depistată în 30,1% din cazuri la populația cu o vârstă mai mare de 65 ani. În Kenia, cataracta e determinată în 41,8%, în Anglia – 23,9%, în Germania – 8,2%, în Canada – 15,1%. În SUA 15% din cecitate revin pacienților cu cataracte senile (Elman M.I., Miller M.T., Natalon R., 1986); în China respectiv 25,8% (Mao Wen-Shu, Hu Tian-Sheng, 1982).

În spațiul ex-sovietic incidența cataractei senile drept cauză a invalidității la fel variază în intervale diferite: în Ucraina incidența e de 12% cazuri, Azerbaidjan – 11,3%, în raioanele rurale a Bașkiriei – 32,2%, regiunea Primorsk (Rusia) – 23,4% (Пучковская Н.А., 1983; Пучковская Н.А., Венгер Г.Е., 1985; Пучковская Н.А., Венгер Г.Е., Красновид Т.А., 1987; Пучковская Н.А., Кравченко Л.И., 1987). E de menționat faptul că aproximativ 1/3 din maladiile oculare și mai bine de 50% din intervențiile microchirurgicale îi revin cataractei senile (Анина Е.И., 1987). Astfel, incidența intervențiilor microchirurgicale efectuate în baza cataractei senile la 1000 de locuitori în SUA, Suedia și Marea Britanie a constituit respectiv 5,4; 4,5; 1,8 (Stenevi U. et al., 1995). În țările Europei Centrale și de Est acest indice e mai redus: Estonia – 2,5; Lituania – 1,86; Letonia – 1,55; Polonia – 1,28; Cehia – 4,21; Slovacia – 2,43; Ungaria – 3,53; România – 1,26; Bulgaria – 1,73; Bosnia și Herțegovina – 1,20; Moldova – 1,3; Belorusia – 0,8; regiunea Samara (Rusia) – 1,75. (Cocur I., Klaus V., 2001).

Obiectivul

De a analiza evoluția cazurilor operate cu implant de cristalin artificial de cameră posterioară după modificarea capsulorexisului anterior.

Material și metode

În studiu a fost luat de 160 globi operați în perioada 2000-2010 în clinica Oftalmologie nr. 1 USMF „Nicolae Testemițanu”. Vârsta pacienților fiind 60-85 ani. Toți pacienți au fost operați în baza cataractei senile hiper-mature. La 80 pacienți a fost efectuat capsulorexisul circular tradițional, la 80 pacienți – cel modificat.

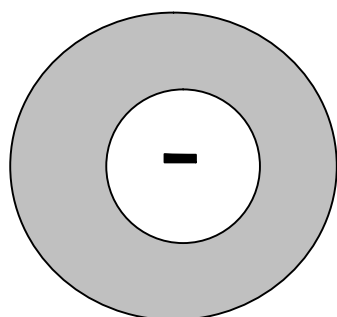
Cazurile au fost urmărite postoperator la 1 an de la externare. Distribuția pe sexe fiind aproximativ egală (49% bărbați și 51% femei).

Examenul preoperator a evidențiat:

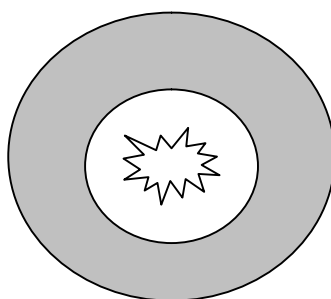
- corneea transparentă;
- cameră anterioară prezentă;
- cristalin opacifiat omogen cu deplasarea nucleului în partea inferioară a sacului capsular;
- reflexul fundului de ochi nu se apreciază;
- selectarea valorii optice a pseudofacului s-a calculat ținând cont de datele autokeratorefractometriei și a datelor biometrice (B-scan). În acest calcul s-a ținut cont și de corecția optică avută înainte de cataractă.

Intervențiile s-au efectuat la practicarea anesteziei locale prin injecție retrobulbară cu Xilină 2%. În toate cazurile s-a efectuat abord cornean și iredectomie periferică la 11⁰⁰ și 13⁰⁰, marcajul capsulei anterioare cu trepan blue.

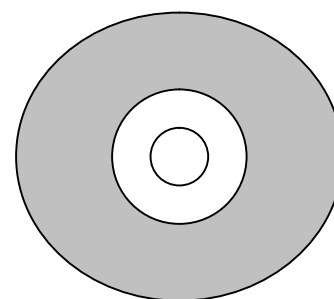
A fost folosit vâscoelasticul Apovisc. IOL-CP practicate au fost monobloc PMMA (model „Hanita” și „Bausch”). Actualmente putem deosebi mai multe feluri de capsulotomie: liniară, „can opener” și circulară (capsulorexisul circular).



Capsulotomie liniară



Capsulotomie "can opener"



Capsulotomie circulară

Tehnica modificată a capsulorexisului anterior. După marcajul capsulei anterioare cu trepan blue se efectuează o incizie liniară a capsulei anterioare paracentral, meridianul 18⁰⁰ perpendicular pe limb cu o lungime de 2-3 mm. Ulterior se aspiră masele cristaliniene lichefiate în cadrul cataractei senile hiperature. Ulterior sub capsula cristaliniană anterioară se introduce vâscoelasticul. Cu pensa capsulară se efectuează capsulorexisul circular în direcția contrar mișcării acelor de ceasornic.

Rezultate

Complicațiile postoperatorii imediate specifice la pacienții cu cataracte senile hiperature după efectuarea capsulorexisului circular tradițional și modificat sunt reflectate în tabelul 1.

Tabelul 1

Complicații postoperatorii imediate

	Complicațiile (abs)					
	I	II	III	IV	V	VI
Capsulorexis circular tradițional (n=80)	62	10	27	1	6	7
Capsulorexis circular modificat (n=80)	57	9	25	0	5	0
I. Cheratită striată (descementită)						
II. Uveita						
III. Hipertonie oculară						
IV. Hifema						
V. Pupilă deformată						
VI. Descentrarea pseudofacului						

Unde n – numărul de cazuri

1. Cheratita striată (descementita) a fost întâlnită la majoritatea pacienților datorită traumatismului operator al endoteliului în timpul extracției cristalinului și implantării ulterioare a cristalinului artificial (la 62 (77,5%) pacienți cu capsulorexis circular tradițional și la 57 (71,3%) pacienți cu capsulorexis circular modificat. În toate cazurile ea a fost tranzitorie și s-a remis în 7-10 zile după administrarea preparatelor steroidiene, nesteroidiene și midriaticelor.
2. În majoritatea cazurilor în prima zi postoperator am semnalat semne inflamatorii minore (congestie pericheratică, Tyndall pozitiv (+)), care s-au remis rapid sub tratament local și steroizi. În 10 (12,5%) cazuri la pacienții cu capsulorexis cricular tradițional și în 9 (11,3%) cazuri la pacienții cu capsulorexis circular modificat reacțiile inflamatorii s-au accentuat (precipitate endoteliale persistente, Tyndall +++). A fost necesar de tratament general cu corticosteroizi (Sol. Dexazonă 1,0 ml (4 mg) intravenos - nr. 3). Tratamentul local a constat (0,5 ml dexazonă subconjunctival și 0,5 ml dexazonă parabolbar), instilații de preparate non steroidiene, steroide și midriatice.

3. Hipertonia oculară postoperatorie declanșată în 27 (33,8%) cazuri la pacienții cu capsulorexis circular tradițional și respectiv în 25 (31,3%) cazuri la pacienții cu capsulorexis circular modificat a cedat la joc pupilar, betablocante și inhibitori de anhidrază carbonică (dorsopt 2%) local.
 4. Hifema parțială (consecința iridotomiilor bazale) a fost prezentă la 1 pacient (1,25%) cazuri după efectuarea unui capsulorexis circular tradițional. Resorbția acesteia s-a produs pe parcursul a primelor 24 ore de la operație.
 5. Pupila deformată a fost prezentă în 6 (7,5%) cazuri la pacienții cu capsulorexis circular tradițional și în 5 (6,3%) cazuri la pacienții cu capsulorexis circular modificat.
 6. Descentrarea pseudofacului s-a determinat numai în lotul pacienților cu capsulorexis circular tradițional (7 pacienți (8,8%) cazuri). Descentrări ale pseudofacului în lotul pacienților cu capsulorexis circular modificat nu s-au determinat.
- Complicațiile postoperatorii tardive la pacienții cu cataracte senile hipermetrice după efectuarea capsulorexisului circular tradițional și modificat sunt reflectate în tabelul 2.

Tabelul 2

Complicațiile postoperatorii tardive

	Complicațiile (abs.)				
	I	II	III	IV	V
Capsulorexis circular tradițional (n=80)	1	1	12	7	1
Capsulorexis circular modificat (n=80)	0	0	11	0	0
I. Uveita cronică					
II. Cataracta secundară					
III. Astigmatism					
IV. Descentrarea pseudofacului					
V. Eroare					

Unde n – numărul de cazuri.

Un caz (1,3%) de uveită cronică în grupul pacienților, unde s-a practicat capsulorexisul circular tradițional a cedat la tratamentul general și local cu antiinflamatorii nesteroidiene și steroidiene. În grupul dat la 1 pacient (1,3%) s-a mai declanșat și o cataractă secundară, rezolvată prin capsulotomie YAG la 3 luni de la intervenție. Astigmatismul postoperator peste 2,5 D a fost prezent 12 cazuri (15%) la efectuarea capsulorexisului tradițional și respectiv în 11 cazuri (13,8%) la efectuarea capsulorexisului circular modificat. Descentrarea pseudofacului s-a determinat la 7 pacienți (8,8,% cazuri) numai în lotul cu practicarea capsulorexisului circular tradițional. Respectiv la 1 (1,3%) caz a existat o eroare de putere a implantului ceea ce a dus la o miopizare accentuată a globului respectiv în lotul pacienților cu practicarea capsulorexisului circular tradițional.

Discuții

Complicațiile postoperatorii imediate (cheratita striată, uveita, hipertonia oculară, hifema, pupila deformată) nu s-au deosebit cert în ambele loturi de studiu (cu practicarea capsulorexisului circular tradițional sau cu practicarea capsulorexisului circular modificat). O deosebire certă s-a determinat în cadrul depistării descentrărilor pseudofacului implantat. Prezența cazurilor cu dislocări ale cristalinului artificial s-au semnalat numai în lotul cu practicarea capsulorexisului circular tradițional. În cazurile menționate în cadrul efectuării capsulorexisului s-au produs rupturi zonulare (capsulorexisul fiind iregular). În cadrul practicării capsulorexisului circular modificat la introducerea apovâscului subcapsular s-a păstrat o tensiune

uniformă în interiorul sacului cristalinian, facilitând în cele din urmă efectuarea unui capsulorexis regulat. La fel și complicațiile postoperatorii tardive (uveita cronică, cataracta secundară, astigmatismul postoperator, eroare la calcul pseudofacului) nu s-au deosebit cu certitudine în ambele loturi de studiu (cu practicarea capsulorexisului tradițional sau cu practicarea capsulorexisului circular modificat). O diferență statistică s-a determinat în ambele loturi de studiu la stabilirea descentrărilor cristaliniene. 7 cazuri menționate în cadrul complicațiilor postoperatorii imediate s-au determinat și în cadrul complicațiilor tardive în lotul pacienților cu practicarea capsulorexisului circular tradițional. Rezultate funcționale la externare: acuitatea vizuală (cu corecție) admisă la externare a fost cuprinsă între 0,3-0,8 la pacienții cu practicarea unui capsulorexis cricular modificat și respectiv 0,1-0,8 la pacienții cu practicarea unui capsulorexis circular tradițional. E de menționat faptul, că cea mai joasă acuitate vizuală la externare s-a determinat în lotul pacienților cu descentrări ale cristalinului, acuitatea vizuală fiind 0,1-0,2 cu corecție. Lotul dat corespunde pacienților unde s-a efectuat un capsulorexis circular tradițional. La 1 an de la intervenția microchirurgicală s-a semnalat aceiași legitate. Acuitatea vizuală (cu corecție) fiind de 0,4-1,0 în lotul pacienților cu practicarea unui capsulorexis circular modificat și respectiv 0,1-1,0 în lotul pacienților unde s-a practicat un capsulorexis circular tradițional. Acuitatea vizuală (cu corecție) fiind 0,1-0,2 (aceiași) în grupul pacienților cu descentrări ale cristalinelor artificiale.

Concluzii

1. Descentrările cristalinului artificial ca complicații imediate și tardive au fost cu certitudine statistică ($P \leq 0,001$) mai frecvente în cadrul practicării capsulorexisului circular tradițional.
2. Acuitatea vizuală (cu corecție) la externare a fost mai majora în lotul pacienților cu practicarea capsulorexisului circular modificat (0,3-0,8 și respectiv 0,1-0,8). La 1 an de la intervenția microchirurgicală acuitatea vizuală în loturile menționate fiind de 0,4-1,0 și respectiv 0,1-1,0. Acuitatea vizuală la pacienții cu descentrări de pseudofac la externare și la 1 an de la intervenția microchirurgicală a fost aceiași 0,1-0,2.

Bibliografie

1. Cocur I., Klaus V. Cataract surgery in central and Eastern Europe // Congr. Europ. Soc. Ophthal. XIII-th: Final program a. abstract book – Istanbul. 2001. P. 143.
2. Elman M.I., Miller M.T., Natalon R. Galactokinase activity in patients with idiopathic cataracts // Ophthalmology. – 1986. – V. 93. – nr.1. – P. 210-215.
3. Mao Wen-Shu, Hu Tian-Sheng. An epidemiologic surgery of senile cataract in China // Chinense Medical J. – 1982. – V.95. – nr.11. – P.813-818.
4. Stenevi U., Lundstrom M., Thorburn W. A national cataract register 1. Description and epidemiology. // Acta Ophthal. Scand. – 1995. – Vol. 71. – Nr. 1. – P. 41-44.
5. Анина Е.И., Левтюх В.И. Катаракта в географических регионах УССР. // Эффективные методы диагностики и лечения катаракты и вопросы ее патогенеза. – Одесса. 1987. С. 15-16.
6. Пучковская Н.А. Катаракта – основная устранимая причина слепоты. // Офтальмолог. журнал. –1983. - №8. – с. 449-452.
7. Пучковская Н.А., Венгер Г.Е. Динамика прогрессирования различных видов возрастных катаракт и вопросы диспансеризации лиц с данной патологией глаза. // VI Всесоюзный съезд офтальмологов: Тез. докл. М., 1985. Т. VI. – С. 112-114.
8. Пучковская Н.А., Венгер Г.Е., Красновид Т.А. Особенности течения возрастной катаракты. Диспансеризация и реабилитация больных с помутнениями хрусталика. // Офтальмол. Журнал. – 1987. -№2. – С. 72-75.
9. Пучковская Н.А., Кравченко Л.И. Развитие возрастной катаракты у больных с общими заболеваниями организма. // Конференция с участием иностр. Спец.: Тезисы докладов. – Одесса. 1987. – С. 7-8.

10. Топалова А.В., Турыкина И.Л. Распространенность глазных заболеваний в различных регионах мира. // Офтальмол. Журнал. – 1982. – №6. – С. 374-377.

RESTABILIREA PERMIABILITĂȚII DRENAJULUI LACRIMO-NAZAL LA PACIENȚI CU DACRIOCISTITA

V. Boișteanu, Onorina Staver, R. Leșco, A. Chiaburu, Florentina Verega, Tatiana Voloceai
Clinica oftalmologie, USMF “Nicolae Testemițanu”
Șef catedră oftalmologie, d.h.ș.m., profesor universitar E. Bendelic

Summary

Restore permeability of lacrimo-nasal draining system dacriocystitis patients

This article represents a study on a lot of 60 patients with piogenic chronic dacriocystitis. 20 patients were treated by using lacrimal sack lave with sol. Oftaquix 0,5%. The second group of 20 patients have been treated with Sol. Moxicina 0,5%. The third group of 20 patients – sol. Gentagut 0,3%. All the patients rised were with lacrimo-nasal channel intubations using a combination of ung. Tobradex 0,3%. The efficiency rate was about 80% in the first group of patients; 70% - in the second group and 55% - in the third group. The patients with the relapse of dacriocystitis (24) have been treated surgically – dacriocistorinostomia. The efficiency of the surgical treated – 95,8%.

Rezumat

Lucrarea reprezintă un studiu pe baza unui lot de 60 de pacienți cu dacriocistita. I lot a inclus 20 pacienți, la care lavajul sacului lacrimal s-a efectuat cu colir Oftaquix 0,5%. II lot de 20 pacienți au beneficiat de lavaj cu Moxicină 0,5%. Lotul III – 20 pacienți au beneficiat de tratament cu Gentagut 0,3%. În toate loturile s-a efectuat sondarea și intubarea canalului lacrimo-nazal cu ung. Tobradex 0,3%. Eficacitatea a constituit 80% în I lot, 70% - lotul II și 55% - lotul III. Pacienții cu recidiva dacriocistitei (24) au beneficiat de tratament chirurgical – dacriocistorinostomia. Eficacitatea tratamentului chirurgical este de 95,8% din cazuri.

Introducere

Dacriocistitele cronice purulente se dezvoltă ca urmare a obturației sau stenoze a canalului lacrimo-nazal din cauza unor procese inflamatorii ale cavității nazale, sinusurilor paranasale (haimorită, etmoidită), traumelor etc.

Afecțiunea debutează lent, produce lacrimare permanentă și secreție muco-purulentă din interiorul sacului lacrimal. Dereglarea permeabilității canalului lacrimo-nazal se depistează preponderent la femei (6:1), la care canalul lacrimal este mai îngust (2:4 mm) [1, 4].

În literatură de specialitate sunt prezentate numeroase metode și tehnici de restabilire a drenajului lacrimo-nazal cu avantaje și dezavantajele lor [1, 2, 3, 5, 6, 7].

Tratamentul dacriocistitelor atât la copii cât și la adulți trebuie privit sub dublu aspect: medicamentos și chirurgical.

Scopul

Studierea și aprecierea eficacității metodelor de tratament medicamentos conservator și chirurgical la pacienți cu dacriocistită cronică.

Material și metodă

În clinica oftalmologie a USMF “Nicolae Testemițanu” metodele de tratament medicamentos-conservator a dacriocistitelor purulente au fost aplicate în 60 cazuri.

Metoda de tratament urmărește: