

OFTALMOLOGIE

SINDROMUL "OCHI USCAT" ÎN GLAUCOM

Eugen Bendelic, Iulia Lopata, Vladimir Boișteanu, Tatiana Lupasco,
Florentina Verega, Tatiana Volociai
Catedra Oftalmologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The "dry eye" syndrome in glaucoma

This article describes the problem of glaucoma treatment with hypotensive medication without Benzalkonium Chloride. The "dry eye" syndrome is a very important disease in the actual ophthalmology and the article shows the importance of diagnosis and adequate treatment of it in patients with glaucoma, taking into consideration the factors that cause the symptomatic dry eye.

Rezumat

În lucrare este actualizată problema tratamentului conservativ local al glaucomului cu preparate hipotensive care nu conțin conservantul Benzalconiu Clorid. Este descrisă importanța diagnosticării SOU la pacienții cu glaucom și indicarea tratamentului adecvat cu luarea în considerație a factorilor care induc SOU simptomatic (vârsta, factorul hormonal, utilizarea diureticelor și β -blocantelor în tratamentul afecțiunii cardiace).

Actualitatea

Conform datelor OMS în lume aproximativ 125 mln. oameni suferă de glaucom și către 2030 cifra se va dubla. Principalul factor de risc al progresării glaucomului este creșterea TIO, care duce la scăderea pronunțată a funcțiilor vizuale. Unica cale de stopare a procesului este scăderea TIO mai jos de nivelul TIO tolerante.

La majoritatea pacienților tratamentul glaucomului este posibil prin tratament conservativ și aproximativ de la 12,0% la 40,0% dintre pacienți folosesc preparate hipotensive din două sau mai multe grupe (Alexeev V.N., 2007; Kass M.A., 2008). Pacienții cu glaucom în majoritatea cazurilor sunt persoane în vârstă, cu maladii adăugătoare care folosesc și alte medicamente cu scop de tratament, de care ar trebui să ținem cont.

Sindromul "ochi uscat" are loc de la 35,0 la 59,0% de pacienți care suferă de glaucom (J.A.Smith, 2007; Leung E.W., 2008). 27,0% dintre pacienții cu glaucom au avut simptome evidențiate subiective de SOU (Leung E.W., 2008).

Sindromul "ochi uscat" este o formă patologică aparte, fiind destul de răspândit. Conform datelor lui Horwath I. J. (1999), Ousler C. și Abelson M.B. (2002), de această maladie suferă de la 5,0% la 9,0% din populația țărilor civilizate. În ultimii 30 de ani frecvența depistării SOU a crescut de 4,5 ori. Este înaltă morbiditatea prin acest sindrom în patologia oculară – până la 30,0% (conform datelor Maquardt R., Wenz F.N., 1980) [5].

Conform datelor lui Somov E. E., Brjevski V. V., în 2003 morbiditatea SOU a fost de la 12,0% până la 40 ani și 67,0% după 50 ani; 30,0-45,0% de adresări primare la oftalmolog le fac pacienții cu simptome „ochi uscat”, printre ei 12,0% bolnavi cu vârsta până la 50 ani și 67,0% – peste 50 de ani [1, 2, 8, 9].

Conform G. N. Foulks (2003), uscăciunea oculară este o disfuncție neurohumorală a interacțiunii suprafeței oculare și glandelor lacrimale, care duce la supresie inflamatorie a secreției componentilor necesari FL și la apariția simptomelor de iritare a ochiului, la disconfort [10, p. 52].

Analiza factorilor etiologici la evoluarea SOU (în prezent sunt cunoscuți mai mult de o sută) a permis unirea lor în 10 forme de bază:

- De vârstă.
- Hormonală.
- Farmacologică.
- Imunodependentă.
- Apărută în dereglări de alimentare.
- Genetică.
- Inflamatorie.
- Traumatică.
- Neurologică.
- Tantală.

În literatura de specialitate se menționează că xeroftalmia rareori este rezultatul unui singur factor. De regulă, este o combinație de cauze [7].

Dereglarea FL este provocată uneori de utilizarea timp îndelungat a diferitelor preparate medicamentoase, care induc scăderea volumului de lacrimă produs [3, 6, 8]. După Fox R. I. (1994) și Lemp M. A. (1994) preparatele, care au o astfel de acțiune sunt:

- remediile adrenomimetice (efedrina);
- antidepresanții (amitriptilina, imipramina, dezipramina, doxepina);
- medicamentele utilizate la tratamentul maladii ulceroase (atropina, metoclopramidele – reglan);
- tranchilizantele (clordiazepoxil, diazepam, nitrazepam, clomipramid, nialamid);
- preparatele antihistaminice (benadril);
- neurolepticele din grupa fenotiazinei (tioridazina);
- contraceptivele orale (combinație de progesteron-estrogen).

Cauzele de SOU forma hormonală, cresc cu vârsta la majoritatea persoanelor, îndeosebi la femei [3, 4, 8].

Mecanismele de dezvoltare a SOU (Fox R.I., 1994)

1. SOU în scăderea producției ingredientelor FL;
2. SOU datorat evaporării înalte al FL;
3. SOU în modificarea reliefului suprafeței oculare și structurii membranei bazale a epiteliului conrean.

Diagnosticarea SOU:

- Determinarea stabilității FL;
- Determinarea volumului lacrimal;
- Determinarea gradului de xeroză a conjunctivei și corneei (colorație cu verde lissamin);
- Depistarea epiteliopatiei corneene (colorație cu fluoresceină);
- Aprecierea înălțimi FL.

Sunt efectuate studii asupra cauzelor de apariție a SOU, este studiată clinica SOU și multe metode de tratament. Cantitatea pacienților cu SOU și SOU forme grave rămân a fi frecvente printre pacienții cu glaucom care fac tratament hipotensiv. Este necesar de a efectua cercetări în acest domeniu. Posibil că elaborarea colirelor fără conservanți (0,01% soluție benzalconiu clorid), va permite de a scădea frecvența SOU la pacienții cu glaucom.

Pentru un practician este dificil de a face alegerea preparatului potrivit pentru tratamentul glaucomului. Este nevoie de cunoscut efectele adverse ale acestor preparate (locale și de sistem); a substanței active și a conservantului și de a lua decizia referitor la contraindicațiile preparatului concret pentru pacientul concret, cu considerația, că glaucomul necesită tratament permanent și de durată.

În scop de scădere a TIO sunt folosite preparate hipotensive, care pot influența asupra suprafeței oculare și structurilor anterioare a globului ocular.

Preparate utilizate în tratamentul glaucomului:

- Preparate de I-a linie: Travoprost, Latanoprost și Timolol.
- Preparate de linia II: Betaxolol, Brinzolamid, Dorzolamid, Pilocarpina.

Folosirea Travoprostului permite un regim comod și simplu de utilizare a medicamentului, duce la o complianță mai bună din partea pacientului și la eficacitatea mai mare a tratamentului.

La folosirea Latanoprost cu 0,02% BAC a avut loc mai frecvent epiteliopatia corneei comparativ cu frecvența în grupul unde s-a folosit Travoprostul cu conservantul SofZia (Liang H. E. A., 2008).

B-blocantele sunt utilizate de aproximativ 60,0% de pacienți (Alexeev V.N., 2007).

Complicații “oculare” la utilizarea β -blocantelor sunt:

- Acțiunea membrano-stabilizantă determină acțiunea local-anestetică, care duce la cheratopatie toxică și mai apoi la destabilizarea FL.
- În folosirea lor îndelungată are loc scăderea volumului de lacrimă produs.

Toate preparatele au careva efecte pozitive și careva efecte negative. Acțiunea acestor preparate asupra suprafeței oculare este o temă discutată în literatura contemporană. Sunt propuse mai multe teorii, care lămuresc modificarea suprafeței oculare în glaucom, dar în majoritatea cazurilor de bază este acelaș factor - utilizarea conservantului benzalconiu clorid.

La consfătuirea European Glaucoma Society în anul 2008 s-a efectuat o anchetare referitor la importanța acțiunii conservantului Benzalconiu Clorid la evoluarea modificărilor suprafeței oculare. 85,0% dintre medicii practicieni a fost de părerea că Benzalconiu Clorid are un rol important în dezvoltarea acestor modificări.

Acțiunea conservantului Benzalconiu Clorid:

- Acțiune toxică asupra celulelor epiteliale, ce duce la stres oxidant, inflamație, apoptoză și moartea celulelor (Debbasch C.et.al., 2001; M.De Saint Jean et.al. 1999; M. Rolando et.al. 1991).
- Prin efectul dezinfectant se distruge stratul lipidic al FL, ce duce la evaporarea rapidă al FL și la simptome ale SOU.
- Efectul îndelungat asupra corneei dictruge celulele caliciforme până la 60,0% de la nivelul inițial (Sherwood M.B. et.al. 1989; Yalvac I.S: et. al. 1995).
- Scade funcția de apărare a FL sub acțiunea conservantului și cornea este supusă acțiunii citotoxice, care duce la cheratinizare, descuamarea celulelor epiteliale, edemului stromal, opacifierii și cicatircelor (Baudouin C., 2008; Herreras J.M. 1992).
- Are loc cheratopatia punctiformă, mai frecvent în treimea inferioară a corneei.

Preparatul ideal folosit în tratamentul glaucomului ar trebui să posede următoarele calități:

1. Să micșoreze TIO;
2. Să păstreze efectul prelungit;
3. Să mențină TIO joasă cu mici fluctuații (mici - 3,1mmHg - risc de progres=1,0; pe când în fluctuații de 5,4mmHg – risc de progres =5,76 (Arsani S. 2000);
4. Să aibă regim ușor de dozare.
5. Minimum efecte adverse.

Complanța “compliance” (respectarea de pacient a recomandărilor prescrise și a regimului de utilizare a colirelor) este importantă în tratamentul glaucomului. Disconfortul la utilizarea medicamentelor scade complianța, înrăutățește calitatea vieții pacientului. Apare necesitatea vizitelor frecvente la medic, necesitatea de a înlocui preparatul și a combina cu colire de umezire, ce duce la cheltuieli mai mari pentru tratament.

Complanța este un factor important în păstrarea funcțiilor vizuale. Este important regimul comod de utilizare (mai puține preparate de picurat – mai ușor); se mărește probabilitatea de respectare a regimului (încalcă regimul de la 20,0% la 80,0% dintre pacienți). La 69,0% dintre pacienți le este greu să picure, dar nu recunosc (Alexeev V.N., 2003; Patel S, Spaeth G., 1995).

Cauzele nerespectării regimului prescris:

- Lipsa motivației, mai ales în stadii incipiente:

- Se pare că nu este efectul;
- Prezența reacțiilor adverse;

Tratamentul SOU cu preparate fără conservanți se face de mai multă vreme și acum se conștientizează eficacitatea și necesitatea utilizării preparatelor fără conservanți în tratamentul glaucomului.

Principiile tratamentului SOU:

1. Înlăturarea factorilor provocanți.
2. Tratamentul specific:
 - ✓ Remedii oculare cu acțiune antiinflamatorie (Ciclosporina, Oftalmoferonul, Licopidul);
 - ✓ Substituenți ai lacrimii și colire de umezire [Sistein (Alcon), Oxyal (Santen), Aquify (CibaVision), Oftagel (Santen), Lacrima (Italia)].
 - ✓ Protectori ai epitelului cornean (Corneregel (Bausch&Lomb), Vitamina A.
3. Metode ce micșorează evaporarea lacrimii (ochelari și umezirea aerului în încăperi).
4. Metode chirurgicale (obturație temporară, dacă nu este efect – obturație permanentă).

Preparate folosite în SOU înregistrate în RM:

- ✓ Sistein (Alcon);
- ✓ Oxyal, Oftagel (Santen);
- ✓ Aquify (Ciba Vision);
- ✓ Lacrima (Italy).

Tratamentul modificărilor degenerative a corneei:

- ✓ Protectori ai epitelului corneean și stimulatori ai regenerației: Corneregel, Solcoseril, Actoveghin, Vit. A.

Conform orientării contemporane, în majoritatea cazurilor la apariția necesității de a folosi în tratamentul glaucomului două sau trei preparate se recomandă de a face tratament cu laser sau chirurgical.

Prezentarea cazului clinic:

Stratan Rodica, 1948 a.n. S-a adresat cu simptome de disconfort ocular, dureri oculare nocturne, scăderea AV.

Anamneza generală: HTA, cord hipertensiv, insuficiență cardiacă grad I, encefalopatie discirculatorie. Face tratament hipotensiv de susținere: (β-adrenoblocatori selectivi, diuretice).

Examen ocular: AV-OD=0,8n/c; AV-OS=0,4n/c.

Biomicroscopia: OU-Hiperemia ușoară a conjunctivei, plici paralele rebordului palpebral inferior Grad I-II, cornea lucioasă, CA-uniformă, reacția pupilelor vioaie, lizereu pigmentar subatrofiat. Opacifieri ai capsulei posterioare ai cristalinului.

TIO (Maclacov cu greutatea 10gr.): OD=26mm/Hg; OS=28mm/Hg

Gonioscopia: OU: unghiul CA deschis grad II, pigmentarea ușoară a trabeculei.

Oftalmoscopia (Lentila Goldman): OD-excavația discului temporală tip glaucomatos 0,5-0,6; OS-excavația discului temporală tip glaucomatos 0,7-0,8. OU-Arterii înguste, sclerozate, neuniforme, raport a-v 1,0:2,0, Salus II.

Perimetria computerizată OD:

- NO exp.257/104;
- Cal.HOV=21DB;
- Correction lens=2,0D;
- Slope =1,9;
- MD=-0,29;
- PD=1,76;
- POZ=0%;
- NEG=3%

Perimetria computerizată OS:

- NO exp.306/104;

- Cal.HOV=15DB;
- Correction lens=2,0D;
- Slope =1,4;
- MD=-0,64;
- PD=1,75;
- POZ=0%;
- NEG=11%.

Tratamentul indicat:

- Sol. Travatan 0,004% pe noapte;
- Antioxidanți;
- Angioprotectori;
- Nootrope;
- Biopeptide.

Control la 10 zile: disconfortul a diminuat, durerile nu sunt.

La examen: OD-TIO = 17 mm/HG;
OS-TIO =16 mm/HG.

- Supraveghere în dinamică.

Concluzii

În tratamentul cu succes a pacienților cu SOU și glaucom este important:

1. Folosirea preparatelor eficiente hipotensive, care acționează minim asupra filmului lacrimal și a suprafeței oculare.
2. Folosirea colirelor de umezire și substituenților de lacrimă.
3. Obturația chirurgicală a canalului naso-lacrimal.
4. Tratament metabolic și antialergic.

Bibliografie

1. Бржевский В. В. Слезная жидкость в диагностике некоторых повреждений и заболеваний глаз. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ленинград, 1990, 23с.
2. Бржевский В. В., Сомов Е. Е. Диагностика и лечение больных с синдромом «сухого глаза»: краткое руководство для врачей. Санкт-Петербург, 2005, 20с.
3. Бржевский В. В., Сомов Е. Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). Издательство „Сага”. Санкт-Петербург, 2002, 145с.
4. Бржевский В. В., Сомов Е. Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (клиника, диагностика и лечение). Левша. Санкт-Петербург, 2003, 119с.
5. Дзодзуашвили С. А., Сенокосов А. В. К проблеме синдрома «сухого глаза» в контактной коррекции. Вестник Оптометрии, 2005, №3, с. 32- 36.
6. Корнилова Е. А. Побочное действие лекарственных препаратов на зрение и контактные линзы. Глаз, 2006, №3. с. 5-10.
7. Полуниин Г. С., Сафонова Т. Н., Полунина Е. Г. Особенности клинического течения различных форм синдрома «сухого глаза» – основа для разработки адекватных методов лечения. Вестник Офтальмологии, 2006, том 122, №5, с. 17-20.
8. Сомов Е. Е., Бржевский В. В. Слеза (физиология, методы исследования, клиника). Санкт-Петербург, Наука, 1994, 155с.
9. Сомов Е. Е., Бржевский В. В., Пирогов Ю. И. Синдром «сухого глаза». Офтальмол. Ж., 1991, №2, с. 113-117.
10. Фоукс Г. Что такое сухость глаза и что она означает для пользователя контактными линзами. Вестник Оптометрии, 2004, №6, с. 51-54.