

Nevoia clinicianului de a înțelege sindromul de ochi uscat (Dry Eye Disease – DED)

The clinician need to understand the Dry Eye Disease (DED) syndrome

Dr. LAURA ȚURU

Vision Clinic, București

REZUMAT

Ochiul uscat este o boală multifactorială a lacrimilor și suprafeței oculare, determinând afectarea vederii și instabilitatea filmului lacrimal. Clasificarea etiopatogenică demonstrează multiplele cauze de ochi uscat. Fiziopatologia bolii se explică în principal prin două mecanisme: inflamația și hiperosmolaritatea. Pentru diagnostic sunt necesare anamneza și testarea pacientului (testul de rupere al filmului lacrimal cu fluoresceină – TFBUT, testul Schirmer). Terapia principală este cu lacrimi artificiale. Este important să cunoști sindromul de ochi uscat și să tratezi, să educi pacientul cu acest sindrom.

Cuvinte cheie: film lacrimal, sindrom de ochi uscat, lacrimi artificiale

ABSTRACT

Dry eye is a multifactorial disease of the tears and ocular surface that results visual disturbance and tear film instability. Etiopathogenic classification of the disease illustrates the multiple causes of dry eye. Two major mechanism have been suggested for the pathophysiology: inflammation and hyperosmolarity. To diagnose the disease, the clinician need patient's history and some test (TFBUT, Schirmer test). The main therapy use artificial tears. It is important to be informed about the disease and to educate the patient about dry eye.

Key words: tear film, dry eye disease, artificial tears

Ochii reprezintă „aparatură foto” al organismului. Deci calitatea „imaginilor” interpretate de creier depinde de acuratețea lentilelor intraoculare (corneea, cristalin) și extraoculare (meniscul filmului lacrimal). Filmul lacrimal este primul dioptru ocular, situat la

interfața aer-cornee. Orice perturbare a sa implică o scădere a calității vederii.

DEFINIȚIA OCHIULUI USCAT

Raportul DEWS (Dry Eye Workshop) definește Dry Eye Disease – DED ca o boală multifactorială

Adresă de corespondență:

Dr. Laura Țuru, Clinica Vision, Str. Justiției Nr. 63, București
e-mail: laura_turu@yahoo.com

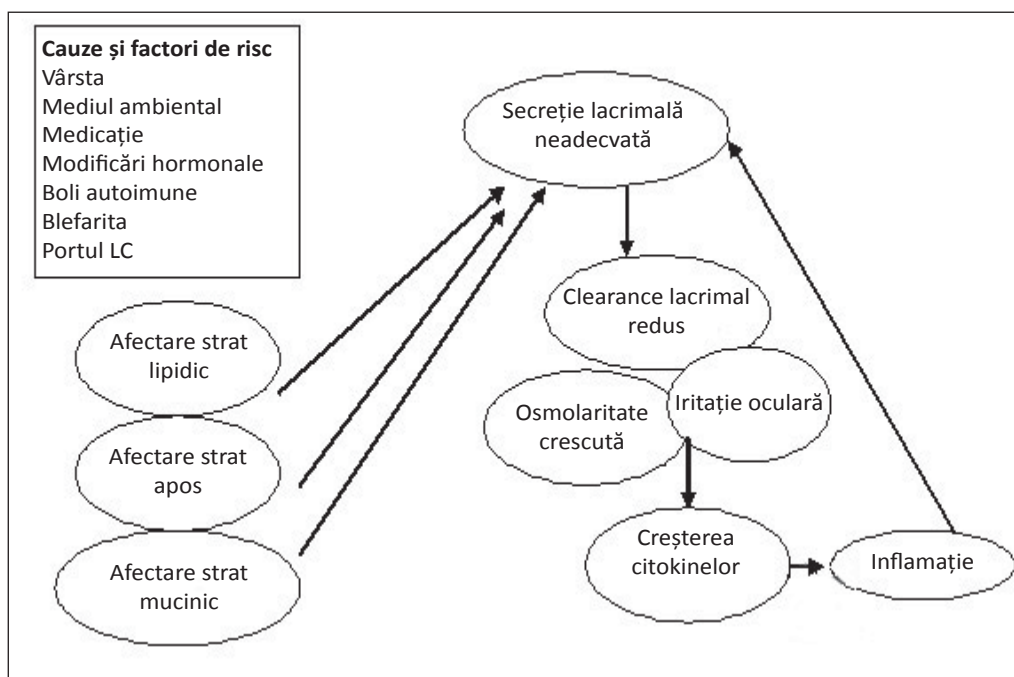


FIGURA 1.
 Cascada sindromului de ochi uscat

a lacrimilor și a suprafeței oculare care se caracterizează prin simptome ca disconfort ocular, tulburări vizuale, instabilitatea filmului lacrimal cu posibile alterări ale suprafeței oculare. (1) Este însoțită de creșterea osmolarității filmului lacrimal și inflamația suprafeței oculare.

De fapt, reprezintă un sindrom dat de disfuncționalitatea lacrimilor, o insuficiență cantitativă sau calitativă a filmului lacrimal, iar mai nou se definește ca o maladie a suprafeței oculare.

Prevalența

Acest sindrom este foarte răspândit pe glob, studiile efectuate arătând o rată de la 3% la 15%, chiar 35% la populația de peste 50 ani. Studiile din Spania au găsit 12%, iar în Asia este o prevalență mult mai mare, dublă față de cele raportate în SUA; Europa sau Australia (1). Despre România nu avem date statistice, dar studii făcute arată ca ne încadrăm în datele generale, aproximativ 10%. În general, femeile sunt mai afectate decât bărbații.

Fiziopatologie

Filmul lacrimal are rol (2) de apărare (protecția suprafeței oculare) și rol refractiv (primul dioptru ocular la interacțiunea mediu aer-cornee). Este alcătuit din trei straturi: apos, lipidic, mucinic. De la exterior spre interior avem:

– un strat superficial subțire de lipide (0,11 μM), produs de glandele meibomiene, funcția sa principală fiind aceea de a întârzia evaporarea

lacrimilor și de a ajuta la o uniformă răspândire a lor pe suprafața oculară.

– un strat gros de mijloc apos (7 μM), produs de glandele lacrimale principale (secreția reflexă), precum și de glandele lacrimale accesorii Krause și Wolfring (secreția de bază).

– un strat profund mucinic hidrofilic (0,2-0,5 μM), produs de celulele goblet (cupă) ale conjunctivei și de epitelii suprafeței oculare aderent de acesta prin glicocalix. Aceasta este calitatea hidrofilică a mucinei, care permite componentei apoase să se răspândească peste epitelii cornean.

Orice perturbare în compoziția unuia dintre straturi poate duce la DED.

Două mecanisme majore sunt implicate în fiziopatologia ochiului uscat: inflamația și hiperosmolaritatea, care întretin un cerc vicios al bolii. Hiperosmolaritatea lacrimilor crește distrugerea celulelor epiteliale conjunctivale, distrugerea celulelor goblet, secretoare de mucină. La nivelul corneii activează arcul reflex neurogen inflamator cu eliberare de citokine (Fig. 1). Inflamația poate fi tratată, dar nu poate fi ușor măsurată, în timp ce hiperosmolaritatea se măsoară ușor, cu dispozitive minilab.

Efectul factorilor de mediu în uscăciunea oculară

Mediul *intern*: clipitul rar (privit fix la calculator, microscop), fanta palpebrală mai mare (hipertiroidie), vârsta, scăderea androgenilor, medicație sistemică (antihistaminice, beta-blocante, diuretice, antispastice, antidepresive).

Mediul *extern*: umiditate atmosferică scăzută, aer condiționat (mașină, avion, săli de conferințe, magazine), vânt, frig.

CLASIFICAREA SINDROMULUI DE OCHI USCAT

Clasificarea etiologică (1) cuprinde:

A: *DED datorită deficitului (apos) lacrimal* în care se încadrează:

I: Sindromul de ochi uscat din sindromul Sjogren primar sau secundar. Sindromul Sjogren este o exocrinopatie în care glandele salivare și lacrimală sunt țintele unui proces autoimun inflamator. Cel primar constă în apariția uscăciunii oculare, însoțită de mucoasă bucală uscată și prezența anticorpilor Ro (SSA), cu examen histopatologic pozitiv al glandei salivare. Secundar, sindromul apare în alte boli autoimune ale țesutului conjunctival (lupus eritematos sistemic, poliarterită nodoasă).

II: Sindromul de ochi uscat non-Sjogren:

1. Afectarea glandei lacrimale poate fi primară (vârsta, alacramie congenitală, disautonomie familială – sd. Riley Day) sau secundară: infiltrarea inflamatorie a glandei lacrimale (sarcoidoză, limfom, SIDA, boala de rejet de organ), ablația chirurgicală a glandei (tumori), denervarea (parasimpatică) a glandei lacrimale.
2. Obstrucția canalelor glandei lacrimale principale și a glandelor accesorii apare în cazurile de cicatrizare a mucoasei conjunctivale din boli precum: trahomul, pemfigusul cicatricial, eritemul multiform, arsurile chimice, termice.
3. Hiposecreția reflexă prin blocarea reflexului senzorial sau a celui motor. Reflexul senzorial este afectat în special după intervenții chirurgicale (operația de cataractă sau chirurgia refractivă (3) – LASIK, PRK), portul lentilelor de contact, vârsta. Funcția secretomotorie este afectată după leziuni ale nervului facial, când apare și lagoftalmia.

B: *DED datorat evaporării lacrimilor*

I. Intrinsec

1. Disfuncția glandelor meibomiene sau blefarita posterioară
2. Anomaliile ale fantei palpebrale: exoftalmie, miopie forte
3. Scăderea ratei clipitului: boala Parkinson, privitul îndelungat la calculator, microscop

II: Extrinsec

1. Afectarea suprafeței oculare: deficitul de vitamina A, efectul local al conservanților

(tratament topic îndelungat – antiglaucomatoase) (4).

2. Purtarea lentilelor de contact.
3. Conjunctivitele alergice cronice.

SEMNE ȘI SIMPTOME

Simptomatologia dată de ochiul uscat este foarte diversă, de la ușoară jenă oculară, accentuată de factorii de mediu favorizanți, până la durere acută (când sunt leziuni corneene). Cel mai adesea, pacienții descriu senzație de corp străin în ochi, fără secreții oculare (prezente în conjunctivite), usturimi, ameliorate de închiderea pleoapelor sau spălarea pe ochi, uneori prurit ușor, oboseală oculară, clipit des, ochi roșii, senzație de uscăciune oculară. Acestea apar mai ales spre sfârșitul zilei sau la expunere la aer condiționat, vânt, privit mai mult timp la calculator. Purtătorii de lentile de contact descriu aceste simptome la câteva ore de la aplicarea lentilelor pe ochi. Uneori, la debutul bolii există hiperlăcrimare de natură reflexă, dar lacrimile nu au o calitate care să le asigure stabilitatea pe suprafața oculară.

METODE DE DIAGNOSTIC

Ochiul uscat a devenit o importantă problemă de sănătate, de aceea este necesară o standardizare a testelor ce ajută la diagnosticul prezenței și severității bolii.

Se pot împărți în 4 grupe de teste ce studiază:

- istoricul clinic – chestionare;
- compoziția filmului lacrimal – osmolaritatea;
- stabilitatea filmului lacrimal – TFBUT, evaporarea, anomaliile componente lipidice;
- suprafața oculară: colorațiile, citologia, microscopia suprafeței.

În cabinet se folosește frecvent TFBUT (Tear Fluorescein Breakup Time), care arată timpul de rupere al filmului lacrimal între clipit și ne dă informații despre stabilitatea lacrimilor pe suprafața oculară. (TFBUT normal peste 15 secunde).

Un alt test este testul Schirmer, care măsoară secreția lacrimală reflexă și pe cea bazală), indică modificările volumetrice ale lacrimilor, fiind de aceea util doar în deficitul cantitativ, nu și calitativ.

Scorul LIPCOF (Lid Parallel Conjunctival Folds) efectuat printr-o simplă examinare la biomicroscop este un indicator al uscăciunii mucoasei conjunctivale.

Metode mai moderne constau în determinarea exactă a osmolarității lacrimale (mini-teste TearLab), studierea stucturilor corneei și conjunctivei cu ajutorul microscopiei confocale.

MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU OCHI USCAT

Tratamentul (5) cuprinde:

- educarea pacientului (modificarea ambientului cu creșterea umidității, ochelari de protecție, cu mecanism de umidifiere, evitarea expunerii la aer condiționat, pauze la privitul la videoterminale);
- substituenții lacrimali (lacrimi artificiale) reprezintă terapia de bază. Se folosesc pentru formele ușoare sau medii ale bolii, de preferat formulele fără conservanți (și aceștia atacă suprafața oculară);
- geluri sau unguente oftalmice pentru formele mai severe ale bolii;
- agenți antiinflamatori (topic antiinflamatoare nesteroidiene și steroizi);
- tetraciline în cazurile cu blefarită cronică, acnee rosacee;
- ocluzia punctelor lacrimale temporar (cu dispozitive numite plug) sau definitiv (cicatrizare);
- substanțe ce stimulează secreția lacrimală (se studiază efectul colinergicilor, Diquafosol);
- ser autolog;
- imunosupresoare sistemice (ciclosporina), când se asociază cu boli autoimune;
- acizi grași esențiali (pește, Omega 3 cp.);
- lentile de contact terapeutice dacă apar complicații corneene (ulcerații).

- metode chirurgicale (tarsorafie, mai ales pentru complicațiile bolii, autotransplant de glandă salivară).

Nu există un protocol standardizat de tratament, terapia trebuie instituită în funcție de gradul de severitate al bolii (Tabelul 1).

CONCLUZIE

Acest sindrom nu este dificil de diagnosticat, dar necesită atenție din partea clinicianului. Simptomele pot fi subestimate, deoarece nu întotdeauna se corelează cu semnele obiective, dar pacientul prezintă un real discomfort, cu afectarea calității vieții. Uneori se confundă cu banale conjunctivite alergice, bacteriene, virale, dar care nu răspund la tratament. Simptomele se ameliorează în timpul administrării picăturilor (conțin antiinflamatoare), dar reapar la încetarea acestora. De asemenea, pacienții operați pentru cataractă, de obicei vârstnici, dezvoltă uneori uscăciune oculară; deși „văd bine, nu se simt bine postoperator“. Creșterea numărului de purtători de lentile de contact și al celor care apelează la chirurgie refractivă în România a dus la înmulțirea cazurilor de ochi uscat.

Tratamentul este în principal de substituție, cu lacrimi artificiale (există o multitudine de produse farmaceutice), dar trebuie individualizat în funcție de cauza și severitatea afecțiunii.

În concluzie, sindromul de ochi uscat este mai frecvent întâlnit în populație decât se apreciază, având multiple cauze. El produce un real disconfort, cu alterarea vederii și a calității vieții. Informarea și educarea pacienților despre această boală este o cale reală de a putea trata corect.

TABELUL 1. Algoritmul de tratament în funcție de nivelul de severitate al bolii

Nivelul 1	Simptome ușoare sau moderate Modificări conjunctivale ușoare, moderate Fără afectare corneană	Lubrifianți (+ / – conservanți) Controlul ambientului, alergiilor, medicației sistemice
Nivelul 2	Simptome moderate, severe Modificări de film lacrimal, afectarea vederii Colorarea conjunctivei Keratită punctată superficială (KPS) ușoară	Lacrimi artificiale fără conservanți Geluri/unguente oftalmice seara Suport nutrițional Ciclosporină picături Steroizi topic
Nivelul 3	Simptome severe KPS severă, centrală Keratită filamentoasă	Tetraciline Ocluzia punctelor lacrimale (punctal plugs)
Nivelul 4	Simptome extrem de severe, alterarea modului de viață KPS severă, eroziuni corneene Cicatrizarea conjunctivei	Terapie sistemică antiinflamatorie Chirurgical (cauterizarea punctelor lacrimale)

BIBLIOGRAFIE

1. **The Ocular Surface Journal**, Report of the International Dry Eye Workshop (DEWS), aprilie 2007
2. **Frank J. Holly** – The Preocular Tear Film in Health, Disease and Contact Lense Wear, 1986
3. **American Academy of Ophthalmology**, External Disease and Cornea, 2006
4. **Myron Yanoff, Jay S. Duker** – Ophthalmology, second edition, 2004
5. **M. Zemba** – Suprafața oculară la pacienții cu tratament antiglaucomatos topic, *Oftalmologia* nr. 3, 2011, 94-99
6. **Amar Argaval, Dry Eye** – A Practical Guide to Ocular Surface Disease and Stem Cell Surgery, 2006

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro