

KERATOCONJUNCTIVITA ÎN POLIARTRITA REUMATOIDĂ

O. POPESCU¹¹Spitalul Municipal "Dr. Gheorghe Marinescu", Târnăveni

Cuvinte cheie: poliartrita reumatoidă, sindromul ochiului uscat, keratoconjunctivita sicca

Keywords: rheumatoid arthritis, dry eye syndrome; keratoconjunctivitis sicca

Rezumat: Keratoconjunctivita sicca este expresia clinică a sindromului de ochi uscat. Poate fi o afecțiune de sine stătătoare sau poate apărea ca și o manifestare secundară în unele boli sistemice printre care și poliartrita reumatoidă, în ultima situație purtând denumirea de sindrom Sjögren secundar. Lucrearea de față prezintă simptomele principale, semnele clinice, principiile de diagnostic și tratament ale keratoconjunctivitei sicca, precum și principalele caracteristici ale poliartritei reumatoide ca și cauză subiacentă a acesteia.

Abstract: Keratoconjunctivitis sicca is the clinical expression of dry eye syndrome. It may be a self-contained condition or can occur as a secondary manifestation of some systemic diseases including rheumatoid arthritis, the last case being called secondary Sjögren's syndrome. This paper presents the main symptoms, clinical signs, diagnosis and treatment principles of keratoconjunctivitis sicca.

ARTICOL ȘTIINȚIFIC DE SINTEZĂ BIBLIOGRAFICĂ

Poliartrita reumatoidă este o boală autoimună sistemică, caracterizată prin poliartropatie simetrică, distructivă, deformantă, inflamatorie în asociere cu o serie de manifestări extraarticulare și anticorpi circulanți – denumiți factori reumatoizi și în mod potențial determină și manifestări oculare: keratoconjunctivita sicca (sindrom Sjögren secundar), sclerite, keratită ulcerativă și foarte rar sindromul de teacă a tendonului oblicului superior, dintre acestea keratoconjunctivita sicca fiind afecțiunea oculară cea mai frecvent întâlnită la pacienții cu poliartrita reumatoidă, această afecțiune putând fi invalidantă în absența tratamentului. (1)

Keratoconjunctivita sicca este manifestarea clinică a sindromului ochiului uscat. Ochiul uscat este o afecțiune uni- sau bilaterală care cuprinde toate manifestările legate de modificarea calității și/sau cantității filmului lacrimal prin deficit de producere și/sau evaporare excesivă a lacrimilor. Mecanismul apariției keratoconjunctivitei sicca în cadrul poliartritei reumatoide este hiposecreția lacrimală determinând un sindrom Sjögren secundar, acest sindrom apărând și în alte boli autoimune pe lângă poliartrita reumatoidă: lupus eritematos diseminat, sclerodermie, dermatomiozită și polimiozită, boală mixtă de țesut conjunctiv, ciroză biliară primitivă. (1, 2, 3, 6)

Semne subiective

Cel mai frecvent pacientul acuză senzația de uscăciune, de corp străin și arsură care în mod caracteristic se accentuează pe parcursul zilei. De asemenea frecvente sunt și secreția mucoasă aderentă, încheșurarea tranzitorie a vederii, roșeața și apariția de cruste la nivelul pleoapelor. Simptomele se exacerbează prin expunerea la condiții asociate cu creșterea evaporării filmului lacrimal (deși în cazul poliartritei reumatoide mecanismul principal este cel de hiposecreție lacrimală, evaporarea accentuează și în această situație boala): aer condiționat, vânt și încălzire centrală sau cititul prelungit,

situație în care frecvența clipitului este redusă. (1, 2, 3, 6)

În afara acestor simptome oculare pot apărea sau se pot accentua simptomele bolii de bază, poliartrita reumatoidă, în cazul de față. Cel mai frecvent, keratoconjunctivita sicca este un simptom secundar, nu un simptom de debut al bolii, dar afectează calitatea vieții pacientului deja scăzută de boala de bază.

Semne obiective

În funcție de severitatea cu care este afectat filmul lacrimal afecțiunea prezintă mai multe aspecte clinice. Eroziuni epiteliale punctate corneene care se colorează cu fluoresceină și afectează corneea interpalpebrală și cea inferioară: forma cea mai ușoară și care răspunde cel mai bine la tratamentul medicamentos. Un alt aspect clinic este cel de keratită filamentoasă: filamentele sunt compuse din mucină, celule epiteliale și lipide și au formă de virgulă cu un capăt atașat la suprafața corneei și care se mișcă la fiecare clipit. Mobilizarea lor este dureroasă datorită stimulării terminațiilor libere ale epitelului cornean. Se colorează bine cu roz Bengal. O formă mai gravă a bolii și asociată de obicei cu filamentele corneene sunt plăcile mucoase de forme și mărimi diferite, cu aceeași compoziție ca și filamentele. În cazurile grave apar și vase de neoformație la nivelul limbului cornean. În plus apar și semnele clinice ale bolii de bază. Complicații: în cazurile foarte severe apare neovascularizație superficială periferică corneană, ruptură epitelială, topire și perforație, precum și keratită bacteriană. (1, 2, 3, 6)

Metode de diagnostic ale sindromului de ochi uscat

Scopul investigațiilor este să confirme și să cuantifice diagnosticul de ochi uscat și implicit pe cel de keratită sicca – expresia clinică a ochiului uscat. Testele măsoară următorii parametri: determinarea timpului de rupere al filmului lacrimal, teste cantitative de determinare a filmului lacrimal (testul Schirmer I și II) și testele de colorare (determină afectarea

¹Autor Corespondent: Ovidiu Popescu, Spitalul Municipal "Dr. Gheorghe Marinescu", Târnăveni, str. Nicolae Bălcescu, nr. 27/16, Târgu-Mureș, România; e-mail: popescu.ovidiu2000@yahoo.com; tel +40-0720001650
Articol intrat în redacție în 07.04.2011 și acceptat spre publicare în 23.08.2011
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2011; 2(4)136-137

suprafaței oculare). (4)

Determinarea timpului de rupere a filmului lacrimal (break up time - BUT)

Filmul lacrimal precorneean se rupe spontan după un interval de timp în absența clipitului. Ruperea filmului determină apariția pe suprafața corneei a unor pete sau zone uscate (dry spot). Prin BUT se măsoară timpul în secunde de la ultimul clipit la apariția primelor zone de discontinuitate în filmul precorneean după instilarea unei picături de fluoresceină în fundul de sac conjunctival inferior.

Timpul normal de rupere a filmului lacrimal trebuie să fie peste 15 sec. Un timp de rupere scurt (10 secunde sau mai puțin) indică o funcție alterată a stratului lacrimal intern. (4)

Teste cantitative de determinare a filmului lacrimal

Din această categorie de teste fac parte testul Schirmer I și testul Schirmer II.

Testul Schirmer I a fost descris de Otto Schirmer în 1903, fiind cel mai folosit în practica oftalmologică pentru aprecierea cantitativă a lacrimilor. Acest test este considerat criteriu de diagnostic în sindromul sicca permițând măsurarea secreției lacrimale totale, bazale și reflexe. O fâșie subțire de filtru este îndoită și plasată fără anestezic în fundul de sac conjunctival inferior în 1/3 externă a pleoapei. După 5 minute se măsoară lungimea porțiunii umectate. O secreție normală determină umectarea hârtiei de filtru pe o lungime de aproximativ 15 mm. Hipersecreția este considerată dacă hârtia este rapid inundată de lacrimi, umectarea hârtiei sub 10 mm este considerată patologică, iar hiposecreția lacrimală când mai puțin de 5 mm din lungimea testului este umectată. Utilizând un anestezic topic este eliminată secreția reflexă, măsurându-se numai secreția bazală. Un nou test Schirmer este aplicat, iar diferența dintre testul I și testul II reprezintă secreția reflexă a filmului lacrimal. Mai puțin de 5 mm de umectare pentru secreția bazală este concludentă pentru hiposecreția lacrimală. (4)

Testul Schirmer II este efectuat după ce se demonstrează o valoare scăzută a secreției de bază. Cu același test plasat în sacul conjunctival vom efectua o iritație mecanică sau chimică a mucoasei nazale. Creșterea umectării testului indică integritatea căii aferente reflexe, în timp ce o creștere nesemnificativă arată un deficit al reflexelor secretorii la nivelul căii lacrimale. (4)

Testele de colorare

Se folosesc pentru evaluarea epiteliului corneean și conjunctival. Cel mai frecvent se utilizează fluoresceină 1% și roz bengal 1%. Colorația fluoresceinică indică disrupții ale epiteliului corneean. Colorația cu fluoresceină în 1/3 inferioară indică o disfuncție severă a filmului lacrimal. Prezența celulelor epiteliale anormale la nivelul corneei și conjunctivei, precum și a celulelor devitalizate se evidențiază cu roz bengal. Aplicarea de roz bengal este capabilă de a detecta cele mai fine dezepitelizări la nivelul suprafeței corneei și conjunctivei. Acest colorant colorează bine filamentele și plăcile mucoase, iar la nivelul conjunctivei bulbare apar două triunghiuri cu baza la limb. (4)

Tratament

Tratamentul este în principal unul local de ameliorare a simptomatologiei și unul general, adresat în principal bolii de bază. Tratamentul local constă în administrarea topică de ciclosporină A, care crește secreția lacrimală și îmbunătățește suprafața oculară, ser autolog, cu aport nutritiv și rol de apărare (conține Ig și proteine serice), lacrimi artificiale și lubrifianti oculari. Utilizarea lentilelor moi, hidrofiele, ameliorează simptomatologia în unele cazuri. Implantatele solubile prin aplicarea la nivelul punctelor lacrimale a unor dispozitive de

colagen sau silicon, care prin dizolvare treptată, substituie secreția lacrimală deficitară. Obturarea temporară sau definitivă a punctelor lacrimale. (3, 5, 6)

Tratamentul general constă în: administrarea per os de agenți mucolitici, acetilcisteină, timp de două săptămâni, pentru formele filamentoase sau cu plăci mucoase; agenți colinergici, care acționează prin hipersecreția glandelor exocrine; în sindromul Sjögren se administrează corticosteroizi, antimalarice de sinteză și metotrexat. (3, 5, 6)

Tratarea bolii de bază și încetinirea evoluției acesteia au un efect favorabil și asupra simptomatologiei oculare.

BIBLIOGRAFIE

1. Kanski JJ, Clinical ophthalmology, Butterworth-Heinemann International Editions 2007: 205-213;
2. Dumitrache M, Tratat de oftalmologie, volumul I: 257-258;
3. Cernea P, Tratat de oftalmologie. București, Editura Medicală, 2002; 218-247;
4. Labbe A, Brignole- Baudouin F, Baudouin C. Ocular surface investigations in dry eye. J Fr Ophtalmol 2007; 30(1): 76-97;
5. Georgescu L, Actualități terapeutice în reumatologie, Editura University Press, 2001;
6. Cellini M, Versura P, Leonetti P *et al.* Ocular surface and intraocular inflammation are related in SS-I and rheumatoid arthritis patients. Rheumatol Int 2007; 27(9): 853-857.