

OKULISTYKA

Leczenie jaskry coraz

Jak leczyć pacjenta z jaskrą? Czy wystarczą mu same krople, czy też konieczna jest operacja? A może przyszłością i nadzieją dla chorych są mało inwazyjne implantacje stentów? W leczeniu jaskry wiele się dzieje. Choć choroby nie da się wyleczyć, można ją skutecznie zaleczyć, by nie dopuścić do utraty wzroku albo przynajmniej znacznie ten proces opóźnić. Grunt to szybka diagnoza i wybór najbardziej odpowiedniego dla pacjenta leczenia. Dzięki temu spustoszenie wywołane przez chorobę będzie najmniejsze.

Jaskra jest chorobą przewlekłą, w której na skutek stopniowego uszkodzenia nerwu wzrokowego dochodzi do zawężenia pola widzenia, a nawet ślepoty. Najskuteczniejszym sposobem jej leczenia jest obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, którego nadmierny wzrost odpowiada za rozwój tej choroby. Można to osiągnąć poprzez stosowanie kropli, wykonanie zabiegu laserowego lub operacji.

Krople – najpopularniejsza metoda leczenia

Pierwszą formą leczenia pacjenta z jaskrą jest terapia farmakologiczna z użyciem kropli. Najczęściej są to prostaglandyny, ułatwiające odpływ cieczy wodnistej z oka i wpływające na obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego. Krople starszej generacji wykazują wiele działań niepożądanych powodowanych przez substancję czynną bądź konserwanty. Mogą one wywoływać zaburzenia powierzchni oka, takie jak niewydolność gruczołów Meiboma, zmniejszenie wydzielania łez, skrócenie czasu przerwania filmu łzowego czy ubytek nabłonka spojówki lub rogówki. Częstymi objawami ubocznymi są także: dyskomfort, suchość, łzawienie, pieczenie, swędzenie, uczucie ciała obcego. Dlatego wielu pacjentów rezygnuje z ich stosowania lub stosuje je nieregularnie, co oczywiście wpływa negatywnie na rezultaty leczenia. Na szczęście są już dostępne krople bez konserwantów, po których rzadziej pojawiają się skutki uboczne. Jest to szczególnie istotne w przypadku pacjentów młodych, mających przed sobą wiele lat leczenia.

Kolejny krok – laser

Jeszcze niedawno panowała opinia, że zabiegi laserowe należą do przeszłości. Zmieniło się to, kiedy pojawiły się nowe urządzenia, dające szersze możliwości terapeutyczne. Umożliwiają one wykonanie zabiegów bez naruszenia tkanek oka (zabiegi bezdotykowe) lub z ich naruszeniem (zabiegi chirurgiczne). Jak mówi prof. dr hab. n. med. Dariusz Kęćcik, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, do najczęściej

wykorzystywanych obecnie sposobów leczenia pacjentów z jaskrą należy trabekuloplastyka, czyli de facto cała grupa zabiegów laserowych, które wykonuje się zazwyczaj w jaskrze otwartego kąta. Jedną z powszechnie stosowanych technik jest selektywna trabekuloplastyka laserowa SLT (*selective laser trabeculoplasty*), która wykorzystuje działanie lasera Nd:YAG.

– Inne zabiegi to mikropulsy, które poprawiają odpływ cieczy wodnistej z oka przy minimalnej zmianie termicznej, oraz trabekulopunktury wykorzystujące działanie fotomechaniczne, podczas którego dochodzi do przerwania tkanki – wówczas mamy do czynienia z klasyczną chirurgią bezdotykową. Rzadziej wykonywanymi zabiegami są punkcje w obrębie przeprowadzonej wcześniej trabekulektomii, punkcje po zabiegach nieperforujących oraz udrażnianie wcześniej zastosowanych implantów w obrębie kąta przesączania – wylicza prof. Kęćcik.

Klasyczna chirurgia jaskry – trabekulektomia

Trabekulektomia przeprowadzana jest głównie u pacjentów, u których inne metody leczenia zawodły. Podczas operacji wycina się fragment tkanki w niedrożnym kącie przesączania (strukturze odpowiedzialnej za odpływ cieczy wodnistej z komory przedniej oka), a w górnej części gałki ocznej, pod górną powieką wytwarza się tzw. pęcherzyk filtracyjny. Zabieg obarczony jest zwiększonym ryzykiem powikłań pooperacyjnych. Należą do nich krwawienie, zmętnienie soczewki (rozwój zaćmy), zakażenie wewnątrzgałkowe, ale również paradoksalnie może nastąpić wzrost ciśnienia w oku. Istnieje także ryzyko pojawienia się przewlekłej hipotonii.

U osób młodych lub w oczach wielokrotnie operowanych może wystąpić nadmierne bliznowacenie pęcherzyka filtracyjnego, które może spowodować zamknięcie nowej drogi odpływu. Dlatego podczas trabekulektomii zapobiegawczo stosuje się leki hamujące nadmierne bliznowacenie (mitomycyna lub 5-fluorouracyl). Mamy wówczas do

czynienia z tzw. trabekulektomią z mitomycyną. Efekty operacji są trwałe, ale pacjent musi się liczyć z długą rekonwalescencją po trabekulektomii (4–6 tygodni) i koniecznością odbycia kilku wizyt kontrolnych u lekarza specjalisty. To wszystko powoduje, że wielu chorych na jaskrę podchodzi do zabiegu z rezerwą.

Kolejna szansa

Przed trabekulektomią lub nawet po niej, jeśli nie przyniosła spodziewanego efektu, można skierować pacjenta na zabieg wszczepienia implantu. W ostatnim czasie chirurdzy oka duże nadzieje wiążą z implantem Preserflo MicroShunt, który uzyskał zgodę na stosowanie w Europie stosunkowo niedawno, bo w 2019 r. Polska należy do grona państw, w których z powodzeniem wykonano już pierwsze tego typu operacje. Pilotażowe zabiegi przeprowadzono w kilku ośrodkach uniwersyteckich, m.in. w Klinice Okulistyki Wydziału Nauk

”

Polska należy do grona państw, w których z powodzeniem wykonano już pierwsze zabiegi implantacji stentów Preserflo MicroShunt



bardziej obiecujące

Agata Misiurewicz-Gabi

Medycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie (Katedra i Klinika Okulistyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). Innowacyjny zabieg, traktowany jako minimalnie inwazyjna chirurgia jaskry, wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka pojawienia się ciężkich powikłań, które mogą wystąpić po tradycyjnej, manualnej chirurgii jaskry.

Preserflo MicroShunt

– Implant ma 8,5 mm długości. Jest stosunkowo długi, także w części odprowadzającej. Ciecz wodnista odprowadzana jest daleko w kierunku załamka, co jest niezwykle korzystne przy zabiegach filtracyjnych. Do tego ma charakterystyczne skrzydełka, które ułatwiają założenie stentu i zapobiegają jego przesunięciu już po implantacji. Wykonany jest z SIBS (styrene-block-isobutylene-block-styrene), biokompatybilnego ma-

teriału, który od ponad 20 lat z powodzeniem stosuje się w chirurgii naczyniowej. Jego zaletą jest elastyczność, dzięki czemu idealnie dostosowuje się do kształtu gałki ocznej – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Jacek P. Szaflik, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

– Zabieg przeprowadza się u pacjentów z jaskrą w różnym stadium choroby, także z jaskrą trudną do leczenia. Można go wykonywać również u chorych, którzy wcześniej przebyli zabiegi laserowe czy trabekulektomię. Pacjenci wiedzą, że jest dla nich dostępna mało inwazyjna chirurgia, wiedzą o powikłaniach i problemach związanych z trabekulektomią czy z chirurgią zastawkową. Spotykamy się z pacjentami, którzy mają wąską źrenicę, wąską szparę powiekową, głębokie oczodoły, wąski kąt przesączania, znaczny arcus senilis i rozszerzoną źrenicę po ostrych atakach jaskry. Jak się do nich ustosunkować? Wszczepiać im implant czy nie? Według zaleceń producenta i grupy doradców medycznych – nie zawsze. Mając jednak na uwadze możliwość utraty przez nich resztkowego widzenia, można spróbować wszczepić im implant Preserflo MicroShunt – komentuje prof. dr hab. n. med. Ewa Mrukwa-Kominek.

– Technika operacyjna nie jest szczególnie skomplikowana, wydaje się, że można ją opanować szybciej niż technikę trabekulektomii. Implant jaskrowy wszczepia się od zewnątrz (ab externo) przez mały (0,5 mm) tunel śród-twardówkowy, dzięki czemu nie musimy wykonywać czynności wewnątrz gałki ocznej. Zabieg zakłada rozpreparowanie spojówki, torebki Tenona, dyssekcję i hemostazę. Kolejnym krokiem jest wytworzenie specjalnej kieszonki twardej typu SLIT, przez którą wkłada się implant Preserflo. Następnie obserwujemy, jak przebiega filtracja i czy implant jest prawidłowo wszczepiony – opisuje prof. Szaflik.

– W przypadku pacjentów, którzy są niespokojni, zaleca się założenie szwu rogówkowego, żeby fiksować gałkę oczną, co bardzo ułatwia zabieg. Wykonaliśmy do tej pory implantację do 12 oczu u 10 pacjentów, których średnia wieku wynosiła 65 lat. Spotkaliśmy się z dwoma barierami. Pierwsza to dostępność produktu, druga to dostępność mitomycyny C, której w tej chwili brakuje. U pacjentów z głębokim oczodołem pojawia się trudność manipulacji przy implantacji, w której należy zmienić kąt tworzenia przetoki. Idealne jest wszczepienie zastawki w ten sposób, żeby znajdowała się ona w komorze przedniej mniej więcej w równej odległości od rogówki i od tęczówki, tak żeby nie uszkadzała tęczówki – stwierdza prof. Mrukwa-Kominek.



Fot. istockphoto

Jakie są efekty?

Zdaniem prof. Jacka P. Szaflika efekty wszczepienia implantu są porównywalne z trabekulektomią, jednak jest to zabieg znacznie bezpieczniejszy i bardziej przewidywalny. – Pierwsze badania kliniczne potwierdzają jego skuteczność i efektywne obniżenie ciśnienia średnio o 45 proc. w obserwacji trzyletniej. U 65 pacjentów po 3 latach od operacji nie stwierdzono wskazań do włączenia leków miejscowych. Jednocześnie mamy mniejsze ryzyko wystąpienia powikłań, przede wszystkim hipotonii czy powikłań związanych z zapaleniem pęcherzyka filtracyjnego, dzięki standaryzowanej wielkości odpływu czy wielkości filtracji poprzez implant. Przekłada się to na bezpieczeństwo oczu w pierwszym okresie po operacji, podczas gdy po trabekulektomii możemy mieć do czynienia z pewnym zakresem nieprzewidywalności. Prawdopodobnie zabieg będzie się mniej przyczyniał do rozwoju zaćmy po operacji niż trabekulektomia – przewiduje prof. Szaflik.

– Po implantacji stentów Preserflo MicroShunt zmniejsza się ilość substancji czynnych w kroplach stosowanych przez pacjentów. Wielu z nich wcale nie musi ich już używać. Jeśli dostępność materiału i mitomycyny będzie większa, to może nawet 50 proc. osób zakwalifikowanych do trabekulektomii będzie mogło mieć wykonany ten zabieg – mówi prof. Mrukwa-Kominek.

Do tej pory zabieg został w Polsce przeprowadzony u niewielkiej grupy pacjentów, jednak w niedalekiej przyszłości może się stać skuteczną i stosowaną na szerszą skalę opcją terapeutyczną dla pacjentów z jaskrą i alternatywą dla ryzykownej i mało komfortowej trabekulektomii. ■

” Trabekulektomia przeprowadzana jest głównie u pacjentów, u których inne metody leczenia zawiodły. Podczas operacji wycina się fragment tkanki w niedrożnym kącie przesączania, a w górnej części gałki ocznej wytwarza się tzw. pęcherzyk filtracyjny. Zabieg obarczony jest zwiększonym ryzykiem powikłań pooperacyjnych



Fot. PAP/Tomasz Gzeł