

Sprawozdanie z warsztatów naukowych *Jaskra – pacjent w centrum uwagi, strategie wypracowane przez ekspertów* Rapallo, Włochy 31.05.2014

dr hab. n. med. Joanna Wierzbowska, prof. nadzw. WIM

Klinika Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

W dniu 31 maja 2014 roku, w Rapallo (Włochy) odbyły się Warsztaty Naukowe *Jaskra – pacjent w centrum uwagi, strategie wypracowane przez ekspertów*. W spotkaniu aktywnie uczestniczyli profesorowie z Polski: Alina Bakunowicz-Łazarczyk, Iwona Grabska-Liberek, Piotr Jurowski, Jerzy Mackiewicz, Grażyna Malukiewicz, Marta Misiuk-Hojto, Ewa Mrukwa-Kominek, Wojciech Omulecki, Wanda Romaniuk, Jerzy Szafflik i Joanna Wierzbowska. Gościem i wykładowcą był Profesor Carlo E. Traverso, kierownik Kliniki Okulistyki Uniwersytetu w Genewie, Prezydent Europejskiego Towarzystwa Jaskrowego (EGS). Realizacja warsztatów była możliwa dzięki wsparciu firmy Santen.

Zgodnie z programem naukową część spotkania otworzył wykład profesora Carlo E. Traverso poświęcony najnowszym diagnostycznym i terapeutycznym wytycznym Europejskiego Towarzystwa Jaskrowego. Profesor podkreślił, że chociaż progresja jaskry jest wpisana w charakterystykę tej choroby, cechuje ją jednak duża zmienność wynikająca ze współistnienia czynników ryzyka progresji tej neuropatii. Starannej oceny wymagają szeroko rozumiane koszty leczenia jaskry, w tym ich wymiar ekonomiczny w odniesieniu zarówno do pacjenta, jak i społeczeństwa, a także niedogodności jej leczenia i objawy uboczne. Jakość życia jest ściśle związana z funkcją wzrokową. Większość chorych na jaskrę wczesną i umiarkowaną wykazuje dobrą ostrość wzroku i nieznaczne obniżenie jakości życia.

Profesor Traverso wypunktował najważniejsze wnioski randomizowanych, wielośrodkowych badań klinicznych: 1. – udowodniony skuteczny wpływ redukcji ciśnienia wewnątrzgałkowego (CWG) na hamowanie progresji nadciśnienia ocznego (NO) i jaskry otwartego kąta, 2. – brak dowodów na to, że w celu lepszej ochrony widzenia wskazane jest maksymalne obniżanie CWG u wszystkich chorych na jaskrę, 3. – brak dowodów na to, że terapia hipotensyjna przynosi wyłącznie korzyści, 4. – racjonalność terapii zindywidualizowanej, z uwzględnieniem tempa progresji neuropatii. Zdaniem profesora teza zawarta w ostatnim wniosku jest najbardziej użytecznym „transferem” medycyny opartej na faktach do praktyki klinicznej.

W dalszej części wykładu profesor Traverso poświęcił dużo uwagi zagadnieniu „przesadnej” i nieuzasadnionej terapii jaskry. Popularną miarą skuteczności interwencji terapeutycznej jest wskaźnik epidemiologiczny NNT – tzw. liczba osób wymagających leczenia (ang. the number needed to treat – NNT), czyli liczba pacjentów, których należy leczyć, aby uniknąć pojedynczego nowego zachorowania. Najbardziej wiarygodny jest wskaź-

nik NNT obliczany na podstawie wyników wielośrodkowych, randomizowanych badań klinicznych oceniających dużą liczbę pacjentów. Idealny NNT równa się 1 (kiedy każdy pacjent z grupy leczonej doświadcza korzyści płynących z terapii, żaden zaś pacjent z grupy kontrolnej – nieleczonej – takich korzyści nie doświadcza). Im wyższy jest wskaźnik NNT, tym mniej skuteczna jest interwencja terapeutyczna. Wskaźnik NNT wylicza się jako odwrotność tzw. bezwzględnego zmniejszenia ryzyka zachorowania (ang. Absolute Risk Reduction – ARR), czyli bezwzględnej różnicy między ryzykiem zachorowania szacowanym u pacjentów z grupy kontrolnej a ryzykiem zachorowania szacowanym u pacjentów z grupy poddanych leczeniu. W badaniu *The Early Manifest Glaucoma Trial* (EMGT), w którym porównywano, jak na progresję świeżo rozpoznanej jaskry wpływa wdrożenie terapii przeciwjaskrowej (grupa badanych), a jak jej niestosowanie (grupa odniesienia), wykazano, że bezwzględna różnica między ryzykiem progresji jaskry u pacjentów z obu grup (ARR) wynosiła 17%, czyli NNT równało się 1/0,17 czyli 6. Inaczej mówiąc, wdrożenie leczenia przeciwjaskrowego u 6 chorych na jaskrę zapobiegło wystąpieniu progresji neuropatii u jednego chorego. W badaniu *The Ocular Hypertensive Treatment Study* (OHTS) wskaźniki epidemiologiczne AAR i NNT wynosiły odpowiednio 5% i 20%, czyli włączenie terapii hipotensyjnej u 20 pacjentów z NO zapobiegło wystąpieniu konwersji NO w jaskrę u jednego pacjenta. Według opinii profesora Traverso wskaźnik NNT w codziennej praktyce lekarskiej może osiągać wartości nawet od 40 do 60! Można bowiem domniemywać, że wielu lekarzy okulistów często wdraża leczenie hipotensyjne w nieuzasadnionych przypadkach, np. wtedy, kiedy opierają rozpoznanie jaskry jedynie na izolowanym defekcie czynnościowym. Zbędna przewlekła terapia miejscowa naraża pacjenta na objawy uboczne i na obniżenie poziomu jakości życia, a ponadto generuje ogromne koszty społeczne.

W końcowej części wykładu profesor Traverso przypomniał formułę aktualnej klasyfikacji konfiguracji zamkniętego kąta i jaskry zamkniętego kąta oraz proponowanego przez EGS algorytmu postępowania profilaktyczno-terapeutycznego.

Druga część spotkania naukowego miała charakter debaty, w której zabierali głos wszyscy uczestnicy spotkania. W dyskusji moderowanej przez Tuomasa Huuhtanena (Finlandia) poruszano przede wszystkim zagadnienia związane ze znaczeniem leków przeciwjaskrowych wolnych od konserwantów oraz preparatów złożonych we współczesnej terapii jaskry. Podkreślono, że zaburzenia powierzchni oka występują średnio u co drugie-

go chorego na jaskrę, a nawet u 70% chorych leczonych przez wiele lat. Do powstawania zmian na powierzchni oka towarzyszących przewlekłej terapii przeciwjaskrowej w głównej mierze przyczyniają się środki konserwujące, zwłaszcza chlorek benzalkonium (BAK). Uszkodzenie nabłonka rogówki i spojówki oraz zmiany ilościowe i jakościowe filmu łzowego prowadzą do wystąpienia objawów klinicznych takich jak: pieczenie, swędzenie, klucie, uczucie ciała obcego lub piasku pod powiekami, światłowstręt i łzawienie. Jednak korelacja między objawami przedmiotowymi a podmiotowymi może być słaba. Dlatego wg opinii uczestników dyskusji wskazaniem do zastosowania leku przeciwjaskrowego bez konserwantów powinny być zarówno nieprawidłowości stwierdzone w badaniach skóry i brzegów powiek, gruczołów Meiboma, filmu łzowego, spojówki oraz rogówki, jak i subiektywne odczucia zgłaszane przez chorego.

Toksyczne oddziaływanie środków konserwujących na spojówkę i torebkę Tenona zwiększa ryzyko miejscowego bliznowacenia poduszki filtracyjnej i następowego niepowodzenia operacji przetokowych. W debacie zaznaczono, że BAK oddziałuje także na struktury wnętrza gałki ocznej – przedostaje się do utkania beleczkowego, oddziałuje cytotoksycznie na komórki nabłonka soczewki, sprzyja powstaniu obrzęku płamki w oczach bezsoczewkowych lub pseudosoczewkowych. Dlatego terapia przeciwjaskrowa lekami pozbawionymi konserwantów powinna być zalecana także dla młodych pacjentów oraz tych chorych, u których rozważane jest leczenie operacyjne. Podkreślono też, że jak dotąd w Polsce nie zarejestrowano kropli przeciwjaskrowych pozbawionych konserwantów do stosowania u dzieci.

Wszyscy uczestnicy spotkania zgodnie podzielali pogląd, że w procesie leczenia większości chorych na jaskrę konieczne jest stosowanie więcej niż jednego leku hipotensyjnego i w takich przypadkach postępowaniem z wyboru jest na ogół użycie preparatu złożonego (ang. fixed combination). Terapia preparatem złożonym, w porównaniu z terapią dwoma oddzielnymi pre-

paratami przeciwjaskrowymi, zapewnia równorzędną skuteczność hipotensyjną, często wyższy profil bezpieczeństwa oraz zdecydowanie wygodniejszy dla chorego sposób dawkowania – lekarze okuliści preferują tę formę terapii skojarzonej. Istotnym ograniczeniem obecnie stosowanych preparatów złożonych jest to, że zawierają nieselektywny beta-bloker, który zwiększa ryzyko wystąpienia potencjalnych objawów ubocznych.

Ostatni z omawianych tematów dotyczył współpracy pacjenta z lekarzem w procesie terapeutycznym (ang. compliance). Według oceny ekspertów około 30% pacjentów nie stosuje się do zaleceń lekarskich. Jest to spowodowane wieloma czynnikami, m.in. przewlekłym charakterem terapii, nietolerancją leków miejscowych i bezobjawowym przebiegiem jaskry, ostatni z wymienionych czynników powoduje, że postrzegane przez chorego zagrożenie utraty wzroku jest niewielkie, nie motywuje go zatem do kontynuowania terapii. Innymi przyczynami braku współpracy chorego na jaskrę z lekarzem w procesie leczenia są problemy związane z właściwym podawaniem kropli do worka spojówkowego, zapominanie o podaniu kropli oraz koszty terapii. Wszyscy uczestnicy spotkania podkreślali, jak ważna i potrzebna jest rozmowa z pacjentem na temat jego choroby, tolerancji zastosowanego leczenia oraz ryzyka związanego z nieprzestrzeganiem zasad terapii. Przyznano, że prowadzenie dzienników pacjenta oraz korzystanie z nowoczesnych technologii (np. smartfonów) mogą wpłynąć na poprawę „compliance”.

Debatę zakończono wnioskiem, że w procesie terapii jaskry należy zawsze monitorować zarówno jej skuteczność, jak tolerancję, a ponadto trzeba leczyć ewentualne zaburzenia powierzchni oka. Ważna jest także dbałość o utrzymanie dobrej jakości życia chorego na jaskrę poprzez uproszczenie terapii miejscowej i preferowanie takich kropli przeciwjaskrowych, które nie zawierają konserwantów, w sytuacji zaś, kiedy terapia złożona nie przyniesie pozytywnych rezultatów, należy jak najwcześniej poddać pacjenta nowoczesnemu leczeniu chirurgicznemu.