

Sprawozdanie ze Zjazdu Amerykańskiej Akademii Okulistycznej w Nowym Orleanie

Joanna Wierzbowska

W dniach 23-26 października 2004 roku odbył się w Nowym Orleanie coroczny Zjazd Amerykańskiej Akademii Okulistycznej, zorganizowany wspólnie z Europejskim Towarzystwem Okulistycznym. Wzięła w nim udział imponująca liczba uczestników (ok. 17 tys. lekarzy, optometrystów, pielęgniarek, wystawców), w tym 20-osobowa grupa z Polski. Obrady odbywały się w Morial Convention Center – największym centrum kongresowym w USA – położonym na nadbrzeżu rzeki Missisipi. Program naukowy zjazdu był niezwykle napięty – równolegle odbywało się kilka sesji tematycznych, kilkadziesiąt kursów (w sumie było ich kilkaset) i sesje wideo. Ponadto w godzinach rannych organizowane były spotkania z ekspertami („Breakfast with Experts”), w porze lunchu – dyskusje z autorami plakatów, w godzinach popołudniowych zaś – sesje sponsorowane (te odbywały się poza centrum kongresowym). Na zjeździe zaprezentowało się prawie tysiąc wystawców, przedstawiając imponującą ofertę rynku farmaceutycznego, instrumentowego i wydawniczego. Na stoiskach dużych firm farmaceutycznych przez cały czas trwania zjazdu odbywały się mini-wykłady (tzw. Speakers Forum) i pokazy wideo.

Diagnostyka jaskry, choć w ośrodkach klinicznych USA prowadzona jest na nowoczesnym poziomie (standardem jest tam wykonywanie badań HRT, GDx, OCT, FDP), w skali globalnej kraju pozostaje nadal dużym problemem. Statystyki amerykańskie podają, że połowa chorych na jaskrę nie jest leczona, gdyż nie jest świadoma swojej choroby. Zakłada się, że w 2020 roku będzie w tym kraju prawie 300 tys. ludzi ślepych z powodu jaskry. Jak przedstawił prof. Robert Weinreb, prezydent–elekt Amerykańskiego Towarzystwa Jaskrowego, rozpoznanie jaskry metodami konwencjonalnymi (ocena wyglądu tarczy n. II, perymetria statyczna) odbywa się w III – późnym stadium choroby, określanym mianem uszkodzenia czynnościowego. Poprzedzające je stadium II – bezobjawowe, pod koniec którego można wykryć wyraźne zmiany grubości włókien nerwowych i zmiany w polu widzenia techniką zdwojonej częstotliwości, trwa prawie dwukrotnie dłużej niż stadium III, a stadium I – niewykrywalne (początek apoptozy i niewykrywalne zmiany w warstwie włókien nerwowych) trwa tak samo długo jak stadium III. Gdyby więc na osi odciętych przy cyfrze 0 zaznaczyć „początek apoptozy”, a przy liczbie 100 – „ślepotę”, to stadium I (niewykrywalne) kończy się na liczbie 25, stadium II (bezobjawowe) zaś na liczbie 70 (!). Pojęcie „jaskry wczesnej” jest więc względne, gdyż *de facto* rozpoznanie to stawiamy w najlepszym przypadku (korzystając z najnowszych technik) w połowie czasu trwania neuropatii. Podejmując leczenie jaskry, należy dążyć do redukcji ciśnienia wewnątrzgałkowego przynajmniej o 30%, a w jaskrze zaawansowanej – nawet o 40-50%. Lekami pierwszego rzutu w USA są analogi prostaglandyn; bardzo popularne są również preparaty złożone – kombinacje prostaglandyn z beta-blokerami. Pojęcie „maksymalnie tolerowanej

terapii” w opinii okulistów amerykańskich jest nieco inne niż w Europie i sprowadza się do sumy 3-4 kropli dziennie.

W USA w 2003 roku wykonano 2,7 mln operacji fakoemulsyfikacji zaćmy; 55% chirurgów amerykańskich stosowało metodę „cracking”, 26% – „phaco-chop”, a 7% – „flipping”. Preferowane są wszczepy akrylowe (51%), w drugiej kolejności – silikonowe (37%). Dokonany w ostatnich latach zwrot w stronę materiału akrylowego – 10-krotnie rzadziej indukującego zmętnienie tylnej torebki niż materiał silikonowy i 3-krotnie rzadziej generującego późne decentracje implantu z powodu zwłóknienia przedniej torebki – zmniejsza roczne koszty leczenia ponoszone z powodu kapsułotomii laserem Nd: YAG o 17 mln dolarów. Najczęściej implantowane w USA są wszczepy jednoczęściowe (80% wszczepów akrylowych), natomiast soczewki trzyczęściowe są preferowane w oczach z ryzykiem powstania zespołu obkurczania przedniej torebki, tj. w oczach ze słabą obwódka rzęskową, w cukrzycy czy zespole pseudoeksfoliacji. Popularne są wszczepy z tzw. blue-blokerem, odcinające 40-50% promieniowania niebieskiego, odpowiedzialnego za powstanie retinopatii słonecznej – w 2003 roku wszczepiono ich w USA ponad 600 tysięcy. Od dwóch lat stosuje się również z powodzeniem implanty korygujące aberracje sferyczne. W oparciu o duży materiał kliniczny zaprezentowano na zjeździe wyniki refrakcyjne implantacji soczewek torycznych, akomodacyjnych oraz fakijnych (w tym referat z Kliniki Okulistycznej ŚAM w Katowicach), które potwierdziły rosnący udział tego segmentu wszczepów w chirurgii zaćmy i wysokiej krótkowzroczności.

Przedstawiono także wyniki laserowego leczenia starczowzroczności metodą ACE (anterior ciliary expansion), polegającą na promienistej przetwardówkowej ablacji ciała rzęskowego laserem Erb: YAG i pozwalającą uzyskać wzrost akomodacji o średnio 1,8 D.

W leczeniu stożka rogówki uznaną metodą jest implantacja pierścieni śródrogówkowych (intakty) – obserwacje dwuletnie potwierdzają ich korzystny wpływ na stabilizację refrakcji. Zastosowanie laserowej metody korekcji krótkowzroczności (LASIK) u 42 chorych z chorobami autoimmunologicznymi (toczeń rumieniowaty, łuszczyca, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Crohna, stwardnienie rozsiane, histiocytoza) wykazało podobne bezpieczeństwo metody jak u osób zdrowych (obserwacja roczna).

Zwyrodnienie starcze plamki związane z wiekiem (AMD) jest główną przyczyną funkcjonalnej ślepoty w krajach wysoko rozwiniętych; terapię fotodynamiczną z zastosowaniem werteporfiryny zastosowano dotychczas u ponad 300 tys. chorych z postacią wysiękową tego schorzenia. Obiecujących wyników dostarczyły także badania z zastosowaniem triamcinolonu, podawanego do ciała szklistego, w leczeniu AMD (tu można łączyć z terapią fotodynamiczną), cukrzycowego obrzęku plamki czy zakrzepu żyły środkowej siatkówki. Triam-

cinolon jest także wykorzystywany do wizualizacji błon przedsiatkówkowych i błony granicznej przedniej w chirurgii plamki (otwór plamki, macular pucker). W leczeniu zapalenia plamki na tle zapalenia błony naczyniowej lub zespołu Irvina-Gassa z powodzeniem stosowane są doszkliskowe, ulegające biodegradacji, implanty z deksametazonu. W chirurgii nawrotowego, przedarciowego odwarstwienia siatkówki nie tylko skuteczną, ale i bezpieczną dla oka metodą wydaje się czasowa (do 10-14 dni), pooperacyjna endotamponada komory ciała szklistego perfluorokarbonem (obserwacje 6-miesięczne).

Zaprezentowano także wyniki wstępne chirurgicznego leczenia zakrzepu żyły środkowej siatkówki (REVS – retinal endovascular surgery, RON – radial optic neurotomy, sheathotomy), skutkującego poprawą ostrości widzenia o minimum 3 rzędy u 68-83% oczu (spośród 78 oczu). Chorym z obustronną, krańcową, niepodatną na leczenie fazą makulopatii w przebiegu AMD już w niedalekiej przyszłości będzie można wszczepiać drogówkowo miniaturowe tele-

skopy poprawiające jakość widzenia (metoda w trakcie badań przedklinicznych).

Do farmakoterapii chorób oczu wprowadzone zostały miejscowe fluorochinolony IV generacji: 0,5% moksifloksacyna i 0,3% gatifloksacyna. Przedstawiono także skuteczne działanie gancyklowiru (0,15% żel) w herpetycznym zapaleniu rogówki oraz cyklosporyny (0,05% krople) w mięszonej postaci tego schorzenia, odpornej na steroidy.

Tematem corocznych spotkań Amerykańskiej Akademii Okulistycznej są najnowsze osiągnięcia współczesnej okulistyki. Wartością szczególną tych zjazdów są kursy szkoleniowe, organizowane na nieporównywalną do sympozjónów europejskich skalę, oraz możliwość bezpośrednich spotkań z ekspertami różnych dyscyplin okulistycznych. Wysoki poziom naukowy, doskonała organizacja i niepowtarzalny klimat Nowego Orleanu – z malowniczą, wypełnioną jazzem French Quarter i Bourbon Street – czyniły ten zjazd nie tylko bardzo udanym, ale i przyjemnym.

XALATAN

cz-b

opis leku

okulistyka 4/2004

str. 4 dół