



Original Article: EROSIONE PERSISTENT TRAPIANTO DI CORNEA: UN'ANALISI DELLE CAUSE, TRATTAMENTI E PROFILASSI CHIRURGICA

Citation

Hazamova A.I., Verigo E.N., Chentsova E.V. Erosione Persistent trapianto di cornea: un'analisi delle cause, trattamenti e profilassi chirurgica. *Italian Science Review*. 2016; 5(38). PP. 1-7.
Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2016/may/Hazamova.pdf>

Authors

Ayzanat I. Hazamova, Moscow Helmholtz Research Institute of Eye Diseases, Russia.
Elena N. Verigo, Moscow Helmholtz Research Institute of Eye Diseases, Russia.
Ekaterina V. Chentsova, Moscow Helmholtz Research Institute of Eye Diseases, Russia.

Submitted: April 10, 2016; Accepted: April 29, 2016; Published: May 11, 2016

Negli ultimi decenni, i risultati del trapianto di cornea sono migliorati in modo significativo. Tuttavia, in alcuni casi, i risultati funzionali e biologiche dei trapianti di cornea non soddisfano né il chirurgo o il paziente. Secondo vari autori, una delle principali cause di fallimento dopo cheratoplastica (CP) è una persistente trapianto difetto epiteliale (3,4% -5,6%). L'incidenza di ulcere corneali descemetocel trapianto, perforazioni varia dal 9% al 37,9% a circa ulcere batteriche cheratoplastica, e nella chirurgia per leukomas ustionati raggiunge il 76% dei casi.

Obiettivo: studiare la natura del flusso di trapianto erosioni persistente (TEP) dopo cheratoplastica "alto rischio" (CAR) e lo sviluppo di metodi per la loro prevenzione e trattamento.

Materiali e metodi. Il lavoro nel reparto di traumatologia, chirurgia ricostruttiva e protesi oculari. Sotto la nostra supervisione c'erano 79 pazienti (107 occhi / casi) con cataratta III-IV categoria, ulcere corneali di varie eziologie, ricevuti per pianificata e di emergenza CP. Secondo la gravità della condizione clinica dell'occhio, i pazienti sono stati classificati come CAR. La patologia principale che ha portato alla

opacità della cornea o la distruzione è stato il risultato di infiammazione dell'infezione nel -78 casi (73%), in 29 casi - ustioni (27%). In 54 casi (50,5%) al momento di manuale verificato processo distruttivo acuta nella forma di ulcerazione o perforazione della cornea o trapianto corneale. Analisi dei risultati a seconda dei parametri dinamici CP epitelizzazione di trapianto corneale è stata eseguita a posteriori. Il seguito la maggior parte dei pazienti era compresa tra 7 mesi. fino a 3 anni o più (90 casi, 84,1%).

Metodi di trattamento. L'operazione prevista era il 1° trapianto di cornea in 58 casi (54,2%), 2° a 33 (30,8%), il terzo - in 12 (11,2%), 4° - 4 occhi (3,7%), ossia quasi la metà dei casi (per un totale di 49; 45,8%) si è svolta rekeratoplastika. In 21 su 49 casi (42,8%) l'operazione è stata eseguita fino ad un anno dopo il trapianto precedente in connessione con la minaccia di perforazione o un trapianto compiuto - 85 occhi (79,4%), totale - 17 (15,9%), parziali - 5 (4,7%) sottototale: Tutti i pazienti in modo sequenziale CP tra cui è stato speso. In 13 pazienti (12,2%) è stato utilizzato nella cornea, in scatola da liofilizzazione su silice in 94 casi (87,8%) - da V.P. Filatov ("nativo"). Epitelio con innesto "nativo" di

solito non vengono rimossi (77 casi, 72%)
Tutti i pazienti hanno ricevuto il farmaco post-operatorio convenzionale (antibatterico, terapia antinfiammatoria a livello locale e sistemica stimolatori rigenerazione). A lungo termine (1 anno) effettuati da immunosoppressione locale (iniezione, poi instillazione desametasone). 27 pazienti hanno ricevuto terapia di base tradizionale farmaco immunosoppressore ciclosporina A (CSA) in una dose di 3 mg / kg di peso corporeo al giorno. Durata del corso e le dinamiche di riduzione del dosaggio del farmaco corretto in base ai risultati del monitoraggio clinico e immunologico proposto Makarov P.V., Slepova O.S., Balayan T.G.

In 22 casi, i segni di laboratorio di attivazione di infezione da HSV o di un rischio di tale (CSA reception, ophthalmoherpes o la storia di herpes extraoculari) somministrato una terapia antivirale (TAV) ("Zovirax" pomate, compresse "Aciclovir", 1000 mg al giorno, "Valtrex", 1000 mg al giorno). La portata e la durata della TAV dipende da risultati di laboratorio. Come metodi chirurgici di prevenzione e trattamento delle erosioni ed ulcerazioni keratoplasty abbiamo usato il trapianto di membrana amniotica (TAM) con una fissazione sutura continua e/o lenti a contatto morbide (LCM). membrana amniotica è stato utilizzato plastificato "Fleksamer" (Samara) o elaborato da J. Kim e S. Tseng (1997) e liofilizzata e gel di silice in scatola sotto banca degli occhi MRI GB loro. Helmholtz. Quando la previsione dello sviluppo delle dinamiche negative del processo distruttivo, lagofalmo, trichiasi gonfiare, xerosi eseguiti tempo (3-6 settimane) o sanguinosa mediale o laterale-mediale (6-12 mesi o più) blepharorrhaphy.

Risultati. Per valutare la dinamica del trapianto dopo la epitelizzazione CP e il ruolo di questo fattore di sviluppo di complicanze che retrospettivamente seguenti termini sono stati introdotti: Dell'innesto primario persistente erosione corneale (PPEC) - il difetto epiteliale

persiste per più di 10 giorni dopo l'operazione, fino a 1 mese; soprattutto a lungo termine, persistente erosione del trapianto di cornea (SLTPETC) - erosione, mantenere più di 1 mese. dopo l'intervento chirurgico; persistente erosione del trapianto di cornea (PETC) - erosione, che è sorto dopo un po 'dopo la epitelizzazione completa "normale" (entro 10 giorni dalla CP), tra cui TEP "precoce" e TEP "remoto" - è apparso per la prima volta fino a 6 mesi. o dopo 6 mesi, rispettivamente.; recidiva di erosione persistente di trapianto di cornea "(REPTC) - riemerse TEP indipendentemente dalla tempistica di intervento chirurgico.

Studi hanno dimostrato che TEP verificano in pazienti dopo CAR significativamente (insieme al 43,4%) aumentare l'incidenza di risultati chirurgici negativi. (Fino a 6 mesi dopo l'intervento chirurgico) con lo sviluppo di complicanze nel periodo postoperatorio attecchimento nuvoloso keratoplasty osservata meno frequentemente (63%, rispetto al 80% alla fine del periodo post-operatorio; fattori clinici che contribuiscono alla nascita di PER e recidiva dopo CAR sono: visivo processo patologico nella cornea prima dell'intervento chirurgico, la rimozione dell'epitelio corneale con un donatore prima del trapianto al destinatario, un grande diametro trapianto corneale liofilizzato, mancanza di epitelizzazione oltre 10 giorni senza l'uso della copertura CSA antivirali;

la selezione di diversi tipi di erosioni persistenti seconda della loro prestazioni dinamiche e il grado di influenza sul risultato dell'operazione potrebbe essere significativo nello sviluppo di misure preventive e terapeutiche del periodo postoperatorio a CAR.

Per la prevenzione e il trattamento di rper PPEC e in 36 pazienti abbiamo utilizzato caso TMA. V di fattori clinici di rischio per la CAR (ulcera, perforazione della cornea o il trapianto sullo sfondo di malattie sistemiche, sindrome di "occhio secco", deficit di cellule limbari (DCL), erpetica ricorrente cheratite) si portava un

carattere preventivo, e termina l'operazione (7 casi). Tutti gli occhi del trapianto riepitelizzazione è stata completata entro e non oltre 10 giorni dopo l'operazione. Con lo scopo del trattamento è stato eseguito presso TMA già sviluppato l'erosione o la sua ricorrenza, tra cui 9 pazienti nei primi n/un periodo, 26 pazienti - a lungo termine. Efficienza (completamento epithelialization entro e non oltre 14 giorni dopo la prima TMA) in questi casi non superano il 50-60% applicazione. C'era una borsa-stringa di sutura del trapianto di 10-0 zona limbare, fissaggio supplementare con MCL ("pura visione", "Messa a fuoco" o altro MCL per un uso prolungato), blepharorrhaphy temporanea, cambio di innesto, pur mantenendo difetto in 5-7 giorni. Efficienza di funzionamento in generale era 86%.

Nei nostri studi, le indicazioni erano lì a CAR: alla fine del manuale: identificazione dei fattori di rischio clinici per il peer prima dell'intervento chirurgico; prima dello scarico dall'ospedale: la conservazione del difetto epiteliale di trapianto corneale per più di 10 giorni dopo l'intervento (PPEC); in tempi diversi dopo CP: Peer REPTC.

Va sottolineato che il trattamento chirurgico della TEP AM trapianto è stata effettuata solo in combinazione con antibatterico, antivirale (se indicato), riparativa, la terapia keratoplastica. Solo in questo caso era possibile calcolare l'effetto massimo del trattamento (Fig. 1).

Tuttavia, ci sono casi in cui l'uso di tutto il complesso dei metodi terapeutici è insufficiente e non vi è una minaccia o vi è la perforazione del trapianto. autotenoplastica circolari nel completamento del manuale, (sanguinante) blepharorrhaphy temporanea o permanente (TP) sono operazioni di scelta in tali situazioni. A nostro avviso, quando totale UPC (in particolare con il bordo della sclera, con innesto liofilizzato, processo distruttivo acuta della cornea, che si estende alla zona limbare) per la prevenzione di PPEC, funzionamento TEP deve completare circolare. (Foto 3-6)

Blepharorrhaphy eseguita in 23 pazienti (21,5%) in tempi diversi dopo cheratoplastica. In 7 casi è stato risolto cheratoplastica profilassi in pazienti ad alto rischio di PPEC (PPEC lunga e la perforazione del trapianto di cornea o una storia di sindrome da "occhio secco" con xerosi, DCL). In 4 casi blepharorrhaphy eseguita prima della dimissione ospedaliera (10-14 giorni dopo cheratoplastica) in connessione con la continua PPEC; 12 - in pazienti ri-ricoverato in ospedale dopo 1-12 mesi per TEP ricorrente.

Blepharorrhaphy CAR deve completare l'operazione nei seguenti casi: emergenza operazione nel corso dei processi distruttivi di trapianto di cornea o senza infezioni purulente; manifestazioni cliniche della "occhio secco" sindrome, congiuntivale, lagofalmo, trichiasi.

Blepharorrhaphy deve essere effettuata prima dello scarico del paziente dall'ospedale: nel caso di conservazione PPEC dopo 2-3 VI; in assenza di un effetto positivo del trattamento o ricaduta PETC insorto dopo 1-12 mesi dopo l'intervento.

Lo scopo della blepharorrhaphy sanguinante: eliminazione dell'azione meccanica di patologicamente alterata palpebra superiore alla superficie interna del trapianto corneale e la creazione di condizioni ottimali per la guarigione; prevenzione delle complicanze DCL, sindrome di "occhio secco" (xerosi), la creazione di un "medicazione biologica" permanente.

A nostro avviso, i principali metodi di prevenzione e trattamento delle erosioni sono trapianto chirurgico. Tuttavia, anche con una tattica chirurgica attivi non siamo riusciti a evitare violazioni di riparazione keratoplastica (figura 2), compresi quelli derivanti, in assenza di alcuni fattori clinici noi, che indica la necessità di ulteriori studi di questo problema.

References:

1. Balayan T.G. 2008. The differentiated tactics of immunosuppressive treatment for high-risk keratoplasty. 150 p.

2. Kasparov A.A., Aladinskaya I.V. 2002. On the possibilities of immunosuppressive therapy in reconstructive keratoplasty. *Journal of Ophthalmology*. V. 118, P. 16-18.
3. Price M.O., Giebel A.W., Fairchild K.M., et al. 2009. Descemet's membrane endothelial keratoplasty: prospective multicenter study of visual and refractive outcomes and endothelial survival. *Ophthalmology*. V.116. P. 2361-2368.
4. Soloveva A.V. 2013. Differentiated tactics of complex treatment of burn eye disease complicated by secondary glaucoma. p.150.
5. Chernetskiy I.S. 2009. Optimization of long-term results of treatment particularly heavy eyes on the basis of a rational scheme of surgical rehabilitation. 180 p.
6. Fasolo A., Capuzzo C., Fornea M., Franch A., Birattari F. et al. 2011. Risk Factors for Graft Failure After Penetrating Keratoplasty: 5-Year Follow-Up From the Corneal Transplant Epidemiological Study. V.30. P. 1328-1335.
7. Neroev V.V., Gundorova R.A., Makarov P.V., Slepova O.S., Chentsova E.V., Kashnikov V.V. 2013. Burns eyes. Guidelines for doctors.
8. Keay L. et al. 2006. Microbial keratitis predisposing factors and morbidity. *Ophthalmology*. Vol.113. P. 109-116.
9. Maier P., Bohringer D., Reinhard T. 2007. Clear graft survival and immune reactions following emergency keratoplasty. V.245. P. 351-359.

Fig.1. Con in-paziente, 76 anni. 6 mesi. Dopo rekeratthrough plastica e Anchiloblefaron laterale-mediale sulle ulcere, perforazioni attraverso l'innesto sullo sfondo della sindrome dell'occhio secco. Il periodo post-operatorio è stato regolare.



Fig.2. Un paziente-n, 82 anni. 4 mesi. Dopo rekerathrough plastica e Anchiloblefaron laterale-mediale sulle ulcere, perforazioni attraverso l'innesto sullo sfondo della sindrome dell'occhio secco. Dopo l'intervento, persistente recidivante cornea erosione trapianto Keratomalacia.



Fig.3. Paziente T-w, 28 anni, un totale ustioni vascolarizzati cataratta, staphyloma della cornea dell'occhio sinistro. Condizione prima dell'intervento chirurgico.



Fig.4. Paziente T-w, 28 anni, penetrante Corso cheratoplastica di una ricostruzione totale della camera anteriore, estrazione della cataratta.



Fig.5. Paziente T-w, 28 anni, la transazione è completata la circolare di autotenonoplastica.



Fig.6. Paziente T-w, 28 anni, lo stato dell'occhio sinistro un anno dopo la chirurgia: acuità visiva con correzione 0.15.

