

Streszczenie

Stożek rogówki (keratoconus, KCN) jest stosunkowo często występującym (50-230:100000) rodzajem ektazji rogówki prowadzącym do jej uwypuklenia i ścięczenia w centralnej i paracentralnej części. Choroba występuje obuocznie, i powoduje postępujące pogorszenie ostrości wzroku w wyniku narastającej krótkowzroczności i nieregularnego astygmatyzmu. Nieleczona może doprowadzić do znacznego upośledzenia widzenia, skutkującego ograniczeniem samodzielności chorego.

Celem niniejszej pracy była ocena skuteczności i bezpieczeństwa aktualnych metod leczenia stożka rogówki. Badanie objęło 209 pacjentów (345 oczu) z rozpoznaniem stożkiem rogówki i leczonych w Klinice Okulistyki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz Centrum Mikrochirurgii Oka LASER w Warszawie w latach 2009-2016. Pacjentów podzielono na grupy w zależności od zastosowanego leczenia i stopnia zaawansowania stożka rogówki. Metodami leczenia były cross-linking (CXL), pierścienie śródrogówkowe (INTACS), keratektomia fotorefrakcyjna w oparciu o mapy rogówki (topo-guided PRK) w połączeniu z cross-linking (L+T+CXL), oraz pierścienie śródrogówkowe w połączeniu z cross-linking (INTACS+CXL).

Pacjentów podzielono na 5 grup w zależności od zastosowanego leczenia:

1. Cross-linking A (**CXL A**);
2. Cross-linking B (**CXL B**);
3. Pierścienie śródrogówkowe (**INTACS**);
4. Keratektomia fotorefrakcyjna w oparciu o mapę rogówki (topo-PRK) + cross-linking (CXL) (**L+T+CXL**);
5. Pierścienie śródrogówkowe + cross linking (**INTACS+CXL**)

Grupami kontrolnymi zostały grupy pacjentów, u których zastosowano cross-linking (CXL) jako jedyną metodę leczenia (grupy **CXL A** i **CXL B**).

Okres obserwacji wyniósł 36 miesięcy. Porównano grupę CXL A z INTACS, CXL B z L+T+CXL oraz dodatkowo INTACS z INTACS+CXL. Oceniano nieskorygowaną i najlepszą skorygowaną ostrość wzroku (UVA i BCVA), keratometrię maksymalną (Kmax), astygmatyzm (Ast), pachymetrię minimalną (CT). Wyniki potwierdziły skuteczność i bezpieczeństwo zastosowanych metod. We wszystkich grupach zaobserwowano poprawę nieskorygowanej i skorygowanej ostrości wzroku (UVA i BCVA), zmniejszenie keratometrii maksymalnej (Kmax) oraz zmniejszenie astygmatyzmu (Ast). W grupach CXL A, CXL B, L+T+CXL, INTACS+CXL nastąpiła stabilizacja grubości rogówki (pachymetrii minimalnej, CT), jedynie w grupie INTACS obserwowano powolny spadek grubości rogówki w trakcie całego badania (progresja). Działania niepożądane miały charakter lekki i przemijający, jedynie w pojedynczych przypadkach nastąpiło trwałe pogorszenie ostrości wzroku lub zaistniała konieczność usunięcia pierścieni śródrogówkowych.

Stwierdzono, że:

Wszystkie porównywane procedury są skuteczne i bezpieczne.

Chorzy z zaawansowanym stożkiem, czyli tacy u których występują znaczne zmiany morfologiczne rogówki powinni być leczeni przy pomocy cross-linkingu (CXL) pierścieni śródrogówkowych (INTACS) lub kombinacji obydwu zabiegów (INTACS+CXL), z zastrzeżeniem, że zabiegi z wykorzystaniem CXL są skuteczniejsze w hamowaniu progresji stożka.

Pacjenci z mniej zaawansowanym stożkiem (stopień 1 i 2) mogą być leczeni przy pomocy cross-linking (CXL) lub cross-linking w połączeniu z keratektomią fotorefrakcyjną w oparciu o mapy rogówki (L+T+CXL) co pozwala na osiągnięcie lepszej ostrości wzroku, tym samym zmniejszając zależność chorego od okularów oraz twardych i miękkich soczewek kontaktowych.

Zabieg cross-linking oraz zabiegi łączone z wykorzystaniem cross-linking hamują progresję stożka rogówki. Zastosowanie pierścieni śródrogówkowych jako jedynej metody leczenia nie hamuje progresji stożka rogówki.

Większość obserwowanych powikłań, takich jak zespół suchego oka, zwiększona wrażliwość na światło, przymglenia rogówki miała charakter lekki i przejściowy. Poważne powikłania nie przekraczały kilku procent.