

Trattamento della Sindrome da Disfunzione Lacrimale (SDL)

La **Sindrome da Disfunzione Lacrimale (SDL)** è una patologia ad eziopatogenesi multifattoriale. **Nell'approccio terapeutico** si devono quindi tenere in considerazione le eventuali patologie sistemiche e/o locali associate alla SDL ed il grado di coinvolgimento della superficie oculare. **La SDL può essere 1) primitiva o 2) determinata da malattie sistemiche o 3) da malattie oculari.**

- 1) Nelle **forme primitive**, in presenza o in assenza di patologie sistemiche o locali più o meno gravi, **la terapia della SDL** si basa principalmente sull'uso di **sostituti lacrimali** lubrificanti atti a **stabilizzare il film lacrimale**, aumentare il comfort oculare, ridurre i danni eventualmente presenti sulla superficie oculare e **migliorare la qualità della vita dei pazienti.**

Esistono in commercio **numerosissimi sostituti lacrimali** con caratteristiche fisico-chimiche e formulazioni (collirio, gel o pomata) molto diverse tra loro. Si va dalla **soluzione fisiologica** isotonica agli **eteri della cellulosa**, ai **mucopolisaccaridi**, ai **polimeri sintetici**. Si tratta di molecole diverse con differenti meccanismi di azione che hanno lo scopo di lubrificare la superficie oculare anche se con intensità ed effetti collaterali diversi. Recentemente sono stati creati dei sostituti lacrimali caratterizzati dall'associazione **di due diverse molecole lubrificanti** oppure da **una molecola lubrificante** e da molecole con le più disparate attività terapeutiche.

Un problema comune a tutti i **sostituti lacrimali multi dose** è il loro contenuto di **conservanti** (es. cloruro di benzalconio BAK) atto ad evitare la contaminazione. Nei pazienti con SDL i colliri lubrificanti sono utilizzati quotidianamente più volte al giorno. Quindi il contatto continuo di conservante con la superficie oculare è in grado di determinare **effetti citotossici** sulla superficie oculare. Per questo motivo i colliri da

consigliare per le terapie croniche sono quelli **monodose** oppure quelli **multi dose con conservante che si dissolve** ai raggi UV (clorito di sodio) o a contatto del film lacrimale (perborato di sodio) o il sistema con il filtro ABAK.

I più recenti studi hanno evidenziato anche l'importanza che **l'infiammazione oculare e l'iperosmolarità lacrimale** avrebbero come **cofattori** nella genesi e nel mantenimento della SDL. Infatti i più recenti orientamenti terapeutici della SDL passano attraverso la riduzione dell'infiammazione della superficie oculare mediante l'utilizzo di **colliri steroidei** o contenenti immunosoppressori. Anche la riduzione dell'iperosmolarità lacrimale mediante l'utilizzo di **colliri ipotonici** rappresenta un nuovo approccio terapeutico della SDL.

Una modalità per aumentare la quantità di lacrime all'interno del sacco congiuntivale è quello di **diminuirne il deflusso** chiudendo i puntini lacrimali inferiori. A questo proposito si utilizzano i così detti **"punctal plugs"**(assorbibili o non assorbibili) in collagene o silicone. I risultati sono soddisfacenti nella maggior parte dei casi anche se nel 50% il tappino viene perso dal paziente. Studi recenti mettono tuttavia in guardia sugli **effetti controproducenti** della permanenza forzata di una lacrima ricca di citochine infiammatorie a contatto con la superficie corneale.

Un'altra modalità per aumentare la quantità di lacrime è **stimolarne la produzione** mediante l'utilizzo di farmaci detti **secretagoghi**. La ricerca internazionale sta sviluppando farmaci topici promettenti ma ancora sperimentali. In commercio esiste attualmente la **pilocarpina orale** che agendo come agonista colinergico stimola la lacrimazione ma purtroppo, nel 40% dei casi, determina anche un aumento della sudorazione e tachicardia.

- 2) In presenza di **patologie sistemiche associabili** alla SDL, il primo trattamento sarà mirato ad eliminare o ridurre gli effetti sulla superficie oculare di tali malattie. Ad esempio in presenza di una malattia reumatologica sistemica associata all'occhio secco (es. Sindrome di Sjogreen) il paziente verrà trattato con **farmaci**

immunosoppressori o immunoregolatori sistemici per bloccare la progressione della malattia anche a livello oculare. Contemporaneamente la **secchezza oculare**, secondaria alla patologia sistemica in atto, verrà gestita con farmaci topici in funzione dell'entità dei danni o dei sintomi oculari.

Nei pazienti che hanno eseguito il **trapianto di midollo osseo** può svilupparsi la **Sindrome Graft Versus Host Disease (GVHD)** caratterizzata anche da una forma grave di SDL (40-65%). In questi casi le terapie locali con i soli sostituti lacrimali lubrificanti possono rivelarsi insufficienti. Vengono quindi associate terapie topiche antiinfiammatorie (**collirio con ciclosporina**) e/o colliri ricchi di fattori di crescita, preparati con il siero autologo del paziente (**collirio con autosiero**).

- 3) Se invece il paziente presenta **patologie oculari scatenanti la SDL**, come ad esempio la comunissima **blefarite**, il trattamento dovrà cercare di eradicare inizialmente queste patologie scatenanti con farmaci topici e sistemici appropriati (**antibiotici**). Contestualmente verranno consigliati l'igiene palpebrale ed una terapia con sostituti lacrimali lubrificanti.

In conclusione, l'approccio terapeutico del paziente affetto da SDL dovrà tener conto della patologia sistemica o oculare associata, dei sintomi riferiti dal paziente, dei risultati dei test diagnostici eseguiti dall'oculista durante la visita e dell'entità dei danni della superficie oculare. Sulla base di questi dati, oltre alle terapie sistemiche specifiche, si deciderà di utilizzare una particolare molecola, una particolare formulazione (collirio, gel o pomata), una particolare confezione (monodose o multi dose) e soprattutto un'adeguata posologia.