

SINDROME DELL'OCCHIO SECCO

Introduzione

La disfunzione lacrimale è una patologia che coinvolge tutta la **superficie oculare** che include, oltre a cornea, congiuntiva, palpebre e film lacrimale, anche le ghiandole lacrimali e le ghiandole di Meibomio.

Il corretto funzionamento di ciascuna componente della superficie oculare è essenziale per mantenere una corretta visione e, se ciò non avviene possono insorgere varie problematiche, tra cui la **sindrome dell'occhio secco** o **“Dry Eye Disease” (DED)**.

Definizione

La Tear Film & Ocular Surface Society (TFOS™), in occasione del **Dry Eye Workshop (DEWS II)** tenutosi nel 2017 a Montpellier (Francia), ha aggiornato la definizione di Dry Eye Disease, formulata per la prima volta nel 2007 dal DEWS I:

“una patologia multifattoriale della superficie oculare, caratterizzata da una perdita di omeostasi del film lacrimale, e accompagnata da sintomi oculari in cui l'instabilità del film lacrimale e l'iperosmolarità, l'infiammazione della superficie oculare e il danno e le anomalie neurosensoriali svolgono un ruolo eziologico”

La DED, definita nel linguaggio medico-scientifico **“cheratocongiuntivite secca”**, è una patologia complessa con una eziologia **multifattoriale**.

Tra i molteplici fattori di rischio si possono enumerare: fattori genetici, età, sesso, alimentazione, condizioni ambientali, stile di vita, caratteristiche dell'ambiente di lavoro, situazione immunitaria, stato ormonale e farmaci che contribuiscono a modificare la morfologia e la funzione dei componenti della superficie oculare.

Epidemiologia

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la sindrome dell'occhio secco rimane **“tra i disturbi più ignorati e sottovalutati della società moderna”**, nonostante colpisca una persona su quattro nell'ambito della popolazione maschile ultracinquantenne e la quasi totalità delle donne in menopausa.

Infatti, dati epidemiologici indicano che circa il **20-30%** della popolazione generale ne soffre dopo i **50**

anni di età, con una netta prevalenza nelle **donne**, soprattutto in corrispondenza della **menopausa**. La percentuale di soggetti colpiti dalla DED è destinata a crescere esponenzialmente, in quanto negli ultimi anni l'esposizione prolungata e costante ai **dispositivi digitali** aumenta la probabilità di insorgenza di questa patologia e favorisce l'instaurarsi della forma cronica.



Classificazione

Attualmente, vengono identificate due categorie principali di DED:

1. **ADDE (Aqueous Deficient Dry Eye), la forma di DED associata prevalentemente a ipolacrimia:** una forma clinica che deriva dalla disfunzione della ghiandola lacrimale e viene, dunque, definita da "ridotta produzione lacrimale"
2. **EDE (Evaporative Dry Eye), la forma di DED associata prevalentemente a dislacrimia:** indotta, invece, da un difetto nel funzionamento delle ghiandole di Meibomio, le ghiandole sebacee presenti sulle palpebre e responsabili della produzione della componente oleosa delle lacrime. Questa tipologia viene, dunque, definita "da evaporazione"

Molti pazienti affetti manifestano, tuttavia, un **mix** di entrambi i tipi di DED, indipendentemente dall'eziologia. Infatti, se da una parte la scarsa qualità e/o il flusso ridotto di secrezione dalla ghiandola di Meibomio possono causare una minore produzione dello strato lipidico del film lacrimale e quindi un occhio secco "**da evaporazione**", in parallelo, uno stato cronico "**da ridotta produzione lacrimale**", può indurre un aumento della presenza di citochine pro - infiammatorie e causare danni agli orifizi duttali delle ghiandole di Meibomio.



I sintomi più frequenti della DED sono:

1. Sensazione di secchezza oculare
2. Bruciore
3. Fotofobia (eccessiva sensibilità alla luce)
4. Sensazione di irritazione e/o di corpo estraneo
5. Difficoltà nell'apertura della palpebra
6. Alterazioni visive

Tutti questi sintomi causano un generale peggioramento della qualità della vista ed hanno un importante impatto anche sulla qualità complessiva della vita delle persone colpite.

Cause

Le cause di insorgenza della sindrome dell'occhio secco sono numerose, come già abbiamo anticipato, e di seguito, vi proponiamo un'analisi delle principali:

- **Età e sesso**

L'invecchiamento è uno dei principali fattori che favoriscono l'insorgenza della DED, in quanto provoca la progressiva atrofizzazione delle ghiandole lacrimali, necessarie per una corretta lubrificazione oculare. La sindrome dell'occhio secco colpisce il **25% della popolazione maschile totale**, mentre, la maggior parte dei soggetti colpiti dalla DED è rappresentata da **donne in menopausa** (il 90% è colpita da DED) che hanno superato i **45-50 anni d'età**. Questa percentuale così elevata è dovuta probabilmente agli squilibri ormonali a cui vanno incontro le donne durante e dopo la menopausa.

- **Uso prolungato di dispositivi digitali**

L'incidenza della DED sembra che negli ultimi anni sia stata influenzata dall'esposizione prolungata, costante e sempre più precoce ai **dispositivi digitali**, che ne aumenta la probabilità di insorgenza. All'aumento esponenziale dell'uso di dispositivi digitali si associa, inoltre, una riduzione, rispetto ai tempi passati, **dell'attività fisica**, soprattutto in luoghi aperti. Tale riduzione pare sia associata ad un aumento della possibilità di comparsa di questa patologia oculare.



- **Utilizzo di lenti a contatto**

Le **lenti a contatto (LAC)** sono ampiamente utilizzate nella vita quotidiana dalla maggior parte delle persone affette da disturbi refrattivi. Tuttavia, l'uso prolungato e spesso scorretto delle LAC può determinare delle complicanze oculari come infezioni, infiammazioni o la comparsa di alcune patologie, come la sindrome dell'occhio secco. La **DED "da lenti a contatto"**, ad oggi, è riconosciuta come un problema di salute pubblica in crescita ed è una delle ragioni per cui le visite specialiste presso il medico Oculista sono in aumento: dati dimostrano che la frequenza di insorgenza della DED tra i portatori di LAC sfiora addirittura il **50%**.

Un fattore che gioca un ruolo determinante nella comparsa della DED da LAC è connesso ad una non appropriata **gestione e pulizia delle lenti stesse**. Infatti, la corretta detersione delle LAC con l'uso di soluzioni adatte alla rimozione, ad esempio, dei depositi di proteine e di lipidi che naturalmente si accumulano sulla superficie delle lenti, è un requisito essenziale per la prevenzione non solo delle infezioni, ma della DED stessa. Queste soluzioni per la **pulizia delle LAC**, infatti, sono formulate proprio per la rimozione di alcuni depositi di materiale e allo stesso tempo presentano una alta compatibilità con il film lacrimale, con la superficie dell'occhio e con tutti gli annessi.

- **Periodo estivo e aria condizionata**

Durante il periodo estivo, a causa delle **temperature elevate**, la naturale lubrificazione oculare tende a diminuire per via della evaporazione della componente acquosa del film lacrimale. A ciò si aggiunge che nei mesi più caldi si rende spesso necessario l'uso di **aria condizionata** per rinfrescare l'ambiente. Uno degli effetti dell'uso prolungato di aria condizionata a freddo (ma anche nel caso di climatizzazione a caldo) è di rendere gli ambienti più secchi, causando quindi una non corretta lubrificazione della superficie oculare.



- **Fumo di sigaretta, inquinamento e polveri sottili**

Fattori che possono favorire l'insorgenza della sindrome dell'occhio secco sono anche:

- il **fumo**, sia attivo (soprattutto nel caso di fumatori di più di un pacchetto al dì), che passivo (anche e soprattutto nel caso di bambini e anziani). Secondo il Centro Italiano Occhio Secco inoltre, i fumatori rischiano da due a quattro volte di più rispetto ai non fumatori di contrarre una disfunzione del film

lacrimale.

-le aree cittadine particolarmente **inquinata**

-l'utilizzo di materiali edili, le cui **polveri**, oltre a danneggiare l'apparato respiratorio, causano danni anche alla superficie oculari

- **Farmaci**

L'insorgenza della DED può essere causata dall'**assunzione di farmaci** come: ormoni, immunosoppressori, antipertensivi, antistaminici, diuretici, antidepressivi, betabloccanti e per quanto concerne i farmaci oftalmici è stata dimostrata l'associazione tra DED e terapia antiglaucomatosa prolungata.

- **Allergia**

Uno studio, realizzato da un team di ricercatori di Miami (Florida – USA), ha messo a fuoco la stretta correlazione tra occhio secco e **allergie oculari**.

Sono stati analizzati i referti di 3,4 milioni di visite oculistiche, effettuate presso la Veterans Affairs Eye clinic nel corso di un periodo di 5 anni (2006-2011).

La diagnosi di occhio secco ricorreva 606.700 volte (in media 1 paziente su 6) e il picco di casi si verificava ogni anno ad aprile, in coincidenza con i picchi delle conte polliniche di ogni primavera

- **Concomitanza di alcune malattie**

Un altro fattore determinante la DED è la concomitanza di alcune **malattie sistemiche**, come il diabete o le patologie legate alla tiroide

- **Sindrome di Sjögren**

Nel mondo occidentale la **sindrome di Sjögren** costituisce la causa più comune di occhio secco da iposecrezione (ADDE), in quanto determina un'infiltrazione infiammatoria della **ghiandola lacrimale**, tipica della forma più grave di DED. Tale infiammazione provoca una disfunzione e/o distruzione delle cellule epiteliali sia acinose che duttali e un blocco neurosecretorio potenzialmente reversibile.

Diagnosi

La sindrome dell'occhio secco viene diagnosticata **durante una visita oculista**, con test specifici mirati a determinare **la quantità e la qualità del film lacrimale** prodotto. Comunemente viene effettuato il **test di Schirmer** per misurare la quantità di lacrime prodotte e il test del "tempo di rottura del film lacrimale" per valutarne la qualità. È inoltre possibile effettuare un test che permette di diagnosticare l'occhio secco attraverso la misurazione **dell'osmolarità lacrimale** (che chimicamente è la concentrazione di *osmoli* cioè il numero di particelle che contribuiscono alla pressione osmotica del film lacrimale.): un aumento di questo parametro indica infatti presenza di occhio secco.

Trattamento

Il trattamento della sindrome da occhio secco dipende sia dalla causa che dalla gravità della sintomatologia e l'obiettivo del trattamento mira sempre ad alleviarne i sintomi.

Anche se ad un primo impatto, i sintomi legati all'occhio secco sembrano di lieve entità, è assolutamente sconsigliata l'**autoprescrizione** di lacrime artificiali, mentre, al presentarsi dei primi sintomi, si raccomanda di sottoporsi ad una visita da parte dell'oculista per un preciso inquadramento diagnostico e per la prescrizione della terapia più opportuna.

Il trattamento sintomatico di norma prevede la

somministrazione di **colliri o gel**, la cui composizione è simile alle lacrime, le cosiddette "**lacrime artificiali**", con proprietà lubrificanti e idratanti.

Può anche essere preso in considerazione l'utilizzo di lacrime artificiali che presentino proprietà antiossidanti e riepitelizzanti, a questo scopo, un ruolo chiave è svolto dall'**acido ialuronico**:

L'acido ialuronico è una molecola usata da numerosi anni come lubrificante oculare per le sue peculiari caratteristiche. Presenta infatti una struttura che gli conferisce una particolare abilità a combinarsi con l'acqua e un'eccellente viscoelasticità. La proprietà dell'acido ialuronico di legare grandi quantità d'acqua e quella di mimare il comportamento delle mucine contribuiscono a mantenere la stabilità del film lacrimale e a garantire una ottimale



protezione e lubrificazione oculare. Oltre a possedere queste particolari proprietà, l'acido ialuronico svolge anche un importante ruolo biologico nei processi di riparazione corneale, promuovendo motilità, adesione e proliferazione cellulare.

Le lacrime artificiali, inoltre, è preferibile che abbiano una **formulazione senza conservanti** in quanto, questi ultimi, potrebbero aggravare la condizione della superficie oculare già compromessa dalla secchezza. I conservanti sono maggiormente utilizzati nei flaconcini multidose per preservarne la sterilità che in questo caso viene compromessa dal contatto tra le mani ed il flacone. Per questa ragione, è consigliabile utilizzare **colliri monodose** che, grazie al loro particolare formato, riescono a mantenere la sterilità pur senza l'utilizzo di conservanti potenzialmente dannosi per l'occhio. Questo formato senza conservanti è particolarmente indicato sia per le donne in menopausa, sia per determinate patologie (come la sindrome di Sjögren), fattispecie per le quali si rende necessario un utilizzo di colliri per un **periodo prolungato**.

Nel caso in cui la sindrome dell'occhio secco sia associata ad uno stato infettivo o a complicanze corneali, il Medico Oculista potrebbe prescrivere l'uso di **antibiotici topici o di antinfiammatori**. Infine, nel caso di malattie autoimmuni, come la sindrome di Sjögren sarà necessario l'inquadramento complessivo da parte dell'equipe medica di riferimento, che include il medico immunologo.

L'Oculista italiano

Periodico di informazione scientifica per gli specialisti dell'Eye Care
Web: www.oculistaitaliano.it

Direttore Responsabile

Carmelo Chines
E-mail: carmelo.chines@sifigroup.com

Redazione editoriale

Ada Puglisi
E-mail: ada.puglisi@sifigroup.it
tel. (39) 095/79.22.145
fax: (39) 095/7893435

Editore S.I.F.I. S.p.A.

Via Ercole Patti, 36
95025 Lavinio
Aci Sant'Antonio (CT) - Italia
Web: www.oculistaitaliano.it