

La disfunzione della ghiandola di Meibomio

Cos'è, quali sono le cause e come può essere curata?

Kelly K. Nichols, Gary N. Foulks, Anthony J. Bron e David A. Sullivan, a nome dei partecipanti al Gruppo di Lavoro internazionale sulla Disfunzione della Ghiandola di Meibomio

Introduzione

Sebbene la disfunzione della ghiandola di Meibomio (DGM) sia una malattia comune, cronica ed invalidante, che influenza il benessere di milioni di persone nel mondo, non vi è un consenso globale sulla sua definizione, classificazione, diagnosi o terapia. Per arrivare a tale consenso, la Tear Film & Ocular Surface Society (TFOS) ha sponsorizzato il Gruppo di Lavoro Internazionale sulla Disfunzione della Ghiandola di Meibomio (www.TearFilm.org).

Il gruppo ha lavorato per oltre due anni e ha coinvolto oltre 50 eminenti esperti da tutto il mondo. Il rapporto del gruppo di lavoro è pubblicato in IOVS vol.##. Qui sotto è riportata una sintesi del progetto.

Cos'è la Disfunzione della Ghiandola di Meibomio?

Il gruppo di lavoro l'ha definita così:

La disfunzione della ghiandola di Meibomio (DGM) è un'inflammatione cronica e diffusa delle ghiandole di Meibomio, comunemente caratterizzata da ostruzione dei dotti terminali e/o alterazioni qualitative/quantitative della secrezione ghiandolare. Questo può portare all'alterazione del film lacrimale, sintomi d'irritazione oculare, inflammatione clinicamente apparente e patologie della superficie oculare.

La DGM è classificata in due tipi principali in base alla secrezione delle ghiandole di Meibomio: 1) Stati di basso deflusso (la causa più frequente) e 2) Stati di alto deflusso (Figura 1). Globalmente la disfunzione della ghiandola di Meibomio può provocare alterazioni del film lacrimale, sintomi d'irritazione oculare, inflammatione della superficie oculare e occhio secco.

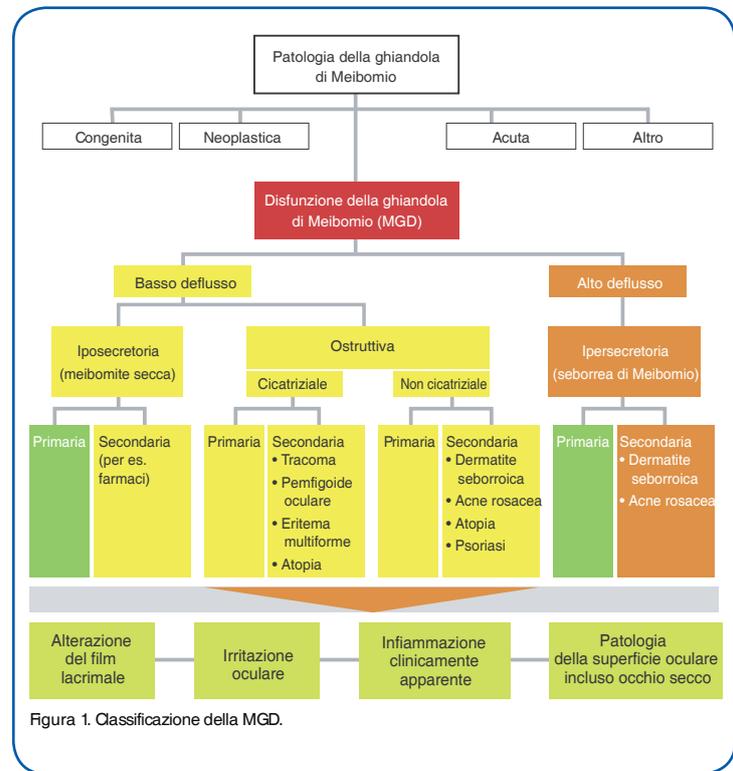


Figura 1. Classificazione della MGD.

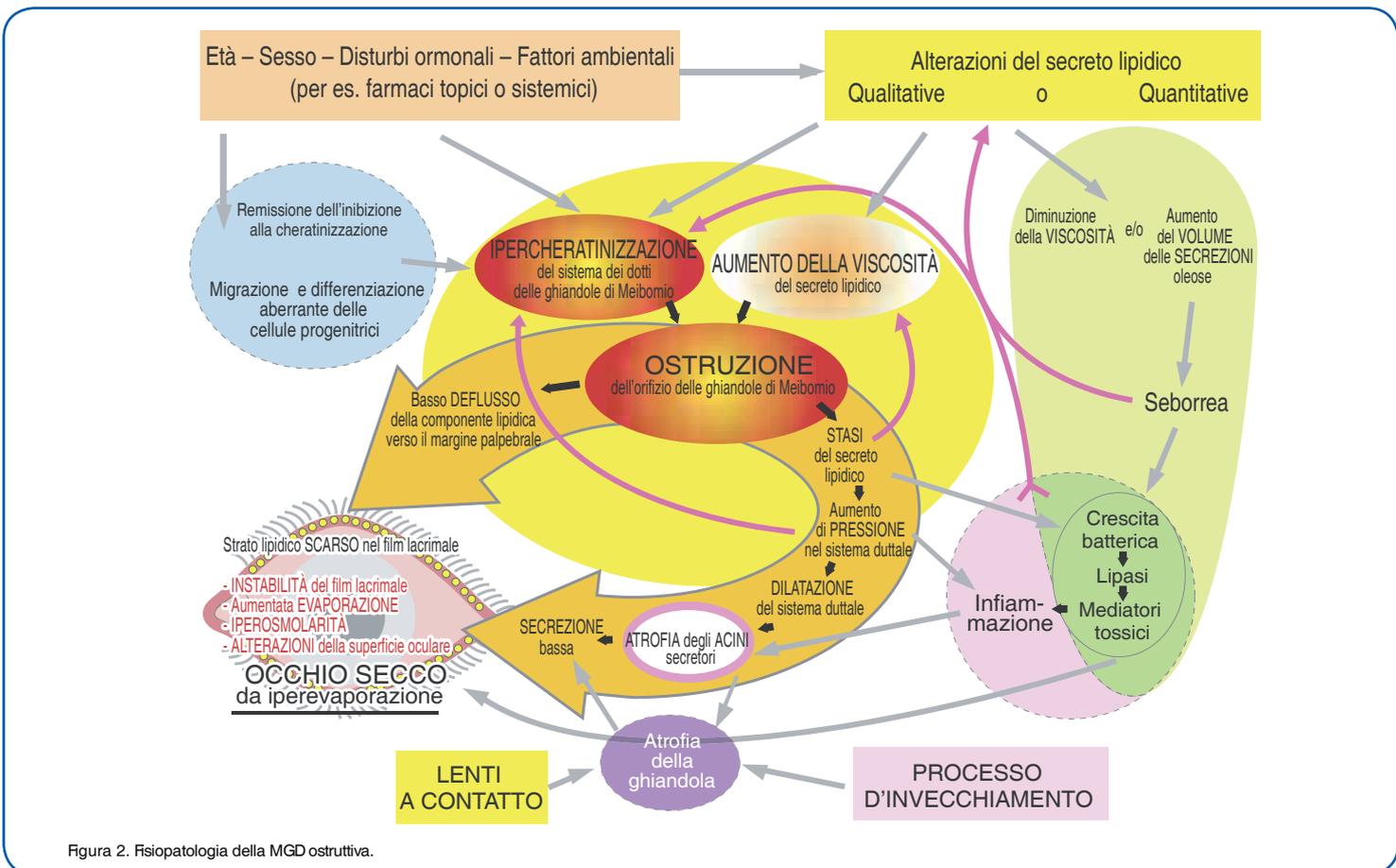


Figura 2. Fisiopatologia della MGD ostruttiva.

Quali sono le cause della DGM?

La disfunzione della ghiandola di Meibomio ostruttiva a basso deflusso è causata in primo luogo dall'ostruzione del dotto terminale, dovuta a sua volta all'ipercheratinizzazione dell'epitelio del dotto, al materiale cellulare cheratinizzato e all'aumento della viscosità della componente lipidica (Figura 2). Rilevante è anche la forma cicatriziale.

Il processo ostruttivo è influenzato da fattori endogeni quali l'età, il sesso e i disturbi ormonali, oltre a fattori esogeni quali gli agenti sistemici (per es. i retinoidi) e probabilmente l'uso di lenti a contatto. Associazioni secondarie rilevanti sono le patologie cutanee (per es. l'acne rosacea, la dermatite atopica e seborroica) e la congiuntivite cicatriziale (per es. l'eritema multiforme, il tracoma). L'ostruzione può portare a dilatazione cistica intraghiandolare, atrofia del tessuto ghiandolare, atrofia della ghiandola e bassa secrezione, effetti che generalmente non coinvolgono cellule infiammatorie.

Il risultato finale della disfunzione della ghiandola di Meibomio è una

ridotta disponibilità di componente lipidica sul margine palpebrale e sul film lacrimale, maggiore evaporazione, iperosmolarità del film lacrimale, occhio secco da iperevaporazione e infiammazione della superficie oculare con conseguente danno.

Come si può curare la DGM?

Qui sotto presentiamo un approccio basato su dati scientifici. Ad ogni livello di trattamento, la mancanza di risposta alla terapia sposta il trattamento al livello successivo. Il segno [±] significa che i dati che avvalorano l'uso del trattamento a quel livello sono limitati o emergenti, quindi l'uso deve essere basato su un giudizio clinico. Il segno [+] indica che il trattamento è basato su dati scientifici in quello stadio della malattia. La qualità della componente lipidica espressa e l'espressibilità della componente lipidica sono caratteristiche fondamentali nella valutazione clinica della DGM. Nel rapporto completo del gruppo di lavoro si troveranno maggiori informazioni sul trattamento della DGM e delle patologie correlate.

STADIO	QUADRO CLINICO	TRATTAMENTO
STADIO 1	Asintomatico: Nessun sintomo di disturbi oculari, prurito o fotofobia Segni clinici della DGM basati sull'espressione ghiandolare. Secrezioni alterate minimamente: Grado 2- <4 Espressibilità: 1	Informare il paziente sulla DGM, l'impatto potenziale della dieta, l'effetto dell'ambiente in casa o al lavoro sull'evaporazione lacrimale e il ruolo possibile di alcuni farmaci sistemici sulla secchezza oculare ± Considerare l'igiene delle palpebre incluso l'uso di compresse calde / espressione come descritta qui sotto
STADIO 2	Sintomi minimi a leggeri di disturbo oculare, prurito o fotofobia DGM minima a leggera. Sparse caratteristiche palpebrali Secrezioni moderatamente alterate: Grado 4- <8 Espressibilità: 1 Colorazione superficie oculare inesistente a limitata [DEWS 0-7; Oxford 0-3]	Consigliare il paziente su come migliorare l'umidità ambientale a casa e al lavoro e aumentare le dosi di omega-3 nell'alimentazione (±). Stabilire abitudini d'igiene delle palpebre con l'uso di compresse calde (minimo quattro minuti una o due volte al giorno), seguita da un massaggio da moderato a forte ed espressione delle secrezioni della ghiandola di Meibomio (+). Oltre a quanto citato sopra: ± Lubrificanti artificiali (di preferenza senza conservanti per uso frequente) ± Lubrificante emolliente locale o spray liposomale ± Azitromicina locale ± Considerare la tetraciclina orale
STADIO 3	Sintomi moderati di malessere oculare, prurito o fotofobia con limitazioni nelle attività DGM moderata. ↑ caratteristiche al margine palpebrale (ostruzione, vascolarità) Secrezioni moderatamente alterate: Grado >8- <13 Espressibilità: 2 Colorazione corneale periferica e congiuntivale leggera a moderata, spesso inferiore [DEWS 8-23; Oxford 4-10]	Oltre a quanto citato sopra: + Derivati di tetraciclina orale ± Unguento lubrificante prima di coricarsi la sera. ± Terapia antiinfiammatoria per occhio secco come indicato
STADIO 4	Sintomi marcati di malessere oculare, prurito o fotofobia con grosse limitazioni nelle attività DGM grave. ↑ caratteristiche del margine palpebrale (atrofia, spostamento) Secrezioni gravemente alterate: Grado >13 Espressibilità: 3 Aumento della colorazione corneale, inclusa la colorazione centrale [DEWS 24-33; Oxford 11-15] ↑ Segni d'infiammazione: p. es. una moderata iperemia congiuntivale, flitteenule	Oltre a quanto citato sopra: + Terapia antiinfiammatoria per occhio secco Key: Si valuta la qualità delle secrezioni lipidiche in ognuna delle 8 ghiandole del terzo mediale della palpebra inferiore su una scala da 0 a 3 per ogni ghiandola: 0=secrezioni chiare; 1=secrezioni torbide; 2=torbide con materiale granuloso; 3=spesse, come dentifricio [da 0 a 24]. L'espressibilità delle secrezioni lipidiche è valutata dalle 5 ghiandole: 0= tutte le ghiandole espressibili; 1=3-4 ghiandole espressibili; 2= 1-2 ghiandole espressibili; 3=nessuna ghiandola espressibile. Si può valutarla in entrambe le palpebre, superiore e inferiore. I punteggi numerici di colorazione si riferiscono a un punteggio totale di colorazione della cornea e della congiuntiva esposte. Il sistema Oxford ha una scala da 0 a 15 e il sistema DEWS va da 0 a 33.

Ringraziamenti: Ringraziamo Michelle Dalton (www.dalton-and-associates.com), Sabrina Zappia e CITYNet (www.citynetonline.it) per il supporto professionale dato al presente rapporto sintetico del Gruppo di lavoro. È possibile consultare l'elenco dei partecipanti al Gruppo di lavoro al seguente link: www.tearfilm.org/mgdworkshop/Mgd_Subcommittees.html