

## CORTICOTERAPIA ÎN TRATAMENTUL KERATITEI HERPETICE

dr. Doina Pop D. Popa

În cadrul afecţiunilor oculare de natură virotică keratita herpetică este cea mai frecventă îmbolnăvire. Corticoterapia a fost introdusă şi în tratamentul acestei afecţiuni, indicaţiile şi contraindicaţiile ei fiind mult controversate de autori. Se cunosc păreri diametral opuse în acest sens.

După opinia unor autori, rezultatele corticoterapiei în keratita herpetică depind de forma clinică şi stadiul evolutiv al afecţiunii. Corticoterapia este singurul tratament eficient al keratitei disciforme stabilizate şi a keratitei metaherpetică simple sau complicate cu reacţii uveale şi hipertonie. Autori ca *Offret* şi *Masini, Schule* etc. (cit. de 2), au descris agravarea unor cazuri de keratită herpetică în cursul tratamentului cu cortizon, cu apariţia de infiltraţii corneene, prezentînd tulburări trofice grave pînă la perforaţia spontană a corneei. Au mai fost semnalate în cursul tratamentului cu cortizon al keratitelor herpetice, complicaţii de ordin general ca, paralizii oculomotorii, meningite etc. *M. Bianchetti* (1) atribuie creşterea incidenţei herpesului corneean (de la 3,96%, cit era între anii 1941—1944, la 5,74% între 1958—1961), a recidelor, a formelor grave metaherpetică şi a complicaţiilor acţiunii inhibitoare a corticosteroizilor asupra formării locale de anticorpi, cit şi acţiunii lor catabolizante. El nu exclude nici o anumită responsabilitate a antibioticelor.

Din sistematizarea datelor din literatură reiese că, aplicarea neraţională a corticoterapiei în keratita herpetică este responsabilă de creşterea numărului de îmbolnăviri, de apariţia recidivelor, a formelor cu evoluţie gravă, cit şi a complicaţiilor.

În Clinica de Oftalmologie din Tirgu Mureş, utilizarea cortizonului în keratita herpetică se face la recomandarea prof. V. Săbădeanu în faza de resorbţie şi de cicatrizare a afecţiunii după un tratament cu antibiotice şi alte medicamente adresate agentului patogen. Întrebuinţarea cortizonului cu prudenţă, avînd în vedere stadiul bolii, ritmul dozării (1—3 picături/zi, mărit treptat şi întrerupt la nevoie), cit şi diluţia de 1/3, asigură resorbţia infiltratelor şi formarea unor cicatrici mai fine decît cele obţinute cu alte tratamente.

Pe baza datelor din literatură, cit şi a experienţei noastre, considerăm necesar ca în aplicarea corticoterapiei în tratamentul keratitei herpetice să se ţină cont de:

1. Faza evolutivă a afecţiunii. Nu se aplică Cortizonul în faza de debut a afecţiunii, ci în general în faza de stare sau mai bine la sfîrşitul acesteia. Corticoterapia nu se aplică în formele superficiale, atît timp cît mai există o cit de fină dezepitelizare şi nici în debutul keratitei disciforme, dar se recomandă în keratitele disciforme în perioada de stare, cit şi în keratitele profunde metaherpetică. Prezenţa unei hiperlimfocitoze sanguine, după *Bonamour*, ar indica încă o activitate virală, contraindicînd corticoterapia;

2. Administrarea Cortizonului se va face numai sub protecţia antibioticelor cu spectrul larg, în asociaţie cu un tratament etiologic susţinut;

3. Administrarea se va face cu prudență la persoanele în etate și cu o hipoestezie corneeană marcată, complicațiile fiind mai frecvente;

4. Administrarea pe cale subconjunctivală sau intracamerulară a Cortizonului diluat 1/3—1/1, este preferabilă administrării sub formă de instilații sau unguent, în formele profunde;

5. Nu vom administra Cortizon în anturajul persoanelor prezentind o viroză contagioasă. Se va evita corticoterapia în perioada epidemiilor virale;

6. Terapia cu Cortizon trebuie aplicată strict în condiții de staționar, administrarea ei în condiții ambulatorii, fără un control medical zilnic, trebuie evitată;

7. Împărtășim opinia, după care, administrarea Cortizonului în afecțiunile oculare de către medicul nespecialist trebuie contraindicată în mod categoric.

În concluzie, corticoterapia aplicată cu prudență în condițiile amintite, poate aduce servicii reale și în tratamentul keratitei herpetice, complicațiile acestei terapii putind fi perfect evitate.

*Sosit la redacție: 15 iunie 1972.*

#### *Bibliografie*

1. BIANCHETTI M.: *Oftalmologica* (1963), 146, 6, 395;
2. BÖKE W.: *Der Einfluss der Nebennieren Corticoide auf die entzündlichen Reaktionen des Auges*. Georg Thieme, Leipzig, 1960;
3. FRANÇOIS P., WOILLET L. M., BLERVAQUE A.: *Bull. de la Société d'Ophtalmologie de France* (1966), LXVI, 5—6, 599;
4. GORDON D. M., KARNOFSKY D. A.: *Am. J. Ophth.* (1963), 55, 2, 229; *R.G.O. Arch. d'Ophth.* (1963), 23, I, 714;
5. KAUFMAN H. E., MALONEY D.: *Arch. Ophth.* (1961), 66, 99;
6. KIMURA S. J., OKUMOTO M.: *Amer. J. Ophth.* (1957), 43, 131;
7. PĂCURARIU I., GIURGIU MARIA, PISLARU VIORICA: *Oftalmologia* (1967), 4, 335;
8. SĂBĂDEANU V., FUGULYÁN G.: *Oftalmologia* (1961), 2, 179;
9. SCHBEWEIS K. E.: *Immun. Forsch.* (1962), 124;
10. SCHUMACHER H. B., MACHEMER R.: *Klin. Mbl. Augenhk.* (1966), 148, 1, 121;
11. SEDAN J.: *Ann. Ocul.* (1966), 1966, 6;
12. SEGAL N., TAKÁCS M., MÁTE IRINA: *Oftalmologia* (1967), 1, 49;
13. THYGESON P., GELBER H. O., SCHWARTZ A.: *Amer. J. Ophth.* (1951), 34, 885.