

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ

της μαθήτριας του Α1

Γ. ΖΩΗΣ

Ο κερατοειδής χιτώνας του ματιού είναι το διαφανές πρόσθιο τμήμα του οφθαλμού. Αποτελείται από πέντε στιβάδες και στερείται αγγείων. Προστατεύεται μόνο από το άνω και κάτω βλέφαρο. Άρα θα μπορούσε να πει κανείς ότι ο κερατοειδής χιτώνας είναι το παράθυρο του ματιού χάρη στη διαφάνεια του οποίου (κερατοειδούς) εξυπηρετείται η όραση. Είναι το πιο εκτεθειμένο σε κίνδυνο σημείο του οφθαλμού. Έτσι λοιπόν τραύματα και μολύνσεις είναι πολύ πιθανό να τον προσβάλουν και να του δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα.

Στην μεταμόσχευση κερατοειδούς ή αλλιώς κερατοπλαστική, τμήμα ή ολόκληρος ο κερατοειδής χιτώνας αντικαθίσταται από τον κερατοειδή χιτώνα κάποιου δότη.

Περιπτώσεις στις οποίες απαιτείται μεταμόσχευση κερατοειδούς:

-κερατόκωνος (η πιο συχνή αιτία):πρόκειται για μια κληρονομούμενη κατάσταση του κερατοειδούς η οποία εμφανίζεται κατά την 2^η δεκαετία της ζωής.

-έλκη κερατοειδούς και άλλες μολύνσεις: συχνά προκαλούνται από φακούς επαφής με πιο επικίνδυνο μικρόβιο την ακανθαμοιβάδα, η οποία προκαλεί τήξη (λιώσιμο) κερατοειδούς πολύ γρήγορα (συχνά μέσα σε 10 ημέρες).

-χημικά εγκαύματα από ασβέστη ή άλλες καυστικές ουσίες που δεν αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως και σωστά. Τα εγκαύματα από διαλύματα βάσεων είναι πιο επικίνδυνα από τα αντίστοιχα των οξέων. Τα οξέα προκαλούν μεγάλη σε έκταση αλλά επιφανειακή βλάβη στον κερατοειδή, ενώ οι βάσεις μικρή σε έκταση αλλά σε μεγάλο βάθος βλάβη και συνεχίζουν να δρουν αν δεν ξεπλυθούν με τα κατάλληλα αντίδοτα.

-τραύματα από ξένα σώματα (γυαλιά, σύρμα κλπ) σε μεγάλο βάθος.

-διάφορες δυστροφίες κερατοειδούς: αυτές είναι κληρονομικές παθήσεις οι οποίες σταδιακά προκαλούν θόλωση

κερατοειδούς κι απώλεια οράσεως.

-μετεγχειρητικά από εγχείρηση καταρράκτη ή γλαυκώματος: προκαλείται καταστροφή του ενδοθηλίου, δηλαδή του εσωτερικού προς την ίριδα στρώματος του κερατοειδή, οπότε χάνεται η ισορροπία των στιβάδων του και προκαλείται φυσσαλλιδώδης κερατοπάθεια (bullosa), η οποία εκτός από θόλωση κι απώλεια όρασης συνοδεύεται από πόνο.

-εκτεταμένες ουλές κατόπιν τραύματος.

Ποιοι ασθενείς είναι υποψήφιοι για μεταμόσχευση κερατοειδούς:

Επειδή ο κερατοειδής είναι ένας ανάγγειος ιστός, δηλαδή χωρίς αγγεία, όλοι οι ασθενείς με τις ανωτέρω ενδείξεις είναι υποψήφιοι για μεταμόσχευση κερατοειδούς. Δεν απαιτείται έλεγχος ιστοσυμβατότητας (δηλαδή έλεγχος με τον οποίο διαπιστώνεται για ποιον είναι κατάλληλο το μόσχευμα). Αυτό βέβαια σημαίνει ότι δεν είναι γνωστό εκ των προτέρων ποιος θα δεχτεί το μόσχευμα και ποιος όχι. Επίσης δεν υπάρχει περιορισμός στην ηλικία του ασθενούς, δηλαδή ακόμα κι άτομα της τρίτης ηλικίας μπορούν να υποβληθούν σε μεταμόσχευση εφόσον υπάρχει μόσχευμα.

Πού βρίσκονται τα μοσχεύματα:

Τα μοσχεύματα κερατοειδούς προέρχονται μόνο από πτωματικούς δότες στους οποίους υπάρχουν οι εξής περιορισμοί:

-να μην έχουν υποβληθεί σε εξωπεριφακική επέμβαση καταρράκτη,

-να μην έχουν υποβληθεί σε laser διόρθωση μυωπίας,

-να μην έχουν αποβιώσει από Aids ή ηπατίτιδα C,

-να έχουν δώσει ενυπόγραφη συγκατάθεση οι συγγενείς του αποβιώσαντος,

-να μην έχει αποβιώσει από γενικευμένη νεοπλασία,

-να γίνει η λήψη των μοσχευμάτων εντός δυο ωρών από την ώρα θανάτου.

Είδη και τεχνικές μεταμόσχευσης κερατοειδούς

Το πάχος του μοσχεύματος είναι εκείνο με βάση το οποίο θα αποφασιστεί ποια τεχνική θα ακολουθήσει ο χειρουργός οφθαλμίατρος. Υπάρχουν δυο μεγάλες κατηγορίες τεχνικών μεταμόσχευσης:

-**μεταμόσχευση ολικού πάχους ή διαμπερής κερατοπλαστική**, κατά την οποία γίνεται αντικατάσταση όλου του πάχους του κερατοειδούς. Συνήθως γίνεται με τοπική αναισθησία και απαιτείται συρραφή του μοσχεύματος με πολύ λεπτά ράμματα (10-0) και συνεχόμενα ή 16-24 διακεκομμένα.

-**μεταμόσχευση μερικού πάχους ή τμηματική κερατοπλαστική**, κατά την οποία μεταμοσχεύεται μόνο ένα τμήμα του κερατοειδούς ανάλογα με την βλάβη. Διακρίνεται σε δυο υποκατηγορίες:

-**πρόσθια τμηματικού πάχους κερατοπλαστική** κατά την οποία γίνεται μεταμόσχευση των πρόσθιων στιβάδων του κερατοειδούς μέχρι το στρώμα.

-**οπίσθια τμηματικού πάχους κερατοπλαστική** κατά την οποία γίνεται μεταμόσχευση της οπίσθιας κατά κύριου λόγου στιβάδας, του ενδοθηλίου.

Τέλος υπάρχει και μια τρίτη κατηγορία τεχνικής, η **κερατοπρόσθεση**. Πραγματοποιείται σε σοβαρή αμφοτερόπλευρη απώλεια της όρασης εξαιτίας κερατοπάθειας συνήθως. Τότε τοποθετείται μικροχειρουργικά ένας τεχνητός πλαστικός κερατοειδής με στόχο την αντικατάσταση του προβληματικού κερατοειδή.

Επιπλοκές:

Συνήθως μια μεταμόσχευση κερατοειδούς είναι επιτυχής. Ακριβώς επειδή δεν υπάρχουν αγγεία στον κερατοειδή δύσκολα γίνεται απόρριψη μοσχεύματος, δηλαδή ο οργανισμός να αναγνωρίσει το μόσχευμα σαν ξένο σώμα και να το απορρίψει. Έτσι λοιπόν ως επιπλοκές λαμβάνονται:

-η απόρριψη του μοσχεύματος, όπως προαναφέρθηκε. Ακόμα και στην περίπτωση που το μόσχευμα ενδέχεται να απορριφθεί, η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή θεραπευτική αγωγή αρκούν στις περισσότερες περιπτώσεις ώστε το μόσχευμα να ξαναγίνει διαυγές. Σε περίπτωση που η θόλωση

του μοσχεύματος είναι μη αντιστρεπτή, τότε μπορεί να ξαναγίνει νέα μεταμόσχευση κερατοειδούς.

-η διεγχειρητική απώλεια ενδοθηλιακών κυττάρων. Είναι φυσιολογική μια απώλεια των ανωτέρω κυττάρων της τάξης του 5-10%. Ποσοστό μεγαλύτερο από 10% θα οδηγήσει σε απόρριψη μοσχεύματος.

-πιθανή μετακίνηση του μοσχεύματος από τη θέση του τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες.

-μόλυνση,

-φλεγμονή,

-διάσταση ραμμάτων,

-αιμορραγία

-αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης,

-εξωθητική αιμορραγία.