

CORELAȚIA DINTRE AFECȚIUNILE NAZALE ȘI GLAUCOM

Gr. Fugulyán, V. Mulfay

Autori, ca *Sluder*, *Sargnon*, *Flottes* etc. au constatat că diferite accidente orbito-oculare sînt consecința reflexelor trigemino-simpatice de proveniență nazo-sinusală. Prin ramura sa nazociliară, nervul oftalmic inervează o parte din mucoasa nazală. Ganglionul sfenopalatin are legătură cu ochiul și cu glanda lacrimală prin ramuri simpatice, asigurînd o rețea neurovegetativă comună pentru secreția, vazomotricitatea, troficitatea și sensibilitatea nazo-oculară. Pituitara rinosinusală, cu rețeaua ei nervoasă bogată, complexă, sensitiv-vegetativă și sensorială reprezintă una din cele mai importante zone reflexogene din organism.

Pe lângă reflexele locale și la distanță, excitațiile exteroceptorilor sensibili și sensoriali pot da naștere la fenomene patologice și în regiunile învecinate (ochi). Astfel, excitațiile pituitarei, polipii nazali, deviațiile de sept, hipertrofia cornetelor, sinechiile intranasale, furunculii, eroziunile și ragadele vestibulare pot determina, pe cale trigemino-vegetativă, fenomene patologice oculare, ca fotofobia, blefarospasmul, lăcrimarea, congestia și edemul pleoapelor și conjunctivei, precum și parestezii sau dureri regionale. *Costinescu N.* și *Vancea P.* arată că rinitele și sinusitele pot determina leziuni ale tractului uveal, ale irisului, coroidei și retinei care dispar după asanarea focarului rino-sinusal. Nevrita retrobulbară adesea se ameliorează după aplicări endonazale repetate, cu cocaină adrenalinată sau după deschideri „ex juvantibus” ale celulelor etmoidale posterioare, cit și ale sinusului sfenoidal. Sînt cunoscute simptomele comune oculo-nazale în sindroamele *Sluder* și *Charlin*.

Deși legătura unor afecțiuni nazale și oculare clinic este destul de evidentă, totuși corelația rămîne puțin clarificată, mai ales că aceasta este o problemă de graniță dintre cele două specialități. Situație similară avem și în cazul corelației unor afecțiuni nazale și tensiunea oculară.

În ultimii ani mulți bolnavi cu glaucom aveau afecțiuni nazale, localizate de partea ochiului afectat, fapt care ne-a trezit interesul pentru această problemă.

Kerry (1936) presupune o corelație între nazofaringitele de origine stafilococică și glaucom. *Odabachi* (1940) este de aceeași părere, el comunică cazuri de glaucom în care acuitatea vizuală s-a ameliorat după aplicare repetată de cocaină adrenalinată pe mucoasa nazală. *Epstein* (1940), la 100 de bolnavi cu glaucom, examinați ORL, a decelat sinusită în 20% a cazurilor, în 3 cazuri sinusita fiind mai accentuată de partea ochiului glaucomatos, iar în 3 cazuri constată alte afecțiuni dintre care două de aceeași parte cu glaucomul.

Cercetările lui *Bloch* (1949) constată o creștere a tensiunii oculare cu 2—8 mmHg după operații nazale, în cursul tamponărilor și scăderea tensiunii cu 2—4 mmHg după îndepărtarea acestora și restabilirea respirației nazale. Este curios faptul că autorul ajunge la concluzia finală că nu există o legătură organică între îmbolnăvirile nazale și creșterea tensiunii oculare, atribuindu-i origine neuro-psihică.

Trutneva (1952) a studiat influența respirației nazale îngreunate asupra tensiunii oculare. A pornit de la constatările făcute de *Ciudnsvetova*, *Urbach*, *Samaiunov* că îngreunarea respirației nazale creează condiții favorabile pentru apariția stazei venoase și limfatice în orbită, în mucoasa nazală și chiar în cavitatea craniană. Este știut că glaucomul se manifestă de cele mai multe

Starea bolnavilor la internare, înainte de tratament

Nr. crt.	Vîrsta	Forma și stadiul glaucomului	Acuitatea vizuală	Cimpul vizual	Tensiunea oculară OD—OS	Diagnostic ORL
1.	55	simplu OD absolut OS	5/5 0	— normal	15—60	Empiem al sinusului maxilar. Hipertrofia cornetului medial stîng.
2.	62	absolut OD aproape absolut OS	0 percepe mișcarea mîinii	— —	52—60	Polipoză nazală bilaterală. Sinusită bilaterală.
3.	74	absolut OD congestiv acut OS	0 percepe lumina	— —	43—60	Polipoză nazală bilaterală.
4.	60	absolut OD congestiv cronic OS	0 5/8	— normal	50—18	Polipoză nazală dreaptă.
5.	48	congestiv acut OS	5/10 numără degetele la 25 cm	normal —	26—85	Deviația crestei și a septului nazal stîng. Obstrucția nazală stîngă pronunțată.
6.	55	congestiv OD	5/10 5/6	normal normal	70—24	Deviația septului nazal. Polipoză nazală operată. Hipertrofia cornetului inferior drept.
7.	49	congestiv acut OS	5/5 numără degetele la 0,5 m	normal îngustat concentr. cu 20°	20—90	Deviația septului nazal, hipertrofia cozii cornetului inferior stîng.
8.	45	congestiv acut OD cronic OS	numără degetele la 0,5 m 5/5	— —	40—18	Deviația septului nazal și hipertrofia cornetului inferior drept. Fosa nazală dreaptă infundată.
9.	52	congestiv cronic AO	5/8 5/5	îngustat concentr. normal	55—30	Deviația septului nazal. Hipertrofia cozii cornetului inf. bilateral. Operație de sept și cornete.
10.	49	absolut OD simplu OS	0 5/12	— ușor îngustat	75—75	Polipoză nazală dreaptă.
11.	51	absolut OD congestiv cronic OS	0 5/12	îngustat concentr. cu 10—15°	50—20	Deviația septului nazal. Rinită cronică hipertrofică mai accentuată de partea dreaptă.

ori toamna și iarna. la variații bruște de temperatură, când umiditatea aerului crește. *Trutneva*, prin îngreunarea artificială a respirației nazale, a determinat agravarea stării glaucomatoase cu ridicarea tensiunii oculare în 29% a cazurilor. În alte experiențe a observat, în 30% a cazurilor, că tensiunea oculară a scăzut după aplicarea unei soluții de cocaină 5% cu efedrină pe pituitară. În cazurile cu afecțiuni care îngreunează respirația nazală, acest procent se ridică peste 50%.

Callogero, studiind corelația dintre ozenă și glaucom, explică apariția ambelor afecțiuni, prin hiperfuncția ramurii simpatice a ganglionului sfenopalatin. *Luedde* acordă o importanță deosebită ganglionului sfenopalatin în reglarea tensiunii oculare. În ridicarea tensiunii, *Ohm* (1961) atribuie rolul nervului nazociliar, știut fiind că acesta reglează atât funcția secretorie a pituitarei cât și a corpului ciliar. Menționăm aici cazul unui bolnav de 55 de ani (662/1951), la care s-a declanșat un atac glaucomatos după o oră de muncă în apă rece și de atunci, la fiecare strănut, are dureri la ochiul glaucomatos.

Barraquer comunică un caz de glaucom secundar dureros, vindecat după asanarea sinusitei maxilare. *Talkovskii* obține ameliorarea acuității vizuale în urma tratamentului mucoasei nazale cu novocaină. *Terson* (1901) găsește o analogie între boala lui *Quinke*, edemul pulmonar și glaucom. Teoria aceasta a fost reluată de *Magitot* în 1929. Literatura de specialitate cunoaște cazuri de gripă care au declanșat atac glaucomatos. Și noi am comunicat 5 cazuri de glaucom congestiv după stări gripale (1958), la doi dintre ei recidivele de gripă au declanșat de fiecare dată accese glaucomatoase.

Mulți dintre bolnavii noștri cu glaucom semnalează că dimineata, după sculare, au senzația de nas înfundat cu respirație îngreunată. Examenul ORL al acestora (vezi tabelul alăturat) pune adesea în evidență modificări organice. Afecțiunea nazală se localizează de partea ochiului mai grav afectat, iar în cazuri bilaterale și afecțiunea nazală apare bilaterală.

Tabelul cuprinde bolnavi la care legătura dintre glaucom și afecțiunile nazale pare evidentă. La fiecare am găsit respirație nazală îngreunată. Deoarece prin structura ei, mucoasa nazală poate să-și schimbe relativ repede volumul, ar fi util ca acești bolnavi să fie examinați rinologic în cursul accesului.

Un bolnav de 72 de ani, neinclus în tabel, examinat în cursul unui acces glaucomatos la ambii ochi, prezenta pituitara și ambele cornete inferioare tumefiate, pituitara revenind la normal după acces.

La 4 cazuri din tabel, procesul nazal era bilateral, la fel ca și procesul glaucomatos, în 7 cazuri fiind de partea ochiului glaucomatos. În 8 cazuri glaucomul era congestiv (unul secundar) iar în 3 simplu. Asanarea afecțiunii nazale la 2 bolnavi a influențat favorabil evoluția glaucomului, iar la 3, care au refuzat tratamentul chirurgical, glaucomul a evoluat mai grav.

Bolnava V. J. de 52 ani (775/1957) suferea de glaucom congestiv cronic la ambii ochi, la ochiul drept cu funcțiunile alterate și normale la cel stâng. Primele simptome au apărut la ochiul drept, cu 5 săptămâni în urmă, semnalând că dimineața își simtea nasul înfundat și respirația îngreunată. La internare tensiunea ochiului drept era de 56, la cel stâng de 30 mmHg. Tratamentul cu pilocarpină și ezerină nu influențează tensiunea. Examenul ORL constată deviația septului nazal și hipertrofia cozelor cornetelor cu respirația mai îngreunată în dreapta. Se intervine chirurgical, continuând și tratamentul ocular. La controlul tensiunii după o săptămână, se constată că aceasta a scăzut la 42—20 mmHg, iar a doua zi la 32—18 mmHg. După o perioadă de tratament cu diuramid se efectuează o intervenție de iridencleizis, apoi două ciclodialize la ochiul drept. Glaucomul progresează, iar în anii următori ochiul își pierde treptat funcțiile. Cazul ne demonstrează

influența dăunătoare a procesului nazal de partea dreaptă în care glaucomul a fost mult mai accentuat. Ochiul sting, în perioada intervenției se găsea încă în faza de debut, păstrându-și funcțiile datorită tratamentului medicamentos continuat timp de peste 7 ani.

La un glaucom congestiv subacut al ochiului drept s-a practicat iridencleizis, apoi s-a intervenit chirurgical pentru hipertrofia cornetului nazal drept, restabilind respirația nazală; și în acest caz, intervenția a influențat favorabil starea ochiului, deoarece la controlul efectuat după 6 ani s-au constatat funcții oculare foarte bune.

Observațiile noastre coincid cu datele citate din literatură. Epstein și Barraquer subliniază, ca și noi, că procesul nazal a fost de aceeași parte cu glaucomul. Cele mai multe cazuri ale noastre erau de glaucom congestiv, la apariția căruia credem că edemul a jucat un rol însemnat. Procesele nazale constatate se caracterizează prin edem și infiltrație, iar în glaucom postgripal edemul inflamator domină tabloul clinic rinologic, provocând apariția glaucomului congestiv.

Majoritatea afecțiunilor nazale inflamatorii se caracterizează prin tumefierea pituitarei care îngreunează respirația nazală. Mucoasa nazală are două funcții biologice de bază: una secretorie pentru umezirea aerului inspirat și una de reglare a permeabilității foselor nazale prin schimbarea volumului. Tocmai aceste funcții sint reglate printr-o inervație comună cu unele funcții din sfera oculară amintită. Considerăm logic să atribuim proceselor patologice nazale (rinite, sinusite, hipertrofii, stări alergice etc.) rolul care îngreunează respirația nazală, influențând etiopatogenia unor afecțiuni oculare cu caracter asemănător. Mucoasa nazală, ca zonă reflexogenă, poate să influențeze în mod reflex unele sisteme de reglare nervoasă în ochi.

Pe baza celor expuse și a observațiilor noastre, putem trage concluzia că în cazurile cu predispoziție glaucomatoasă, unele procese nazale, caracterizate prin infiltrație și edem, pot influența oftalmotonusul, provoca sau agrava evoluția glaucomului, de asemenea stările gripale — procese acute — pot declanșa atacul glaucomatos. Examinarea rinologică sistematică a bolnavilor glaucomatoși (dacă este posibil chiar în cursul acceselor) este indicată pentru decelarea proceselor de obstrucție nazală sau a altor modificări inflamatorii. Înlăturarea acestor modificări poate să influențeze favorabil procesul glaucomatos, respectiv să permanentizeze rezultatele bune, obținute în tratamentul oftalmologic.

Sosit la redacție: 8 mai 1965.

Bibliografie

1. BARRAQUER I.: ref. Am Journal of ophth. (1961), 51/4, 748; 2. BLOCH H. A.: Vestnic oftalm. (1949), 11, 30; 3. CALLOGERO G.: Ref. Zbl. ges. Ophth. (1927—28), XIX, 114; 4. COSTINESCU N., VANCEA P., OBLU N.: Sindroame clinice comune rino-neuro-oftalmologice. Raport la Consfătuirea Otoneuro-oftalmologică, București: 30. XI. — 1. XII. 1962; 5. COSTINESCU N.: Cours de otorinolaringologie (1959). Iași; 6. EPSTEIN N. D.: Vestnik oftalm. (1940), 16:1. 54; 7. FUGULYÁN G., BEDÓ B., Oftalmologia (1958), 2, 163; 8. KERRY R.: Ref. Zbl. ges. Ophthalm. (1937), 37, 600; 9. LASKIEWICZ. Ref. Zbl. ges. Ophthalm. (1941), 46, 194—10. LUEDDE citat de WEINSTEIN P.: Orvosi Hetilap (1954), 13, 354; 11. ODABACHI H.: Ref. Zbl. ges. Ophthalm. (1937), 37, 600; 12. OHM. J.: Klin. Mbl. Augenheilk. (1961), 138/2, 259; 13. SĂBĂDEANU V., FUGULYÁN G.: Oftalmologia (1957), 4, 329; 14. SĂBĂDEANU V., MÜLFAY V., HENTER C.: Rev. Med. (1964), 2, 124; 15. TALKOVSKII S. I.: Klin. Mbl. Augenheilk. (1963), 143/4, 611; 16. TRUTNEVA K. V.: Vest. oftalm. (1952), 1, 11.