

Retinopatia cukrzycowa dotyczy wszystkich chorych na cukrzycę typu I oraz ok. 60% pacjentów z cukrzycą typu II. To ok. 1,5 mln osób w Polsce, którym grozi ślepota. Większość diabetyków nie zdaje sobie sprawy z zagrożenia, gdyż w początkowej fazie choroba przebiega całkowicie bezobjawowo. Tymczasem nieleczona retinopatia cukrzycowa jest najczęstszą przyczyną ślepoty wśród osób pomiędzy 20 a 65 r.ż.

U chorych z cukrzycą w związku z występowaniem zaburzeń makro i mikrokrążenia bardzo często w różnych narządach dochodzi do szeregu powikłań, które są następstwem zarówno wahań poziomu cukru, jak i odczynu zapalnego w tkankach. Jednym z najgroźniejszych powikłań są zaburzenia w siatkówce oka – tzw. retinopatia cukrzycowa.

Wysoki poziom glukozy we krwi, a w konsekwencji uszkodzenia drobnych naczyń krwionośnych siatkówce wpływa na pogorszenie ostrości wzroku a potem doprowadzić może do całkowitej utraty widzenia.

Wśród czynników przyspieszających rozwój retinopatii cukrzycowej są też hiperlipidemia, niedokrwistość oraz ciąża. Również chorzy, u których cukrzycę rozpoznano w młodości są bardziej narażeni na szybki rozwój retinopatii cukrzycowej.

- Bardzo często pacjenci chorzy na cukrzycę nie odczuwając w początkowej fazie problemów z widzeniem, nie zdają sobie sprawy z postępującej retinopatii cukrzycowej. Tymczasem cukrzycowe zmiany na dnie oka można już stwierdzić po 3 latach od wykrycia cukrzycy u 12% chorych. W przypadku chorych na cukrzycę typu I retinopatia rozwija się wprost proporcjonalnie do przebiegu cukrzycy. Wystarczy 15 lat jej trwania, by doszło do powikłań w siatkówce oka. Inaczej natomiast sytuacja wygląda u chorych z cukrzycą typu II.

Tu retinopatia cukrzycowa rozwija się wcześniej, nawet 7 lat przed ustaleniem rozpoznania. Bez względu na rodzaj cukrzycy, każdy pacjent cierpiący na tę chorobę powinien systematycznie raz w roku przeprowadzać badania kontrolne dna oka, nawet jeśli nie odczuwa problemów z widzeniem – mówi prof. dr hab. n. med. Krystyna Czechowicz-Janicka - okulista.

- Chorzy z rozpoznaną retinopatią cukrzycową w zależności od stopnia zaawansowania zmian cukrzycowych w oku powinni odwiedzać lekarza okulistę częściej, minimum 2 razy w roku, a w przypadku retinopatii zaawansowanej – co 3 miesiące. Również kobiety w ciąży i połogu chorujące na cukrzycę powinny być pod kontrolą lekarza okulisty i regularnie (przynajmniej raz w miesiącu) badać swój wzrok – podkreśla profesor.

- Im wcześniej wykryjemy zmiany w siatkówce oka, tym większa jest szansa na ich skuteczne leczenie. – dodaje profesor Czechowicz-Janicka.

Objawy, które mogą świadczyć o retinopatii cukrzycowej:

- stopniowe pogorszenie widzenia,
- przemijające zaburzenia ostrości widzenia,
- nocne upośledzenia widzenia,
- nagła bezbólowa utrata wzroku,
- mroczki przed oczami.

Diagnostyka i leczenie retinopatii cukrzycowej

Obecnie okuliści mają możliwość korzystania z najnowocześniejszych metod diagnostycznych i terapeutycznych. Poza badaniem dna oka oraz ostrości widzenia, dodatkowymi specjalistycznymi badaniami obrazującymi szczegółowo stan siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej jest optyczna koherencyjna tomografia OCT oraz angiografia fluoresceinowa, pozwalająca na dokładne zlokalizowanie miejsc przecieku chorobowo zmienionych naczyń.

Najlepsze efekty gwarantuje zabieg optycznej koherencyjnej tomografii OCT tylnego odcinka oka wykonany na aparacie Spectralis HRA+OCT2. Jest to obecnie najdokładniejszy na świecie sprzęt do tomografii komputerowej oka. Badanie OCT jest bezbolesne i bezkontaktowe – mówi prof. Krystyna Czechowicz-Janicka.

- Spectralis HRA+OCT2 umożliwia z niezwykłą dokładnością i precyzją zobrazować strukturę oka i ujawnić wszelkie zmiany patologiczne, nawet te niewidoczne dla sprzętu starszej generacji. Spectralis HRA+OCT 2 pozwala na badanie tkanki siatkówki już o wielkości 1 mikromilimetra (0.001 mm). Oprócz najnowocześniejszego badania OCT, aparat ten wykonuje też wielowarstwowe fotografie oka i symultanicznie badanie autofluorescencji, które są niezbędne w procesie właściwej diagnozy i kwalifikacji do leczenia – podkreśla profesor Czechowicz-Janicka.

Retinopatia cukrzycowa często występuje też w niezwykle niebezpiecznej formie **cukrzycowego obrzęku plamki DME** (Diabetic Macular Edema), czyli tzw. *makulopatii cukrzycowej*, która nieleczona lub zbyt późno zdiagnozowana może doprowadzić do trwałej utraty widzenia.

Forma ta rozwija się u ok. 14%-25% chorych na cukrzycę typu II i spowodowana jest obecnością płynu w centralnej części siatkówki, czyli w plamce żółtej.

Cukrzycowy obrzęk plamki wywołany jest obrzękiem centralnej (plamkowej i około plamkowej) części siatkówki, którego przyczyną jest uszkodzenie okołoplamkowych naczyń krwionośnych i wtórne przenikanie osocza krwi pomiędzy warstwy siatkówki w okolicy plamki żółtej.

Pacjent, u którego wystąpił cukrzycowy obrzęk plamki, z początku również może nie zauważać objawów. Zdarza się jednak, że chory doświadcza pogorszenia ostrości widzenia w postaci krzywienia i falowania obrazu, niekiedy też może pojawić się czarna plama.

- Zamazany obraz i nieostre widzenie szczegółów, ciemne plamki pojawiające się w polu widzenia, wyblakłe kolory, falujące linie proste, zniekształcone kształty obrazów to objawy, które powinny skłonić pacjenta do jak najszybszego zgłoszenia się do lekarza okulisty. Nieleczony cukrzycowy obrzęk plamki prowadzić może do trwałej utraty wzroku – ostrzega profesor Czechowicz-Janicka.

Leczenie obrzęku plamki w wyniku retinopatii cukrzycowej

Podstawowym celem terapii jest zahamowanie postępu zmian chorobowych w obszarze plamki oraz utrzymanie możliwie najlepszej ostrości widzenia. Wybór metody leczenia uzależniony jest od stopnia zaawansowania makulopatii cukrzycowej.

Aktualnie medycyna dysponuje kilkoma terapiami stosowanymi w cukrzycowym obrzęku plamki. Są to

między innymi: terapia preparatami anty-VEGF (zastrzyki dogołkowe), która wykazuje wysoką skuteczność zarówno w zmniejszaniu cukrzycowego obrzęku plamki, jak i poprawie widzenia u chorego; kortykosteroidy podawane w formie wstrzyknięć bądź implantów oraz laseroterapia z wykorzystaniem rewolucyjnego lasera 2RT.

Stosowana wcześniej konwencjonalna fotokoagulacja laserowa, co prawda zmniejszała ryzyko postępu choroby, ale może doprowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia zdrowych komórek siatkówki. W praktyce przy stosowaniu konwencjonalnej fotokoagulacji nie uzyskiwało się poprawy ostrości widzenia, a blizny po laseroterapii powodowały powstawanie mroczków w polu widzenia i osłabiały poczucie kontrastu. Pojawienie się lasera 2RT(Retinal Rejuvenation Therapy). o mocy kilkaset razy mniejszej niż konwencjonalnie stosowane lasery koagulujące i o odmiennym mechanizmie terapeutycznym zrewolucjonizowało tą metodę terapii.

- Poprzez precyzyjnie kontrolowany, nanosekundowy impuls laserowy Laser 2RT oddziałuje na uszkodzone przez proces chorobowy komórki siatkówki, pobudzając je do odnowy. W odróżnieniu od konwencjonalnych zabiegów laserowych, Laser 2RT nie uszkadza sąsiednich struktur. Działając wyłącznie pobudzająco na uszkodzone komórki, generuje energię 500 razy mniejszą niż laser koagulujący. Cały zabieg stymulacji (immunomodulacji) komórek trwa nie dłużej niż 10 minut. Po jego zakończeniu pacjent może wrócić do domu i prowadzić normalną aktywność: pracować, czytać i oglądać telewizję. – zaznacza prof. Czechowicz-Janicka.

- Zabieg 2RT w przeciwieństwie do konwencjonalnej laseroterapii jest nieinwazyjną procedurą, która polega na stymulacji naturalnego, biologicznego procesu regeneracji oka. Stosowanie lasera 2RT u pacjentów z cukrzycowym obrzękiem plamki może poprawić nie tylko ostrość wzroku, ale i czułość kontrastową siatkówki. Nie rodzi skutków ubocznych, a nie pozostawiając blizn na siatkówce, nie powoduje ubytków w polu widzenia. Zabieg może być powtarzany oraz stosowany w połączeniu z terapią anty-VEGF. Laser 2RT jest więc laserem bezpiecznym dla komórek siatkówki, który można stosować w cukrzycowym obrzęku plamki – dodaje profesor.