

DIABETOLOGIA

Iwona Kazimierska

Retinopatia cukrzycowa

– jak uchronić przed nią pacjentów

Tylko skuteczne leczenie cukrzycy może ustrzec chorych przed powikłaniami ocznymi. A tych najbardziej boją się diabetycy.

Ponad 93 mln ludzi na świecie ma powikłania oczne cukrzycy. Jedna trzecia z nich doświadczy retinopatii cukrzycowej. W Polsce ok. 3 mln osób choruje na cukrzycę, a ok. 6 mln ma stan przedcukrzycowy. Wszystkie te osoby są zagrożone wystąpieniem powikłań, w tym powikłań ocznych. Pierwsze 20 lat choroby wiąże się z rozwojem powikłań ocznych u ponad 90 proc. pacjentów z cukrzycą typu 1 i u ponad 60 proc. z cukrzycą typu 2. Te powikłania są główną przyczyną ślepoty w populacji ludzi w wieku produkcyjnym (20.–65. rok życia) w krajach rozwiniętych. Chorzy na cukrzycę mają 25–30 razy wyższe ryzyko ciężkiej utraty widzenia niż osoby zdrowe.

– *Utrata wzroku to komplikacja, której najbardziej obawiają się chorzy na cukrzycę. W jednym z badań amerykańskich z udziałem ponad 2000 dorosłych utrata widzenia była postrzegana jako powikłanie mające największy wpływ na codzienne życie przez 45 proc. ankietowanych. Utrata widzenia była klasyfikowana wyżej niż utrata pamięci, kończyny, mowy czy słuchu* – mówi prof. dr hab. n. med. Jacek P. Szaflik, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (PTO).

Zbyt późna diagnoza

– *Cukrzycowa choroba oczu w początkowym okresie jest asymptomatyczna lub zmiany następują tak wolno, że chory adaptuje się do nich. Dlatego u cukrzyków niezmiernie ważne są wywiad w kierunku zaburzeń wzroku, edukacja w zakresie możliwych powikłań okulistycznych cukrzycy i przede wszystkim regularne badania okulistyczne* – dodaje prezes PTO.

Statystyki dotyczące cukrzycowej choroby oczu pokazują, że w prawie 65 proc. przypadków chorzy zostają objęci leczeniem dopiero wtedy, gdy problemy ze wzrokiem są odczuwalne. Mniej niż 1/3 pacjentów jest zdiagnozowana o czasie. Ponad 1/4 chorych twierdzi, że nie miała wykonanego badania wzroku w ostatnich 2 latach. Na szczęście tylko w 6 proc. przypadków jest za późno na skuteczne leczenie. Nieco mniej niż 1/3 chorych zostaje objęta odpowiednim leczeniem przed pojawieniem się kłopotów ze wzrokiem.



Fot. Archiwum Termedia



prof. Jacek P. Szaflik: Sulodeksyd ma wielotorowe działanie – poza przeciwzakrzepowym również profibrynolityczne. Stwierdzono jego skuteczność, jeśli chodzi o ochronny wpływ na naczynia i śródbłonek, a także kliniczne zmiany dna oka i retinopatię cukrzycową

Co sprzyja retinopatii?

– *Powikłania cukrzycy mogą dotyczyć w zasadzie wszystkich tkanek i części oka. Głównym powodem pogorszenia widzenia i utraty wzroku jest retinopatia cukrzycowa. Bezpośrednimi przyczynami są najczęściej zmiany proliferacyjne – krwotok przedsiatkówkowy, wylew krwi do ciała szklistego, trakcyjne odwarstwienie siatkówki, cukrzycowy obrzęk plamki, jaskra neowaskularna. Powodem jest uszkodzenie naczyń krwionośnych siatkówki niewielkiego kalibru, naczyń tętniczych przedwłoskowatych, włóśnierek, drobnych naczyń żylnych* – wyjaśnia prof. Jacek P. Szaflik.

U chorych na cukrzycę typu 1 retinopatia cukrzycowa po 15 latach występuje w 8 na 10 przypadków, u chorych na cukrzycę typu 2 po 20 latach – w ok. 60 proc. przypadków. W momencie roz-

Czynniki ryzyka rozwoju i progresji retinopatii cukrzycowej

- czas trwania cukrzycy – najsilniejszy czynnik
- niewyrównanie metaboliczne cukrzycy
- nadciśnienie tętnicze
- zaburzenia gospodarki lipidowej
- cukrzycowa choroba nerek (nefropatia cukrzycowa)
- otyłość
- okres ciąży
- okres dojrzewania
- palenie tytoniu
- operacja zaćmy
- stany po transplantacji nerki lub trzustki

poznania cukrzycy typu 2 stwierdza się obecność zmian na dnie oka u 5 proc. chorych.

– *Bardzo ważnym czynnikiem predysponującym do rozwoju retinopatii jest niewłaściwa kontrola metaboliczna cukrzycy. Z ryzykiem wiąże się też moment gwałtownej normalizacji glikemii u chorych z wcześniej źle kontrolowaną cukrzycą, niemniej korzyści z intensywnej kontroli metabolicznej są ewidentne. Opóźnia ona w każdym wymiarze rozwój retinopatii cukrzycowej, sprzyja rzadszemu występowaniu obrzęku plamki. Okuliści i diabetolodzy są zgodni co do preferowanego poziomu hemoglobiny glikowanej – ok. 7 proc. – mówi ekspert.*

Diagnostyka

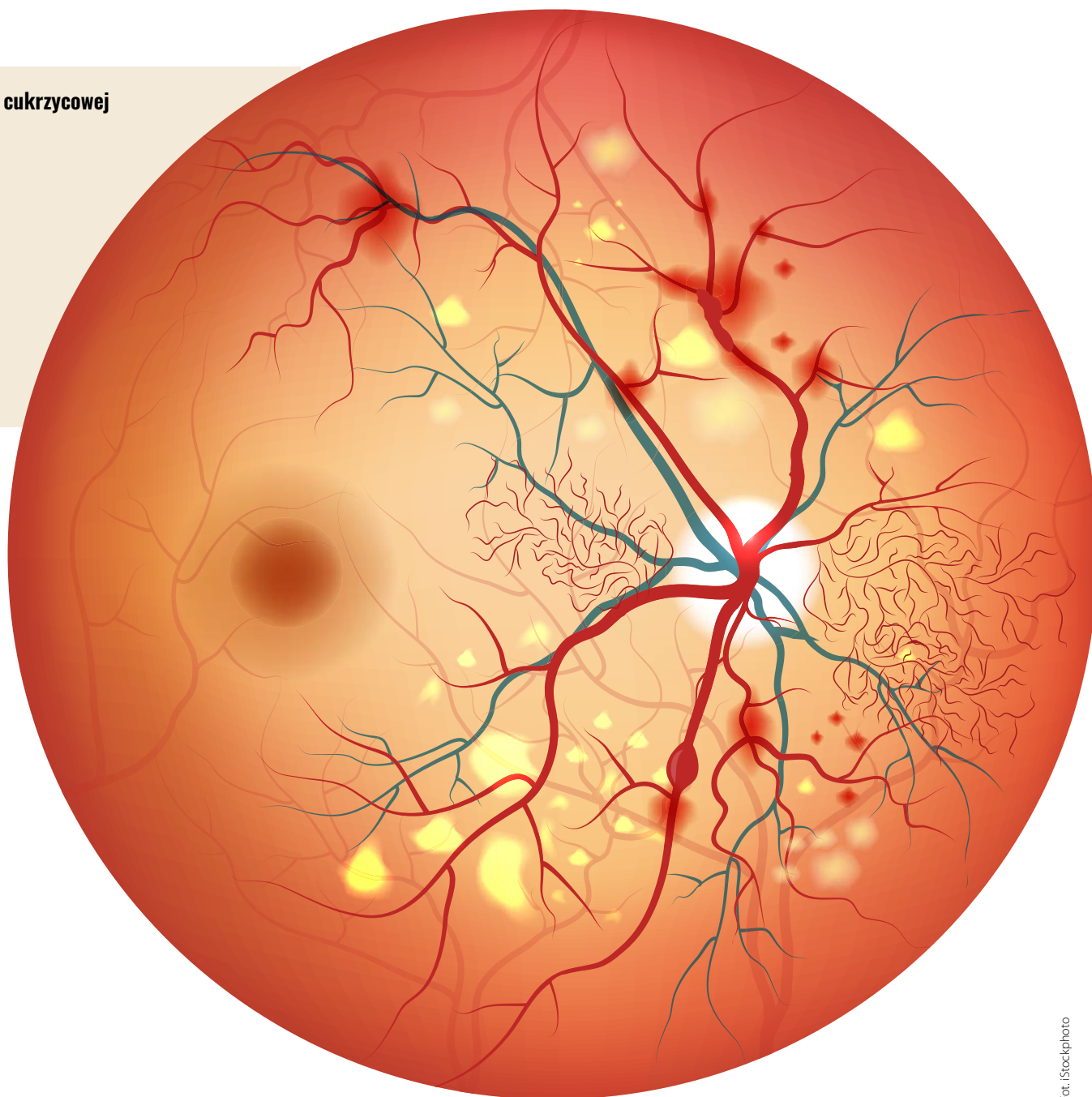
Podstawowym badaniem pozostaje badanie dna oka po rozszerzeniu źrenicy. Można też zdalnie przesłać fotografię dna oka. Taka diagnostyka jest obciążona pewnymi ułomnościami, ale może być wykorzystywana w badaniach przesiewowych, podobnie jak nowe technologie: angiografia fluoresceinowa, optyczna koherentna tomografia.

Leczenie retinopatii

– *Najważniejsze jest wczesne wykrycie choroby i dążenie do optymalnej kontroli metabolicznej powodującej spowolnienie postępu retinopatii. My, okuliści, powtarzamy pacjentom, że tylko zalecamy objawy oczne. Fundamentalną sprawą jest kontrola choroby podstawowej, czyli cukrzycy – podkreśla prof. Jacek P. Szaflik. – Mimo rozwoju nowych metod leczenia retinopatii cukrzycowej podstawą jest fotokoagulacja laserowa siatkówki zmniejszająca jej zapotrzebowanie na tlen – fotokoagulacja ogniskowa lub panfotokoagulacja. Iniekcje doszkliskowe substancji anti-VEGF bywają zbawienne przede wszystkim w przypadku cukrzycowego obrzęku plamki. Leczenie anti-VEGF jest wykorzystywane także w jaskrze neowaskularnej. Mamy program lekowy z zastosowaniem tej terapii dla pacjentów z cukrzycowym obrzękiem plamki. Kriokoagulacja jest wykonywana w cięższych przypadkach, natomiast witrektomia u pacjentów z niewchłaniającym się wylewem czy odwarstwieniem siatkówki – dodaje.*

Sulodeksyd zalecany od 2 lat

– *Od 2 lat jest zarejestrowany nowy lek wspomagający, czyli sulodeksyd, który można stosować w niezaawansowanych i średnio zaawansowanych stadiach retinopatii cukrzycowej. Ma on wielotorowe działanie – poza przeciwzakrzepowym również profibrynolityczne. Stwierdzono jego skuteczność zarówno w warunkach badawczych, jak i klinicznych, jeśli chodzi o ochronny wpływ na naczynia i śródbłonek, a także kliniczne zmiany*



Fot. iStockphoto

Jak zapobiegać ciężkim powikłaniom okulistycznym cukrzycy

- Absolutnie niezbędne jest podejście interdyscyplinarne i współpraca specjalistów z różnych dziedzin (lekarz rodzinny, diabetolog, kardiolog, nefrolog, okulista).
- Należy informować chorych o ryzyku wystąpienia powikłań okulistycznych w przebiegu cukrzycy oraz o tym, że skuteczne leczenie retinopatii cukrzycowej zależy od wdrożenia terapii odpowiednio wcześnie, niezależnie od dobrej ostrości wzroku oraz braku objawów ze strony oka.
- Warto zachęcać pacjentów bez retinopatii cukrzycowej, aby raz do roku poddawali się badaniu okulistycznemu z rozszerzeniem źrenic.
- Powinno się przeprowadzać wywiad w kierunku objawów okulistycznych w trakcie rutynowych wizyt lekarskich. Jeśli występują jakieś objawy, konieczna jest kontrola u okulisty.
- Konieczna jest ścisła kontrola glikemii i poziomu hemoglobiny glikowanej. Nie wolno zapominać o kontroli ciśnienia tętniczego i stężenia lipidów.
- Niezbędne są regularne kontrole stanu siatkówki i wczesne wdrożenie terapii fotokoagulacjami laserowymi.

dna oka i retinopatię cukrzycową – zauważa prof. Jacek P. Szaflik.

Dawka 200 mg dziennie stosowana przez 2 miesiące powoduje pogrubienie warstwy glikokaliksu na powierzchni śródbłonna naczyń siatkówki, zmniejszenie przepuszczalności jej naczyń i zmniejszenie osoczowej aktywności hialuronidazy.

Badanie Rubi wykazało nie tylko znamiennej redukcję wysięków twardych, lecz także niewielkich patologicznych zmian połączeń naczyniowych. Zaobserwowano też ograniczenie trwałych zmian metabolizmu i mikrokrwotoczków siatkówkowych po leczeniu sulodeksydem.

Metaanaliza wykonana przez Bignaminiego wskazuje na zmniejszenie nasilenia wysięków twardych w nieproliferacyjnej retinopatii cukrzycowej i możliwość zmniejszenia ryzyka krwotoków oraz śródsiatkówkowych nieprawidłowości naczyniowych (*intraretinal microvascular abnormalities – IRMA*) i towarzyszącego cukrzycowego obrzęku plamki.

Zespół ekspertów przy PTO rekomenduje stosowanie sulodeksydu jako terapii uzupełniającej w leczeniu łagodnej i średnio zaawansowanej retinopatii cukrzycowej. ■

Tekst powstał na podstawie wykładu wygłoszonego przez prof. Jacka P. Szaflika podczas XIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Gdańsk, 5–7 maja 2022 r.