

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΟΦΘΑΛΜΟΣ

Τι είναι ο σακχαρώδης διαβήτης ;

Στον οργανισμό μας κυκλοφορεί μεταξύ των άλλων και η ορμόνη ινσουλίνη. Παράγεται από το πάγκρεας και ρυθμίζει το μεταβολισμό της γλυκόζης (τη μεταφορά της γλυκόζης, που λαμβάνουμε από τις τροφές στα κύτταρα του σώματός μας).

Ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία), που οφείλεται είτε σε μειωμένη έκκριση της ινσουλίνης από το πάγκρεας, είτε σε ελαττωμένη αποτελεσματικότητα αυτής (μείωση της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος σ' αυτήν).

Τύποι ΣΔ

1) Ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ, ή διαβήτης τύπου I

Χαρακτηρίζεται από καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, τα οποία παράγουν την ινσουλίνη, με αποτέλεσμα να υπάρχει ολική έλλειψη ή ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης. Οι ασθενείς με ΣΔ τύπου I είναι απόλυτα εξαρτημένοι από την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης προκειμένου τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Εμφανίζεται σε παιδιά και σε νέους (10-20 ετών), μπορεί όμως να προσβάλλει και τους ενήλικες.

2) Μη ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ, ή διαβήτης τύπου II

Η μορφή αυτή είναι η συχνότερη και αποτελεί περίπου το 80% του συνόλου των διαβητικών. Το πάγκρεας παράγει λιγότερη ινσουλίνη απ' αυτή που χρειάζεται ο οργανισμός, με αποτέλεσμα την αυξημένη τιμή του σακχάρου στο αίμα.

Ο τύπος αυτός σχετίζεται στενά με την παχυσαρκία και προσβάλλει κυρίως ενήλικες, αλλά με την άνοδο της συχνότητας της παχυσαρκίας στα παιδιά βλέπουμε τελευταία να εμφανίζεται και αυτή η μορφή του διαβήτη στα παχύσαρκα παιδιά.

3) Διαβήτης κύησης

Πρόκειται για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Υποχωρεί μετά τον τοκετό, συνδέεται όμως με περιγεννητικές επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία μητέρας και νεογνού.

Τι επιπλοκές προκαλεί ο σ. διαβήτης (ΣΔ) ;

Ο ΣΔ είναι μια μεταβολική, συστηματική νόσος, που προκαλεί μικροαγγειοπάθεια, δηλαδή αλλοιώσεις στα μικρά αγγεία και προσβάλλει πολλά όργανα και ιστούς του σώματος (νεφρούς, καρδιά, νεύρα, μάτια, κ.α.)

Τι επιπλοκές προκαλεί ο ΣΔ στα μάτια;

Προκαλεί διακυμάνσεις στην όραση (μυωπία ή υπερμετρωπία), παραλύσεις οφθαλμικών νεύρων και διπλωπία, ισχαιμική οπτικοπάθεια, πρώιμο καταρράκτη, γλαύκωμα, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, κα.

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ)

Όσο περισσότερα χρόνια πάσχει κάποιος από ΣΔ, τόσο περισσότερο κινδυνεύει να εμφανίσει ΔΑ. Η ΔΑ χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες : τη μη παραγωγική και την παραγωγική.

1) Στη μη παραγωγική μορφή υπάρχει διαρροή από τα μικρά αγγεία του βυθού, που φαίνεται στη βυθοσκόπηση ως μικρές αιμορραγίες και σακκοειδείς διευρύνσεις των αγγείων, τα μικροανευρυσμάτια (αμφ/πάθεια υποστρώματος).

Στη **διαβητική ωχροπάθεια** προσβάλλεται η ωχρά κηλίδα (με την οποία έχουμε την κεντρική, ευκρινή όραση) και παρουσιάζει οίδημα, αιμορραγίες, εξιδρώματα, με σοβαρή μείωση της οπτικής οξύτητας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη **διαβητική ωχροπάθεια** εφαρμόζουμε επιλεκτικά Laser (για να κλείσουμε τα αγγεία που διαρρέουν), ενδοουλοειδική έγχυση στεροειδών ή αντιαγγειογενετικού παράγοντα.

Με την εξέταση OCT - Ocular Coherence Tomography, , ελέγχουμε και παρακολουθούμε την πορεία του οιδήματος της ωχράς.

Επίσης με τη φλουοραγγειογραφία (βλέπε σχετική ανάρτηση), βλέπουμε ακριβώς που υπάρχει διαρροή από τα αγγεία, για να εφαρμόσουμε το Laser. Η χρωστική που περνά ενδοφλέβια στις αρτηρίες και τις φλέβες του αμφιβληστροειδούς, διαρρέει από τα παθολογικά αγγεία και φαίνεται στις φωτογραφίες ως λευκή λίμναση. Παραπλεύρως βλέπουμε το κυστοειδές οίδημα της ωχράς κηλίδας.

2) Στην παραγωγική μορφή, που είναι και η σοβαρότερη, λόγω της ισχαιμίας και υποξίας του αμφιβληστροειδούς, παράγονται νέα αγγεία, τα οποία όμως είναι παθολογικά και εύθριπτα και έχουν την τάση να αιμορραγούν (στη φωτογραφία φαίνονται σαν θύσανοι, θάμνοι).

Μπορεί να εμφανιστεί ενδοουλοειδική αιμορραγία, με μεγάλη μείωση της οπτικής οξύτητας.

Όταν η **νεοαγγείωση** γίνει στην ίριδα, προκαλείται νεοαγγειακό γλαύκωμα.

Όταν δημιουργηθεί ουλώδης ιστός, δημιουργούνται έλξεις και αποκόλληση αμφιβληστροειδούς.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν βρεθεί έγκαιρα η νεοαγγείωση κατά την Οφθαλμολογική εξέταση με τη βυθοσκόπηση, και εφαρμοστεί αμέσως θεραπεία, προλαμβάνουμε τις καταστροφικές επιπλοκές για την όραση.

Πρώτα γίνεται ενδοουλοειδική έγχυση αντιαγγειογενετικού παράγοντα, anti-VEGF, για να ανασταλεί η νεοαγγείωση.

Μετά γίνεται παναμφ/κή φωτοπηξία, δηλαδή εφαρμογή θερμικού Laser σ' όλο τον αμφιβληστροειδή, εκτός από την ευρύτερη περιοχή της ωχράς. Έτσι καταστρέφουμε τη μεγαλύτερη έκταση του αμφιβληστροειδούς που ισχαιμεί, ώστε να μην παράγονται νέα αγγεία. Ελαττώνεται ή και προλαμβάνεται τότε ο κίνδυνος αιμορραγίας και άλλων επιπλοκών.

Όταν υπάρχει ήδη αιμορραγία υαλοειδούς, που δεν απορροφάται, χρειάζεται να γίνει η χειρουργική επέμβαση της υαλοειδεκτομής (βιτρεκτομής) από ειδικό χειρουργό Οφθαλμίατρο οπισθίου ημιμορίου.

Το νεοαγγειακό γλαύκωμα είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί επιτυχώς.

Παρακολούθηση των διαβητικών

Η ΔΑ είναι η πρώτη αιτία τύφλωσης σε άτομα μεταξύ 20-70 ετών. Η εμφάνισή της σχετίζεται άμεσα με τη διάρκεια του διαβήτη. Είναι σπάνια τα πρώτα 5 χρόνια από την εμφάνιση της νόσου, αλλά παρουσιάζεται σε ποσοστό 50% των ασθενών, που πάσχουν από ΣΔ πάνω από 10ετία και στο 80-90% αυτών που πάσχουν επί 20ετία.

Η συχνότητα της ΔΑ είναι υψηλότερη στους ινσουλινοεξαρτώμενους. Η καλή ρύθμιση του σακχάρου μπορεί να καθυστερήσει την εμφάνισή της. Αντιθέτως οι κακώς ρυθμιζόμενοι ασθενείς μπορεί να την εμφανίσουν νωρίτερα.

Οι ασθενείς που πάσχουν από ΣΔ, για διάστημα μικρότερο των 10 ετών, που ρυθμίζεται καλά, και δεν παρουσιάζουν καθόλου ή ελάχιστες αλλοιώσεις διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, πρέπει να εξετάζονται από οφθαλμίατρο μία φορά το χρόνο.

Εκείνοι που έχουν ήδη αλλοιώσεις και πάσχουν περισσότερο από 10 χρόνια να εξετάζονται ανά 6μηνο, ενώ όταν υπάρχει οίδημα ωχράς ή παραγωγική μορφή της πάθησης ανά 3 μήνες ή και συχνότερα.

Φυσικά, ο διαβητικός πρέπει να βρίσκεται σε διαρκή παρακολούθηση από τον ειδικό διαβητολόγο, ο οποίος ρυθμίζει τη δόση των φαρμάκων ή της ινσουλίνης, ώστε το σάκχαρο του αίματος να διατηρείται σε όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικά επίπεδα. Επίσης χρειάζεται να ακολουθείται ειδική δίαιτα, μείωση του σωματικού βάρους, και ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων και της χοληστερόλης του αίματος.