

Ιωάννης Α. Μάλλιας - Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Μετεκπαιδευθείς στο Πανεπιστήμιο Columbia των ΗΠΑ. [www.athnenscornea.gr](http://www.athnenscornea.gr)

Όπως είναι γνωστό, ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται από έλλειψη ή ελαττωμένη δράση μιας ορμόνης που παράγεται στο πάγκρεας και λέγεται ινσουλίνη. Ο σακχαρώδης διαβήτης κατατάσσεται στις παρακάτω κατηγορίες:

1.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1(ΣΔ1) ή νεανικός διαβήτης(ινσουλινοεξαρτώμενος) που προσβάλλει συνήθως νεαρά άτομα ηλικίας 10 –20 ετών.

2.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2(ΣΔ2) ή διαβήτης των ενηλίκων (μη ινσουλινοεξαρτώμενος) που προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 50 –70 ετών.

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με ΣΔ1(40%) και στο 20% των πασχόντων από ΣΔ2. Δυστυχώς η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία νομικής τύφλωσης στο δυτικό κόσμο σε ασθενείς ηλικίας 20 έως 65 ετών. Αυτό οφείλεται στην αύξηση της συχνότητας του σακχαρώδους διαβήτη στις χώρες του δυτικού κόσμου.

Ιωάννης Α. Μάλλιας - Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Μετεκπαιδευθείς στο Πανεπιστήμιο Columbia των ΗΠΑ. [www.athnenscornea.gr](http://www.athnenscornea.gr)

Όπως είναι γνωστό, ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται από έλλειψη ή ελαττωμένη δράση μιας ορμόνης που παράγεται στο πάγκρεας και λέγεται ινσουλίνη. Ο σακχαρώδης διαβήτης κατατάσσεται στις παρακάτω κατηγορίες:

1.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1(ΣΔ1) ή νεανικός διαβήτης(ινσουλινοεξαρτώμενος) που προσβάλλει συνήθως νεαρά άτομα ηλικίας 10 –20 ετών.

2.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2(ΣΔ2) ή διαβήτης των ενηλίκων (μη ινσουλινοεξαρτώμενος) που προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 50 –70 ετών.

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με ΣΔ1(40%) και στο 20% των πασχόντων από ΣΔ2. Δυστυχώς η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία νομικής τύφλωσης στο δυτικό κόσμο σε ασθενείς ηλικίας 20 έως 65 ετών. Αυτό οφείλεται στην αύξηση της συχνότητας του σακχαρώδους διαβήτη στις χώρες του δυτικού κόσμου.

Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας:

1.Η χρονική διάρκεια της νόσου είναι ο σημαντικότερος παράγοντας. Σε ασθενείς νεότερους των 30 ετών, η πιθανότητα να αναπτύξουν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι 50% στα πρώτα 10 χρόνια , ενώ μετά τα 30 χρόνια η πιθανότητα αγγίζει το 90%.

2.Είναι διαπιστωμένο ότι ο καλός μεταβολικός έλεγχος μπορεί να καθυστερήσει σημαντικά την εμφάνιση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

3.Η αρτηριακή υπέρταση, η αναιμία και η προσβολή των νεφρών είναι παράγοντες που μπορούν να επιταχύνουν ή να επιδεινώσουν την εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

**ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:**

Όπως είναι γνωστό, ο σακχαρώδης διαβήτης προσβάλλει τα μικρά αγγεία του οργανισμού (της καρδιάς, των νεφρών, των άκρων). Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και στην διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, προσβάλλονται δηλαδή τα μικρά αγγεία του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του οφθαλμού(αρτηρίδια, τριχοειδή, φλεβίδια). Η βλάβη αυτή διακρίνεται σε δύο κατηγορίες :

A. Απόφραξη των μικρών αγγείων, η οποία επιφέρει ισχαιμία(ελλειμματική αιμάτωση) και υποξία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία ενός αγγειογενετικού παράγοντα από τον ισχαιμικό αμφιβληστροειδή σε μία προσπάθεια του οργανισμού να επαναιματώσει τις περιοχές του αμφιβληστροειδούς που δεν αιματώνονται ικανοποιητικά. Αυτός ο αγγειογενετικός παράγοντας έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία νεόπλαστων αγγείων στον αμφιβληστροειδή, στην κεφαλή του οπτικού νεύρου και στην ίριδα.

B. Διαρροή των μικρών αγγείων, η οποία επιφέρει διάχυτο ή εστιακό οίδημα του αμφιβληστροειδούς.

Όταν το οίδημα αυτό εντοπίζεται στην ωχρά κηλίδα, η οποία είναι το σημείο της ευκρινούς όρασης στο κέντρο του ματιού, τότε η οπτική οξύτητα του ασθενούς μειώνεται.

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ**

A. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια υποστρώματος: Χαρακτηρίζεται από αιμορραγίες, μικροανευρίσματα , σκληρά εξιδρώματα και οίδημα αμφιβληστροειδούς. Στην κατηγορία αυτή δεν αναπτύσσονται νεοαγγεία. Όταν το οίδημα του αμφιβληστροειδούς προσβάλλει την ωχρά κηλίδα ή την γύρω περιοχή, τότε η αντιμετώπιση γίνεται με φωτοπηξία με ακτίνες LASER, που σκοπό έχει την ελάττωση του οιδήματος και την διατήρηση της κεντρικής όρασης.

Β.Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια : Χαρακτηρίζεται από την παρουσία νεοαγγείων στην κεφαλή του οπτικού νεύρου ή σε άλλη περιοχή του αμφιβληστροειδούς. Ο κίνδυνος απώλειας της όρασης από αιμορραγία των νεοαγγείων είναι άμεσος. Οι ασθενείς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι δυνατόν να πάθουν ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς από έλξεις ινοαγγειακών μεμβρανών. Στους ασθενείς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια εφαρμόζεται φωτοπηξία με ακτίνες LASER. Σκοπός μας σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι η καταστροφή των ισχαιμικών περιοχών του αμφιβληστροειδούς, η οποία επιφέρει υποστροφή των νεοαγγείων.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών με αιμορραγία υαλώδους ή ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς έχει ένδειξη η χειρουργική αντιμετώπιση με τη μέθοδο της υαλοειδεκτομής .

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι μία από τις συχνότερες και σοβαρότερες οφθαλμικές παθήσεις που οδηγεί το διαβητικό ασθενή στην τύφλωση αν μείνει χωρίς παρακολούθηση και θεραπεία . Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι καθοριστικής σημασίας για τον ασθενή. Η καλή ρύθμιση του σακχάρου αλλά και άλλων παραμέτρων

όπως η αρτηριακή πίεση και η νεφρική λειτουργία καθυστερούν την εξέλιξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Γι αυτό η καλή συνεργασία του οφθαλμιάτρου με τον διαβητολόγο είναι επιβεβλημένη.