

Foto, AngioOCT e trattamento laser di retinopatia diabetica

LA RETINOPATIA DIABETICA LA RETINA È IL PRIMO BERSAGLIO DEL DIABETE

AMBULATORIO MEDICO-CHIRURGICO DI OCULISTICA

Direttore Tecnico: **dott. Giacomo Sanfelici**

Pietra Ligure (SV) Via Mameli, 54 | **Alba (CN)** Via Italo Gastaldi, 5 (II piano)

Tel. 019.62.57.02 | E-mail info@visusambulatorio.com

www.youtube.com/dottsanfelici



www.facebook.com/visusambulatorio



www.visusambulatorio.com

Cos'è il diabete e cosa provoca

Il diabete è una malattia in cui il valore della "glicemia" (ossia la concentrazione nel sangue di uno zucchero chiamato glucosio) è superiore alla norma e necessita quotidianamente di essere ridotto con la dieta o speciali terapie.

Il diabete mellito può essere suddiviso in due tipi principali:

- diabete tipo 1 (I.D. insulino dipendente)
- diabete tipo 2 (N.I.D. non insulino dipendente)

La terapia si basa sull'uso di "insulina" o di pastiglie di "sostanze ipoglicemizzanti".

Il diabete causa un'alterazione dei vasi sanguigni in tutto il corpo, con particolare predilezione per i vasi capillari, vale a dire i vasi più piccoli del nostro sistema vascolare.

La malattia diabetica può causare a livello della retina, struttura molto ricca di vasi nell'occhio, una patologia chiamata retinopatia diabetica che rappresenta la principale causa di cecità medico legale nell'età compresa fra i 20 ed i 60 anni.

La retinopatia diabetica

La retinopatia diabetica è la vasculopatia dei capillari retinici che si sviluppa attraverso varie fasi. Inizialmente nelle pareti dei capillari si creano delle zone di "indebolimento", alternate a zone di "ispessimento". Quando i vasi capillari hanno la parete indebolita si dilatano localmente, formando dei "microaneurismi", fanno trasudare la parte liquida del sangue determinando un ispessimento della retina detto "edema", oppure lasciano fuoriuscire delle sostanze grasse che si accumulano nella retina sotto forma di chiazze giallastre dette "essudati".

In altri casi si rompono e causando "emorragie" nella retina o nel corpo vitreo, all'interno del globo oculare.

Quando invece i capillari hanno la parete troppo spessa si occludono interrompendo il flusso di sostanze nutritive e di ossigeno al tessuto retinico. Di conseguenza le zone vicine cercano di compensare la mancanza di sostanze nutritive producendo nuovi capillari. Questo fenomeno viene chiamato "neovascolarizzazione" e costituisce un pericolo in quanto questi capillari sono anormali e possono rompersi causando ulteriori emorragie.

I sintomi

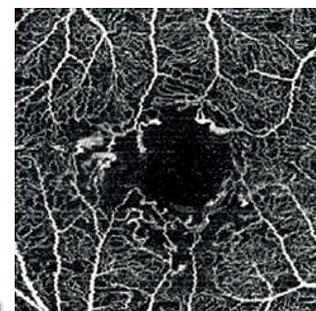
Quando le lesioni colpiscono la macula, si potrà osservare una diminuzione della vista, per la comparsa di edema maculare.

La retinopatia diabetica risulta invece silente se colpisce per prime le aree cosiddette "medio-periferiche". I disturbi visivi si manifestano quando le alterazioni coinvolgono il centro della retina ed hanno quindi raggiunto una certa estensione. Improvvise perdite della vista possono essere dovute ad emorragia intraoculare (*emovitreo*).

Come si diagnostica

Mediante la visita il Medico Oculista valuta, dopo aver dilatato le pupille, nei dettagli la retina e può eseguire un OCT (*Tomografia ottica a luce coerente*) od una FAG (*Fuorangiografia*).

Attualmente con un nuovo strumento l'AOCT (AngioOCT) si uniscono i due precedenti esami senza iniezione di colorante e senza necessità del medico anestesista.



AngioOCT Macula

Questi esami vanno eseguiti ad intervalli prestabiliti, allo scopo di seguire l'evoluzione della retinopatia e programmare la terapia laser e la terapia intravitreale.

Sia nel **diabete di tipo I** (giovane) insulino dipendente che nel **diabete di tipo II** (adulto) la prima visita oculistica, e gli esami vanno effettuati alla momento diagnosi.

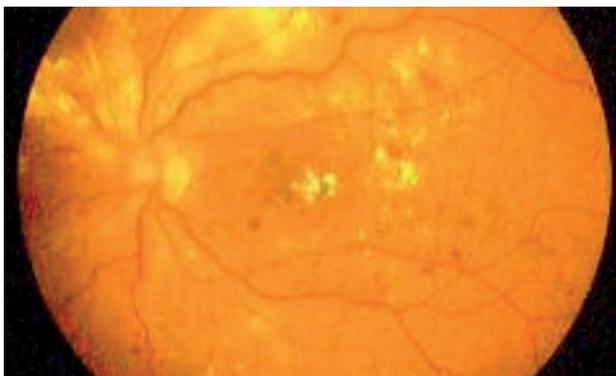
Le valutazioni successive verranno effettuate ad intervalli anche a seconda dell'andamento del controllo metabolico del paziente.

LA RETINOPATIA DIABETICA

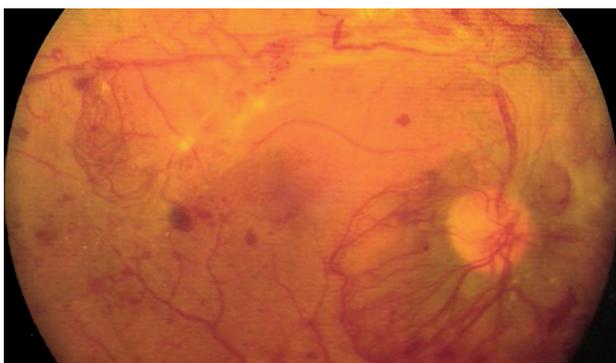
Forme di retinopatia diabetica

La retinopatia diabetica può essere suddivisa in due forme principali.

Retinopatia diabetica non proliferante: si verifica quando sono presenti perdite di sostanza dai capillari che possono causare edema maculare, emorragie e zone di capillari occlusi.



Retinopatia diabetica non proliferante



Retinopatia diabetica proliferante

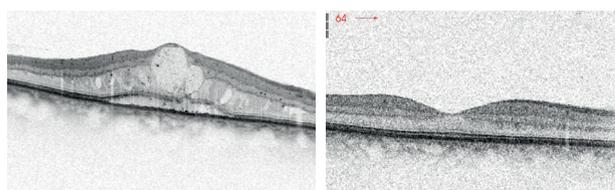
Retinopatia diabetica proliferante: si sviluppano capillari anormali stimolati dalla occlusione dei piccoli vasi retinici; a questo punto si possono verificare emorragie anche gravi per la rottura dei capillari neoformati e la formazione di tessuto fibroso che contraendosi può esercitare una trazione sulla retina fino a distaccarla. In questa fase può formarsi un'emorragia vitreale (*emovitreo*).

Come trattare la retinopatia diabetica

Per trattare la retinopatia diabetica si utilizza, la terapia intravitreale, il laser e la vitrectomia.

La terapia intravitreale farmacologica

Nel caso di presenza di edema della macula, che viene valutato con AOCT, si pratica una terapia intravitreale (I.V.), iniettando nell'occhio o il cortisone oppure antiVEGF. Questa terapia si effettua solo in sala operatoria ed ha scopo di ridurre l'edema retinico.



OCT di edema maculare diabetico ed OCT dopo terapia intravitreale

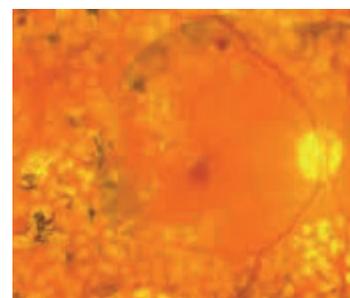
La terapia laser

Il raggio laser provoca la "fotocoagulazione" creando delle lesioni termiche che distruggono il tessuto colpito.

Il trattamento laser si esegue ambulatorialmente e può fermare l'evoluzione della retinopatia diabetica, ma non fa recuperare la vista già persa.



Argon Laser



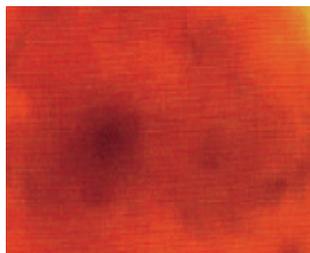
Esiti di trattamento Laser

La terapia intravitreale chirurgica

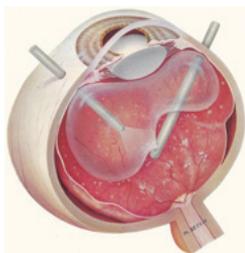
In caso di edema retinico trazionale od in presenza di emorragie diffuse nel vitreo (*emovitreo*) non si riesce a trattare la retina con il laser; in questi casi si programma una *vitrectomia*.

Questo intervento si effettua in sala operatoria, di solito in anestesia locale, consente di aspirare il vitreo frammisto al sangue, di asportare le trazioni sulla macula, di trattare intraoperatoriamente la retina con il laser per chiudere i vasi neoformati ed evitare successive emorragie.

LA RETINOPATIA DIABETICA



Emovitreo diabetico



Vitrectomia

Questo intervento porta a buoni risultati nel recupero anatomico e funzionale di occhi che fino a poco tempo fa erano destinati a gravissima perdita della funzione visiva.

Non solo glicemia

Il rigoroso controllo della glicemia (emoglobina glicosilata nei limiti, glicemia postprandiale inferiore a 180 mg/ml e minima notturna superiore a 65 mg/ml) riduce del 50% il rischio di retinopatia. Globalmente, dopo 9 anni il 51% dei pazienti con un buon controllo non presenta gravi alterazioni della retina, contro il 33% di coloro i quali hanno un controllo peggiore. È indispensabile che oltre che la glicemia, la pressione arteriosa ed i grassi nel sangue siano sotto controllo.

Per proteggere i tuoi occhi quindi ricorda l'ABC del diabete:

- A: emoglobina glicosilata
- B: pressione arteriosa
- C: colesterolo

Attività fisica e diabete

Il ruolo dell'attività fisica come mezzo terapeutico per migliorare il controllo metabolico del diabete è fondamentale. Tutti i soggetti diabetici dovrebbero essere fortemente incoraggiati a fare esercizio fisico tutte le volte che vogliono, al fine di conservare la loro forma fisica e a scopo creativo.



Donna, diabete e gravidanza

La gravidanza di per se non causa la retinopatia diabetica se questa è assente prima del concepimento; durante la gravidanza possono comparire delle lesioni retiniche che il più delle volte regrediscono spontaneamente dopo il parto. Anche la presenza di retinopatia non proliferante all'inizio della gestazione, raramente comporta l'evoluzione verso la forma proliferante. Sono invece a rischio di progressione della retinopatia le pazienti con forme. Un accurato esame della retina con esecuzione di OCT o meglio AngioOCT, che non comportano uso di coloranti endovenosi, è da effettuarsi nei mesi di gravidanza della futura mamma.

