

Program, który ratuje WZROK



**Z prof. Markiem Rękasem, konsultantem krajowym
w dziedzinie okulistyki**

rozmawia Katarzyna Pinkosz

KATARZYNA PINKOSZ: Jak wielu chorych na cukrzycę ma cukrzycowy obrzęk płamki? Czy z tego powodu można stracić wzrok?

PROF. MAREK RĘKAS: W Polsce ok. 3 mln osób choruje na cukrzycę. Zgodnie z wytycznymi światowymi, europejskimi, a także polskimi chorzy na cukrzycę powinni być raz w roku badani przez okulistę. Nie jest to jednak realne ze względu na zbyt małą dostępność do specjalistów, dlatego postuluje się, żeby w proces diagnostyczny włączyć telemedycynę. U 14–17 proc. chorych na cukrzycę rozwijają się powikłania dotyczące narządu wzroku, w postaci cukrzycowego obrzęku płamki.

Płamka jest najbardziej wyspecjalizowaną i wrażliwą częścią siatkówki. Drobne naczynia krwionośne odżywiające siatkówkę są podatne na szkodliwe działania podwyższonego poziomu

glukozy oraz innych zaburzeń metabolicznych. Ściana naczynia z czasem ulega osłabieniu i zaczyna przeciekać. Krew lub jej niektóre składniki wydostają się poza naczynie, co skutkuje krwawieniami, wysiękami i obrzękiem siatkówki. Jeśli obrzęk wystąpi w płamce, to taki stan określany jest jako cukrzycowy obrzęk płamki (DME). Niektóre komórki siatkówki obumierają i zmiany stają się nieodwracalne.

Jak objawia się choroba?

Płamka odpowiada za widzenie centralne, m.in. barw, ostrość wzroku, widzenie kontrastu. Pierwszymi objawami cukrzycowego obrzęku płamki są pogorszenie ostrości wzroku, falowanie, łamanie się linii prostych. Obrzęk płamki powoduje z czasem utratę centralnej części widzenia, pojawia się ciemna plama

w środku pola widzenia, podobne jak w przypadku AMD (zwyrodnienie płamki żółtej związane z wiekiem). DME bardzo często dotyczy jednak młodych pacjentów: 40 proc. nie ma skończonych 40 lat życia.

Czy postęp DME da się zahamować?

Po pierwsze, konieczne jest dobre leczenie cukrzycy – wyrównanie metaboliczne. Jeśli chodzi o leczenie okulistyczne, to polega ono głównie na podawaniu zastrzyków z leków zwanych inhibitorami czynnika wzrostu śródbłonki naczyniowego (anty-VEGF). To te same leki, które już od lat są stosowane w AMD. W przypadku DME często konieczne jest również stosowanie steroidów w postaci iniekcji do gałki ocznej. Leczenie jest też kojarzone z laseroterapią.

W pierwszym roku leczenia pacjent zwykle dostaje osiem–dziewięć zastrzyków do gałki ocznej. W kolejnych latach liczba iniekcji zmniejsza się, nawet do jednej w roku. W przypadku AMD widzenie nie może się poprawić, może co naj-

wyżej się ustabilizować, ponieważ jest to choroba zwyrodnieniowa. W przypadku DME, jeśli uzyskamy poprawę, to dobre widzenie może się utrzymywać nawet do końca życia. To ważne, ponieważ pacjentami często są młodzi ludzie. Dzięki leczeniu mogą pracować, normalnie funkcjonować, nie przechodzą na rentę.

Nieleczone DME powoduje całkowitą utratę wzroku?

Tak, jeśli dojdzie do trwałego uszkodzenia siatkówki. Wczesne podjęcie leczenia i likwidacja obrzęku płamki może ocalić widzenie.

Leczenie iniekcjami do gałki ocznej jest skuteczne?

Tak, jeśli zostało podjęte odpowiednio wcześniej. W Anglii objęcie pacjentów z cukrzycą opieką i wdrożenie leczenia spowodowało, że w ciągu trzech lat praktycznie zlikwidowano ślepotę z powodu DME. O jedną trzecią zmniejszyła się też konieczność wykonywania skomplikowanych, kosztownych i mających wiele powikłań zabiegów witrektomii z powodu powikłań cukrzycy.

Od lipca wprowadzono w Polsce program leczenia DME. Jak on będzie wyglądać?

Do 1 lipca br. leczenie cukrzycowego obrzęku płamki nie było leczeniem regularnym, a tylko takie daje możliwość poprawy widzenia do pełnej ostrości wzroku. Obecnie taką możliwość gwarantują zapisy programu lekowego. U pacjenta z DME zaczynamy leczenie od podania pięciu iniekcji dogałkowych bewacyzumabem. Ten lek podajemy off-label (poza wskazaniami) w okulistyce, jednak jest on bardzo szeroko stosowany w tym wskazaniu. Jeśli leczenie jest skuteczne, to je kontynuujemy. Jeśli nie, to lekarz prowadzący zgłasza pacjenta do zespołu koordynacyjnego, który decyduje, czy jest zasadna zmiana leku na terapię drugiej linii, w której stosuje się leki oryginalne. Jednym z warunków jest to, że pacjent ma ustabilizowaną cukrzycę. Około 10 proc. pacjentów z różnych powodów nie może otrzymać w drugiej linii leku anti-VEGF, w takim przypadku w drugiej linii leczenia można zastosować steroid (deksametazon) w implancie, podawany w postaci iniekcji do gałki ocznej. Ten lek podaje się raz na pół roku. Jeśli leczenie anti-VEGF w drugiej linii jest nieskuteczne, to w trzeciej stosuje się deksametazon w implancie.



Małgorzata Pacholec, dyrektor Instytutu Tyflogicznego Polskiego Związku Niewidomych, prezes Stowarzyszenia Retina AMD Polska:

Pracuję od 35 lat w Polskim Związku Niewidomych. Przez wiele lat cukrzyca była na pierwszym miejscu wśród przyczyn, z których pacjenci tracili wzrok. Dziś sytuacja jest inna, ponieważ są lepsze leki przeciwcukrzycowe, jest lepszy dostęp do specjalistów, cukrzyca jest bardziej wyrównana. Poprawił się też dostęp do terapii laserowej, nadal jednak u chorych na cukrzycę często występują powikłania dotyczące wzroku. Program leczenia DME jest bardzo potrzebny, zabiegaliśmy o niego jako stowarzyszenie od pięciu lat, mając świadomość, że terapia przynosi bardzo dobre efekty i świetnie sprawdziła się w przypadku AMD. Cukrzyca to ciężka choroba, która odbiera sprawność poszczególnych narządów. Chcieliśmy, żeby nie odbierała pacjentom wzroku, dlatego tak zabiegaliśmy o ten program. Dla wielu pacjentów będzie on oznaczał możliwość widzenia.

Gdzie pacjenci mogą szukać ośrodków, które prowadzą takie leczenie?

Warto szukać informacji o ośrodkach na stronach NFZ. Pacjenci są już włączani do terapii. Część konkursów ogłoszonych przez NFZ dla szpitali na prowadzenie tego programu już została rozstrzygnięta, część z różnych względów musi być powtórzona. Z przykrością muszę powiedzieć, że niektóre kliniki okulistyczne w ogóle nie przystąpiły do konkursów, nawet w dużych miastach. Można by postawić pytanie: Czy jeśli oddział okulistyczny nie chce wykonywać takich zabiegów, to czy w ogóle powinien istnieć? Leczenie zaćmy, AMD, DME to podstawa okulistyki, mam nadzieję, że te oddziały przystąpią do konkursów i leczenie będzie dostępne we wszystkich ośrodkach w Polsce.

Program leczenia DME został uznany za jeden z największych sukcesów 2021 r.: jest kompleksowy, a terapia ratuje wzrok...

To prawda, w dodatku mamy możliwość zastosowania najnowocześniejszych leków. Oczywiście zawsze początkowo są problemy organizacyjne, mamy jednak już doświadczenie w leczeniu AMD. Warto mówić o tym, że jest już możliwość takiego leczenia w ramach NFZ, nie trzeba tego robić w prywatnych klinikach.

Wcześniej mieliśmy bardzo dziwną sytuację: raporty pokazywały, że liczba chorych na cukrzycę rośnie, a liczba osób z cukrzycowym obrzękiem płamki... maleje. Powodem było to, że znaczna część pacjentów leczyła się prywatnie, ponieważ brakowało finansowania programu. Teraz już jest.

Mamy szansę powtórzyć za trzy lata sukces Anglii? Chorzy na cukrzycę nie będą tracić wzroku?

Ten program z pewnością wielu chorym pomoże. Nie będą tracić wzroku, nie będą musieli iść na rentę, koszty ZUS też będą mniejsze. Takie działania mają długotrwały sens.

Głównym problemem pozostanie więc wczesne rozpoznawanie cukrzycowego obrzęku płamki?

Mam nadzieję, że program będzie dopełniany przez wczesną diagnostykę. Najlepiej rozpocząć leczenie jak najszybciej, gdy tylko pojawia się obrzęk płamki. Wytyczne mówią, żeby chory na cukrzycę co roku był badany przez okulistę, jednak w praktyce jest to nierealne. Można jednak wspomóc się telemedycyną, co już praktykuje się w wielu krajach. Najprostszym sposobem jest zatrudnienie w poradni diabetologicznej okulisty, który np. raz w tygodniu ogląda zdjęcia dna oka wykonane przez diabetologa lub lekarza rodzinnego. Takie zdjęcia można też okuliście przesłać za pomocą telemedycyny. W niektórych stanach USA funkcjonują specjalne autobusy, które jeżdżą po mniejszych miejscowościach, technicy wykonują zdjęcia dna oka, a inteligentne oprogramowanie decyduje, czy jest podejrzenie DME. Jeśli tak, to wykonuje się dokładniejsze badania i dopiero po potwierdzeniu pacjent jest kierowany do okulisty. Telemedycyna jest przyszłością diagnostyki.

© Wszelkie prawa zastrzeżone



prof. Marek Rękas – kierownik Kliniki Okulistyki Wojskowego Instytutu Medycznego, konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki.