

La malattia dei ricchi

Nel senso di Paesi industrializzati. È la retinopatia diabetica. Per contrastarla è molto utile il laser

Servizio di
Federica Celibe
In collaborazione con



Dott.ssa **Maria Letizia Boccia**
Responsabile Aimo Calabria
Oculista ambulatoriale
Unità operativa
Praia a Mare
Cosenza

E' una delle cause principali di ipovisione e cecità. In Italia circa due pazienti diabetici su tre, dopo venti anni di malattia, sono affetti da retinopatia diabetica in stadi di differente gravità. Il diabete è una malattia cronica in cui il valore della glicemia (ossia la concentrazione nel sangue di uno zucchero chiamato glucosio) è superiore alla norma. La riduzione del rischio di complicanze si ottiene anche attraverso controlli sistematici da parte del Diabetologo e dell'Oculista.

È una delle malattie più diffuse oggi sulla terra; colpisce senza distinzione di sesso e di razza con la massima prevalenza nei paesi più industrializzati: per questo è chiamata la malattia dei ricchi. I pazienti con diabete sono più soggetti a sviluppare malattie oculari come la cataratta, il glaucoma o alterazioni della cornea, ma la malattia che colpisce la retina, (quella sottilissima membrana che ricopre la parte più interna dell'occhio e che è costituita da cellule nervose deputate alla percezione delle immagini) è la retinopatia diabetica, ovvero quella più

grave per le conseguenze invalidanti che comporta.

«Questa complicanza - **dice la dottoressa Maria Letizia Boccia, responsabile calabrese dell'Associazione italiana medici oculisti** - si manifesta in genere entro 20 anni dall'inizio del diabete. Quando si manifesta viene clinicamente divisa in due stadi: una forma non proliferante (lieve, moderata e grave), che rappresenta la fase iniziale della malattia, e la forma proliferante che si manifesta nella fase più tardiva. Nel primo caso, la parete dei piccoli vasi (capillari) viene danneggiata a causa di una interazione dei costituenti della parete stessa con lo zucchero che circola in eccesso nel sangue.

Ciò determina prima un indebolimento delle pareti dei capillari, fino a creare dei veri sfiancamenti (detti microaneurismi), o a rompersi formando piccoli sanguinamenti (emorragie) più o meno estesi.

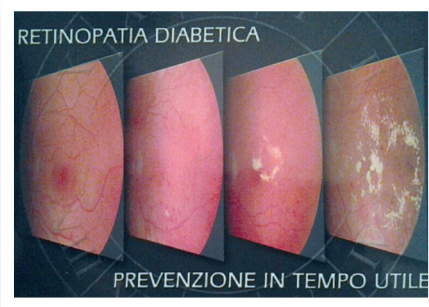
La trasudazione della parte liquida del sangue comporta un rigonfiamento, un ispessimento della retina (edema). L'edema della macula si associa ad un importante disturbo visivo. Le gravi alterazioni della circolazione della retina che si manifestano nella fase tardiva, portano ad una carenza di ossigeno in questo ristretto e alla formazione di aree ischemiche cioè poco irrorate dal sangue, (microinfarti con ischemia di zone circoscritte). Per mantenere la circolazione efficiente la retina sviluppa al suo interno nuovi microvasi sanguigni (neovasi) che crescono in modo caotico distruggendo il tessuto "nobile" nervoso.

Questi neovasi purtroppo sono molto fragili e si rompono facilmente determinando emorragie sempre più gravi che possono diffondersi al corpo vitreo provocando un possibile distacco di retina. A questo punto la retinopatia diabetica viene chiamata "proliferante": diventa molto grave e inarrestabile sino alla cecità. Un'altra grave complicanza è il glaucoma neovascolare che comporta una forte sintomatologia dolorosa oltre che una grave perdita funzionale».

Perché l'occhio, la retina in particolare, risulta maggiormente colpita?

«Perché è ricca di vasi, e non confluiscono tra di loro ma scorrono isolati. Essa è inoltre costituita da cellule nervose. Altri fattori possono influire in maniera più o meno determinante: alcool, fumo, alcuni farmaci, ipertensione arteriosa, nefropatie. **In caso di diabete l'occhio può ammalarsi di**

nascosto. Anche in assenza di disturbi della vista, è bene sottoporsi a regolari visite oculistiche con esame del fondo oculare con una certa periodicità o a discrezione dell'oculista. Il paziente diabetico deve sapere che l'efficacia della terapia delle complicanze oculari è strettamente correlata alla precocità della diagnosi. Ne consegue che la prevenzione secondaria (diagnosi precoce) è di fondamentale importanza. Questo perché spesso le alterazioni della vista sono sempre tardive rispetto all'insorgere della malattia che per tanto tempo può evolvere asintomatica. La diminuzione della vista, infatti, si



ha solo quando la malattia coinvolge la sua parte centrale, e cioè la macula. Se necessario si ricorrerà ad un esame strumentale di tipo invasivo, più sensibile, capace di svelare anche le più piccole anomalie ischemiche del circolo sanguigno retinico: la fluorangiografia».

In che consiste questo esame?

«Grazie ad una sostanza colorante gialla, la fluoresceina, iniettata per via endovenosa, entrando in circolo permette di evidenziare le alterazioni morfologiche e funzionali dei vasi retinici. Un esame di recente introduzione è l'OCT (Tomografia a Coerenza Ottica) che misura gli spessori della retina mettendo in risalto un possibile edema causato dal diabete».

Come si cura la retinopatia diabetica?

«Una terapia molto utile a contrastare la progressione della retinopatia diabetica è quella laser. Messo a fuoco sulla retina determina una "bruciatura" del tessuto con sua distruzione e successiva cicatrizzazione. Le zone colpite dopo il trattamento funzionano meno ma questo è un "sacrificio" necessario per consentire un controllo della malattia. **Il laser quindi, non guarisce né rigenera la retina malata, ma semplicemente blocca la progressione della malattia.** Non ridà la vista perduta ma cerca di mantenere quella che si possiede.

La terapia chirurgica viene attuata nelle fasi avanzate quando si sono formate emorragie che invadono il vitreo oppure si è creato un distacco di retina. In questi casi la vitrectomia (rimozione del vitreo e sua sostituzione con sostanze trasparenti e tamponanti) può ridare una certa funzionalità visiva. Ci sono sperimentazioni su farmaci capaci di ostacolare la progressione della retinopatia. Si tratta di iniezioni di sostanze che contrastano la crescita di neovasi e la fuoriuscita di liquido in eccesso dal circolo retinico. Sono rapide e poco dolorose.

Spesso sono necessarie iniezioni ripetute nel tempo per ottenere un risultato duraturo.

Ecco, per tutte queste tecniche strumentali, chirurgiche e parachirurgiche, mi avvalgo della collaborazione con il dottore Adolfo Lucio Aronne, Oculista, socio fondatore Aimo, professionista con un lungo apprendistato per questo tipo di patologia oculare, avvalorato da Master universitari ottenuti per queste particolari tecniche».

Lentine a contatto: istruzioni per l'uso

Sono utilissime e usatissime, ma per evitare che causino irritazioni o infezioni seguite le nostre indicazioni



C'è chi le usa perché con gli occhiali non si trova a proprio agio esteticamente, c'è chi le indossa perché comode, soprattutto se si pratica sport. Ci sono quelle settimanali, quelle mensili, quelle giornaliere, quelle definitive. Sono le lenti a contatto. Oggi offrono un confort eccellente, anche grazie al contenuto d'acqua. Presentano molti vantaggi, anche se alcune persone non le tollerano «perché - **dice il dottor Diego Chiantella, optometrista in Reggio Calabria** - limitano la respirazione della superficie oculare, la cornea».

L'applicazione delle lenti a contatto è un'operazione che quotidianamente eseguiamo, ma che pochissimi compiono correttamente. Spesso un'errata applicazione delle lenti a contatto può portare ad arrossamenti degli occhi, infezioni e rottura della lente.

«Prima di indossare la lente - dice Chiantella - bisogna pulire accuratamente le mani, lavandole con sapone neutro ed asciugandole con panno che non depositi scorie o peletti. Togliete la lente dal contenitore e, tenendola nel palmo della mano, risciacquatela con la soluzione sterile tamponata.

Tenete la lunghezza delle unghie regolata, per evitare di danneggiare le lentine e gli occhi. Dopo un accurato risciacquo della lente, prendete posizione davanti allo specchio, alzate la palpebra superiore usando il dito medio della mano sinistra e procedete nel modo seguente: con la lente appoggiata sull'indice della mano destra, avvicinatevi lentamente alla cornea inclinando il dito in modo da evitare che la lente scivoli o cada; dirigete lo sguardo verso l'alto ed applicate la lente sulla parte inferiore della cornea; chiudete le palpebre e guardate in direzione del punto dove è stata applicata la lente che si posizionerà automaticamente nella sua giusta sede.

È importante non truccarsi mai prima di indossare le lenti a contatto, evitare di confondere le lenti ed assicurarsi che la lente non sia rovesciata, qualora fosse si avvertirà un senso di disagio ed una scarsa visione: il verso corretto è quando la curvatura del bordo è continua.

Per la rimozione è tutto più semplice: tenere la testa dritta di fronte allo specchio; aprendo bene le palpebre, prendere la lente del pollice e dell'indice della mano destra. Questa procedura evita eventuali disturbi o irritazioni dell'occhio.

Se si avesse difficoltà instillare nell'occhio o soluzione salina o lacrima artificiale».

Servizio di **Francesca Ledonne**
In collaborazione con
Dott. **Diego Chiantella**
Optometrista
Reggio Calabria