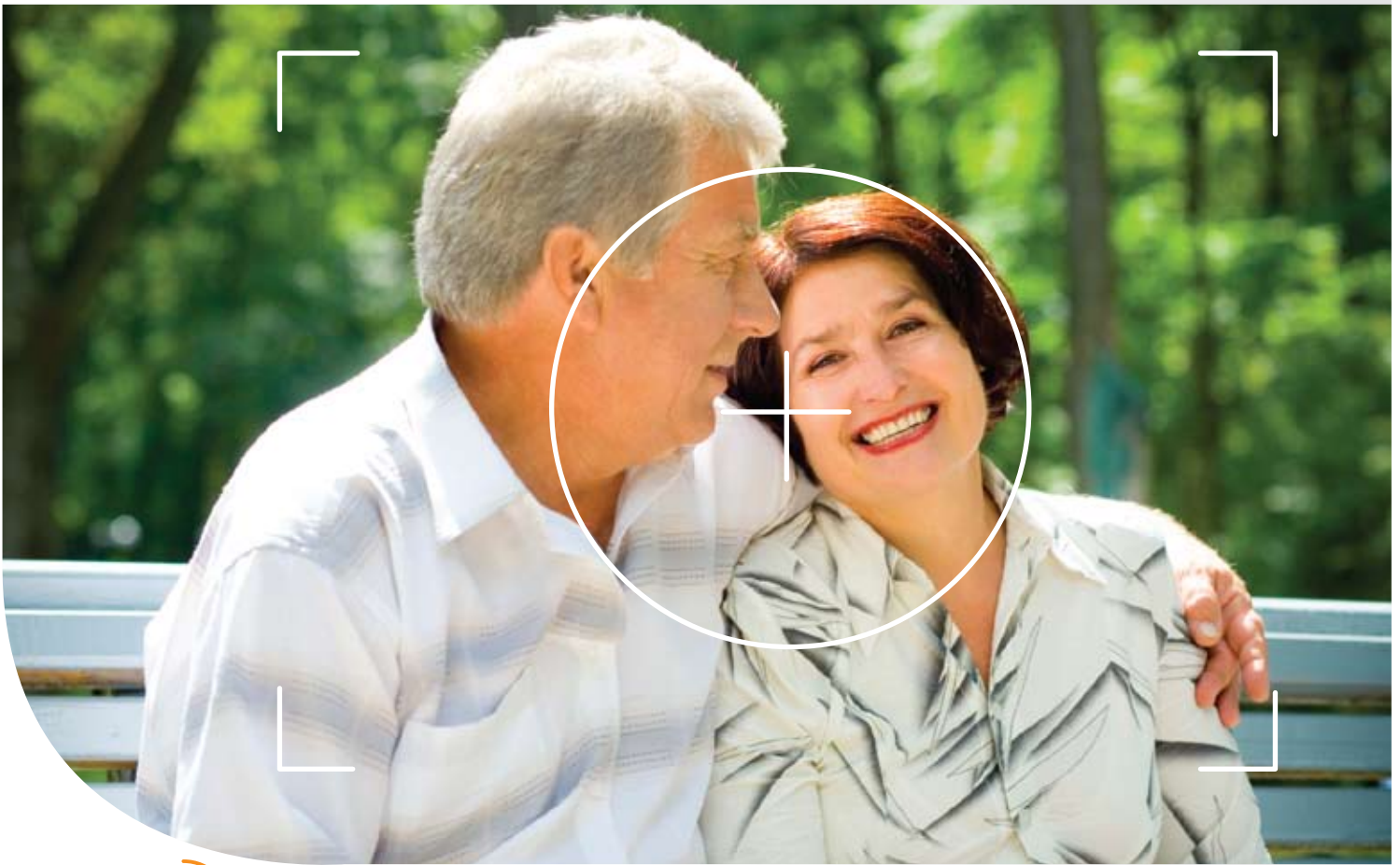


Παθήσεις του αμφιβληστροειδούς

Διάγνωση / Αντιμετώπιση



emmetropia
βιοβηθασικό κέντρο κρήτης

Παθήσεις του αμφιβληστροειδούς

Ο αμφιβληστροειδής χιτώνας είναι μια λεπτή, ημιδιαφανής μεμβράνη που καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια του ματιού. Μπορούμε και βλέπουμε γιατί το φως καθώς εισέρχεται μέσα στο μάτι πέφτει πάνω στον αμφιβληστροειδή χιτώνα και μετατρέπεται σε ηλεκτρικό ερέθισμα το οποίο μέσω των οπτικών οδών μεταφέρεται στον εγκέφαλο. Εκεί επεξεργάζεται και μας δίνει την εικόνα που βλέπουμε. Ο αμφιβληστροειδής περιέχει νευρικές ίνες και φωτοευαίσθητα κύτταρα, τα ραβδία και τα κωνία.

Κοντά στο κέντρο του αμφιβληστροειδή χιτώνα υπάρχει μια μικρή περιοχή στο μέγεθος μπιζελιού που ονομάζεται ωχρά κηλίδα λόγω του απαλού κίτρινου χρώματός της. Η ωχρά κηλίδα, αποτελείται από ένα λεπτό στρώμα φωτοευαίσθητων νευρικών κυττάρων. Στο σημείο αυτό σχηματίζεται η εικόνα των αντικειμένων που βλέπουμε και το κέντρο της ή κεντρικό βοθρίο είναι υπεύθυνο για τη χρωματική αντίληψη, τη μέγιστη οπτική οξύτητα κατά τη διάρκεια της ημέρας, όπως επίσης και την αντίληψη των λεπτομερειών της εικόνας. Ακόμα όμως και το περιφερικό τμήμα της παίζει σημαντικό ρόλο στην όραση εφόσον μας επιτρέπει να κινούμαστε, να προσανατολιζόμαστε στο χώρο και να βλέπουμε στο ημίφως.

Σε περίπτωση που υπάρχει κάποια αλλοίωση στην περιοχή της ωχράς μπορεί να προκληθεί σοβαρή μείωση της όρασης. Τότε μπορούμε να παρομοιάσουμε τον αμφιβληστροειδή σαν μια φωτογραφική μηχανή με μια κηλίδα στο φιλμ που περιέχει. Το κεντρικό τμήμα του οπτικού πεδίου θολώνει και όλες οι λεπτομέρειες χάνονται. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται εκφύλιση της ωχράς κηλίδας.

1) Ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδας (HEΩ)

Η εκφύλιση της ωχράς εμφανίζεται συνήθως σε μεγάλες ηλικίες και για το λόγο αυτό ονομάζεται ηλικιακή.



Πώς εξελίσσεται η Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς;

Στα αρχικά στάδια της HEΩ, δημιουργούνται εναποθέσεις κάτω από τον αμφιβληστροειδή. Αυτές οι εναποθέσεις ονομάζονται Drusen και είναι συνήθως ορατές στον οφθαλμίατρο κατά τη διάρκεια εξέτασης του βυθού του οφθαλμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα Drusen δεν οδηγούν σε σοβαρή μείωση της όρασης.

Σε προχωρημένα στάδια της HEΩ συναντάμε πιο συχνά απώλειες στην όραση, που στην τελική φάση της πάθησης μπορεί να οδηγήσουν σε νομική τύφλωση (οπτική οξύτητα μικρότερη από 2/10). Η HEΩ σπάνια οδηγεί σε απόλυτη τύφλωση, αφού ο ασθενής διατηρεί συνήθως την περιφερική του όραση.

Η εκφύλιση της ωχράς συνήθως ξεκινά από τον έναν οφθαλμό, και επειδή η όραση του δεύτερου οφθαλμού καλύπτει την απώλεια όρασης του άλλου, πολλές φορές τα άτομα που πάσχουν δεν το αντιλαμβάνονται. Επίσης, άτομα που πάσχουν από HEΩ στον έναν οφθαλμό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν HEΩ και στον άλλον σε χρονικό διάστημα 3-5 χρόνων, γεγονός το οποίο μπορεί να περιορίσει σημαντικά την συνολική όραση.

Υπάρχουν δύο μορφές HEΩ

Οι δύο μορφές ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς είναι η ξηρά μορφή (γνωστή και ως μη-εξιδρωματική ή ατροφική μορφή) και η υγρή μορφή (ή εξιδρωματική μορφή).



Η ξηρά μορφή HEΩ είναι η πιο διαδεδομένη (80-90% των περιπτώσεων) και λιγότερο επικίνδυνη.

Αν και λιγότερο συχνή, η υγρή (εξιδρωματική) μορφή HEΩ είναι υπεύθυνη για το 90% των περιπτώσεων σοβαρής απώλειας στην όραση.

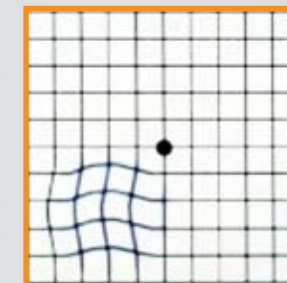


Η υγρή μορφή HEΩ ονομάζεται έτσι γιατί χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη παθολογικών νεοαγγείων (χοριοειδική νεοαγγείωση) κάτω από την ωχρά. Τα νεοαγγεία αυτά είναι γενικώς κακής ποιότητας και εύθραυστα, με αποτέλεσμα να υπάρχει διαρροή υγρού και αίματος. Αυτή η διαρροή δημιουργεί αλλοιώσεις οι οποίες καταστρέφουν τα νευρικά φωτοευαίσθητα κύτταρα της ωχράς και έχουν ως τελικό αποτέλεσμα την απώλεια της κεντρικής όρασης.

Πώς ανιχνεύεται η υγρή μορφή HEΩ; Ποια είναι τα συμπτώματα;

Από τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζονται στον πάσχοντα στα αρχικά στάδια της υγρής μορφής HEΩ είναι η μεταμορφώσεις και η θολή όραση. Ευθείες γραμμές παρουσιάζονται παραμορφωμένες, καμπυλωτές, ή υπερδεμένες μεταξύ τους.

Ένας εύκολος και αποτελεσματικός τρόπος να εξεταστεί η όραση και πιθανόν να ανιχνευτούν οι πρώτες διαταραχές είναι η χρήση του πίνακα Amsler.



Ποιος έχει πιθανότητα να προσβληθεί;

Η ακριβής αιτιολογία της πάθησης παραμένει μέχρι σήμερα άγνωστη, και γι' αυτό το λόγο δεν υπάρχει κάτι που μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψή της. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης της εκφύλισης της ωχράς και του καπνίσματος, της υπέρτασης, των καρδιοαγγειακών παθήσεων και της υπερχοληστεριναιμίας. Επιπρόσθετα ευρέθη ότι η κατανάλωση άφθονων λαχανικών και φρούτων πλούσιων σε βιταμίνη Α μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Τα ευρήματα όμως αυτά αποτελούν απλές επιδημιολογικές παρατηρήσεις. Περισσότερες ερευνητικές μελέτες χρειάζονται για να αποδειχθούν τέτοιοι συσχετισμοί.



Πώς αντιμετωπίζεται η υγρά μορφή ΗΕΩ;

Υπάρχουν σήμερα τρεις θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της υγρής μορφής ΗΕΩ σε επιλεγμένα περιστατικά.

1) Φωτοπηξία με λείζερ. Αν και η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να επαναφέρει την ήδη χαμένη όραση, είναι αποτελεσματική στην απόφραξη των παθολογικών νεοαγγείων και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις μπορεί να περιορίσει και την ανάπτυξή τους. Έτσι μπορεί να επιβραδυνθεί η περαιτέρω απώλεια όρασης σε ένα ποσοστό περιστατικών.

2) Φωτοδυναμική θεραπεία. Είναι μια θεραπεία με laser που προσβάλλει μόνο τα παθολογικά αγγεία που βρίσκονται στην ωχρά. Το laser που χρησιμοποιείται (μη θερμικό), προσβάλλει μόνο τα παθολογικά αγγεία που περιέχουν την φωτοευαίσθητη αυτή ουσία. Έτσι, ο υποκείμενος ιστός παραμένει φυσιολογικός, ενώ η όραση επανέρχεται σε καλύτερα επίπεδα, αφού τα αγγεία αυτά θρομβούνται και νεκρώνονται. Αν και παρατηρήθηκε ότι τα αγγεία αυτά έχουν τη δυνατότητα να ενεργοποιηθούν ξανά, η φωτοδυναμική θεραπεία μπορεί να επαναληφθεί χωρίς συνέπειες.

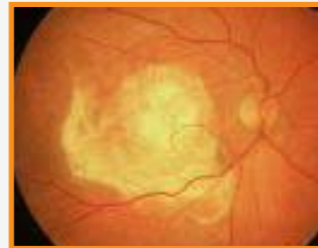
3) Ενδοϋαλοειδικές ενέσεις. Οι ενέσεις αυτές γίνονται στο υαλώδες σώμα του ματιού και είναι πολύ αποτελεσματικές στην θεραπεία της ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας. Η δράση τους εστιάζεται στην αναστολή του παράγοντα VEGF, υπεύθυνου για τη δημιουργία νεοαγγείων στις εκφυλιστικές καταστάσεις της ωχράς. Όταν η λειτουργία του ανασταλεί, τα αγγεία κλείνουν και σταματά η διαρροή.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της υγρής μορφής ΗΕΩ εξελίσσεται συνεχώς με νέες τεχνικές. Μία από αυτές τις τεχνικές είναι η χειρουργική αφαίρεση της νεοαγγειακής μεμβράνης.

Σε περίπτωση που διαγνωστεί υγρά μορφή ΗΕΩ, η σωστή και έγκαιρη θεραπεία μπορεί να περιορίσει σημαντικά την απώλεια της όρασης.

Εκτιμάται ότι η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς μπορεί να έχει κληρονομικό χαρακτήρα. Γι' αυτό το λόγο, και επειδή η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι πολύ σημαντική για την καλή πορεία της νόσου, συνιστάται σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό να κάνουν έλεγχο αμφιβληστροειδούς κάθε χρόνο.

2) Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια



Ο διαβήτης (πάθηση που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή ή έλλειψη της ινσουλίνης με συνέπεια την αύξηση του σακχάρου στο αίμα) μπορεί να προσβάλλει διάφορα σημεία του ματιού, ένα από τα οποία είναι ο αμφιβληστροειδής χιτώνας του ματιού.

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι η προσβολή των μικρών (τριχοειδών) αγγείων του αμφιβληστροειδούς.

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αφορά όλους τους διαβητικούς ασθενείς είτε κάνουν χρήση ινσουλίνης και είναι νεαρής ηλικίας, είτε όχι και εμφανίζουν την πάθηση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Αποτελεί το πρώτο σε συχνότητα αίτιο τύφλωσης στο Δυτικό κόσμο μεταξύ των ανθρώπων της παραγωγικής ηλικίας. Αυτό αποδίδεται εν μέρει στην αύξηση του μέσου όρου ζωής των διαβητικών ασθενών. Εκτιμάται ότι περίπου δύομισι εκατομμύρια άνθρωποι ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο βιώνουν κάποιου βαθμού απώλεια της όρασης λόγω του διαβήτη.

Τι είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Στα πλαίσια της γενικευμένης αγγειοπάθειας που προκαλεί ο σακχαρώδης διαβήτης, προσβάλλονται τα μικρής διαμέτρου αγγεία του αμφιβληστροειδούς με αποτέλεσμα την αύξηση της διαπερατότητας των τοιχωμάτων τους. Αυτό οδηγεί αφενός μεν στη «διαρροή» συστατικών του αίματος στον περιβάλλοντα χώρο και αφετέρου στην ελλιπή οξυγόνωση της περιοχής.

Εάν η πάθηση δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα καταλήγει σε τύφλωση. Το 80% των πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη, μετά από 15 χρόνια, παρουσιάζουν βλάβες στα αγγεία του αμφιβληστροειδούς.

Διακρίνουμε δύο στάδια διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας:

Μη παραγωγική

Στο στάδιο αυτό η εικόνα του βυθού παρουσιάζει μικροανευρύσματα, αιμορραγίες, εξιδρώματα (Drusen) και οίδημα στον αμφιβληστροειδή. Όταν η διαρροή συστατικών από το αίμα προς τους ιστούς γίνεται στο πιο κεντρικό σημείο του αμφιβληστροειδούς (στην ωχρά κηλίδα) τότε έχουμε οίδημα ωχράς.

Παραγωγική

Λόγω της φτωχής κυκλοφορίας του αίματος στον αμφιβληστροειδή, δημιουργούνται ζώνες χαμηλής οξυγόνωσης (ισχαιμία). Το μάτι αντιδρώντας σε αυτή την κατάσταση δημιουργεί νέα παθολογικά αγγεία τα οποία είναι πολύ ευαίσθητα και μπορούν να αιμορραγήσουν. Το τελικό στάδιο της παραγωγικής αυτής μορφής περιλαμβάνει αιμορραγίες στο υαλώδες, ουλοποίηση, αποκόλληση, νεοαγγειακό γλαύκωμα και απώλεια της όρασης.

Θεραπεία

Ο διαβητικός ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει ότι το πιο σημαντικό που μπορεί να κάνει για την ασθένειά του είναι να ρυθμίζει σωστά το σάκχαρό του. Το απορρυθμισμένο σάκχαρο προωθεί με γρηγορότερους ρυθμούς τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Επίσης θα πρέπει να ρυθμίζει την υπέρτασή του, την υπερλιπιδαιμία (χοληστερίνη και τριγλυκερίδια) αν υπάρχει και να περιορίζει το κάπνισμα και το αλκοόλ.



ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Η απώλεια οράσεως μπορεί να προληφθεί με τη θεραπεία με ακτίνες λείζερ, αν η τελευταία γίνει στο σωστό χρόνο. Αυτή γίνεται όταν δημιουργηθούν ισχαιμικές περιοχές ή κυρίως όταν αρχίζουν να δημιουργούνται νεοαγγεία. Είναι ανώδυνη και γίνεται με μερικές συνεδρίες στο ιατρείο. Στόχος της θεραπείας είναι η διατήρηση των υγιών ιστών και η καταστροφή των ανώμαλων. Συνεπώς, η θεραπεία στοχεύει στον περιορισμό της βλάβης και όχι στην επιδιόρθωσή της. Η τελευταία, με τα σημερινά μέσα, δεν είναι εφικτή.

Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ακόμη και της παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή οιδήματος ωχράς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο τύφλωσης κατά 90% και είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της πάθησης. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η πάθηση μπορεί να υπάρχει χωρίς να δίνει συμπτώματα. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να εξετάζονται από οφθαλμίατρο κάθε 6 μήνες.



3) Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς



Κατά την αποκόλληση ο αμφιβληστροειδής “ξεκολλά” από τους υποκείμενους χιτώνες όπως η ταπετσαρία από τον τοίχο.

Όταν ο αμφιβληστροειδής είναι πολύ λεπτός ή έχει υποστεί βλάβες, μπορεί να δημιουργηθούν μικρές ρωγμές. Από αυτές το αμφιβληστροειδικό υγρό διαρρέει πίσω από τον αμφιβληστροειδή και προκαλεί την αποκόλλησή του.

Αν δεν γίνει άμεσα επανασυγκόλληση, οι φωτοϋποδοχείς οδηγούνται στο θάνατο και ενδέχεται να προκληθεί μόνιμη τύφλωση.

Τα άτομα που έχουν μέτρια ή πολύ μεγάλη μυωπία, μικρό πάχος του ιστού του αμφιβληστροειδούς, ιστορικό οφθαλμικών επεμβάσεων ή τραυματισμών ή οικογενειακό ιστορικό αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς πρέπει να ελέγχονται κάθε χρόνο από τον οφθαλμίατρό τους ο οποίος κάνει τον έλεγχο του βυθού (βυθοσκόπηση).

Συμπτώματα

- 1. Φωταψία:** δηλ. σπινθηρισμοί, λάμψεις, αστραπές.
- 2. “Μυγάκια”:** είναι κινούμενες θολερότητες του υαλοειδούς που μπορεί ωστόσο να έχουν την μορφή ιστού αράχνης ή δακτυλιδιού.
- 3. Διαταραχή του οπτικού πεδίου:** με τη μορφή μαύρης κουρτίνας που ξεκινά απ’ το κατώτερο ή ανώτερο ημιμόριο του οπτικού πεδίου και μπορεί να συμπεριλάβει την κεντρική όραση.

Θεραπεία



Η θεραπεία της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς είναι χειρουργική και αποσκοπεί στην ανατομική αποκατάσταση του οφθαλμού. Αυτό βέβαια δεν ισοδυναμεί πάντα και με αποκατάσταση της οπτικής λειτουργίας. Η τελική οπτική οξύτητα εξαρτάται από το αν η αποκόλληση συμπεριλαμβάνει και την ωχή κηλίδα, που είναι το υπεύθυνο τμήμα του αμφιβληστροειδούς για την οξεία όραση καθώς και από το πόσο χρονικό διάστημα έχει μεσολαβήσει μέχρι την θεραπεία.

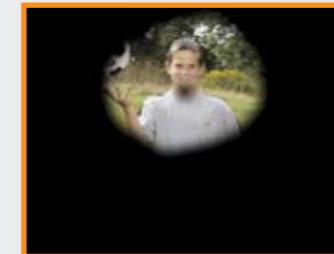
4) Αποκόλληση υαλώδους

Ο χώρος ανάμεσα στον κρυσταλλοειδή φακό και τον αμφιβληστροειδή χιτώνα είναι γεμάτος με το υαλοειδές υγρό (διάφανο υλικό σαν ζελέ), το οποίο στηρίζεται στο εσωτερικό του ματιού σε διάφορα σημεία. Εάν αποκολληθεί από τα στηρίγματά του, είτε λόγω ηλικίας είτε λόγω τραύματος, στην όραση παρουσιάζονται κηλίδες, «μυγάκια» και λάμψεις.

Αν και μη επικίνδυνη αυτή καθ’εαυτή η αποκόλληση υαλώδους μπορεί να είναι ενδεικτική πιο σοβαρών καταστάσεων (π.χ. ρωγμές αμφιβληστροειδούς). Άτομα που παρουσιάζουν τα ανωτέρω συμπτώματα θα πρέπει άμεσα να επισκέπτονται τον οφθαλμίατρό τους.

5) Μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια (Μ.Α.)

Αρχικά η Μ.Α. χαρακτηρίζεται από νυκταλωπία, ήδη από τη νεαρή ηλικία. Η νυκταλωπία προκαλεί δυσκολία στην όραση όταν βραδιάζει ή όταν είμαστε σε περιβάλλον με χαμηλό φωτισμό. Η δυσκολία είναι πιο έντονη όταν από άπλητο φως μπορούμε σε σκοτεινό χώρο π.χ. κινηματογράφο, θέατρο, μπαρ κ.λπ.



Αυτό συμβαίνει γιατί στις περισσότερες μορφές της Μ.Α. καταστρέφονται πρώτα οι φωτοϋποδοχείς που είναι υπεύθυνοι για την όραση στο σκοτάδι και στο ημίφως και καθλούνται ραβδία.

Επειδή τα ραβδία βρίσκονται κυρίως στην περιφέρεια του αμφιβληστροειδή, βλάπεται αρχικά η περιφερική όραση με αποτέλεσμα τη στένωση των οπτικών πεδίων. Οι ασθενείς περιγράφουν αυτή την όραση σαν να βλέπουν μέσα από σωλήνα (σωληνοειδής όραση ή tunnel vision).

Σε άλλες μορφές της νόσου πρώτα καταστρέφεται η κεντρική όραση (δυστροφία κωνίων). Χαρακτηριστικά, η κατάσταση δε διορθώνεται με γυαλιά ή φακούς επαφής.

Θεραπεία

Μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί θεραπεία για την Μ.Α. Εντούτοις σήμερα βρίσκονται σε εξέλιξη επιστημονικές έρευνες για την αποκάλυψη της αιτίας, την εξέλιξη και τη θεραπεία της.

Μια νέα ελπιδοφόρα μέθοδος έρχεται να δώσει νέα όπλα στην προσπάθεια για αποκατάσταση της όρασης στους συνανθρώπους μας που πάσχουν από παθήσεις που καταστρέφουν τους φωτοϋποδοχείς του αμφιβληστροειδούς. Ασθενείς με παθήσεις όπως η μελαγχρωστική αμφιβληστροειδοπάθεια, δυστροφία των κωνίων και ραβδίων, η νόσος Best, η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ) και πιθανώς και άλλες παθήσεις του αμφιβληστροειδούς, πιθανόν να μπορούν να αποκτήσουν μια μορφή όρασης με την βοήθεια ενός μικροτσιπ που θα τοποθετείται στον αμφιβληστροειδή στο πίσω μέρος του ματιού.

