

Retinopatia diabetică (Evaluare inițială și Reexaminare)

Examinarea inițială și istoric (elemente cheie)

- Durata diabetului zaharat
- Controlul glicemic (hemoglobina A1c)
- medicație
- Antecedente personale sistemice (obezitate, afecțiuni renale, hipertensiune arterială, lipidele serice, sarcină)
- Istoricul afecțiunilor oculare

Examinarea fizică inițială (elemente cheie)

- Acuitatea vizuală
- Măsurarea presiunii intraoculare
- Gonioscopie, atunci când este indicată (pentru neovascularizație iriană sau presiune intraoculară crescută)
- Examinarea fundului de ochi (cu pupila în midriază), incluzând examinarea stereoscopică a polului posterior
- Examinarea retinei periferice și a vitrosului, preferabil efectuată prin oftalmoscopie indirectă sau la biomicroscop, combinat cu o lentilă de contact.

Diagnostic

- Clasificarea ambilor ochi după categorii și în funcție de severitatea retinopatiei diabetice, cu prezența/absența edemului macular clinic semnificativ (EMCS). Fiecare categorie are un risc inerent de progresie.

Istoricul reexaminărilor

- Simptome vizuale
- Statusul sistemic (sarcină, presiunea arterială, colesterolul seric, statusul renal)
- Statusul glicemic (hemoglobina A1c)

Examenul fizic la reexaminare

- Acuitate vizuală
- Măsurarea presiunii intraoculare
- Examen biomicroscopic cu examinarea irisului
- Gonioscopie (dacă este suspectată sau prezentă o neovascularizație iriană sau dacă presiunea intraoculară este crescută)
- Examinarea stereo a polului posterior după dilatarea pupilelor.
- Examinarea retinei periferice și a vitrosului când prezintă indicații.

Teste auxiliare

- Retinografia este rareori de valoare în cazurile cu retinopatie diabetică minimă sau când retinopatia diabetică nu prezintă schimbări de la retinografia anterioară
- Retinografia poate să fie utilă pentru a documenta progresia semnificativă a afecțiunii și răspunsul la tratament
- Angiografia cu fluoresceină este folosită ca un ghid pentru tratarea EMCS și ca un mijloc de a evalua cauza(ele) unei acuități vizuale scăzute inexplicabil. Angiografia poate identifica capilarele maculare neperfuzate sau sursa unei scurgeri capilare, care duce la apariția unui edem macular, ca explicație pentru pierderea vederii.
- Angiografia cu fluoresceină nu este indicată în mod obișnuit la examinarea pacienților cu diabet.
- Angiografia cu fluoresceină nu este necesară pentru a diagnostica EMCS sau PDR, ambele fiind diagnosticate pe baza examenului clinic.

Informarea pacientului

- Se discută rezultatele examinării și implicațiile.
- Încurajarea pacienților cu diabet, dar fără retinopatie diabetică să meargă anual la un examen de fund de ochi (cu pupila în midriază).
- Informarea pacienților în legătură cu eficacitatea tratamentului pentru retinopatia diabetică, recomandarea fiind să se facă precoce, chiar dacă vederea este bună și nu există simptome oculare.
- Informarea pacienților despre importanța menținerii unei glicemii în limite normale, a unei presiuni arteriale cât mai bune și un nivel cât mai scăzut al lipidelor serice.
- Diagnosticul ocular trebuie comunicat atât medicului de familie, endocrinologului cât și medicului internist.
- Furnizarea pacienților ale căror condiții medicale nu răspund intervențiilor chirurgicale și pentru care tratamentul viitor este indisponibil, suport profesional adecvat și oferirea recomandărilor pentru consiliere, reabilitare sau servicii sociale după caz.
- Redirecționarea pacienților cu funcție vizuală redusă pentru reabilitarea vederii (vezi www.aao.org/smartsight) și servicii sociale.

Retinopatia diabetică (Managementul recomandărilor)

Managementul recomandărilor pentru pacienții cu diabet

Severitatea retinopatiei	Prezența CSME*	Reexaminare (luni)	Fotocoagulare laser panretiniană (Scatter)	Angiografie cu fluoresceină	Laser grid și/sau focal†
NPDR minim sau normal	Nu	12	Nu	Nu	Nu
NPDR ușor până la moderat	Nu	6-12	Nu	Nu	Nu
	Da	2-4	Nu	Uzual	Uzual*‡
NPDR sever	Nu	2-4	Uneori [§]	Rar	Nu
	Da	2-4	Uneori [§]	Uzual	Uzual
PDR fără risc crescut	Nu	2-4	Uneori [§]	Rar	Nu
	Da	2-4	Uneori [§]	Uzual	Uzual [‡]
PDR cu risc crescut	Nu	2-4	Uzual	Rar	Nu
	Da	2-4	Uzual	Uzual	Uzual
PDR inactiv/involuat	Nu	6-12	Nu	Nu	Uzual
	Da	2-4	Nu	Uzual	Uzual

CSME= edem macular clinic semnificativ; NPDR= retinopatie diabetică neproliferativă; PDR= retinopatie diabetică proliferativă

*Excepțiile includ: hipertensiune sau retenție de fluide asociate cu insuficiență cardiacă, insuficiență renală, sarcină sau orice altă cauză care poate agrava edemul macular. Amânarea fotocoagulării laser pentru a face o scurtă perioadă tratament medical poate fi recomandată în aceste cazuri. De asemenea, amânarea tratamentului EMCS este o opțiune când centrul maculei nu este afectat, acuitatea vizuală este excelentă, pacientul înțelege riscurile și revine în scurt timp la reexaminare.

‡ Tratamentul adjuvant care poate fi luat în considerare include corticosteroizi intravitreeni sau agenți antiVEGF (folosire off-label cu excepția ranibizumab). Datele de la Diabetic Retinopathy Clinical Research Network din 2011 demonstrează că, după 2 ani de reexaminari, ranibizumabul intravitrean cu tratament laser aplicat fie de urgență fie amânat a avut ca rezultat o îmbunătățire a acuității vizuale, la fel și triamcinolonul acetonid intravitrean plus laser a dus la o îmbunătățire a acuității vizuale în ochii cu pseudofak în comparație cu ochii tratați doar cu laser.

‡ Amânarea fotocoagulării focale pentru EMCS este o opțiune când centrul maculei nu este afectat, acuitatea vizuală este excelentă, pacientul înțelege riscurile și revine în scurt timp la reexaminare. Totuși, inițierea tratamentului cu fotocoagulare focală ar trebui de asemenea luată în considerare deoarece este probabil să stabilizeze acuitatea vizuală dar este puțin probabil să o îmbunătățească. Tratamentul leziunilor apropiate de zona foveolară avasculară poate afecta vederea centrală și cu timpul cicatricile apărute în urma impactelor laser se pot extinde și pot cauza deteriorări ale vederii. Studiile viitoare pot ajuta în ghidarea terapiei intravitreene cu corticosteroizi și agenți antiVEGF, în cazurile în care fotocoagularea laser nu a putut fi administrată în siguranță. Pot fi necesare reexaminări la intervale scurte de timp pentru a supraveghea edemul macular care nu este clinic semnificativ.

§ Fotocoagulare panretiniană poate fi luată în considerare pentru pacienții cu risc crescut de PDR. Beneficiul unei fotocoagulări panretiniene precoce pentru stadiul nonproliferativ sever sau cel mai grav stadiu de retinopatie este mai mare la pacienții cu diabet zaharat tip 2 decât la cei cu tip 1. Alți factori, cum ar fi nerespectarea reexaminărilor, necesitatea unei operații de cataractă sau o sarcină, și statusul celuilalt ochi vor ajuta în stabilirea momentului optim pentru a efectua fotocoagulare panretiniană.

|| Este de preferat să se efectueze prima dată fotocoagulare focală, înaintea celei panretiniene, pentru a minimiza agravarea edemul macular indus de fotocoagulare panretiniană.