اعتلال الشبكية السكري[التقييم المبدئي وعند المتابعة]

القصة لدى الفحص المبدئي [العناصر الدليلة]

- مدة الإصابة بالداء السكري
- الضبط السابق لسكر الدم (الخضاب* A1c)
- الأدوية
- القصة الطبية كوجود السمنة، الداء الكلوي، فرط ضغط الدم* الجهازي، مستويات شحميات* المصل*، الحمل*
- القصة العينية

الفحص الفيزيائي المبدئي [العناصر الدليلة]

- حدة* البصر
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- قياس ضغط العين
- تنظير الزاوية قبل توسيع الحدقة عندما يستطب (في حال تشكل الأوعية الحديث على القزحية أو ارتفاع ضغط العين)
- تقييم الحدقة لكشف سوء وظيفة* العصب البصري
- تنظير شامل لقعر العين، متضمناً فحص تنظير مجسم* للقطب الخلفي*
- فحص الشبكية المحيطية والزجاجي، ومن الأفضل القيام بذلك بوساطة تنظير قعر العين اللامباشر* أو التنظير بوساطة المصباح الشقي

التشخيص

- يتم تصنيف كلا العينين من حيث زمرة وشدة اعتلال الشبكية السكري وودمة اللطخة. يختلف خطر تطور الإصابة بحسب كل زمرة من زمر المرض، وتعتمد على درجة الالتزام بالمتابعة الشاملة للداء السكري

القصة عند المتابعة

- الأعراض البصرية
- الحالة الجهازية (الحمل، ضغط الدم، كولسترول المصل، الحالة الكلوية)
- حالة سكر الدم (الخضاب A1c)

الفحص الفيزيائي عند المتابعة

- حدة البصر
- قياس ضغط العين
- التنظير الحيوي بوساطة المصباح الشقي مع فحص القزحية
- تنظير الزاوية (ويفضل إجراؤه قبل توسيع الحدقة عند الشك بوجود تشكل أوعية حديث على القزحية، أو إذا كان ضغط العين مرتفعاً)
- فحص مجسم للقطب الخلفي بعد توسيع الحدقتين
- فحص الشبكية المحيطية والزجاجي حينما يستطب*
- التصوير المقطعي البصري* (OCT) عند الضرورة

الفحوص المتممة

- يمكن استخدام التصوير المقطعي البصري* (OCT) لمعرفة سماكة الشبكية، متابعة وذمة اللطخة، تمييز شد* الزجاجي على اللطخة، وكشف الأشكال الأخرى من إصابة اللطخة عند المرضى المصابين بوذمة اللطخة السكرية. إن اتخاذ القرارات بإعادة حقن العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي* (VEGF)، تغيير العوامل المعالجة (مثل استخدام الستيروئيدات القشرية* داخل العين)، بدء المعالجة بالليزر، أو حتى اللجوء لجراحة قطع الزجاجي تعتمد غالباً إلى حد ما على موجودات OCT.
- قد يكون تصوير قعر العين مفيداً في توثيق وجود الأوعية الحديثة على القرص* (NVD) أو في مكان آخر* (NVE)، الاستجابة على المعالجة، والحاجة لمعالجة إضافية في الزيارات المستقبلية.
- يستعمل تصوير الأوعية بالفلورسئين كمرشد للعلاج بالليزر لوذمة اللطخة الهامة سريرياً وكوسيلة لتقييم أسباب النقص غير المفسر في حدة البصر. يمكن للتصوير الوعائي أن يكشف عدم التروية الشعرية* في اللطخة، أو مصادر التسرب* الشعري المسببة لوذمة اللطخة كتفسير محتمل لنقص الرؤية.
- لا يستطب إجراء تصوير الأوعية بالفلورسئين بشكل روتيني كجزء من فحص مرضى السكري
- يمكن التصوير بالأمواج فوق الصوتية* من تقييم وضع الشبكية عند وجود نزف زجاجي أو كثافة أخرى، كما قد يساعد في تحديد امتداد وشدة الشد الزجاجي الشبكي*، وخاصة على اللطخة في عيون مرضى السكري.

توعية وتعليم المريض

- مناقشة نتائج الفحص وما يتضمنه
- تشجيع مرضى السكري غير المصابين باعتلال شبكية سكري بالخضوع لفحص عيني مع توسيع الحدقة سنوياً
- إبلاغ المرضى أن المعالجة الفعالة لاعتلال الشبكية السكري تعتمد على القيام بالتدخل في الوقت الصحيح، بالرغم من كون الرؤية جيدة مع عدم وجود أعراض عينية
- توعية وتعليم المرضى حول أهمية المحافظة على مستويات قرب طبيعية لسكر الدم وقيم قرب طبيعية لضغط الدم وتخفيض مستويات شحميات المصل
- البقاء على تواصل مع الطبيب، (طبيب العائلة، الطبيب الداخلي،أو أخصائي الغدد الصم*) فيما يخص الموجودات العينية
- تزويد المرضى الذين تفشل الحالة لديهم بالاستجابة للجراحة والذين تكون المعالجة الإضافية غير متوافرة لهم، بالدعم المحترف المناسب، مع إحالتهم إلى خدمات تقديم المشورة أو التأهيل أو الخدمات الاجتماعية حسبما يقتضيه الأمر
- تحويل المرضى المصابين بتدني بصر محدد وظيفياً بعد الجراحة إلى التأهيل البصري (انظر www.aao.org/smartsight) والخدمات الاجتماعية.

Copyright © American Academy of Ophthalmology October 2014, translated October 2014 • www.aao.org / •www.aao.org ٢٠١٥ جميع الحقوق محفوظة للأكاديمية الأميركية لطب العيون (ماركة مسجلة©) تشرين الأول ٢٠١٤، تمت الترجمة في تموز

اعتلال الشبكية السكري [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

التوصيات المتعلقة بالتدبير لمرضى السكري

شدة اعتلال الشبكية*	وجود ME	المتابعة (بالأشهر)	التخثيرالضوئي لكامل الشبكية* (PRP) بالليزر (المبعثر*)	الليزر بشكل بؤر* و/أو بشكل شبكة*§	المعالجة داخل الزجاجي بـ Anti-VEGF
طبيعي أو NPDR أصغري*	لا	12	لا	لا	لا
NPDR خفيف*	لا	12	لا	لا	لا
	ME	6 – 4	لا	لا	لا
	CSMEǂ	§1	لا	أحياناً	أحياناً
NPDR معتدل*	لا	12 – 6	لا	لا	لا
	ME	6 – 3	لا	لا	لا
	CSMEǂ	§1	لا	أحياناً	أحياناً
NPDR شديد*	لا	4	أحياناً	لا	لا
	ME	4 – 2	أحياناً	لا	لا
	CSMEǂ	§1	أحياناً	أحياناً	أحياناً
PDR غير عالي الخطورة	لا	4	أحياناً	لا	لا
	ME	4	أحياناً	لا	لا
	CSMEǂ	§1	أحياناً	أحياناً	أحياناً
PDR عالي الخطورة*	لا	4	موصى به	لا	يؤخذ بعين الاعتبار
	ME	4	موصى به	أحياناً	عادةً
	CSMEǂ	§1	موصى به	أحياناً	عادةً

Anti-VEGF: العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي*، CSME: وذمة اللطخة الهامة سريرياً، ME: وذمة اللطخة غير الهامة سريرياً، NPDR: اعتلال الشبكية السكري غير التكاثري، PDR: اعتلال الشبكية السكري التكاثري.

§ العلاجات المساعدة المحتملة تتضمن الستيروئيدات القشرية* ضمن الزجاجي، العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي*(استخدام غير مرخص، باستثناء Aflibercept و Ranibizumab). أثبتت البيانات المأخوذة من شبكة البحث السريري لاعتلال الشبكية السكري (Diabetic Retinopathy Clinical Research Network) عام 2011، عند المتابعة بعد سنتين، أن استعمال Ranibizumab ضمن الزجاجي مع العلاج الفوري أو المؤجل بالليزر أدى إلى زيادة أكبر في حدة* البصر، وأن استعمالTriamcinilone Acetonide ضمن الزجاجي مع العلاج بالليزر أدى أيضاً إلى زيادة بصرية أكبر في عيون البلورة الكاذبة* بالمقارنة مع العلاج بالليزر لوحده. يمكن أن يتم فحص الأشخاص الخاضعين لحقن العوامل المضادة لعامل النمو البطاني الوعائي ضمن الزجاجي بعد شهر من إجراء الحقن.

ǂ استثناءات تتضمن: فرط ضغط الدم* أو احتباس السوائل المرافق لقصور* القلب، قصور الكلية، الحمل*، أو أية أسباب أخرى قد تفاقم وذمة* اللطخة*. ويمكن في هذه الحالات تأجيل التخثير الضوئي* لفترة قصيرة. كما يعتبر من الخيارات تأجيل علاج الـ CSME عندما يكون مركز اللطخة سليماً، حدة* البصر ممتازة، المتابعة الوثيقة ممكنة، مع تفهم المريض للمخاطر.

Copyright © American Academy of Ophthalmology October 2014, translated October 2014 • www.aao.org / •www.aao.org ٢٠١٥ جميع الحقوق محفوظة للأكاديمية الأميركية لطب العيون (ماركة مسجلة©) تشرين الأول ٢٠١٤، تمت الترجمة في تموز