ZWYRODNIENIE PLAMKI ZWIĄZANE Z WIEKIEM

Zwyrodnienie plamki (AMD) jest najczęstszą przyczyną utraty widzenia centralnego, tzw. ślepoty funkcjonalnej, u osób powyżej 50. roku życia w krajach wysoko rozwiniętych. Szacuje się, że liczba chorych stanowi 1,2–30 procent populacji w tym wieku, zależnie od kraju, badanej populacji, różnic demograficznych. Wskaźniki te pokazują, jak wielki jest to problem społeczny i jak wiele tysięcy osób dotyka lub dotknie w najbliższej przyszłości.

ŁUKASZ STASZCZAK, lek. med., specjalista okulista

Często w publikacjach i opisach używany jest skrót AMD, od angielskiej nazwy choroby *age-related macular degeneration*, i z tym skrótem, który przyjął się na całym świecie, spotyka się wielu chorych, czytając opisy leków, artykuły na temat zdrowia lub słuchając opinii lekarzy. Zmiany w tej chorobie dotyczą siatkówki – czyli „ekranu" w oku, odpowiedzialnego za odbiór bodźców wzrokowych. Niestety, zajęty jest obszar najważniejszy dla ostrego widzenia (rozpoznawania twarzy i drobnych kształtów, czytania itd.), czyli plamka.

PRZYCZYNY

Przyczyny zwyrodnienia plamki nie są jeszcze poznane, choć na całym świecie prowadzi się szeroko zakrojone badania, aby stwierdzić, co wywołuje tę chorobę. Obecnie mówi się o tzw. czynnikach ryzyka, które mogą przyśpieszyć lub nasilić jej rozwój, lecz właściwie nie sposób je uznać za ten jeden czynnik sprawczy. Wiek, jak już wspomniano, jest najistotniejszym z nich. Częstość występowania i szansa na utratę widzenia rosną wraz z upływem lat. Choroba może wystąpić nawet u 50 procent populacji w wieku 80 lat i powyżej. Czynniki genetyczne nie są jeszcze jednoznacznie zdefiniowane, choć uważa się, że jest to choroba częściowo dziedziczna i osoby, których krewni na nią chorowali, częściej powinny przechodzić profilaktyczne badania okulistyczne.

Palenie papierosów uznawane jest za jeden z najważniejszych czynników ryzyka i duże znaczenie ma liczba wypalanych papierosów. Dość wspomnieć, że zagrożenie wystąpieniem choroby u osób palących jedną lub więcej paczek w ciągu dnia jest 2–3 krotnie większe niż u osób niepalących. Inne czynniki, takie jak choroby układu krążenia, wysoki poziom cholesterolu, zła dieta, cukrzyca są tematami dalszych badań. Stwierdzono ponadto, że jeżeli w jednym oku wystąpiła choroba, to drugie ma 40 procent „szans" na zachorowanie w ciągu pięciu lat od rozpoznania. Nie zauważa się przy tym zwiększonej częstości występowania choroby u jednej z płci, choć przebieg może być różny.

TYPY AMD

Wyróżnia się dwa typy zwyrodnienia plamki:

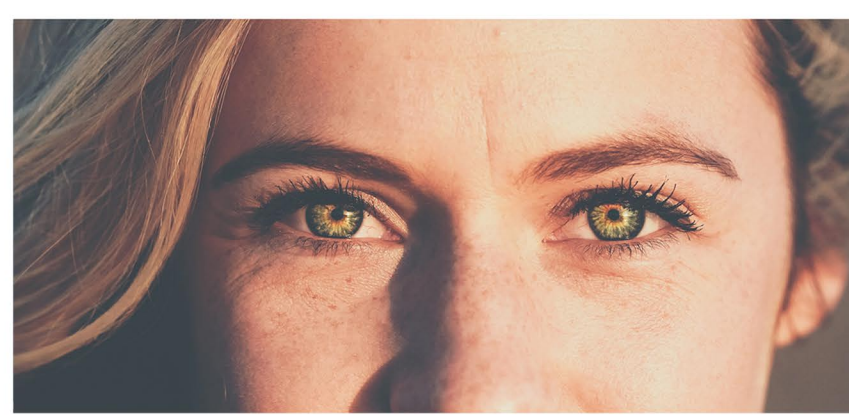
- postać zanikowa (nazywana postacią suchą, niewysiękową),
- postać wysiękowa (nazywana postacią mokrą, neowaskularną).

Postać sucha występuje częściej, u mniej więcej 90 procent chorych. Charakteryzuje się występowaniem nieprawidłowych złogów w siatkówce, tzw. druzy, oraz obszarami zaniku siatkówki. Ma powolny przebieg. Pierwsze zmiany często wykrywane są przez lekarza okulistę podczas rutynowych badań lub przy zmianie okularów. Zazwyczaj nie prowadzą do bardzo poważnego upośledzenia widzenia, lecz niekiedy zaawansowane zmiany mogą bardzo obniżyć ostrość wzroku – tak, że chory ma poczucie dużego inwalidztwa. Postać mokra – odpowiedzialna za blisko 10 procent przypadków choroby – jest niestety bardziej inwazyjna i powoduje szybsze oraz gwałtowniejsze pogorszenie widzenia. W postaci tej powstają nowe, nieprawidłowe naczynia, które rosnąc w siatkówce lub przestrzeni podsiatkówkowej, tworzą bliznę w plamce i w sposób nieodwracalny uszkadzają siatkówkę. Te zmiany chory dość wcześnie sam może zauważyć. Bywa to na przykład „plama" w centrum pola widzenia, krzywienie obrazu, zmiana barw lub po prostu szybkie pogorszenie widzenia. W niektórych wypadkach jednak pacjent może tego sam nie dostrzec, jeżeli jedno z oczu widzi dobrze. Choroby siatkówki nie bolą.

DIAGNOZOWANIE

Jak wspomniano, choroba ta może mieć różny obraz oraz przebieg, dlatego też wczesne jej wykrycie, właściwa diagnostyka i dalsze postępowanie terapeutyczne są bardzo ważne dla zachowania widzenia. Zaleca się regularne kontrole okulistyczne: w grupie grupy wiekowej 40–64 lata co dwa–cztery lata, osoby powyżej 64. roku życia co rok lub co 2 lata. Podczas badań lekarz okulista może stwierdzić zmiany chorobowe siatkówki centralnej i zaplanować dalsze postępowanie diagnostyczne, pomagające wybrać właściwe leczenie. W określeniu postaci choroby bardzo pomaga angiografia fluoresceinowa – wykonanie zdjęć siatkówki po dożylnym podaniu kontrastu, badanie pozwalające na określenie obszaru zaniku lub miejsca powstawania nowych naczyń, czasem pomocne jest wykonanie angiografii indocyjaninowej – również z podaniem kontrastu.

Jednym z nowszych nieinwazyjnych badań jest OCT (optyczna tomo-



grafia koherentna), pokazujące przekrój siatkówki z obszarami zaniku lub obrzęku (spowodowanego wzrostem nowych naczyń). Obecnie od kilku lat jest już dostępne bardzo nowoczesne badanie OCT, tzw. angio OCT gdzie (bez podania kontrastu) można precyzyjnie określić przepływ krwi w naczyniach siatkówki – tych prawidłowych – i zlokalizować te nieprawidłowe, a na tej podstawie określić typ choroby oraz zaplanować właściwe leczenie – badanie jest zupełnie bezinwazyjne i trwa zaledwie kilka sekund. W praktyce używane są jeszcze inne urządzenia (np. HRT, FAF, mikroperymetria) pozwalające dodatkowo określić obszary chorej siatkówki, lecz nic nie zastąpi właściwego i wnikliwego badania przez lekarza okulistę.

TERAPIA

Leczenie zmian zwyrodnieniowych zależy od postaci i stopnia zaawansowania choroby. We wczesnych stadiach postaci suchej stosuje się leki zawierające antyoksydanty oraz barwniki siatkówki, takie jak luteina czy zeaksantyna. W stadiach bardzo zaawansowanych czasem rozważane są metody leczenia operacyjnego z przeszczepami komórek siatkówki czy tzw. rotacją siatkówki, lecz trzeba zaznaczyć, że są to bardzo trudne zabiegi i niewiele ośrodków je wykonuje, a rezultatów nie da się przewidzieć. W leczeniu postaci mokrej stosuje się też omówione poniżej metody terapeutyczne.

- Radioterapia – obecnie raczej odchodzi się od tej metody, gdyż nie daje ona trwałych korzyści.
- Fotokoagulacja laserowa – jest dosyć skuteczna w wypadku niektórych postaci schorzenia i ogranicza się do szczególnych przypadków, niestety nawrót choroby występuje u 50 procent chorych poddanych leczeniu laserowemu i jest obecnie rzadko stosowana.
- Leczenie operacyjne – też jest zarezerwowane dla niektórych przypadków, czasem prowadzi do zahamowania choroby, lecz ryzyko powikłań i niepowodzenia leczenia jest dość duże.
- Terapia fotodynamiczna (PDT), z wykorzystaniem werteporfiny – była dosyć skuteczną metodą hamowania postępu choroby, często łączoną z podaniem leków, tzw. inhibitorów angiogenezy, bezpośrednio do gałki ocznej. Obecnie terapia z inhibitorami angiogenzy, tzw. anty VEGF, jest „złotym standardem" leczenia „wysiękowej" postaci AMD. Aktualnie dostępnych jest kilka leków wykorzystywanych w tej metodzie. Badania ostatnich lat pokazują, że w części przypadków mogą dość skutecznie zahamować postęp choroby, a nawet w wybranych przypadkach poprawić ostrość wzroku. W Polsce obecnie wiele ośrodków prowadzi taką terapię w ramach tzw. programów terapeutycznych.

Jednakże mimo wielu metod leczenia i badań nad nowymi terapiami nadal jest to choroba powodująca duże zmiany w narządzie wzroku i bardzo często uniemożliwiająca pracę zawodową, kontynuację zainteresowań i przysparzająca trudności w codziennym życiu. Na szczęście nie prowadzi do całkowitej ślepoty i większość chorych samodzielnie funkcjonuje, stosując różne pomoce optyczne.

Lekarze okuliści i naukowcy nie powiedzieli jeszcze ostatniego słowa w walce z AMD i mam nadzieję, że przy tak szybkim postępie badań medycznych będzie ona uleczalna. Zdając sobie sprawę, że w tak krótkim opisie nie miałem szansy odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące AMD, po dalsze informacje odsyłam do lekarzy okulistów, gdyż dzięki ich wiedzy można wcześniej wykryć chorobę, a co za tym idzie – odpowiednio wcześnie wdrożyć właściwe leczenie. ■