

## IAPB Italia Onlus

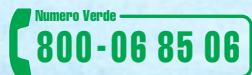
Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità  
sezione italiana

Via U. Biancamano, 25 - 00185 Roma

Tel.: +39 06.36004929 - Fax: +39 06.36086880

sezione.italiana@iapb.it - www.iapb.it

Numero Verde di consultazione oculistica gratuita  
attivo dal lunedì al venerdì, dalle 10:00 alle 13:00.



## POLO NAZIONALE

I contenuti scientifici sono a cura del Polo Nazionale di servizi  
e ricerca per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva

[www.iapb.it/polonazionale](http://www.iapb.it/polonazionale)



# LA PREVENZIONE GUARDA LONTANO

CAMPAGNA INFORMATIVA  
PER LA PREVENZIONE DELLA  
RETINOPATIA DIABETICA



A CURA DELL'AGENZIA  
INTERNAZIONALE PER LA PREVENZIONE  
DELLA CECITÀ SEZIONE ITALIANA ONLUS

**La retinopatia diabetica** è una complicanza grave e frequente del diabete, tra le principali cause di ipovisione e cecità, soprattutto nei soggetti in età lavorativa (20 – 65 anni). Per questo l'Agencia Internazionale per la Prevenzione della Cecità – IAPB Italia onlus promuove una campagna informativa per conoscere più da vicino i fattori di rischio, le terapie e soprattutto come prevenirne l'insorgenza.

È molto importante sapere che se sei affetto da diabete devi controllare frequentemente i tuoi occhi!

Sia che tu faccia insulina, sia che tu prenda farmaci ipoglicemizzanti, sia che tu segua soltanto una dieta, devi sottoporerti a visita oculistica almeno una volta l'anno. In Italia due pazienti diabetici su tre, dopo venti anni di malattia, sono affetti da retinopatia diabetica di differente gravità.

### **PRIMA DI TUTTO, CHE COS'È IL DIABETE?**

Il diabete è una malattia cronica in cui il valore della glicemia è superiore alla norma (aumenta nel sangue la concentrazione di uno zucchero chiamato glucosio). I valori normali della glicemia a digiuno sono generalmente compresi tra i 70 e i 110 milligrammi per decilitro di sangue (70-110 mg/dl). Sul piano clinico esistono due forme di diabete:

*Tipo I: diabete insulino-dipendente* si ha quando, per controllare la malattia, è necessaria l'iniezione di insulina per via sottocutanea.

*Tipo II: diabete non insulino-dipendente* si ha quando, per controllare la malattia, è necessario assumere farmaci ipoglicemizzanti (per via orale) e/o bisogna seguire una dieta a basso contenuto di zucchero. Inoltre esiste un diabete secondario che insorge in seguito ad altre malattie (pancreatite, ipertiroidismo, ecc.) o a determinate terapie.

### **CHI È AFFETTO DA DIABETE?**

Il diabete è una delle malattie più diffuse oggi sulla Terra; colpisce senza distinzione di sesso e di razza; è presente in tutti i Paesi, ma la massima prevalenza si ha nelle nazioni più industrializzate: è considerata "la malattia dei ricchi". Il diabete mostra una significativa tendenza all'aumento, probabilmente in concomitanza con l'avanzare del benessere socio-economico. Per questo motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo ha definito una vera e propria "pandemia", utilizzando un termine che normalmente viene riservato alle malattie infettive. Stime relative al periodo 1994-2010 indicano che a livello mondiale i casi di diabete sono triplicati.

### **NUMERO DI DIABETICI NEL MONDO.**

Secondo l'OMS ci sono oltre 347 milioni di diabetici nel mondo. In Italia, secondo l'Istat, il diabete colpisce il 5,5% della popolazione, pari a 3 milioni di persone, ma tra gli ultrasettantacinquenni si arriva al 20,3%.

**Oggi dal diabete non si guarisce in modo definitivo, ma può essere trattato con successo. Una volta accertata la malattia si deve, diligentemente e quotidianamente, seguire la terapia prescritta e adeguarsi a un preciso stile di vita per tutto il resto dell'esistenza!**

### **La retinopatia diabetica, una complicanza grave e frequente del diabete.**

**Il diabete è una malattia cosiddetta "sistemica"** ossia colpisce tutto l'organismo: alcuni organi di più e precocemente, altri di meno e più tardivamente. **L'occhio è l'organo più a rischio** e, soprattutto, lo è la retina. Si tratta della parte più nobile dell'occhio ed è costituita da numerose cellule, alcune delle quali, i fotorecettori, hanno il compito di catturare il segnale luminoso e di inviarlo al cervello. Il diabete danneggia in particolare i capillari, i vasi più piccoli del circolo sanguigno, che hanno la funzione di cedere l'ossigeno e le sostanze nutritive alle cellule che costituiscono i tessuti. Nel corso degli anni, lentamente e inesorabilmente, il diabete causa prima un indebolimento delle pareti dei capillari, fino a creare dei veri e propri sfiancamenti (detti microaneurismi), poi la trasudazione della parte liquida del sangue (che causa l'edema), emorragie più o meno estese, microinfarti con ischemia di zone circoscritte (muoiono delle cellule della retina a causa del mancato apporto sanguigno). A questo punto intervengono i processi di cicatrizzazione, con formazione di nuovi vasi sanguigni (neovascolarizzazione), che sono dei vasi anomali che crescono in modo caotico distruggendo il tessuto nervoso "nobile", determinando emorragie sempre più gravi e favorendo il distacco di retina. In questo caso la retinopatia diabetica viene chiamata "proliferante": diventa molto grave e inarrestabile sino all'ipovisione e alla cecità.

### **PERCHÉ LA RETINA RISULTA MAGGIORMENTE COLPITA?**

Perché è ricca di vasi, essendo un tessuto che ha un bisogno continuo e abbondante di sostanze nutritive e di ossigeno per poter funzionare.

## QUANDO INSORGE LA RETINOPATIA?

La retinopatia può insorgere con qualsiasi forma di diabete ma la probabilità di essere colpiti è più elevata se si è ammalati di diabete da un tempo più lungo. È possibile, però, che una persona scopra di essere diabetica nel corso di una visita oculistica, quando all'esame del fondo dell'occhio vengono riscontrate delle alterazioni caratteristiche della circolazione della retina.

## QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO?

Uno dei principali fattori di rischio è proprio la durata della malattia: da quanto più tempo si soffre di diabete tanto maggiore è il rischio di avere una retinopatia. Dopo 20 anni di diabete circa il 70% dei diabetici sviluppa la retinopatia diabetica.

L'altro fattore di rischio è rappresentato dal controllo metabolico del diabete, ossia da quanto i valori della glicemia si mantengono entro certi limiti e non presentano sbalzi eccessivi. Questo obiettivo si può raggiungere attenendosi scrupolosamente alle indicazioni del medico e adottando uno stile di vita adeguato. Infine, anche altri fattori come alcool, fumo, alcuni farmaci, ipertensione arteriosa, malattie dei reni, ecc., possono influire in maniera più o meno determinante.

## QUALI DISTURBI VENGONO AVVERTITI QUANDO INIZIA LA RETINOPATIA?

È importante sapere che i sintomi oculari si hanno solo quando la retinopatia diabetica ha raggiunto uno stato molto avanzato, che ha già determinato dei danni irreversibili o quando colpisce in maniera specifica la macula, che è la parte centrale più nobile della retina. In questi casi si hanno:

- abbassamento lento e graduale della vista (visus) con associata distorsione delle immagini (metamorfopsie);
- improvvisa perdita della visione in un occhio per un'emorragia abbondante o per l'occlusione di un grosso vaso sanguigno della retina.

**L'efficacia della terapia delle complicanze oculari è strettamente correlata con la precocità della diagnosi. Ne consegue che la prevenzione secondaria (diagnosi precoce) è di fondamentale importanza!**

## CHE FARE?

Anche in assenza di sintomi chi è diabetico si deve sottoporre con una certa periodicità a visite oculistiche che prevedono l'esame del fondo oculare ed eventuali esami aggiuntivi.

## IN PRATICA:

ogni diabetico deve eseguire una visita oculistica almeno una volta l'anno. Se sono presenti segni di retinopatia diabetica è bene fare controlli oculistici ogni sei mesi o, comunque, con una periodicità a discrezione del proprio oculista.

## COME SI FA LA DIAGNOSI DELLA RETINOPATIA DIABETICA?

Una visita oculistica con accurato esame del fondo oculare permette di evidenziare i segni di una retinopatia. Per effettuare l'esame vengono utilizzati dei colliri che dilatano la pupilla (midriatici). Quindi l'oculista stabilisce se è necessario ricorrere a un esame strumentale più sensibile, capace di svelare anche le più piccole zone ischemiche del circolo sanguigno retinico. Ci riferiamo, in particolare, all'esame chiamato "fluoroangiografia retinica", che consente di studiare la circolazione sanguigna della retina.

*"La bellezza delle cose  
esiste nella mente  
di chi le osserva"  
(David Hume)*

## LA FLUORANGIOGRAFIA RETINICA

È un esame invasivo, perché viene iniettato in una vena del braccio un colorante (la fluoresceina) che si distribuisce in tutti i vasi sanguigni della retina, che in questa maniera diventano visibili nel loro decorso e nel loro calibro. Attraverso una macchina fotografica vengono registrati il passaggio del colorante e documentate anche piccolissime alterazioni dei vasi stessi. L'esame va eseguito a digiuno; è indispensabile che il paziente non sia allergico a mezzi di contrasto e che sia in buone condizioni generali. Dura circa dieci minuti e richiede una buona collaborazione: si può essere infastiditi dalla luce e durante l'esame si può avvertire un senso di nausea.

## COME SI CURA LA RETINOPATIA DIABETICA?

Il trattamento più utilizzato quando sono presenti le aree ischemiche è la fotocoagulazione laser che determina una "bruciatura" del tessuto retinico con successiva cicatrizzazione. Quindi, la retina malata non viene né curata né rigenerata, ma l'ustione che si crea con il laser blocca la progressione della malattia perché impedisce la liberazione di un fattore di crescita, il VEGF, che determina la crescita dei neovasi. Il laser non ridà la vista perduta ma consente di mantenere quella che si possiede. Ne consegue che una lesione "pericolosa", se trattata al suo comparire, non determina danni rilevanti. Quando la retinopatia diabetica è molto avanzata si pratica un trattamento laser molto più esteso (la fotocoagulazione panretinica o PRP): in questi casi la funzionalità della retina può essere molto compromessa. Oggi un'altra possibilità di trattamento è l'iniezione all'interno dell'occhio di farmaci così detti anti-VEGF che hanno la funzione di bloccare il rilascio del fattore di crescita più importante per i neovasi.

La *terapia chirurgica* viene praticata nelle fasi avanzate, quando si sono formate emorragie che invadono il corpo vitreo oppure si è creato un distacco di retina. In questi casi la vitrectomia – la rimozione del vitreo, la gelatina che riempie il bulbo oculare, che viene sostituito da sostanze trasparenti e tamponanti, come gas o olio di silicone – può restituire una certa funzionalità visiva.

**IN CONCLUSIONE: COME PER ALTRE PATOLOGIE OCULARI LA PREVENZIONE È FONDAMENTALE E SPESSO PIÙ IMPORTANTE DELLE STESSE CURE.**

