



F.O.V.E.A.

FEDERAZIONE OCULISTI VERONESI ASSOCIATI



LA GESTIONE DELLA RETINOPATIA DIABETICA

Barbara Parolini

Quante volte ci è capitato di pensare che la retinopatia diabetica è un confuso groviglio di manifestazioni che magari spaventano molto e che spesso non si sa come affrontare?

La seguente è una tabella riassuntiva che vorrebbe dare delle indicazioni pratiche sulla classificazione e soprattutto sulla gestione dei vari stadi di questa patologia. I dati sono ricavati dai grandi studi internazionali, eseguiti su migliaia di persone, che vengono portati avanti da una ventina d'anni. So che vi rimarranno ancora molti dubbi e che questa tabella non è assolutamente esaustiva.

Ciò che questi studi trasmettono, in sintesi, è che:

1. la progressione della patologia è lenta
2. il trattamento laser non è una panacea, è ricco di effetti collaterali e che va riservato a stadi avanzati perché su stadi precoci il bilancio rischio/beneficio non è a favore del laser.

In pratica si fa la PRP quando ci sono già neovasi presenti o segni indiretti di neovascolarizzazione periferica (emovitreo parziale), e si fa il trattamento in macula quando l'edema è clinicamente significativo (almeno una parte dell'edema è entro mezzo diametro papillare dal centro della fovea). Fare un focale per edemi non significativi o per periferie senza neovasi non ha molto senso perché la prognosi è ancora buona, meglio osservare il paziente.

3. anche quando il laser è indicato, non dà la certezza di evitare le complicanze (perdita di visus, emovitreo, neovascolarizzazione iridea).
4. se si devono fare sia PRP che laser in macula, fare prima il laser in macula.
5. riservare la vitrectomia a casi in cui il trattamento laser è stato completato, se possibile.

SCHEMA RIASSUNTIVO DI TRATTAMENTO DELLA RETINOPATIA DIABETICA

LEGENDA MA: microaneurismi, IRMA: microanomalie intraretiniche, CSME: edema maculare clinicamente significativo; PRP: panfotocoagulazione; NVE: neovasi in periferia; NVD: neovasi sul o entro 1 dd dal disco ottico; VTK: vitrectomia; FAZ: zona avascolare centrale *CONSIDERA PRP = Iniziare la PRP nello stadio preproliferante severo e proliferante precoce solo nei seguenti casi: gravidanza, insufficienza renale, pazienti monocoli, stadio proliferante nell'occhio controlaterale, sospetto di non poter rivedere il pz a 6 mesi, prima della estrazione di cataratta, prima di un trattamento Yag-laser. In tutti gli altri casi, è indicato aspettare lo stadio di proliferazione ad alto rischio per iniziare la PRP.*

Classificazione	Caratteristiche retiniche	Caratteristiche sistemiche	Trattamento
Nella norma	Nessuna	Diabete tipo I o II	Osservazione annuale
		Gravidanza	Osservazione bimestrale
Background	MA/emorr a bassa concentrazione		Osservazione annuale
Moderata	MA/emorr in 3-4 quadranti ad alta concentrazione o Essud cotonosi o IRMA o Alterato calibro venoso		Osservazione annuale
		Gravidanza	Osservazione bimestrale
Severa o preprol	MA/emorr in 3-4 quadranti ad alta concentrazione + <i>almeno 2 delle seguenti, in almeno 2 quadranti:</i> Essudati cotonosi Alterato calibro venoso IRMA	Diabete tipo I + o - CSME Diabete tipo II senza CSME Diabete tipo II con CSME	Considera PRP (si, se non possibile rivedere il pz ogni 6 mesi e se l'altro occhio è già in fase proliferante) Considera PRP Focale, considera PRP
Proliferante precoce	Qualsiasi NVE/NVD	Diabete tipo I + o - CSME Diabete tipo II senza CSME Diabete tipo II con CSME	Considerare PRP Considera PRP Focale prima e considera PRP
Proliferante ad alto rischio	<i>almeno 3 delle seguenti:</i> NV NVD NV severo (NVD 1/3 dd; NVE 1/4) Emorragie preretiniche	Diabete tipo I e II Se + CSME	PRP Focale prima e subito dopo o contemporaneamente PRP
Emorragia preretinica	Piccole, lasciano osservare gran parte della retina		PRP
	Diffuse retroialoidee		PRP e osservazione per 4 mesi. Se non si schiariscono: VTK
Emovitreo	Senza distacco di retina		Se possibile eseguire/completare PRP. Aspettare 2-4 mesi poi VTK + PRP
	Con distacco di retina		VTK + PRP alla diagnosi
Distacco di retina trattato	Extramaculare		Osservazione trimestrale

	Maculare		VTK
Rubeosi iridea	IOP normale		PRP
	IOP elevata		Farmaci ipotonizzanti + PRP
			Ciclodistruzione
Maculopatia diabetica	Edema focale	Se a più di 500 micron dal centro della FAZ Se a meno di 500 micron dal centro della FAZ	Osservazione quadrimestrale Focale
	Edema diffuso		Griglia
	Ischemica		Niente
	Edema cistoide		Aspettare 6 mesi poi VTK
	Membrana epiretinica		VTK quando visus < 7/10