

EDUCAȚIA ȘI INFORMAREA, VECTOR EFICACE ÎN CONȘTIENTIZAREA NEVOII DE PREVENȚIE A RETINOPATIEI DIABETICE

Education and information, effective vector in awareness of the need for diabetic retinopathy prevention

Șef Lucr. Dr. Doina Andrada MIHAL

*Clinica de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, UMF „Carol Davila”, București, România
Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „N.C. Paulescu”, București, România*

Diabetul zaharat este o problemă importantă de sănătate publică prin prevalența crescută și prin complicațiile cronice pe care le generează. Retinopatia diabetică este o complicație cronică a diabetului, progresivă, ce constă în modificări la nivelul microcirculației retiniei, cauzate în principal de hiperglicemia cronică (1). Retinopatia diabetică este principala cauză de orbire la adulții cu vârste cuprinse între 20 și 65 de ani (2). 35% dintre persoanele cu diabet zaharat au o formă de retinopatie diabetică, iar 7-10% au o formă severă ce poate duce la orbire (2,3). Pe lângă amenințarea vederii, retinopatia diabetică este o complicație cu un considerabil impact emoțional și social (4).

În stadiile inițiale retinopatia diabetică este asimptomatică, fapt ce îngreunează un diagnostic precoce și face ca screeningul regulat pentru această complicație să fie esențial pentru a o pune în evidență. De fapt și diabetul zaharat poate evolua mult timp asimptomatic, știut fiind faptul că simptomele clasice sugestive pentru hiperglicemie apar doar atunci când glicemiile sunt mult crescute. Datele statistice de prevalență ale retinopatiei diabetice sunt influențate de numărul de persoane depistate precoce. Cu cât diagnosticul diabetului zaharat se stabilește mai rapid în decursul istoriei naturale a bolii și cu cât și screening-ul pentru complicațiile cronice se face mai devreme, cu atât prevalența retinopatiei diabetice va fi mai mică la pacienții nou depistați cu diabet. Sistemele de sănătate ce investesc în diagnostic și scree-

ning precoce vor raporta, așadar, o prevalență mai redusă. Dacă diabetul se depistează la persoane simptomatice sau în momentul în care se instalează deja complicațiile cronice, atunci prevalența retinopatiei diabetice la noii depistați va fi mai crescută.

Este esențial așadar ca persoanele cu diabet să cunoască importanța consulturilor oftalmologice periodice în care să se efectueze screeningul pentru retinopatia diabetică. Educația terapeutică este o abordare ce are în prim plan pacientul și se concentrează asupra nevoilor acestuia, a resurselor și strategiilor necesare pentru ca pacientul să poată face față unor boli cronice. Definit încă din 1998 (5) de către Organizația Mondială a Sănătății, procesul de educație terapeutică își propune în primul rând ameliorarea calității vieții pacientului cu diabet zaharat (6). Acest proces reprezintă o modalitate terapeutică prin care se urmărește ca pacientul să capete cunoștințe legate de boală, să conștientizeze diferite aspecte ale acesteia (factori de risc, modalități de tratament, posibile complicații, modalități de prevenire și/sau tratament a acestora), să devină motivat și care ghidează pacientul de-a lungul evoluției de durată a bolii și a diferitelor etape de tratament (7).

Educația terapeutică se începe din momentul în care o persoană este depistată cu diabet și se reia periodic pe toată evoluția bolii. Dacă ne axăm pe partea de retinopatie, încă de la diagnosticare pacienții trebuie să primească informații care să îi ajute pe de o parte să optimizeze

stillul de viață și să controleze glicemiile și în același timp toți ceilalți factori de risc în apariția retinopatiei, iar pe de altă parte să înțeleagă că identificarea leziunilor de retinopatie și tratamentul precoce reprezintă singura metodă de a preveni pierderea vederii (8). Trebuie subliniat faptul că modificările din stadiile inițiale nu sunt simptomatice și că apariția simptomelor (scăderea acuității vizuale, vederea încețoșată, halouri în jurul luminii, vederea dublă, apariția durerii oculare, apariția unor membrane/puncte ce se mișcă în câmpul vizual, pierderea bruscă a vederii la un ochi, scăderea vederii nocturne sau a percepției culorilor) este de cele mai multe ori semn de severitate. Tulburările de vedere cauzate de retinopatia diabetică afectează de cele mai multe ori ambii ochi. Pacientul trebuie să cunoască aceste simptome și să se adreseze rapid la medic în cazul apariției acestora. În cadrul ședințelor de educație terapeutică sau cu ocazia consultațiilor aceste informații trebuie repetate și este bine să se verifice dacă pacientul a înțeles mesajul transmis. Mai multe studii au arătat că cei mai importanți factori care determină pacienții să efectueze controalele regulate în vederea depistării retinopatiei diabetice au fost: cunoașterea faptului că diabetul poate duce la orbire, cunoașterea importanței examinărilor regulate și îngrijorarea legată de posibilitatea pierderii vederii (9,10). Așadar, este important să se insiste asupra acestor aspecte în cadrul discuțiilor cu pacienții.

Metodele de diagnostic sunt reprezentate de examinarea fundului de ochi prin oftalmoscopie directă, realizarea de fotografii retiniene, tomografia în coerență optică sau angiografia cu fluoresceină (11). Screening-ul retinopatiei se recomandă de la debut în diabetul zaharat de tip 2 sau la 5 ani după diagnostic în diabetul zaharat de tip 1 și apoi la intervale regulate, cel puțin o dată pe an (11).

Principalii factori de risc incriminați în apariția și progresia retinopatiei diabetice sunt detaliați în tabelul de mai jos (1,3,12).

Este important ca pacienții să cunoască acești factori de risc și să înțeleagă că un bun control al glicemiilor este crucial în prevenirea complicațiilor cronice în general. Există nenumărate dovezi că un bun control glicemic reduce apariția retinopatiei diabetice sau a progresiei acesteia atât în diabetul zaharat de tip 1 cât și în diabetul de tip 2 (13,14). Controlul intensiv al glicemiei, cu menținerea HbA1c sub 7% scade riscul de apariție a retinopatiei diabetice cu 76% pentru pacienții cu diabet zaharat de tip 1 și cu 25% la pacienții cu diabet zaharat de tip 2 și reduce riscul agravării leziunilor deja instalate (13,14). Aducerea

TABELUL 1. Principalii factori de risc incriminați în apariția și progresia retinopatiei diabetice

Principalii factori de risc pentru retinopatia diabetică
• Controlul glicemic
• Durata de evoluție a diabetului
• Vârsta
• Rasa, etnia
• Hipertensiunea arterială
• Dislipidemia
• Fumatul
• Boala renală diabetică
• Sarcina la femeile cu diabet preexistent sarcinii

valorilor tensiunii arteriale și colesterolului la nivelurile recomandate în ghiduri pot preveni apariția retinopatiei diabetice dar și a celorlalte complicații diabetice (8). Renunțarea la fumat, pe lângă ameliorarea riscului cardiovascular, poate reduce riscul de apariție a retinopatiei diabetice. Boala renală diabetică este tot o complicație microvasculară, iar prevenirea acesteia reduce și riscul de apariție a retinopatiei (15). La o pacientă cu diabet zaharat, sarcina poate constitui un factor de risc pentru apariția retinopatiei sau poate agrava leziuni preexistente, așa că este obligatorie evaluarea oftalmologică înainte de a rămâne însărcinată și apoi pe parcursul sarcinii (15). Riscul de afectare retiniană este redus în cazul diabetului gestațional și nu se indică screening oftalmologic.

Educația terapeutică este în mod ideal realizată de o echipă multidisciplinară ce include medic de familie, diabetolog, asistentă de educație, oftalmolog. Educația terapeutică este un element esențial pentru ca pacientul cu diabet să capete cunoștințele și abilitățile necesare pentru a-și controla diabetul, pentru a se motiva să realizeze acele modificări necesare ale stilului de viață, ale dietei, pentru a-și urma corect tratamentul recomandat. Persoanele cu diabet care urmează un program structurat de educație terapeutică sunt mai aderente la recomandările de urmărire oftalmologică periodică (16). Participarea la astfel de programe a crescut cu 50% probabilitatea ca pacientul să se adreseze anual pentru examinarea oftalmologică (17). De la debutul diabetului, medicul de familie, medicul diabetolog și asistenta de educație sunt cei care furnizează pacientului informații legate de posibilitatea apariției retinopatiei, de factorii de risc și de importanța screeningului regulat (18). Pacienții cu diabet fără retinopatie diabetică sunt încurajați să efectueze anual examenul oftalmologic. Mai multe studii au arătat faptul că medicii sunt aceia care au un rol

esențial în recomandarea și promovarea necesității controalelor oftalmologice, pacienții fiind mai aderenți la examinările periodice dacă recomandarea inițială s-a făcut de către medic (16). Alți factori ce pot influența aderența la examinările oftalmologice periodice sunt: vârsta (tinerii sunt mai puțin complianți la recomandări), tipul de diabet (cei cu diabet de tip 2 sunt mai puțin complianți), tipul de tratament (cei cu diabet zaharat de tip 2 și tratament insulinic urmează mai conștiincios controalele), durata de evoluție a diabetului (cei cu durată mai mică de evoluție sunt mai puțin complianți) (16).

La cei care prezintă deja leziuni retiniene se discută despre stadiul retinopatiei și posibilele implicații, despre tratamentele existente, modalitatea de efectuarea a acestora, rezultate și posibile reacții adverse sau secundare, modul de monitorizare și se insistă asupra faptului că eficiența tratamentului depinde de efectuarea acestuia la timp (chiar dacă vederea este încă bună și nu pacientul nu acuză simptome), fiind singura modalitate de prevenire a pierderii vederii (19). Asimilarea acestor informații va ajuta pacientul să conștientizeze riscurile, să ia decizii informate și să comunice mai ușor și mai eficient cu echipa de îngrijire medicală. Studiul Diabetic Eye Disease

Follow-up a arătat că participarea într-un program de prevenție a pierderii vederii ce includea educație terapeutică și monitorizare periodică a fost un factor important pentru menținerea acuității vizuale, iar aderența la acești pacienți a crescut de la 35% to 60% (20).

Așa cum am subliniat, ședințele de educație terapeutică, individuale sau de grup, axate pe tema retinopatiei diabetice sunt indicate încă de la diagnosticul bolii și periodic pentru a reîmprospata cunoștințele pacientului. Deși interacțiunea cu echipa medicală este importantă,

ca modalitate suplimentară de conștientizare a riscului de apariție a retinopatiei diabetice și a consecințelor acesteia sau pentru a crește aderența la recomandările de screening periodic, se pot concepe programe online de educație pentru pacienții cu diabet. Un studiu recent a demonstrat că un astfel de program poate reprezenta un instrument eficient pentru a crește cunoștințele despre retinopatie în rândul pacienților cu diabet și pentru a-i motiva în a-și trata afecțiunea (21). Alte forme de creștere a aderenței la controale regulate poate fi reprezentată de apeluri telefonice personalizate prin care să li se amintească pacienților că este necesar să se prezinte la examenul oftalmologic (22) sau mesaje automate de reamintire a programării la oftalmolog (23). Atunci când pacienții au primit telefoane prin care li se amintea să meargă la controlul oftalmologic, rata de aderență a fost cu 14% mai mare decât la grupul de control și cu 18% mai mare față de un grup de pacienți cărora li s-au trimis scrisori pentru a îi motiva să meargă la consultul oftalmologic (22).

Un alt aspect ce trebuie adus în discuția cu pacientul cu diabet este reprezentat de complicațiile oculare diabetice neretiniene precum cataracta, glaucomul, abraziunile și eroziunile corneene și presbiopia precoce (15), complicații care cel mai adesea nu sunt percepute ca a avea legătură cu diabetul, ci mai degrabă în contextul avansării în vârstă.

În concluzie, echipa medicală de îngrijire – asistent educator, medic de familie, diabetolog și oftalmolog – informează, învață, motivează și negociază cu pacientul cu diabet pentru ca această să facă acele modificări de stil de viață necesare, să urmeze tratamentele prescrise, să atingă țintele terapeutice recomandate sau pentru ca să se prezinte la controalele oftalmologice periodice cu scopul final de a preveni apariția leziunilor oculare sau pentru ameliora prognosticul retinopatiei dacă este deja instalată și de a ameliora calitatea vieții.

BIBLIOGRAFIE

1. Diabet, nutriție și boli metabolice: Curs pentru studenți. Coordonatori: Fica S, Radulian G, Serafinceanu S, Guja C. Ed. Universitară "Carol Davila", București, 2018.
2. IDF atlas IDF Diabetes Atlas - 8th Edition, 2017. www.diabetesatlas.org
3. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 2012;35:556–64.
4. Fenwick E, Rees G, Pesudovs K et al. Social and emotional impact of diabetic retinopathy: a review. *Clin Exp Ophthalmol* 2012;40:27-38.
5. WHO, Regional Office for Europe. Therapeutic Patient Education, continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group, Copenhagen, 1998.
6. Golay A, Lagger G, Giordan A. Motiver pour changer. *Rev Med Suisse* 2007;3:S9-S11.
7. Golay A, Lagger G, Chambouleyron M et al. Therapeutic education of diabetic patients. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24:192-196.
8. International Diabetes Federation. The Diabetic Retinopathy Barometer Report: Global Findings. 2017 Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. Disponibil la: www.drbarometer.com.
9. Dervan E, Lillis D, Flynn L, et al. Factors that influence the patient uptake of diabetic retinopathy screening. *Ir J Med Sci* 2008;177:303-8.
10. Lian JX, McGhee SM, Gangwani RA, et al. Awareness of diabetic retinopathy and its association with attendance for systematic screening at the public primary care setting: a cross-sectional study in Hong Kong. *BMJ Open* 2018;8:e019989.
11. American Society of Ophthalmology. Diabetic Retinopathy Diagnosis. American Academy of Ophthalmology, 2017.

12. UK Prospective Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1988;352:837-853.
13. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 1993;329:977-86.
14. UKPDS King P, Peacock I, Donnelly R. The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. *Br J Clin Pharmacol* 1999;48:643-8.
15. <https://www.preventblindness.org/diabetic-retinopathy>.
16. Schoenfeld ER, Greene JM, Wu SY, Leske MC. Patterns of Adherence to Diabetes Vision Care Guidelines Baseline Findings from the Diabetic Retinopathy Awareness Program. *Ophthalmology* 2001;108(3):563-571.
17. Brechner RJ, Cowie CC, Howie LJ et al. Ophthalmic examination among adults with diagnosed diabetes mellitus. *JAMA* 1993; 270:1714-8.
18. Burke SD, Sherr D, Lipman RD. Partnering with diabetes educators to improve patient outcomes. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2014;7:45-53.
19. International Council of Ophthalmology (ICO). ICO Guidelines for Diabetic Eye Care. 2017.
20. Sprafka JM, Fritsche TL, Baker R et al. Prevalence of undiagnosed eye disease in high-risk diabetic individuals. *Arch Intern Med* 1990;150:857-61.
21. Beaser RS, Turell WA, Howson A. Strategies to Improve Prevention and Management in Diabetic Retinopathy: Qualitative Insights From a Mixed-Methods Study. *Diabetes Spectrum* 2018;31(1):65-74.
22. Pizzi LT, Zangalli CS, Murchison AP et al. Prospective Randomized Controlled Trial Comparing the Outcomes and Costs of Two Eyecare Adherence Interventions in Diabetes Patients. *Appl Health Econ Health Policy* 2015;13:253-263.
23. Chen T, Zhu W, Tang B et al. A Mobile Phone Informational Reminder to Improve Eyecare Adherence among Diabetic Patient in Rural China: A Randomized Controlled Trial. *Am J Ophthalmology* 2018,