

# ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN PREVENȚIA ȘI MONITORIZAREA RETINOPATIEI DIABETICE

*The role of the family doctor in preventing and monitoring the diabetic retinopathy*

Dr. Călin CIUBOTARU

*Clinica Infosan, București, România*

Diabetul zaharat este o boală cronică complexă. Este o afecțiune care poate apărea la orice vârstă și care poate determina complicații grave, schimbând radical modul de viață. De aceea, prevenția diabetului zaharat și a complicațiilor sale este esențială.

Datele statistice arată că întreaga lume se confruntă cu o recrudescență a diabetului zaharat tip 2, iar printre principalele cauze se regăsesc modul de viață de tip occidental, modificările alimentației, adoptarea unui stil de viață sedentar, dar și obezitatea.

Medicul de familie este pionul principal în lupta pacientului cu diabetul și complicațiile acestei boli. Practic, medicul de familie este cel care vede omul în ansamblul lui.

În literatura de specialitate diabetul zaharat este definit ca o tulburare metabolică ce poate avea etiopatogenie multiplă. Aceasta este caracterizată prin modificări ale metabolismului glucidic, lipidic și proteic, rezultate din deficiența în secreția de insulină, insulinoză rezistență sau ambele și care are ca element de definire până în prezent valoarea glicemiei.

Din păcate, diabetul zaharat, odată apărut, se va menține toată viața și de aceea, din clipa în care a fost diagnosticat, trebuie tratat și controlat permanent.

Sunt două tipuri de diabet zaharat întâlnite: diabetul zaharat de tip 1 – în care pancreasul nu produce suficientă insulină, fiind specific vârstelor tinere, și diabetul zaharat de tip 2, în care predomină insulinoză rezistența asociată unui deficit relativ de insulină – caracteristic mai frecvent vârstei adulte, mai ales asociată cu obezitatea. Practic,

neconcordanța dintre necesarul și disponibilitatea insulinei va duce în cele din urmă la valori crescute ale glicemiei. De regulă, această boală rămâne mulți ani nediagnosticată deoarece în stadiile inițiale simptomele lipsesc. Afecțiunea poate fi descoperită în cadrul controalelor periodice, când medicul de familie recomandă efectuarea analizelor de rutină, printre care și glicemia. În afara controalelor periodice, pacientul vine la medicul de familie pentru poliurie și polidipsie, scădere în greutate sau ajunge direct la spital în comă diabetică inaugurală. Toate aceste prezentări sunt tardive, când diabetul evoluează de mulți ani și adesea complicațiile sunt deja instalate.

## *Retinopatia diabetică, complicație extrem de gravă*

Retinopatia diabetică este o complicație a diabetului zaharat care are o prevalență de peste 33% printre pacienții diabetici. Datele statistice arată că, această complicație a diabetului zaharat este principala cauză de orbire la persoanele cu vârste între 20 și 65 ani. Evoluția bolii este progresivă, în ani, iar în lipsa unui tratament adecvat, retinopatia diabetică duce inevitabil la orbire.

Conform datelor statistice, majoritatea pacienților cu o vechime a diabetului de cel mult 10 de ani dezvoltă retinopatie diabetică. Dintre aceștia, 5,6% prezintă edem macular clinic semnificativ, iar 8% au retinopatie diabetică ce amenință grav vederea. Mai mult, în cazul pacienților cu diabet zaharat de tip 1, retinopatia este rară în primii 5 ani de la debutul bolii. Dar în cazul diabetului de

tip 2, retinopatia poate fi deja instalată când afecțiunea este diagnosticată. După 10 ani de boală, peste 70% dintre pacienți au un stadiu ușor sau sever de retinopatie.

În consecință, și în cazul acestei complicații serioase a diabetului zaharat, medicul de familie are un rol esențial. Acest lucru este explicat de faptul că afectarea oculară în diabet are o evoluție lent progresivă, de la stadiul inițial complet asimptomatic, până la pierderea totală și ireversibilă a vederii. Astfel, singura cale prin care această evoluție poate să fie încetinită sau oprită este controlul riguros, constant, permanent al bolii de bază. Mai exact, menținerea continuă a valorilor glicemiei în limite normale și controlul factorilor de risc asociați. Însă, din punct de vedere oftalmologic, esențială este examinarea regulată a fundului de ochi, prin această examinare fiind diagnosticate eventualele leziuni, a căror evoluție trebuie urgent stopată.

Pe de altă parte, un pacient care intră în cabinetul medicului de familie și are deja diabet zaharat trebuie să fie conștient de complicațiile care pot să apară în ani. Astfel, medicul de familie este cel care transmite pacientului informațiile legate de prevenția sau măcar amânarea complicațiilor pe care diabetul le poate genera. Astfel, pacientul va afla că: hipertensiunea arterială, dislipidemia, controlul incorect al glicemiei, fumatul, obezitatea, anemia, consumul de alcool, sedentarismul, dieta inadecvată, stresul sunt factori de risc pentru agravarea diabetului și apariția retinopatiei diabetice. Poate că nu toți acești factori de risc sunt complet controlabili, însă dacă pacientul îi cunoaște poate să minimalizeze efectele lor.

Cele mai des întâlnite complicații ale diabetului zaharat sunt: hipoglicemia, hiperglicemia, afecțiunile cardiovasculare, nefropatia diabetică, retinopatia diabetică, piciorul diabetic, neuropatia diabetică, afecțiuni ale pielii, unele probleme dentare, imunosupresia urmată de complicații infecțioase, depresia.

Pacientul cu diabet zaharat, trebuie să meargă regulat la medic și să efectueze o serie de controale și investigații periodice. Un pacient cu diabet zaharat este îngrijit de o echipă medicală compusă din: medicul de familie, diabetolog, cardiolog, oftalmolog, nefrolog, neurolog, infecționist, podolog, nutriționist, pediatru (în cazul copiilor). Ideal ar fi ca pacientul să beneficieze și de sprijinul unui psiholog. Medicul de familie are rolul esențial, dar adesea foarte dificil, în coordonarea acestei echipe pluridisciplinare în beneficiul pacientului.

### *Frecvența controalelor medicale periodice*

La medicul de familie, pacientul cu diabet zaharat ar trebui să vină o dată la trei luni, uneori lunar sau chiar mai

des. La fel și la medicul diabetolog ar trebui să se prezinte o dată la 3-6 luni. La medicul oftalmolog – o dată pe an dacă nu sunt instalate complicații oculare sau mai des în prezența acestora. La cardiolog, o dată sau de două ori pe an, în lipsa afectării cardiovasculare. În concluzie, pacientul trebuie să efectueze analize și investigații care au rolul de a diagnostica, evalua și trata complicațiile cronice ale diabetului zaharat.

Medicul de familie monitorizează la fiecare vizită: greutatea, IMC, circumferința abdominală, TA, complianța la tratament, susține pacientul pentru respectarea dietei și a modului de viață, recomandă analize și controale medicale de specialitate, urmărește evoluția complicațiilor.

Pacientul diabetic trebuie să facă un control oftalmologic anual pentru depistarea precoce a leziunilor de retinopatie. În cazul în care pacientul are deja diagnosticul de retinopatie diabetică stabilit, atunci frecvența controalelor oftalmologice va crește în funcție de gravitatea bolii, la recomandarea medicului specialist oftalmolog.

### *Medicul de familie și educația terapeutică*

În încheiere, trebuie subliniat poate cel mai important rol al medicului de familie în retinopatia diabetică, profilaxia, depistarea și urmărirea bolii. Mai exact, scopul final al educației terapeutice, educație pe care medicul de familie o face este ideea de selfcare. Acest lucru este realizabil numai dacă sunt atinse trei obiective esențiale:

Transmiterea de cunoștințe spre pacient și familia lui.

Deprinderea de abilități, mai exact a tehnicii de autodeterminare a glicemiei și monitorizarea alimentației.

Modificarea stilului de viață, a comportamentului alimentar, efectuarea de exerciții fizice, renunțarea la fumat, administrarea corectă a tratamentului, fie el oral sau injectabil.

O afecțiune, dacă este cunoscută și acceptată de pacient, devine mult mai ușor de gestionat și de trăit cu ea. Iar acest aspect este unul dintre obiectivele medicului de familie. Acesta este cadrul medical care ar trebui să-l facă pe pacient să-și înțeleagă boala și să facă tot ceea ce ține de el, astfel încât, alături de întreaga echipa medicală, să poată amâna instalarea complicațiilor aferente diabetului zaharat. Pentru că diabetul zaharat este o boala cronică a cărei evoluție poate fi ținută sub control doar prin înțelegerea ei și monitorizarea strictă a tuturor aspectelor ce o influențează.

---

**BIBLIOGRAFIE**

1. American Academy of Ophthalmology, November 2017, Romanian Translation March 2018.
2. Davis MD, Hiller R, Magli YL et al. Prognosis for life in patients with diabetes: relation to severity of retinopathy. *Trans Am Ophthalmol Soc* 77:144, 1979.
3. International Council of Ophthalmology. Guidelines for Diabetic Eye Care. Updated 2017.
4. Jack J. Kanski, Brad Bowling. *Clinical Ophthalmology – a systemic approach*, eight edition, chapter 13, 520:538.
5. Klein R, Meuer SM, Moss SE et al. Incidence of retinopathy and associated risk factors from time of diagnosis of insulin-dependent diabetes. *Arch Ophthalmol* 115:351, 1997.
6. Klein R, Meuer SM, Moss SE et al. Retinal microaneurysm counts and progression of diabetic retinopathy. *Arch Ophthalmol* 113:1386, 1995.
7. Marieta Dumitrache. *Tratat de oftalmologie*, volumul II, capitolul 19, pg 984:1000, 2012.
8. Myron Yanoff, Joseph W. Sassani. *Ocular pathology* sixth edition, chapter 15, pg 595-621.
9. Olsen Tw. Anti-VEGF Pharmacotherapy as an Alternative to Panretinal Laser Photocoagulation for Proliferative Diabetic Retinopathy *JAMA* 2015 314:213.
10. Writing Committee for the Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Panretinal photocoagulation vs intravitreal ranibizumab for proliferative diabetic retinopathy: a randomized clinical trial. *JAMA* 2015;314:2135-6.
11. [www.aao.org](http://www.aao.org) – Diabetic Retinopathy.