

בדיקות סקר לגילוי ניוון מקולרי גילי

מתי מומלץ לבצע בדיקות סקר ולהתחיל במעקב? | ד"ר שירי שולמן בשיתוף עמותת לראות

נחושת ולוטאין המקטין את הסיכון להתקדמות המחלה מהשלב היבש לשלב הרטוב ב-25% על פני חמש שנים.

הטיפול בשלב ה"רטוב" עבר מהפכה בשנים האחרונות עם השימוש בהזרקות תוך עיניות של קבוצת חומרים המעכבים את חלבון ה-VEGF לו יש תפקיד חשוב בצמיחת כלי דם לא תקינים. התרופות הקיימות כיום בשימוש נרחב הן אבסטיין, לוסנטים ואיילאה והן ניתנות בהזרקה תוך עינית אחת לחודש ולפי התגובה ניתן לרווח בין ההזרקות בחלק מהמטופלים. הטיפולים יעילים ומאפשרים שימור הראייה במרבית המקרים.

קיימת חשיבות רבה לאבחון מוקדם של המ"ח בשלב הרטוב מאחר וסיכויי ההצלחה של הטיפול עולים ככל שמתחילים בשלב מוקדם יותר.

לכן, מומלץ לבצע בדיקות סקר על ידי רופא עיניים לכל אדם מעל גיל 50 אחת לשנה. במידה וקיימים גורמי סיכון נוספים, כגון עישון או סיפור משפחתי, מומלץ להתחיל במעקב אף קודם לכן.

ד"ר שירי שולמן, מנהלת מכון העיניים אסותא השלום, ראש תחום עיניים ברשת אסותא

בשיתוף עמותת לראות

ליצ על בדיקות דימות כדי לאשר את האבחנה ועל מנת לתעד את מצב הרשתית כדי לאפשר השוואה בהמשך. OCT (טומוגרף רפיה אופטית ממוחשבת) הינה שיטת דימות המאפשרת מיפוי מדויק של הרשתית ברמת דיוק של מיקרונים בודדים (אלפיות המילימטר). הבדיקה יעילה להערכת קיום נוזלים ושינויים במבנה הרשתית, ומשמשת הן לאבחנה והן למעקב. הבדיקה נמשכת דקות ספורות ואינה כרוכה בקרינה או בהזרקה של חומר ניגודי.

צילום פלורסצאין הינה שיטת דימות הכוללת הזרקת חומר צבע לוריד המדגיש את כלי הדם ברשתית וסדרת צילומים המתבצעת מיד לאחר מכן. הבדיקה יכולה להדגים קיום כלי דם לא תקינים ומשלימה את צילום ה-OCT בחלק מהמקרים.

עם אבחנת המחלה יש לבצע מעקב אצל רופא עיניים אחת למספר חודשים לפי הממצאים. לשלב ה"יבש" לא קיים עדיין טיפול. בררית חומרה בינונית ומעלה מומלץ ליטול תוסף ויטמינים ואנטי אוקסידנטים המתבסס על מחקר ה-AREDS וכולל ויטמין C, ויטמין E, אבץ,



ד"ר שירי שולמן | צילום: יח"צ

יוון מקולרי גילי (נמ"ג) הינו הסיבה השכיחה ביותר לאבדון ראייה מעל גיל 60 בעולם המערבי. הרשתית הינה השכבה הפנימית המצויה בחלקו האחורי של גלגל העין והיא מקבלת את קרני האור ומקדרת אותם לאותות עצביים שעוברים אל המוח (בררית מה לפילם של מצלמה). המקולה היא איזור קטן (בקוטר כ-1.5 מ"מ) הנמצא בחלקה המרכזי של

הרשתית ובו ריכוז גבוה במיוחד של קולטני אור המאפשר ראייה חדה (למשל, קריאה או זיהוי פרי צופים). היקף הרשתית, המהווה את מירב שטחה, מאפשר זיהוי צללים אך לא ראייה חדה.

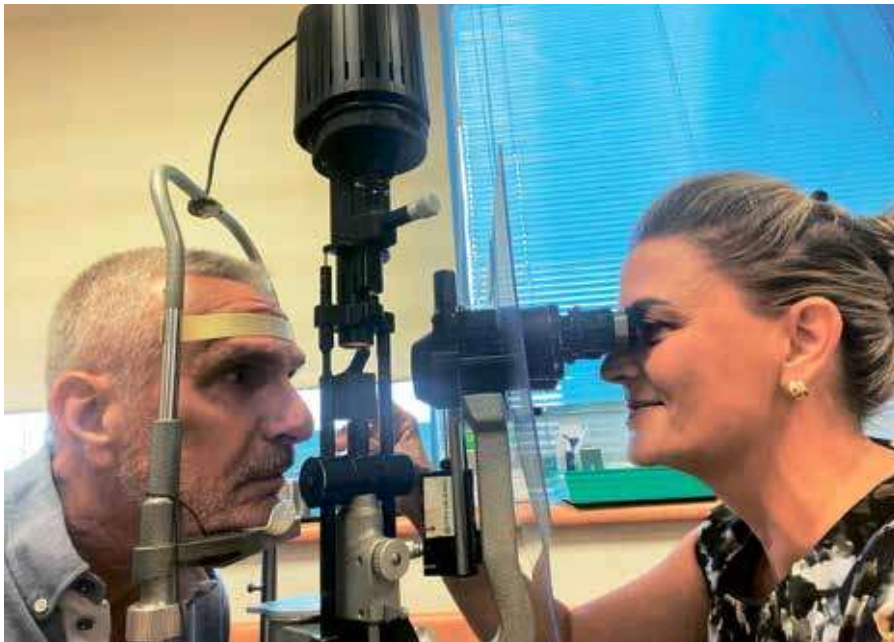
למחלה יש שני שלבים עיקריים: השלב ה"יבש" אשר בו מצטברים מתחת לרשתית משקעים הקרויים דרוזן ובמקביל מתנוונים תאים בשכבות הרשתית החיצוניות. בשלב זה הראייה בדרך כלל אינה נפגעת וחלק ניכר מהמטופלים אינם מודעים למחלתם. בשלב המתקדם של המחלה, השלב ה"רטוב", צומחים כלי דם לא תקינים מהשכבה שמתחת לרשתית ומהם דולפים נוזל ודם אל תוך הרשתית ומתחתיה.

מצב זה גורם להפרעה משמעותית בראייה – בדרך כלל עיוות בראייה או כתם מרכזי המפריע לה. ללא טיפול, תיווצר צלקת במקום אשר תגרום להפרעה בלתי הפיכה בראייה.

שכיחות המחלה עולה עם הגיל, עד כי מעל גיל 75 ניתן לזהות סימני נמ"ג בכשליש מהאוכלוסייה. קיים גם קשר גנטי ולקרובי משפחה מדרגה ראשונה של חולי נמ"ג קיים סיכון הגבוה עד פי 4 לחלות בה. גורמי סיכון נוספים הינם עישון (למעשנים סיכון כפול לחלות במ"ח בהשוואה ללא מעשנים) ובמידה פחותה גם יתר לחץ דם, חשיפה לשמש ומין נקבה. אבחון נמ"ג נעשה על ידי בדיקת קרקעית העין. הבדיקה נעשית על ידי רופא עיניים (לאחר הריחוק האישונים באמצעות טיפות). זיהוי הממצאים האופייניים של דרוזן, שינויים בשכבת הפיגמנט אפיתל שמתחת לרשתית, כלי דם לא תקינים או הצטלקות הם סימנים המרמזים על המחלה.

בדיקות דימות לאבחון נמ"ג

במידה וקיים חשד לנמ"ג רופא העיניים ימ



ד"ר שירי שולמן מבצעת בדיקת עיניים למטופל | צילום: יח"צ