



## Diabetesretinopati – en ögonsjukdom hos diabetiker

Uppdaterad 24.5.2017

Uppskattningsvis har nästan en halv miljon finländare diabetes och antalet stiger. Sjukdomen kan påverka också ögonen: diabetesretinopati är en näthinnesjukdom som drabbar många diabetiker. Därför bör diabetespatienters ögonbottnar undersökas regelbundet. En allvarlig ögonskada kan oftast förhindras med god behandling av diabetessjukdomen och behandling av ögonen i rätt tid.

Det bästa sättet att förebygga uppkomst och vidareutveckling av retinopati är god diabetesbehandling: blodsockervärden och blodtryck som är så nära normalvärdena som möjligt, regelbunden kontroll av ögonbotten och i tid inledd behandling av ögonen, oftast laserbehandling.

Diabetisk retinopati utvecklas småningom. Eftersom förändringarna under lång tid inte ger några symtom kan patienten tycka att regelbundna kontroller inte är så viktiga. Symtomfrihet betyder ändå inte att det inte redan finns ögonbottenförändringar – till och med sådana som borde behandlas.

### Den första ögonbottenundersökningen görs när diabetes diagnostiseras

Diabetespatientens ögon bör undersökas när sjukdomen diagnostiseras, med undantag för barn under tio år. Därefter görs uppföljningar för typ1-diabetiker med två års och för typ 2-diabetiker med tre års intervall. Om ögonbottenförändringar konstateras görs kontrollerna oftare.

I samband med graviditet bör en diabetikers ögon undersökas redan när graviditeten planeras eller åtminstone genast i början på graviditeten.

### Ögonbottenfotografering är ett snabbt och effektivt sätt att screena och följa upp retinopati

För ögonbottenfotograferingen utvidgas pupillerna med ögondroppar. Pupillerna kan förbli utvidgade i några timmar och ögonen kan då vara ljuskänsliga. För att undvika bländning kan man använda solglasögon. De utvidgade pupillerna kan göra att man ser dimmigt, men synen återgår till det normala inom några timmar.

Själva fotograferingen tar bara några minuter och bortsett från lindrig bländning är den inte obehaglig eller smärtsam.

### Andra undersökningar enligt behov

Vid diagnostik av diabetisk retinopati är laboratorieprov inte till någon nytta, utan diagnostiken baserar sig på noggrann klinisk undersökning, fotografering eller båda. När behandlingen planeras kan det behövas andra bildundersökningar, till exempel optisk koherenstomografi (OTC) eller kontrastundersökning av blodkärlen.

### Olika typer av retinopati

Näthinnesjukdom utan nybildning av blodkärl kallas för **bakgrundsretinopati**. Mikroaneurysm (utvidgningar på kapillärkärlen) är karakteristiska för bakgrundsretinopati. De är i allmänhet det första tecknet på diabetesretinopati. Bakgrundsretinopati indelas i olika svårighetsgrader utgående från andra förändringar. Bakgrundsretinopatin hotar ännu inte synförmågan, men den är ett tecken på att diabetes inverkar på ögonen.



I en sådan situation är det speciellt viktigt med god diabetesbehandling och ögonkontroll.

Makulan (gula fläcken) är näthinnsans mittdel som behövs både för att se skarpt och se färger. Vid **makulopati** försvagas synen i allmänhet på grund av svullnad. Makulopati kan förekomma i alla stadier av retinopati.

När näthinneförändringarna framskrider och tilltäppningen av blodkärl leder till nybildning av blodkärl är det fråga om **proliferativ retinopati**. De nya blodkärlen som har bildats på näthinnan, synnerven eller båda är sköra och kan blöda på näthinnsans yta eller in i glaskroppen som fyller upp ögats bakre del. Denna förändring hotar synförmågan och den bör behandlas. Om proliferativ retinopati inte behandlas leder den inom fem till tio år till blindhet hos största delen av patienterna.

### **Retinopati och olika typer av diabetes (typ1 och 2)**

Retinopatiförändringar förekommer inte hos barnpatienter med typ1-diabetes yngre än tio år, men från och med puberteten är förändringar möjliga. Patienter med typ 2-diabetes kan däremot ha retinopati redan då sjukdomen diagnostiseras. Det förekommer nuförtiden mera sällan eftersom man är mera medveten om sjukdomen och den konstateras på ett tidigare stadium.

Nästan alla patienter med typ 1-diabetes utvecklar retinopati inom 20 år om de har insjuknat som unga (under 30 års ålder). Nästan hälften utvecklar proliferativ retinopati inom 15–20 år.

I medeltal varannan typ 2-diabetiker har retinopati men den är sällan proliferativ, i synnerhet om diabetikern inte behöver insulinbehandling (risken är under fem procent).

En femtedel av diabetikerna får makulaödem (svullnad i makulaområdet) inom 10–20 år.

### **Man kan påverka riskfaktorerna**

Det bästa sättet att förebygga retinopati och hindra att den framskrider är att sköta sin diabetes så bra som möjligt: blodsockret bör hållas så nära det normala som möjligt, likaså blodtrycket och blodets fettvärden (bland annat det så kallade dåliga kolesterolet, LDL-kolesterolet, och triglyceriderna). Njursjukdom, anemi och bukfetma i samband med diabetes är andra riskfaktorer för retinopati.

Graviditet ökar risken för diabetesretinopati, men bara tillfälligt.

Ju längre patienten har haft diabetes, desto större är risken att få retinopati. Om patienten insjuknar i typ 2-diabetes först senare i livet är risken för retinopati mindre.

### **Retinopati behandlas med laser eller injektioner, ibland också med operation**

Den allvarliga synskada som diabetisk retinopati orsakar kan oftast förhindras med laserbehandling och vid behov med läkemedelsbehandling eller operation. Behandling behövs när patienten har konstaterats ha makulaödem som hotar synen, proliferativ retinopati eller svår bakgrundsretinopati (förstadium till proliferativ retinopati).

För laserbehandlingen bedövas ögat med droppar och vid behov ges också smärtstillande läkemedel. Efter laserbehandlingen kan patienten få huvudvärk, så smärtstillande läkemedel kan behövas också då. Det är bra att dessutom använda fuktgivande ögondroppar.



Hur omfattande laserbehandlingen blir beror på individuella faktorer: patientens ålder, riskfaktorer och retinopatins svårighetsgrad. Vid proliferativ retinopati behövs i allmänhet flera behandlingsgångar.

Behandlingsresultatet kontrolleras efter en månad och behandlingen kompletteras om resultatet inte är tillräckligt bra. Laserbehandlingens effekt bibehålls i årtionden.

Makulaödem behandlas i allmänhet med 4–6 månaders intervall. Laserbehandlingen är inte alltid så effektiv att svullnaden försvinner. Då kan behandlingen kompletteras med läkemedel som injiceras i glaskroppen.

Om makula riskerar att lossna eller näthinnan har lossnat måste patienten få brådskande ögonkirurgisk behandling. Glaskroppen bör avlägsnas om en blödning inne i den inte klarnar eller försvinner. Nuförtiden kan också makulaödem ibland behandlas med operation.

### **Uppföljning efter operation**

Efter ingreppen behövs noggrann uppföljning. Om en effektiv metod för ögonbottenfotografering finns tillgänglig kan en del av uppföljningen göras med hjälp av den. Om tillståndet är fullständigt stabilt två till tre år efter laserbehandlingen kan intervallet för fotografering vara två år.

Om det förekommer restsvullnad efter makulaödemet bör uppföljningen ske hos en ögonläkare. Om svullnaden är helt borta är fotografering av ögonbottenarna en lämplig uppföljningsmetod.

## **Rehabilitering är en väsentlig del av en god behandling**

Rehabilitering utgör en del av god diabetesbehandling. Vid rehabilitering av synskadade söker man lösningar för de problem som den nedsatta synen medför. Rehabiliteringstjänster för ögonpatienter inom den offentliga hälso- och sjukvården är koncentrerade till centralsjukhusens ögonenheter.

Rehabilitering som ett led i behandlingen inleds genast när vanliga glasögon inte mer ger tillräckligt närseende. För behandlings- och rehabiliteringsplanen behövs ett utlåtande av ögonläkaren eller den behandlande läkaren.

Förutsättningen för att få ett hjälpmedel är att en läkare har konstaterat att en sjukdom eller skada gör att hjälpmedlet behövs. Sådana hjälpmedel kan vara till exempel förstoringsglas, läs-TV, dator, talsyntetisator och ljudböcker. Hjälpmedel för att röra sig är till exempel vit käpp och ledarhund. För kunden är hjälpmedlen kostnadsfria.

FPA ([www.kela.fi](http://www.kela.fi)) ordnar prövningsbaserad rehabilitering för synskadade. Den är ämnad främst för personer i arbetsför ålder. Psykosociala anpassningskurser är också prövningsbaserade.

Synskadades förbund ordnar också rehabiliteringstjänster för synskadade (<http://www.nkl.fi/svenska>).

Mera information om ekonomiska förmåner ges av det egna sjukhusets socialskötare, rehabiliteringsinstruktör, FPA:s lokalbyrå eller Synskadades förbund och Förbundet Finlands Svenska Synskadade.



## Diabetisk retinopati i siffror

Diabetisk retinopati är en av de viktigaste orsakerna till synskada hos den arbetsföra befolkningen och den tredje vanligaste orsaken hos personer över 65 års ålder. Enligt synskaderegistret finns det i Finland nästan 1 000 personer med synskada på grund av diabetes och nästan 2 000 personer med synskada som har diabetes. Blindhet orsakad av diabetes har på grund av screening och effektiverad behandling minskat till hälften under åren 1990–2000 och den positiva utvecklingen har ännu fortsatt.

## Författare

Texten är uppdaterad utifrån [Finska Läkarföreningen Duodecims rekommendation God medicinsk praxis](#) av redaktören **Kirsi Tarnanen** som är ansvarig för patientversionerna.

Texten är granskad av ordföranden för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, MKD, docent, specialistläkaren i ögonsjukdomar, avdelningsöverläkare **Paula Summanen** från ögonkliniken vid HUCS och huvudredaktören för God medicinsk praxis, MD, docent **Jorma Komulainen** från Finska Läkarföreningen Duodecim.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.

## Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis-rekommendationerna är sammandrag gjorda av framstående experter gällande diagnostik och behandling av bestämda sjukdomar. De ersätter inte läkarens eller annan hälsovårdspersonals egen bedömning av vilken diagnostik, behandling och rehabilitering som är bäst för den enskilda patienten då behandlingsbeslut fattas.