

"מחקרים חדשים מקדמים תרופות חדשות לטיפול בבצקת מקולרית וסיבוכי סכרת"

טיפולים וחיידושים בסיבוכי מחלת הסכרת בעיניים

ד"ר אפרת פלייסינג



תמונת קרקעית עין של חולה סכרתית עם דימומים וצמיחת כלי דם לא תקינים | צילום: גלית יאיר פור

הה של בצקת במרכז הראיה ישנם מספר טיפולים היכולים לסייע, ביניהם זריקות תוך עיניות המ" עכבות שגשוג של כלי דם חדשים Anti- VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) כגון האבסטין (AVASTIN), הלוסנטיס (LUCENTIS) והאיילאה (EYLEA). זריקות אלו ניתנות על פי רוב מדי חודש או חודשיים בהתאם לתגובה לטיפול. בסכרת במעקב של 5 שנים, כל הטיפולים האלו הוכחו כיעילים ושווי ערך בטיפול בבצקת המקור- לרית, אך במידה והמטופל אינו מגיב לטיפול אחר, ניתן לעבור לטיפול אחר.

בנוסף, במטופלים שאינם מגיבים לזריקות, ניתן לטפל גם בזריקות סטרואידים לחלל העין כגון TRIAMCINOLONE ACETONIDE, הפועל לת תקופה קצרה יחסית של כחודשיים. קיימות זריקות נוספות לחלל הזוגית המאפשרות שחרור

סכרת הינה ליקוי מטבולי אשר מתבטא ברמות סוכר גבוהות ברם. נזקי מחלת הסכרת מתמקד דים באיברים בהם כלי דם קטנים וכלי דם גדולי. כליות, עיניים ומערכת העצבים הם דוגמאות לאיברים בעלי כלי דם קטנים הנפגעים כתוצאה ממחלת הסכרת. המחלה העינית נגרמת כתוצאה מפגיעה בכלי הדם המיקרוסקופיים המצויים ברשתית, הגורמת להם לדלוף ולדמם. אם הדלף נג" רם במרכז הראיה (מקולה) תיווצר בצקת שתגרום לטשטוש ועיוות הראיה. המעורבות העינית בסכרת מתחלקת לשני סוגים עיקריים: רטינופתיה (פגיעה ברשתית) שהיא לא שגשוגית, כלומר ללא צמי" חה של כלי דם לא תקינים, ורטינופתיה שגשוגית. במקרים הקשים יותר של רטינופתיה סכרתית שג" שוגית, צמיחה של כלי דם לא תקינים לחלל הז" גוגית יכולה לגרום לדימומים לתוך חלל הזוגית וכן להפרדות רשתית משיכתית עד עוררון. אנשים רבים לא חשים בפגיעה בראיה בשלבים מוקדמים של מחלת הסכרת, אלא רק בשלב בו כבר חלה ירידה בראיה, שהיא לפעמים בלתי הפיכה. לכן, קיימת חשיבות רבה בבדיקה מוקדמת של הרש" תית, ומעקב מסודר אצל רופא עיניים, עם אבחנה של מחלת הסכרת.

אבחנה

במרפאת העיניים המטופלים עוברים בדי" קה של מומחה לרשתית וכן הדמיות שונות כגון צילום OCT - OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY וצילומים של כלי הדם ברש" תית באמצעות הזרקת חומר ניגודי (פלורסצאין) לווריה. צילומים אלו עוזרים לזהות את כלי הדם הלא תקינים המצויים בעין, ואזורים של חוסר אספקת דם לרשתית. בשנים האחרונות נכנס לשימוש במרכזים מתקדמים בעולם, כמו גם במרפאת עיניים בבית החולים איכילוב, מכשיר ה-OCT ANGIOGRAPHY המאפשר באמצעות טכנולוגיה חדשה לזהות כלי דם לא תקינים, ואזורים של חוסר אספקת דם לרשתית, כל זאת ללא צורך בהזרקת חומר ניגוד לווריה. לעיתים מכשיר זה מאפשר לזהות שינויים מוקדמים, עוד לפני שחלה פגיעה ברשתית, ובכך מסייע לרופא העיניים להחליט על אופן הטיפול המיטבי.

הטיפול במחלה העינית

הטיפול בסכרת מתבסס על איזון רמות הסוכר, לחץ הדם, רמות השומנים ברם, וכן מעבר לאורח חיים בריא. לעיתים טיפול זה יכול לשפר ואף לג" רום לנסיגה של הנזקים הנגרמים ברשתית. במקי

קיימת חשיבות במעקב מסודר של מטופלים עם סכרת, וכן איזון הסכרת, איזון לחץ הדם, וטיפול מוקדם בסיבוכי הסכרת, כדי לשמר את הראיה

סטרואיד בצורה מבוקרת לחלל הזוגית כגון שתל ה-Ozurdex (Dexamethasone) עם פעילות של עד חצי שנה. תרופות ארוכות טווח יותר הינן ה-ILUVIEN (FLUCOCINOLONE ACETONIDE) ו-RETISERT (FLUCOINOLONE ACETONIDE), המאפשרות שחרור מושהה של סטרואיד ופעילות אף לתקופות של עד שלוש שנים. במטופלים מסוימים ניתן אף לבצע טיפול לייזור ממוקד לאזור כלי הדם הדולפים סמוך למ" רכו הראיה, על מנת להפחית את הדלף לאזור מרכז הראיה.

במטופלים עם רטינופתיה שגשוגית וצמיחה של כלי דם לא תקינים, ישנן מספר אפשרויות טיפול, כאשר בדרך כלל הטיפול משלב זריקות ANTI-VEGF, וכן טיפולי לייזור. הזריקות מורידות את הפרשת ה-VEGF וגורמות לנסיגה של כלי דם לא תקינים. טיפול הלייזור להיקף הרשתית גורם להורדת צריכת ההמצן על ידי הרשתית, וכך

להורדת שחרור ה-VEGF ולנסיגה של כלי הדם הלא תקינים. במידה ויש דימום זוגיתי משמעותי שאינו נסוג, ניתן לבצע גם ניתוחי כריתת זוגית (ויטרק" טומיה). ניתוח הויטרקטומיה הוא ניתוח בו נכנסים עם מכשירים זעירים לחלל העין, מנקים את חלל הזוגית ומבצעים טיפול לייזור לרשתית ההיקפית. ניתוחי הויטרקטומיה נחוצים גם במקרים הקשים של הפרדות רשתית משיכתית, או ניתוח עדיין לקילוף הקרומים ואזורי המשיכה נדרש. השאיפה היא כמובן להמנע מהגעה למצבים אלו של רטינופתיה שגשור" גית ומשיכתית, על ידי מעקב וטיפול צמוד.

טיפולים עתידיים

כעת נמצאים במחקר מספר טיפולים עתי" דיים לבצקת מקולרית משנית לסכרת, במאמץ להוריד את מספר הזריקות ולהעלות את יע" לות הטיפול. דוגמה לתרופה מבטיחה היא תרופת ה-FARICIMAB, תרופה שפועלת בשני מנג" נונים, ומכילה גם נוגדן גם נגד VEGF, וגם נגד ה-ANGIOPOIETIN-2. מחקר ה-YOSEMITE ומחקר ה-RHINE הראו תוצאות שוות ערך של פעילות ה-FARICIMAB בהזרקות קבועות כל שמונה שבועות ובמרווחים מותאמים אישית של עד 16 שבועות, אל מול איילאה הניתנת כל שמונה שבועות.

מחקרים נוספים הם ה-GLEAM וה-GLIMMER

הבורקים את יעילות ובטיחות תרופת ה-KSI-301 בבצקת מקולרית משנית לסכרת. ה-KSI-301 הינו ANTI-VEGF המוצמד לפולימריה וצפוי לגרום לפע" לות ממושכת יותר בעין. תוצאות שנה של תרופה זו אף הן מבטיחות, ובפרטסום אחרון כ-70% ממטופלים עם סכרת הצליחו להגיע לתקופה של חצי שנה ללא צורך בטיפול בזריקות. טיפול חדש נוסף, מבטיח גם הוא, הנמצא בשלבי מחקר מתקדמים הינו PORT DELIVERY SYSTEM. מחקר ה-PAGODA בודק את יעילות טיפול זה, בו מושתל מאגר לשחרור מושהה בניחות (PDS) אליו ניתן להזריק את תר" פת הלוסנטיס במרפאה, בפרקי זמן מרוחקים יותר של כחצי שנה. זהו המחקר הראשון הבודק טיפול זה בסכרת, אך תוצאות טיפול זה ב-AMD מראות כי כ-80% מהמטופלים נוקקו למילוי המאגר בתכיפות של אחת לחצי שנה ואף פחות מכך.

לסיכום, קיימת חשיבות במעקב מסודר של מטופלים עם סכרת, וכן איזון הסכרת, איזון לחץ הדם, וטיפול מוקדם בסיבוכי הסכרת, כדי לשמר את הראיה. כעת עם המחקרים החדשים צפויות להכנס תרופות חדשות ומבטיחות לטיפול בבצקת מקולרית וסיבוכי סכרת, בשנים הקרובות.

ד"ר אפרת פלייסינג היא מומחית למחלות עיניים, היחידה לרשתית וזוגית, מערך עיניים, המרכז הרפואי תל-אביב