

ניוון מקולה גילי (נמ"ג) – ניוון מרכז הראייה ברשתית העין הסיבה השכיחה ביותר לעיוורון באוכלוסיה מעל גיל 60

מאת: ד"ר איתמר ישורון, מנהל שירות ניתוחי זגוגית ורשתית העין,
מחלקת עיניים, המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון, חולון

מהי רשתית העין?

הרשתית הינה רקמה דקה ועדינה (דומה למעשה בעוביה ועדינותה לקרום הצף מעל לחלב העומד פרק זמן ממושך בתוך כוס) המצפה את פנים דופן העין. רקמה זו אחראית לקליטת התמונה הנכנסת אל תוך העין והפיכתה לסדרת אותות חשמליים המועברים דרך עצב הראייה אל מרכז מיוחד במוח המתמחה בתרגום האותות החשמליים לתמונה אותה אנו רואים. אם נדמה את העין למצלמה, הרי שהרשתית מהווה את סרט הצילום הקולט את התמונה לאחר שזו נכנסה אל תוך המצלמה. לרשתית אזור מרכזי הקרוי מקולה, בו צפיפות התאים גבוהה במיוחד. אזור זה אחראי ליכולתנו להבחין בפרטים העדינים של התמונה הנכנסת לעינינו. יכולת זו מוכרת בשם "חדות ראייה". יכולתנו לקרוא, לצפות בטלוויזיה, לנהוג ולזהות פנים לדוגמא, תלויה בקיום "חדות ראייה" טובה ועל כן בתפקוד תקין של תאי הרשתית באזור המקולה.

מהו ניוון מקולה גילי (נמ"ג)?

ניוון מקולה גילי (נמ"ג) - הסיבה השכיחה ביותר לעיוורון באוכלוסיה מעל גיל 60, הינה מחלה אשר בה, עקב תהליך ניוון, השכיח יותר בגיל מבוגר, של רקמת רשתית המקולה, נפגעת יכולת העין לקלוט את הפרטים העדינים של התמונה הנכנסת אליה (חדות הראייה נפגעת). במקרים הנדירים יחסית וקשים יותר, בהם הרס תאי רשתית המקולה נרחב, עלולה חדות הראייה להיפגע עד שמבחינה חוקית העין נחשבת לעיוורת. במידה ושתי העיניים מעורבות בתהליך הניוון, עלול החולה במחלה להתקשות בביצוע פעולות יומיומיות כגון קריאה, צפייה בטלוויזיה, נהיגה וזיהוי פנים והוא ייחשב לעיוור. במקרים מסוימים המחלה מתקדמת באיטיות רבה כל כך, עד כי החולה אינו מבחין כמעט בהפרעות בראייה. במקרים אחרים המחלה מתקדמת במהירות ועלולה לגרום לפגיעה קשה בחדות הראייה בשתי העיניים לאחר פרק זמן יחסית קצר.

מתי צורות המחלה?

המחלה עשויה להופיע בשתי צורות: היבשה והרטובה. בצורה היבשה, תאי רשתית המקולה מתנוונים בקצב איטי וחדות הראייה, על כן, מידרדרת בקצב איטי, לאורך שנים. כ-90% מהחולים בנמ"ג סובלים מצורה זו של המחלה. הצורה הרטובה מתחילה תמיד בעיניים אשר סובלות מדרגה זו או אחרת של הצורה היבשה של המחלה, אך בשלב כלשהו של המחלה, צומחים מתחת לרשתית המקולה כלי דם חדשים אשר בעין הבריאה אינם אמורים להיות קיימים (מעין פצע מתחת לרשתית). דפנות כלי דם אלו עדינים במיוחד ונוטים לדלוף או לדמם. הדם, או מרכיביו הדולפים אל תוך רקמת הרשתית, עלולים לגרום להרס מהיר של תאי רשתית המקולה ולפגיעה מהירה וקשה בחדות הראייה. כ-10% מהחולים בנמ"ג סובלים מצורה זו של המחלה.

מה ירגיש חולה בנמ"ג?

חשוב להדגיש כי המחלה אינה מלווה בכאב כלשהו אלא בהפרעות בראייה בלבד. החולה בצורת המחלה היבשה עשוי להרגיש שראייתו מיטשטשת או "נחלשת" בהדרגה. למרות שלטשטוש ראייה הדרגתי בגיל המתקדם סיבות נוספות שכיחות יותר (כגון התפתחות קטרקט), הרי שרופא העיניים יכול בבדיקת הרשתית לאבחן קיום נמ"ג כגורם עיקרי או נוסף לטשטוש הראייה. בצורת המחלה הרטובה, החולה עלול להבחין בהופעת טשטוש ראייה פתאומי בעין אחת או בשתי העיניים. לעתים התמונה הנקלטת מהעין החולה מעוותת בעקבות חדירת הנוזלים מכלי הדם החדשים אל הרשתית. החולה עשוי לראות, לדוגמא, כי קווים האמורים להיות ישרים נראים עקומים.

כיצד מאובחנת המחלה?

רופא העיניים המטפל עשוי לאבחן את המחלה לאחר התבוננות ברשתית. מספר בדיקות עזר, כגון צילום הרשתית לאחר הזרקה לווריד של חומר זוהר או סריקה אופטית ממוחשבת של הרשתית, עומדים לרשותו על מנת להגיע לאבחנה הסופית.

האם אבחון מוקדם מסייע לעצירת התפתחות המחלה?

כן. הטיפולים הקיימים כיום מאפשרים לעצור את המחלה ולשמר את הראייה הקיימת טרם התחלת הטיפול, ברוב החולים עם נמ"ג רטוב. חשוב, על כן, לאבחן את המחלה כאשר היא עדיין בשלביה המוקדמים וחדות הראייה עדיין שמורה יחסית. התחלת הטיפול כאשר קיים כבר הרס נרחב של רשתית מרכז הראייה, עשוי אמנם למנוע הידרדרות נוספת בחדות הראייה, אך זו תישאר לרוב ירודה.

מהם גורמי הסיכון לחלות בנמ"ג?

במחקרים שונים נימצא כי הגורמים הבאים מהווים גורמי סיכון ללקות במחלה:

- (א) עישון
- (ב) משקל יתר
- (ג) קיום המחלה בקרוב משפחה (הורים, אחים/אחיות)
- (ד) שכיח יותר בנשים

האם ניתן לצמצם את הסיכון לחלות בנמ"ג?

כן. במחקרים שונים נמצא כי ניתן לצמצם את הסיכון לחלות בנמ"ג ע"י:

- (א) הימנעות/הפסקת עישון
- (ב) שמירה על משקל תקין
- (ג) שמירה על תזונה נכונה, עשירה בדגים וברקות בעלי עלים ירוקים כגון: ברוקולי ותרד
- (ד) שמירה על לחץ דם תקין
- (ה) ביצוע פעילות גופנית

האם הפחתה במספר שעות השימוש בעיניים יעקב את קצב התקדמות המחלה?

לא. אין כל עדות לכך ש"מאמץ" של העיניים, כגון קריאה או צפייה בטלוויזיה, תורם להתפתחות המחלה ואין כל עדות לכך שהימנעות מ"מאמץ" עיניים עשוי לשנות את מהלך המחלה.

מהו הטיפול בצורת המחלה היבשה?

אין כיום טיפול יעיל במחלה מהסוג היבש. לאחר אבחון סוג זה של המחלה, מומלץ לנקוט באורח החיים שפורט בסעיף הקודם, במטרה להאט את קצב התקדמותה. קבוצת מחקרים הוכיחה גם כי נטילה קבועה של ויטמינים, חמרים נוגדי חמצון ואבץ, עשויה לעכב את קצב ניוון המקולה. קיימים מספר תכשירים בשוק אשר מכילים את התערובת המומלצת לשימוש. רופא העיניים בוודאי ימליץ למטופל על אחד מתכשירים אלו. יש לזכור עם זאת, כי השימוש בתכשירים עלול להיות מלווה בתופעות לוואי שונות ועל כן חשוב ליידע את רופא המשפחה בדבר השימוש בתכשיר ולבצע בדיקות תקופתיות על פי הנחייתו. הדבר חשוב במיוחד בחולים אשר מטופלים בתכשירי מולטיטוימין אחרים. חשוב להיות בביקורת מתמדת אצל רופא עיניים כל 3-4 חודשים, על מנת לאתר סימנים מוקדמים של התפתחות מחלה מהסוג הרטוב.

האם ניתן לבצע בדיקה עצמית?

ניתן ואף חשוב לבצע בדיקה עצמית לאיתור שינויים בראייה בתקופה שבין הביקורות. הדרך הפשוטה ביותר הינה להרכיב את המשקפיים המיועדים לראייה למרחק (במידה והחולה משתמש בכאלו), לעצום עין אחת לסירוגין ולשאול שתי שאלות:

- (א) האם איכות הראייה שלי בעין הנבדקת דומה לזו לה אני מורגל?
 - (ב) האם קווים ישרים, דוגמת משקוף הדלת או החלון, נראים עדיין ישרים?
- במידה והתשובה לאחת משאלות אלו שלילית, אין להמתין למועד הבדיקה שנקבע על ידי הרופא, אלא לבקש תור לבדיקה דחופה, על מנת לשלול התפתחות הסוג הרטוב של המחלה. לבסוף, יש לזכור כי המחלה נוטה להתקדם באיטיות והלוקה בה עשוי ליהנות עוד משנים רבות של ראייה באיכות טובה.

מהו הטיפול בצורת המחלה הרטובה?

הטיפול המקובל ביותר כיום הינו הזרקה תקופתית של תרופה המורכבת מנוגדן או חלקי נוגדן, לתוך חלל העין. קיימים כיום שני תכשירים מסחריים שניתן לעשות בהם שימוש. שני התכשירים מיוצרים על ידי אותה חברה ומהעולה מהמחקרים עד כה, יעילותם ובטיחות השימוש בהם, ככל הנראה דומה. התכשירים שבשימוש הינם ה-AVASTIN וה-LUCENTIS. התכשיר הוותיק יותר, ה-AVASTIN, פותח במקור לטיפול בסרטן המעי ומאושר בעולם לשימוש למטרה זו. עם זאת, עקב הצטברות עדויות רבות מכל רחבי העולם בדבר יעילותה בטיפול בנמ"ג רטוב ובהתחשב במחיר הזול

של התרופה, השימוש בה הותר כטיפול בנמ"ג רטוב, בתנאי שהחולה מודע לכך שהתרופה לא פותחה למטרה זו. התכשיר LUCENTIS פותח על ידי החברה במיוחד לשימוש תוך-עיני, תוך מחשבה ששינוי במבנה הכימי של התרופה יוביל לתגובה יעילה יותר. עלות הטיפול בתרופה גבוהה.

האם התרופות נכללות בסל הבריאות?

שתי התרופות אינן נכללות בסל הבריאות, אם כי קיימת השתתפות חלקית או מלאה בעלות הטיפולים על ידי חלק מקופות החולים (ניתן לברר זאת עם רופא העיניים של קופת החולים).

כיצד ניתנות התרופות?

הן ניתנות ע"י הזרקה לתוך חלל העין המתבצעת במרפאות עיניים שונות, תחת פיקוחם של רופאי עיניים מומחים בתחום הרשתית. ההזרקה מתבצעת לאחר הרדמה מקומית של העין וחיטוי יסודי. לרוב, ההזרקה אינה מלווה בכאב כלשהו או בכאב קל בלבד. שכיחות הסיבוכים מההזרקות נמוכה, אם כי לעתים נדירות ניתן לאבד את הראייה בעין המטופלת כתוצאה מסיבוך הקשור להזרקה. מספר ההזרקות הנדרש לעצירת המחלה הינו שונה ממקרה למקרה. לרוב יחל הטיפול בסדרה של 3 הזרקות (זריקה אחת בכל חודש) אשר לאחריה תתבצע הערכה לגבי הצורך בהזרקות נוספות ותכיפותן.

ככלל, מהמחקרים עולה כי באמצעות טיפול זה ניתן לעצור את ההידרדרות בחדות הראיה בכ- 90% מהחולים ואף להביא לשיפור בחדות הראיה בכרבע מהמטופלים. עם זאת, חשוב לדעת, כי השגת המטרה (עצירת ההידרדרות בחדות הראייה) עשויה לדרוש מספר טיפולים רב, לאורך זמן ארוך. במקרים אשר אין תגובה מספקת להזרקות, ניתן לשקול טיפול ניסיוני הכולל שילוב הזרקות של תרופות שונות עם טיפול לייזר פוטודינמי.

מהו טיפול לייזר פוטודינמי?

טיפול לייזר הפוטודינמי היה עד לפני מספר שנים טיפול הבחירה בנמ"ג רטוב. הטיפול כולל הזרקות תרופה בלתי פעילה לוריד וזו מגיעה אל מטרחה, כלי הדם החולים תחת רשתית מרכז הראייה. כאשר התרופה מוקרנת ע"י קרן לייזר המכוונת לעבר האזור החולה, היא הופכת לפעילה וסותמת זמנית את כלי הדם החולים. טיפול זה יעיל פחות מהטיפולים הנהוגים כיום, אך כפי שצוין, עדיין יש מקום לשימוש בו בשילוב עם הזרקות, כאשר אין תגובה מספקת להזרקות בלבד.

לסיכום

לסיכומו של עניין, רציתי להסב את תשומת ליבכם הקוראים, למחלה נפוצה זו אשר הציבור לרוב אינו מודע לקיומה. מחלה זו הייתה עד לפני שנים לא רבות חשוכת מרפא והייתה אחראית לגרימת נכות קשה בקרב רבים מהאוכלוסייה המבוגרת. הטיפולים הקיימים כיום, מאפשרים לנו, רופאי העיניים, לסייע בשימור תפקוד הראייה אצל רוב החולים במחלה ובתנאי שיאבחנו את קיומה מוקדם. חשוב מאד, על כן, אם הינך בן 50 ומעלה, לבצע בדיקת עיניים תקופתית לשלילת קיום מחלה זו, כמו גם מחלות עיניים אחרות השכיחות יותר בגיל המבוגר. נקיטת אמצעי זהירות זה ואימוץ אורח חיים בריא, כפי שפורט קודם לכן, עשוי לסייע לשימור הראיה ואיכות החיים למשך שנים רבות.