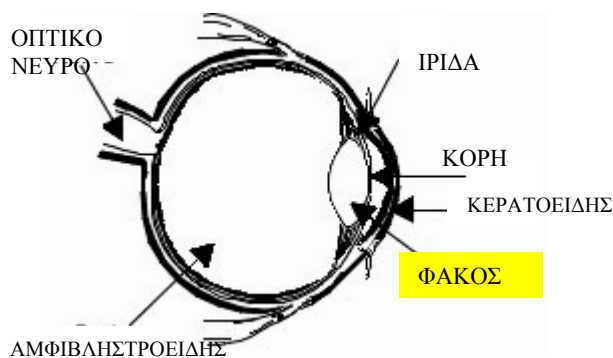


| | |
|---|--|
|  | ΧΑΡΗΣ Σ. ΜΠΡΙΛΑΚΗΣ, MD, MPH |
| | Ειδικός Χειρουργός Καταρράκτη / Laser Μυωπίας/ Κερατοειδούς |
| | Μεγάλη Βρετανία & Αθήνα |
| | |

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ

Καταρράκτης καλείται η θόλωση του φακού ο οποίος βρίσκεται μέσα στο μάτι, πίσω από την ίριδα (το καφέ ή μπλέ του ματιού). Η όραση ελαττώνεται προοδευτικά. Ο καταρράκτης ούτε προλαμβάνεται ούτε αντιμετωπίζεται με φάρμακα - θα χρειαστεί εγχείρηση για να βελτιωθεί η όραση. Με τις σημερινές τεχνικές, η επέμβαση καταρράκτη είναι πολύ αποτελεσματική και ασφαλής και η αποκατάσταση της όρασης είναι άμεση.



Τι είναι φακός;

Φακός καλείται το τμήμα του ματιού που βοηθά στην εστίαση του φωτός πάνω στον αμφιβληστροειδή (τον νευρικό ιστό που μεταφέρει τα οπτικά ερεθίσματα στον εγκέφαλο). Ο φακός πρέπει να είναι διαυγής, προκειμένου η εικόνα που σχηματίζεται στον αμφιβληστροειδή να είναι καθαρή.

Ποια είναι τα πιθανά συμπτώματα;

- Θόλωση της όρασης, κοντινής ή/και μακρινής
- Η όραση τη νύχτα είναι περιορισμένη

- Δυσκολίες από αντανάκλασεις κατά τη νυχτερινή οδήγηση,
- Τα χρώματα εμφανίζονται πιο θαμπά
- Διπλωπία – μπορεί να βλέπουμε διπλά με το ένα μάτι ανοιχτό
- Συχνή αλλαγή στη συνταγή των γυαλιών

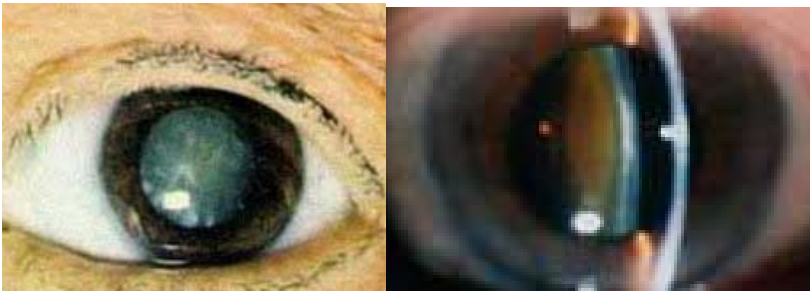
Πώς αντιμετωπίζεται ο καταρράκτης – πότε πρέπει να γίνει το χειρουργείο;

Όσο ο καταρράκτης εξελίσσεται, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ανάγκη για χειρουργείο προκειμένου να αποκατασταθεί η όραση. Ο καταρράκτης μπορεί μόνο να χειροτερέψει, ποτέ δεν υποχωρεί από μόνος του.

Ο καταρράκτης πρέπει να χειρουργηθεί όταν η απώλεια όρασης που προκαλεί μας εμποδίζει στις καθημερινές μας δραστηριότητες, όπως η οδήγηση, το διάβασμα, η τηλεόραση και βέβαια το επάγγελμα του καθενός. Επίσης όταν εμποδίζει στην αντιμετώπιση άλλων παθήσεων, όπως π.χ. του βυθού του οφθαλμού. Τα ενοχλήματα που προκαλεί σε συνδυασμό με τα ευρήματα από την εξέταση είναι που θα τον χαρακτηρίσουν ως «ώριμο» και έτοιμο να χειρουργηθεί. Με τις νέες τεχνικές, δεν έχει πλέον νόημα να περιμένει κανείς, ενώ έχει φτωχή όραση, μέχρι ο καταρράκτης του να φτάσει σε πολύ προχωρημένο σημείο. Τα παλιά χρόνια, η επέμβαση με την μεγάλη τομή θα ήταν η ίδια είτε για έναν πρώιμο καταρράκτη, είτε για έναν υπερώριμο. Τις πρώτες εβδομάδες ενδεχομένως κάποιος με αρχόμενο καταρράκτη να έβλεπε χειρότερα απ'ό,τι πριν, μέχρι να αφαιρεθούν τα ράμματα και να διευθετηθεί το θέμα του αστιγματισμού που πάντα προεκαλείτο από τα ράμματα. Αυτή ήταν η λογική πίσω από τη σύσταση «χειρουργούμε τον καταρράκτη όταν είναι ώριμος. Αυτό δεν ισχύει πλέον με τη μικρή τομή. Ωριμος θεωρείται ο καταρράκτης ο οποίος γίνεται αντιληπτός και περιορίζει λειτουργικά τον ασθενή.

Εάν κάποιος παραμελήσει έναν καταρράκτη και αναβάλλει συνεχώς την επέμβαση, τότε:

- Αφενός έχει ελαττωμένη όραση και ποιότητα ζωής για το διάστημα αυτό
- Αφετέρου δυσχεραίνει την τελική επέμβαση, καθώς θα απαιτηθεί μεγαλύτερη ποσότητα ενέργειας για να θρυμματισθεί ένας προχωρημένος καταρράκτης, κάτι που αυξάνει τις πιθανότητες επιπλοκών



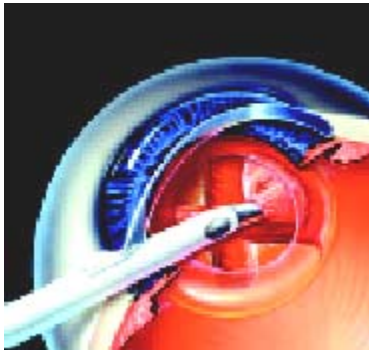
Παραμελημένες περιπτώσεις καταρράκτη.

Πώς αφαιρείται ο καταρράκτης;

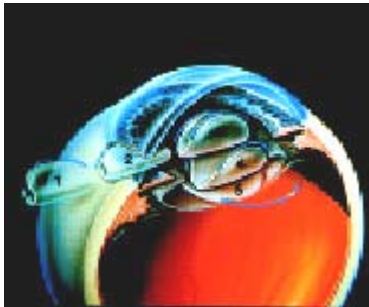
Υπάρχουν δύο κύριοι τρόποι για να αφαιρεθεί ένας καταρράκτης:

Φακοθρυψία με μικρή τομή και υπερήχους ή λέιζερ.

Μία μικρή (2 με 2.75 χιλιοστά) πλάγια τομή ή δύο ακόμα μικρότερες δημιουργούνται στον κερατοειδή. Αυτή η τομή δε χρειάζεται ράμματα για να κλείσει.



Με τη χρήση υπερήχων ή λέιζερ, ο καταρράκτης διασπάται σε μικρά κομμάτια, τα οποία κατόπιν αναρροφούνται από το ίδιο μικροεργαλείο και απομακρύνονται, χωρίς να χρειαστεί άλλη τομή. Η τεχνική είναι η ίδια και οι υπέρηχοι υπερέχουν του λέιζερ (το οποίο έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί) για τις περισσότερες περιπτώσεις καταρράκτη. Όλη η έρευνα έχει εστιασθεί στην τελειοποίηση των υπερήχων.



Ο ενδοφακός διπλώνεται, ώστε και πάλι να μη χρειαστεί να μεγαλώσει η τομή ή να δημιουργηθεί άλλη. Κατόπιν τοποθετείται μέσα στη διαφανή μεμβράνη που περιείχε το φακό του ματιού, όπου ξεδιπλώνει και σταθεροποιείται.

Εξωπεριφακική αφαίρεση καταρράκτη. Ο καταρράκτης αφαιρείται μηχανικά, μετά ακολουθεί αναρρόφηση για το μαλακότερο φλοιό και ένθεση ενδοφακού. Σ' αυτήν την περίπτωση, θα χρειαστούν ράμματα για να κλείσει η τομή, η οποία είναι αρκετά μεγαλύτερη της φακοθρυψίας.

Η επέμβαση με φακοθρυψία με μικρή τομή έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με την εξωπεριφακική. Δε χρησιμοποιούνται ράμματα, η όραση επανέρχεται πολύ γρηγορότερα, το μάτι είναι περισσότερο ισχυρό και ανθεκτικό σε τραύμα. Επίσης, με τη σύγχρονη χειρουργική καταρράκτη ελαχιστοποιείται και η ανάγκη για γυαλιά.

Τι κατηγορίες ενδοφακών υπάρχουν.

- Μονοεστιακοί: είναι οι φακοί που εστιάζουν καλά σε μία ορισμένη απόσταση. Μπορούμε να στοχεύσουμε σε συνταγή μετεγχειρητικώς κοντά στο μηδέν, για την καλύτερη δυνατή μακρινή όραση. Ή μπορούμε σκόπιμα να αφήσουμε στο ένα μάτι ένα μικρό βαθμό μυωπίας, για καλύτερη όραση σε κοντινές ή ενδιάμεσες αποστάσεις. Μία καινούργια κατηγορία μονοεστιακών ενδοφακών, οι ασφαιρικοί, προσφέρουν και την καλύτερη δυνατή ποιότητα όρασης.
- Πολυεστιακοί: πρέπει να τοποθετηθούν και στα δύο μάτια για να μπορεί ο εγκέφαλος να τους χρησιμοποιήσει σωστά. Στην πράξη προσφέρουν όραση σε μακρινή απόσταση και σε απόσταση 35-50 εκατοστών ανάλογα με το φακό. Η λειτουργία τους συχνά εξαρτάται και από το μέγεθος της κόρης, την κατάσταση του βυθού του ματιού και της ωχράς κηλίδας, την ύπαρξη αστιγματισμού κ.α. Πρέπει να γίνεται προσεκτική επιλογή των ασθενών που θα δεχθούν πολυεστιακούς φακούς. Προσφέρουν τη μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτησία από γυαλιά, μακρινά και κοντινά. Σε κάποιον που οδηγεί συχνά τη νύχτα, θα προτιμήσουμε τους ασφαιρικούς μονοεστιακούς.
- Αστιγματικοί (τορικοί): φέρουν και αστιγματική διόρθωση. Ο αστιγματισμός μπορεί να αντιμετωπισθεί και με κάποιες ειδικές τομές στον κερατοειδή την ώρα της επέμβασης, τα αποτελέσματα όμως με τους τορικούς φακούς είναι περισσότερο σταθερά.

Τι βρίσκεται υπό εξέλιξη στη χειρουργική καταρράκτη.

- Ολοένα και μικρότερες τομές και αφαίρεση χωρίς υπερήχους ή λέιζερ
- Ενδοφακοί προσαρμοστικοί που αντιμετωπίζουν και την πρεσβυωπία σε όλες τις αποστάσεις
- Ενδοφακοί που να μπορούν και να εξατομικευθούν στα μέτρα του ματιού μας