

Καταρράκτης

Τι είναι ο καταρράκτης; Το μάτι μας περιέχει έναν μικρό φακό μεγέθους 10 περίπου χιλιοστών, ο οποίος αποτελείται κυρίως από νερό και πρωτεΐνες. Ο φακός αυτός βρίσκεται πίσω από την ίριδα και χρησιμεύει για να εστιάζουν οι ακτίνες του φωτός που έρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον πάνω στον αμφιβληστροειδή χιτώνα. Ο φακός αυτός φυσιολογικά είναι καθαρός και διαυγής σαν κρύσταλλο. **Η θόλωσή του από διάφορες αιτίες ονομάζεται καταρράκτης.**

Συνηθισμένες αιτίες καταρράκτη.

Ο καταρράκτης εμφανίζεται συνήθως μετά την ηλικία των 50 ετών, Μπορεί όμως να παρουσιαστεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία από έκθεση σε ακτινοβολίες, τραυματισμό, χρόνιες φλεγμονές, σακχαρώδη διαβήτη ή λήψη φαρμάκων όπως κορτιζόνης. Επεμβάσεις, όπως η υαλοειδεκτομή ή η επέμβαση γλαυκώματος μπορεί επίσης να δημιουργήσουν καταρράκτη. Επίσης μπορεί να παρουσιασθεί ακόμα και σε βρέφη και παιδιά (υπάρχει σπάνιος συγγενής καταρράκτης, όπου το μωρό γεννιέται με θολό φακό).

Το οικογενειακό ιστορικό καταρράκτη, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπερβολική έκθεση στον ήλιο και η υπέρταση αυξάνουν, κατά την Αμερικανική Ακαδημία Οφθαλμολογίας, τον κίνδυνο να εμφανίσετε καταρράκτη πρόωρα.

Τα συμπτώματά του είναι τα εξής:

- * Έντονο θάμπωμα στο φως
- * Ξεθώριασμα ή κιτρίνισμα των χρωμάτων
- * Κύκλοι γύρω από τα φώτα
- * Εμφάνιση ή αύξηση της μυωπίας μετά τα 30 χρόνια.
- * Μείωση προϋπάρχουσας υπερμετρωπίας μετά τα 40

Ορισμένες φορές ο καταρράκτης στο πρώτο του στάδιο βελτιώνει την όραση για κοντά χωρίς γυαλιά. Ο προχωρημένος καταρράκτης μπορεί να οδηγήσει και σε τύφλωση.

Η επέμβαση

Παλαιότερα οι γιατροί περίμεναν σχεδόν την τύφλωση με την ωρίμαση του καταρράκτη για να χειρουργήσουν, λόγω των μέσων που διέθεταν τότε. Σήμερα κάτι τέτοιο αυξάνει απλώς τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Η επέμβαση του καταρράκτη, μια επέμβαση ανώδυνη και γρήγορη για τον ασθενή, θεωρείται η πιο λεπτή, σοβαρή και πολύπλοκη επέμβαση που γίνεται στο ανθρώπινο σώμα και ταυτόχρονα η πιο επιτυχημένη.

«Δεν υπάρχουν φάρμακα ή σταγόνες για τα μάτια που μπορεί να θεραπεύσουν τον καταρράκτη, η εγχείρηση είναι η μόνη θεραπεία», τονίζουν οι επιστήμονες της Αμερικανικής Ακαδημίας Οφθαλμολογίας.

Η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να αποφασιστεί, όταν ο καταρράκτης αρχίζει να προκαλεί ενόχληση στην ποιότητα της όρασης, με συνέπεια την δημιουργία προβλημάτων στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου (ασφαλής οδήγηση αυτοκινήτου, ανάγνωση, τηλεόραση). Βασισμένοι στα συμπτώματά σας και στην κατάσταση του καταρρακτικού φακού, εσείς και ο οφθαλμίατρός σας θα αποφασίσετε από κοινού, για το πότε θα γίνει η επέμβαση.

Η μικροχειρουργική αποκατάσταση της διαύγειας του φακού, που σήμερα ονομάζεται **φακοθρυψία ή φακεκτομή ή φακόλυση**, αποτελεί τη μόνη λύση για τον καταρράκτη. Αυτή μπορεί να γίνει μερικές φορές ταυτόχρονα με τη **διόρθωση των τυχόν διαθλαστικών ανωμαλιών** του ματιού (μυωπίας, υπερμετρωπίας, αστιγματισμού ή πρεσβυωπίας).

Ειδική μελέτη

Καταρράκτης

Πριν από την εγχείρηση γίνεται ειδική μελέτη για τον καταρράκτη με υπερηχογραφήματα και άλλες ειδικές εξετάσεις (όπως ο υπολογισμός της δύναμης και του τύπου του ενδοφακού, η καταγραφή των διαθλαστικών εκτροπών, τοπογραφίες, μελέτη της δομής του φακού και της ίριδας, μελέτη όλου του ματιού και της οπτικής λειτουργίας του ασθενούς).

Τελευταία, η τομή στον κερατοειδή ή στο περιφάκιο πριν από την κυρίως επέμβαση γίνεται **ειδικό Laser**. Η κυρίως επέμβαση γίνεται συνήθως με **τοπική αναισθησία (με σταγόνες)** και **διαρκεί λίγα λεπτά**.

Στις μέρες μας ο καταρράκτης αφαιρείται με την τεχνική της φακοθρυψίας με υπερήχους. Μέσα από μια **μικρή τομή 2-3 χιλ.** και με την βοήθεια σιλιεού που εκπέμπει υπερήχους γίνεται η ρευστοποίηση και ταυτόχρονα η αναρρόφηση του καταρρακτικού φακού. Στο τέλος, τοποθετείται ένας τεχνητός ενδοφθάλμιος φακός ο οποίος είναι μόνιμος. Η επέμβαση **τελειώνει χωρίς να χρειάζονται ράμματα και η όραση ανακτάται άμεσα**.

Τώρα πια δεν είναι απαραίτητη η παραμονή στο νοσοκομείο. Ο ασθενής επιστρέφει στο σπίτι του αμέσως μετά από την επέμβαση, η δε επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες γίνεται από την επόμενη κιόλας μέρα. Ο ασθενής αρχίζει να βλέπει ήδη καλύτερα μετά την επέμβαση και με την πάροδο των ημερών η όραση καλυτερεύει. Η εγχείρηση γίνεται με τοπική αναισθησία με σταγόνες και ο ασθενής φεύγει από το χειρουργείο χωρίς προστατευτική γάζα. **Την πρώτη εβδομάδα μετά την επέμβαση, ο ασθενής δεν πρέπει να κάνει έντονη άσκηση, να σηκώνει βάρη, να φέρνει το μάτι σε επαφή με το νερό ή να το τρίβει.** Επίσης πρέπει να φορά γυαλιά ηλίου στο έντονο φως.

Οι επιπλοκές

Το ποσοστό επιτυχίας των επεμβάσεων καταρράκτη είναι σήμερα πολύ υψηλό και ξεπερνά το 96%. Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό σοβαρών επιπλοκών περίπου 1%.

Σοβαρές επιπλοκές από την επέμβαση είναι οι αιμορραγίες στον βυθό του ματιού, οι οποίες παρατηρούνται σε άτομα αγγειακά επιβαρημένα ή πάρα πολύ μεγάλης ηλικίας, σε πάσχοντες από διαβήτη κ.ά.

Σοβαρή επιπλοκή ακόμα είναι η πτώση του καταρρακτικού φακού ή του ενδοφακού στον χώρο του υαλοειδούς, οπότε χρειάζεται ειδική εγχείρηση για την αποκατάσταση της δομής του ματιού.

Οι μολύνσεις είναι σπάνιες και οι πιο σοβαρές αφορούν μικρόβια ανθεκτικά στα αντιβιοτικά ή μύκητες.

«Πάντως, η καλή τεχνική και η εμπειρία του χειρουργού και τα μηχανήματα προηγμένης τεχνολογίας μπορούν να εξαφανίσουν σχεδόν τις επιπλοκές». Απαραίτητη προϋπόθεση είναι χειρουργός να έχει **μελετήσει** με ακρίβεια κάθε περιστατικό και να το **παρακολουθεί** μετεγχειρητικά.

Ετσι, ακόμα και εάν εμφανιστούν επιπλοκές μπορούν να αντιμετωπιστούν άμεσα, χωρίς επιπτώσεις στην όραση του χειρουργηθέντος ασθενούς. Το τελικό αποτέλεσμα, δηλαδή το πόσο καλά θα βλέπει ο ασθενής, εξαρτάται και από τη διαύγεια των διαθλαστικών μέσων (του κερατοειδούς, του υαλώδους, του περιφακίου και του βυθού του ματιού).

Καταρράκτης

Εάν ο βυθός του ματιού ή το οπτικό νεύρο έχουν υποστεί βλάβες από άλλες παθήσεις, όπως το γλαύκωμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η γεροντική εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, αυτό θα έχει επιπτώσεις στην τελική όραση του ασθενούς μετά την επέμβαση. **Στις περιπτώσεις όμως που το μάτι και η οπτική οδός είναι φυσιολογικά, ο χειρουργημένος βλέπει καλά κατά 100%.**

Νεότερες τεχνολογίες για την αφαίρεση του καταρράκτη

Οι νεότερες τεχνικές για την χειρουργική αφαίρεση του καταρράκτη περιλαμβάνουν την **αμφίχειρη ψυχρή φακοθρυψία**, κατά την οποία χρησιμοποιούνται υπέρηχοι χαμηλής ενέργειας, με σκοπό τη λιγότερη έκθεση των οφθαλμικών ιστών σε θερμικά φαινόμενα, τομές μικρότερες από 2 χιλ. για πιο άμεση αποκατάσταση της όρασης. Επίσης, νεότερες τεχνικές και τεχνολογίες (**Acqualase**) που χρησιμοποιούν νερό σε συγκεκριμένη θερμοκρασία και πίεση και που υδρολύουν τον καταρρακτικό φακό με σκοπό την πλήρη αποφυγή θερμικών φαινομένων στους οφθαλμικούς ιστούς.

Νεότεροι ενδοφακοί.

Πολυεστιακοί ενδοφακοί για την διόρθωση τόσο της μακρινής όσο και της κοντινής όρασης μετά την επέμβαση του καταρράκτη. **Προσαρμοστικοί ενδοφακοί**, που μιμούνται την προσαρμογή του φυσικού φακού του ματιού και έτσι μπορεί ο ασθενής να βλέπει σε όλες τις αποστάσεις μετά την επέμβαση. **Ενδοφακοί πολύ λεπτοί (Thinoptix)** για να μπορούν να περνούν μέσα από πολύ μικρές τομές (κάτω από 2χιλ.) Επίσης, ενδοφακοί **blu blockers** που απορροφούν το βλαβερό μπλέ φως της ηλιακής ακτινοβολίας και προστατεύουν την ωχρά κηλίδα από εκφυλίσεις που μπορούν να συμβούν μετά την επέμβαση του καταρράκτη.

Την ημέρα της επέμβασης

Συνιστάται πάντα ο ασθενής να συνοδεύεται από κάποιον συγγενή ο οποίος και θα μεταφέρει από και προς την κλινική. Ο χρόνος παραμονής στην κλινική θα είναι 2ώρες περίπου, λόγω της προεγχειρητικής προετοιμασίας. Το πρηγούμενο βράδι θα πρέπει ο ασθενής να γευματίσει ελαφρά ενώ το πρωινό της επέμβασης καλό είναι να μην φάει τίποτα. **Τα συνήθη φάρμακα που παίρνει (για την πίεση, καρδιά, σάκχαρο) είναι απαραίτητο να τα πάρει κανονικά εκτός από ασπιρίνη.**

Μετά την επέμβαση

Ο ασθενής παραμένει στην ανάρρωση για πολύ λίγο και φεύγει όταν ο ίδιος αισθανθεί καλά. Ο χειρουργός οφθαλμίατρος θα χορηγήσει τα κατάλληλα κολλύρια τα οποία θα χρησιμοποιηθούν στο σπίτι μετά την επέμβαση και θα δώσει τις κατάλληλες οδηγίες. Είναι σημαντικό μετά την επέμβαση ο ασθενής να μην τρίβει το μάτι και **να μην μπει νερό στο μάτι για μια εβδομάδα.**

Ποιά τα πλεονεκτήματα της μεθόδου;

Η τεχνική αφαίρεσης του καταρράκτη μέσα από **μικροσκοπική τομή με σταγόνες** προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα. Με την τεχνική αυτή ο ασθενής επιστρέφει στην καθημερινή του δραστηριότητα άμεσα από την επόμενη κιόλας μέρα. Η παραμονή στο χειρουργείο είναι πολύ μικρότερη και δεν χρειάζεται νοσηλεία. Για την επέμβαση δεν χρειάζεται ούτε γενική αναισθησία αλλά ούτε αναισθησία με βελόνες. **Δεν τοποθετούνται ράμματα** κατά την επέμβαση. Τα ράμματα μπορεί να ενοχλούν μετεγχειρητικά και μπορεί να προκαλέσουν αστιγματισμό. Η τομή επουλώνεται γρηγορότερα και πιο φυσικά. Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια **λιγότερες πιθανές διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές, με αποτέλεσμα γρηγορότερη ανάκτηση της όρασης.**

Η θόλωση του περιφακίου ή δευτερογενής καταρράκτης

Στην περίπτωση της θόλωσης της μεμβράνης (περιφάκιο) που αφήνουμε για να τοποθετηθεί ο ενδοφακός μετά την αφαίρεση του καταρράκτη και παίρνει την όρο του δευτερογενούς καταρράκτη,

Καταρράκτης

η όραση μπορεί να μειωθεί αρκετά και σταδιακά. Στην περίπτωση αυτή, χρησιμοποιούμε την ακτίνα ενός **ειδικού laser που σπάει ανώδυνα την θολωμένη μεμβράνη** και αποκαθιστά την πτώση της όρασης που είχαμε μετά την επέμβαση του καταρράκτη μας. Αυτό συμβαίνει σε ένα ποσοστό γύρω στο 10% των ασθενών που χειρουργήθηκαν για καταρράκτη. Η επέμβαση μπορεί να γίνει **στο ιατρείο χωρίς νοσηλεία.**

Πρόληψη - Συμβουλές

Δεν υπάρχουν ιδιαίτερες συμβουλές για πρόληψη που ν'αφορούν στον καταρράκτη. Όταν υπάρχει ένδειξη θα πρέπει να επεμβαίνουμε στο σωστό χρόνο ώστε να αποφύγουμε τυχόν δυσκολίες που επιφέρει στο χειρουργείο ένας ώριμος καταρράκτης.

Επειδή όμως, η ηλικιακή ακτινοβολία μπορεί να συνδέεται με την παθογένεση του καταρράκτη, καλό είναι να προστατεύουμε τα μάτια μας από τον ήλιο, από μικρή ηλικία με τα κατάλληλα **γυαλιά ηλίου**, δηλ. εκείνα που απορροφούν τις βλαβερές υπεριώδεις και υψηλής ενέργειας ακτίνες του ήλιου. Να κρατούμε **χαμηλά τη χοληστερίνη και το σάκχαρο και να μην καπνίζουμε.**