

Cefalea

La **visita oculistica** è ritenuta a torto o a ragione una tappa fondamentale nell'inquadramento eziologico della cefalea. Eppure è esperienza comune a molti oftalmologi, che il riscontro di difetti refrattivi o di patologie oculari in questi soggetti è piuttosto raro. Anzi spesso allo specialista spetta il compito di confortare il paziente che vede delusa la speranza di avere scoperto finalmente la causa del suo mal di testa. Numerosi progressi sono stati fatti nell'ambito dell'eziopatogenesi, della classificazione e differenziazione clinica delle varie forme di cefalea, e, soprattutto, nel campo della terapia. Lungi dal voler entrare nel merito dell'argomento, per il quale rimando alla vastissima trattatistica nel campo, in questi anni sono state messe a punto per l'oculista, nella visita del cefalalgico, schede di raccolta dati, annotazioni ispettive e semplici manovre semeiologiche da effettuare a latere delle indagini strettamente oftalmologiche (biomicroscopia, tonometria ecc.) e neurooftalmologiche (analisi della pupilla e della testa del nervo ottico, esame della motilità oculare estrinseca e del campo visivo). Il protocollo è stato concepito per i pazienti di ogni età ed in questi anni ci ha aiutato ad inquadrare il problema di molti assistiti.

La cefalea non sempre è curabile, ma è sempre migliorabile, a questo proposito ecco una nota molto interessante sull'argomento.

da un editoriale di G.C. Manzoni
da Confinia Cephalalgica 2000; IX,3 dal sito <http://www.cefalea.it>

.... In questo panorama di grande fervore relativamente al corretto approccio al trattamento del paziente cefalalgico, ben si inseriscono alcuni principi di carattere generale ed alcune indicazioni più specifiche enunciate molto recentemente da Lawrence D. Robbins in un sintetico e snello, ma al contempo esauriente, trattato dal titolo "Management of headache and headache medications" la cui seconda edizione è comparsa nel 2000 e ripresi nel numero di settembre della rivista Headache sotto il titolo "Clinical pearls for treating patients with headache", che credo meritino, per la loro saggia semplicità e per gli spunti di riflessione che offrono, una lettura attenta da parte di chi aspira a curare i pazienti affetti da cefalea primaria ma anche da parte di chi è già, o ritiene di essere, un esperto del settore.. Si tratta di 21 enunciazioni, alcune delle quali attengono all'atteggiamento che il medico ed il paziente dovrebbero tenere nei confronti della cefalea, altre riguardano principi generali di trattamento o suggerimenti su terapie specifiche, altre ancora consistono in considerazioni su forme particolari di cefalee primarie. Tra le enunciazioni del primo gruppo meritano di essere ricordate quattro affermazioni di Robbins di sicura rilevanza.

a) Il medico deve discutere con il paziente della sua cefalea trattandola alla stregua di una malattia fisica; dichiarazioni come "la cefalea è, in modo del tutto analogo all'asma, al diabete o all'ipertensione arteriosa, una condizione medica di natura fisica" permettono al medico di ottenere la fiducia del paziente; quando ricordiamo che si tratta di una malattia essenzialmente ereditaria e che vi è poca serotonina nel cervello dei cefalalgici, i pazienti hanno una reazione positiva e diventano molto più disponibili a trattare la propria ansia, depressione, ecc. con la terapia o altri mezzi; se invece concentriamo l'attenzione sullo stress, l'ansia, la depressione e le comorbidità psicologiche del paziente, spesso si induce una reazione negativa a meno che non abbiamo chiarito che stiamo trattando la cefalea come una malattia medica a tutti gli effetti. Personalmente, ritengo che questa considerazione di Robbins valga soprattutto per gli emicranici, mentre non è infrequente che i soggetti con cefalea di tipo tensivo quando sentono dal medico che il proprio disturbo origina da una loro particolare e specifica modalità di risposta ad una situazione stressante che stanno vivendo, reagiscono favorevolmente perché trovano una conferma a quanto da loro già in parte sospettato e sono rassicurati dal timore di una possibile patologia organica.

b) Conviene considerare le cefalee croniche come un continuum o uno spettro; le cefalee "di mezzo" possono non essere inseribili decisamente nelle categorie dell'emicrania o della cefalea tensiva; se queste forme sono cefalee tensive gravi o emicranie leggere, spesso rispondono agli stessi farmaci.

c) L'accettazione della cefalea come malattia cronica è una presa d'atto vantaggiosa per il paziente; l'accettazione è differente dalla rassegnazione; l'accettazione aiuta ad attenuare l'ansia ("non c'è una cura; deve essere curabile").

d) Quando i pazienti capiscono di poter aiutare attivamente la propria cefalea ("auto-efficacia") con le medicine o il biofeedback o altri mezzi, ne deriva un miglioramento del loro senso di benessere. Non mi soffermo, per motivi di spazio ed anche perché non aggiungono molto a quanto già entra nella corrente buona pratica medica di chi si occupa di cefalee ed è ribadito in tutte le diverse Linee Guida esistenti, sulle "perle" di Robbins consistenti in suggerimenti su terapie specifiche. Mi sembra opportuno ricordare invece un atteggiamento medico nei confronti del paziente con cefalea cronica quotidiana che Robbins consiglia e sul quale concordo pienamente: i pazienti affetti da cefalea cronica quotidiana tendono a considerare la situazione di cefalea in termini di tutto-o-nulla; essi torneranno alla visita di controllo e diranno "continuo ad avere mal di testa tutti i giorni". E' necessario che essi accettino, se la cefalea di cui soffrono è passata da un'intensità di grado medio-severo (valore pari a 7 in una scala da 1 a 10) ad un'intensità di grado lieve-medio (valore pari a 4 in una scala da 1 a 10), di considerare la situazione migliorata ed il medico non dovrebbe cambiare tutte le medicine. Bisogna che questi pazienti imparino ad apprezzare una riduzione, anche del 50%, della frequenza e/o intensità della loro cefalea.

Dieci curiosità sulla miopia

1. La miopia è ereditaria?

La parola ereditario implica che un carattere può essere trasmesso dai genitori ai figli. In questo senso la miopia può considerarsi ereditaria. Il discorso si fa più complesso quando analizziamo le modalità di trasmissione, è improbabile che la miopia si trasmetta attraverso un singolo gene mentre è possibile che alcuni fattori ambientali, come l'impegno ravvicinato, possano contribuire alla comparsa ed alla progressione del difetto.

2. A che età è possibile diagnosticare una miopia?

Se è presente, si può riconoscere anche nei primi mesi di vita. L'esame è semplicissimo ed indolore, un medico esperto è in grado in pochi secondi di dirimere questo dubbio. In ogni caso i primi controlli oculistici sono opportuni a 3 e 6 anni.

3. Guardare la TV da vicino o il lavoro al videoterminale fanno peggiorare questa condizione?

In linea di massima il lavorare da vicino non è in grado di comportare la comparsa di una miopia, mentre è dimostrato che il lavoro in ambienti poco illuminati ed il prolungato impegno con caratteri molto piccoli può comportare il peggioramento del difetto in soggetti predisposti. Proprio sul precoce riconoscimento dei soggetti a rischio si sta muovendo la ricerca in questi ultimi anni.

4. E' vero che non indossare gli occhiali fa peggiorare il difetto?

Portare o no l'occhiale non è affatto influente sull'andamento del difetto. Neppure l'ipero o l'ipo-correzione di un miope (ovvero la prescrizione di un occhiale più forte o più leggero) influenzano la progressione della condizione. L'esperienza indica che l'uso saltuario possa avere un effetto deleterio sulla miopia, ma non esistono studi in grado di provare questa impressione. Noi consigliamo di portare sempre la correzione adeguata, a patto che il paziente la ritenga funzionale alla propria attività.

5. Le lenti a contatto possono arrestare l'evoluzione della miopia?

L'impressione personale è positiva. Nei miei pazienti soprattutto in età pediatrica l'impiego molto precoce di lenti a contatto, in particolare di lenti gas permeabili (semirigide) è stato estremamente valido. Sono tuttavia necessari studi accurati per rispondere con certezza a questa domanda.

6. La miopia si può correggere chirurgicamente?

Certamente sì, attraverso due differenti approcci: alcune incisioni radiali sulla cornea, o l'ablazione parziale del tessuto corneale con il laser. Ad oggi, soprattutto con le metodiche laser, i risultati positivi superano il 90% e le complicanze sono veramente trascurabili.

7. Esistono terapie alternative?

Alternativo: raramente un termine in medicina ha avuto più fortuna. Chiunque si svegli una mattina e proponga una terapia "alternativa", qualunque sia il problema da curare, riceve un consenso immediato. "Primum non nocere" dicevano i latini: finché la terapia è innocua, ognuno è libero di farsi curare come crede. Poche raccomandazioni:

- a) diffidate dei guaritori, perchè di miopia non si muore ma neppure si guarisce,
- b) delle terapie esclusive, perchè la miopia è così studiata che è improbabile che sia uno solo il depositario della verità,
- c) delle parcelle elevate, perchè chi avesse in mano la cura per la miopia non avrebbe bisogno di turlupinare il prossimo.

8. Perchè il miope è più soggetto al distacco di retina?

L'occhio miope è più lungo quindi tutti i tessuti sono sottoposti ad uno stress anatomico

e circolatorio, ciò rende frequenti le lesioni a livello della periferia retinica che, in ultima analisi può assottigliarsi a tal punto da andare incontro a lacerazioni.

9. **Il distacco retinico è l'unica grave complicanza della miopia elevata?**

Purtroppo no. Il miope va più frequentemente incontro a cataratta, a strabismo ad insorgenza tardiva. Anche il glaucoma è più pericoloso in questi pazienti. Ma la complicanza più temibile riguarda la macula, ovvero la parte della retina con la quale riconosciamo i particolari, che può essere interessata da fenomeni emorragici e di vascolarizzazione anomala, comportando gravi deficit visivi.

10. **E' vero che il miope elevato è più "snodato"?**

Recentemente sono state messe in relazione la miopia e l'iperelasticità delle articolazioni. Il gene "malato", responsabile di alcuni tipi di miopia, determina anche una modificazione del collagene articolare. Non stupitevi dunque se durante un controllo oculistico vi verrà chiesto di iperestendere il gomito o di fare dei movimenti inusuali.

Articolo riprodotto per gentile concessione del Dott. Nucci www.paolonucci.it



Congiuntiviti Allergiche

Le congiuntiviti, sono le più comuni infezioni oculari. Sono caratterizzate da edema palpebrale, iperemia congiuntivale, a volte secrezione catarrale o mucopurulenta, lacrimazione, senso di corpo estraneo ed eventuale presenza di emorragie sottocongiuntivali. Possono presentare più comunemente un'etiologia virale, batterica o allergica.

Le forme allergiche, in assoluto le più frequenti, sono spesso stagionali, croniche, caratterizzate da esacerbazione e remissioni. Possono comparire in soggetti atopici, associate ad eczemi o più raramente a broncospasmo. Il segno clinico distintivo è la presenza di prurito accompagnato e sostituito da manifestazioni "ticcoidi". In genere sono ben controllate da colliri antistaminici

Congiuntivite primaverile

Una forma più rara e severa è la congiuntivite primaverile (vernal secondo gli autori americani) è una manifestazione oculare atopica mediata dalle IgE. Oggi si ritiene che sia l'esposizione alle radiazioni UV ad avere un effetto scatenante. I sintomi sono rappresentati da prurito e fotofobia, che spesso si associano a lacrimazione intensa e secrezione viscosa e si accentuano in condizioni ambientali caldo-umide (peggiora spesso in estate)



Le alterazioni congiuntivali interessano prevalentemente la congiuntiva tarsale e sono costituite da papille, secondarie all'ipertrofia dei follicoli linfatici ivi presenti, che danno alla mucosa un aspetto caratteristico ad "acciottolato romano".

Le papille possono essere di dimensioni così importanti da determinare una sofferenza corneale per il continuo sfregamento durante i movimenti di ammiccamento. L'ipertrofia dei follicoli linfatici limbari può produrre delle lesioni epiteliali biancastre denominate noduli di Trantas.

Quando la sintomatologia è intensa è necessario l'uso dei cortisonici locali 1-3 volte al giorno sotto stretto controllo specialistico (secondo alcuni studi anche la ciclosporina in collirio) e successivamente farmaci antistaminici e stabilizzanti la membrana cellulare, come l'olopatadina o il disodiocromoglicato la levocabastina tre volte al giorno per tutto

il periodo di reattività. Nelle forme meno gravi ci si può avvalere di preparati antistaminici ad uso topico, da utilizzarsi due volte al giorno sino alla scomparsa dei sintomi. Si consiglia sempre l'uso di un cappellino con visiere e di occhiali da sole (fascianti e che coprano il sopracciglio) sia per evitare la fotofobia sia per proteggere l'occhio dai raggi ultravioletti in grado di esacerbare la sintomatologia.

La **prognosi** può anche essere molto severa dal punto di vista visivo se le lesioni corneali esitano in densi leucomi, per questo è necessaria una stretta collaborazione dei genitori e l'assoluta "adherence" alle indicazioni dello specialista. In genere con la pubertà anche le forme più gravi si attenuano notevolmente.

Articolo riprodotto per gentile concessione del Dott. Nucci www.paolonucci.it

Occhio gravidanza e allattamento

Cosa cambia nell'apparato visivo durante la gravidanza? Il coinvolgimento dell'oftalmologo nella gestione della paziente gravida con problemi oculari si è per lungo tempo fondato sulla convinzione che la miopia potesse peggiorare durante la gestazione e che in questi soggetti il rischio di un distacco retinico fosse particolarmente significativo. In realtà entrambe le motivazioni risultano, alla luce delle attuali conoscenze, infondate se non terroristiche mentre ancora poco si sa sulle modificazioni fisiologiche e patologiche che subisce l'apparato visivo in gravidanza e quanto utile sia il monitoraggio oftalmologico in alcune situazioni.

Ecco i mutamenti che possono essere considerati fisiologici e le condizioni cliniche che è opportuno seguire con maggiore attenzione.

VARIAZIONI FISIOLOGICHE

Durante la gravidanza è possibile osservare modificazioni della cornea, della pressione intraoculare e della funzione visiva.

Pressione oculare

La gravidanza, salvo rare eccezioni, comporta una riduzione dei valori relativi al tono oculare che si protrae dopo il parto per diversi mesi. Il fenomeno non sembra correlato ai valori della pressione sistemica quanto piuttosto al migliorato deflusso dell'umore acqueo attraverso le strutture filtranti. Questa condizione è probabilmente secondaria al nuovo equilibrio ormonale (aumento dell'elasticità delle strutture connettivali indotta dal progesterone) ed all'acidosi che accompagna la gravidanza, mentre non sembra esistano variazioni della rigidità sclerale in grado di sostenere l'ipotono. E' pertanto, salvo rare eccezioni, facile che un glaucoma preesistente possa migliorare durante la gravidanza.[1]

Cornea

Durante la gestazione in numerose donne si è osservata una riduzione transitoria della sensibilità corneale ed un lieve edema stromale, responsabile di un aumento di spessore della cornea.

Questi due fattori, associati alla alterata composizione del film lacrimale rendono più difficile l'uso delle lenti a contatto. Inoltre il diverso spessore corneale è in grado di modificare l'indice refrattivo della cornea inducendo un modesto aumento della miopia. Il dato tende a normalizzarsi entro alcune settimane suggerendo di attendere un paio di mesi dal parto prima di procedere alla prescrizione di una nuova lente correttiva.[2]

Depositi di melanina sull'endotelio corneale, dovuti a migrazione di pigmento dall'iride e dal corpo ciliare, piuttosto comuni nel glaucoma pigmentario, sono a volte evidenti in gravidanza. Le particelle di pigmento tendono ad aggregarsi in un'area a maggior asse verticale situata nella zona prepupillare (fuso di Krukenberg). In gravidanza questo fuso non è accompagnato da altri segni di dispersione di pigmento a livello angolare e non sembra neppure correlato a variazioni pressorie. La liberazione di pigmento è probabilmente sostenuta da fattori ormonali non completamente chiariti.

Accomodazione

Sia durante la gravidanza che durante l'allattamento è stata osservata una più lenta velocità di contrazione e decontrazione del muscolo ciliare per cui spesso la messa a fuoco delle immagini da vicino e da lontano (accomodazione), risulta alterata.[3]

VARIAZIONI PATOLOGICHE

Corioretinite sierosa centrale (CRSC)

È un'affezione caratterizzata dalla comparsa di edema circoscritto alla regione maculare causato dalla essudazione dei capillari della coroide. In gravidanza sono descritti numerosi casi di CRSC. Soggettivamente sono riferiti annebbiamenti visivi fugaci, metamorfopsie, micropsie o riduzione della acuità visiva. L'edema è solitamente transitorio e tende a risolversi spontaneamente nel giro di qualche mese residuando talvolta un leggero deficit visivo o una distrofia pigmentaria della regione maculare. L'eziologia della CRSC è oscura ma probabilmente il nuovo assetto ormonale e le alterazioni ematologiche che normalmente compaiono in gravidanza quali l'aumento dell'ematocrito, la variazione della permeabilità di membrana, la diminuzione della pressione osmotica e l'ipercoagulabilità plasmatica sono in grado di favorirne l'insorgenza.

Melanoma uveale

Numerosi studi hanno dimostrato che lo sviluppo di un melanoma cutaneo può essere favorito da diverse rivoluzioni ormonali, inclusa la gravidanza. Anche il melanoma di origine uveale presenta un comportamento analogo e non sembra che l'interruzione della gravidanza possa migliorare l'evoluzione di tale neoplasia.

L'attivazione del melanoma è secondaria al maggior tasso di ormone melanocito-stimolante ed all'aumentata produzione di estrogeni dovuta alla condizione gravidica; è infatti recente la segnalazione di recettori per gli estrogeni evidenziata in 5 melanomi uveali di cui uno proveniente da una donna incinta.[4]

A tutt'oggi non esiste alcun caso riportato di metastasi fetali in corso di melanoma uveale.

Coinvolgimento oculare nelle gestosi

Sono frequentemente riportati disturbi soggettivi aspecifici della funzione visiva quali scotomi, diplopia, annebbiamenti visivi. A volte i fosfeni (lampi luminosi) si presentano come prodromi di episodi convulsivi da eclampsia.

I vasi della congiuntiva nell'ipertensione cronica possono presentare alterazioni di decorso e di calibro: normalmente si nota un restringimento del diametro arteriolare che comporta una modesta ischemia congiuntivale mentre il rallentato flusso ematico è responsabile dell'aspetto "granulare" esibito da tali vasi. Nelle gestosi queste alterazioni sono più accentuate e vi è una maggiore tendenza a sviluppare emorragie sottocongiuntivali.

Le più comuni alterazioni osservate in corso di gestosi sono rappresentate da quadri

oftalmoscopici molto simili alla retinopatia ipertensiva. Nel 40-100% dei soggetti con preeclampsia le arteriole retiniche appaiono ristrette, con calibro irregolare, a volte moniliformi per restringimento arteriolare localizzato. Le vene sono tortuose e lievemente congeste. Le manifestazioni sono solitamente reversibili con la gravidanza. In casi più conclamati è possibile notare la comparsa di edema, emorragie, essudati retinici e papilledema. Le emorragie provengono dai capillari e dai vasi venosi e tendono a rimanere negli strati superficiali della retina, gli essudati cotonosi si palesano come chiazze biancastre superficiali di diversa grandezza, aspetto sfumato e sono espressione di microinfarti focali nello strato delle fibre nervose. E' molto importante sorvegliare oftalmoscopicamente queste pazienti poiché esiste una relazione tra grado di retinopatia, severità della preeclampsia e incidenza di morte fetale, tanto che diversi autori raccomandano di anticipare il parto in presenza di un aspetto angiospastico ingravescente. Sembra infatti che le alterazioni retiniche riflettano lo stato di insufficienza placentare su base vascolare.

Imponenti alterazioni vascolari sono state documentate non solo a livello retinico ma anche a livello coroideale[5] tanto che nel 10% dei soggetti affetti da eclampsia e nel 1-2% di quelli affetti da preeclampsia di tipo severo è possibile osservare un distacco di retina essudativo bilaterale. Nella maggior parte delle pazienti la funzione visiva, inizialmente compromessa, ritorna normale dopo qualche settimana dal parto. Questa complicanza non è significativamente correlata alla sofferenza fetale indotta dalla gestosi.

Le alterazioni vascolari tipiche della eclampsia o di una severa preeclampsia, specie nell'ultimo periodo di gestazione o subito dopo il parto, possono favorire la comparsa di edema cerebrale. Se è coinvolto il lobo occipitale si avrà una cecità a carattere transitorio che può perdurare anche per qualche settimana dopo il parto ed è comunque seguita da un buon recupero funzionale.

Altre cause di grave calo visivo, durante o immediatamente dopo la gravidanza, possono essere sostenute dalle seguenti complicanze oculari: occlusione dell'arteria centrale della retina, trombosi della vena centrale della retina,[Fig.4] trombosi venosa di branca, trombosi venosa intracranica, neurite ottica, neuropatia ottico ischemica, ischemia retinica secondaria ad importanti ed estese emorragie retiniche, emorragie vitreali.

Pseudotumor cerebri(PTC)

Lo PTC è una condizione clinica caratterizzata da aumento della pressione liquorale in grado di produrre papilledema, disturbi visivi, paralisi del sesto nervo cranico, cefalea importante senza segni di localizzazione neurologica. Il sesso femminile in genere e le donne sono particolarmente predisposte. Recenti studi hanno dimostrato che, al contrario di quanto si era sempre creduto, l'incidenza di PTC durante la gravidanza non aumenta e, sebbene ne siano stati descritti casi ricorrenti, non sembra che le gravidanze successive ne aumentino il rischio di comparsa.

Lo PTC è considerato secondario sia alla transitoria riduzione dei livelli di corticosteroidi quanto alla maggior produzione di estrogeni.

Pazienti affette da ipertensione intracranica benigna hanno lo stesso rischio di aborto spontaneo della popolazione generale e così pure non è diverso l'eventuale danno visivo.

Anche se sono noti casi di spontanea guarigione durante la gravidanza, le pazienti affette dovranno essere sottoposte a stretti controlli oculistici comprendenti l'analisi del campo visivo e dell'acuità visiva.

L'attuale disponibilità di presidi terapeutici utilizzabili anche durante questo periodo della vita non giustifica più l'interruzione della gestazione che comunque è seguita dal

miglioramento dei segni e dei sintomi.

Ricordiamo inoltre che non possono essere usati gli inibitori della carbonico-anidasi.

Coagulazione intravasale disseminata (CID)

E' una sindrome trombotico-emorragica nella quale si realizza primariamente un'esaltazione del processo coagulativo per attivazione trombinica dovuta ad estese ostruzioni capillari e successiva attivazione dei meccanismi fibrinolitici. La sindrome emorragica deriva sia dalla carenza dei vari fattori della coagulazione che dalla presenza dei prodotti di scissione della fibrina e del fibrinogeno. Compare in numerose condizioni sistemiche ed in alcune complicanze ostetriche quali l'abrupto placentare, la ritenzione di feto morto, l'eclampsia severa. Il distretto oculare maggiormente coinvolto è quello corioideale dove l'occlusione trombotica interessa la coriocapillare della regione peripapillare e perimaculare producendo un sollevamento retinico di tipo sieroso ed un significativo calo visivo.

Se la paziente sopravvive al disordine sistemico la capacità visiva ritorna normale anche se in qualche caso circoscritti rimaneggiamenti pigmentari dell'area maculare possono produrre modesti deficit visivi permanenti.

influenza della gravidanza su patologie preesistenti

Retinopatia Diabetica

Numerosi studi dimostrano che il rischio di insorgenza o di aggravamento di una retinopatia diabetica è direttamente proporzionale alla durata della malattia mentre non sembra che il numero di gravidanze precedenti possa influenzare in tal senso l'obiettività retinica. Per questo motivo è necessario che tutte le donne diabetiche siano sottoposte ad esame oftalmoscopico sin dal primo trimestre.

Occorre precisare che mentre il diabete gestazionale non consente mai lo sviluppo di una retinopatia, gli effetti prodotti dalla gravidanza sul microcircolo retinico sono correlabili al grado di retinopatia eventualmente presente all'inizio della gestazione.

In particolare si è notato che la gravidanza in soggetti inizialmente senza segni di retinopatia diabetica produce solo in una piccola percentuale di casi modesti segni di sofferenza del microcircolo quali microaneurismi ed emorragie puntiformi (7%), retinopatia tipo background (5%). Solo nel 0.2% dei casi è stata notata la comparsa di una retinopatia diabetica proliferante tale da richiedere il trattamento fotocoagulativo.[7]

1) Background retinopathy

Durante la gravidanza è facile osservare in soggetti precedentemente affetti da retinopatia diabetica di questo tipo modeste alterazioni retiniche a carattere transitorio quali aumento del numero dei microaneurismi ed accentuazione dell'edema maculare cistoide. Tale condizione è comunque transitoria e già a sei mesi dal parto non è più evidenziabile. Sicuramente il buon controllo del tasso glicemico è in grado di influenzare favorevolmente la regressione delle alterazioni microcircolatorie.

2) Retinopatia proliferante

La gravidanza nel 46% dei casi conduce ad un aggravamento della retinopatia diabetica proliferante presente prima della gestazione.

Sicuramente il trattamento fotocoagulativo eseguito in precedenza è in grado di limitarne

l'evoluzione: infatti solo nel 26% dei casi si assiste ad una recrudescenza della retinopatia mentre il 58% dei soggetti non sottoposti a laser terapia mostra chiari segni di peggioramento. Non esistono controindicazioni alla laser terapia durante la gravidanza, né la gravidanza rappresenta una controindicazione per questo tipo di trattamento. Tuttavia per evitare la possibilità che durante il secondo stadio del parto si possano sviluppare imponenti emorragie vitreali è consigliabile la programmazione di un parto cesareo.

Per le pazienti affette da retinopatia proliferante sono obbligatori controlli oftalmoscopici mensili.

Miopia elevata

Un recente studio su 50 donne gravide affette da miopia superiore a 4.50 diottrie non ha segnalato incremento o aggravamento delle lesioni regmatogene periferiche dopo il parto e, quindi, la inopportunità di un taglio cesareo profilattico in queste pazienti.[8] Non esistono neppure evidenze scientifiche che la maculopatia miopica consegua o si aggravi in conseguenza dello sforzo espulsivo,

Assolutamente privo di fondamento, perché non supportato da alcuna osservazione scientifica, il divieto di allattamento al seno da parte delle miopi elevate.

Sottolineiamo in questa sede che la comparsa di distacco retinico e di emorragie maculari è un evento più frequente nel miope elevato ma che in nessun caso gravidanza e allattamento rappresentano "per sé" un evento scatenante.

Anomalie della Motilità Oculare - Strabismi

In letteratura non esistono casistiche che segnalino significativi peggioramento di patologie della motilità oculare o strabismi preesistenti. mentre sono riportati casi isolati di diplopia dopo il parto.[9]

Bibliografia

1. IMRE J., Pregnancy and the eye, their endocrinological relations. XV Concilium Ophthalmol. Egypt. 1937; III: 213-226.
2. MILLODOT M., The influence of pregnancy on the sensitivity of the cornea. Br. J. Ophthalmol. 1977; 61: 646-649.
3. DUKE ELDER S., System of Ophthalmology, St. Louis CV Mosby 1971; vol XII: 703:
4. SEDDON J.M., McLaughlin d.t., albert d.m., et al., Uveal melanomas presenting during pregnancy and the investigation of oestrogen receptors in melanomas. Br. J. Ophthalmol. 1982; 66: 695-704.
5. BRANCATO R., MENCHINI U., BANDELLO F., Proliferative retinopathy and toxemia of pregnancy. Ann. Ophthalmol. 1987; 19: 182-183.
6. CHANG M., HERBERT W.N.P., Retinal arteriolar occlusions following amniotic fluid embolism. Ophthalmology 1984; 91: 1634-1637.
7. CASSAR J., KOHNE E.M., HAMILTON A.M., et al., Diabetic retinopathy and pregnancy. Diabetologia 1978; 15: 105-111.
8. NERI A., GRAUSBORD R., KREMER I., et al., The management of labour in high myopic

patients. Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol. 1985;19:277-279.

9.NUCCI P.,CONTI E., BIANCHI S., PIERRO L., BRANCATO R. :Diplopia after labour. Case report. Br. J. Obstet. & Gynaecol. 98:227-228, 1991

Lecture consigliate

SUNNESS J.S., The pregnant woman's eye. Surv.Ophthalmol. 1988;32:219-238.

ALFARANO R, NUCCI P : Occhio e gravidanza . Federazione Medica 1: 25-28, 1993

Articolo riprodotto per gentile concessione del Dott. Nucci www.paolonucci.it

STAMINALI: CURATE PATOLOGIE DEGLI OCCHI FINORA IRREVERSIBILI

Una nuova tecnica 'made in Italy' ha riparato la vista a più di 70 italiani. Grazie alle cellule staminali, infatti, sono già stati operati con successo 70-80 pazienti, tutte 'vittime' di ustioni da acidi o altri agenti chimici cui è stato ricostruito il tessuto che riveste la cornea. Il tutto grazie a una tecnica tutta italiana, che pone il nostro Paese ai primi posti al mondo in questo campo. Lo spiega l'ideatore del metodo, Michele De Luca, direttore scientifico del Centro regionale del Veneto per la ricerca sulle cellule staminali epiteliali, collegato alla Fondazione Banca degli occhi. L'intero progetto sarà presentato a Bionova, la mostra delle biotecnologie e della bioingegneria in programma alla Fiera di Padova dal 4 al 6 giugno.

A Padova l'esperto descriverà anche immagini di interventi già eseguiti, in collaborazione con il dottor Paolo Rama, in cui l'impiego clinico delle staminali ha risolto patologie gravissime, finora considerate irreversibili. Responsabile scientifico del progetto è la dottoressa Graziella Pellegrini: i due ricercatori sono stati i primi al mondo, si legge in una nota, a intuire e applicare sull'uomo questa tecnica, tanto che ricercatori giapponesi e americani vengono nei loro laboratori per imparare. "La scoperta deriva - spiega De Luca - dalle conoscenze nella ricostruzione della pelle con cellule staminali". E si applica nei casi in cui l'occhio viene lesionato nell'epitelio corneale, che determina la capacità visiva filtrando la luce che arriva alla retina. In questi casi il trapianto di cornea non è sufficiente a sanare il danno. Quando avvengono queste lesioni, l'epitelio congiuntivale che costituisce la parte visibile bianca dell'occhio, prende il sopravvento. Quello che in termini clinici si chiama pannus copre tutto il bulbo e l'occhio diventa cieco. Ma l'epitelio corneale contiene staminali concentrate nel Limbus, la corona di cellule che circonda la cornea. Prelevando dall'occhio sano minime quantità di queste cellule, i ricercatori sono arrivati a ricostruire un epitelio corneale per l'occhio lesionato. Il tutto in poco tempo: da una singola cellula bastano appena due-tre settimane per ottenerne un migliaio. L'intervento è rapido e indolore e, nella maggior parte dei casi, deve essere completato dal trapianto di cornea per sostituire anche lo stroma danneggiato. In questo modo, l'occhio già cieco torna alla sua piena funzionalità. Insomma, a dieci decimi di vista, con cellule autologhe senza alcun rischio di rigetto: questo l'esito, con follow-up di sette anni sui primi pazienti operati.

Il primo ad eseguire questo intervento, in collaborazione con De Luca e Pellegrini, è stato il professor Carlo Traverso di Genova. La tecnica chirurgica in questi anni è perfezionata, e applicata su molti pazienti dal dottor Paolo Rama al San Raffaele di Milano, e dal dottor Alessandro Lambiase, del Campus Biomedico dell'Università di Roma.

PER I FUMATORI È PIÙ PROBABILE PERDERE LA VISTA CON L'ETÀ (05/03)

I fumatori corrono fino a quattro volte di più il rischio di sviluppare una malattia che nell'adulto è la causa principale di cecità, rispetto ai non fumatori. Si tratta della degenerazione maculare senile.

Lo hanno dichiarato dei ricercatori britannici attraverso il British Medical Journal.

La degenerazione maculare senile è una malattia irreversibile e progressiva che fa perdere la vista. Anche se le cause della malattia non sono conosciute, c'è la prova, dopo tre grandi studi, che i fumatori sono esposti ad un rischio più elevato di ammalarsi. Secondo Richard Edwards, esperto di sanità pubblica dell'università di Manchester, la probabilità di ammalarsi è 3 - 4 volte più elevata per un fumatore rispetto a un non fumatore.

In Gran Bretagna si stima che cinque casi di degenerazione maculare senile è attribuibile al fumo, con circa 54.000 persone con la vista danneggiata e quasi 18.000 che non vedono più.

Edwards sottolinea come si tratti di un ulteriore grande problema di sanità pubblica

causato dal vizio del fumo, oltre che un altro valido motivo affinché i fumatori rinuncino alla sigaretta. Suggestivo, inoltre, di aggiungere le evidenze di questo studio nei materiali informativi sui danni del fumo, in quanto la vasta maggioranza dei fumatori è ignara del legame esistente tra il fumo e i rischi per la vista. Il timore di diventare ciechi potrebbe essere un motivo determinante per molti per decidere di smettere, anche se non è l'unico, visto che cancro al polmone, malattia cardiache, infarto ecc. sono già di per sé dei buoni motivi.

Secondo Edwards, un'analisi degli studi sul collegamento fra degenerazione maculare senile e il fumo indica che rinunciare alla sigaretta potrebbe contribuire ad impedire o ritardare lo sviluppo della malattia.

Chi è colpito dalla degenerazione maculare senile e continua a fumare potrebbe compromettere la risposta ai trattamenti cui sono sottoposti.

Per la degenerazione maculare senile non c'è ancora una cura. È una malattia ereditaria, ma il laser e la terapia fotodinamica possono avere qualche effetto.

La luce, come quella solare, può accelerare la progressione della malattia, così come una dieta ricca di grassi saturi. Chi è colpito da degenerazione maculare senile deve portare occhiali speciali in grado di proteggere gli occhi dal sole.

Il fumo, comunque, è di gran lunga il fattore di rischio più facilmente prevenibile della degenerazione maculare senile.

I METODI SBAGLIATI DI CURARE LA MIOPIA

Ricercatori britannici hanno scoperto che un metodo usato per correggere **la miopia nei bambini**, la 'sottocorrezione' sembra in realtà deteriorare più rapidamente la loro vista. **Ad essere sotto accusa è la pratica di "sottocorreggere" (undercorrecting) il difetto**, quando si prescrivono occhiali o lenti a contatto. La miopia è causata dal fatto che i muscoli dell'occhio non riescono a mettere direttamente a fuoco sulla retina gli oggetti osservati. Nei miopi allora, il punto focale si trova "davanti" alla retina, e gli occhiali tendono a spostare sulla retina il punto focale. Tuttavia, con lenti "normali", l'osservazione di un oggetto vicino provoca lo spostamento del "fuoco" dietro la retina, rendendo così l'immagine confusa. Per tentare di evitare questo fenomeno, gli optometristi hanno adottato l'undercorrecting, regolando la vista solo su oggetti lontani. Per gli specialisti della Anglia Polytechnic University di Cambridge questa "abitudine", però, "peggiora la vista e aumenta il rischio di malattie oculari, come distacco della retina, glaucoma e retinopatie e addirittura il rischio di cecità". Gli autori hanno condotto uno studio in Malaysia su 94 bambini dimostrando che "nonostante le buone intenzioni, la tecnica dell'undercorrecting peggiora la vista". Lo studio doveva essere condotto per tre anni, tuttavia già dopo 2 anni si è deciso di sospendere la valutazione, perché si era osservato un peggioramento significativo. I risultati ottenuti sono stati confermati da diversi optometristi. E, secondo i ricercatori, "sono la prova che bisogna cambiare il modo di trattare la miopia nei bambini". Dalle ultime stime, in Estremo Oriente, in Paesi come Taiwan, Singapore e Hong Kong, il 90% dei giovani soffre di miopia, contro il 15-30% di Europa e Usa. Gli specialisti sottolineano che, 'nonostante l'esiguo numero di giovani pazienti arruolati nello studio, si tratta del più vasto e rigoroso lavoro condotto sull'argomento'.