



Prof. Adriano MAGLI



Dott. Vincenzo GAGLIARDI

Prof Adriano Magli, Dott. Vincenzo Gagliardi Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Area Funzionale di Oftalmologia Pediatrica e Motilità Oculo-Palpebrale.

Primario: Prof. Adriano Magli

Via S. Pansini, 5 - 80131 Napoli

Tel. 081.7.462.475 - Tel./Fax 081.7.462.467

AMBLIOPIA: FORME CLINICHE, TERAPIA E IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE

L'ambliopia (letteralmente "occhio ottuso"), può essere definita, in accordo con Burian, una "diminuzione mono o bilaterale dell'acuità visiva, senza causa apparente, che con terapia idonea può essere risolta". In tale definizione compaiono due aspetti fondamentali della patologia in questione: l'eziopatogenesi, che non è ancora completamente nota e la possibilità di un'adeguata terapia, se intrapresa precocemente.

Perché si manifesti un'ambliopia è necessario che la causa che la provoca agisca nel periodo cosiddetto plastico dello sviluppo visivo, che, nell'uomo, si è visto estendersi dalla nascita fino ai 7-8 anni di vita. A quest'età l'apparato visivo, non completamente sviluppato, è molto sensibile ad ogni stimolo che sia qualitativamente o quantitativamente anomalo e tale sensibilità è tanto maggiore quanto minore è l'età del soggetto. Il termine ambliopia raggruppa, pertanto, diverse entità cliniche, che sono conseguenza di alterazioni che hanno agito a vari livelli dell'apparato visivo e che possono essere distinte in:

- ambliopia strabica, in cui l'ambliopia è la conseguenza e non la causa della deviazione, in quanto l'ambliopia rappresenta un meccanismo di difesa da parte del cervello, per evitare diplopia e confusione. Alla base dell'ambliopia vi sarebbe un fenomeno di soppressione (teoria non da tutti condivisa) o di neutralizzazione attiva dell'immagine proveniente dall'occhio deviato, o ancora l'alterazione della visione binoculare normale;
- ambliopia anisometropica, causata da una notevole differenza di refrazione tra i due occhi, il che comporta un'incapacità della corteccia occipitale a fondere immagini retiniche di diversa grandezza. Tale incapacità comporta la soppressione dell'immagine che proviene dall'occhio più ametropo. È più frequente nei deficit ipermetropici rispetto a quelli miopici e, nelle anisometropie astigmatiche, l'ambliopia si può determinare anche per differenze fra i due occhi inferiori alle 3 diottrie;
- ambliopia da deprivazione, causata da riduzione o mancanza della stimolazione retinica per alterazioni organiche, quali ptosi palpebrale, opacità dei mezzi diottrici, cataratta congenita, terapie occlusive prolungate. Può essere mono o bilaterale e, fra le forme bilaterali, vanno incluse le ambliopie ametropiche, causate da elevati deficit refrattivi bilaterali e le ambliopie da nistagmo. Si possono infine avere deprivazioni visive selettive per stimoli con particolare orientamento spaziale, come nel caso di astigmatismi (ambliopia meridionale);
- ambliopia relativa, in cui è riconoscibile il danno anatomico (piccoli leucomi, nubecole, esiti di retinopatie, dismorfismi del nervo ottico), ma il livello di acuità visiva è sproporzionato al danno anatomico. Il meccanismo patogenetico è probabilmente da ricondurre ad un certo grado di difformità fra le immagini percepite dai due occhi, che induce il soggetto a privilegiare l'occhio indenne rispetto all'altro.



Per quanto riguarda la terapia dell'ambliopia, anche se periodicamente vengono proposte nuove forme di trattamento, è bene non abbandonare i metodi classici, fino a quando le nuove tecniche non abbiano dimostrato risultati migliori in un periodo di tempo inferiore o una compliance maggiore. Il trattamento di prima scelta è sempre rappresentato dall'occlusione, associata ad una correzione del difetto rifrattivo, quando presente. La penalizzazione ottica o farmacologica ha un ruolo di seconda scelta, da riservare solo ad alcuni casi in cui non sia possibile attuare l'occlusione (intolleranza alla benda) e non è scevra da rischi di fotofobia o intossicazione, come può verificarsi in caso di penalizzazione con atropina. Metodiche quali il biofeedback e il perceptual training sembrano avere risultati temporanei e possono scatenare diplopia, mentre i vecchi trattamenti pleottici (Bangerter e Cuppers), nonché l'impiego di metodiche quali la settorizzazione vanno sicuramente abbandonati. Promettente sembra essere invece il trattamento medico con levodopa/carbidopa e citicolina. Tali sostanze sembrano determinare un miglioramento dell'acuità visiva, delle risposte ai PEV e della sensibilità al contrasto e possono essere usate quale valida terapia complementare all'occlusione in quei pazienti che sembrano non rispondere alla sola occlusione. Attualmente la citicolina può essere somministrata sia per via intramuscolare che per via orale, formulazione, quest'ultima, che risulta di impiego più agevole nei pazienti più giovani. Utilizzando queste metodiche, l'ambliopia può essere curata con buoni risultati, se la terapia è intrapresa precocemente, nella maggior parte dei casi, fino ad arrivare alla guarigione, da intendersi come il raggiungimento dell'isoacuità visiva nei due occhi, di una uguale velocità di lettura e di un'alternanza di fissazione. La diagnosi precoce dell'ambliopia è fondamentale per avere buone possibilità di terapia e guarigione, in quanto più precocemente è posta la diagnosi e maggiori sono le possibilità di ottenere buoni risultati, mentre oltre i 10 anni di età è molto difficile ottenere risultati soddisfacenti ed è quasi impossibile un buon recupero visivo, anche con trattamenti occlusivi prolungati. La diagnosi precoce è inoltre molto importante anche da un punto di vista epidemiologico, dal momento che l'ambliopia rappresenta un problema rilevante, con una prevalenza, nella popolazione infantile, quantificabile tra l'1,5% e il 2,5%. Da ciò scaturisce l'importanza di effettuare una prima visita oculistica alla nascita, la seconda entro i 3 anni e la terza prima di iniziare il ciclo scolastico elementare, in modo da poter effettuare un'efficace prevenzione e terapia dell'ambliopia, scopo preminente che l'A.I.P.A.M. si propone. Verso tale prevenzione dovrebbero essere sensibilizzati sia gli oculisti che i pediatri, in modo che, grazie a una dialettica collaborazione tra queste due figure, possa scaturire una diagnosi precoce e una corretta terapia di una patologia quale l'ambliopia, che rappresenta la causa più frequente di ipovisione unilaterale nelle persone di età inferiore ai 40 anni, più frequente dell'insieme di tutte le altre patologie oculari.