

PICCOLO GLOSSARIO OFTALMICO

Alterazione Morfologica: disfunzione estetica o funzionale o malformazione che altera la normale morfologia della regione interessata.

Aniridia: assenza dell'iride che può essere di origine congenita , traumatica o come esiti di interventi chirurgici endobulbari. Si presenta con la mancanza di tessuto pigmentato dietro la cornea e dà l'impressione di un'enorme dilatazione della pupilla. Le forme congenite sono spesso ereditarie e bilaterali mentre quelle traumatiche sono dovute ad estese ferite perforanti.

Anoftalmo: mancanza del bulbo oculare che può essere di natura congenita (dalla nascita), traumatica o patologica. La condizione di completa assenza del bulbo dal punto di vista puramente anatomico e' molto rara, in genere possono trovarsi nella cavita' dei residui o abbozzi di bulbo non vedenti, per cui si parla di anoftalmo clinico. Le anoftalmie congenite sono legate ad un arresto della crescita del contenuto orbitario, che si verifica tra la quinta e la sesta settimana di vita intrauterina, si manifestano con l'assenza della vescicola ottica e si possono classificare in:

- Anoftalmia primaria: per assenza d'invaginazione della fossetta ottica, è accompagnata dalla assenza del nervo ottico e del chiasma;

- Anoftalmia secondaria: per assenza o difetto della formazione dei lobi encefalici anteriori, è incompatibile con la vita;

- Anoftalmia degenerativa: la vescicola ottica si sviluppa normalmente ma degenera secondariamente per motivi diversi (nella cavità si possono osservare residui di nervo ottico e del tessuto mesectodermico). Si tratta di una affezione uni o bilaterale e può essere isolata od associata ad altre malformazioni. Da un punto di vista clinico si osserva l'assenza del globo oculare: l'orbita e le palpebre sono più piccole delle controlaterali e queste ultime sono infossate ed aderenti ai loro margini.

Ascesso Corneale: insorge spesso per i postumi di ferite perforanti trascurate o sottovalutate ed è più frequente nei portatori di lenti a contatto. Si presenta con un infiltrato purulento della cornea che appare torbida e poco trasparente. Il decorso è molto veloce e se non adeguatamente curato con antibiotici, può degenerare in una perforazione corneale e successivamente in panoftalmite. In passato è stata causa frequente di enucleazione del bulbo.

Ascesso Palpebrale: infezione suppurativa della palpebra che può far seguito ad una ferita (con o senza ritenzione di corpo estraneo), dopo chirurgia palpebrale, per estensione dell'infezione di un orzaiolo o di un calazio e più raramente, per l'azione di batteri metastatici provenienti da un'altra area infetta. Il materiale purulento deve essere drenato chirurgicamente.

Asimmetria: condizione di mancato allineamento che può essere riferita all'orbita, al bulbo od ai suoi annessi. In genere l'asimmetria dell'orbita fa seguito a gravi fatti traumatici che hanno prodotto estese fratture cranio-facciali oppure a deficit di sviluppo della regione orbito-zigomatica per cause congenite o in relazione a gravi patologie infantili (microftalmia congenita, anoftalmo congenito, ecc.).

Atrofia Bulbare: (ftisi del bulbo) riduzione di volume del bulbo causata dall'interruzione del flusso ematico o dalla perdita di sostanza interna. Il bulbo può diventare atrofico in seguito a postumi di un trauma, di una ferita perforante o anche in seguito a patologie come emorragia retinica, panoftalmite od altri processi infettivi. L'occhio ftisico è un occhio non più vedente e che tende progressivamente al rimpicciolimento.

Blefarite: infiammazione del bordo palpebrale, spesso recidivante, di causa allergica o infettiva che si presenta a volte con edema e presenza di squamette tra le ciglia, altre volte con interessamento dei follicoli piliferi con caduta delle ciglia stesse.

Buftalmo: condizione in cui il bulbo si presenta di dimensioni aumentate a causa di un'elevata pressione intraoculare in pazienti con glaucoma congenito. Il bulbo risulta quindi più grande ed esoftalmico simile, appunto, ad un occhio di bue.

Calazio: tumefazione di una ghiandola di Meibomio in seguito all'ostruzione di un suo orifizio. La dilatazione della ghiandola produce una proliferazione connettivale che si trasforma in un piccolo granuloma e può andare incontro a suppurazione batterica. In questo caso deve essere asportato chirurgicamente incidendo la capsula ed evacuando il contenuto infetto.

Cataratta: opacizzazione del cristallino che si sviluppa progressivamente con l'avanzare dell'età. Il sintomo principale è l'abbassamento del visus e l'annebbiamento della vista. Il cristallino catarattoso viene di norma rimosso chirurgicamente e sostituito con un cristallino artificiale (IOL) che ripristina in toto la sua funzione. La cataratta, oltre che di origine senile, può essere anche endocrina (causata ad esempio dal diabete), tossica, traumatica, congenita o complicata. Con quest'ultimo termine si identifica la cataratta che complica un quadro patologico già esistente (glaucoma, miopia elevata, iridociclite, ecc.).

Cavità Anoftalmica: cavità oculare priva del bulbo che consiste nell'orbita ripiena dei suoi contenuti e dal sacco congiuntivale.

Chemosi: stato di rigonfiamento della mucosa congiuntivale causato da un'infiltrazione sierosa detta anche edema della congiuntiva.

Cheratite: alterazione della superficie corneale di natura infettiva o infiammatoria che, se non opportunamente curata, può causare una distruzione più o meno vasta e profonda dello strato corneale. Il paziente accusa dolore, lacrimazione intensa e fotofobia (intolleranza alle sorgenti luminose). Può essere superficiale (cheratite puntata) o profonda. Spesso è associata alla presenza di piccoli corpi estranei da ferite o a lesioni di tipo meccanico ma una causa frequente è l'infezione batterica o da virus, come l'Herpes Simplex (cheratite erpetica). In relazione alla profondità dell'ulcerazione la cheratite può essere superficiale o perforata.

Cheratocono: condizione patologica caratterizzata da un'ectasia dell'apice corneale con conseguente distorsione dei raggi di curvatura corneali e progressiva riduzione dell'acuità visiva. L'incidenza del cheratocono è di 1 caso su 2000 persone. Si manifesta spesso in pazienti giovani ed è quasi sempre bilaterale anche se non necessariamente entrambi gli occhi sono allo stesso stadio. Negli stadi iniziali della patologia è possibile correggere il difetto con occhiali ma con la sua evoluzione è possibile solo l'applicazione di lenti a contatto speciali. Negli stadi avanzati, il 10% del totale, si ricorre al trapianto di cornea (cheratoplastica). Poiché il tessuto corneale è privo di vasi sanguigni il rigetto è statisticamente meno frequente che in altri tipi di trapianto d'organo.

Coloboma dell'Iride: fessura congenita localizzata nella parte inferiore dell'iride assomigliante ad una vera e propria breccia; si trasmette spesso geneticamente e può

essere associata ad un più esteso coloboma coinvolgente il fondo dell'occhio e il nervo ottico. E' causato dalla mancata chiusura della fessura fetale, uno stadio fondamentale dello sviluppo embrionario dell'occhio. A volte il coloboma è associato ad altre rare sindromi.

Congiuntivite: infiammazione della congiuntiva. Può essere di natura semplicemente infiammatoria, allergica o infettiva (virale o batterica). I sintomi ed i segni sono differenti in base alla natura della congiuntivite stessa. I più comuni sono:

- Occhio dolente, con sensazione di bruciore e di "corpo estraneo";
- Congiuntiva arrossata ed edematosa, simile ad una gelatina traslucida;
- Secrezione congiuntivale più o meno abbondante, agglutinazione delle ciglia ed incollamento delle palpebre soprattutto al risveglio.

Dacriocistite: infiammazione o infezione del sacco lacrimale. Nella fase acuta si presenta con la comparsa di una massa arrossata e dolente all'altezza del canto interno e con abbondante epifora, poiché i canali lacrimali ostruiti non riescono a drenare le lacrime nella fossa nasale. Se la condizione infiammatoria permane può esitare in una dacriocistite cronica con un'ostruzione completa del sacco lacrimale senza possibilità di passaggio per le lacrime. In questo caso si deve intervenire chirurgicamente ricreando ex novo le vie lacrimali.

Degenerazione Maculare Senile (DMS): La degenerazione maculare senile è una delle cause più frequenti di cecità nell'anziano nei Paesi Occidentali e consiste in una malattia cronica distrofico-degenerativa che colpisce la regione centrale della retina: la macula, responsabile della visione definita. L'evoluzione di tale malattia è progressiva e col tempo tende a compromettere la visione in modo sempre più grave. Esistono due forme di DMS: la forma secca o non essudativa, caratterizzata da presenza di drusen e atrofia dei fotorecettori e dell'epitelio pigmentato, è la più frequente e non determina un grave deficit visivo; mentre la forma umida od essudativa, caratterizzata da crescita di neovasi coroideali, è meno frequente ma più grave in quanto è responsabile di una grave perdita del visus. In entrambe le forme il sintomo d'esordio è la metamorfopsia ovvero vedere le immagini deformate.

Diplopia: difetto visivo che consiste nella visione sdoppiata delle immagini, dovuta alla percezione di due immagini distinte a livello dei centri ottici superiori (chiasma, mesencefalo). Nell'adulto la causa più frequente è la paralisi dei muscoli estrinseci che fanno mancare il parallelismo tra gli assi retinici e di conseguenza la formazione di due immagini che non riescono ad essere sovrapposte l'una all'altra.

Distacco di Retina: scollamento della retina neurosensoriale dalla sua sede originaria la cui causa può essere regmatogena, cioè dovuta alla presenza di lesioni

retiniche periferiche che ne predispongono la rottura, o secondaria a traumi, tumori oculari o patologie come la retinopatia diabetica proliferativa che possono produrre un distacco trazionale. Si manifesta con una sensazione di velo in un settore del campo visivo, flash luminosi persistenti (fotopsie) e calo del visus.

Distrofia Corneale: affezione corneale di natura non infiammatoria e senza vascolarizzazione. Può essere di tipo acquisito, ereditario o sistemico, associato cioè ad una sindrome preesistente. Una delle più comuni distrofie acquisite è il gerontoxon che è un infiltrato di colesterolo a livello del limbus che si manifesta in età senile.

Ectropion: condizione in cui il margine palpebrale è rivolto verso l'esterno. Nei soggetti anziani è una causa frequente di epifora ed infiammazione cronica del margine palpebrale in quanto la lassità senile dei tessuti everte il margine causando un'incompleta chiusura palpebrale. L'ectropion può essere anche di natura cicatriziale in seguito ad ustioni, esiti di interventi palpebrali od altre patologie.

Edema: processo infiammatorio che subentra in conseguenza di un fatto traumatico o infiammatorio. Si manifesta con gonfiore e forte arrossamento, dura alcuni giorni e si cura con farmaci antinfiammatori. E' riscontrabile nei tessuti suturati ancora in fase di cicatrizzazione.

Eteroforia: strabismo latente che si manifesta solo quando viene interrotta la fusione della visione binoculare. Può essere convergente (Esoforia) o divergente (Exofovia).

Endoftalmite Settica: consiste in un'infezione massiva di tutto il bulbo oculare. Nella sua forma primaria segue spesso una ferita perforante del bulbo se a questa sopravviene un'infezione. Nella forma secondaria può derivare da un'infezione tardiva anche in bulbi apparentemente guariti dopo un intervento. Può causare fenomeni simili nell'altro occhio per "simpatia".

Enoftalmo: (o depressione tarsale o solco tarsale superiore) condizione in cui il bulbo è infossato nella cavità orbitaria. Si può avere dopo fratture del pavimento orbitario o in altre condizioni come nella sindrome della cavità anoftalmica in cui l'enoftalmo si associa ad aumento del solco palpebrale superiore, ptosi della palpebra superiore e lassità della palpebra inferiore. E' il maggiore e più diffuso difetto estetico contro il quale deve combattere il protesista.

Entropion: condizione in cui il margine palpebrale e le ciglia sono rivolti verso l'interno. Può causare abrasioni ed ulcere corneali. Spesso ha origine da uno spasmo del muscolo orbicolare a causa, ad esempio, di irritazioni congiuntivali. L'entropion può avere anche natura cicatriziale in seguito ad ustioni od altre patologie. Nella sua forma senile è invece dovuto ad una particolare lassità dei tessuti.

Epifora: eccesso di secrezione lacrimale che esce abbondantemente oltre il bordo della palpebra inferiore. Può essere sintomo di anomalie o patologie a carico dei canali lacrimali, della ghiandola lacrimale stessa o da malposizione delle palpebre.

Esoftalmo: consiste in una protrusione (spostamento in avanti) del globo oculare rispetto alla sua sede naturale causato dalla spinta del contenuto dell'orbita. Può avere origine infiammatoria, vascolare, endocrina o tumorale. Spesso è accompagnato da turbe o disturbi oculomotori. Una causa tipica dell'esoftalmo di origine vascolare è il glaucoma.

Essudato: opacità grigia o giallastra che si forma all'interno del bulbo, principalmente nel corpo vitreo e che può interferire blandamente con la visione. In questo caso viene gergalmente definito "mosche volanti" perché compare e scompare rapidamente dal campo visivo.

Estrusione (espulsione): spostamento e fuoriuscita di un impianto dalla sua sede (sclera o capsula di tenone) dovuta a sutura inadeguata o decubito dei tessuti o ancora ad applicazione di una protesi estetica di profilo inadeguato. Altre volte il decubito è provocato dall'azione meccanica di un impianto inadeguato per forma, posizionamento o dimensioni.

Ferite Perforanti: sono una delle cause primarie di enucleazione o quantomeno di tisi del bulbo. Hanno sede generalmente nell'emisfero anteriore del bulbo e sono prodotte frequentemente da oggetti appuntiti o taglienti. Qualsiasi sia il tipo di lesione queste ferite sono quasi sempre gravi, con interessamento dell'iride e del cristallino quando non addirittura della camera posteriore e delle strutture retiniche. Di norma vengono enucleati solo i bulbi che non presentano alcuna possibilità di praticare chirurgia conservativa, né di essere eviscerati conservando almeno la struttura sclerale. Tipiche sono le complicanze (sinechie, cataratta, distacco di retina, ecc.) che possono portare alla tisi del bulbo.

Glaucoma: neuropatia ottica caratterizzata da specifiche alterazioni morfologiche della papilla, dello strato delle fibre nervose retiniche e da una riduzione del campo visivo. La patologia è multifattoriale ed il principale fattore di rischio è un'elevata pressione intraoculare (IOP). Altri fattori di rischio sono l'età (aumentato rischio sopra i 40 anni), la familiarità per la malattia, la razza nera, la miopia superiore a 4 diottrie, l'ipotensione diastolica, i fenomeni vasospastici ed altre patologie vascolari. La pressione interna (tono) aumenta perché l'umore acqueo, che è prodotto in continuazione all'interno del bulbo incontra difficoltà a defluire verso l'esterno attraverso il trabecolato ed i canali di Schlemm, le normali vie naturali. I dati indicano tra 10 e 21 mm Hg i valori "normali" di pressione intraoculare. Il danno al nervo ottico se non curato causa una riduzione permanente della vista, ma oggi le terapie mediche e chirurgiche consentono un buon controllo della malattia, soprattutto se la diagnosi viene fatta precocemente. I tipi più frequenti di glaucoma sono:

- Glaucoma primario ad angolo aperto (che include l'ipertensione oculare, il glaucoma primario ad angolo aperto detto POAG, quello a tensione normale e quello giovanile);
- Glaucoma primario ad angolo stretto (es. glaucoma acuto);
- Glaucoma congenito (sia primario sia associato ad altre anomalie congenite);
- Glaucoma secondario (es. il glaucoma pigmentario e pseudo-esfoliativo).

La forma più frequente è il glaucoma cronico semplice o POAG. La patologia glaucomatosa induce una perdita irreversibile di strutture nervose e di funzione visiva. All'esordio della patologia i sintomi soggettivi sono praticamente assenti; il paziente può accorgersi di una limitazione del campo visivo, sbattendo contro gli stipiti delle porte o inciampando negli scalini, quando ormai il danno al campo visivo è molto avanzato. Per questa ragione la diagnosi precoce rappresenta il punto nodale nella cura di tale patologia.

Glioma del Nervo Ottico: è un tumore dell'infanzia che inizia dalla parte intraorbitaria del nervo e tende ad estendersi verso il chiasma senza infiltrare i tessuti vicini. Si manifesta con un rapido calo del visus, un'esoftalmo assile, progressivo ed irriducibile; all'oftalmoscopia può osservarsi papilla da stasi evolvente verso l'atrofia ottica. Il trattamento è chirurgico con una pessima prognosi per la funzione visiva, ma buona per l'aspettativa di vita se l'intervento è precoce, in quanto le recidive sono eccezionali.

Herpes Zoster Oftalmico: colpisce la prima branca oftalmica del trigemino. Il virus varicella-zoster è il responsabile dell'infezione e rimane latente nel ganglio di Gasser per molti anni potendosi riattivare occasionalmente in caso di soggetti indeboliti (es. immunodepressi, convalescenti od esposti a raggi UV) o sottoposti a stress. La zona interessata è la regione frontorbitaria che viene colpita da un processo eruttivo sotto forma di vescicole associata ad un intenso dolore. In genere è monolaterale e può causare complicanze a livello corneale (cheratite interstiziale), uveale (iridociclite) e pupillare (paralisi dell'accomodazione).

Iperetrofia: consiste in un anormale ingrossamento del tessuto di natura prevalentemente infiammatoria, generalmente accompagnato da edema, calore e dolore.

Iperotropia: deviazione verticale del bulbo verso l'alto.

Ipoplasia: bulbo oculare iposviluppato (ma di diametro non inferiore a 15 mm.), di origine congenita, a causa del mancato sviluppo in età prenatale.

Ipotropia: deviazione verticale del bulbo verso il basso.

Neoplasie: formazioni tumorali che possono essere sia benigne che maligne. Quelle di origine maligna sono una delle cause principali di enucleazione del bulbo. Le neoplasie che ricorrono con maggiore frequenza sono il retinoblastoma, il melanoma della coroide o uveale ed il glioma del nervo ottico.

Melanoma della Coroide: tumore maligno della coroide la cui localizzazione è variabile e può interessare il polo posteriore, la zona iuxtapapillare, la media ed estrema periferia. I sintomi sono relativi al sito ed al volume del tumore: se al polo posteriore, si avrà un rapido calo del visus; mentre se in periferia può essere del tutto asintomatico fino a quando non insorgano complicanze (es. distacco di retina). Avendo natura maligna il melanoma della coroide impone diagnosi e terapia estremamente tempestive e anche se la terapia conservativa può dare risultati soddisfacenti, il melanoma è una delle più frequenti cause di enucleazione.

Microftalmo: malformazione oculare congenita caratterizzata da una riduzione del volume del bulbo oculare. I microftalmi congeniti possono insorgere sporadicamente (come un evento isolato) oppure presentare un'ereditarietà dominante ad espressione variabile o recessiva. La natura del microftalmo è legata ad un arresto della crescita del contenuto orbitario, che si verifica tra la 5a e la 6a settimana di vita intrauterina. Da un punto di vista clinico possiamo classificare il microftalmo in:

- Microftalmo semplice: Il bulbo ha dimensioni ridotte e non esistono malformazioni oculari o sistemiche, riconducibili

ad un arresto di sviluppo oculare successivo alla chiusura della fessura embrionaria. In questo gruppo vanno inseriti anche il microftalmo posteriore ed il nanofalmo che si distinguono rispettivamente per la presenza di un diametro corneale normale o di dimensioni ridotte (< di 10 mm) associato al riscontro di una ipermetropia elevata (10 diottrie circa);

- Microftalmo complesso: presenta una riduzione del bulbo ed altre anomalie oculari (opacità corneali, cataratta, persistenza del vitreo primitivo, coloboma uveale, etc.) e sistemiche (cardiache, renali, cerebrali);

- Microftalmo estremo: consiste in un abbozzo del bulbo oculare associato a riduzione del volume palpebrale. È presente un microrbitismo marcato e può essere associato o meno ad altre anomalie sistemiche.

Morbo di Basedow: (oftalmopatia tiroidea) è una causa frequente di esoftalmo in genere bilaterale, anche se l'alterazione può non essere simmetrica nei due occhi. La patogenesi della malattia tiroidea che insorge a qualsiasi età, anche se colpisce soprattutto donne fra 20 e 60 anni, è di origine autoimmune: diversi studi hanno evidenziato che le alterazioni del sistema immunitario hanno un ruolo rilevante nella sua patogenesi. Nella malattia di Basedow l'organismo produce autoanticorpi che attaccano la ghiandola tiroide, la cute degli arti inferiori e gli occhi. I pazienti affetti da morbo di Basedow possono presentare, oltre ai sintomi sistemici caratteristici dell'ipertiroidismo, anche alterazioni cutanee e soprattutto alterazioni oculari. I sintomi più evidenti sono sguardo fisso, scarso ammiccamento, retrazione palpebrale, chemosi e rossore congiuntivale che producono dolore, lacrimazione,

irritazione e fotofobia. Il bulbo oculare tende a protrudere all'esterno dell'orbita a causa dell'accumulo di liquido e di grasso nella zona retrobulbare. Gli autoanticorpi, infatti, infiltrano i tessuti dei muscoli estrinseci ed il grasso orbitario causando deficit di mobilità e retrazione palpebrale che possono degenerare in cheratiti da esposizione.

Nanoftalmo: vedi Microftalmo.

Neovascolarizzazione: formazione di nuovi vasi sanguigni in un tessuto generalmente cicatriziale, dopo un intervento, un trapianto od un innesto chirurgico con materiale biocompatibile.

Neurite Ottica Retrobulbare: patologia infiammatoria a carico della parte retro-bulbare del nervo ottico, spesso bilaterale. Nei pazienti giovani può essere il sintomo d'esordio di una malattia demielinizzante come la sclerosi multipla.

Nevo: piccolo tumore benigno pigmentato localizzato in genere sulla congiuntiva bulbare. Tende ad aumentare di volume ma ciò non è necessariamente indice di malignità.

Oftalmia Simpatica: un bulbo che ha subito un trauma perforante con interessamento uveale, dopo un periodo variabile, può generare un'uveite anche nell'occhio controlaterale. L'occhio traumatizzato è detto "eccitante"

mentre l'altro è detto "simpatizzante". Il periodo di latenza tra il trauma e l'inizio dell'uveite "simpatica" è molto variabile (da due settimane a trent'anni!), anche se nella maggior parte dei casi si manifesta entro il primo anno dal trauma. Lo sviluppo di un "uveite simpatica" è attualmente di raro riscontro, grazie ad un miglioramento della chirurgia riparatrice delle ferite perforanti, all'uso di terapia antinfiammatoria e steroidea e all'enucleazione profilattica dell'occhio traumatizzato non più vedente.

Oftalmoplegia: paralisi della muscolatura estrinseca del bulbo che impedisce i movimenti del bulbo stesso, compresi quelli involontari dell'accomodazione. Le cause sono molteplici: traumi, affezioni di origine infiammatoria o infettiva, lesioni vascolari o tumori.

Ortoforia: mancanza di qualsiasi tipo di deviazione degli assi visivi.

Orzaiolo: è un foruncolo della ghiandola sebacea adiacente al follicolo pilifero. L'edema è intenso ed il dolore è localizzato. Esistono forme recidivanti che rendono meno agevole la terapia. Anche in assenza di terapia, comunque, nel giro di alcuni giorni la guarigione è spesso spontanea.

Panoftalmite: quadro clinico drammatico con dolore intenso, edema congiuntivale e palpebrale, esoftalmo ed essudato purulento in camera anteriore. La pupilla, se visibile, lascia intravedere infiltrati purulenti nel vitreo. Il

quadro evolve rapidamente in una perforazione del bulbo e ftisi. Le cause di tale evento che porta sempre alla perdita dell'occhio, possono essere infezioni esterne (batteriche o fungine per esempio in caso di traumi perforanti ,corpi estranei endobulbari, e interventi chirurgici) o da strutture vicine (es. processi suppurativi orbitari o dei seniparanasali) oppure dall'interno dell'organismo per via ematica (es. endocardite settica, meningococcemia, sepsi). Rimane una delle cause principali di enucleazione del bulbo.

Panuveite: forme che colpiscono contemporaneamente tutto il tessuto uveale, sia nel suo tratto anteriore che posteriore; sono manifestazioni flogistiche particolari e relativamente rare come nel caso dell'oftalmia simpatica o nella sindrome di Vogt-Koyanagi-Harada

Papilloma: piccola neoformazione benigna peduncolata (cioè formata da tante piccole papille) localizzata a livello del fornice congiuntivale (papilloma congiuntivale) oppure sul margine libero della palpebra (papilloma palpebrale).

Ptosi: abbassamento della palpebra superiore in seguito ad insufficienza funzionale del muscolo elevatore palpebrale. Si distinguono principalmente in ptosi congenite o paralitiche. Queste ultime possono essere di origine nervosa o muscolare. Se la ptosi è contenuta pone solo problemi di tipo estetico ma se è molto accentuata può interferire con la visione, richiedendo la terapia chirurgica. Nelle ptosi congenite di una certa entità occorre comunque intervenire

velocemente poiché possono impedire il corretto sviluppo della funzione visiva.

Retinoblastoma: tumore maligno del tessuto nervoso retinico che può essere presente alla nascita o manifestarsi nei primi anni di vita (soprattutto entro il primo anno). Può essere ereditario soprattutto nella sua forma bilaterale (circa il 20% dei casi). Il segno caratteristico d'esordio è un riflesso biancastro in campo pupillare (leucocoria).

Retinopatia (morbo) di Coats: retinite massiva di tipo essudativo alla base della quale c'è un'anomalia vascolare, congenita o acquisita, che favorisce la formazione degli essudati. La patologia è spesso monolaterale e può complicarsi con l'insorgere di un distacco di retina, un glaucoma secondario o una cataratta complicata. In alcuni casi particolarmente avanzati e gravi è causa di enucleazione del bulbo. La retinopatia di Coats può associarsi ad altre malformazioni vascolari come angiomi facciali, sindrome di Alport, retinopatia pigmentosa ed altre.

Sindrome della Cavità Anoftalmica: E' un insieme di segni e sintomi che possono esser presenti in pazienti portatori di protesi oculari. La sindrome è caratterizzata da un enoftalmo (la protesi è infossata nella cavità orbitaria), un incremento del solco palpebrale superiore, una ptosi della palpebra superiore, un ectropion della palpebra inferiore e il dislocamento della protesi verso il basso. La sua patogenesi è complessa e si basa su un

deficit di volume orbitario. E' possibile ottenere buoni risultati estetici e funzionali con una chirurgia mirata in primo luogo a ripristinare il volume orbitario e successivamente, se necessario, correggere chirurgicamente gli inestetismi residui. Con l'inserimento di un impianto orbitario al momento dell'intervento (impianto primario) o in un momento successivo (impianto secondario) si possono correggere in parte questi deficit estetici.

Sinechie: aderenze che si formano fra diverse strutture oculari. Nell'iridociclite anteriore, ad esempio, l'infiammazione dell'iride e del corpo ciliare può dar origine a punti di adesione dell'iride al cristallino dette, appunto, sinechie irido-lenticolari. Se queste ultime si estendono a 360° si può determinare un'occlusione del forame pupillare che impedisce all'umore acqueo di essere drenato correttamente, provocando quindi l'insorgenza di un glaucoma acuto secondario.

Simblefaron: aderenze tra la congiuntiva tarsale e la congiuntiva bulbare, di natura congenita o, più frequentemente, conseguente ad eventi accidentali (traumi o causticazioni) o patologie della superficie oculare. Esistono speciali conformatori che evitano il contatto tra le parti e che favoriscono la ricrescita della congiuntiva palpebrale. La congiuntiva bulbare, invece, può essere ripristinata solo chirurgicamente.

Strabismo: (Eterotropia) alterazione della visione binoculare che produce turbe dell'orientamento dell'occhio

che ne è affetto e la soppressione delle immagini a livello della retina. In base alla direzione della deviazione dell'orientamento lo strabismo può essere convergente (verso l'interno), divergente (verso l'esterno) o verticale (verso l'alto). Lo strabismo convergente può essere di tipo:

- Anisometrico: quando un occhio ha un deficit visivo molto più forte dell'altro e le due immagini non possono essere fuse in una unica a livello cerebrale;
- Accomodativo: generalmente presente in soggetti fortemente ipermetropi e rilevabile con facilità nei bambini che iniziano a leggere e scrivere costantemente;
- Paralitico: in seguito a paresi intervenute nei primi anni di vita, anche se poi scomparse, oppure dopo un trauma, una malattia infettiva o un'anomalia di sviluppo (per esempio un trauma ostetrico);
- Ereditario: oltre il 50% degli strabismi sono ereditari e consiste in un'alterazione dello sviluppo delle vie di associazione fra i nuclei dei nervi oculomotori e la corteccia cerebrale.

Lo strabismo divergente, molto meno frequente e riscontrabile soprattutto nel bambino in età scolare e nell'adulto. A differenza di quello convergente si manifesta spesso in modo intermittente e varia secondo che il soggetto guardi lontano o vicino. Può essere:

- Del miope elevato: molto frequente, è tipico appunto di chi è affetto da forte miopia;
- Da ambliopia: di eziologia simile a quello anisometrico;
- Di origine centrale: per assenza di convergenza dello sguardo o eccesso di divergenza.

Lo strabismo verticale, invece, è generalmente associato ad una deviazione orizzontale ed è spesso causato da paralisi di origine ostetrica o neonatale.

Subatrofia Bulbare: condizione di atrofia del bulbo ancora più pronunciata.

Trichiasi: affezione delle ciglia che deviano dal loro percorso naturale di crescita e vengono a contatto con la cornea, abradendola. Spesso associata all'entropion, si riscontra anche nelle affezioni palpebrali croniche ed in seguito a traumi od esiti cicatriziali.

Trombosi Retinica: è l'occlusione dell'arteria centrale retinica che può provocare in pochi minuti lesioni irreversibili alla funzione visiva. Le cause possono essere più svariate: una vasculopatia sistemica di origine ipertensiva o artritica, uno spasmo intervenuto in seguito a morbillo o ancora una placca di colesterolo distaccata dalla parete di un vaso. E' una causa abbastanza frequente di tisi del bulbo che in seguito al mancato afflusso sanguigno perde gran parte del tono e si riduce drasticamente di dimensioni.

Ulcera Corneale (Dendritica): alterazione dell'epitelio corneale che si colora con fluoresceina assumendo un tipico aspetto ramificato a dendrite. È provocata dal virus erpetico (più frequentemente Herpes Simplex o Varicella Zoster) in soggetti che hanno subito una prima infezione precedentemente con o senza

manifestazioni di herpes labiale o palpebrale. È monolaterale e recidivante, e può anche essere accompagnata da febbre nei casi in cui ci sia una concomitante manifestazione cutanea; se non curata tempestivamente può causare seri danni alla visione.

Uveite: processo infiammatorio che colpisce l'uvea cioè la tunica vascolare dell'occhio. In rapporto alla zona del bulbo dove si sviluppa l'uveite può essere:

- Anteriore o Irido-ciclite (interessa iride e corpo ciliare);
- Posteriore (coroidite o corioretinite);
- Diffusa o Panuveite.

Le cause sono molteplici e difficilmente si riescono a diagnosticare con chiarezza. La uveiti infatti possono insorgere per cause “interne” come nel caso di patologie autoimmuni con manifestazioni a carico dell'apparato visivo (es. artrite reumatoide, sindrome di Bechet, spondilite anchilosante, sarcoidosi ecc..) oppure per cause “esterne” cioè infezioni sistemiche con manifestazioni anche a livello oculare (es. Tubercolosi, sifilide, uveite erpetica ecc.).

ATRI Onlus

(Associazione Toscana Retinopatici e Ipovedenti)

12 Settembre 2007