

STUDIO PEDROTTI

MALATTIE DEGLI OCCHI



CHIRURGIA DELLO STRABISMO NELL'ADULTO

Via Mazzini, 11 Vicenza 36100

Tel. 0444 541000

mail: info@studiopedrotti.it sito: www.studiopedrotti.it



CHIRURGIA DELLO STRABISMO NELL'ADULTO

Varie sono le indicazioni alla chirurgia dello strabismo nel paziente adulto:

- eliminare una diplopia (visione doppia);
- eliminare una PAC (posizione di torcicollo);
- finalità estetiche;
- finalità funzionali (veder meglio).

Sappiamo che l'imprevedibilità del risultato chirurgico è il limite classico e maggiore della chirurgia dello strabismo. Ogni intervento è esposto al rischio di una iper o ipocorrezione con conseguente necessità di reintervento.

Quando si opera uno strabismo il dosaggio chirurgico dipende:

- dall'entità dell'angolo di deviazione da correggere;
- dalla componente innervazionale;
- dall'istologia muscolare.

Qualsiasi tipo di di anestesia venga usata, generale o retrobulbare o peribulbare o sottotenoniana, interferisce con la trasmissione nervosa motoria.

Jampolsky, circa 40 anni fa, tramite le suture regolabili che regolava l'indomani dell'intervento, aveva avuto l'intuizione geniale di cercare un fine dosaggio dell'entità della chirurgia senza che l'anestesia alterasse la componente dinamica innervazionale.

Di fatto la metodica era sì valida perchè permetteva un cover-test intraoperatorio (possibilità di misurare l'angolo di strabismo corretto occludendo alternativamente prima un occhio poi l'altro), ma aveva grandi limiti dati dal fatto che il muscolo dopo la regolazione era libero e quindi non v'era sicurezza di dove in fase di cicatrizzazione si sarebbe ancorato alla sclera. Inoltre permetteva la regolazione solo in casi di recessione muscolare, era adatta solo per i muscoli retti e non per quelli obliqui ed infine veniva praticata in condizioni di semisterilità.

Per tutte queste ragioni, dopo un'iniziale entusiasmo, le suture regolabili sono state abbandonate.

Era stato però gettato un seme importante.

Con la riscoperta delle potenzialità dell'anestesia topica (solo gocce instillate sull'occhio), si è ripresa quell'idea e si è affermata una nuova era nella chirurgia dello strabismo dell'adulto.

Naturalmente questa chirurgia in anestesia topica, presuppone un paziente collaborante quale può essere un adulto.

I vantaggi della chirurgia in anestesia topica sono molteplici:

- non interferisce con la normale motilità della muscolatura oculare;
- conferisce una discreta analgesia e quindi l'intervento non è particolarmente doloroso;

- permette un controllo intraoperatorio del risultato fino a quel momento raggiunto e questo è l'aspetto fondamentale di tale tipo di anestesia;
- tutta la gestione del paziente è più semplice in quanto l'intervento viene eseguito ambulatorialmente con riduzione dei costi e recupero più rapido.

I limiti dell'anestesia topica sono:

- l'analgesia in pazienti molto ansiosi può essere insufficiente;
- necessariamente il paziente deve essere collaborante.

Questo è il protocollo anestesilogico che usiamo da molti anni:

Pre-operatoriamente

- incannulamento della vena;
- 15 minuti prima gocce sull'occhio di benoxinato cloruro 0,4% + lidocaina;
- 10 minuti prima 1-2 ml di Fentanyl endovena.

Intra-operatoriamente

- collirio lidocaina 4%;
- al bisogno Fans e/o Remifentanil endovena.

La metodica prevede

- presenza dell'anestesista;
- chirurgia sotto microscopio con poca illuminazione per non abbagliare;
- continuo dialogo col paziente che deve essere preavvertito dei vari passaggi chirurgici;
- dolcezza nel caricamento del muscolo. Questo è lo step più algogeno di tutto l'intervento in quanto provoca una trazione posteriormente a livello dell'anello tendineo dello Zinn.

Le tecniche operatorie sono le stesse di quelle praticate in anestesia generale, ma ogni passaggio viene effettuato con studiata delicatezza. La necessità di dover verificare

a fine intervento il programma operatorio stabilito a priori con la risposta del paziente (test soggettivo) e con i risultati del cover-test eseguito dall'ortottista (test oggettivo), ci

obbliga ad utilizzare accorgimenti che rendano reversibili tutti i nostri passaggi chirurgici;

- le suture vengono provvisoriamente annodate a fiocco in modo che se necessario possano essere facilmente sciolte. Se al controllo il risultato non è quello atteso, si sfilava la sutura dalla sede sclerale per riposizionarla. Sciogliamo in questo caso il nodo, facciamo percorrere a ritroso all'ago il tragitto intrasclerale tirando delicatamente sulla sutura ed il punto viene posizionato più avanti o più indietro a seconda delle indicazioni fornite dal cover test intraoperatorio;

- il cover test intraoperatorio (possibilità di misurare l'angolo di strabismo occludendo alternativamente prima un occhio poi l'altro) viene fatto con paziente seduto sul letto operatorio.

Per questa verifica rimuoviamo i telini che ricoprono e delimitano il campo operatorio, laviamo delicatamente la cornea con soluzione fisiologica, instilliamo qualche lacrima artificiale ed attendiamo 3-4 minuti perché il paziente si disabbagli.

Riteniamo importante che il controllo sia fatto a paziente seduto mentre fissa una mira posta sulla parete e non in altre posizioni. Naturalmente questa verifica intra-operatoria può essere ripetuta più volte durante l'operazione fino ad ottenere il risultato auspicato;

- alla fine dell'intervento non vengono mai messe bende, il movimento dell'occhio libero di guardare ostacola la formazione di indesiderate aderenze cicatriziali.

La possibilità di fare questo controllo intraoperatorio per la verifica del risultato motorio e sensoriale ci ha portato ad un notevole aumento della percentuale di successi.

L'anestesia topica infatti non interferendo sulla componente innervazionale del muscolo permette di dosare e graduare la chirurgia per allineare gli occhi al meglio.

Il paziente esce dall'intervento con gli occhi allineati secondo il nostro obiettivo prefissato in quanto abbiamo customizzato con lui con pazienza artigianale e interagendo in tempo reale la migliore e la più accettata delle correzioni possibili. Tale metodica ci ha permesso praticamente di azzerare il rischio di diplopia postoperatoria e ridurre notevolmente la percentuale dei reinterventi.

Con l'anestesia topica abbiamo operato nell'arco di 15 anni oltre 2000 pazienti, siamo intervenuti su tutti i muscoli oculari compresi gli obliqui ed abbiamo praticato qualsiasi tipo di intervento.

I principi che hanno ispirato la nostra condotta chirurgica sono stati i seguenti:

- distribuire l'intervento sui due occhi, ciò permette una miglior simmetria dei movimenti e minor rischio di incomitanze di sguardo iatrogene;
- operare preferibilmente un solo occhio in caso di importante deficit visivo monolaterale;
- privilegiare sempre l'intervento di indebolimento muscolare (recessione) rispetto all'intervento di rinforzo. La recessione rappresenta nella nostra chirurgia sempre la prima opzione quando dobbiamo affrontare uno strabismo. Preferiamo infatti indebolire l'azione di un muscolo iperfunzionante piuttosto che rafforzare l'azione di un muscolo ipofunzionante. La recessione è un intervento facilmente dosabile, più prevedibile nei risultati e soprattutto completamente reversibile nel tempo se si deve reintervenire in caso di iper o ipocorrezione;
- in caso di rinforzo muscolare fare sempre una plicatura o un avanzamento.

Il nostro pensiero è che la plicatura con o senza avanzamento sia una chirurgia con caratteristica di completa reversibilità nei primi 2- 3 giorni di postoperatorio. È questo un notevole vantaggio in caso di iper o ipocorrezione del dosaggio chirurgico rispetto alla classica resezione che è da subito sempre un intervento irreversibile, la perdita di tessuto è una strada senza ritorno.

La plicatura inoltre non interrompendo le afferenze arteriose che dal muscolo retto si portano al grande circolo arterioso dell'iride comporta sicuramente un minore traumatismo del muscolo rispetto alla resezione con conseguente riduzione dei tempi di guarigione.

Sempre per lo stesso principio della reversibilità, come seconda opzione nella chirurgia di rinforzo, preferiamo utilizzare l'avanzamento, specie se dobbiamo reintervenire su un muscolo già operato.

Con l'anestesia topica abbiamo eseguito anche interventi di miopessia retroequatoriale.

Trattandosi in questo caso di una chirurgia che presuppone durante il passaggio dei punti di ancoraggio sclerare una importante trazione sul muscolo, è vantaggiosa la collaborazione dell'anestesista per garantire una maggiore copertura analgesica. Il Remifentanil endovena si è dimostrato il farmaco più efficace. Mai usiamo il Propofol in quanto pur avendo una durata d'azione molto limitata, provoca un'anestesia generale a tutti gli effetti e quindi viene a mancare quella attendibilità di risposta e collaborazione da parte del paziente durante il controllo intraoperatorio che è secondo noi l'elemento fondamentale e qualificante della nostra chirurgia per ridurre al minimo l'imprevedibilità del risultato post-operatorio.

Sempre con la chirurgia in anestesia topica abbiamo ottenuto buoni risultati con l'intervento di Jensen nella paralisi del VI.

Un capitolo importante nella chirurgia dello strabismo nel paziente adulto è il rischio di diplopia postoperatoria (veder doppio). Infatti uno strabismo concomitante insorto in età infantile, ma operato in età adulta, presenta anomalie sensoriali ben radicate che possono comportare un rischio di diplopia nel postintervento. Tale timore di diplopia persistente induce molti oculisti a non operare questi pazienti.

L'insorgenza di una diplopia è legata al fatto che, dopo la chirurgia, l'immagine dell'occhio deviato non cade nella zona dello scotoma di soppressione, né in quella della cooperazione binoculare.

Nella nostra esperienza possiamo affermare che:

- in caso di strabismo alternante con buon visus e soppressione profonda il rischio di diplopia post-operatoria è scarso o assente;
- in caso di strabismo monolaterale con ambliopia (importante deficit visivo in un occhio) e soppressione scarsa esiste un rischio di diplopia post-operatoria.

Di fatto l'anestesia topica nella chirurgia dello strabismo dell'adulto permettendo intraoperatoriamente il controllo dell'angolo residuo ed anche la verifica della comparsa o meno della diplopia ci autorizza a spingere la correzione della deviazione fino al limite massimo.

Da quando abbiamo iniziato tale metodica, il rischio di diplopia nella post-chirurgia dell'adulto non ci fa più paura ed i risultati della casistica sono brillanti.

Testo redatto dallo Studio Pedrotti.

