

STUDIO PEDROTTI

MALATTIE DEGLI OCCHI



PREVENZIONE DEL DISTACCO RETINICO

Via Mazzini, 11 Vicenza 36100

Tel. 0444 541000

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



PREVENZIONE DEL DISTACCO RETINICO REGMATOGENO E TRATTAMENTO DEL DISTACCO RETINICO

LA RETINA

La retina, membrana visiva che tappezza la parete interna dell'occhio, ha la funzione di ricevere i raggi di luce dall'ambiente esterno e di "impressionarsi", come una pellicola fotografica. L'impulso viene poi trasferito al cervello e qui trasformato in immagine.

La retina è una membrana molto delicata sensibile, per poter funzionare ha un grande bisogno di ossigeno, apportato dalla circolazione sanguigna. La retina può andare incontro a diverse patologie più o meno invalidanti. La più pericolosa è forse la rottura della retina che se non prontamente trattata può portare ad un distacco di retina.

Una retina irrimediabilmente distaccata porta alla perdita della vista.

Un sipario che cala improvvisamente: è questa la descrizione che viene fornita da chi ha un distacco di retina. Nella parte dell'occhio dove avviene la caduta, infatti non è più possibile vedere le immagini, ma solo un'area di nebbia grigiastra che tende ad aumentare con il trascorrere dei giorni.

Ogni anno ne sono vittime **75 persone ogni 100 mila**.

Tra le cause, al primo posto c'è una **forte miopia**, cioè oltre le sei-sette diottrie, detta miopia degenerativa. È legata al fatto che in chi è affetto da miopia, la sclera assume una forma bombata innaturale che costringe le varie membrane interne dell'occhio ad adeguarsi. Così avviene anche per la **retina** che, per coprire una superficie maggiore causata dallo sfiancamento dell'occhio, **deve allungarsi**. Di conseguenza si assottiglia, con un aumento del rischio di smagliature e rotture.

Un'altra causa del distacco è un **trauma**, quale un forte colpo di testa oppure uno schiaffo.

Il risultato comunque è medesimo: si verificano delle **lacerazioni o dei fori sulla retina**, attraverso cui penetra liquido proveniente dal corpo vitreo e una porzione della retina si stacca. In parole semplici è come se la tappezzeria, fino a un attimo prima ben attaccata al muro, si rompesse e si distaccasse in parte o totalmente.

La retina così sollevata non è più in grado di essere impressionata e viene a mancare la capacità di visione nella zona del distacco, il paziente vede come una chiazza di nebbia grigia, che è la conferma tangibile del distacco.

Si tratta di un'emergenza vera e propria, bisogna esser visti da uno specialista, perchè prima si interviene migliori saranno i risultati.

Un'altra causa responsabile di possibile insorgenza di distacco di retina sono le degenerazioni retiniche.

La parola degenerazione indica una alterazione della retina, con compromissione della sua integrità anatomica.

Il termine "regmatogeno" deriva dalle parole greche regma= rottura e genesis = generatrice. Infatti in tutte queste degenerazioni retiniche, esiste il rischio del possibile verificarsi di una soluzione di continuo a carico della retina (rottura a lembo, foro retinico).

L'ulteriore possibile complicazione di queste degenerazioni può essere quindi prima la rottura e poi il distacco retinico detto appunto regmatogeno.

Il distacco è caratterizzato dallo scollamento tra loro dei foglietti costituenti la retina e causato dalla penetrazione, attraverso la soluzione di continuo, di liquido vitreale fino alla parziale o totale separazione dei suoi foglietti retinici.

Il distacco di retina deve sempre essere operato. Se l'intervento non ha successo la visione è irrimediabilmente compromessa.

Esistono vari tipi di degenerazioni retiniche regmatogene.

La prima degenerazione retinica di cui ci occuperemo è quella cosiddetta "**a palizzata**". In questo caso si verifica un assottigliamento dello spessore retinico e l'occlusione di alcuni piccoli vasi, che per il loro caratteristico orientamento "a palizzata", conferiscono il nome a questa degenerazione.

La degenerazione "**a bava di lumaca**" deve il suo nome al caratteristico riflesso argenteo che ha la retina interessata. Tale riflesso lattescente e/o argentato, corrisponde ad un'area retinica, che è assottigliata e presenta un deposito di grassi nel suo contesto.

Il "**bianco senza pressione**", è una degenerazione dall'aspetto bianco e/o pallido, che corrisponde ad un'area retinica assottigliata e poco perfusa dalla circolazione sanguigna.

Le "**aderenze paravascolari**" sono, come indica il termine, delle adesioni che il vitreo (gel che riempie l'interno dell'occhio) contrae con i vasi retinici. Queste aderenze paravasali possono, nel tempo, determinare una trazione che lacera la retina determinando il formarsi di una rottura.

Queste quattro degenerazioni retiniche regmatogene sono più frequenti nelle persone miopi ed interessano esclusivamente la periferia della retina, risparmiando la parte centrale del fondo oculare.

La "**retinoschisi**" è una affezione retinica caratterizzata dal formarsi di una schisi, cioè di una separazione in due foglietti dello strato retinico primariamente unico e unito. Si forma cioè una specie di bolla, più o meno grande, con pareti molto sottili, che possono talora perforarsi e creare un distacco di retina.

E' molto importante sapere che tutte queste degenerazioni sono molto spesso asintomatiche, ciò significa che non creano disturbi visivi particolari all'ignaro paziente finché non causano una possibile rottura della retina.

Queste degenerazioni vengono per lo più riscontrate solo durante una visita oculistica completa ed accurata, spesso in occasione di una visita oculistica occasionale richiesta semplicemente per la prescrizione di occhiali.

PREVENZIONE DEL DISTACCO DI RETINA

La degenerazione "a palizzata", alcuni tipi di degenerazione "a bava di lumaca", le "aderenze paravascolari", la "retinoschisi" ed il "bianco senza pressione" sono tutte alterazioni retiniche da prendere in attenta considerazione per decidere, caso per caso, la condotta clinica terapeuticamente più valida per il singolo paziente.

E' un dato di fatto che l'incidenza del distacco retinico risulta sensibilmente ridotta nella popolazione più civile negli ultimi decenni a seguito di una maggior attenzione e cultura sanitaria.

Il decremento dell'incidenza del distacco retinico è stato possibile grazie all'estensione delle visite oculistiche a più vasti strati della popolazione, allo screening dei soggetti miopi, all'aumentata

consapevolezza e sensibilizzazione dei pazienti verso i problemi medici in genere, all'atteggiamento più operativo della moderna oculistica nei confronti delle degenerazioni regmatogene ed all'attenzione sempre crescente, in ambiente medico e non, verso la laserterapia.

E' molto importante sottolineare che una adeguata laserterapia, demarcando ed isolando la degenerazione regmatogena dalla circostante retina sana, previene il verificarsi di un eventuale distacco retinico.

In genere è sufficiente una unica seduta laser ambulatoriale; talora, in base al numero delle lesioni, alla loro estensione ed alla scelta adottata dall'operatore, può essere necessario un numero maggiore di sedute laser.

E' utile ricordare che esistono alcuni fattori di rischio di ordine generale (familiarità, disidratazione, sport che esponano a traumi oculari) e locale (miopia e/o pregressi distacchi retinici nell'altro occhio), che predispongono maggiormente all'incidenza del distacco di retina.

Pertanto in loro presenza può essere raccomandabile una laserterapia per prevenire e scongiurare un eventuale intervento di chirurgia retinica.

E' opportuno far presente che non tutte le degenerazioni vanno trattate con il laser, alcune devono semplicemente essere tenute sotto osservazione negli anni .

DISTACCO DI RETINA

Il distacco di retina in cinque casi su 10 è preceduto qualche giorno prima da veri e propri campanelli d'allarme. Il primo sintomo può essere la visione di una serie di **puntini neri**, quasi come se si guardasse attraverso una rete.

È un'avvisaglia che la retina si sta rompendo. Si possono manifestare anche **lampi** in rapida frequenza, come flash di una macchina fotografica.

Possono essere associati ai puntini neri oppure anche essere l'unico disturbo.

A distanza di pochissimi giorni poi **la vista diventa offuscata**, come se improvvisamente si fosse formato un velo più o meno esteso davanti all'occhio. Il passaggio dalla rottura al distacco vero e proprio è breve, talvolta poche ore.

Ai primi segni è bene consultare sempre il proprio oculista.

Se il distacco viene affrontato finché la retina non è sollevata, è possibile effettuare un intervento non invasivo con il laser che crea come una cucitura attorno alla rottura e il paziente riprende rapidamente la propria vita abituale.

Proprio per questo, il consiglio degli specialisti è di effettuare **una visita oculistica all'anno**, specialmente in caso di miopia elevata o di degenerazioni retiniche.

Nel caso di **aree retiniche a rischio di rottura**, il trattamento più utilizzato è il **laser**. Viene effettuato in ambulatorio e non sono necessarie analisi di preparazione. Prima di iniziare vengono instillate nell'occhio delle gocce di collirio anestetico. Quindi attorno alla zona a rischio vengono effettuate tante piccole bruciature con un raggio di luce che crea uno sbarramento attorno alla rottura o alla smagliatura della retina. In questo modo si salda la retina e si evita che il gel del corpo vitreo penetri dietro la retina, scollandola.

Questo trattamento **dura al massimo un quarto d'ora** e il paziente non avverte dolore.

È importante poi stare a riposo relativo per qualche giorno e seguire una cura a base di colliri antibiotici e cortisonici. Dopo la visita di controllo si può riprendere la vita quotidiana.

Il discorso cambia in caso di **rottura con sollevamento della retina**.

Sono necessari in caso di distacco vero e proprio il ricovero d'urgenza e l'intervento chirurgico. L'operazione può essere in anestesia generale oppure locale. Va precisato comunque che, in caso di anestesia locale, il paziente viene sottoposto a una sedazione generale.

La tecnica più utilizzata è il **cerchiaggio**, che consiste nell'applicazione sulla sclera di sottili bandellette in silicone che spingono la parete del bulbo oculare verso l'interno, contro la retina distaccata.

Se il distacco di retina è totale o comunque molto grave, è indicata una **vitrectomia**. Con questo intervento il corpo vitreo viene rimosso e rimpiazzato con una speciale sostanza che a seconda dei casi può essere un gas o olio di silicone.

L'occhio viene quindi bendato ed è necessario **stare a letto uno o più giorni con la testa posizionata a seconda della sede della rottura**. È bene poi mantenere un livello di prudenza massimo, evitando sforzi traumatici o movimenti bruschi del capo per almeno 10-15 giorni, **luce soffusa** anche durante il giorno. Per quanto riguarda invece il recupero visivo, a distanza di un mese dall'intervento è già possibile valutare l'entità della perdita e far preparare **un paio di occhiali con la nuova gradazione**. Non si tratta però delle lenti definitive: il **miglioramento è lento ma continuo**. In alcuni casi sono necessari anche mesi prima di avere un assetamento. Il recupero inoltre dipende anche dalla zona di distacco della retina e da quanto tempo è trascorso tra il distacco e l'intervento: maggiore è l'intervallo e minore sarà la possibilità di recupero visivo.

La più temuta complicazione del distacco della retina è la formazione di un foro maculare, cioè di una lacerazione nella macula, che è la zona più delicata della retina e soprattutto è la sede della visione più fine.

La macula può essere interessata da una lesione caratteristica denominata foro maculare senza ulteriore esteso sollevamento retinico.

Il foro maculare può essere di diversi stadi, classificati da uno a quattro. Nei primi tre in genere si interviene chirurgicamente mentre al quarto, che è più grave, l'intervento viene valutato caso per caso. L'operazione può essere eseguita in anestesia locale o generale. L'intervento dura circa un'ora e consiste nella rimozione delle membrane vitreali attorno al foro, in modo da aumentare l'elasticità della retina. La zona operata viene quindi tamponata con gas, che ha lo scopo di favorire l'avvicinamento delle parti del foro e la sua chiusura. Per aiutare questo movimento, spesso nei giorni successivi bisogna mantenere una posizione a faccia in giù. Se il foro si chiude, rimane comunque nella zona centrale un punto dove l'immagine è distorta.

Quando l'intervento non ha esito positivo oppure il foro è di grado quattro, la visione è compromessa. Nell'arco di un anno però si verifica una sorta di adattamento del cervello, per cui si impara ad usare in qualche modo l'occhio nonostante la vista sia notevolmente ridotta.

Testo redatto dallo Studio Pedrotti