

ambliopia

L'Ambliopia... questa sconosciuta!



Dott. Savino D'AMELIO
Medico Chirurgo Oculista, A.S.L. 1
Dirigente UOS di Strabismo e
Ortottica, Ospedale Oftalmico di Torino

L'ambliopia è una complessa anomalia di sviluppo della visione dello spazio, che si instaura nei primi anni di vita, ed il cui aspetto preminente e più evidente è un deficit dell'acuità visiva, prevalentemente monolaterale, ma che in alcuni casi può colpire entrambi gli occhi.

Il termine ambliopia significa letteralmente "visione ottusa" e deriva dal greco *amblyōs* che vuol dire ottuso, di ridotta acuità, debole, pigro, e dalla radice *ops*, visione; comunemente viene utilizzato il sinonimo "occhio pigro". E' difficile valutare la frequenza dell'ambliopia nella popolazione in toto, si parla di decine di milioni di casi nel mondo; sicuramente rappresenta una delle principali cause di deficit visivo nell'infanzia e nei giovani al di sotto dei 20 anni.

Sono stati compiuti studi su larga scala ma si riferiscono a precise popolazioni campione, quali, ad esempio, bambini di determinate comunità, pazienti recatisi a visita oculistica, giovani di leva. I dati variano a seconda delle popolazioni e del criterio adottato per valutare l'acuità visiva: la prevalenza dell'ambliopia è quantificabile mediamente intorno al 2% (min. 1% - max. 5% a seconda degli studi riportati) e, come è facile immaginare, questi dati sono ampiamente superati nei paesi sottosviluppati.

Il periodo di tempo durante il quale i bambini sono più suscettibili all'ambliopia coincide con i primi 2 o 3 anni di vita, indipendentemente dalle cause che ne sono alla base (strabismo, ametropia e anisometropia, cataratta

congenita, emovitreo, ptosi palpebrale, nistagmo ecc.). Questa vulnerabilità diminuisce gradualmente sino all'età di 6-7 anni, periodo in cui la maturità visiva è completata ed il bambino diventa immune a noxae ambliopigene. Infatti, sebbene forme più lievi di ambliopia possano verificarsi persino dopo questo periodo per deprivazione visiva (es. cataratta traumatica, occlusioni iatrogene) esse sono di solito rapidamente reversibili con una terapia adeguata. L'ambliopia è una patologia curabile ma solo se diagnosticata e trattata nell'età infantile; si deve tenere presente che, indipendentemente dal tipo di ambliopia da cui è affetto, il paziente non guarirà da solo.

Nella pratica quotidiana di chi opera nell'oftalmologia infantile e tratta un elevato numero di pazienti affetti da ambliopia, nulla è più triste del momento in cui debba dire ai genitori di un ragazzo che "non c'è più niente da fare". Sono numerose le occasioni in cui si ha la riprova di ciò che anni di esperienza e di innumerevoli studi sull'argomento ci continuano a confermare: l'unica soluzione è la tempestività della diagnosi e del trattamento.

Il trattamento dell'ambliopia più frequentemente si basa su tecniche non chirurgiche: correzione ottica dei vizi di refrazione, occlusione, penalizzazione con filtri graduati o con l'uso di farmaci ad uso topico; negli ultimi anni la ricerca sta sperimentando farmaci che assunti per via generale sembra abbiano la capacità di stimolare quelle aree della corteccia occipitale poco sviluppate e che è ormai da tutti accettato essere la sede principale della lesione anatomico-funzionale primitiva dell'ambliopia. In alcuni casi si rende necessario l'intervento chirurgico per rimuovere il fattore ambliopigene primitivo, come nel caso di ptosi, cataratta congenita, strabismo. Ma anche in questi casi il trattamento medico ortottico si rende necessario sia prima che dopo l'intervento chirurgico.

Gli individui affetti da ambliopia vivono una vita difficile, a volte limitata per se stessi e per le loro famiglie, in cui il problema è

spesso presente anche in altri individui, e per la comunità.

Immaginate per esempio quanto la mancanza di una buona visione binoculare possa ostacolare il soggetto; a cominciare dall'età evolutiva, quando impedisce di realizzare un corretto sviluppo della localizzazione spaziale, della stereopsi; passando per l'età dell'apprendimento quando può limitare almeno in parte il rendimento scolastico; per arrivare all'età adulta, in cui tale handicap riduce le occasioni di inserimento lavorativo e la possibilità di ottenere patenti o brevetti che amplierebbero le occasioni d'impiego dell'individuo. Senza contare le gravi ripercussioni psicologiche e nella vita di relazione.

Non vi è dubbio che l'ambliopia rappresenti un importante problema socioeconomico, soprattutto perché il rischio del paziente ambliopico di diventare cieco è significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale. La comunità stessa risente di questa situazione sia per la limitata produttività degli individui affetti, sia per i costi assistenziali che ne derivano.

Numerosi studi al riguardo e precise esperienze in altri paesi, un esempio fra tutti la Svezia, hanno confermato che l'onere finanziario da dedicare ad un'intensa campagna d'informazione e prevenzione è di gran lunga inferiore a quello sostenuto per far fronte alle ricadute sociali di questa patologia se trascurata.

Nel XIX secolo von Graefe, uno dei padri dell'oftalmologia, definì l'ambliopia come la condizione in cui l'osservatore non vede nulla ed il paziente vede poco. Questa affermazione vuole enfatizzare la necessità che tutti i bambini siano sottoposti a visita da parte di personale esperto indipendentemente dai sintomi manifestati che tuttavia, quando presenti, non sono da sottovalutare.

L'A.I.P.A.M. nasce per sostenere e promuovere la prevenzione dell'ambliopia, da attuarsi con screenings di massa sulla popolazione infantile in toto, con una prima visita alla nascita, una seconda visita entro il terzo anno di vita ed una terza visita prima di iniziare il ciclo scolastico elementare.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

Libri:

- I. Faraldi I., D'Amelio S., *Visione Binoculare e Motilità Oculare*, Teoria e trattamento dello strabismo, seconda edizione italiana della quarta edizione statunitense di G.K. von Noorden, Medical Books Palermo, 1993
- Frosini R., Caputo R., Campa L., Frosini S., *Oftalmopediatria - Manuale pratico di oculistica per il pediatra*, S.E.E. Firenze 1997
- von Noorden G.K., Campos E., *Theory and Management of Strabismus*, Mosby Inc., Sixth edition 2002
- Paliaga G.P., *Ambliopia*, Minerva Medica Torino, 2003

Gli articoli:

- Barry JC, Konig HH: Test characteristics of orthoptic screening examination in 3 years old kindergarten children. *Br J Ophthalmol* 2003 July; 87 (7): 909-16
- Contrucci N., D'Amelio Savino, Faraldi I.: Fisiopatologia dell'Ambliopia. *Riabilitazione Oggi* 1992 Ottobre Anno IX (8): 7-8
- Konig HH, Walter HS, Barry JC.: Resource utilisation and cost Amblyopia treatment. *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 2003 July; 220 (7): 486-91
- Leguire LE, Komaromy KL, Nairus TM, Rogers GL.: Long-term follow-up of L-dopa treatment in children with Amblyopia. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2002; (39): 326-330.
- McKee SP, Levi DM, Movshon JA.: The pattern of visual deficits in Amblyopia. *J. Vision* 2003; 3 (5): 380-305.
- Sankari PR, Henshall V, O' Regan K.: "Compliance" with treatment in Amblyopia is an important factor affecting the final visual outcome *Br J Ophthalmol* 2003 July; 87 (7): 928; author reply 928.
- Williams C., Northstone K, Harrad RA, Sparrow JM, Harvey I: Amblyopia treatment outcomes after preschool screening versus school entry screening: observational data from a prospective cohort study. *Br J Ophthalmol*, 2003 August, 87