

Digest

LO STRABISMO IN PEDIATRIA

PEDIATRIC STRABISMUS

DONAHUE SP

N Engl J Med 2007;356:1040-7

Pubblicato nella rubrica "Clinical Practice", questa messa a punto sullo strabismo in pediatria ci sembra adatta ad essere riproposta sinteticamente ai nostri colleghi. Inizia, come consuetudine, con un problema clinico, a cui verrà data la risposta alla fine del testo; e noi seguiremo l'usanza.

Un bambino sano di 3 anni si presenta con una storia di strabismo in occhio sinistro, iniziata 6 mesi prima. La visibile deviazione verso l'indentro, all'inizio intermittente, è ora divenuta fissa. L'acuità visiva è di 20/20 in occhio destro, ma solo 5/20 in occhio sinistro. L'esame obiettivo è per altri versi normale. Che fare?

Il testo ricapitola gli elementi chiave utili alla decisione terapeutica. Si comincia col ricordare che la visione binoculare anteriore è propria degli animali, per i quali una visione panoramica non è, come per gli uccelli o per i pesci, cruciale, e si trova solo in alcuni mammiferi. In questi, in cambio, la visione retinica arriva ai neuroni corticali, in cui la sovrapposizione delle immagini porta alla visione in profondità, la stereoscopia, che sostituisce il vantaggio della visione panoramica con quello della valutazione immediata e automatica della distanza. Negli animali accecati di un occhio alla nascita (o nei soggetti con differenze significative di acuità visiva tra i due occhi) questa visione stereoscopica non si ottiene, per subatrofia di neuroni corrispondenti all'occhio accecato o ipovedente (o anche dell'occhio deviato, per qualunque motivo). Questa perdita asimmetrica dell'acuità visiva corticale non avviene se il disturbo oculare si verifica dopo i 5 anni. Viceversa, fino ai 3 mesi di vita di un bambino normale, un cattivo allineamento è comune (dopo va considerato comunque patologico).

Un disallineamento costante (eterotropia) impedisce l'acquisizione di una visione stereoscopica; un disallineamento incostante (eteroforia) non la disturba. Di solito, quando la foria (tendenza latente al disallineamento) è rivolta all'interno (esoforia) dopo un po' di tempo diventa costante (si trasforma in esotropia), mentre una deviazione verso l'esterno (exotropia) che si manifesta all'età della scuola materna (1-4 anni) difficilmente diventa costante (e rimane una exotropia intermittente) (Per inciso, si chiama strabismo concomitante quello in cui il disallineamento oculare è costante in tutte le direzioni, non-comitante quello ad angolo variabile). Vediamo le condizioni possibili.

Esotropia del lattante (deviazione stabile verso l'interno). Si verifica nei primi 6 mesi, è per definizione costante, ma il movimento è completo e di solito i bambini hanno una fissazione alternata: se il disallineamento supera i 20 gradi, difficilmente se ne verrà fuori; comunque, in linea di principio, sarà necessario riferire il bambino all'oculista, per un intervento chirurgico di riallineamento (non facilissimo, né esente da complicanze, e tuttavia da non rimandare, possibilmente, oltre il sesto mese).

Esotropia acquisita. La forma più comune è l'esotropia accomodativa, per correggere (evitare) il disturbo dovuto a una diversa acuità visiva, a sua volta dovuta per lo più a ipermetropia dell'occhio deviato (e così escluso), ma anche a ogni altro vizio di rifrazione. Il trattamento è basato sulla correzione del difetto di rifrazione, accompagnato da cicloplegia che determini una temporanea paralisi dell'accomodazione. Il riallineamento e la visione stereoscopica si recuperano nel giro di 6 mesi. Se non c'è un disturbo di rifrazione, o se l'intervento descritto non è sufficiente, sarà necessario un intervento per strabismo, sulla muscolatura estrinseca. Prima si interviene, migliori sono il recupero funzionale e la ripresa della stereoscopia; ma la probabilità di un recupero funzionale almeno parziale non ha un sicuro limite temporale.

Exotropia del lattante (deviazione stabile verso l'esterno). Ogni deviazione che compaia dopo il terzo mese è anormale, e richiede una visita specialistica. Usualmente l'exotropia si associa a sindromi cranio-facciali e/o a ritardo mentale; ma può trovarsi isolata. L'intervento chirurgico di strabismo (re-allineamento) è indicato, a meno che il difetto non sia troppo grave.

Exotropia intermittente. È uno dei problemi più comuni della oftalmologia pediatrica: male apprezzabile o non apprezzabile nella visione da vicino, si avverte bene durante la visione da lontano o nei momenti di stanchezza. L'occhio non dominante viene spesso chiuso. Sovente c'è una storia familiare. Se la deviazione è rara e/o di breve durata, si può attendere e stare a vedere. Tecniche di occlusione intermittente prevengono, più che curare, il disallineamento, ma gli esercizi per stimolare la convergenza servono poco, una volta superati i 3 anni di età. In linea di massima, le sperimentazioni cliniche controllate non mostrano grandi successi di queste tecniche ri-educative. D'altra parte, una chirurgia dello strabismo, mirata a indebolire entrambi i retti esterni, è indicata solo se le terapie conservative non hanno successo. Il trattamento è comunque meno cruciale rispetto a quello delle deviazioni stabili.

Ambliopia. È la conseguenza di un difettoso allineamento, consistente nel parziale accecamento (ambliopia significa "occhio stanco") a livello corticale, dei neuroni corrispondenti alla retina dell'occhio svantaggiato (ipermetrope, disallineato, portatore di cataratta congenita ecc.) nei primi anni di vita. Si ritrova quasi nei 50% dei bambini con esotropia, ma è raro nei bambini con exotropia intermittente. Il recupero dopo l'intervento di riallineamento non è certo, e solo il 70% dei bambini recupera una acuità visiva bilaterale >15/20. Il recupero si ottiene penalizzando l'occhio dominante con l'occlusione (risultato buono nel 79%) o con l'atropinizzazione (risultato buono nel 74%). Il trattamento raramente deve protrarsi oltre ai 12 mesi, e nella maggior parte dei casi sono sufficienti i 6 mesi.

Il trattamento dello strabismo non ha il recupero della visione binoculare come unico scopo: l'effetto estetico ha la sua importanza, poiché i bambini dai 6 anni in su tendono ad avere atteggiamenti negativi nei confronti dei compagni strabici.

Il bambino descritto all'inizio ha una esotropia a esordio recente; se l'occhio svantaggiato è ipermetrope, deve portare la lente correttiva e tornare a controllo dopo 2 mesi. Se le lenti non

Digest

sono indicate, il trattamento dell'ambliopia, con cicloplegia o occlusione (meglio permanente) dell'occhio dominante. L'eventuale trattamento chirurgico va fatto solo ad ambliopia corretta.

Commento

Abbiamo vilmente approfittato di questo contributo molto didattico, pubblicato da *N Engl J Med*, una specie di ABC scritto per noi, per riassumerlo e rimettere i puntini sulle i su un argomento corrente ma che trova abbastanza spesso il pediatra incerto o impreparato. Vero è che il riferimento all'oculista dei casi un po' dubbi per noi è praticamente la regola, ma è anche vero che meno dubbi si hanno o meglio li si superano e digeriscono, meglio anche si vive e ci si comporta; anche se, comunque, il confronto con l'oculista, con l'oculista di casa propria, è buona cosa per tutti (anche per l'oculista).

Per parte nostra, pochi commenti possiamo aggiungere, se non che questo piccolo contributo non ha bisogno di commenti. Solo due, contrastanti tra loro. Il primo, ancora vile, è per ricordare che, oggi, un pediatra che non faccia bene il suo dovere di cogliere tempestivamente un disturbo correggibile (vedi anche l'articolo di Auconi sulla ortodonzia, in questo numero, pag. 161), rischia comunque una piccola persecuzione medico-legale; il secondo commento, colpevolmente scettico, è un richiamo a Novità in *Pediatria Pratica* di quest'anno, in cui si fa riferimento a una ricerca su 429 adulti ambliopi (e 8432 controlli), che rileva come nessuno di questi abbia avuto un disturbo di qualunque rilevanza attribuibile al difetto e che nessuna differenza valutabile ci fosse tra loro e i controlli (Rahi JS, et al. Does Amblyopia affect educational, health, and social outcomes? Findings from 1958 birth cohort. *BMJ* 2006; 332:824).



LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Reggio Calabria, 12-13-14 aprile 2007 - Palazzo del Consiglio Regionale



Giovedì 12 aprile

L'infermiere pediatrico e l'assistenza al bambino difficile: esperienze a confronto

- 14.30 - 19.00 Corso teorico/pratico per operatori sanitari non medici di area pediatrica. Assistenza integrata al bambino: dalla nutrizione "difficile" alla cura e alla prevenzione del dolore
- Alimentazione enterale
 - PEG
 - La gestione del dolore nel bambino ricoverato e sottoposto a procedure diagnostico-terapeutiche invasive
 - Alimentare un bambino con handicap neurologico
 - La scheda unica di terapia
 - Valutazione della soddisfazione del paziente

Venerdì 13 aprile

Le Giornate di Medico e Bambino

- 8.45 Tre casi giovani
(tre esperienze di giovani specializzandi)
- 9.30 - 10.30 Problemi correnti
Le figure da stamparsi nel cervello. Ovvero 10 immagini per 10 messaggi in:
- Endocrinologia (G. Tonini)
 - Nefrologia (F. Emma)
 - Neonatologia (S. Demarini)
- 10.30 - 11.15 Aggiornamento (con discussione)
• Asma 2007: una, nessuna, centomila (G. Longo)
- 11.45 - 12.15 La Pagina Gialla
Ultime notizie... (a cura di A. Ventura)
- 12.15 - 12.50 L'articolo dell'anno letto dall'autore:
Epilessia oggi (R. Guerrini)
- 12.50 L'Editoriale di Giorgio Tamburlini
- 14.45 - 15.15 Altre tre presentazioni giovani
(tre esperienze di giovani specializzandi)

- 15.15 - 16.15 La Gazzetta del SUD
(sei storie presentate da sei pediatri in una ora)

- 16.30 - 17.00 L'Editoriale di Federico Marchetti

- 17.30 - 19.00 Tavola Rotonda

I trapianti d'organo (fegato, rene e polmone) visti dagli specialisti, visti dal centro trapianti e... (prima ancora) visti da chi è malato
Modera F. Marchetti
Partecipano: G. Maggiore, G. Magazzù, F. Emma, M. Spada

Sabato 14 aprile

- 8.45 - 9.15 Altre tre presentazioni giovani

(tre esperienze di giovani specializzandi)

- 9.15 - 9.45 Problemi correnti

Reflusso gastroesofageo: veri e falsi problemi tra "tubi e tubisti"
(G. Magazzù)

- 9.45 - 10.45 FOCUS (I)

L'orecchio visto dal:

- genetista (P. Gasparini)
- otorino (D. Grasso)
- pediatra (S. Conti Nibali)

- 11.15 - 12.15 FOCUS (II)

Macchie ed "escrescenze" sulla pelle viste dal:

- genetista (P. Gasparini)
- dermatologo (F. Mazzotta)
- chirurgo (J. Schleef)

- 12.15 - 12.45 Lettura

Assistenza "globale" al cerebroleso: cosa è cambiato negli ultimi 10 anni e cosa dovremmo sapere (A. Tedeschi)

- 12.45

Premiazioni per le migliori presentazioni giovani e gran finale con l'Editoriale del prof. Panizon

- 13.30

Verifica di apprendimento (Test ECM)

Per questo Congresso sono stati assegnati
11 Crediti Formativi (ECM) per le categorie: Pediatri, Fisioterapisti
10 Crediti Formativi (ECM) per la categoria: Infermieri Pediatrici

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Antonino Tedeschi, Giorgio Longo, Federico Marchetti,
Franco Panizon, Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA Quickline Traduzioni&Congressi
via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE - Tel. 040 773737-
040 363586 - Fax 040 760659; e-mail: giornatemb@quickline.it
Iscrizioni on line: <http://www.quickline.it>