

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE AMBULATORIALE DELLO STRABISMO
(da Donahue S.P., New Engl J Med, 2007; 356: 1040-1047, rivisto dalla dott.ssa P. Coccorullo)

GLOSSARIO

STEREOPSI: capacità di orientamento nello spazio percependo le distanze, le profondità e la tridimensionalità degli oggetti; è il risultato della visione binoculare normale per cui l'immagine di un oggetto che si forma su un punto della retina di un occhio si forma contemporaneamente anche sullo stesso punto della retina dell'occhio controlaterale, determinando un'immagine unica

STRABISMO: deviazione del normale allineamento oculare.

STRABISMO CONCOMITANTE: angolo di strabismo (angolo sotteso tra l'asse visivo dell'occhio diritto, occhi fissante, e l'asse dell'occhio deviato) costante nelle varie posizioni dello sguardo

STRABISMO INCOMITANTE (o PARALITICO): angolo di strabismo variabile nelle varie posizioni dello sguardo

FORIA: tendenza latente alla deviazione

TROPIA: disallineamento oculare manifesto

ESOTROPIA: deviazione convergente (verso l'interno) dell'occhio non fissante

EXOTROPIA: deviazione divergente (verso l'esterno) dell'occhio non fissante

AMBLIOPIA: riduzione unilaterale o bilaterale dell'acuità visiva in occhi strutturalmente normali

STRABISMO PEDIATRICO

Età di insorgenza: età prescolare (età media: 2-3 anni)

ATTENZIONE: esordio dello strabismo in età scolare è inusuale e richiede una valutazione neurologica

ESOTROPIA

ESOTROPIA CONGENITA (INFANTILE)

Compare nei primi 6 mesi di vita

Terapia: chirurgia (indebolimento di uno o entrambi i muscoli retti mediali mediante spostamento all'indietro dell'inserzione del muscolo sulla sclera) in anestesia generale.

Complicanze: perforazione del globo (< 1% dei casi), endoftalmite (1/10.000 casi).

Prognosi: correlata alla precocità del trattamento. Frequente ricorrenza dello strabismo. Recupero della stereopsi non assoluto.

ESOTROPIA ACQUISITA (ACCOMODATIVA)

Correlata all'ipermetropia non corretta, con accomodazione eccessiva per mettere a fuoco gli oggetti sulla retina.

Compare dopo i 6 mesi di vita, in genere tra i 2 e i 3 anni.

Terapia: entro i sei mesi dall'esordio, lenti correttive per l'ipermetropia, previo esame della rifrazione in cicloplegia (uso di gocce di ciclopentolato o altri cicloplegici per la paralisi temporanea dell'accomodazione). In caso di fallimento, chirurgia.

Prognosi: possibile esotropia residua nella visione da vicino.

EXOTROPIA

EXOTROPIA INFANTILE

Patologica dopo i primi 4 mesi di vita.

Exotropia costante, associata a deficit neurologici, sindromi craniofacciali, anomalie strutturali dell'occhio.

Terapia: chirurgia (indebolimento dei muscoli retti laterali e/o rinforzo dei muscoli retti mediali), indicata nel caso in cui la patologia di base non comprometta l'interazione psicosociale e lo sviluppo mentale, per alto rischio di ricorrenza e perché le anomalie neurologiche, orbitali ed oculari di base precludono lo sviluppo di stereopsi.

EXOTROPIA INTERMITTENTE

Comparsa precoce (alla nascita o entro i 2 anni di età). Familiarità spesso presente.

Terapia: osservazione, se l'exotropia è infrequente, dura pochi secondi, soprattutto quando il bambino è stanco o distratto;

conservativa: patching intermittente (1-2 h/giorno per alcuni mesi); risposta nel 50% dei casi; efficacia limitata in bambini sopra i 3 anni;

ipercorrezione totale con lenti in caso di errore refrattivo di tipo miotico; risposta nel 30% dei casi; chirurgia in caso di fallimento delle misure conservative.

AMBLIOPIA

Comparsa in circa il 50% dei bambini con isotropia, rara in bambini con exotropia intermittente.

Non risoluzione spontanea

Terapia: patching (2 h/ giorno) o patching intensivo (6 h/giorno);

gocce di atropina (2 volte/settimana o quotidianamente);

Stessa efficacia terapeutica.