

IL BLEFAROSPASMO ESSENZIALE BENIGNO

Michele IESTER, Maurizio METE, Maurizio ROLANDO

Il blefarospasmo essenziale benigno è una patologia potenzialmente inabilitante che colpisce soprattutto gli anziani ed è spesso associata ad altre manifestazioni di discinesia orofacciale. Insorge tra i 40 e i 60 anni ed è principalmente bilaterale.

È caratterizzato dalla chiusura tonica ed involontaria delle palpebre per contrazione del muscolo orbicolare. L'andamento può essere continuo o intermittente e la sintomatologia può aumentare in condizione di stress, di guida, di affaticamento, di luci abbaglianti, mentre diminuisce nel sonno o se il paziente è rilassato. Inizialmente la contrazione è lieve ed infrequente, ma poi progredisce fino ad arrivare ad interrompere le attività quotidiane del paziente.

Nei casi più avanzati il paziente non riesce ad aprire gli occhi. Il blefarospasmo può essere associato a contrazione della muscolatura della faccia inferiore e dell'orofaringe (sindrome di Meig) e ad altri segni di alterazioni del sistema extrapiramidale.

Può anche essere un effetto collaterale secondario all'utilizzo di farmaci neurolettici o antipsicotici, e si può associare a disordini extrapiramidali come il Parkinson o la malattia di Huntington.

La causa del blefarospasmo essenziale non è conosciuta, ma si crede sia associata ad una disfunzione dei gangli della base.

L'oculista, con l'aiuto del neuro-oftalmologo o del neurologo, deve escludere i casi di infiammazione intraoculare, di cheratite, di grave occhio secco.

Tra le patologie neurologiche bisogna fare una diagnosi differenziale con l'aprassia dell'apertura delle palpebre (in cui il paziente non riesce ad iniziare il movimento volontario di apertura delle palpebre), l'infiammazione meningea, il parkinsonismo e lo spasmo emifacciale.

Alcuni blefarospasmi hanno un'eziologia psicogenica e si riscontrano nei giovani senza una chiusura palpebrale realmente tonica, ma con un flutter o una chiusura volontaria. Valutazioni neuroradiologiche non aiutano a fare la diagnosi.

Nei pazienti affetti da blefarospasmo, la chiusura cronica dei muscoli protrattori può portare ad una dermatocalasi, ptosi sopracciliare e blefaroptosi. Questi pazienti tendono a sviluppare anche entropion o ectropion.

La terapia sistemica è principalmente di competenza del neurologo, anche se non è stato ancora individuato un farmaco specifico per questa patologia. Nei pazienti con discinesie associate al Parkinson può essere efficace una terapia mediante un agonista della dopamina (cardiodopa/levodopa). Solitamente è meglio iniziare con un anticolinergico/antispasmodico aumentando lentamente le dosi fino ad arrivare al controllo della sinto-



Fig. 1. Paziente affetto da blefarospasmo essenziale benigno.



Fig. 3. A. Paziente affetto da blefarospasmo essenziale benigno prima di essere sottoposto a iniezione di tossina botulinica. B. Lo stesso paziente 1 settimana dopo l'iniezione: si noti l'attenuazione delle pieghe cutanee in regione sopracciliare.



Fig. 2. Paziente affetta da blefarospasmo bilaterale asincrono, associato a distonia cervico-faciale.

matologia. Molti pazienti ottengono buoni risultati ma non sopportano gli effetti collaterali come la secchezza delle fauci. Gli antidepressivi servono in un numero di pazienti molto ristretto.

La terapia oculare consiste nell'utilizzo della tossina botulinica con un'iniezione sottocutanea nella palpebra superiore, inferiore e al di sopra del sopracciglio per un totale di 6 iniezioni. Differenti sono gli schemi di applicazione delle iniezioni a seconda delle necessità del paziente. La tossina agisce interferendo con il rilascio di acetilcolina dalle terminazioni nervose. Un'iniezione può bloccare il blefarospasmo fino a tre mesi. Gli effetti collaterali a cui si può andare incontro sono la diplopia e la ptosi, quindi è consigliabile una buona conoscenza della tecnica di utilizzo della tossina botulinica. La visita oculistica prima dell'iniezione è fondamentale per evitare alcune complicanze oculari come la cheratite.

La terapia chirurgica dovrebbe essere riservata a quei pazienti in cui la terapia medica e oculare non funziona. La tecnica consiste nella resezione dei muscoli orbicolari. La sezione del settimo nervo cranico nel tronco principale o lungo le sue ramificazioni periferiche ha portato problemi di reinnervazione. Un corretto approccio terapeutico suggerisce un tentativo farmacologico prima di iniziare il trattamento con tossina botulinica o chirurgico, anche se raramente i pazienti rispondono alla terapia medica. La ripetizione di iniezioni può essere l'indicazione al trattamento chirurgico.