

LA SINDROME DA PSEUDOESFOLIAZIONE

Michele IESTER, Maurizio ROLANDO
Clinica Oculistica, Università di Genova

La sindrome da pseudoesfoliazione solitamente insorge dopo i 60 anni di età ed si manifesta con differente frequenza nelle varie popolazioni. Fino a qualche anno fa si supposeva che fosse una caratteristica delle popolazioni bianche nord-europee, scandinave, ma negli ultimi anni la sua frequenza è stata studiata in differenti regioni europee, ed è stato osservato che anche in altre popolazioni, come quella greca o ungherese la sindrome da pseudoesfoliazione ha un'incidenza più alta di quello che si credeva fino a qualche anno fa. Colpisce uno o entrambi gli occhi in modo asimmetrico. La sindrome è sintomatica solo nel caso in cui si associ al glaucoma ed il paziente abbia già danni perimetrici avanzati.

La sindrome da pseudoesfoliazione è caratterizzata dalla presenza di materiale grigiastro (simile a forfora) che ricopre alcune strutture del segmento anteriore, in particolare si può trovare sulla capsula anteriore del cristallino, sui processi ciliari, sulla zonula, sul bordo pupillare e nell'angolo irido-corneale. Istologicamente il materiale pseudoesfoliativo è una proteina fibrillo-granulare anomala che si accumula in differenti tessuti come nell'angolo irido-corneale, nella congiuntiva, nella membrana basale dei vasi iridei, nello stroma irideo e anche in parti del corpo al di fuori dell'occhio come nel rene e nei grossi vasi. Sebbene la sua origine non sia completamente chiara, sembrerebbe essere un disturbo della membrana basale che interessa non solo l'occhio, ma anche altri tessuti.

I depositi sulla superficie anteriore del cristallino sono più evidenti dopo la dilatazione della pupilla. In particolare la corticale anteriore appare con un'area centrale e un'area periferica caratterizzata dalla presenza di depositi e separate da un'area chiara intermedia che sembrerebbe corrispondere a dove l'iride strofina il cristallino durante i movimenti di miosi e di dilatazione. Il materiale esfoliativo si può anche trovare sul bordo della pupilla e sulla zonula.

La sindrome da pseudoesfoliazione è frequentemente associata a cataratta nucleare, a perdita di pigmento dall'iride centrale o media con la presenza di granuli di pigmento nei 2/3 centrali dell'iride, e in corrispondenza dell'angolo irido-corneale o dell'endotelio corneale.

Quando il pigmento e il materiale esfoliativo si accumulano nell'angolo danno luogo ad una linea festonata, anteriore alla linea di Schwalbe che viene chiamata linea di Sampaolesi. Angoli stretti o chiusi sono relativamente comuni.

Il collaretto pupillare è irregolare e ha un aspetto tipico finemente tarlato. Le zonule allentate sono frequenti con occasionale facodonesi e sublussazione del cristallino. Questi reperti clinici sono da tenere in considerazione durante l'intervento di cataratta in quanto si può avere più facilmente lussazione del cristallino in camera vitrea, rottura della capsula posteriore e scarsa dilatazione iridea. Quest'ultimo fenomeno è anche associato ad una atrofia diffusa dello stroma irideo secondario all'interessamento dei vasi stromali.

In alcuni casi la sindrome da pseudoesfoliazione può evolvere in glaucoma ad angolo aperto in quanto è presente una riduzione del deflusso trabecolare, probabilmente dovuto all'accumulo del materia-

le pseudoesfoliatiivo insieme ai granuli di pigmento nella trama trabecolare, determinando una malfunzione delle vie di deflusso. Questo tipo di glaucoma è caratterizzato da ipertono oculare che appare essere in media più elevato rispetto al tono riscontrato nei pazienti con glaucoma primario ad angolo aperto. Anche in questi pazienti l'evoluzione della malattia è asimmetrica.

Non si sa il perché molti occhi con pseudoesfoliazione non presentano glaucoma.

Il glaucoma pseudoesfoliativo è caratterizzato da una pressione intraoculare maggiore di 21 mmHg e da difetti del campo visivo e della papilla che sono più evidenti nell'occhio con la pressione più alta. Solitamente questi pazienti presentano un difetto perimetrico molto avanzato in un occhio, mentre nell'altro il danno può rimanere iniziale. Ciò è dovuto al ritardo nella diagnosi. Il paziente si presenta dall'oculista solo quando inizia ad avere disturbi del campo visivo, ma è ormai troppo tardi per quell'occhio, in quanto il danno è irreversibile.

Come in tutti i glaucomi ad angolo aperto bisogna abbassare la pressione intraoculare in modo tale che le fibre nervose retiniche non vengano danneggiate. Ciò si può ottenere utilizzando farmaci ipotonizzanti topici (alfa-agonisti, betabloccanti, inibitori dell'anidraasi carbonica, prostaglandine/prostamidi). Importante in questi pazienti è ridurre le fluttuazioni della pressione oculare, in quanto sono soggetti a possibili sbalzi.

Il trattamento laser non è da escludere, in quanto è stato visto che la trabeculoplastica con ARGON laser riesce a ridurre la pressione intraoculare abbastanza bene anche se per un periodo circoscritto (in media 2 anni). Bisogna ricordarsi che l'effetto può svanire improvvisamente per cui il paziente deve sottoporsi a controlli periodici. In questi pazienti si consiglia di trattare 180° alla volta ed iniziare con il trattamento al settore inferiore.

L'intervento chirurgico, ed in particolare quello filtrante, è l'ultima risorsa che abbiamo per poter abbassare in modo significativo la pressione intraoculare.

