

NEUROPATIA OTTICA ISCHEMICA ANTERIORE NON ARTERITICA (NAION)

Donatella MUSETTI, Michele IESTER

L'ischemia del nervo ottico si verifica con più frequenza a livello della testa del nervo ottico (optic nerve head, ONH), dove fattori di tipo anatomico (affollamento legato alla presenza delle fibre nervose) e un ridotto supporto vascolare possono causare una diminuzione della perfusione a livelli critici. Tale situazione è conosciuta come "neuropatia ottica ischemica anteriore" (anterior ischemic optic neuropathy, AION); l'AION viene distinta in "arteritica" (vedere scheda sett. 2008) e "non arteritica" (NAION). Dal punto di vista eziologico, il meccanismo alla base dello sviluppo dell'AION è un infarto, totale o parziale della papilla ottica (ONH) causato da un'occlusione delle arterie ciliari posteriori brevi (short posterior ciliary artery, SPCA).

La neuropatia ottica ischemica anteriore non arteritica (nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy, NAION) ha un'incidenza di 2-10 casi per 100.000 persone per anno, rappresentando la forma più comune di neuropatia ottica acuta nei pazienti sopra i 50 anni d'età. L'età media d'esordio è di 60 anni, sebbene in una piccola percentuale di casi possa interessare persone con età inferiore ai 45 anni.

L'AION, ha una natura multifattoriale e tra i fattori predisponenti sistemici vi sono: l'ipertensione arteriosa, il diabete, la cardiopatia ischemica, l'ipercolesterolemia, le collagenopatie vascolari e la patologia tiroidea.

Studi recenti dimostrano che l'utilizzo di inibitori della fosfodiesterasi 5 (PDE5) e interferone alfa contribuiscono all'insorgenza della NAION.

Sono invece fattori predisponenti oculari: la ridotta o assente escavazione della papilla ottica, l'aumento della pressione intraoculare, il papilledema cronico.

La diagnosi è prevalentemente clinica. Tipicamente la NAION esordisce con un improvviso e indolore deterioramento unilaterale della visione generalmente accusato al risveglio e non preceduto da sintomi premonitori. L'acuità visiva può variare dai 10/10 all'assenza della percezione luce a seconda di dove avviene l'occlusione. Può essere presente una discromatopsia proporzionale alla gravità del deficit visivo.

L'esame oftalmoscopico evidenzia una papilla ottica pallida con edema diffuso o settoriale che può essere circondato da emorragie a fiamma. L'edema della papilla gradualmente si risolve e residua un'atrofia ottica.

La perimetria mette in evidenza difetti relativi o assoluti del campo visivo. Il più comune difetto perimetrico è rappresentato dal difetto altitudinale inferiore. La fluorangiografia può mostrare nelle fasi precoci un deficit di perfusione a carico della papilla ottica.

La neuropatia ottica ischemica può colpire anche l'occhio controlaterale con un rischio stimato intorno al 20-25% entro i 5 anni dal primo evento. Quando è colpito il secondo occhio, atrofia ottica in un occhio e l'edema del disco ottico nell'altro determinano la

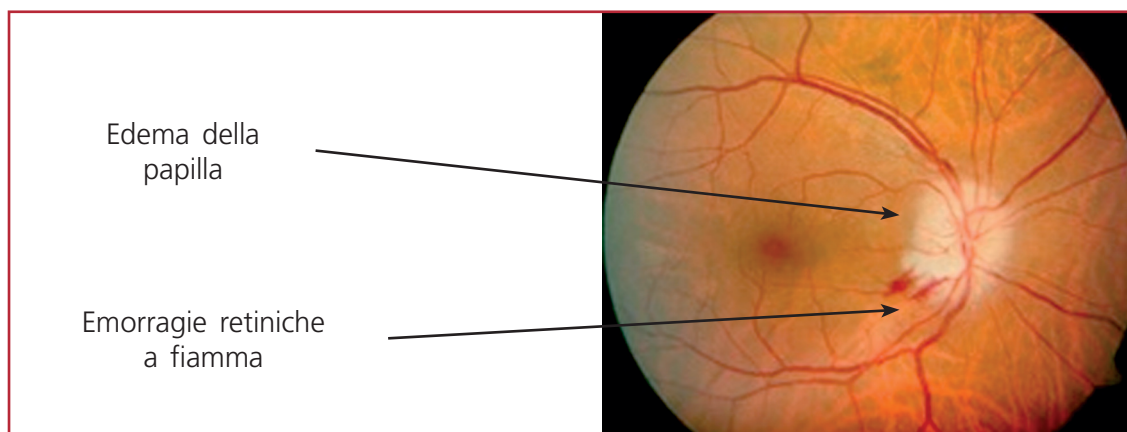


Fig. 1 Fase acuta di un NAION

presenza del quadro noto come pseudo-sindrome di Foster-Kennedy.

La diagnosi differenziale deve essere fatta con la neuropatia ottica ischemica anteriore arteritica (Arteritic anterior ischemic optic neuropathy, AAION) attraverso parametri ematologici (VES - PCR), esame del fundus, fluorangiografia, biopsia dell'arteria temporale. Sono consigliati un ecodoppler vasi sovra aortici, ecodoppler cardiaco, esami del sangue per valutare la coagulazione del sangue, il colesterolo e i trigliceridi.

Non esiste alcun trattamento efficace sebbene nella fase acuta sia possibile somministrare steroidi per via orale al fine di diminuire l'edema della papilla e ridurre l'evoluzione del danno, ma la letteratura non è concorde. Molto importante è capire il processo patologico di base e gestirlo con la riduzione dei fattori di rischio al fine di evitare un interessamento dell'occhio controlaterale. Dato che i fattori di rischio vascolari sono i più importanti in questa patologia, l'utilizzo di una cardioaspirina può esser utile, non come trattamento dell'evento ischemico, ma per prevenzione di una ricaduta dello stesso occhio o per proteggere l'occhio contro laterale. La collaborazione con un centro antitrombotosi è fondamentale per un corretto inquadramento del paziente.

	AAION	NAION
Sesso	Femmine > maschi	Maschi = femmine
Acuità visiva	76% < 6/60	61% > 20/20
Papilla ottica	Escavazione normale	Escavazione ridotta
Ves (mm/h)	70	20-40
Fag	Ritardo di perfusione a carico della coroide e della papilla	Ritardo di perfusione a carico della papilla
Trattamento	Corticosteroidi	Nessun trattamento

Tab. 1 Mod. da Anthony C. Arnold "Ischemic Optic Neuropathy, Diabetic Papillopathy and Papillophlebitis" in Ophthalmology M. Yanoff – Jay S. Duker