

COMPRESSIONE DEL CHIASMA OTTICO

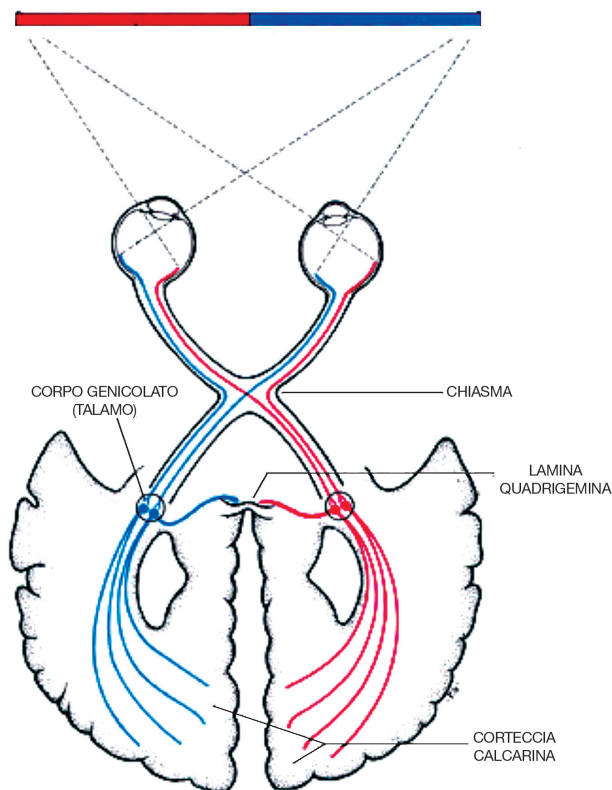
Ambra CAPRARI, Serena TELANI, Michele IESTER

Si definisce Chiasma Ottico (dal greco $\chi\acute{\alpha}\sigma\mu\alpha$, "incrocio") l'unione a livello intracranico delle fibre visive dei due nervi ottici che dà origine posteriormente ai tratti ottici, i quali a loro volta si portano ai corpi genicolati laterali. È alloggiato dorsalmente alla sella turcica dell'osso sfenoide, che contiene il corpo della ghiandola ipofisaria; posteriormente contrae rapporti con il pavimento del terzo ventricolo, lateralmente con la tenda dell'ipofisi e con il solco chiasmatico.

Il margine anteriore si trova sulla tenda dell'ipofisi e sul solco chiasmatico, mentre il margine posteriore prende contatto con il peduncolo ipofisario. Ai suoi lati decorrono le due arterie carotidi interne e le due cerebrali anteriori che spesso curvano a gomito sulla superficie superiore del chiasma e che sono collegate fra loro dalla comunicante anteriore.

Le fibre dei nervi ottici, a livello chiasmatico, seguono una distribuzione caratteristica che si rispecchia nei difetti del campo visivo dovuti a lesioni di questa struttura: le fibre provenienti dalla metà temporale della retina si portano al tratto ottico omolaterale senza incrociarsi, mentre le fibre provenienti dalla metà nasale si incrociano nel chiasma formando un'ampia ansa e quindi si portano nel tratto ottico controlaterale. Inoltre le fibre maculari decussano nella porzione posteriore del chiasma.

All'esame perimetrico le lesioni del chiasma ottico sono tipicamente caratterizzate da una emianopsia eteronima e, tra queste, la forma sicuramente più frequente è quella bitemporale che corrisponde ad una sofferenza delle fibre nasali crociate.



Possibili cause di questa tipica alterazione sono rappresentate da lesioni espansive soprasellari o parasellari come gliomi, meningiomi, craniofaringiomi o masse ipofisarie (es. adenomi ipofisari). Questi ultimi in genere rappresentano la causa più frequente di sindrome chiasmatica.

Questa è caratterizzata da un difetto perimetrico bitemporale che può essere assoluto o relativo e nella maggior parte dei casi non coinvolge l'acuità visiva. Il difetto solitamente è asimmetrico e in alcuni casi potrà anche insorgere unilateralmente per poi estendersi anche al lato opposto. L'acuità visiva è solitamente conservata, ma può essere compromessa col persistere della noxa patogena.

Quando la compressione del chiasma si associa all'interessamento del seno cavernoso da parte della lesione, questa può causare anche diplopia da paralisi dei nervi oculomotori III, IV, VI, e una possibile nevralgia trigeminale, in quanto questi nervi cranici scorrono nella parete laterale del seno cavernoso stesso.

Sintomi di accompagnamento possono essere cefalea e, nei casi di adenoma ipofisario secernente, le disfunzioni endocrine variabili a seconda dell'ormone prodotto. Il sospetto diagnostico si fonda sul riscontro di difetti perimetrici tipici; l'esame del fundus oculi risulta spesso normale, potendo mostrare solo nelle fasi tardive un pallore settoriale o diffuso aspecifico della papilla ottica.

Per porre diagnosi eziologica è necessario ricorrere allo studio tramite RM con mezzo di contrasto. La terapia è in relazione alla causa determinante, la sindrome chiasmatica; nel caso di adenomi ipofisari è prevalentemente chirurgica, con approccio per via transfenoidale o, nelle lesioni di maggiori dimensioni o con carattere infiltrativo, per via transcranica. Le recidive o i residui possono essere trattati con radiochirurgia stereotassica mediante gamma-knife e in alcuni casi anche con radioterapia convenzionale. La prognosi visiva è dipendente dalla precocità della diagnosi e quindi del danno causato dalla lesione prima della sua scoperta.

Difetto perimetrico, da lesioni del chiasma ottico, molto meno frequente è l'emianopsia eteronima binasale dovuta all'interessamento delle fibre provenienti dalle metà temporali delle retine. Generalmente, tale tipo di difetto, si presenta unilateralmente, a differenza delle emianopsie temporali, e le sue possibili cause sono gli aneurismi della carotide interna, gli infarti chiasmatici o le lesioni demielinizzanti come la neurite ottica chiasmatica, o una stenosi bilaterale della carotide.

Quando la compressione avviene nella parte anteriore del chiasma nel punto di unione con il nervo ottico, zona in cui le fibre della retina nasale che decussano rientrano nel nervo ottico controlaterale, in questi casi si può avere uno scotoma centrale in un occhio al quale si accompagna un difetto temporale superiore nell'occhio controlaterale alla compressione. Questo difetto del campo visivo viene denominato scotoma giunzionale o scotoma del giunto. L'occhio con lo scotoma centrale presenterà anche diminuzione dell'acuità visiva per la compressione delle fibre maculari presenti all'interno del nervo ottico.

Va ricordato che, oltre al difetto perimetrico, le lesioni del chiasma provocano graduale perdita dell'acuità visiva (i pazienti possono rimanere asintomatici fino a quando non viene compromessa la visione centrale dalla compressione esercitata sulle fibre maculari), atrofia ottica e riduzione del riflesso pupillare alla luce.