

# GLAUCOMA

DALLA SCIENZA ALLA LAMPADA A FESSURA

 **ALLERGAN**  
*ophthalmology*

## Capitolo 1

### Iperensione oculare: osservare o trattare?

#### Caso clinico 1.1

**Mario Damiano Toro**

Clinica Oculistica - Università degli Studi di Catania

Nel maggio 2008 giunge alla nostra osservazione presso l'ambulatorio specialistico di Glaucoma della Clinica Oculistica dell'Università di Catania, una donna di 50 anni, di razza caucasica, per consulto specialistico. La paziente, con anamnesi familiare e patologica remota negativa per patologie oculari, aveva eseguito precedenti saltuari controlli presso il proprio oculista di fiducia.

Durante l'ultimo dei controlli, circa 18 mesi prima, in seguito al riscontro di un valore pressorio endoculare bilaterale di 24 mmHg, le era stata consigliata terapia ipotonizzante con un'associazione B-bloccante-inibitore topico dell'anidraasi carbonica, che la paziente riferiva di instillare regolarmente una goccia la sera in entrambi gli occhi.

La paziente lamentava sintomi da discomfort oculare (bruciore, lacrimazione e sensazione di corpo estraneo) da circa 1 anno, periodo in cui il proprio oculista le aveva prescritto la terapia ipotonizzante. La paziente recava con sé: esame visus (occhio destro: 4/10 naturali, corretto con -2sf; 10/10, per vicino IDW naturale e Amsler negativo; occhio sinistro: 4/10 naturali, corretto con -2sf = -0.50(Ax30):

10/10, per vicino +0.50 (Ax120) IDW e Amsler negativo); esame del segmento anteriore (nella norma), esame del fundus (accentuazione dell'escavazione fisiologica e lievi note di corioretinosi miopica al polo posteriore), esame campimetrico ed OCT delle fibre nervose peripapillari (RNFL) che risultavano non mettere in evidenza nessun dato patologico.

Alla nostra osservazione l'esame visus era invariato, mentre l'esame del segmento anteriore mostrava una marcata iperemia congiuntivale cronica con alterazione della componente lipidica lacrimale, la cornea era trasparente con lieve epiteliopatia diffusa Fluo positiva, la camera anteriore presente e normopronda, l'iride normocromica e normotrofica, la pupilla euciclica, centrata e normoreagente con un' iniziale sclerosi della lente.

All'esame fundus la papilla appariva di grandi dimensioni con un cup/disc di 0.5 in entrambi gli occhi con un alone di atrofia peripapillare più marcato nel settore temporale. Il polo posteriore e la periferia risultavano nella norma.

Si consigliava quindi curva tonometrica, pachimetria e nuova rivalutazione campimetrica, con successivo esame

computerizzato della papilla ottica mediante HRT II e delle fibre nervose peripapillari (RNFL) mediante OCT.

La curva tonometrica (H8, H12, H16, H20) eseguita con tonometro di Goldman, evidenziava valori pressori oscillanti tra i 14 e i 16 mmHg.

Lo spessore corneale misurato con pachimetro ad ultrasuoni a contatto (PACLIN, Optikon) era di 600 micron in OD e di 610 micron in OS.

Il campo visivo, eseguito con perimetro Humphrey (Humphrey, Carl Zeiss Standard, Meditec, Inc.) e programma 24-2 SITA, attendibile per errori falsi positivi (2%), falsi negativi (1%) e numero di perdite di fissazione pari a 0, risultava essere nei limiti della norma sia per mean deviation che per glaucoma hemifield test.

L' HRT II metteva in evidenza una papilla di grandi dimensioni in entrambi gli occhi, con un rapporto CUP/DISC di 0.42 in OD e di 0.47 in OS.

L'esame dell'RNFL con OCT spectral-domain (Spectralis, Version 5.1.3.0; Heidelberg Engineering, Heidelberg, Germany) mostrava uno spessore nei limiti della norma nei settori NS, N, NI, T, TS, G di entrambi gli occhi, con valore lievemente borderline nel settore TI dell'occhio destro. Si consigliava quindi, a ulteriore completamento delle indagini strumentali, l'esecuzione di una polarimetria a scansione laser (GDxPRO™, Carl Zeiss, Meditec, Inc.) che mostrava valori di birefrangenza nella norma nella quasi totalità dei settori.

Alla paziente veniva quindi consigliato wash out della terapia per 1 mese e successiva nuova rivalutazione tonometrica.

Questa eseguita a 40 giorni evidenziava valori compresi tra i 17 e i 23 mmHg in entrambi gli occhi.

Considerati i valori pachimetrici e pressori rilevati, la normalità degli esami eseguiti che escludevano qualsiasi danno pregresso o in fase precoce, la sintomatologia e l'obiettività della superficie oculare rilevata si decideva di sospendere la terapia e si consigliava nuovo controllo a 3 mesi.

A settembre 2008 l'obiettività clinica era notevolmente migliorata con scomparsa dell'iperemia congiuntivale e notevole miglioramento della sintomatologia riferita. Il visus era invariato e la pressione intraoculare di 22 mmHg.

I successivi controlli campimetrici, con analisi GPA-riassuntiva, a sei mesi (Fig. 1 per OD) e le indagini diagnostiche strumentali, tomografico in modalità follow-up a 1 anno (Fig. 2 per OD), non evidenziavano segni di danno.

La paziente veniva informata che nel suo caso si trattava di una condizione a basso rischio di sviluppo di glaucoma considerando i relativamente bassi valori di pressione intraoculare, l'elevato spessore corneale e l'assenza di altri fattori di rischio. Veniva tuttavia sottolineato come fosse necessario effettuare controlli periodici tonometrici semestrali e diagnostico-strumentali annuali.

Si è deciso quindi insieme con la paziente di non instaurare una terapia ipotonizzante preventiva e ad oggi (dopo 5 anni) la sua situazione clinica è invariata.

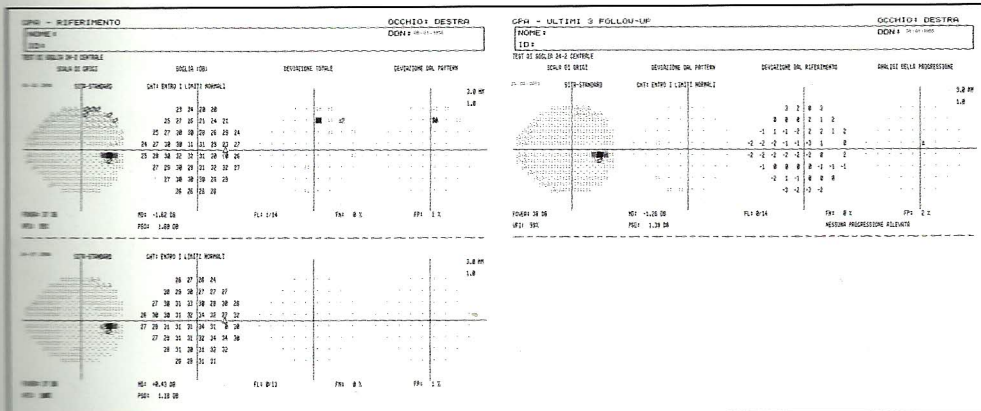


Fig. 1. Esame del campo visivo occhio destro in modalità 24-2 al baseline, a 6 mesi e a 5 anni.

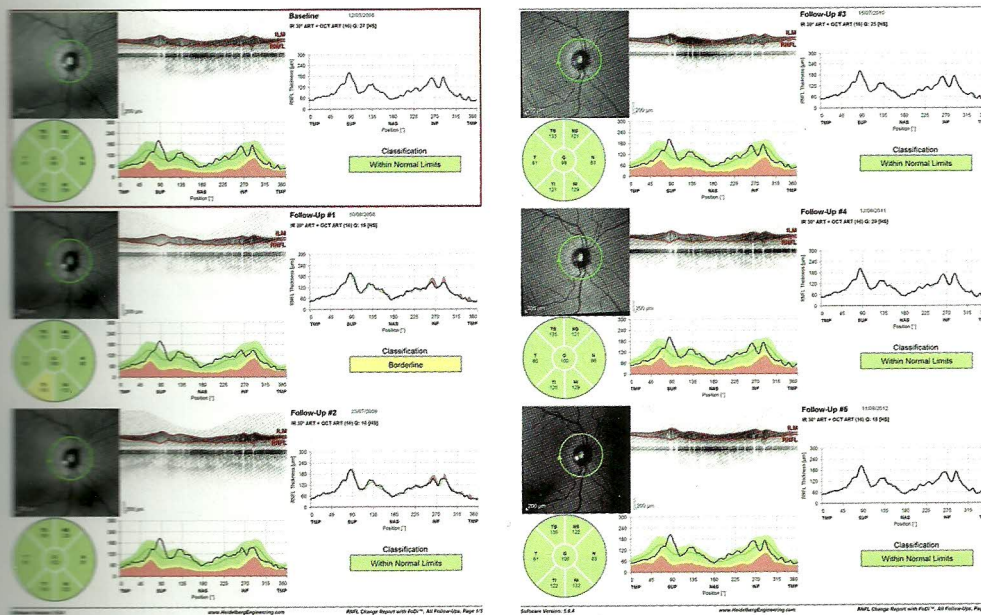
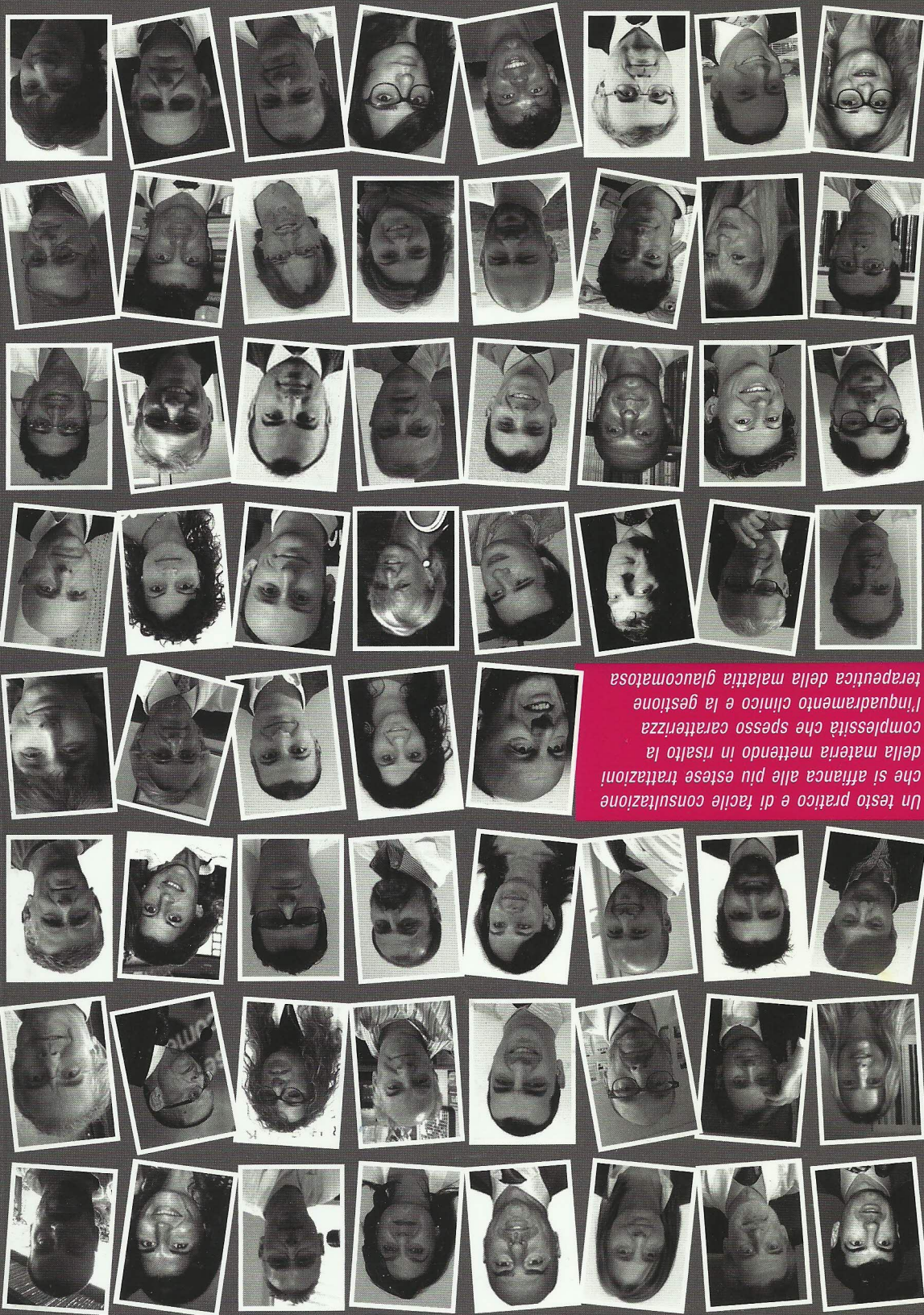


Fig. 2. Esame OCT spectral domain delle fibre nervose peripapillari (RNFL). Lesame eseguito con modalità follow-up dopo set reference dell'immagine di partenza e con periodicità annuale, non mostra alcuna variazione nello spessore RNFL.

**Bibliografia**

1. Takwongi Y, Botello AP, Burr JM, Azura-Bianco A, Garway-Heath DF, Lemij HG, Sanders R, King AJ, Deeks JJ. For the Surveillance for Ocular Hypertension Study Group. External validation of the OHTS-EGPS model for predicting the 5-year risk of open-angle glaucoma in ocular hypertensives. *Br J Ophthalmol*. 2013 Dec 19; doi: 10.1136/bjophthalmol-2013-303622. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24357494
2. Gao F, Miller JP, Miglior S, Beiser JA, Torri V, Kass MA, Gordon MO. The effect of changes in intraocular pressure on the risk of primary open-angle glaucoma in patients with ocular hypertension: an application of latent class analysis. *BMC Med Res Methodol*. 2012 Oct 4; **12**:151. doi: 10.1186/1471-2288-12-151. PubMed PMID: 23035867; PubMed Central PMCID: PMC3532135
3. De Moraes CG, Demirel S, Gardiner SK, Liebmann JM, Ciuffi GA, Ritch R, Gordon MO, Kass MA. Ocular Hypertension Treatment Study Group. Effect of treatment on the rate of visual field change in the ocular hypertension treatment study observation group. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2012 Apr 2; **53**(4):1704-9. doi: 10.1167/iov.11-8186. PubMed PMID: 22395889; PubMed Central PMCID: PMC3342789
4. Demirel S, De Moraes CG, Gardiner SK, Liebmann JM, Ciuffi GA, Ritch R, Gordon MO, Kass MA. Ocular Hypertension Treatment Study Group. The rate of visual field change in the ocular hypertension treatment study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2012 Jan 25; **53**(1):224-7. doi: 10.1167/iov.10-7117. PubMed PMID: 22159015; PubMed Central PMCID: PMC3292359
5. Weinreb RN, Zangwill LM, Jain S, Becerra LM, Dirkes MA, OHTS CSLO Ancillary Study Group. Predicting the onset of glaucoma: the confocal scanning laser ophthalmoscopy ancillary study to the Ocular Hypertension Treatment Study. *Ophthalmology*. 2010 Sep; **117**(9):1674-83. doi: 10.1016/j.ophtha.2010.03.044. Epub 2010 Jul 14. PubMed PMID: 20633931



Un testo pratico e di facile consultazione  
che si affianca alle più estese trattazioni  
della materia mettendo in risalto la  
complessità che spesso caratterizza  
l'inquadramento clinico e la gestione  
terapeutica della malattia glaucomatosa