

Lo sviluppo della funzione visiva – Ambliopia

Prof. Paolo Nucci, Dott. Andrea Lembo

Università degli Studi di Milano, Ospedale San Giuseppe - Multimedica

Il consenso riguardo agli strumenti che il pediatra può utilizzare in una valutazione preliminare dei difetti visivi non è unanime, resta univoco l'obiettivo: cercare di riconoscere e prevenire quelle condizioni che, alterando il processo di acquisizione delle immagini, possano influenzare negativamente lo sviluppo dell'apparato visivo ed essere potenzialmente ambliopigene.

A tal fine, il dialogo tra pediatra e oculista è fondamentale. Con ambliopia si definisce una ridotta capacità visiva mono- o bilaterale, non immediatamente migliorabile con correzione ottica, dovuta ad anomale condizioni di stimolazione visiva ed occorso nel periodo di sviluppo dell'asse visivo. In termini epidemiologici, può interessare fino al 2% popolazione generale ed è la causa principale di calo visivo nel "periodo plastico" (più precoce è la stimolazione anomala, maggiore sarà l'entità del danno). Sono a rischio di ambliopia tutti i bambini che presentano un'alterata stimolazione visiva, con conseguente sviluppo anomalo della funzione visiva.

L'ambliopia può essere da deprivazione laddove ci sia un'opacità totale o parziale dei mezzi diottrici (per esempio per la presenza di una cataratta infantile), di tipo strabico, per il disallineamento degli assi visivi, con un deficit monolaterale di fissazione (nei casi di strabismi non alternanti) ed infine di tipo refrattivo, per la presenza di un'ametropia unilaterale o bilaterale nei primi anni di vita. Infine con ambliopia organica si intende quella forma di ambliopia dovuta ad anomalie oculari quali colobomi retinici, maculopatie o patologie retiniche.

Il trattamento precoce e la rimozione dei fattori ambliopigeni sono fondamentali per un ripristino funzionale. L'ambliopia è reversibile se le normali condizioni di stimolazione visiva sono ripristinate il più precocemente possibile. Nei casi di ambliopia consolidata, l'eliminazione del fattore ambliopigeno non sempre è associato a prognosi favorevole e comporta talvolta un recupero soltanto parziale. Il trattamento deve comunque avvenire nel periodo plastico del bambino (non oltre i sette anni di età). La penalizzazione tramite trattamento occlusivo dell'occhio sano si è dimostrata efficace nel trattamento dell'ambliopia, così come la correzione ottimale del difetto refrattivo clinicamente significativo. Per quanto riguarda la forma di ambliopia sostenuta da uno strabismo, prima di ricorrere alla chirurgia, è opportuno effettuare una rigida terapia pre-operatoria per ottenere l'alternanza di fissazione. Dopo l'intervento, è importante capire se residui un microstrabismo che possa essere ancora ambliopigeno. Per questo, anche dopo l'intervento, il follow-up a lungo termine rimane fondamentale.

BIBLIOGRAFIA

1. Harle DE, Evans BJ. The correlation between migraine headache and refractive errors. *Optom Vis Sci.* 2006; 83(2):82-7.
2. Roth Z, Pandolfo KR, Simon J, et al. Headache and refractive errors in children. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 2014; 51(3):177-9.
3. American Academy of Pediatrics; Section on Ophthalmology; et al. Red reflex examination in neonates, infants, and children. *Pediatrics* 2008; 122: 1401-4.
4. Nucci P, Kushner BJ, Serafino M, et al. A multi-disciplinary study of the ocular, orthopedic, and neurologic causes of abnormal head postures in children. *Am J Ophthalmol* 2005; 140(1):65-8
5. Nucci P, Curiel B, Lembo A. Anomalous head posture related to visual problems. *Int Ophthalmol.* 2014