FONDAZIONE SCIENTIFICA MAURIZIANA Onlus

Dr.ssa Daffara Chiara
Ortottista Assistente in Oftalmologia

BORSA DI STUDIO

"Implementazione e standardizzazione del percorso del paziente maculopatico: valutazione della refrazione e dell'acuità visiva mediante ottotipo ETDRS, acquisizione dell'imaging retinico nei pazienti affetti da patologie maculari, raccolta e gestione dei dati clinici e strumentali, possibilità di collaborazioni con altre S.C".

Il percorso del paziente maculopatico all'interno dell'Ospedale Mauriziano Umberto I ha inizio dalla visita ambulatoriale. L'attività ambulatoriale si sviluppa in tre mattinate, quella del lunedì, quella del martedì e quella del giovedì, dove il lunedì è dedicato principalmente alla retina chirurgica, mentre sono le mattinate del martedì e del giovedì quelle dedicate alla retina medica. Il nostro è un ambulatorio di secondo livello, dunque il paziente che accede al servizio ha già consultato uno specialista oftalmologo e, quindi, si ha già una sospetta o conclamata diagnosi di maculopatia. Ma che cosa si intende per maculopatia? È opportuno spendere qualche riga per analizzare questo termine estremamente ampio e generico, in modo tale da poter comprendere meglio quali siano le principali patologie da cui sono affetti i pazienti che accedono al nostro servizio. Generalmente per maculopatia si intente la degenerazione maculare senile (AMD) che si divide in AMD neovascolare, o "umida" e AMD non neovascolare, o "secca", essa colpisce milioni di persone in tutto il mondo ed è una delle principali cause di cecità a livello globale.
Coerentemente a questi dati, la maggioranza dei pazienti che accede all'ambulatorio è proprio affetta da questa patologia.
Di seguito, in termini numerici, troviamo la maculopatia diabetica.
La retinopatia diabetica, che è stata valutata come la principale causa di cecità legale in individui compresi tra i 20 e i 65 anni di età, è più comune nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo I (40%), mentre la maculopatia diabetica, cioè il coinvolgimento della fovea da parte di edema, essudati duri o ischemia, è più comune in quelli affetti da diabete mellito di tipo II.
Un'altra grande parte di pazienti che accedono al nostro ambulatorio, poi, è affetta da malattie occlusive, classificabili in:

- Occlusione venosa retinica di branca: la prognosi è ragionevolmente buona, le principali complicanze sono l'edema maculare cronico e la neovascolarizzazione
- Occlusione della vena centrale della retina: fatto salvo per la forma ischemica, si ha il recupero di un'acuità visiva normale nel 50 % dei casi.
- Occlusione arteriosa di branca: se l'ostruzione non viene rilevata precocemente, la prognosi è pessima.
- Occlusione dell'arteria centrale della retina: si traduce in un infarto retinico, la prognosi è pessima.

Per via delle complicanze associate, la maggioranza dei pazienti affetti da malattie occlusive seguiti presso il nostro centro, appartiene alla prima categoria.
L'accesso di pazienti giovani o di mezza età, è per la stragrande maggioranza dei casi riferibile alla CSC o corioretinopatia seriosa centrale, una patologia sporadica della barriera ematoretinica interna, solitamente autolimitatensi.
Vi sono, infine, quei pazienti che giungono per patologie più prettamente classificabili sotto la sfera chirurgica, rispetto a quella medica finora descritta, come i pazienti affetti da patologie dell'interfaccia vitreo-retinica, come fori maculari o membrane epiretiniche, o distacchi di retina.

Ecco, dunque, solo un accenno a quella che è l'epidemiologia dei pazienti che accedono al nostro servizio.
Volendosi concentrare, poi, sulla visita vera e propria, essa va descritta partendo dal primo passo che il paziente deve compiere una volta giunto in Ospedale: l'accettazione. Nonostante appaia come un passaggio ininfluente ai fini del discorso, esso è in realtà cruciale, in quanto questo passaggio fa si che il paziente venga caricato all'interno del nostro Sistema Informativo Sanitario Aziendale "Babele", cosa che permette, non solo di scrivere il referto, ma dà anche accesso a tutto lo storico del paziente: esami, visite ed interventi, di qualunque specialità, eseguiti presso l'Ospedale Mauriziano possono essere visionati. Ciò è molto utile, sia ai fini della stesura del raccordo anamnestico, sia in quanto costituisce una raccolta di dati, utilizzabili per studi o lavori scientifici e di ricerca, sempre, ovviamente, nel rispetto delle norme sulla Privacy.
Registratosi con la sua impegnativa dematerializzata, il paziente si palesa presso gli ambulatori consegnando la stessa, e viene chiamato dall'ortottista.
L'ortottista inizia stilando la valutazione anamnestica: durante la prima visita si eseguono anamnesi patologica remota e prossima, specialistica e non specialistica, mentre durante le visite di controllo ci si sofferma prevalentemente sull'anamenesi patologica prossima specialistica.
In seguito, si passa all'esecuzione della tonometria, mediante tonometro a soffio o tonometro iCare, e dell'autorefrattometro, necessario ad eseguire la BCVA, Best Corrected Visual Acuity. Per l'esame dell'acuità visiva utilizziamo l'ottotipo ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study), strumento d'elezione per i pazienti maculopatici, in quanto esso è più sensibile nella valutazione di visus ridotti, soprattutto tra 1/10 e 2/10, e perché permette di misurare l'acuità visiva in modo standardizzato e riproducibile, cosa estremamente utile anche per gli studi clinici. L'esecuzione dell'acuità visiva per vicino e il test di Amsler vengono eseguiti solo durante la prima visita o in alcuni casi specifici.
L'ultima parte della pre-vista dell'ortottista è composta dall'acquisizione dell'imaging. Il nostro ambulatorio dispone di un OCT Heidelberg Spectralis, uno strumento in grado di garantire immagini di tutti gli strati retinici ad altissima risoluzione, con precisione di posizionamento al micron e, da poco, anche dell'Optos Silverstone OCT, un retinografo e fluorangiografo, ma anche OCT che permette di acquisire scansioni non solo nei 55° centrali, ma anche nella periferia retinica. É soprattutto, però, la possibilità di eseguire il follow-up di una scansione nel punto esatto in cui era stata acquisita la volta precedente, utilizzando l'OCT Heidelberg Spectralis, che permette al medico oculista di valutare con precisione la progressione e lo stato della malattia.
Terminata anche l'acquisizione dell'imaging necessario, il paziente può essere sottoposto all'installazione di un collirio midriatico, in base alle esigenze del caso. La visita terminerà, poi, con la valutazione del fundus oculi e la prescrizione della terapia consigliata da parte dello specialista oftalmologo.
Così si conclude il percorso ambulatoriale del paziente, che potrà, però, essere indirizzato ad un percorso chirurgico, all'esecuzione di trattamenti laser o, ancora, di iniezioni intravitreali.
Le iniezioni intravitreali, o IVT, consistono nell'iniezione di farmaci anti-VEGF o cortisonici all'intero della camera vitrea dell'occhio e sono il trattamento utilizzato per la degenerazione maculare essudativa, l'edema maculare diabetico e l'edema maculare secondario a trombosi dei vasi retinici, e, infatti, costituiscono il più comune trattamento a cui vengono sottoposti i pazienti del nostro ambulatorio. I farmaci di cui disponiamo sono:

- Aflibercept (Eylea®) 2 mg o 8 mg
- Bevacizumab (Avastin®)
- Prolucizumab (Beovu®)
- Ranibizumab (Lucentis®)

- Faricimab (Vabysmo®)
- Triamcinolone acetonide (Taioftal®)
- Desametasone (Ozurdex®)

Dopo la fase di carico, in cui il paziente viene sottoposto a 3,4 o 5 dosi mensili consecutive, a seconda della patologia e del farmaco prescelto, i trattamenti vengono somministrati seguendo il regime Treat and Extend (T&E) per cui gli intervalli di trattamento dovranno essere prolungati da 4 a 8 settimane, fino a 12-16 settimane. La decisione di prolungare o meno la distanza tra un trattamento e l'altro, dipende dallo stato di attività della malattia dopo la somministrazione della fase di carico: in caso di miglioramento l'intervallo verrà allungato, in caso di peggioramento, accorciato. Qualora l'intervallo non potesse essere accorciato ulteriormente (le linee guide indicano l'intervallo minimo entro il quale il farmaco non può essere iniettato nuovamente), sarà necessario passare ad un altro farmaco.

Le iniezioni vengono eseguite il martedì ed il giovedì pomeriggio: ciò permette al medico di programmare per il paziente visita di controllo ed iniezione il medesimo giorno. Inoltre, poiché il T&E prevede tempistiche piuttosto rigide, è necessario che visite ed iniezioni seguano una cadenza specifica, motivo per cui per questi pazienti esistono agende di prenotazione dedicate.

Il regime di somministrazione da noi utilizzato, il supporto dell'intera struttura ospedaliera in termini organizzativi e l'ampia disponibilità di farmaci, fanno si che anche pazienti seguiti da altre strutture della zona o addirittura da altre con particolari necessità terapeutiche, vengano inviati presso il nostro centro e inseriti nel nostro percorso ambulatoriale.

Chiara Daf

AO ORDINE MAURIZIANO TORINO
S.C. Oculistica
Direttore: Dott. Francesco FARALDI