

A.I.O.C.



**Rivista di contattologia
e optometria
dell'Accademia Italiana
Optometristi Contattologi**

Spedizione in abbonamento postale - Tariffa Associazioni senza fini di lucro
DL 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB- FILIALE DI FIRENZE
Stampa Litografia I.P. - Firenze

N. 1 - 2015

www.occhioxocchio.it



Prodotti distribuiti in esclusiva nel mercato ottico italiano:



prodotti per la manutenzione delle laci



lenti a contatto ibride



integratori del film lacrimale

Occhio x Occhio srl - Via Renata Viganò, 12 - 44124 Ferrara
Tel. 0532 1880526 / 0532 1828822 - Fax 0532 909537 - www.occhioxocchio.it

SOMMARIO

p. 4 Editoriale
**Per imparare occorre:
pratica, pratica, pratica...**
di Giuliano Bruni

p. 27 **Il ruolo dell'Ortottista
assistente in oftalmologia
nelle malposizioni palpe-
brali: la ptosi**
di Leo G., Attimonelli P.,
Russo R.

p. 9 **Riduzione dell'ipermetropia
attraverso la prescrizione di
lenti a base energetica**
di Luca Baldassari

p. 42 **Novità nella topografia
corneale**
di Sergio Prezzi



A.I.O.C.

Rivista di contattologia e optometria
dell'Accademia Italiana Optometristi Contattologi

Direttore responsabile
Dott. Giuliano Bruni

Redazione

Sergio Villani, Angelo Del Grosso,
Gianfranco Fabbri, Maurizio Fabbroni,
Tiziano Gottardini, Alfredo Mannucci,
Angela Finardi, Sergio Prezzi,
Ivan Zoccoli

Segreteria e pubblicità

www.aiocitalia.com
E-mail: aiocitalia@gmail.com

Segreteria AIOC

Nazarova Anastasia

Impaginazione

Giacomo Carobbi

Stampa

Litografia I.P. - Firenze

Numero finito di stampare il 20/05/2015 - La responsabilità per il contenuto degli articoli ricade unicamente sugli autori

Registrazione Tribunale di Firenze n. 2944 in data 5.6.1981

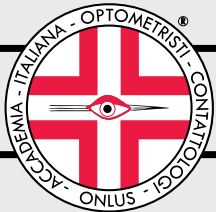
Per imparare occorre: pratica, pratica, pratica...



Oggi si parla sempre più frequentemente di comunicazione on-line. Su internet ormai possiamo trovare di tutto e non mancano argomenti inerenti al settore ottico – optometrico, e, purtroppo, anche siti di negozi e catene che scontano in modo selvaggio le lenti a contatto a scapito della nostra stupenda professione e del commercio in generale. Sono numerosi i siti internet riguardanti le informazioni in campo ottico fruibili non solo dai neofiti dell’ottica ma anche da addetti della materia. Sempre più spesso le lezioni sono on-line e, dobbiamo riconoscere, che si tratta di lezioni sempre virtuali di informazioni e dimostrazioni ben fatte, comodamente fruibili da casa o dal luogo di lavoro. Tutto questo va a favore della rete e delle lezioni on-line. Riflettendo, anche nella vita quotidiana, su internet abbiamo tanti amici, o almeno così si considerano, su Facebook. Come sappiamo questo non corrisponde alla realtà. Una vera amicizia è diversa da una amicizia on-line. Come è diversa una lezione frontale da una virtuale. Durante il XIX Convegno Nazionale A.I.O.C. “Optometria e contattologia avanzata e pediatrica”, svoltosi a novembre 2014, a Firenze, abbiamo riscontrato una esigenza che contraddice l’importanza della

lezione virtuale. Infatti, molti ottici-optometristi presenti al convegno ci hanno chiesto di realizzare corsi monotematici della durata di un giorno con lezioni frontali. Riconosciamo che la lezione on-line è comoda, non importa spostarsi fisicamente, possiamo assistervi in qualsiasi momento della giornata ma la lezione on-line non è paragonabile ad una spiegazione dal vivo “face to face”. La lezione frontale, infatti, permette di provare realmente ad applicare una lente a contatto oppure di fare una schiascopia o una misurazione della vista con metodi oggettivi e soggettivi su un soggetto reale, o di offrire la possibilità di esprimere tutte le domande e dubbi direttamente al relatore. Pertanto noi, come Accademia, rispondendo ai nostri soci e amici, proponiamo delle lezioni frontali monotematiche quotidiane. La nostra intenzione, infatti, è quella di organizzare corsi a numero chiuso di una giornata intera, su un determinato argomento, per poterlo approfondire al massimo e avere la possibilità di fare tanta pratica. Uno dei miei docenti all’università ha sempre affermato che per imparare, la parola magica è Pratica! Pratica! Pratica!; ed ha ragione. Tutti i corsi organizzati avranno la caratteristica di far provare praticamente quello che viene espresso teoricamente. Questo avverrà anche, grazie al coinvolgimento di alcune associazioni del territorio che porteranno le persone da esaminare ai corsi. I corsi monotematici giornalieri sono stati programmati per settembre e dureranno per tutto l’anno 2015-2016. La location sarà sempre il NilHotel a Firenze, diventato per noi un punto di riferimento. È un’impresa non semplice, ma che permetterà ai partecipanti di comprendere le nuove metodiche optometriche e provarle dal vivo. Approfitto di queste righe per ringraziare coloro che sono venuti a visitarci allo stand del MIDO e che ci confermano da sempre come l’Accademia sia un forte punto di riferimento per la maggior parte degli ottici-optometristi italiani.

Buona lettura, Dott. Giuliano Bruni - Presidente AIOC



VITA DELL'

RINNOVA LA TUA QUOTA

L'ASSOCIAZIONE A.I.O.C. OFFRE AI SOCI:

Attestato personalizzato di appartenenza A.I.O.C.

Tessera personalizzata Socio A.I.O.C.

Distintivo per camice A.I.O.C.

Vetrofania per automobile e per negozio A.I.O.C.

Una copia di statuto e regolamento interno

Un corso gratuito on-line (cd)

Partecipazione con particolari sconti

ai corsi organizzati dall'accademia

Rivista A.I.O.C.

Newsletter dell'accademia

Possibilità di inserire sul sito A.I.O.C. il link alla

pagina web dell'attività del singolo socio

L'esperto risponde

Consulenza professionale

La quota associativa per l'anno 2015 è di € 180,00. L'importo può essere versato alla Segreteria A.I.O.C. nelle seguenti modalità:

- assegno non trasferibile o vaglia postale ordinario intestato a A.I.O.C. - Onlus Firenze
- bonifico bancario c/o CRSM Ag. 6 Firenze
IBAN: IT32Q0630002804 CC1270003781

SEDE DELL'ACCADEMIA

**VIA DELLO STECCUTO, 4
50141 FIRENZE (FI)**

**zona Stazione Firenze-Rifredi
tel/fax 055 280161**

e-mail: aiocitalia@gmail.com

web: www.Aiocitalia.com

IL 5 x MILLE ALL'A.I.O.C.

Caro Collega.

Con la Tua firma, come sai, è possibile devolvere il 5 per mille delle imposte ad una Associazione o Fondazione qualificata come Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS). L'A.I.O.C. ONLUS rientra fra i soggetti beneficiari di questa normativa. Destinare il 5 per mille all'A.I.O.C. non comporta alcun aggravio di costi per il dichiarante, in quanto la percentuale del 5 per mille viene calcolata sulle imposte versate, quindi a carico dello Stato; sarà la stessa amministrazione finanziaria a fare pervenire all'A.I.O.C. le somme eventualmente destinate. Per destinare il 5 per mille all'A.I.O.C. occorre sottoscrivere l'apposita scheda della dichiarazione dei redditi MODELLO 730 o MODELLO Unico o CUD avendo l'accortezza di inserire il codice fiscale di A.I.O.C. - O.n.l.u.s. n° 80101020487 nella parte denominata "Sostegno del volontariato, delle Organizzazioni non Lucrative di Utilità Sociale..." e la Tua firma nel primo riquadro a sinistra.

REFERENTI A.I.O.C.

Toscana Consiglio Direttivo

Trentino Alto Adige Tiziano Gottardini 3408492865 / info@gottardini.it

Piemonte Giuseppe Sacchet 011 8004625 / info@otticasettimese.it

Lombardia Idor De Simone 02 347071 / direzione@otticacenisio.it

Emilia Romagna Ivan Zoccoli 389 4218384 / nuovaotticaitaliana@libero.it

Lazio Antonio Trotta 0761 434590 / soat77@hotmail.com

Andrea Andreani 338 8773546 / andreani.andrea@tiscali.it

Campania Massimo Bisogno 081 5143565 / info@otticabisogno.it

Basilicata Giuseppe Moramarco 0971 27007 / info@otticamoramarco.net

Sardegna Angelo Caspanello 349 0741886 / kontakta1@gmail.com

Sicilia Antonio Pistarà 095 2861404 / antonio.pistara@gmail.com

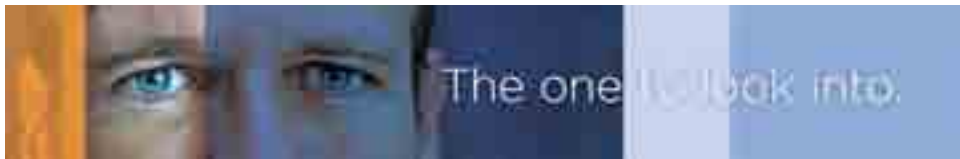
I Referenti A.I.O.C. per le regioni di competenza sono a disposizione di tutti i Soci Aioc.
I Soci che vogliono proporre la loro candidatura alla nomina di Referenti Provinciali o Regionali
sono pregati di contattare la

Segreteria A.I.O.C. tel/fax 055/280161 e-mail: aiocitalia@gmail.com pec: aiocitalia@pec.it



Ricordiamo che dal 1 gennaio 2013, con la legge 6 luglio 2012 n. 96, è modificata la disciplina riguardante la detrazione d'imposta, ai fini IRPEF, prevista per le erogazioni liberali in denaro effettuate a favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS). Ulteriori informazioni in merito potranno essere richieste scrivendo una mail a: studio@iomelli.com. RingraziandoTi in anticipo per il Tuo contributo porgiamo distinti saluti.

Per il Consiglio,
il segretario Gianfranco Fabbri



TRK-2P



SP-1P

MICROSCOPIO
ENDOTELIALE

Fotografia
Panorama
Ampio campo
di lettura



Riduzione dell'ipermetropia attraverso la prescrizione di lenti a base energetica

È importante definire il significato di “Lente Energetica” o “Prescrizione di Lenti a Base Energetica” perché la definizione “ENERGETICA” di per se a molte persone può ricordare qualcosa di “esoterico”. In realtà non si tratta di lenti costruite con una particolare tecnologia che sprigionano qualche “magica” energia... si tratta invece di semplici lenti oftalmiche (che però devono essere di ottima qualità) che vengono prescritte considerando piuttosto le energie che governano la persona che dovrà indossarle.

Ogni lente ha in se il potere intrinseco di trasformare l'energia luminosa.

La Natura ha molti modi per manifestare l'Energia, attraverso il calore, la gravità, l'elettromagnetismo, **la Luce** ed altro ancora.

Le lenti oftalmiche, per loro peculiarità, trasformano la vergenza dei raggi luminosi che le attraversano, imprimendo loro una forza contrattiva (convergenza),

come nel caso delle lenti positive, oppure espansiva (divergenza), come nel caso delle lenti negative. La luce, così modificata, entra nel corpo attraverso gli occhi avendo inevitabilmente un effetto sull'organismo di quella persona ed in particolare sul suo Sistema Visivo. Così come le lenti modificano la luce, possono modificare un certo tipo di atteggiamento fisiologico o comportamentale del soggetto trattato.

Consideriamo l'Optometria Unicista una evoluzione di quella Comportamentale perché, oltre a prendere in esame, come quest'ultima, la persona nella sua globalità, prende in considerazione anche l'ambiente in cui vive, la sua morfologia, il modo in cui si nutre, la stagione in cui viene valutata... insomma, le energie da cui essa è governata. Anche la Scuola Comportamentale afferma che **le lenti possono modificare la persona nei suoi atteggiamenti motori**. È noto infatti tra gli Optometristi Comportamentali come le lenti negative (quelle che espandono la luce) possano in alcuni casi abbassare la performance sportiva di un soggetto miope andando a contrarre il suo sistema ambientale pur favorendo quello focale o, come le lenti positive (quelle che contraggono la luce), possano risolvere un problema di astenopia andando a rilassare il sistema visivo.

Le teorie cosmologiche della Filosofia Unicista insegnano che il comportamento dell'energia è proprio l'opposto del comportamento della materia. È facile così comprendere come possano rilassare il corpo lenti che contraggono la luce e viceversa lenti che espandono la luce possano in realtà contrarre il corpo o l'espressione motoria del corpo stesso.

Le due grandi forze che governano ogni cosa sono proprio quella Centripeta (contrazione) e

quella Centrifuga (espansione)... dobbiamo solo comprendere come indirizzarle e farle giocare a nostro favore.

Ecco come possiamo sfruttare le intrinseche capacità delle lenti oftalmiche (come dei prismi o delle lenti colorate)... si deve solamente comprendere la "quantità" di sfera o di cilindro da "somministrare" perché l'organismo si orienti verso una sorta di "**autoriparazione**" dirigendosi verso la strada della "normalità".

L'Uomo non può vivere al di fuori delle leggi naturali. Il Macrocosmo come il Microcosmo, il mondo animato come quello inanimato, sono governati dalle medesime leggi (**Filosofia del Principio Unico**) ed è studiando queste leggi che possiamo comprendere il nostro funzionamento visivo, fisiologico, psico-fisico e quindi cosa possiamo fare quando, per qualche motivo, ci allontaniamo da quella che dovrebbe essere la "NORMA".

A questo punto è necessaria una chiarificazione del concetto di "**norma**", la quale dovrebbe rappresentare il punto di partenza da considerare per fare qualsiasi scelta di trattamento, quindi anche di prescrizione. Ogni volta che valutiamo una persona sarebbe necessario avere una immagine mentale di "come" dovremmo trovarla se questa rientrasse nella "norma".

Come ci dovremmo aspettare l'occhio di un adulto nella norma? Ipermetrope di +0.50... e la sua foria da lontano? 0.50 Exo... e la sua binocularità? La norma è quella di avere 1° 2° e 3° grado di fusione ben consolidati.

Di solito quando le persone si rivolgono all'Optometrista questi ed altri dati si allontanano dalla norma in modo più o meno accentuato. In qualsiasi caso **non ci si deve mai concentrare**

su come eliminare il problema se prima non ci si rende conto di come dovrebbe essere la “norma” di quel singolo individuo. Studiando la “norma” anziché il problema si può riportare il “malfunzionamento” verso la norma stessa. **Il corpo aiuta se stesso** e l’Optometrista non deve fare altro che dare la giusta INFORMAZIONE ENERGETICA per disporre le condizioni affinché quel singolo individuo si orienti verso quella che dovrebbe essere la sua norma. Ogni trattamento deve fare in modo che l’organismo vada nella direzione della norma allontanandosi così dal problema.

Quello dell’Optometrista è un lavoro ad ampio spettro, infatti, per aiutare una persona a risolvere i propri problemi può dare consigli di igiene naturale (postura, ergonomia, illuminazione, alimentazione) e di vari trattamenti per il corpo in collaborazione con altri professionisti come Osteopati, Posturologi, Logopedisti etc. Può avere poi molto successo mediante uno dei suoi compiti principali: il Visual Training Optometrico. Il suo lavoro principale in assoluto rimane però la prescrizione delle lenti e, alla luce delle nuove conoscenze, questo può venir fatto con estrema precisione e con risultati eccellenti... **e la Scuola Unicista in questo è indubbiamente all’avanguardia.**

Lo studio delle leggi naturali ha permesso alla Scuola Unicista di comprendere come funzionano molti aspetti dell’organismo umano e quindi come modulare attraverso le lenti l’**Energia Luminosa** nella direzione favorevole della persona che vogliamo trattare.

Secondo l’Optometria Unicista la lente non solo deve far vedere meglio (Scuola Classica), essere confortevole (Optometria Funzionale), migliorare l’espressione motoria della persona (Scuola

Comportamentale), ma deve anche trattare il problema visivo primario. Le lenti prescritte su **“base energetica”** inducono il sistema ad una sorta di “autoriparazione” agendo prima sul problema principale poi via via su quelli secondari... ad esempio: in un soggetto strabico, ambliope ed ipermetrope le lenti aiutano dapprima a migliorare l'angolo di strabismo, poi ad aumentare l'acuità visiva poi a ridurre l'ipermetropia (si pensi che seguendo il metodo Unicista il 70% delle ambliopie funzionali si risolve completamente con il semplice uso delle lenti).

Tornando per un attimo al concetto di “AUTORIPARAZIONE” ecco di seguito alcune significative frasi di persone che, molto prima di noi, hanno compreso le leggi con cui la Natura governa le cose e gli individui:

“La capacità di guarigione naturale dentro di ognuno è la forza più grande per poter guarire”.
(*Ippocrate*)

“Il medico abile è un uomo che sa divertire con successo i suoi pazienti **mentre la Natura li sta curando**”. (*Voltaire*)

“L'occhio forma se stesso in modo che **la luce che viene da dentro incontra quella che viene da fuori**”. (*Goethe*)

Proprio sulla base di questo ultimo concetto è stata sviluppata dalla Scuola Unicista una tecnica di **Schiascopia** che aiuta l'Optometrista, a volte in modo decisivo, nella prescrizione delle lenti a base energetica. La Scuola Unicista ha sfruttato le antiche (e ben fondate) convinzioni che ci fosse una sorta di “scambio energetico” tra la luce che viene da fuori e quella che, attraverso i nostri occhi, rimettiamo all'esterno.

Naturalmente dopo la prima prescrizione il soggetto deve essere riesaminato ogni 3, 4 mesi e ad ogni reazione, variazione o miglioramento le lenti vanno sostituite. Considerando vari parametri, **ad ogni minimo cambiamento le lenti vanno adeguate alla nuova situazione** (a volte anche solo di + o - 0.25) altrimenti la prescrizione non potrebbe essere definita "a base energetica" e l'occhiale ridiventerebbe semplicemente un mezzo di compensazione ottica. A questo proposito è di massima importanza, per gli Studi Optometrici che non possiedono un laboratorio interno, la stretta collaborazione con un Ottico capace e scrupoloso perché se la prescrizione non viene poi realizzata con i materiali adatti (lenti e montature) ed il montaggio non viene eseguito con precisione millimetrica, la presunta "lente energetica" non sarà più tale e non funzionerà. L'Energia ha un grande potere ma proprio perché non è qualcosa di fisico e di grossolano che **ha bisogno di essere "quantificata" ed "incanalata" con grande precisione.**

Non è obiettivo di questa relazione l'insegnamento di tecniche per la riduzione dell'ipermetropia ma piuttosto la divulgazione di qualche dato significativo e la descrizione dei vari metodi e parametri usati per la prescrizione di quelle lenti che aiutano il corpo ad allontanarsi dall'ipermetropia stessa.

Vediamo ora di fare chiarezza su due concetti fondamentali per poter applicare la Filosofia di Lavoro dell'Optometria Unicista... quelli di:

ASSECONDARE e CONTRASTARE.

Assecondare significa "andare nella stessa direzione del problema" mentre **Contrastare** significa "trattare" il problema visivo principale. A volte si è costretti a

“compensare” l’ametropia (assecondandola) attorno al valore reale ma spesso si può **contrastare “energeticamente”** con un valore di **“tolleranza”** identificabile in un valore di + o – 0.25 (max 0.50) che possiamo usare senza interferire troppo sulla qualità della vista.

La lente del #7A equilibrato è quella che asseconda l’ametropia e, quando non si può fare di meglio, a questa si può sovrapporre un piccolo valore sferico per contrastare o eventualmente assecondare il problema. Assecondando si aiuta a peggiorare la situazione ma a volte è possibile fare solo questo perchè contrastando si rischia di “irritare” il soggetto. **Molte volte il soggetto accetta un lieve “disturbo” dovuto al contrasto** perchè questo è dato da una **gentile “contrapposizione”** attraverso lo **“spostamento di energia”**.

Si deve contrastare ogni volta sia possibile farlo.

L’Istituto Ricerche Optometriche ha messo a punto 3 strade principali per la prescrizione a base energetica:

- Lo Studio della “Condizione”
- La tecnica del “7M calcolato”
- La “Schiascopia Cognitiva Unicista” (denominata anche “3^a Via”)

1 – La strada più completa, più lunga e laboriosa ma più sicura è quella dello **“Studio della Condizione”** attraverso l’Analisi dei 21 Punti.

Attraverso l’Analisi dei 21 punti eseguiti con qualche modifica rispetto il metodo O.E.P., si riesce a comprendere la “condizione” della persona. Per **CONDIZIONE** si intende la situazione generale, e non solo quella del suo sistema visivo, della persona nella sua globalità. Naturalmente anche il sistema di elaborazione dei dati raccolti mediante l’analisi è

diverso rispetto quello proposto dall'O.E.P. Il sistema di concatenazione dei test è stato studiato per ricevere il massimo delle informazioni a proposito, come già esposto, non solo del sistema visivo del soggetto in esame ma sul tipo di energia che governa il soggetto stesso. **Con il sistema analitico Unicista è facile comprendere con quanto “equilibrio visivo” si esprima una persona** perciò, quando uno o più aspetti sono lontani dall'equilibrio stesso, si possono predisporre le condizioni per avvicinarsi ad esso. È noto come un sistema in equilibrio tenda ad un miglioramento o perlomeno, quando questo per vari motivi fisiologici non sia possibile, tenda a rallentare il peggioramento.

Una volta ottenuti ed elaborati i dati si può decidere di “contrastare” un certo atteggiamento visivo disequilibrato e, in caso di ipermetropia, aggiungere un **“fattore di contrasto”** identificabile con un'apposita tabella che considera l'età del soggetto in esame quindi la sua ipermetropia fisiologica, l'entità dell'ipermetropia reale e la distanza di analisi al P.P. ma che mediamente è di -0.75.

Quando il sistema visivo non mostra equilibrio nelle sue funzioni, o è spostato verso la contrazione o è spostato verso la “troppa elasticità” (espansione). Questo può essere a carico del Sistema di Centratura come a carico del Sistema di Focalizzazione. La tecnica Unicista considera gli equilibri dei due sistemi al Punto Remoto e al Punto Prossimo così da avere due punti di partenza per decidere come muoversi.

È necessario ribadire ora che le lenti positive inducono ad un “rilassamento” del sistema mentre quelle negative ad una sua “contrazione”.

Se, ad esempio, abbiamo un soggetto di 10 anni ipermetrope (al #4) di +1.75 e l'analisi mostra al P.R.

una leggera contrazione, si ragiona nel seguente modo.

Sappiamo che a 10 anni l'ipermetropia fisiologica deve essere di +0.75 quindi il 7A equilibrato di questo bambino deve essere di +1.00.

Visto che l'analisi mostra un po' di contrazione al P.R. la prescrizione ipotetica (considerando un +0.25 per contrastare la contrazione) sarebbe +1,25. Aggiungendo però il fattore di contrasto per la riduzione dell'ipermetropia (che in questo caso è di -0.75) la prescrizione finale risulta essere **+0.50**.

Si devono portare le lenti sempre più vicine allo "zero" ma, ovviamente, **in modo non arbitrario**.

Nella maggior parte dei casi i **Miopi** si adattano al P.P. mentre gli **Ipermetropi** non lo fanno, ecco perchè si prescrive considerando il punto prossimo nel miope e il punto remoto nell'ipermetrope facendo in modo che le prescrizioni si avvicinino sempre di più allo zero.

Ad esempio un miope tra i 12 e i 46 anni, analizzato a 38 cm. nei test al P.P., con 7A equilibrato di -3.00, secondo i parametri calcolati dall'I.R.O., il 14B equilibrato deve essere di -1.50 mentre per un ipermetrope della stessa età e stessa distanza



d'analisi con 7A equilibrato di +3.00 il 14B equilibrato risulta essere di +0.75. In termini di valore assoluto di sfera, cioè di distanza dallo "zero", la quantità è la stessa, anche se in direzioni opposte. Dove sta la differenza? Nel positivo al P.P. che nel caso del miope è doppio rispetto l'ipermetrope... la variante sta nella capacità di adattamento. Nel miope c'è più escursione rispetto all'ipermetrope.

Ecco un esempio di riduzione dell'ipermetropia in un caso reale mediante lo studio della condizione.

Bambina, 12 anni, Rx uso: OD +4.75 / OS + 5.00

#4: OD +5.50 -0.25 90° / OS +6.00 -0.75 60°

L'Analisi dei 21 Punti evidenzia una serie di dati che ci permettono di giudicare la funzionalità del sistema e ci offrono due importanti punti di partenza:

il # 7A equilibrato e il #14B equilibrato.

7A equilibrato: OD +4.50 / OS +5.25 -0.50 60°

#14B equilibrato: OD +5.25 / OS +6.00 -0.50 60°

L'Analisi mostra un'eccessiva contrazione in entrambi i sistemi (centratura e focalizzazione), al punto prossimo come al punto remoto, che noi contrasteremo con l'addizione di una diottria di positivo. A questa prescrizione ipotetica dovremo poi aggiungere il fattore di contrasto per la riduzione dell'ipermetropia che in questo caso, secondo i parametri I.R.O. è di -1.00. La nostra prescrizione ipotetica diventerà ora identica ai dati del # 7A equilibrato e del #14B equilibrato.

Consideriamo ora due importanti fattori: il #7A percettivo dinamico e l'M.S.D.A.

#7A percettivo dinamico: OD +4.00 / OS +4.50

M.S.D.A. primo annebbiamento: OD +4.25 / OS +5.00 -0.50 60°

M.S.D.A. ultimo annebbiamento: OD +4.00 / OS +4.75 -0.50 60°

La nostra prescrizione finale corrisponderà ai dati del #7A percettivo dinamico dal momento che il comfort del soggetto può essere tranquillamente rispettato vista la Massima Sfera Diottrica Accettabile e la vicinanza con i dati di equilibrio e relativi contrasti. Anche il cilindro dell'occhio sinistro poco tollerato dal soggetto può venir eliminato dal momento che, comunque, viene rispettato l'equivalente sferico.

8 mesi prima di questa valutazione, infatti, l'ipermetropia di questa bambina al #4 risultava essere: OD +6.00 -0.25 90° / OS +6.50 -0.75 60°.

In quel frangente le lenti energetiche erano state prescritte mediante la tecnica del 7M calcolato, visto che il visus era alterato, infatti vedeva binocularmente 2 decimi senza occhiali e 8 decimi con i suoi occhiali (OD +5.50 / OS +6.00). Il visus attuale invece è di 10 decimi senza occhiali e 12 decimi con l'Rx in uso. Questa nuova prescrizione energetica (per lei la seconda) non è stata data per aumentare ulteriormente il visus, ovviamente, ma per continuare a fornire le condizioni visive più adatte ad un ulteriore miglioramento funzionale e strutturale.

2 – Quella del “**#7M calcolato**” è la strada che comunemente si usa con i bambini in età prescolare dal momento che non si può eseguire un'analisi dove sono richiesti molti dati soggettivi... assieme alla 3ª Via è la strada migliore da seguire anche con i soggetti ambliopi (dato che a causa del loro problema non possono avere, visivamente parlando, una buona capacità di giudizio) e con le persone mentalmente disabili. Per eseguire questa tecnica è necessario avere molto chiaro il concetto di “Norma”. Se nei miopi, emmetropi e ipermetropi strutturati si parte dal #7M per ripristinare l'equilibrio, nei bambini si parte dal rapporto tra il #4 e il #5 (calcolando lo spazio normale tra il #4 e il #5 in ragione di 1.37 +/- 0.12).

Nell'ipermetropia la norma si ricostruisce partendo dal # 5 perché quello è il dato fisiologico al P.P. Si presuppone poi che nei bambini lo schema visivo da vicino sia meno alterato, senza contare che il "mondo" dei bambini molto piccoli è per lo più proximale. Si parte, quindi, sempre dal #5 a meno che quest'ultimo non sia troppo contratto. Le funzioni del bambino sono, nella norma, in espansione quindi, un #5 troppo espanso (troppo "lontano" dal #4) non è un problema (essendo sempre nella direzione della sua natura) il vero problema è quando il #5 è troppo contratto. Ad esempio: #4 = +2.00 / #5 = +2.00 **non si può dare credito al #5.** Quando questo si verifica, prima di prescrivere, è necessario "rilassare" il #5 mediante un Programma di semplici Esercizi Optometrici (come la flessibilità accomodativa fase positiva), o meglio, attraverso un Programma di Trattamenti Naturali (massaggi, bagni caldi con oli essenziali o fiabe prima di dormire ai



bimbi che hanno necessità di più armonia). A volte anche il semplice uso di un piano inclinato riesce a modificare la situazione di troppa contrazione.

Anche in un adulto quando non c'è la NORMA la **persona tende, in genere, a non essere mai soddisfatta** dall'occhiale che porta. Quando tra il #4 e il #5 si verifica uno squilibrio importante si deve avvisare la persona che **l'occhiale è provvisorio** (non può esser "definitivo" finché non si crea una sorta di equilibrio). Se la persona accetta si può prescrivere un programma di trattamenti naturali per **"ricostruire la norma"**.

È bene prescrivere solo dopo questi trattamenti, quando la situazione è cambiata. Se dobbiamo prescrivere subito per forza (es. ad una persona che soffre di Astenopia) allora possiamo seguire la **3ª via**, quella della **Schiascopia Cognitiva**, con la quale **si interpreta la Luce**.

Se il rapporto tra #4 e #5 è accettabile si prescrive il #4 ricostruito sulla base del #5 al quale dato si sottrae la quantità di normale ipermetropia fisiologica (secondo le norme I.R.O.). Il sistema sarà così stimolato ad orientarsi verso la norma.

È importante ribadire che, quando variano i parametri, **è necessario prescrivere lenti nuove** anche se il soggetto vede bene con quelle precedenti se si vuole continuare il processo di miglioramento.

Vediamo qualche esempio di #7M(/) e #7A(/).
(/) = simbolo I.R.O. che significa "CALCOLATO".

Es.: 4 anni #4 = +3.00 #5 = +4.50 In questo caso il #5 è **attendibile** (quindi anche il #4 reale corrisponde a quello

ricostruito sulla base del #5) si toglie l'ipermetropia fisiologica (che a quest'età deve essere +1.25) e in questo caso il #7M ipotetico è +1.75. Se posso valutarlo devo farlo altrimenti il #7M reale diventa uguale a quello ipotetico.

Es.: 10 anni #4 = +2.00 #5 = +3.00

Considerando che il #5 è contratto, la ricostruzione del #4 corrisponde a +1.75 (perché si deve togliere +1.25) – poi si toglie la “quantità fisiologica”, cioè +0.75, e rimane così +1.00. #7M(/) = +1.00.

**Es.: 4 anni - Esoforia #4 = +5.00 #5 = +6.50
à Px = +4.50.**

Per arrivare alla prescrizione si toglie la “norma” tra il #4 e il #5 (+1.50) poi si toglie l'ipermetropia fisiologica ma in questo caso non tutta perchè il bambino è in **eso** (+0.50 anziché +1.00 così si lascia un po' di positivo per contrastare).

Es.: 6 anni #4 = +4.00 #5 = +6.00 à si può dare credito al #5

#4(/) = +4.50 à #7M(/) = +3.50 R/V = V(+0.50 R) à **Px = +3.50.**

**Es.: 6 anni - Esotropia alternante #4 = +6.00
#5 = +7.75**

#4(/) = +6.50 à #7M(/) = +6.50 R/V = R(-0.75 V) à **Px = +6.25.**

(in questo caso #4 e #7M calcolati sono di uguale entità infatti non si toglie l'ipermetropia fisiologica perchè c'è la necessità di un positivo maggiore vista la condizione tropica).

Esaminiamo ora, come ultimo esempio, nel dettaglio il caso visto prima della bambina ove la seconda prescrizione energetica è stata eseguita seguendo la Via dello “Studio della Condizione”.

Bambina, 11 anni - Rx uso: OD +5.50 / OS + 6.00.

#4: OD +6.00 -0.25 90° / OS +6.50 -0.75 60°

#5: OD +6.75 -0.25 90° / OS +7.25 -0.75 60°

Parto dal dato del #5 per calcolare il #4.

Visto che il #5 è leggermente contratto rispetto il #4 sottraggo 1.25:

#4(/) = OD +5.50 -0.25 90° / OS +6.00 -0.75 60°

Sottraggo poi l'ipermetropia fisiologica che a quest'età è considerata +0.75:

#7M(/) = OD +4.75 -0.25 90° / OS +5.25 -0.75 60°

Come ultima operazione tolgo i cilindri, sempre mantenendo l'equivalente sferico, visto che la bambina non li ha mai portati e al #7A dinamico dice di andare meglio senza. Eseguo un ulteriore controllo al R/V che in questo caso mi conferma la prescrizione: **OD +4.75 / OS + 5.00.**

3 – La “Schiascopia Cognitiva Unicista” (3^A via) si basa molto sulla pratica e sulla **sensibilità** dell'Optometrista che la esegue oltre che sulla conoscenza della tecnica di esecuzione e sulla consapevolezza di ciò che si deve andare a vedere. Non è una tecnica facile da eseguire ma con l'esperienza può essere la carta vincente nei casi dove i dati sono contrastanti o dove sono di difficile realizzazione le due tecniche precedenti. Ci occorre comunque un dato da cui partire.

Es.: 12 anni - ambliopia occhio destro

#4 O.D. +3.25 O.S. +2.00

#5 O.D. +2.75 O.S. +1.50 -0.50 180

(il cilindro che si evidenzia al punto prossimo è indice di tensioni eccessive)

Una strada potrebbe essere quella del conteggio ma sapendo che il #5 è alterato bisogna partire dal #4. Prendendo come riferimento l'O.D. il #7M(/) sarebbe

quindi +2.75 mentre partendo dal #5 sarebbe +1.00. In questo caso si prende in considerazione l'occhio non ambliope e gli si "aggancia" l'altro. Partendo dal #4, il #7M(/) dell'O.S. è +1.50 quindi, secondo questo principio, quello dell'O.D. è +2.75. Anche se partire dal #5 non è affidabile, la correttezza dell'aggancio è molto ipotetica. Ora ci può fornire un "dato chiave" la **Schiascopia Cognitiva** provando, in questo caso, la differenza tra lenti che vanno da +2.75 a circa una diottria in meno. Questa volta è risultata come "energetica" la lente di +2.50.

L'Optometria è uno dei lavori più interessanti nell'ambito delle professioni che si occupano della salute dell'uomo e l'Optometrista con una visione olistica può allargare molto il suo campo d'azione. **La prescrizione degli occhiali però è il primo e più importante passo nel miglioramento dei problemi visivi. Per quelle che sono attualmente le nostre conoscenze riteniamo che la filosofia di lavoro adottata e divulgata dalla Scuola Unicista dia oggi i migliori risultati ottenibili mediante la prescrizione di lenti oftalmiche...** ma questo non basta. Viviamo in un Universo in continuo mutamento e per essere con esso in sinergia è necessario continuare a progredire, proprio come ha fatto fino ad ora l'Optometria stessa... con l'aiuto, le idee ed il lavoro di tutti i professionisti che hanno avuto il coraggio di confrontarsi e mettersi alla prova.

BIBLIOGRAFIA .

Biondi M. - Appunti di Optometria Unicista redatti dal sottoscritto (1992 - 2007).

Biondi M. - Trattamento della miopia prescolare attraverso l'uso di " lenti a base energetica" - 5° Congresso di Optometria Unicista. Pavia, 2007.

Skeffington A.M. - Introduction to clinical Optometry. OEP, 1964.

Gilman G. - Behavioral Optometry. OEP, 1988

Bardini R. - La funzione visiva nell'analisi optometrica. SIO

Manas L. - L'analisi visiva. SOE

Skeffington A.M., Lesser S.K., Barstow R. - Near point optometry. OEP, 1947

Riffenburgh R.S. - Onset of myopia in the adult. Am J Ophthalmology 59, 1965

Birnbaum M.H. - Nearpoint visual stress: clinical implications. Am J Optometry Association, Giu 1985

Mc Donald L.W. - Visual Training. OEP, 1963

Press L.J. - Lenses and behavior J Optometry Vision Dev. Vol 21 (1), 1990

Harmon D.B. - The rationale in developmental training. St Louis DBH Resources Center, 1966

Cannon W.B. - Stresses and strains of homeostasis. Am J Med Sci 189 (1)

Forrest E.B. - Stress and Vision. OEP, 1988.

Harmon D.B. – Notes on dynamic theory of vision. Austin Texas Research Press, 1959.

Birnbaum M.H. - Nearpoint visual stress: a Psychological model. Am J Optometry Association Vol 55 (825-835), 1984.

Birnbaum M.H. - Optometric management of nearpoint vision disorders. Butterworth-Heinemann, 1993.

Apell R.J. - Performance test battery: a very useful tool for prescribing lenses - J Behavioral Optometry Vol 7 (7), 1996.

Mc Donald L. - The collected work of Mc Donald Vol 1 (22). OEP, 1992.

Rosenfield M. – Accomodation and myopia: are they really related? - J Behavioral Optometry Vol 5 (10), 1994.

Baldassari L. - La Miopia secondo l'Optometria Unicista. 3° Congresso di Optometria Unicista, – Lecce 2003.

Istituto Ricerche Optometriche - Dati raccolti da schede optometriche casi reali e schede didattiche create per la scuola di Optometria Unicista (1992-2007).

Leo G.

Ortottista libero professionista Università Federico II Napoli

Attimonelli P.

Oftalmologo Unità operativa oculistica Andria (BT)

Russo R.

Farmacista Università degli studi Salerno

Il ruolo dell'Ortottista assistente in oftalmologia nelle malposizioni palpebrali: la ptosi

Abstract

Objective: Purpose of this work is to underline or define orthoptist's role and utility In eyelids malpositions screening and pre-surgical evaluation.

Methods: Introduction and evaluation of the clinical cases subdivided according to ptosis variants, post-surgical evaluation including photo report and orthoptic assessment.

Results: Diagnosis of different types of ptosis and formulation of a flow chart useful both orthoptist

that the surgeon for the study of ptosis and the identification of the most appropriate type of surgery.

Conclusions: Starting from eyelid malpositions classification, that can assume variability both in the etio-pathological context (congenital or acquired), both in symptomatic manifestation and much more in the clinical signs with which the pathology occur.

The investigation will evaluate the ptosis in all its variations, the study concludes with the development of a valid protocol as the flow chart, an essential support in order to follow a effective and efficient pattern by orthoptists who do not familiar with this type of diseases.

Oggetto: Lo scopo di questo lavoro è quello di definire l'utilità e il ruolo dell'Ortottista nello screening e valutazione pre-chirurgica nell'ambito delle malposizioni palpebrali.

Metodo: Presentazione e valutazione dei casi clinici suddivisi a seconda delle varianti della ptosi , rivalutazione post-chirurgica comprendente foto documentazione e la valutazione ortottica

Risultato: Diagnosi delle diverse tipologie di ptosi e formulazione di un flow-chart utile sia all'ortottista che al chirurgo per lo studio della ptosi e l'identificazione del tipo di chirurgia più idonea.

Conclusioni: A partire dalla classificazione delle malposizioni palpebrali che possono assumere variabilità sia nel contesto eziopatologico (congenite o acquisite) , sia nella manifestazione sintomatica e quanto più dei segni clinici con i quali le stesse si manifestano.

L'indagine si riserva di valutare la ptosi in tutte le sue varianti, lo studio si conclude con lo sviluppo di un

protocollo valido attraverso la presentazione di un flow-chart, ausilio imprescindibile al fine di seguire uno schema logico, efficace e efficiente da parte degli ortottisti che non hanno dimestichezza con questo tipo di patologie.

Introduzione

Nel complesso del quadro diagnostico delle malposizioni palpebrali, assume una posizione di considerevole importanza la figura dell'ortottista. Egli, infatti e attraverso l'analisi che contempla l'approccio puramente visivo, l'anamnesi, l'ispezione e mediante l'applicazione di specifici test, può contribuire in maniera significativa alla valutazione di quelle che sono le componenti eziopatologiche. L' incisività maggiore del lavoro svolto dall'ortottista si palesa nella diagnosi della ptosi.

La Ptosi dal greco 'πτωσις'cadere', è un alterato posizionamento in basso del margine palpebrale in relazione alla pupilla, uni o bilaterale, si manifesta con una turba della statica e della dinamica della palpebra superiore.

In normali condizioni fisiologiche, il margine palpebrale superiore sopravanza il limbus corneale di circa 1-2 mm e l'ampiezza della rima palpebrale è di circa 9-10 mm.

La correzione della ptosi è presa in considerazione in quei pazienti che sono sintomatici o che sono

insoddisfatti dell'aspetto estetico delle loro palpebre. L'obiettivo della correzione della ptosi è di elevare adeguatamente la palpebra minimizzando i rischi di lagofalmo e di esposizione oculare.

La ptosi deve essere caratterizzata a seconda dell'epoca di insorgenza, della severità e dell'eziologia. Essa può essere sia congenita (75%) che acquisita (25%) .

L'accurata determinazione della causa chiarisce la necessità di ulteriori test, facilita il trattamento ed ha valore prognostico.

Ptosi palpebrale congenita

Per ptosi palpebrale congenita s'intende un'anomalia permanente di posizione della palpebra superiore (abbassamento) presente dalla nascita.

Di solito, la condizione è dovuta allo scarso sviluppo dei muscoli che sollevano o chiudono la palpebra (muscolo elevatore, orbicolare dell'occhio e tarsale superiore).

Le ptosi congenite possono essere ulteriormente classificate in:

Forma distrofica, la più frequente, in cui il muscolo elevatore della palpebra non ha avuto uno sviluppo normale ed è in parte o completamente sostituito da tessuto adiposo e connettivo con conseguente deficit di funzione contrattile e di rilasciamento.

La forma distrofica può essere suddivisa in due varianti:

- Con normale funzione del muscolo retto superiore.
- Con deficit di funzione del muscolo retto superiore.

Forme non distrofiche, sono molto più rare e caratterizzate da un normale sviluppo del muscolo

elevatore, la cui funzione contrattile risulta però deficitaria per cause diverse.

Si possono a sua volta distinguere all'interno di questo gruppo forme:

- Neurogene: da paralisi congenita del III nervo cranico o dovute a sindrome di Claude Bernard-Horner congenita.
- Aponeurotiche: generalmente da trauma gestazionale o da parto.
- Sincinetiche: Marcus Gunn e altre anomalie di connessione del III nervo cranico.

Ptosi palpebrale acquisita

Consiste in un abbassamento della palpebra superiore, con conseguente riduzione dell'apertura palpebrale, non presente alla nascita.

In relazione all'eziopatogenesi distinguiamo:

Ptosi neurogena: può manifestarsi a seguito di lesioni, centrali o periferiche, del III nervo cranico (oculomotore) o del simpatico cervicale (Sindrome di Horner).

Ptosi miogena: si verifica quando la forza del muscolo elevatore è diminuita; la funzione del muscolo elevatore è di solito moderata, ma può essere normale nelle prime fasi dell'evoluzione della patologia. (Miastenia gravis, malattie mitocondriali come l'oftalmoplegia esterna cronica progressiva, distrofia oculofaringea).

Ptosi aponeurotica: il tipo più comune è una ptosi involutiva secondaria allo stiramento, attenuazione o distacco dell'aponeurosi del muscolo elevatore dal suo attacco tarsale.

Ptosi meccanica: si sviluppa per effetto di forze che vengono ad esercitarsi sulla palpebra

superiore. Queste possono essere conseguenza di tumori palpebrali, esiti cicatriziali, masse orbitarie, dermatocalasi, edema; l'eccesso di pelle che sovrasta il margine palpebrale comporta un decremento del campo visivo.

Ptosi traumatica: può essere causata da un trauma diretto con lacerazione o disinserzione dell'aponevrosi o lesione delle fibre nervose.

Pseudoptosi: Tutte le forme di ptosi acquisita precedentemente elencate vanno differenziate dalle pseudoptosi. Cause della pseudoptosi includono spasmi emifacciali, paralisi del nervo facciale con rigenerazione aberrante, retrazione palpebrale controlaterale, proptosi controlaterale, enoftalmo, anoftalmo con deformità del solco superiore e ptosi della palpebra inferiore.

La classificazione delle varianti che si possono manifestare in caso di ptosi, non è altro che la scevra descrizione di un evento patologico. Il fine ultimo della classificazione è, infatti, quello di consentire la pianificazione delle più corrette manovre terapeutiche da porre in essere, essa riveste un ruolo subalterno al lavoro d'indagine svolto nell'ambito della diagnosi dall'ortottista.

Anamnesi

Di fondamentale importanza, per una corretta valutazione clinica della ptosi, è un'attenta anamnesi. Essa ha il compito di indagare per portare alla luce la presenza di casi di ptosi palpebrale in altri membri della famiglia, la storia della gravidanza, la possibilità di traumi, la costanza della ptosi durante la giornata, la possibilità che i bambini manifestino movimenti sincinetici delle palpebre durante la suzione o la

masticazione, l'assenza di patologie sistemiche e gli eventuali interventi chirurgici per ptosi.

Test per la Ptosi

Esistono diverse misure fondamentali per valutare correttamente la ptosi palpebrale.

L'esame del paziente deve sempre prendere in considerazione anche il lato normale, se ce n'è uno, perché la simmetria è l'obiettivo desiderato dall'eventuale intervento.

L'esame obiettivo, oltre a una valutazione oftalmologica completa con refrazione ed esame posturale con presenza di torcicollo, dovrà mettere in rilievo:

- L'entità della ptosi, valutando la distanza, espressa in millimetri, fra il riflesso corneale alla luce e il margine palpebrale superiore in posizione primaria di sguardo. Questa misura, nota come MRD1, è normalmente di 4-5 mm. Secondo la classificazione di Isacson una misurazione di 2mm il cui il bordo palpebrale è al di sopra della pupilla rappresenta una forma lieve, la forma moderata costa di un valore di 3 mm con bordo palpebrale sul centro della pupilla, mentre la forma grave in cui il bordo palpebrale copre il centro pupillare ha un valore di 4mm.

- La valutazione della funzione del muscolo elevatore è estremamente importante. È determinata tenendo premuto il muscolo frontale, ponendo una riga millimetrata sopra la palpebra nel piano della pupilla, e misurando l'escursione dell'elevatore dalla posizione estrema di sguardo in basso a quella estrema di sguardo in basso. La funzione dell'elevatore può essere classificata come scarsa (<5mm), media (6-9 mm) e buona (< 10mm).



- La funzione del muscolo di Muller che si misura previa istillazione di Fenilefrina al 10%, stimolo diretto dei recettori α adrenergici che determinano la contrazione del muscolo di Muller, alla quale si fa seguire la misurazione dell'apertura palpebrale da confrontare con una misurazione effettuata prima della stessa istillazione. Il test è positivo se la palpebra si eleva a un livello normale o simmetrico al controlaterale. In caso di ptosi bilaterale è positivo quando copre da 1 a 2 mm il limbus superiore.

- Il fenomeno di Bell che è un normale riflesso di difesa e consiste in una rotazione verso l'alto e verso l'esterno dei bulbi durante il sonno o nella chiusura forzata delle palpebre. E' molto utile valutarlo prima dell'intervento. Il paziente chiude entrambi gli occhi strettamente mentre l'esaminatore trattiene le palpebre superiori e inferiori. Se il bulbo durante la chiusura forzata si alza, è presente un normale fenomeno di Bell. In assenza del fenomeno di Bell un'ipercorezione chirurgica della ptosi aumenta il rischio di cheratite da esposizione.

- Il segno di Lid Lag evidenzia in cui la palpebra superiore non segue il bulbo nello sguardo verso il basso. La palpebra coinvolta sembra essere più alta di quella non coinvolta nello sguardo verso il basso.

Ai tests sopra elencati si può aggiungere una gamma più o meno vasta di Tests complementari che vanno ad implementare la qualità e la quantità di informazioni di cui e l'Ortottista e il Chirurgo si possono servire nella strutturazione dei protocolli terapeutici da mettere in atto.

Tali Tests sono di seguito elencati:

- Test del sonno: si osserva la rima palpebrale più ampia dopo alcuni minuti di riposo.
- Test dell'affaticamento: riduzione della rima palpebrale dopo 1' in sursumvergenza;
- Test del Ghiaccio: rima palpebrale più ampia dopo alcuni minuti di applicazione di ghiaccio sulle palpebre.

Documentazione

Il compito dell'ortottista nel caso specifico è quello di dar luogo alla creazione di un dossier fotografico che possa rappresentare il film completo dei soggetti affetti da ptosi, dalla diagnosi di patologia fino ai risultati post-intervento chirurgico/farmacologico.

La documentazione fotografica del paziente deve essere eseguita, in posizione primaria di sguardo, nello sguardo in basso e in alto, sono necessarie foto dei due profili del viso sempre in posizione primaria. Un'ulteriore analisi per certificazione un effettivo danno funzionale è lo studio del Campo Visivo. Questo deve essere effettuato con le palpebre nella loro posizione naturale e di nuovo con le palpebre nastrate per simulare la risposta postoperatoria.

Materiali e metodi

Nel contesto della valutazione pratica sono stati selezionati e valutati 13 pazienti con ptosi di cui 8

maschi e 5 femmine, di età compresa dai 10 mesi e gli 84 anni .

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una prima valutazione ortottica che ha compreso:

- anamnesi familiare e patologica remota e prossima;
- fotodocumentazione,
- valutazione ortottica e test della ptosi (funzione del muscolo di Muller, funzione del muscolo elevatore, fenomeno di Bell e MRD)
- eventuali ulteriori test (test del ghiaccio, test dell'affaticamento e test del sonno),
- valutazione oculistica-chirurgia oftalmoplastica
- eventuali e ulteriori visite specialistiche (neurologica,etc...)
- rivalutazione post-chirurgica comprendente foto documentazione e la valutazione ortottica (funzione palpebrale,ortottica).

Risultati

Dai risultati emersi dalla valutazione di 20 pazienti , di cui 7 non sono stati esclusi in questo lavoro in quanto: 4 presentavano pseudoptosi da dermatocalasi, 1 presentava ptosi temporanea post-trattamento tossina botulinica e 2 mostravano ptosi meccaniche per congiuntivite gigante papillare; dei 13 pazienti restanti di cui: 5 femmine e 8 maschi, di età compresa tra i 10 mesi e gli 85 anni sono state riscontrate 6 ptosi monolaterali e 7 bilaterali.

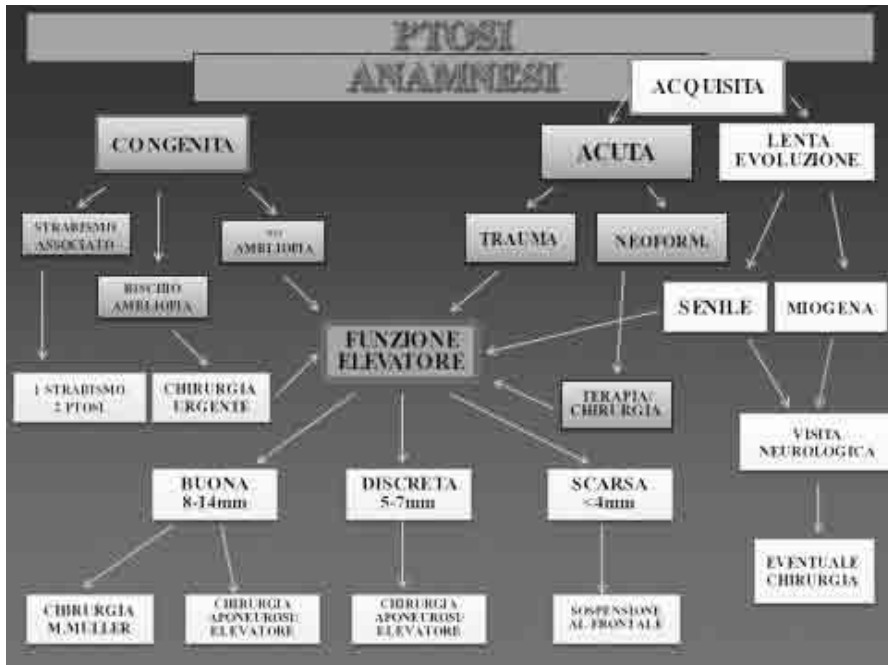
La successiva valutazione ha permesso la diagnosi di:

- 6 ptosi aponeurotiche (3 bilaterali e 3 monolaterali,4 maschi e 2 femmine , di età media 68 anni),

- 1 ptosi bilaterale miastenica (femmina 64 anni),
- 6 congenite (3 bilaterali e 3 monolaterali, 3 femmine e 3 maschi; di questi 6, 4 di età compresa tra i 10 mesi e i 3 anni ed i restanti 2 tra i 13 e 24 anni).

La valutazione oculistico/ oftalmoplastica ha poi dato indicazione di valutazione e gestione neurologica per la ptosi miastenica, indicazione chirurgica a fini funzionali a 3 delle 6 ptosi congenite e a 4 delle 6 aponeurotiche, e indicazioni chirurgiche a fini estetici alle restanti.

In base alla gestione della valutazione pre-chirurgica da parte dell'ortottista e in collaborazione con l'oftalmologo che ha poi fatto valutazione chirurgica è stato stilato il seguente protocollo di valutazione.



Conclusioni

La patologia della ptosi coinvolge un vasto range di pazienti la cui eterogeneità si manifesta non solo nel sesso ma anche nell'età; per tale motivo risulta importante il ruolo dell'ortottista nelle valutazioni pre-chirurgiche e post-chirurgiche.

L'Ortottista infatti con test valutativi e documentazione fotografica è in grado di fornire quelle che sono le informazioni necessarie alla conseguente valutazione chirurgica.

Lo sviluppo di un protocollo valido come quello del flow-chart presentato, si dimostra essere un ausilio imprescindibile al fine di seguire uno schema logico, efficace e efficiente da parte di quegli ortottisti che non hanno dimestichezza con questo tipo di patologie.

Bibliografia

Brenda C. Edmonson, MD, Allan E. Wulc, MD; *Ptosis Evaluation and Management* , Otolaryngol Clin N Am;2005.

Schaefer AJ, Schaefer DP. *Classification and correction of ptosis*. Stewart WB, editor. Surgery of the eyelid, orbit, and lacrimal system. American Academy of Ophthalmology;1994

Società Italiana di Chirurgia Oftalmo-Plastica (SICOP): *Patologie di interesse orbito oftalmoplastico. Indicazioni e principi di trattamento*. Editore I.N.C. Innovation-News-Communication, 2010.

Syed M. Ahmad, M.D.,and Robert C. Della Rocca, M.D. *Blepharoptosis: Evaluation, Techniques, and Complications*. Facial Plastic Surgery Volume 23 n.3,

2007 .

Arnab Biswas. *Clinical Evaluation of Ptosis*. Clinical Ophthalmology, 2009.

Adam J Cohen, Michael Mercandetti, . *Adult Ptosis*. Hampton Roy Sr, 2013.

Kate Ahmad, Mark Wright, and Christian J Lueck . *Ptosis*. Practical Neurology. 2011.

Pfeffer G, Côté HC, Montaner JS, et al. *Ophthalmoplegia and ptosis: mitochondrial toxicity in patients receiving HIV therapy*. Neurology 2009

Donny W Suh, MD, FAAP, *Congenital Ptosis*. Hampton Roy Sr 2013.

Guercio JR, Martyn LJ. *Congenital malformations of the eye and orbit*. Otolaryngol Clin North Am. 2007

Società Oftalmologica Italiana (SOI). *Gli strabismi e le anomalie della motilità oculare*. Edizioni SOI, Fabiano Gruppo Editori,2012.

Myron Yanoff, Jay S. Duker. *Tratto di Oftalmologia*. Edizione italiana a cura di N. Orzolesi. Antonio Delfino Editore 2003

IMPORTANTE EVENTO NEL CAMPO DELLE SCIENZE VISIVE

È USCITO IL

DIZIONARIO DELLE SCIENZE OTTICHE E OFTALMICHE

di Sergio Villani

Questo annuncio è rivolto soprattutto ai professionisti e agli studenti che si interessano di ottica, ortottica, optometria e oftalmologia.

Il Dizionario delle Scienze Ottiche e Oftalmiche vede la luce dopo oltre quarant'anni dalla prima stesura di un piccolo vocabolario di circa cinquanta pagine che, all'epoca, venne commissionato al Prof. Sergio Villani dalla Fondazione Ignazio Porro per gli studenti dei corsi di ottica e optometria.

Il Prof. Vasco Ronchi, al momento della presentazione di quel primo dizionario, annunciò che di lì a qualche anno avrebbe fatto seguito un nuovo, più ampio, volume redatto in stesura definitiva. Di anni, in realtà, ne sono passati parecchi, ma la promessa fatta a suo tempo dal Maestro doveva essere mantenuta a tutti i costi.

Ecco quindi l'uscita di questa prima edizione nazionale, di complessive 672 pagine, corredata da figure e disegni, contenente decine di migliaia di vocaboli.

Il Dizionario è uno strumento pratico e di facile consultazione, ogni qualvolta si renda necessario acquisire conoscenza e padronanza del significato di termini che quotidianamente si incontrano nella pratica e nello studio delle scienze visive.

Un altro motivo per il quale questo dizionario non potrà mancare nella biblioteca di tutti coloro che si interessano alle Scienze Ottiche e Oftalmiche è che, trattandosi di una prima edizione italiana, in virtù della sua unicità acquisterà valore anche come oggetto di interesse storico.

Il Dizionario delle Scienze Ottiche e Oftalmiche nasce con il plauso delle Associazioni e Federazioni nazionali del settore le quali hanno manifestato vivo interesse per un'opera di questo genere.

Il prezzo al pubblico in libreria del Dizionario delle Scienze Ottiche e Oftalmiche è di 95,00 euro.

UN VOLUME
CHE NON PUÒ MANCARE
NELLA BIBLIOTECA
DEL PROFESSIONISTA
E DELLO STUDENTE





La strada più semplice è la migliore



NIDEK LM-600P Frontifocometro

- Sensore di HARTMAN per la misurazione simultanea di 108 punti
- Rilevamento automatico del tipo di lente e del centro della lente
- Luce verde di misurazione a norma ISO per dati più precisi
- Trasmittanza dei raggi UV da 0 a 100%
- Display a colori LCD da 4,7"
- Stampante estremamente veloce, semplice sostituzione della carta

PROMOZIONE
tuo a **2.950** euro



800-47 39 99

3 anni di garanzia R.O.M. 



R.O.M. s.p.a. Ricerca Ottico Meccanica

Distributore esclusivo per Italia e RSM dei sistemi di molatura NIDEK. Distributore di strumenti per la refrazione NIDEK per ottici e laboratori.
Strada delle Seriole, 14 Chiesanuova 47894 Repubblica di San Marino
Tel. 0549 99 95 58 Fax 0549 99 94 78 info@rom-sa.com www.rom-sa.com

800-47 39 99



Sergio Prezzi
Optometrista

Novità nella topografia corneale

Durante il congresso di ortocheratologia tenuto a Bruxell è stato presentato un nuovo strumento per rilevare le alterazioni corneali il “Cassini”





La tecnologia LED a colori: un modo più accurato di misurare la superficie corneale

Gli specialisti della cornea Annette Geerarsd e Michel Zaal condividono le loro prospettive ed esperienze cliniche sull'uso del Cassini, un topografo corneale basato sulla tecnologia CLT.

Applicazione nella chirurgia refrattiva: **Michel Zaal**
University Medical Center, Amsterdam

la cheratoplastica penetrante è una procedura che rimpiazza parti danneggiate della cornea con tessuti di un donatore. La trapanazione avviene generalmente in una zona di 8-9 mm di diametro. In quest'intervento è fondamentale ridurre la comparsa

di astigmatismi post-operatori o altre aberrazioni refrattive, perciò è importante avere una visione dettagliata della superficie corneale oltre che una buona manualità nel rimuovere i punti di sutura. Nonostante i topografi con disco di Placido diano immagini facilmente interpretabili che sono molto di aiuto per rimuovere correttamente i punti, abbiamo osservato che non rileva correttamente le irregolarità corneali.

Il topografo Cassini a sorgenti puntiforme è stato sviluppato da I-Optics (The Hague, The Netherlands), che ne ha migliorato la tecnologia CLT e integrandola in una struttura compatta e portatile. Le prime sperimentazioni cliniche hanno avuto luogo nella struttura di OMC Zaandam su pazienti con irregolarità corneali come cheratoconi aberrazioni post-operatorie.



Nell'immagine da sinistra il signor Anand Manichand M.Sc. ed il nostro collega AIOC Sergio Prezzi

“Nonostante i topografi con disco di Placido diano immagini facilmente interpretabili, abbiamo osservato che non rileva correttamente le irregolarità corneali.”

Per questo motivo per rilevare le proprietà irregolari della cornea preferiamo usare il topografo a sorgenti puntiformi, in particolare mi riferisco alla tecnologia sviluppata dal VU University Medical Center di Amsterdam. Il sistema consiste in una piramide esagonale forata in più punti dalla quale vengono proiettati piccoli fasci di luce colorata (rossa, verde o blu) sulla cornea del paziente. Essa, al contrario del disco di Placido che considera la cornea come suddivisa in aree, consente di misurare le aberrazioni corneali punto per punto, persino nelle zone periferiche. Le differenze trovate tra questo metodo di misurazione e quello con il disco di Placido in un recente studio sono piuttosto significative: per quanto riguarda le aberrazioni a quadrifoglio, i valori registrati dal disco di Placido rispetto alla topografia a sorgenti puntiformi sono più bassi del 15%. Anche in quei casi in cui una cornea sembrerebbe perfettamente liscia anche se il paziente lamenta una visione scarsa, con la topografia a sorgenti puntiformi si riuscirà probabilmente ad eseguire una diagnosi corretta.

Screening e diagnosi del cheratocono: **Annette Geerards**, Rotterdam Eye Hospital

La cornea vista ad occhio nudo sembrerebbe essere una superficie curva e liscia, ma in realtà vi si trovano piccole irregolarità, anche di pochi micron (10 volte più piccole dello spessore di un capello umano), che possono alterare la normale visione. Tali difetti vengono normalmente rilevati da un topografo corneale. Una buona mappatura della cornea è utile a molti scopi medici, come per esempio la rilevazione di astigmatismi, ametropie, cheratoconi, eventuali controindicazioni agli interventi al laser. In particolare

è importante poter rilevare i cheratoconi allo stadio iniziale in modo da poter assicurare al paziente interventi più rapidi e meno invasivi.

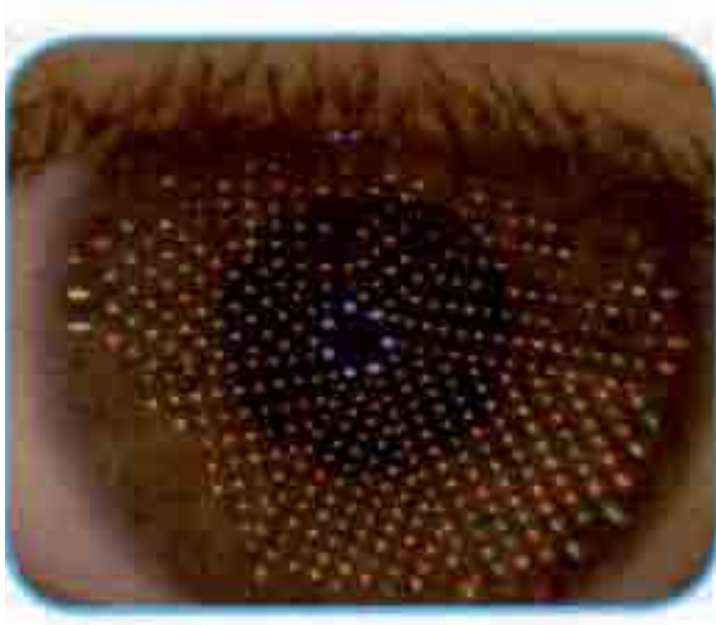


Immagine dei LED riflessi sulla cornea

“Con il Cassini, vediamo grandi miglioramenti nella diagnosi di cheratoconi a stadio iniziale”

La cheratoplastica lamellare è un intervento che blocca lo svilupparsi del cheratocono e che si è dimostrato sicuro ed efficace. Dato che questo tipo di intervento si può eseguire soltanto su cheratoconi di dimensioni ridotte, si ritiene di vitale importanza poter disporre di topografie accurate di ogni punto della cornea. Abbiamo eseguito delle misurazioni pilota, sia su pazienti reali che su superfici artificiali, con un nuovo tipo di topografo: il Cassini.

I risultati hanno dimostrato un enorme vantaggio nell'usare questo strumento rispetto a un classico topografo con disco di Placido. Quest'ultimo in particolare presenta gravi mancanze nelle misurazioni periferiche della superficie artificiale, mentre il Cassini è stato in grado di rilevarne le caratteristiche con precisione. I topografi con disco di Placido sono tra i più sensibili tra gli strumenti per diagnosticare cheratoconi, ciononostante con la nuova tecnologia del Cassini prevediamo grandi miglioramenti: stiamo cominciando degli studi per dimostrarne i vantaggi nella diagnosi precoce del cheratocono.

Vieni a scoprire
perché 1500 centri ottici
si sono affidati a noi,
www.vision-group.it



Entro a far parte di Vision Group: potrei conoscere il nostro modo di lavorare: scopri le peculiarità dei diversi livelli di affiliazione e gli strumenti ideati per il tuo business. Da oggi anche sul web con un nuovo sito, navigabile da qualunque dispositivo.

VISION GROUP

Per info tel: 02 92885300