

Foro retinico periferico gigante: Consensus Conference

di Amedeo Lucente

Consensus Conference: Contributors

P. Arpa, T. Avitabile, C. Azzolini, F. Bandello, A. Berarducci e A. Laborante, M. Borgioli, F. Boscia, C. Carbonara, E. dell'Omo, R. di Lauro, C. Girkin, T. Micelli Ferrari, A. Montericcio, C. Panico, A. Pece, V. Petitti, P. Pintore e P. Patteri, G. Querques, V. Ramovecchi, A. Rapisarda, M. Rispoli, S. Rizzo, G. Scoria

Keywords e abbreviazioni:

Foro retinico

Consensus Conference

EBM Evidence-based medicine

EPR/RPE Epithelium Pigment Retina

PVD/DPV Posterior Vitreous Detachment

RRD Rhegmatogenous Retinal Detachment

AOO American Accademy of Ophthalmology

Introduzione

Il nostro comportamento terapeutico nei confronti delle lesioni retiniche periferiche non sicuramente regmatogene è molto cambiato negli ultimi anni. Gli studi epidemiologici e le evidenze cliniche hanno portato ad una rilevante riduzione del numero di trattamenti argon laser periferici, e ad una moderazione sull'energia applicata per singolo spot e complessiva.

Il caso in discussione è molto singolare. Non ho trovato descritto nella letteratura consultata fori retinici atrofici periferici di tali proporzioni.

Le grandi dimensioni 3 mm x 5 mm circa rendono, infatti, questo occasionale reperto oftalmoscopico del tutto insolito, e mi hanno spinto, dopo colloquio con il direttore di Oftalmologia Domani, Costantino Bianchi, recentemente scomparso, ad aprire questa Consensus Conference, coinvolgendo più colleghi di lunga e comprovata esperienza in diversi ambiti lavorativi.

Le risposte ricevute integralmente riportate hanno confermato l'appropriatezza clinica del dibattito aperto, e convalidato la fondatezza per i dubbi e le incertezze terapeutiche inizialmente manifestate.

Per Consensus Conference generalmente si intendono riunioni e dibattiti promossi per ricevere opinioni su

argomenti controversi in ambito scientifico, tecnologico o etico. Introdotte per la prima volta in Danimarca negli anni Ottanta dal Danish Board of Technology, Commissione Danese sulla Tecnologia, le Consensus Conference sono tuttora utilizzate con grande rispondenza e partecipazione della popolazione, che apprezza molto questa forma diretta di democrazia. Pur non avendo alcun potere formale, questo tipo di consultazioni godono ancor oggi di molta popolarità e grande autorevolezza tra le istituzioni.

Tutta la Redazione di Oftalmologia Domani è soddisfatta di poter iniziare questo nuovo percorso ancora poco esplorato, con la certezza che il colloquio e il dibattito su temi così controversi siano utili per allargare le conoscenze di tutti.

Descrizione e considerazioni sul caso clinico

Grande foro retinico periferico supero temporale in paziente giovane adulta di sesso femminile, senza anamnesi personale e familiare per altre patologie o di traumi, asintomatica, difetto rifrattivo $\leq 1D$ non rilevante, visus corretto 20/20, tono oculare 14 mmHg in ambo gli occhi. Il foro retinico, all'apparenza a tutto spessore per l'intera sua area, lievemente ovalare con diametri di 3 mm x 5 mm circa all'esame fotografico standard, presenta un bordo non sollevato, sclerotico, bianco-grigiastro, che non si discosta dal piano retinico dopo indentazione sclerale, senza apparenti trazioni vitreali con lente corneale a tre specchi (Fig.1). Con imaging ultra-widefield i dettagli iconografici sarebbero sicuramente migliori. Oltre agli interrogativi sulla sua possibile patogenesi, la decisione nell'immediato era se trattare o non trattare con argon laser. Dopo

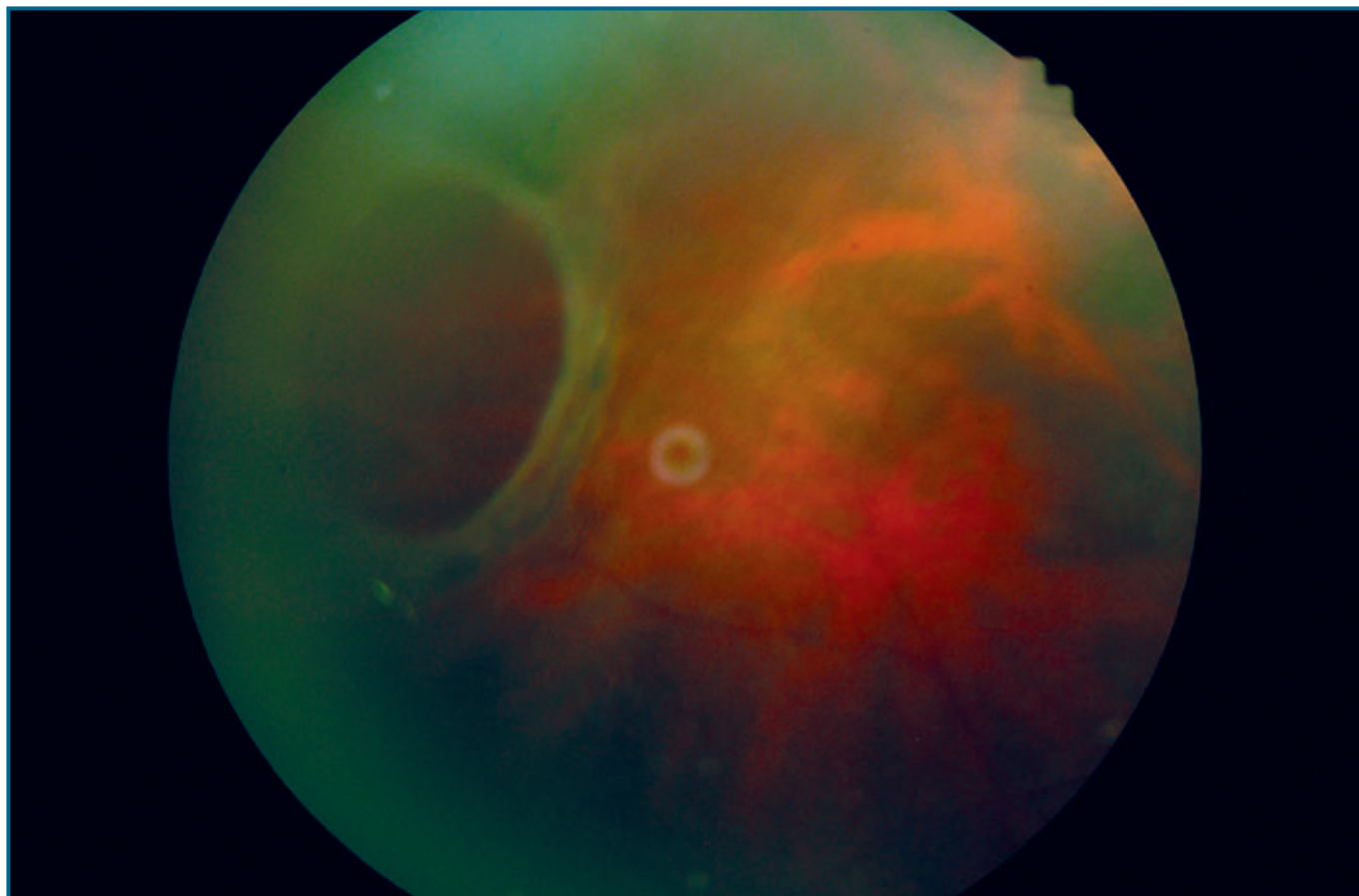


Figura 1

attenta valutazione ho deciso di non trattare e rivedere la paziente a distanza di 6 mesi, considerando che un trattamento intorno al foro, anche condotto in modo leggero, potrebbe essere in questa fase dannoso per i rapporti vitro-retinici. Il corpo vitreo è, infatti, completamente adeso, non fluido, con ialoide integra per quanto visibile.

Il trattamento argon laser prevederebbe per lo meno 400/600 spot. Considerando per semplificare il foro come circolare, con diametro medio di 4 mm, la lunghezza della sua circonferenza (diametro x 3,14) è $4 \text{ mm} \times 3,14 = \pm 12,56 \text{ mm} = \pm 12.560 \text{ micron}$. Scegliendo per esempio spot di 100 micron, il numero totale di spot è uguale a $12.560 : 100 = 125,6 \text{ spot}$ X $3/4$ file concentriche, il numero totale di spot supera 500. Se si considera che molti spot si sovrappongono, non arrivano a sbiancare efficacemente la retina e devono essere ripetuti, l'ammontare totale di energia diventerebbe veramente importante.

Bisogna inoltre considerare che l'energia degli spot a distanza dal margine atrofico/sclerotico potrebbero favorire la formazione di minime trazioni vitreali, con allargamento secondario del foro stesso. Il foro, in adiacenza della base del vitreo, permetterebbe un trattamento circolare per 360°. Qualora si decidesse di

intervenire tale modalità di barrage sarebbe, a mio parere, da preferire per non lasciare zone del bordo libere, e creare rapporti di forza vitreo-retinici differenziati lungo il perimetro della circonferenza. Un trattamento circonferenziale, lambendo la base vitreale potrebbe, d'altro canto, favorire la creazione nel tempo di tensioni vitreo-retiniche e fughe lacerative.

E' inoltre ben nota la correlazione temporale tra i trattamenti periferici argon laser, così frequenti, intensi e spesso inutili degli anni Ottanta e Novanta, e i rimaneggiamenti dell'EPR in macula. La paziente presenta un visus di 20/20, test di Amsler multicolore negativo e totale assenza di alterazioni maculari.

Il foro non ha altri segni di pericolo che la sua stessa presenza, non ha opercolo, condizione che conferma la sua origine non trazionale, conseguenza probabile di una meiotrofia/atresia congenita settoriale della retina periferica, contrapposto, per istologia e patogenesi, alla più comune ipertrofia dell'EPR.

E' sufficiente tale reperto occasionale per effettuare un trattamento argon laser? L'eventuale barrage laser con tre/quattro file di spot perché dovrebbe apportare maggiore stabilità al quadrante retinico se il foro non è regmatogeno? Il distacco di retina dovrebbe attuarsi per quali eventi fisiopatologici se finora non è avvenuto?

Per un successivo trauma, o per il futuro distacco del vitreo spontaneo o dopo intervento di cataratta? Per assicurare una stabilità più certa alla retina sarebbe necessario, come ultima ratio, un cerchiaggio sclerale con una minima indentazione sul foro stesso! Sarebbe tale estremo provvedimento un eccesso di prevenzione? Che cosa fare? Ho chiesto consiglio ad alcuni colleghi: la maggior parte sono del parere di intervenire. Le risposte ricevute non mi confortano, e rimango dell'idea che il solo controllo a distanza sia la migliore decisione terapeutica al momento per la paziente. A favore di un trattamento laser depongono sicuramente le sue grandi dimensioni non riscontrabili nella letteratura presa in considerazione, e la sua posizione nel quadrante supero-temporale, più a rischio. Tuttavia, allo stato attuale, i rischi di un trattamento laser mi sembrano maggiori dei possibili benefici. Eventualmente potrei richiamare la paziente per un consenso informato al non trattamento, ma non credo sia previsto e consentito dall'etica professionale. Cercherò, se possibile, di eseguire alcune scansioni OCT per accertare l'eventuale presenza dell'EPR, e chiedo l'apertura di una Consensus Conference, dopo suggerimento e conforto del compianto direttore Costantino Bianchi, all'epoca ancora in vita.

Apertura Consensus Conference

Cari Colleghi,

Invio alla Vostra cortese attenzione un caso di rottura retinica giunto di recente alla mia osservazione, che ha suscitato non poca perplessità nella scelta terapeutica e nell'interpretazione fisiopatogenetica. Ho sottoposto il caso a numerosi colleghi con vario livello di esperienza in patologia retinica, e ho avuto risposte che non sono state per me pienamente soddisfacenti. Avevo quindi intenzione di utilizzare la Rivista, di cui sono redattore, "Oftalmologia Domani", per cercare maggiori lumi. Il Direttore Costantino Bianchi pensa invece che sia più utile per tutti gli oculisti leggere il parere dei più reputati esperti oftalmologi pubblicandone le risposte. Par tale fine mi ha proposto l'apertura di una "Consensus Conference", inviando motivata richiesta.

L'obiettivo è di aprire un approfondito e proficuo dibattito per tracciare, nei limiti del possibile, linee guida utilizzabili in casi così controversi. Sicuro che la Vostra sensibilità scientifica e comprovata competenza saranno stimolate da un caso all'apparenza così semplice nella diagnosi, ma altrettanto complesso per gli aspetti prognostico-terapeutici, sarei grato se mi inviaste il Vostro parere in merito (trattare o non trattare e, se sì, cosa è meglio fare), che sarà pubblicato nel prossimo numero di Oftalmologia Domani.

Con Stima

Amedeo Lucente

Risposte

Paolo Arpa, Monza

Gentile Dott. Lucente,

Credo che almeno un trattamento fotocoagulativo sia opportuno. A conferma di quanto dico, mi chiedo chi di noi avendo un regalo simile nel proprio occhio non si farebbe trattare?

Cordiali saluti

Paolo Arpa

Teresio Avitabile, Catania

Caro Amedeo,

Sono d'accordo con Paolo Arpa che se probabilmente lo avessi io per paura me lo farei trattare, ma la letteratura ed in particolare le linee guida della American Academy sono inequivocabili: foro e non lembo per di più asintomatico non va assolutamente trattato. Oggi poi anche noi in Italia con la nuova legge Gelli dobbiamo attenerci alle linee guida e se lo trattassimo e dovessimo avere eventi avversi quali pucker etc., saremmo indifendibili.

Cordiali saluti

Teresio

Claudio Azzolini, Varese

Caro Amedeo,

Le linee guida dell'AMA sconsigliano il trattamento fotocoagulativo, come detto da Teresio. L'alterazione retinica senza sintomatologia è probabilmente congenita e poco evolutiva come detto da Marco. Ma conta anche la nostra esperienza.

Finché il corpo vitreo non degenera, va tutto bene. E probabilmente (ma non ne siamo sicuri) la rottura o erosione retinica (non si vede bene) resterà chiusa anche dopo, visto il bordo biancastro e ben adeso della lesione. D'accordo a non intervenire a breve, se hai dubbi, ed a seguire il paziente in tempi ravvicinati. Ma nel tempo, appena avrai un dubbio, deciderai di fare una fotocoagulazione leggera e ben fatta non adiacente al bordo della lesione. Nel dubbio fra fare e non fare, io farei sì una fotocoagulazione retinica come suggerito da Paolo Arpa. Gli svantaggi di rare complicanze trattive dopo una fotocoagulazione laser ben fatta sono secondo me inferiori agli svantaggi di affrontare un distacco di retina anche iniziale in futuro.

Rimango invece perplesso sulla tua possibile richiesta alla paziente di un consenso informato al non trattamento. E' l'esperienza e giudizio del medico a decidere l'eventuale terapia in accordo con il paziente. Non possiamo coinvolgere troppo il paziente sulla scelta della non terapia. Il paziente difficilmente capirebbe,

chiederebbe ovviamente altri pareri e sarebbe confuso. E il nostro lavoro sarebbe ancora più complicato.

Grazie e un caro saluto

Claudio

Francesco Bandello, Milano

Non vedo elementi clinici che autorizzino a considerare l'approccio a questo foro atrofico di grandi dimensioni in modo diverso rispetto a quanto raccomandato in letteratura. In particolare: non ci sono sintomi, trazioni, familiarità, problemi nell'occhio controlaterale, etc. Appartengo ad una Scuola di laseristi convinti e, sicuramente, anni addietro non avrei avuto dubbi ed avrei eseguito anche io il mio bravo "barrage" (però con impatti da 500). Molta acqua è nel frattempo passata sotto i ponti e molta EBM ha contribuito a modificare i nostri approcci terapeutici. Sicuramente un follow-up stretto lo raccomanderei ed al primo accenno di sintomi o segni di distacco vitreale rivaluterei la mia scelta, ma al momento mi schiererei senza dubbio con quanti hanno consigliato un atteggiamento di attesa.

Francesco Bandello

Antonio Berarducci e Antonio Laborante, San Giovanni Rotondo

Caro Amedeo,

Qualora si trattasse di un foro retinico ci troveremmo d'accordo con chi ha consigliato di non trattarlo...è presumibilmente una situazione datata, asintomatica e già pigmentata, pertanto autosbaratasi. Ad ogni modo, dovendo fare diagnosi su una immagine che purtroppo ha dei limiti nella qualità (quindi nella percezione dei dettagli) e nella bidimensionalità, ci chiediamo se invece non possa trattarsi di una retinoschisi con rottura gigante di uno dei foglietti, che in questo caso sarebbe presumibilmente quello esterno (anche se, senza la percezione della profondità e dei dettagli, è davvero difficile dirlo con assoluta certezza). Si vede bene che ai bordi della rottura la retina è un pochetto arrotolata su se stessa, come un lenzuolo ai piedi del materasso. Come giustificare invece il bordo pigmentato?...potrebbe essere un esito legato ad un distacco su schisi (schisis detachment), che magari stava per svilupparsi in passato e che poi, per i caratteri di cronicità, si è autosbarato. Qualora si verifici un distacco nelle schisi bisogna ricordare che è necessaria una rottura sia nel foglietto esterno che in quello interno in modo da avere una connessione diretta tra la cavità vitreale e lo spazio sottoretinico. Qualora si trattasse di questo ci troveremmo di fronte ad una situazione pertanto non particolarmente inusuale per la quale in realtà non c'è molto da fare (tanto più con una paziente asintomatica

e con visus di 10/10). Quello che le consiglieremmo sarebbe una semplice osservazione nel tempo per valutare eventuali segni di progressione, che magari andrebbero documentati con una foto fundus (per esempio presenza di tide mark, eventuale presenza ed estensione di fluido sottoretinico, etc.). Forse un OCT su quell'area sarebbe in grado di dare qualche informazione in più sulle componenti anatomiche di quella porzione di retina...talvolta i foglietti nelle schisi sono talmente sottili che non è facile identificarle oftalmoscopicamente, specie se si tratta di lesioni datate o croniche.

Speriamo di aver in qualche modo contribuito a dare spunto ad ulteriori considerazioni e consigli.

Inviemo cordiali saluti.

Antonio Berarducci e Antonio Laborante

Grazie a presto. Ciao.

Antonio

Marco Borgioli, Macerata-Firenze

Gentilissimo dottor Lucente,

Ho preso in considerazione il caso clinico che ha sottoposto alla mia osservazione. L'esame oftalmoscopico mostra un grosso foro atrofico in area supero-temporale, probabile esito di un'alterazione retinica congenita. La paziente, da quanto ho capito, non ha lamentato alcuna sintomatologia, si tratterebbe, quindi, di un reperto occasionale in corso di una visita oculistica di "routine". Facendo riferimento alla letteratura, i fori atrofici asintomatici presentano una progressività molto bassa per distacco di retina (0-0,8%). Tali pazienti non necessitano, quindi, di un trattamento fotocoagulativo laser. Secondo le opzioni terapeutiche dell'AAO (2003), il trattamento nei casi di fori atrofici asintomatici è raramente raccomandato. Consigliabile l'osservazione della paziente nel tempo (ogni 6 mesi - 1 anno). Penso che il trattamento fotocoagulativo o altro possa essere preso in considerazione in seguito a modificazioni della situazione retinica e/o ad eventuale DPV.

Cordiali saluti,

Prof. Marco Borgioli

Francesco Boscia, Sassari

Gentile Dott. Lucente,

Credo che un trattamento fotocoagulativo sia opportuno e necessario. La ragione è che se attualmente il foro potrebbe sembrare innocuo, nel momento in cui si svilupperà un distacco di vitreo, mancando il tamponamento offerto dal vitreo stesso, potrebbe facilmente generarsi un distacco di retina.

Non ritengo invece necessario il cerchiaggio in assenza di una componente trazionale. Concordo con il dr Arpa sul fatto che anche io mi farei trattare allo stesso

modo se avessi la sfortuna di avere un problema simile.

Cordiali saluti

Francesco Boscia

Claudio Carbonara, Roma

Caro Amedeo,

Ho guardato e letto il tutto. Forse con una foto più dettagliata potrei ripensarci ma io, se fosse il mio occhio, mi farei fare un cerchiaggio e piombaggio, se un piombaggio da solo non fosse sufficiente. Sicuramente, non avendo un chirurgo di riferimento a portata di mano, aspetterei come te 6 mesi per rivalutare la situazione e, comunque, non la toccherei con il laser.

Un saluto,

Claudio

Ermanno dell'Omo, Campobasso

Caro Amedeo,

Il foro sembra essere presente da tempo considerando che i bordi sono pigmentati. La paziente è asintomatica e non sono presenti trazioni, aspetti che, unitamente alla presumibile non recente insorgenza del foro, potrebbero indurre ad optare per una semplice osservazione della lesione nel tempo. D'altro canto le dimensioni del foro e la modificazione che si verificherà inevitabilmente nei prossimi anni nei rapporti tra retina e vitreo, mi spingono a consigliare un trattamento, limitato tuttavia alla regione del foro, non esteso su 360°. Prima di procedere, sarebbe comunque interessante eseguire, se tecnicamente possibile, una scansione OCT della lesione, soprattutto al fine di inquadrarla meglio da un punto di vista morfologico e patogenetico.

Un caro saluto,

Ermanno

Raffaello di Lauro, Napoli

Caro Amedeo,

Anche se la letteratura internazionale non raccomanda il trattamento dei fori retinici asintomatici, io, per le dimensioni del foro, opterei senza dubbio per un "barrage" laser.

Cordialmente

Raffaello

Christopher Girkin, Birmingham Alabama US

It is probably retinoschisis that has evolved into a full thickness break, it's unclear how posterior the fluid goes, but this should be treated almost certainly.

It would ideally be best if the person was examined by a retinal specialist.

Kindest regards

Christopher Girkin

Tommaso Micelli Ferrari, Acquaviva delle Fonti

Caro Amedeo,

Ho osservato le immagini e si osserva accanto al bordo del foro la presenza di una linea di auto sbarramento; ritengo quindi non necessario alcun trattamento se non uno stretto monitoraggio iniziale con allungamento dei controlli nel tempo. Patogeneticamente è una patologia degli strati retinici interni (evoluzione di bolla di schisi? Evoluzione di alterazione postnatale tipo lesione emorragica da parto-forcipe-? Ma non una classica lesione regmatogena che si associa con una alterazione vitreale contigua, che mi dici non esserci). Il trattamento laser potrebbe, riscaldando il vitreo, attivarlo, quindi non lo consiglierai.

Un abbraccio

Tommaso

Alberto Montericchio, Trapani

Ciao, Sicuramente il foro è lì da diverso tempo. Nella mia esperienza non mi sono MAI pentito di trattare un foro retinico oltretutto di queste dimensioni. Io fare un bel barrage e mi metterei al sicuro.

Alberto Montericchio

Direttore Clinica Oftalmica "Casa Verde" Trapani

Claudio Panico, Torino

Caro Amedeo,

Sposo incondizionatamente le tue tesi, argomentate perfettamente, di non trattare il foro. La letteratura è abbastanza concorde sul fatto che un foro atrofico asintomatico non sia regmatogeno e quindi non vada trattato. Siamo tutti figli degli anni Ottanta e di quei trattamenti eroici. Un'osservazione semestrale sarà sufficiente, avvertendo il paziente di presentarsi in caso diventasse sintomatico, ma le probabilità di progressione del foro saranno esigue.

Un saluto a te e a tutti i colleghi che leggeranno in copia.

Claudio Panico

Alfredo Pece, Milano

Caro Amedeo,

Il caso da te descritto appare interessante e come abbiamo visto le opinioni su come debba essere gestito sono piuttosto discordi.

il foro retinico del caso descritto, molto ampio, appare sulla carta come un foro tendenzialmente atrofico, in paziente giovane e asintomatico, senza alterazioni nell'occhio controlaterale. non vengono descritti traumi o fattori patogenetici rilevanti. Personalmente ritengo che:

E' vero che in letteratura viene segnalato che un foro

atrofico non debba essere trattato, ma esistono variabili difficili da valutare. Siamo assolutamente sicuri che sia un foro atrofico e che non ci siano trazioni sul lembo? Inoltre esistono fori che comunque hanno una evoluzione come progressione. La sede del foro è superiore e pertanto più a rischio. La differenza inoltre la fa la dimensione che appare molto ampia. Non si tratta di un piccolo foro atrofico ma di un ampio foro con bordi leggermente eversi in una sede tendenzialmente più a rischio. Personalmente farei un trattamento laser che mi dà una maggiore tranquillità. Il rischio non è tanto nell'accelerare la progressione del foro quanto di una retrazione dell'interfaccia maculare. Pertanto è opportuno valutare biomicroscopicamente la distanza dalla macula per prendere una decisione. In caso di foro comunque periferico e pertanto con ampi margini di sicurezza, è sufficiente eseguire un barrage di due file a 300 micron a bassa potenza e poi ricontrollare la cicatrizzazione a distanza di tempo.

Ovviamente è necessario discutere con il paziente le problematiche del fare o non fare un trattamento e le alternative possibili.

Cari saluti
Alfredo

Vincenzo Petitti, Roma

Caro Amedeo,

Io aspetterei e controllerei la paziente ogni tre mesi, peraltro è un reperto occasionale senza disturbi soggettivi: perché stuzzicare in cane che dorme?

Un abbraccio.

Vincenzo

Pierangelo Pintore e Pierpaolo Patteri (Chirurghi del segmento anteriore), Alghero

Carissimo Amedeo,

Nella routine preoperatoria della cataratta, oltre ad effettuare l'esame OCT, controlliamo sempre e in modo rigoroso la periferia retinica. Per questo capita spesso di imbattersi in lesioni di vario tipo: alcune di esse, come nel caso in questione, alimentano forti dubbi sulla necessità di effettuare trattamenti profilattici nei confronti del distacco di retina. Le nostre decisioni maturano attraverso criteri di analisi che interessano fondamentalmente:

1) Aspetto, morfologia e classificazione della lesione.

Una volta etichettata l'alterazione retinica, oltre che alla nostra esperienza, ci affidiamo all'analisi del caso attraverso la letteratura. Nel caso in esame osserviamo elementi che si collocano a cavallo fra il foro retinico atrofico e l'erosione retinica. Depongono per il foro atrofico la soluzione di continuo a tutto spessore, la

morfologia circolare, la presenza di bordo regolare degradante e non accompagnato da fenomeni trazionali vitreali e, infine, l'assenza di lembo o opercolo; per contro di norma il foro atrofico ha dimensioni più contenute, spesso non è isolato e si accompagna ad aree di degenerazione a palizzata.

Depongono per l'erosione retinica, che istologicamente rappresenta una rarefazione tissutale, la forma tondeggiante e le dimensioni ampie, con diametro maggiore parallelo all'equatore e, infine, il decorso dei vasi che appaiono normali per calibro e colore; per contro non sono presenti le tipiche alterazioni del vitreo che sovrasta le erosioni retiniche, né corpi mobili e/o ciuffi biancastri simili a quelli che corredano le lesioni a palizzata.

2) Modalità di esordio e sintomatologia associata.

Sia l'esordio che il comportamento, del tutto asintomatici, rafforzano la convinzione che un atteggiamento di tipo osservazionale è forse più adeguato e senz'altro più giustificabile e comprensibile, soprattutto se rapportato alle possibili complicanze di ogni trattamento.

3) Evoluzione nel tempo.

In assenza di caratteri evolutivi ben documentati noi ci asteniamo dall'intervenire e, in accordo e con il consenso (informato) del paziente, attiviamo una particolare vigilanza con controlli clinici frequenti e ben calendarizzati.

4) Valutazione dei rischi e dei benefici di un eventuale trattamento.

Un eventuale trattamento profilattico del caso in esame comporta comunque dei rischi. A nostro avviso il trattamento fotocoagulativo, seppur effettuato correttamente e con impatti tali da non superare sbiancamenti di Grado 2, può dare luogo ad un incremento delle dimensioni del foro retinico attraverso un meccanismo di trazione vitreale generato dalla fotocoagulazione Argon laser.

Anche l'apposizione di un cerchiaggio non ci convince e apparirebbe, al paziente asintomatico, non molto comprensibile. In conclusione, pur riconoscendo che il caso è di particolare complessità e per questo potrebbe suscitare molte perplessità e indurre comportamenti differenti fra gli Oftalmologi, a noi pare che presenti, per le caratteristiche del foro e per la storia clinica della paziente (occhio fatico senza chirurgia della cataratta imminente, emmetrope, con occhio adelfo sano ecc.), un rischio molto contenuto di evoluzione verso il distacco di retina.

Per tale motivo, per convinzione personale ma anche in linea con quanto riportato in letteratura, non effettuiamo alcun trattamento sulla lesione.

Un affettuoso abbraccio
Pierangelo e Pierpaolo

Giuseppe Querques, Milano

Caro Amedeo,

Sono d'accordo con il Prof Bandello sulla possibile inadeguatezza del trattamento laser stando alle guidelines dell'AAO ed alla EBM. Inoltre, dalle foto il foro sembrerebbe pigmentato (oltre ad atrofico) quindi a basso rischio di progressione. Non posso negare che, come sottolineato dagli altri colleghi da te interpellati, se fosse il mio occhio forse preferirei ricevere il trattamento laser (sicuramente non chirurgico che trovo assolutamente inadeguato per tale lesione) - come sempre, in queste cose, al di là dell'EBM, c'è il buonsenso e il nostro background clinico e, probabilmente, dopo aver discusso rischi e benefici con il paziente, si dovrebbe raggiungere la giusta decisione clinica.

Grazie per averci coinvolto in questa stimolante discussione.

A presto

Giuseppe

Vincenzo Ramovecchi, Macerata

Caro Amedeo,

A mio modesto avviso il foro retinico, ancorché di grandi dimensioni, non andrebbe trattato per una serie di motivi che spiego di seguito. In primo luogo per la natura stessa del foro retinico che per definizione è privo di trazioni vitreoretiche, necessarie per generare un distacco di retina. In secondo luogo per l'età del foro, non recente e con bordo pigmentato e quindi in pratica autosbarato. In terzo luogo per l'assenza di sintomatologia soggettiva ed alla presenza di un gel vitreale compatto ed adeso al piano retinico. In quarto luogo per il rischio di indurre con il trattamento laser delle complicanze non trascurabili come il distacco vitreale con le sue sequele e lo sviluppo di membrane epiretiche che richiederebbero a loro volta una chirurgia vitreoretinica. Quindi seguendo il principio "primum non nocere" eviterei il trattamento laser e consiglieri solo una osservazione periodica, raccomandando alla paziente un controllo sollecito in caso di insorgenza di fotopsie o miodesopsie e consigliando di mantenere una buona idratazione del suo organismo nel periodo estivo. Grato della stima.

Cari saluti

Vincenzo

Antonello Rapisarda, Catania

Ciao Amedeo,

Concordo in linea generale con quanto da te detto e fatto. Monitorerei la paziente programmando però dei controlli più frequenti (trimestrali) ed alla prima avvisaglia di cambiamento (modifica del margine del foro)

seguirei il consiglio di Paolo (trattamento laser su più file) ma a bassa intensità.

Cari saluti

Antonello

Marco Rispoli, Roma

Caro Amedeo,

Come suggerito da altri illustri colleghi, da un punto di vista medico legale non sarebbe possibile eseguire una fotocoagulazione laser (vedi linee guida AAO e legge Gelli), fermo restando che, se avessi io quel tipo di lesione, non ci penserei due volte a farmi trattare da un vitreo chirurgo per una soluzione definitiva. Ritengo che un controllo trimestrale con documentazione iconografica possa essere il metodo più corretto per seguire il caso, con opzione di trattamento solo in caso di evolutività.

Un abbraccio

Marco

Stanislao Rizzo, Firenze

Siamo concordi nell'eseguire un trattamento fotocoagulativo laser circonfenzialmente al foro retinico, dopo adeguata informazione della paziente riguardo i rischi/benefici. Seppur asintomatico, il foro è di grandi dimensioni e localizzato superiormente, perciò riteniamo che la paziente vada adeguatamente informata che la possibilità di un distacco retinico, seppur rara, giustifica il trattamento laser.

S. Rizzo

Giovanni Scorcìa, Catanzaro

Caro Amedeo,

Credo che essendo datato non vi siano trazioni vitreali. Tale situazione suggerirebbe un barrage da effettuare eventualmente in due tempi per ridurre al minimo reazioni da laser. Tenendo presente che la paziente conosce il problema nel caso avesse un distacco, potrebbe accusare il medico di noncuranza.

G. Scorcìa

Chiusura Consensus Conference, Conclusioni e Considerazioni

Il caso presentato e descritto con i relativi riferimenti che troverete nella trattazione non ha precedenti nella letteratura da me consultata.

La modalità della discussione messa in essere, su proposta del dottor Costantino Bianchi recentemente scomparso, che con dolore e immenso affetto tutta la Redazione di *Oftalmologia Domani* ricorda, Antonello Rapisarda e io in particolare, è anch'essa un unicum nel panorama dell'Oftalmologia Italiana. Dalla letteratura

citata fori retinici periferici di queste dimensioni non sono stati descritti. I diametri trasversali del foro sono tanto rilevanti da caratterizzarlo come gigante, similmente alle rotture retiniche ($\sim e/o \geq 90^\circ$).

Le sue dimensioni pongono il foro retinico descritto ai limiti e/o fuori dalle guidelines e EBM, Evidencebased medicine, e confermano l'opportunità di questa Consensus Conference. Anche sulla patogenesi c'è incertezza come si evince dalle risposte ricevute. Tutto sembra quindi far appello al senso clinico, al nostro background culturale e all'esperienza maturata. L'aspetto prognostico mai come in questo caso influenza e non poco le nostre decisioni, così come le perfette condizioni della paziente, sempre al centro delle nostre preoccupazioni.

Per concludere, credo che la strada intrapresa del confronto tempestivo multimediale che Oftalmologia Domani in veste di portale di teleoftalmologia può offrire on line al servizio di tutti, possa essere un'efficace risposta in casi così difficili e di raro riscontro, un confronto oltremodo utile per il paziente e per la nostra crescita culturale. La formula della Consensus Conference può rappresentare un nuovo mezzo anche in campo medico-legale, eventualmente da ratificare e gestire in sede SOI, con positivi e non trascurabili risvolti, che il nostro compianto Direttore Costantino Bianchi sicuramente avrebbe perorato e, con forza, portato avanti.

Background sulla profilassi del distacco di retina

Incidenza e prevalenza

Il distacco di retina regmatogeno Rhegmatogenous Retinal Detachment RRD è il più comune tra i distacchi di retina. Si verifica, com'è noto, se il fluido vitreale trova un varco a tutto spessore nella retina neurosensoriale per accedere nello spazio subretinico con conseguente separazione dell'EPR [1]. Può avvenire in ogni età con un picco di prevalenza nella popolazione tra 60 e 70 anni, indifferentemente per sesso e razza[2-4]. Studi osservazionali negli USA, Europa e Nuova Zelanda hanno rivelato in soggetti fuchici una frequenza per anno tra 6 a 18/10000, con una media di 1/10000 [5-8].

Eziologia e fattori di rischio

- *David Steel e Scott Fraser* in una completa Review con riferimento a Medline, Embase, The Cochrane Library, e agli altri più importanti database, includendo 21 revisioni sistemiche presenti in letteratura che rientrano nei criteri fissati dal loro studio continuato fino al

giugno 2010, hanno discusso lungamente sul distacco di retina regmatogeno RDD[9]. La maggior parte dei distacchi di retina (80-90%) sono associati ad una rottura retinica al momento del distacco posteriore del vitreo Posterior Vitreous Detachment PVD che, come il distacco di retina, è più frequente dopo i 60/70 anni, correlazioni ampiamente documentate anche da Wilkinson et al.[10,11]. Le interruzioni retiniche che si formano in concomitanza del PVD nel 70% sono rotture o fori con opercolo fluttuante nel vitreo. Le interruzioni retiniche possono intervenire su aree retiniche istologicamente anomale come la degenerazione latticce[10,11]. La sintomatologia e i segni clinici del PVD, come fosfeni e miodesopsie, diventano ad alto rischio verso un RRD se associati a trazioni vitreo-retiniche e/o in presenza di PVD incompleto, arrivando al oltre il 50% di possibile distacco se le lesioni non sono individuate e tempestivamente trattate con argon laser[12]. Con PVD completo e senza trazioni il rischio verso un RRD diventa molto più basso.

- Il 7% - 8% degli adulti presentano aree di degenerazione retinica; solo una piccola percentuale di tali lesioni è la causa di un RRD, come accertato dagli esami autoptici[13-17].

- La dialisi retinica anche asintomatica, come riportato da numerosi studi, si ritiene abbia un elevato rischio verso la progressione al RRD, specialmente in seguito ad un trauma [18,19].

- Com'è noto dagli anni Settanta, in accordo ai molti studi pubblicati, in primo piano da CL. Schepens, il rischio di RRD è più elevato nei bulbi miopi, con un incremento di 10 volte in presenza di oltre tre diottrie [19-21].

- Secondo gli studi di *Davis et al.* degli anni Settanta e più recentemente di *Mario Stirpe*, l'occhio adelfo di persone con un RRD ha un rischio più elevato rispetto ai soggetti senza distacco; il 2% - 10% dei RRD sono infatti bilaterali [22-25].

- Dalla letteratura è anche evidente che la maggior parte dei RRD, tra 50% e 80-90%, si verifica su aree retiniche oftalmoscopicamente normali, e che la profilassi laser non riduce efficacemente il rischio e l'incidenza di RRD[26].

- Si è ampiamente accertato che sono maggiormente a rischio per RRD le persone con storia familiare per distacco retinico o condizioni come la sindrome di Stickler.

- *Bhagwandien AC et al.* su 4262 interventi di cataratta con facoemulsificazione hanno riscontrato una frequenza tra 0,5% e 0,6% di RRD, con aumento di 15-20 volte in presenza di rottura della capsula posteriore. Questi dati sono stati confermati e integrati anche da

Javitt JC et al.[27,38].

- Circa il 10% dei RRD è associato a traumi.

- Esistono altre condizioni che possono far aumentare il rischio di RRD con frequenza variabile, come l'uveite in particolare la retinite da citomegalovirus CMV, la retinoschisi, i fori maculari idiopatici in presenza di elevata miopia, ma raramente negli occhi emmetropici o ipermetropici[9].

- *Arnold Knapp* oftalmologo di New York nel novembre 1943 pubblicò su *Arch Ophthalmol* 5 casi di fori retinici periferici in pazienti tra 40 e 61 anni, con margini grigiastri nei quadranti superiori nasali e temporali, a volte con presenza di sintomatologia vitreale soggettiva. In questo suo lavoro, forse il primo in letteratura sui fori retinici atrofici periferici e sulla loro profilassi, discusse e intuì l'origine differente rispetto ai più noti e pericolosi fori maculari. Questi 5 pazienti nel follow-up non ebbero distacco di retina, nonostante alcuni di loro fossero afachici per pregresso intervento di cataratta intracapsulare. Tutti i fori avevano un diametro inferiore ad un disco papillare [28].

- *Haimann MH et al.* condussero un sondaggio del 1976 sulla popolazione dell'IOWA, e trovarono che l'incidenza annuale per 100.000 abitanti era: nontraumatic phakic (6.1), traumatic phakic (1.0), nontraumatic aphakic (4.9), e traumatic aphakic (0.4)[29].

- *Norman E. Byer*, facendo riferimento al fondamentale studio epidemiologico di Mark H Haimann et al. apparso nello stesso anno su *Arch Ophthalmol*[29], nel suo lavoro "The natural history of asymptomatic retinal breaks", di fondamentale importanza per la letteratura, pubblicato su *Ophthalmology* nel 1982, prese in considerazione 359 rotture retiniche asintomatiche in pazienti con occhi fahici, senza storia familiare e personale per distacco di retina, per un follow-up medio di 7.5 anni. Alla fine della sua osservazione non rilevò progressione verso RRD in nessuna delle rotture osservate [30,31].

- *Sasaki K et al.* nel 1998 su *Jpn J Ophthalmol* hanno calcolato l'incidenza e l'associazione tra RRD e degenerazioni periferiche nella popolazione residente di Kumamoto (1.840.000 abitanti). Riscontrarono 110 distacchi in pazienti con degenerazione retinica a lattice, 72 distacchi in pazienti con rotture retiniche trattive e 38 in pazienti con fori retinici atrofici. L'incidenza cumulativa di fori retinici atrofici e distacco di retina dopo i 40 anni era di 1,5%, mentre aumentava al 3.6% dopo gli 80 anni in presenza di rotture[32].

- *Neumann E. et al.* riferiscono che nelle rotture a ferro di cavallo (horseshoe) sintomatiche, anche se danno luogo a RRD con percentuali molto variabili dal 25% al 90%, [23, 34] è consigliato il trattamento laser

mentre, se prive di sintomi soggettivi, specie con DPV completo, la fotocoagulazione argon non è consigliata, ma è sufficiente un regolare controllo per il basso rischio[34].

- *Bloom SM e Brucker AJ* riferiscono che le rotture opercolate sintomatiche evolvono verso un RRD nel 5-15% dei casi [33].

Anche per queste lesioni si esegue un trattamento laser se sono presenti sintomi soggettivi e/o l'esame oftalmoscopico eseguito con lente a contatto a tre specchi evidenzia un sollevamento dei bordi che può essere confermato all'indentazione indiretta. In assenza di queste caratteristiche non si esegue il trattamento. Tale condotta terapeutica è stata confermata in altri studi da Byer et al. [35].

- *Norman E Bayer et al.* riportano che la degenerazione a palizzata con o senza fori è presente nel 6-8% della popolazione. Spesso nel contesto della lesione (1/3-1/5) sono presenti fori. Gli stessi autori su 276 pazienti con palizzata, con follow-up di 11 anni hanno rilevato un RRD in meno dell'1% dei casi. L'efficacia di un trattamento profilattico in occhi senza anamnesi per RRD è stato ritenuto di scarso valore. Gli autori suggeriscono solo uno stretto controllo periodico[35].

- *Norman E Byer et al.*, che molto hanno studiato e scritto sull'argomento, riferiscono che nei fori atrofici non è previsto il trattamento neanche in presenza di sintomatologia soggettiva, mentre è sempre previsto nella dialisi con o senza sintomi soggettivi, com'è stato riferito precedentemente e raccomandato dall'American Academy of Ophthalmology AAO [30,35,37].

- *Javitt JC et al.* pongono l'accento sull'importanza dell'integrità del vitreo e dei rapporti con la retina; trovarono che l'incidenza del rischio di RRD dopo capsulotomia Yag laser aumenta di 3.9 volte [36,38].

- *Ruwan A. Silva e Mark S. Blumenkranz* nel loro articolo del 2013 "Prophylaxis for Retinal Detachments" per AAO riguardo i fori atrofici (asymptomatic breaks), oggetto di questa Consensus Conference, infine così scrivono:

Asymptomatic Breaks

"One large category of retinal breaks is termed "asymptomatic" and includes mainly operculated and atrophic round holes. Since there is no vitreoretinal traction at the edge of these breaks, retinal detachments are unlikely to occur secondarily to them. Clinical data from large observational case series demonstrate the minimal risk of retinal detachment from these lesions. Additionally, there are no prospective or randomized trials evaluating prophylactic treatment of these lesions, thus no evidence supports any benefit of prophylactic therapy "[39]. ■

REFERENCES

1. Wilkinson CP, Rice TA. Michel's retinal detachment, 2nd ed. Mosby, St Louis, USA, 1997:29.
2. Rowe JA, Erie JC, Baratz KH, et al. Retinal detachment in Olmsted County, Minnesota, 1976 through 1995. *Ophthalmology* 1999;106:154–159.[PubMed].
3. Laatikainen L, Tolppanen EM, Harju H. Epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment in a Finnish population. *Acta Ophthalmol (Copenh)*. 1985;63:59–64.[PubMed].
4. Tornquist R, Stenkula S, Tornquist P. Retinal detachment. A study of a populationbased patient material in Sweden 1971–1981. I. Epidemiology. *Acta Ophthalmol(Copenh)* 1987;65:213–222.[PubMed].
5. Haimann MH, Burton TC, Brown CK. Epidemiology of retinal detachment. *Arch Ophthalmol* 1982;100:289–292.[PubMed].
6. Haut J, Massin M. Frequency of incidence of retina detachment in the French population. Percentage of bilateral detachment. *Arch Ophthalmol Rev Gen Ophthalmol* 1975;35:533–536. [In French][PubMed].
7. Wilkes SR, Beard CM, Kurland LT, et al. The incidence of retinal detachment in Rochester, Minnesota, 1970–1978. *Am J Ophthalmol* 1982;94:670–673.[PubMed].
8. Polkinghorne PJ, Craig JP. Northern New Zealand Rhegmatogenous Retinal Detachment Study: epidemiology and risk factors. *Clin Experiment Ophthalmol* 2004;32:159–163.[PubMed].
9. David Steel and Scott Fraser. Retinal detachment. Search date June 2010. *Clinical Evidence* 2010;11:710.
10. Wilkinson CP. Evidence-based analysis of prophylactic treatment of asymptomatic retinal breaks and lattice degeneration. *Ophthalmology* 2000;107:12–16.[PubMed].
11. Wilkinson CP, Rice TA. Michel's retinal detachment, 2nd ed. Mosby, St Louis, USA, 1997: 93.
12. Shea M, Davis MD, Kamel I. Retinal breaks without detachment, treated and untreated. *Mod Probl Ophthalmol* 1974;12:97–102.[PubMed].
13. Foos RY, Allen RA. Retinal tears and lesser lesions of the peripheral retina in autopsy eyes. *Am J Ophthalmol* 1967;64:643–655.[PubMed].
14. Byer NE. What happens to untreated asymptomatic retinal breaks, and are they affected by posterior vitreous detachment? *Ophthalmology* 1998;105:1045–1049.[PubMed].
15. Burton TC. The influence of refractive error and lattice degeneration on the incidence of retinal detachment. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1989;87:143–155.[PubMed].
16. Byer NE. Lattice degeneration of the retina. *Surv Ophthalmol* 1979;23:213–248. [PubMed].
17. Okun E. Gross and microscopic pathology in autopsy eyes. III. Retinal breaks without detachment. *Am J Ophthalmol* 1961;51:369–391.[PubMed].
18. Vote BJ, Casswell AG. Retinal dialysis: are we missing diagnostic opportunities? *Eye* 2004;18:709–713.[PubMed].
19. Ashrafzadeh MT, Schepens CL, Elzeneiny II, et al. Aphakic and phakic retinal detachment. I. Preoperative findings. *Arch Ophthalmol* 1973;89:476–483.[PubMed].
20. Eye Disease Case Control Study Group. Risk factors for idiopathic rhegmatogenous retinal detachment. *Am J Epidemiol* 1993;137:749–757.[PubMed].
21. Johnston PB. Traumatic retinal detachment. *Br J Ophthalmol* 1991;75:18–21.[PubMed].
22. Byer NE. Rethinking prophylactic treatment of retinal detachment. In: Stürpe M, ed. *Advances in vitreoretinal surgery. Acta Third International Congress on Vitreoretinal Surgery. Rome, 12–14 September 1991.* Ophthalmic Communications Society, New York, 1992: 399–411.
23. Davis MD. The natural history of retinal breaks without detachment. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1973;71:343–372.[PubMed].
24. Dralands L, Larminier F, Cornelis H, et al. Evolution of lesions of the retinal periphery in the fellow eye of a retinal detachment. *Bull Mem Soc Fr Ophthalmol* 1981;92:73–77. [In French][PubMed].
25. Hovland KR. Vitreous findings in fellow eyes of aphakic retinal detachment. *Am J Ophthalmol* 1978;86:350–353.[PubMed].
26. Wilkinson CP. Evidence-based analysis of prophylactic treatment of asymptomatic retinal breaks and lattice degeneration. *Ophthalmology* 2000;107:12–16.[PubMed].
27. Bhagwandien AC, Cheng YY, Wolfs RC, et al. Relationship between retinal detachment and biometry in 4262 cataractous eyes. *Ophthalmology* 2006;113:643–649.[PubMed].
28. Knapp A. Peripheral retinal holes without detachment. *Arch Ophthalmol*. 1943;30(5):585-590.
29. Mark H. Haimann, Thomas C. Burton, Carl K. Brown. Epidemiology of retinal detachment. *Arch Ophthalmol* 1982;100:289-292.
30. Byer NE. The natural history of asymptomatic retinal breaks. *Ophthalmology* 1982;89:1033-1039.
31. Byer NE. Natural history of posterior vitreous detachment with early-management as a premier line of defense against retinal detachment. *Ophthalmology* 1994;101:1503-1514.
32. Sasaki KI, Ideta H, Yonemoto J, Tanaka S, Hirose A, Oka C. Risk of retinal detachment in patients with lattice degeneration. *Jpn J Ophthalmol*. 1998 Jul-Aug;42(4):308-13.
33. Bloom SM, Brucker AJ. *Laser surgery of the posterior segment*. 2nd ed. Lippincott-Raven Philadelphia 1997, pp340-361
34. Neumann E, Hyams S. Conservative management of retinal breaks. A follow-up study of subsequent retinal detachment. *Br J Ophthalmol* 1972;56:482-486.
35. Byer NE. Long-term natural history of lattice degeneration of the retina. *Ophthalmology* 1989;96:1396-1402.
36. Javitt JC, Tielsch JM, Canner JK et al. National outcomes of cataract extraction: increased risk of retinal complications associated with Nd-YAG laser capsulotomy. *Am J Ophthalmol* 1991;112:373-380.
37. Preferred Practice Pattern. American Academy of Ophthalmology. Precursors of egmatogenous retinal detachment. 1994.
38. Javitt JC, Vital S, Canner JK et al. . National outcomes of cataract extraction: retinal detachment after inpatient surgery. *Ophthalmology* 1991;98:895-902.
39. Ruwan A. Silva, Mark S. Blumenkranz. Prophylaxis for Retinal Detachments. *American Accademy of Ophthalmology. OCT* 29, 2013 <https://www.aao.org/...laser.../prophylaxis-retinal-detachments>.