



Guido Caramello

Oculista Libero Professionista

Impegno, ansia e risultati ottenuti nella continua crescita chirurgica di una vita passata a fare l'oculista

Mi è stato chiesto dall'amico collega Amedeo Lucente di parlare della mia lunga vita professionale, che fortunatamente continua con lo stesso entusiasmo di quando ho iniziato e senza quel fisiologico calo legato all'anagrafe, che sovente contrasta con l'età biologica, di ogni individuo. Mi laureo nel 1974 all'Università di Torino e nello stesso anno entro in Clinica Oculistica sotto la guida del Prof. B. Boles Carenini, mi specializzo nel '78 presso la Clinica Oculistica di Cagliari dove il Prof. Boles mi aveva appoggiato per gli esami con altri 8 colleghi, pur frequentando la Clinica Oculistica dell'Università di Torino. I primi anni sono stati importanti per formare le basi di una specialità che ancor oggi mi affascina e prende totalmente.

Nel 1976 durante la specialità ho la fortuna di essere assunto, a tempo indeterminato, presso l'Ospedale Oftalmico di Torino nel reparto Glaucomi diretto dall'illuminato Prof. G. M. Gastaldi. Il Primario vide in me delle potenzialità che non percepivo, concedendomi spazio ed infondendomi coraggio per affrontare le sfide che all'epoca si presentavano e che furono

fondamentali per traghettare l'oculistica che vivevamo in quella attuale. Iniziavano le IOL, si cercava con molta fatica di passare alla faco (ideata da Kelman nel 1968) dalla INTRA, ECCE, iniziavano i beta bloccanti per la terapia del glaucoma e molte altre novità.

Mi ricordo che dopo 2 anni di lavoro nel reparto il Primario mi disse: "se mi verrà la cataratta mi farò operare da lei", ancor oggi il Prof. Gastaldi vive con il cristallino naturale quasi totalmente trasparente.

La voglia di imparare negli anni 70-80 era fortissima e tutte le occasioni che mi si presentavano erano da cogliere; mi ricordo quando nel 1982 andai al Moorfields Eye Hospital di Londra ospite del Dr. Arnott, personaggio chiave nella chirurgia della cataratta (aveva ideato una IOL da solco con anse molto lunghe e molto stabile nell'occhio).

Lo seguivo con molta attenzione, in un pomeriggio operò ben 9 cataratte!! Tutte con la tecnica di Facoemulsificazione utilizzando il Cavitronkelman 8000, strumento lento ma molto affidabile, impiantando in tutti i pazienti, tra cui molti

erano italiani! Una IOL!!

La cosa mi aveva professionalmente sconvolto anche perché ci si pensava bravissimi facendo delle extra capsulari senza impianto, discusso col mio primario di cosa avevo visto mi disse: "perché non impianti anche tu una iol in camera posteriore?".

Stimolato per l'incoraggiamento ed il permesso avuto la settimana successiva impiantai una IOL Rayner monopezzo In PMMA con tre aree aptiche In camera posteriore; risultato eccezionale e moltissimi colleghi degli altri reparti, essendo la prima IOL in camera posteriore impiantata all'oftalmico, vennero a vedere tale occhio che a prescindere dall'astigmatismo, per la sutura della ECCE, era perfetto. La seconda IOL era una simcoe e l'ho impiantata upside- down per cui dopo una lotta, non vinta, di circa 20 minuti per posizionare l'ottica dietro la pupilla decisi di chiudere. Per molti anni ho seguito questa paziente che presentava una pupilla ovalizzata per cattura dell'ottica, ha sempre visto 9/10 e mai avuto la cataratta secondaria. Non vi nascondo però lo sconcerto dopo questa chirurgia e l'ansia che potesse succedere nuovamente; questo sta a dimostrare la scarsa preparazione ed informazione su anse complanari ed angolate rispetto all'ottica e sulla posizione che le stesse avrebbero dovuto avere nel solco.

Un'altra tappa fondamentale per la mia crescita, sempre negli anni 80, fu quando andai in California dal dottor Larry Lasky all'ospedale di Glendale Los Angeles, fui impressionato da come operava la faco, in epoca in cui i Viscoelastici iniziavano a comparire. Eseguita a camera chiusa con Ago da 30 g (da lui preparato) una capsuloressi di circa 3 mm di diametro decentrata verso la zona d'accesso, la faco eseguita endocapsulare attraverso la piccola ressi



Cavitron Kelman.

dopo l'indrodissezione così anche l'aspirazione della corticale, al termine dopo l'impianto di IOL pieghevole nel sacco sottovisco, ampliava manualmente la ressi centrandola sull'ottica, nessuna sutura! Tornato in Italia ed in accordo col primario iniziai la faco con risultati altalenanti e molto stress ed ansia prima di iniziare ogni intervento.

Bisogna calarsi nell'epoca in cui, tranne L. Buratto precursore di tale tecnica, non si sapeva a chi chiedere informazioni: usavamo la "can-opener" per aprire la capsula (la capsuloressi e l'idrodissezione non erano ancora conosciute), si lussava il nucleo in camera anteriore con una difficile manovra di retrazione della punta faco senza infusione, a camera anteriore collassata si ridava infusione avanzando con la punta verso la parte posteriore del nucleo lussandolo in camera anteriore, il taglio non era autochiudente quindi o troppo piccolo o con il Likage tutto per complicare la chirurgia. La tecnica dell'epoca era molto più difficile di oggi anche per un chirurgo esperto, pensate per chi iniziava!



Mi ricordo che la transizione dall'ecce alla faco fu molto difficile, ma la testa dura che mi contraddistingue ha fatto sì che potessi superare tutte le problematiche ad essa collegate prima di poter apprezzare le enormi potenzialità della facoemulsificazione.

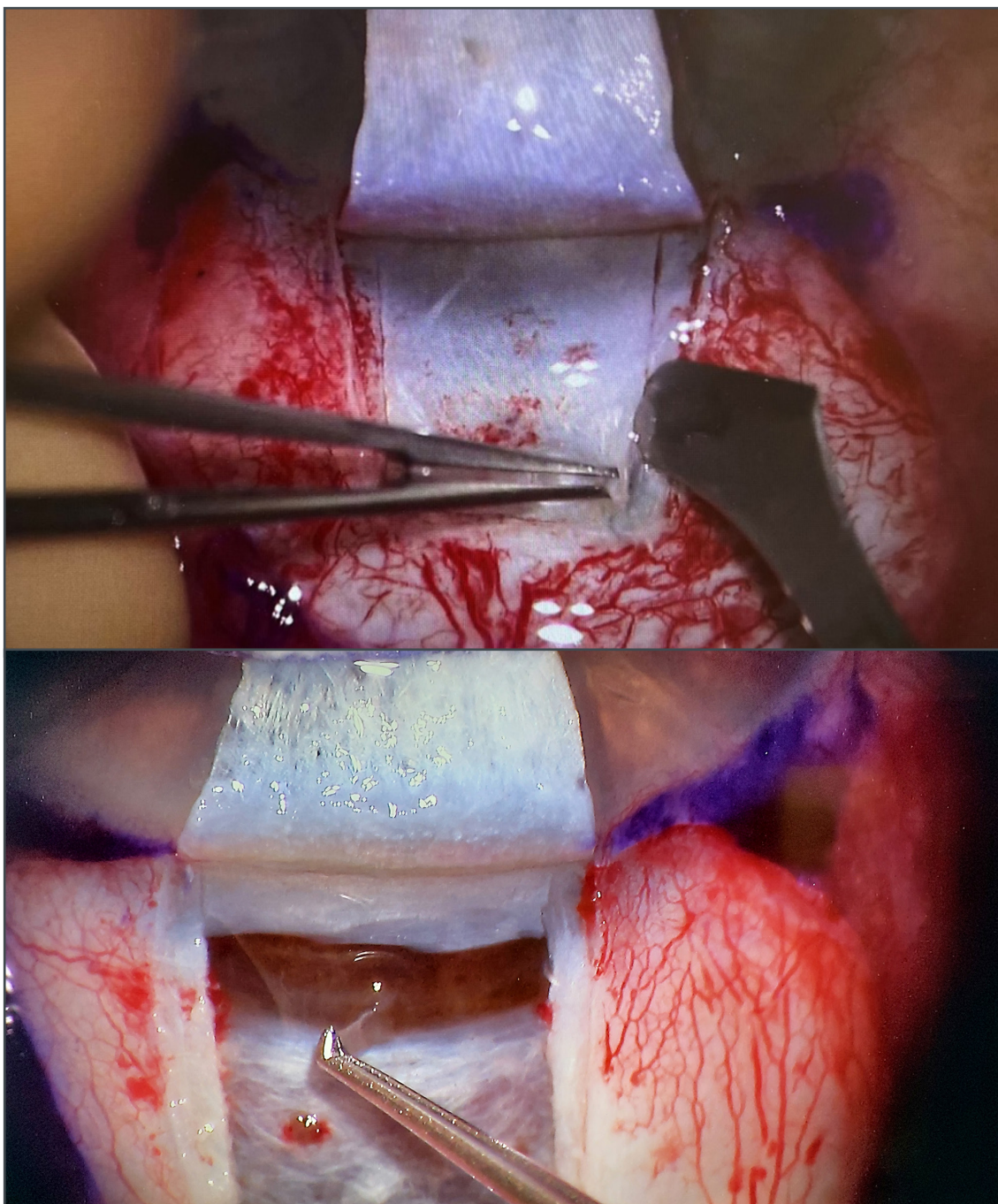
Nel 1989 divento primario della divisione oculistica dell'ospedale S.S. Annunziata di Savigliano e nello stesso anno ho la fortuna di essere accolto come "piccolo" da un gruppo di colleghi che stimavo molto ed erano un riferimento chirurgico non solo per l'Italia. R. Guerra, E. Dal Fiume, L. Palmieri, L. Buratto, C. Paganoni, G. Tassinari, R. Neuschuler, B. Moretti, G. Spano ed altri ancora erano i colleghi con cui organizzavamo congressi in tutta Italia per insegnare la faco, tecnica che negli anni 90 tutti volevano apprendere.

Mi ricordo che in una delle prime "live" il tecnico invertì l'insusione con l'aspirazione sui manipoli e me ne accorsi solo quando iniziai l'aspirazione della corteccia vedendo il materiale che entrava nello slive!! Anche dalla sede congressuale nessuno se ne accorse! Questo particolare fa capire il livello in cui eravamo tutti quanti! Furono anni

bellissimi e stimolanti che portarono grazie alla Alcon (già leader in questo settore) alla costituzione dell'IMPACT (Italian Medical Panel for the advancement of cataract treatment) questa associazione radunava una volta l'anno una quindicina di oculisti esperti nella tecnica per fare il punto sull'evoluzione tecnologica e dei materiali, incontri a cui quasi sempre ero invitato.

Sempre sulla chirurgia della cataratta un altro momento storico fu quando organizzai nel settembre 1991 presso l'ospedale di Savigliano un Congresso invitando il dottor Grabow che fece una faco con impianto di IOL (staar monofocale pieghevole in silicone) in anestesia topica! Eravamo tutti in sala operatoria, increduli nel vedere il chirurgo che dopo aver instillato 2-3 gocce di novesina eseguiva l'intervento. Mi ricordo che fu una novità epocale che non pubblicizzai come avrei dovuto; infatti pochi mesi dopo al Congresso SOF (società oftalmica francese) fu presentata ufficialmente l'anestesia topica nella chirurgia della cataratta. Sempre negli anni 90 con precisione nel 1995 ho iniziato ad impiantare le ICL (lenti fachiche) in camera posteriore per correggere miopie elevate; fu il quarto impianto eseguito in Italia ed ho sempre ritenuto anche su consiglio dell'amico Luciano Palmieri che la camera posteriore fosse la sede più idonea per allocare una IOL.

Queste lenti sia per le difficoltà di un seizing corretto sia per la forma iniziale che presentava scarso vaulting e per le difficoltà chirurgiche, crearono problematiche di opacizzazione della lente naturale ed ipertoni gravi per blocco pupillare dovuti ad eccessivo vaulting. Malgrado le critiche e l'ansia che ogni procedura mi provocava, perseverai con questa chirurgia che attualmente è l'unica accettata per la correzione di difetti elevati o quando il laser non può essere



Sclerectomia.

utilizzato. Ma tutte queste fantastiche novità non mi fecero mai dimenticare le origini e l'impostazione ricevuta inizialmente dal Prof Boles e nei 13 anni passati come assistente ed aiuto nel reparto glaucomi. Devo riconoscere che la passione per la malattia e soprattutto per la chirurgia del glaucoma mi furono trasmesse dal

Professor Gastaldi che mi ha sempre stimolato a cercare strade nuove e fu per questo che nel '95 organizzai il primo Congresso in Italia sulla chirurgia non perforante invitando A. Mermoud ad operare dal vivo un glaucoma con la tecnica della sclerodermia profonda. Molti colleghi furono scettici nel vedere tale chirurgia sia per

la difficoltà della tecnica sia perché pensavano ad una insufficiente riduzione pressoria, ma sia Stegmann che Koslow avevano aperto una nuova Strada nel trattamento chirurgico del glaucoma e Mermoud e Sourdille furono tra i primi a crederci. Io mi innamorai di tale tecnica e decisi di usarla in tutti i glaucomi ad angolo aperto, sicuramente all'inizio il percorso è stato difficile ma oggi dopo più di 3500 procedure eseguite posso dire che i risultati sono fantastici con complicanze ridotte e pressioni oculari equivalenti alla trabeculectomia (pur con minor uso di MMC). A mio avviso le indicazioni sono superiori alla trabe ed ai microshunt negli occhi con miopie elevate, uveitici, post vitrectomizzati e con congiuntive compromesse, purtroppo la tecnica difficile ha impedito uno sviluppo adeguato con conseguente validazione internazionale. Nel 1999 vinco il primariato della divisione oculistica dell'Aso Santa Croce e Carle di Cuneo terzo ospedale del Piemonte e di riferimento extraregionale. La divisione oculistica grazie anche ai

validi collaboratori che avevo cavalcherà tutte le ulteriori evoluzioni dell'oculistica moderna. Dalla chirurgia episclerale alla vitrectomia con sonde sempre più piccole, per le patologie chirurgiche della retina a tutte le novità in ambito di retina medica e dalla cheratoplastica perforante alla lamellare.

Negli anni 2000 organizzo a Cuneo il primo Congresso piemontese sui trapianti lamellari con particolare attenzione verso la DALK (BUBBLE) e la DSAEK e come riconoscimento per l'attività profusa in campo oculistico mi viene affidata l'organizzazione del Congresso nazionale GIVRE e SITRAC.

Potrei continuare a lungo a parlare della dell'oculistica e delle continue evoluzioni anche dei tempi più recenti ma già ho raccontato troppo, ritengo però che l'entusiasmo e l'impegno nell'affrontare le novità che quasi quotidianamente si presentano rendano la nostra specialità emozionante e fantastica e diano un senso ad una vita passata a fare l'oculista.