

EDITORIALE

Malattie oculari della terza età: quali i rischi e le difficoltà diagnostiche per il medico di famiglia?

■ Francesco Tucci ¹

¹ Medico-chirurgo Oculista, Roma. Presidente Onorario della Società Italiana di Oftalmologia Legale

L'innalzamento dell'età media può portare, oltre a numerosi altri disturbi, a patologie oculari frequenti ma poco evidenziabili dal medico generico; ciò può comportare risvolti medico-legali che è bene prevenire.

Posto che il medico assume responsabilità solo in caso di dolo o colpa grave, c'è un aspetto della colpa che ha confini sfumati relativamente all'interpretazione del valore dell'imprudenza e della negligenza. Il concetto di colpa prende le mosse dal codice penale, che la ravvisa in caso di imperizia, imprudenza e negligenza trasferendo gli stessi concetti al codice civile.

Lo specialista, proprio in virtù della sua qualifica, risponde spesso anche in casi di colpa lieve, cosa che salvaguarda il generico dalla cattiva esecuzione di prestazioni particolarmente tecniche, ma non lo mette al riparo nei casi di imprudenza o negligenza talora dimostrate quando ritiene di poter operare autonomamente in casi da lui ritenuti abordabili.

La presente esposizione vuole appunto sottolineare le circostanze in cui si può incorrere nel reato colposo o per aver sottostimato un sintomo che dovrebbe mettere in guardia, o per aver trascurato la richiesta di un parere specialistico da parte di un collega più addentro alla materia.

La malattia che occupa lo spazio principale nell'analisi che ci siamo posti è senza dubbio il glaucoma.

La malattia cronica, cioè il **glaucoma cronico** è per antonomasia il killer più spietato della funzione visiva poiché non presenta sintomi soggettivi o, se ce ne sono, essi appaiono tali da far supporre altre interpretazioni diagnostiche.

Capita talora che in una persona della terza età una cefalea mattutina e/o temporanei annebbiamenti visivi vengano catalogati come manifestazioni di artrosi cervicale o conseguenti a disordini circolatori; data la loro saltuarietà o remissione temporale, la malattia ha il tempo di scavare

la funzione visiva fino a che, casualmente, magari in occasione di una banale misurazione del visus, l'oculista diagnostica una malattia glaucomatosa, spesso in stadio assai avanzato. Come è facile intuire, una diagnosi più precoce avrebbe permesso di limitare i danni e interrompere la perdita progressiva delle funzioni visive.

Il consiglio per il medico di famiglia è di farsi sorgere il sospetto della patologia al momento dell'interpretazione dei segni, quando ci sono, e di prescrivere senza indugio una visita specialistica, almeno per escludere la presenza della malattia.

La diagnosi clinica del glaucoma si basa su tre sintomi cardine:

- l'accentuata pressione oculare;
- una ben determinata riduzione del campo visivo;
- l'aspetto oftalmoscopico del nervo ottico che mostra una papilla più o meno pallida ed escavata nella sua parte centrale.

Ovviamente la valutazione di questi sintomi può essere effettuata soltanto dallo specialista, ma il generico può contribuire ponendosi il dubbio sull'interpretazione di alcuni disturbi: assolverebbe così un dovere sociale oltre che deontologico, ed eviterebbe di vedersi accusato dal cliente per non aver dato valore ai disturbi che gli aveva comunicato. Eventualmente potrebbe persino essere imputato di negligenza o imprudenza da un Pubblico Ministero.

Una seconda malattia che sta diventando sempre più frequente a causa della maggiore longevità è la **degenerazione maculare legata all'età**.

Segnaliamo questa patologia perché, come già per il glaucoma, la prevenzione e la terapia precoce sono in grado di sortire effetti benefici, purché – appunto – ci si trovi ai primi stadi della malattia. La difficoltà nella lettura, l'apparire di storture o interruzioni nell'osservare una linea, o meglio una pagina del quaderno a quadretti del nipotino, sono

segni che frequentemente vengono riferiti al medico di famiglia, che deve essere informato di qualsiasi disturbo nella funzione visiva del paziente.

La degenerazione maculare viene spesso complicata dalla formazione di nevasi che, essendo giovani, sono fragili e vanno facilmente incontro a rotture con emorragie maculari che lasciano segni indelebili.

Esistono farmaci antiangiogenetici che, iniettati all'interno del bulbo, limitano la possibilità di tale complicanza e di fatto rallentano la progressione della malattia.

Un altro segno frequentemente riferito al medico generico è la presenza di "mosche volanti" o la visione transitoria di bagliori, descritti come veri e propri lampi.

Va ricordato che le cosiddette mosche volanti non sono sempre segni da prendere in scarsa considerazione. Nel soggetto anziano la comparsa improvvisa di **miodesopsia** è spesso causata da un distacco del vitreo posteriore, fenomeno al limite del fisiologico considerando che col tempo l'idratazione del vitreo si riduce e il vitreo si allontana dalle membrane a lui più esterne o si colloca creando delle lacune intravitreali i cui margini si rendono visibili appunto sotto forma di mosche, filamenti, nubi, ecc. Ma non è sempre così: le aderenze che uniscono il vitreo alle retina sottostante possono resistere allo spostamento del vitreo e creare delle piccole lacerazioni sul tessuto retinico che possono guarire spontaneamente o permettere il passaggio del vitreo nello spazio sottoretinico sollevandolo meccanicamente. In altre parole determinando un distacco di retina che ha ben altro significato circa la gravità.

In definitiva, perché il comportamento del medico venga considerato esente da colpa è indispensabile richiedere un'attenta visita oculistica, talora accompagnata da un'ecografia bulbare.

Quando alla miodesopsia si aggiungono **fosfeni** (visione di lampi) significa che il vitreo sta tirando sulla retina e il consulto dello specialista diventa fondamentale.

La visione di mosche volanti è frequente anche nel soggetto giovane, specie se miope. Anche in

questo caso le "mosche" possono essere un segno innocuo, ma il lampeggiamento è sempre un segno più rilevante perché proviene dalla retina e dunque vale la pena di sincerarsi del suo effettivo valore. Nel miope difatti possono essere presenti zone di degenerazione miopica che rendono la retina più sottile e più pronta alla rottura (distacco di retina da trazione vitreale).

In un diabetico o in un iperteso la miodesopsia può essere segno di microemorragie retiniche che riversano il liquido ematico nel gel vitreale "sporcadolo" e rendendolo così parzialmente opaco.

Le uveiti meno gravi danno luogo alla stessa sintomatologia (quelle più gravi non portano di regola a consultare il medico generico per l'imponenza della sintomatologia clinica e funzionale). La richiesta di controllo specialistico consentirà di risalire alla diagnosi eziologica evitando guai peggiori: un'accorta visita oculistica, infatti, può essere in grado di prevenire conseguenze più serie.

Un altro capitolo importante è quello degli **annebbiamenti transitori della vista**. Le patologie che possono sottendere sono assai varie. Il medico generico non dovrà consultare solo l'oculista, ma sobbarcarsi un'indagine clinica che abbracci la medicina interna, la cardio-angiologia e la neurologia. In ogni caso il consulto dell'oculista è fondamentale e ritengo che debba essere il primo specialista a cui chiedere un consulto.

Le malattie che portano a **massiccia riduzione visiva**, talora improvvisa, non meritano menzione in questa trattazione perché attraggono fortemente l'attenzione del malato, che si recherà rapidamente in un Pronto Soccorso oculistico.

Quelle a ingravescenza lenta, come la **cataratta**, sono generalmente diagnosticate precocemente e non daranno problemi medico-legali legati alla tempestività della diagnosi.

Una conclusione? Il medico deve privilegiare l'interesse del malato. Nel dubbio è preferibile un eccesso di zelo (nella ricerca di una corretta interpretazione semeiologica) a un pigro "ottimismo", che può far ipotizzare negligenza o imprudenza.

È un consiglio forse inutile, ma vale la pena di ripeterlo.

CORRESPONDING AUTHOR

Prof. Francesco Tucci; e-mail: tuccistudio@tiscali.it