

INFORMAZIONI GENERALI

La **quota d'iscrizione** è di € 65,00 e comprende:

- kit congressuale
- attestato di partecipazione
- coffee break e buffet

ECM

Medici: 4 crediti ECM
Ortottisti-assistenti di oftalmologia: 5 crediti ECM

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Le iscrizioni sono a numero chiuso e verranno accettate in ordine cronologico di arrivo. Per iscriversi è necessario inviare la scheda allegata e la fotocopia della ricevuta di versamento al Settore Convegni entro il **6 marzo 2006**. Oltre tale data la quota sarà maggiorata di € 10,00. Per le iscrizioni in sovrannumero, la quota sarà rimborsata integralmente a convegno avvenuto.

Il versamento è da effettuarsi tramite:

- bonifico bancario su conto corrente n°4482/X intestato a "la Nostra Famiglia" presso Banca Popolare di Lecco - Divisione della Deutsche Bank SpA - Filiale di Erba - codice ABI 3104-7 CAB 51270-7. Le spese bancarie del pagamento sono a carico del partecipante.
- c.c.p. 10738227 "la Nostra Famiglia" - Bosisio Parini (LC) specificando nella causale: "Iscrizione XIII Incontro di Oftalmologia".

MODALITÀ DI DISDETTA E RIMBORSO

In caso di disdetta pervenuta **via fax entro il 6 marzo 2006**, sarà rimborsato l'80% della quota. Oltre tale data sarà trattenuta l'intera quota.

la Nostra Famiglia



ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO

- Sede Centrale - Bosisio Parini -

EUGENIO MEDEA

XIII INCONTRO DI OFTALMOLOGIA PEDIATRICA

TRAUMI CRANICI

ASPETTI NEUROFTALMOLOGICI



ORGANIZZAZIONE E COORDINAMENTO

Settore Convegni

IRCCS E. Medea - Associazione "La Nostra Famiglia"

Via don Luigi Monza, 20 - 23842 Bosisio Parini (Lc)
tel. 031 877 379

Segreteria: tel./fax 031 877384

e-mail: SLOSI@BP.LNF.IT - www.emede.it

SEDE DELL'INCONTRO

Auditorium

IRCCS E. Medea - Associazione "La Nostra Famiglia"

Via don Luigi Monza, 20
23842 Bosisio Parini (LC)

Bosisio Parini, Sabato 18 Marzo 2006

Premessa

Da molti anni l'Istituto Scientifico Eugenio Medea si occupa della riabilitazione di pazienti con esiti di trauma cranico, grazie all'Unità Operativa di Neuroriabilitazione delle Cerebrolesioni Acquisite. Si è quindi potuto osservare quanto sia frequente il coinvolgimento dell'apparato visivo nel soggetto post-traumatico. Le lesioni sono estremamente polimorfe e di gravità variabile: possono coinvolgere sia il sistema oculomotorio, con diversi quadri di paralisi dei nervi cranici, paralisi nucleari e soprannucleari, sia la via visiva afferente con quadri diversi che vanno dalla emianopsia all'ipovisione. Trattamenti ottici, ortottici e chirurgici sono stati messi in atto al fine di migliorare la visione di questi pazienti; in alcuni casi di ipovisione anche la riabilitazione neurovisiva ha contribuito ad un significativo miglioramento funzionale visivo. Questa XIII edizione degli "Incontri di Oftalmologia" si propone di fornire agli operatori sanitari (ortottisti, oculisti, neurologi, neuropsichiatri infantili) una chiave di lettura d'insieme di queste gravi compromissioni, approfondendone gli aspetti clinici anche mediante la presentazione di casi clinici selezionati.

L'incontro si rivolge a:

Medici oculisti, neurologi, neuropsichiatri infantili, ortottisti-assistenti di oftalmologia

Segreteria Scientifica

Francesco Polenghi
Roberto Salati
IRCCS "E. Medea" - Bosisio Parini (LC)

Programma

8.30	Registrazione dei partecipanti
9.00	Apertura dei lavori
	Moderatori: P.E. BIANCHI (Pavia), E. CASTELLI (Roma), F. POLENGHI (Bosisio Parini)
9.10	Aspetti neuroradiologici F. TRIULZI (Milano)
9.30	Aspetti neurochirurgici O. ARENA (Lecco)
9.50	Danni diretti e indiretti delle vie visive S. BIANCHI MARZOLI (Milano)
10.10	Discussione
10.40	Coffee Break
11.00	Alterazioni neurogene della oculomotricità P.E. BIANCHI
11.20	Disordini della oculomotricità nei traumi orbitari R. FROSINI (Firenze)

11.40	Paresi sfumate "infracliniche" post-traumatiche del IV nervo cranico G. KLAINGUTI (Losanna)
12.00	Trattamento delle ptosi palpebrali post-traumatiche A. MAGLI (Napoli)
12.20	Discussione
13.00	Pranzo
	Moderatori: R. FROSINI, G. KLAINGUTI, A. MAGLI
14.00	Pratica clinica dei disordini oculomotori di origine traumatica: presentazione di casi clinici R. SALATI, F. POLENGHI, G. MANCARELLA, P. MAZZOCCHI, S. IMPERIALI, S. FROSINI, S. BERNASCONI, S. STRAZZER
16.30	Discussione
17.30	Conclusione dei lavori Questionari ECM

ABSTRACT DELLE RELAZIONI

Aspetti neuroradiologici

Dr. Fabio Triulzi

Il primo approccio per la valutazione del paziente con problemi neuroftalmologici secondari ad un traumatismo cranico è con lo studio con Tomografia Computerizzata (TC). La TC rimane ad oggi la tecnica di elezione per la valutazione in fase acuta del trauma cranico e delle strutture ossee. La valutazione della integrità delle strutture ossee delle orbite è un passo fondamentale sia nell'inquadramento delle paralisi di muscoli extrabulbari da incarceramento in fratture orbitarie, sia nella più generale valutazione di qualsiasi sospetta lesione post-traumatica dell'orbita. Oltre alle fratture la TC è infatti strumento diagnostico essenziale per la valutazione di eventuali ematomi subperiosteici o in altra sede oltre che della integrità anatomica del bulbo oculare e del nervo ottico. Alla Risonanza Magnetica (RM) spetta il compito di valutare danni lungo il decorso delle vie ottiche e dei nervi oculomotori in sede intracranica. A partire dal nucleo del nervo cranico interessato lungo tutto il suo decorso la RM è infatti la tecnica che garantisce il miglior dettaglio anatomico. Piccole lesioni a carico del tronco encefalo possono essere visualizzate unicamente con la RM, mentre sfuggono all'esame TC.

Aspetti neurochirurgici

Dr. Orazio Arena

Come per l'età adulta, anche per l'età pediatrica la distinzione fra trauma cranico lieve e trauma cranico moderato-severo è quanto mai giustificata.

Il trauma cranico lieve (GCS $> 0 = 13$) in età pediatrica è evento molto frequente (circa 100.000 ricoveri per anno negli USA).

Essendo assai improbabile un severo deterioramento clinico in questo gruppo di pazienti sarebbe auspicabile l'individuazione di un iter clinico-strumentale atto a selezionare i soggetti a rischio. Peraltro la difficoltà di esecuzione dell'esame neurologico, soprattutto al di sotto dei 2 anni d'età, così come la riluttanza dei genitori e degli stessi medici a sottoporre i piccoli traumatizzati alle indagini radiologiche e neuroradiologiche, utilizzate routinariamente e con successo nei soggetti adulti, pongono ulteriori problemi.

Verranno discussi alcuni dati clinico-strumentali quali la perdita transitoria di coscienza, l'amnesia posttraumatica, la frattura cranica in rapporto al loro ruolo come fattori di rischio e saranno riportati i dati più condivisi sulle condizioni che consigliano o impongono un ricovero di osservazione.

La diagnosi e il trattamento dei traumi cranici moderati (GCS 9-13) e severi (GCS $= 0 < 8$) in età pediatrica riveste un ruolo di primaria importanza in quanto essi rappresentano la prima causa di morte in questa fascia di età, distanziando di gran lunga la seconda causa rappresentata dalle patologie neoplastiche.

Le lesioni riscontrate non differiscono qualitativamente da quelle comunemente evidenziate negli adulti: 1) Frattura cranica 2) Ematoma epidurale 3) Ematoma sottodurale 4) Ematoma intraparenchimale 4) Emorragia subaracnoidea, intraventricolare 5) Edema cerebrale diffuso e "swelling" cerebrale diffuso 6) Danno assonale diffuso.

Verranno discussi gli elementi che rendono i traumi cranici in età pediatrica peculiari rispetto all'età adulta nei vari gruppi di età (newborn; infant; child). Sarà riposta particolare attenzione alla descrizione delle modalità con cui l'evento traumatico determina lesioni delle vie ottiche e delle strutture nervose deputate all'oculomotricità.

Saranno riferite le possibilità di trattamento chirurgico e medico, con particolare riguardo al trattamento dell'ipertensione endocranica. Chiuderà la relazione la valutazione di alcuni aspetti prognostici ritenuti significativi.

Danni diretti ed indiretti delle vie visive **Dr.ssa Stefania Bianchi Marzoli**

Le conseguenze neuroftalmologiche di traumi cranici, commotivi e non, possono interessare la regione e le strutture dell'orbita, le vie ottiche anteriori, i nervi cranici correlati con l'apparato visivo e strutture vascolari artero-venose.

Lesioni commotive del sistema visivo afferente possono determinare la comparsa di neuropatia ottica, danno del chiasma o del tratto ottico. La neuropatia ottica traumatica viene suddivisa in due sottogruppi, in relazione al tipo di trauma, che può essere diretto o indiretto; la neuropatia ottica traumatica diretta è secondaria ad un trauma, orbitario o cerebrale, che altera l'integrità anatomica e funzionale del nervo ottico. La neuropatia ottica traumatica indiretta è invece secondaria all'azione di forze che vengono impresse al nervo ottico a distanza; in questo caso, l'anatomia e la funzione del nervo stesso risulta danneggiata dall'energia assorbita al momento dell'impatto. Questo fenomeno si verifica classicamente traumi frontali, in cui avviene una trasmissione delle forze attraverso il cranio fino al nervo nella sua porzione intracanalicolare, dove è circondato da pareti ossee.

La presenza di fratture del basicranio determina la comparsa di paralisi del II, IV e VI nc. Il trauma può determinare l'apertura di una comunicazione diretta tra carotide interna e seno cavernoso provocando conseguenze a livello orbitario, muscolare e dei nervi cranici deputati all'oculomotricità.

Le indagini strumentali neuroradiologiche consentono di visualizzare oltre al nervo ottico, le strutture ad esso adiacenti e permettono quindi di valutarne l'integrità. Sebbene la TC sia più sensibile della RM nella valutazione delle fratture ossee, la RM è più accurata nella visualizzazione dei tessuti molli, di eventuali danni intracranici associati, di emorragie lievi del nervo o delle guaine, specialmente all'interno del canale ottico; e di versamento emorragico all'interno dei seni paranasali in particolare quello etmoidale. Inoltre mediante RM e studio Angio RM è possibile valutare le strutture della regione parasellare con particolare attenzione al seno cavernoso e ai vasi venosi orbitari.

Alterazioni neurogene della oculomotricità **Paolo Emilio Bianchi**

Le alterazioni neurogene della oculomotricità conseguenti un trauma cranico possono interessare singolarmente il III, il IV e il VI n.c o la combinazione di due o di tutti e tre i nervi oculomotori.

La sede della lesione può essere nucleare, fascicolare, radicolare e tronculare e, per ciascuno di questi distretti, i quadri clinici dei difetti dell'oculomotone e i quadri neurologici associati possono essere differenti e, talora, possono essere di aiuto per una diagnosi corretta di sede. Verranno descritte le principali alterazioni della oculomotricità correlate a traumi cranici nei quali vi sia stata una compromissione dei nuclei e dei nervi oculomotori e verranno analizzate le eventuali associazioni neurologiche.

Disordini della oculomotricità nei traumi orbitari **Riccardo Frosini**

I traumatismi cranici e facciali interessano frequentemente la motilità estrinseca. I meccanismi patogenetici più frequenti di tali alterazioni possono originare in tre sedi specifiche: 1) lesioni orbitarie con coinvolgimento diretto dei muscoli, dei nervi o del sistema fasciale presenti a tale livello; 2) lesioni radicolari a carico dei nervi oculomotori nel loro tragitto intracranico; 3) lesioni dei centri e nuclei oculomotori encefalici. Le conseguenze sull'oculomotricità estrinseca danno luogo a quadri clinici molteplici dei quali verranno descritti gli elementi caratterizzanti e le modalità diagnostiche.

Paresi sfumate "infracliniche" del IV nervo cranico post-traumatiche **Prof. Giorgio Klainguti**

I traumatismi cranio-cerebrali provocano frequentemente una paresi bilaterale del IV nervo cranico. Se il danno è moderato, la paresi può passare inosservata all'esame clinico e ortottico di base, ma provoca tuttavia al paziente disturbi importanti nello sguardo in basso.

Nella nostra serie di 16 pazienti, tutti i soggetti avevano subito un traumatismo cranico importante con perdita di conoscenza. In 9 pazienti la paralisi del IV n.c. non era stata diagnosticata e in 7 pazienti era considerata come spontaneamente guarita. Nello sguardo in basso, a partire da 15° di infero-versione, presentavano tuttavia una deviazione torsionale non fusionabile, con una diplopia oggettivabile tramite lo schermo tangente di Harms. Nella vita quotidiana lamentavano difficoltà nella lettura e nella discesa delle scale.

Abbiamo praticato a tutti i pazienti un intervento di Harada-Ito modificato con dosaggio lievemente ridotto, che ha permesso di risolvere la diplopia nello sguardo inferiore, migliorando significativamente la qualità della vita.

Conclusione: la paresi bilaterale post-traumatica del IV n.c., qualora si presenti in forma molto attenuata, sfugge talvolta alla diagnosi, ma un esame ortottico approfondito permette di riconoscerla e di trattarla chirurgicamente.

Trattamento delle ptosi palpebrali post-traumatiche **A. Magli, P. Vassallo, A. Iovine, V. Gagliardi**

Verranno descritte le modalità per effettuare un corretto approccio diagnostico ed una corretta valutazione del meccanismo eziologico della blefaroptosi traumatica. Ciò è, infatti, molto importante, ai fini del tipo di approccio chirurgico da adottare. Saranno poi indicate le tecniche chirurgiche da impiegare, che saranno esplicitate nel dettaglio, anche ricorrendo a casi clinici operati nella nostra struttura.

Pratica clinica dei disordini oculomotori di origine traumatica: presentazione di casi clinici da parte di oculisti, ortottisti, neurologi e neuropsichiatri

R. Salati, F. Polenghi, G. Mancarella, P. Mazzocchi, S. Imperiali, S. Frosini, S. Bernasconi, S. Strazzer

- Diplopia irriducibile da danno campimetrico
- Doppia paralisi del muscolo grande obliquo
- Decompressione traumatica in oftalmopatia tiroidea
- Paralisi traumatica del III nervo cranico
- Paralisi traumatica del nervo trocleare
- Paralisi transitoria dell'accomodazione dopo TC
- Deficit visivo e alterazioni campimetriche quale esito di TC
- Trattamento riabilitativo neurovisivo in fase di risveglio da coma in un caso di paralisi dello sguardo da lesione mesencefalica
- Trattamento riabilitativo neurovisivo in un caso di grave ipovisus e disturbi comportamentali
- Trauma cranico chiuso in paz. di due anni: follow-up a 6 anni