

XXXVI

Congresso



Università degli Studi di Palermo
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e
Neuroscienze Cliniche
Sezione di Oftalmologia
Responsabile: Prof. S.Cillino



L'OCCHIO CHE INVECCHIA up-date chirurgico

“Chirurgia nel torcicollo oculare”

G. Galvano, S. Damiani, L. Sciascia, S. Cillino

S.O.Si – Acireale 14-16 Aprile 2011

Hotel Santa Tecla Palace

Che cos'è il torcicollo?

Tipico atteggiamento viziato del capo assunto a seguito di anomalie che riconoscono

CAUSE NON OCULARI

- Alterazione strutturali delle vertebre cervicali e del muscolo sternocleidomastoideo
- Orecchio e sistema vestibolare
- Tendini
- Muscoli
- Ossa

CAUSE OCULARI

- Nei nistagmi
- Nelle ptosi palpebrali
- Fibrosi muscolari parcellari
- Anomalie refrattive e perimetriche
- Sindrome da blow out orbitario
- Doppio deficit degli elevatori
- Nelle sindromi da restrizione :
 - S.di S.T.Duane
 - S.di Brown
- Nelle paralisi oculomotrici:
 - Deficit del III p.n.c.
 - Deficit del IV p.n.c.
 - Deficit del VI p.n.c.

DEFICIT DEL IV p.n.c.

- Diplopia ciclotorsionale da deficit dell'inciclorotazione
- Diplopia verticale da deficit dell'abbassamento
- Forme monolaterali:
 - Testa inclinata dal lato dell'occhio sano e con il mento abbassato
- Forma bilaterali:
 - Testa flessa sul collo e con il mento abbassato

PRESI DELL'OBLIQUO SUPERIORE DI OCCHIO SINISTRO



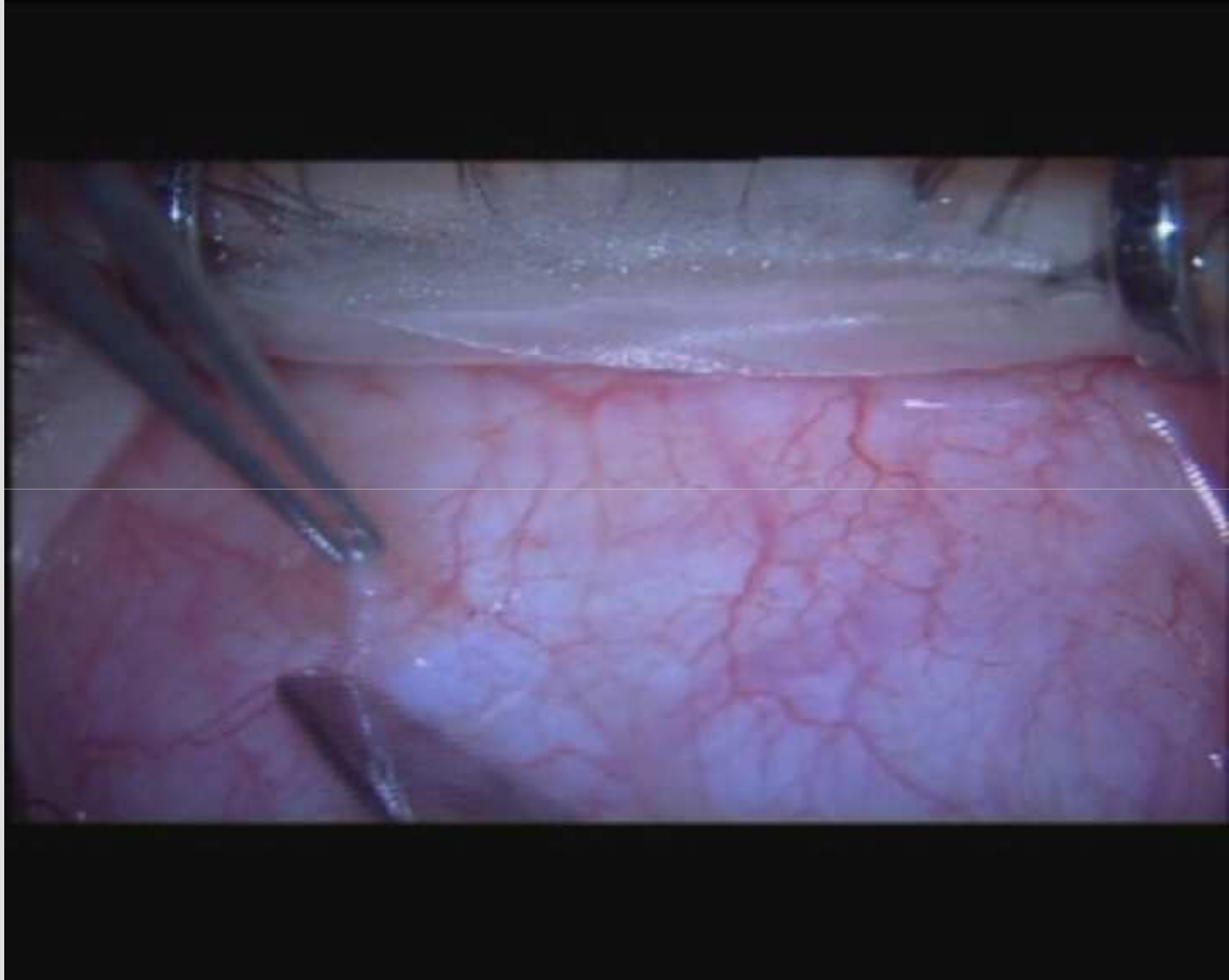
PRIMA



CHIRURGIA

La paresi dell'obliquo superiore comporta nell'immediato un innalzamento del bulbo affetto e una sua exciclotorsione. Ben presto si instaurano un'ipertonia dell'obliquo inferiore omolaterale e del retto inferiore controlaterale.

- Indebolimento dell'obliquo inferiore
- Rinforzo dell'obl. superiore (dupl. Differ. del tendine riflesso, int. di Harada-Ito)
- Recessione del retto inferiore controlaterale



24/03/11



PRIMA



DOPO 7 GG



**DOPO
1 MESE**

24/03/11



PRIMA



DOPO 7GG



**DOPO
1 MESE**



PRIMA



DOPO 7GG



**DOPO
1 MESE**

SINDROME DI BROWN

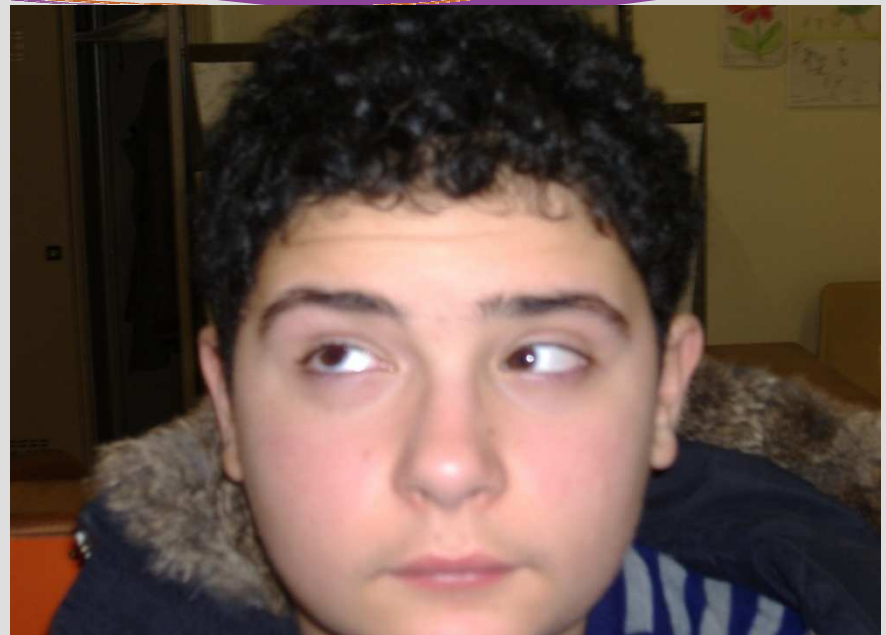
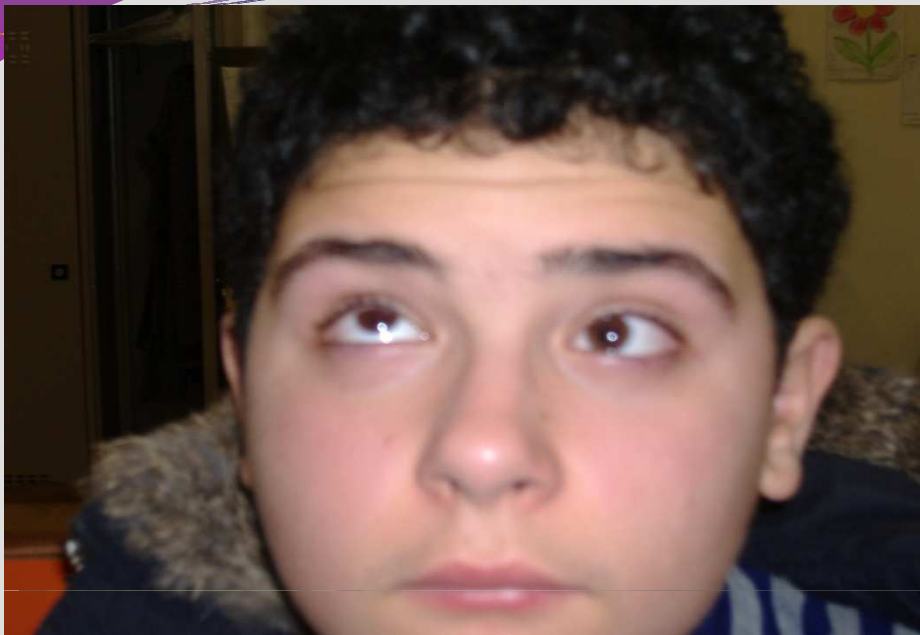
caratterizzata da una riduzione o dall'assenza dell'elevazione in adduzione. Nel 1949, B. la chiamò "sindrome della guaina del tendine dell'obliquo superiore. Sebbene a B. sia dato molto credito per la sua descrizione di questa sindrome, la guaina del tendine dell'obliquo superiore, probabilmente, non ha niente a che fare con la sua etiologia poiché non esiste una vera guaina tendinea dell'obliquo superiore.

La manifestazione clinica più evidente è l'incapacità dell'elevazione sia attiva che passiva dell'occhio addotto, in abduzione l'elevazione è normale.

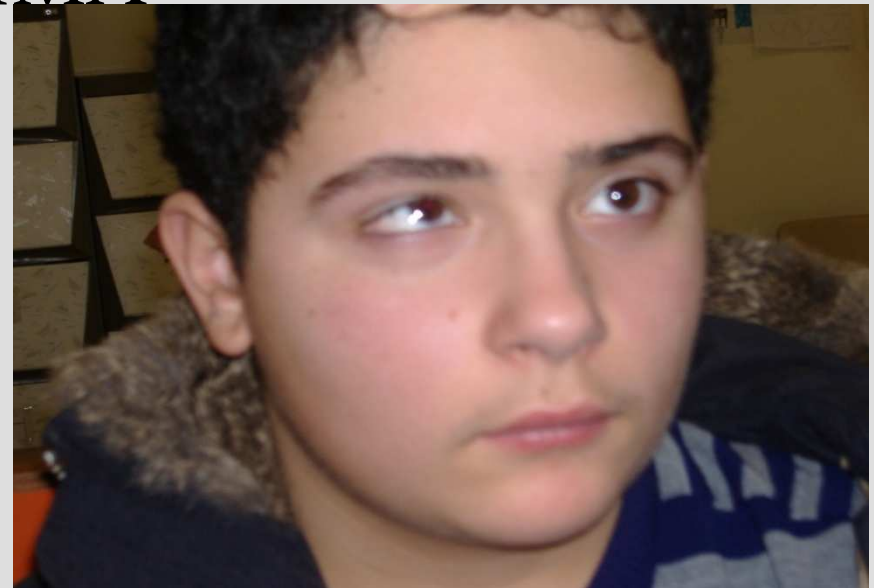
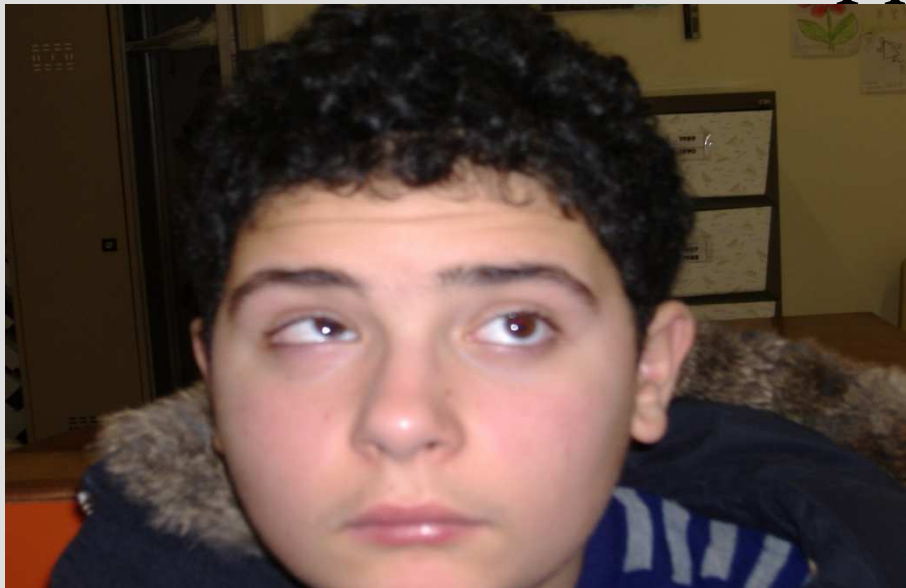
Alcuni pazienti presentano un atteggiamento alfabetico a "V"

L'ipotropia, in posizione primaria si riscontra maggiormente nei casi di S. di Brown associata a trauma o chirurgia periorbitaria. Spesso per evitare l'ipotropia che aumenta nello sguardo in alto, assumono una posizione viziata del capo col mento sollevato, viso ruotato verso il lato sano e inclinato verso l'occhio affetto.

SINDROME DI BROWN



PRIMA

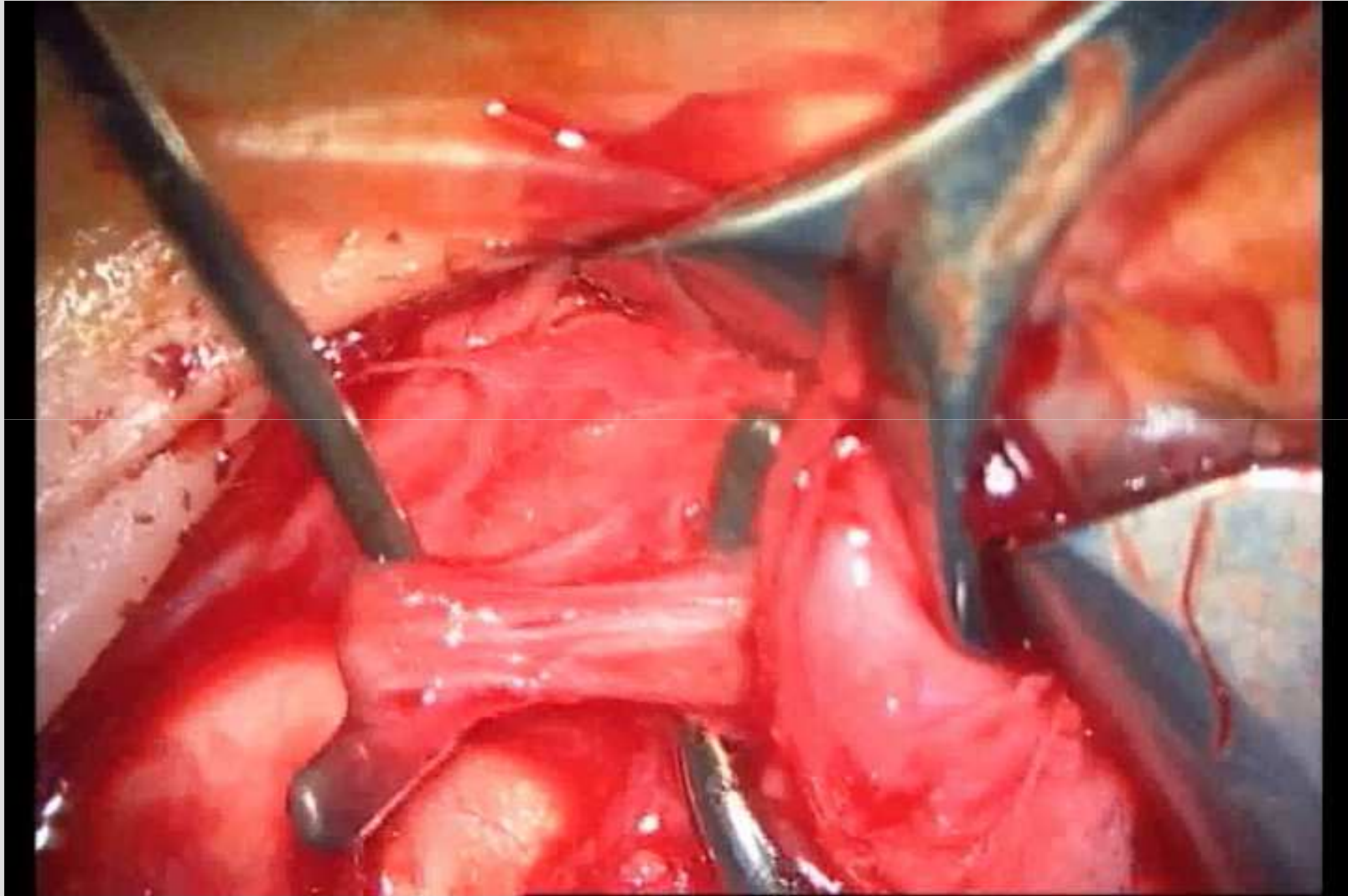


CHIRURGIA

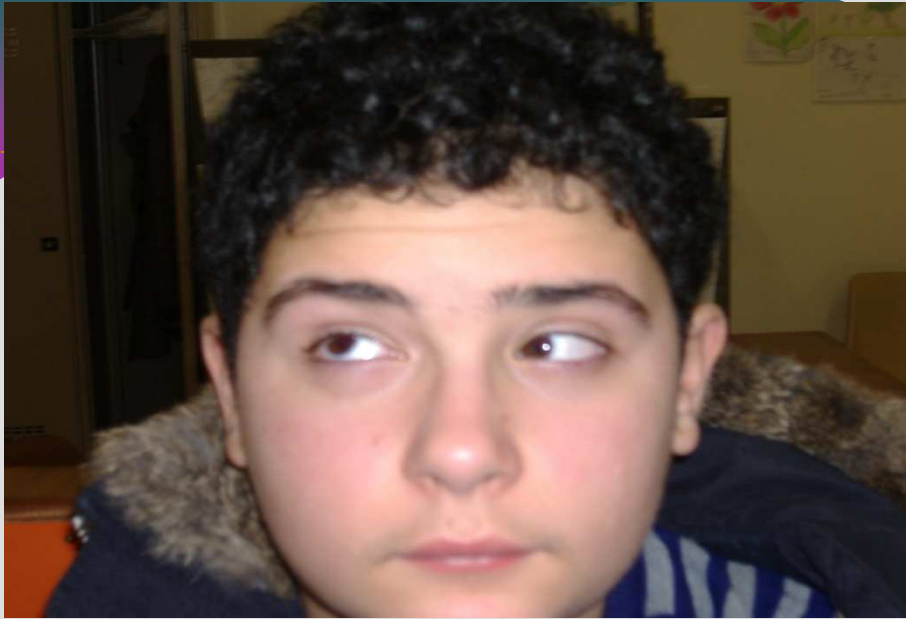
- Notevole atteggiamento viziato del capo
- Eccessivo innalzamento dell'occhio sano

TECNICHE CHIRURGICHE

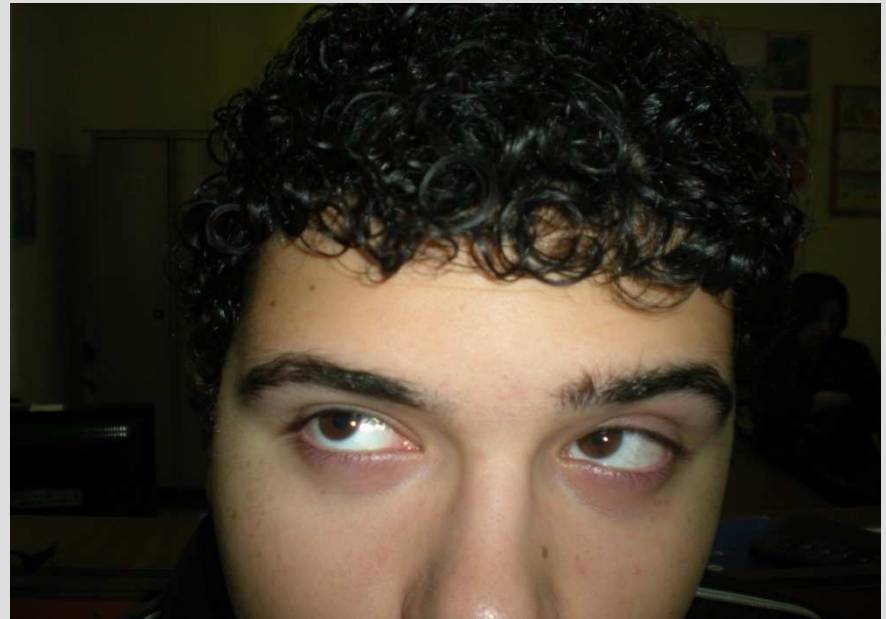
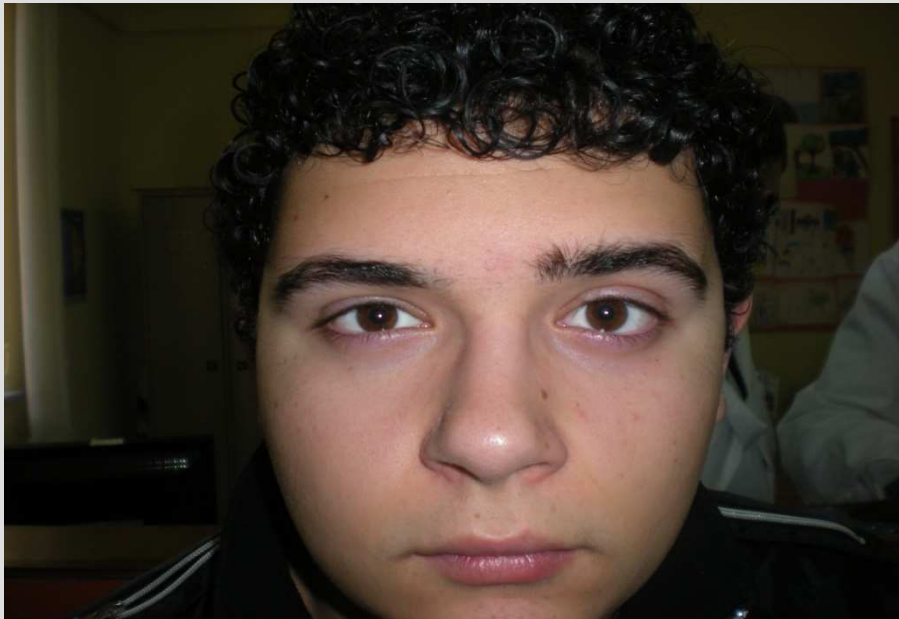
- Test di duzione forzata
- Allungamento sec. Helveston del tendine dell'obliquo superiore associato o meno con una recessione dell'obliquo inferiore omolaterale
- La tenectomia dell'obliquo superiore



24/03/11



PRIMA



24/03/11

DOPO



GRAZIE PER L'ATTENZIONE