



Michele Marraffa

Direttore Responsabile dell'U.O.C. di Oculistica dell'Ospedale Orlandi di Bussolengo



Riflessioni "acute" sul glaucoma da chiusura d'angolo

Abstract: *Curare correttamente una malattia infida e pericolosa come il Glaucoma da Chiusura d'Angolo (GCA) significa saper discriminare le diverse forme cliniche con cui esso si presenta, costituite da: GCA Acuto, GCA Intermittente, GCA Cronico, GCA Acuto Cronizzato e Angolo Stretto Asintomatico.*

Il comune denominatore di dette forme è l'aspetto anatomico-biometrico di un angolo di ampiezza ridotta, su cui intervengono fattori che possono restringere ulteriormente l'angolo o chiuderlo completamente.

Spesso quando si parla delle varianti cliniche di GCA si usa impropriamente il termine generico di Glaucoma ad Angolo "Chiuso", volendo invece indicare una forma specifica in cui l'angolo è stretto e non chiuso. È evidente che questo modo di dire genera confusione, mentre l'adozione di una corretta terminologia diventa sostanziale per evitare errori ed impostare la terapia corretta.

Angolo stretto ed angolo chiuso non sono la stessa cosa. L'angolo stretto può rimanere tale e silente per tutta la vita o evolvere per essere curato. L'angolo chiuso è una urgenza clinico-terapeutica-assistenziale.

La terminologia corretta ci aiuta a inquadrare meglio le forme di GCA ed a curare meglio.

Keywords: *Glaucoma Chiusura d'Angolo, varianti cliniche GCA, terminologia GCA.*

Questo articolo non ha la pretesa di essere un'esplosione sul Glaucoma Primario da Chiusura d'Angolo, ma un'argomentazione che ci incoraggi a riflettere su una malattia infida e pericolosa, che ha una sua identità ben definita, che richiede di essere ben riconosciuta, per cui l'utilizzo di una terminologia corretta diventa costruttivo per il suo inquadramento.

Il Glaucoma da Chiusura Angolare (GCA) fa parte di quei Glaucomi misconosciuti e non sempre ben inquadrati, che il Prof. Luciano Bonomi amava definire "argomento stranamente negletto" (1) e per questo motivo si auspicava che la

sua migliore conoscenza potesse essere utile per una impostazione terapeutica più efficace.

Non è infrequente che il GCA non venga diagnosticato, o che venga confuso con una forma di Glaucoma ad Angolo Aperto e perfino con la forma di Glaucoma a Pressione Normale, o che venga identificato solo e solamente con la forma fenotipica più conclamata: il Glaucoma Acuto.

Sono stati utilizzati altri termini per indicare il GCA (2): Glaucoma ad Angolo Chiuso, ad Angolo Stretto, Irritativo, Strisciante ed altri. Tutti hanno contribuito ad aumenta-

re la confusione sul suo inquadramento clinico-patogenetico-terapeutico.

Le motivazioni della confusione sono dovute al fatto che il Glaucoma da Chiusura Angolare non è una ed una sola entità clinica, ma è un capitolo che comprende forme di Glaucoma che hanno presentazioni cliniche differenti, il cui denominatore comune è rappresentato dall'aspetto anatomico di un angolo camerulare di ridotta ampiezza, il quale può essere completamente chiuso o semplicemente stretto.

È evidente che il Glaucoma con un angolo chiuso richiede una attenzione clinico-terapeutica differente da quella di un Glaucoma con angolo stretto.

Diventa quindi di sostanziale importanza utilizzare la terminologia corretta quando parliamo di GCA, per indicare la forma clinica a cui facciamo riferimento.

Non è inconsueto, che durante le trattazioni sull'argomento o in occasione di incontri scientifici, si parli di Glaucoma ad Angolo Chiuso, pur tuttavia volendosi riferire al Glaucoma con Angolo Stretto.

Nei convegni dedicati all'argomento per sinteticità di eloquio spesso si usa impropriamente il termine "Chiuso", volendo invece indicare una variante clinica di Glaucoma da Chiusura Angolare, cioè una forma di Glaucoma dove l'angolo è stretto e non chiuso.

Il giovane discente, il Medico in formazione, lo Specializzando in Oculistica, che non abbia ancora una conoscenza completa dell'argomento, è indotto a fare confusione e a considerare che il Glaucoma ad Angolo Stretto ed il Glaucoma ad Angolo Chiuso siano sinonimi della stessa entità clinica.

Quindi erroneamente è portato a pensare: Glaucoma da Chiusura d'Angolo = Glaucoma ad Angolo Chiuso. No, non è così!

Parlare di Glaucoma ad Angolo Chiuso vuol di-

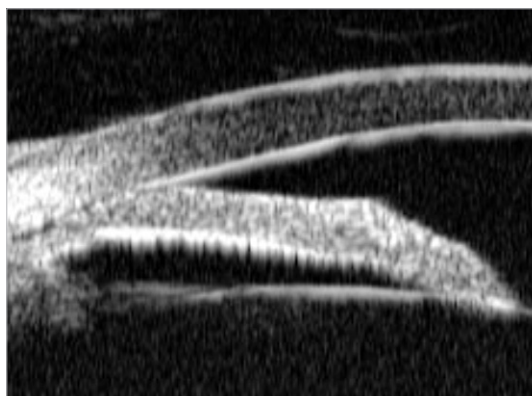


Figura 1 - Esame UBM di angolo camerulare chiuso.

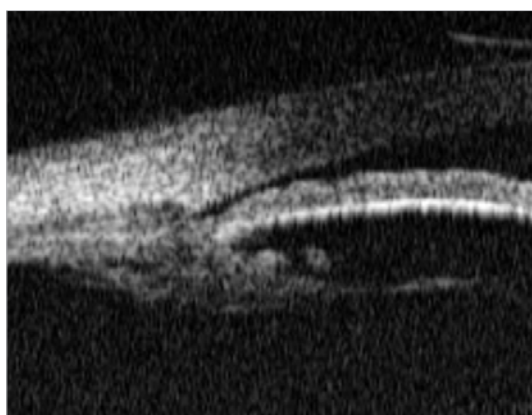


Figura 2 - Esame UBM di angolo camerulare stretto.

re riferirsi solo alle forme cliniche di Glaucoma che hanno l'angolo chiuso (Fig. 1): il Glaucoma Acuto e il Glaucoma Acuto Cronicizzato.

Sappiamo però che il Glaucoma da Chiusura Angolare comprende anche forme in cui l'angolo non è chiuso, ma è semplicemente stretto (Fig. 2).

La necessità di essere precisi nel distinguere i due aspetti clinici, di angolo chiuso e di angolo stretto, è fondamentale per il migliore approccio clinico-assistenziale-terapeutico ed anche perché nel gruppo dei GCA si inserisce quello che è l'"Angolo Stretto Asintomatico". È questo quell'angolo che ha le caratteristiche anatomiche di un angolo stretto ed in quanto tale può andare incontro ad occlusione, per cui di diritto rientra nella classificazione dei GCA .

Esso tuttavia rappresenta una situazione in cui, pur essendoci un aumentato rischio di

Glaucoma, non ci sono segni di Glaucoma e la malattia non è presente (3).

L'Angolo Stretto Asintomatico richiede ulteriore attenzione e precisione nel disquisire dei Glaucoma da Chiusura Angolare, in modo da non incorrere nell'errore di pensare che esso abbia la necessità di una impostazione terapeutica obbligatoria. Ci sono situazioni in cui l'Angolo Stretto Asintomatico richiede la prescrizione di una adeguata terapia ed altre invece in cui questa non è necessaria. La presenza dell'Angolo Stretto Asintomatico indica l'aumentata probabilità di avere la malattia ed è compito dell'Oculista distinguere le situazioni e comportarsi di conseguenza.

Voglio precisare che nell'esposizione sopra riportata mi sono riferito solo alle forme primarie di GCA, avendo voluto affrontare l'argomento unicamente da un punto di vista semantico, di importanza della terminologia.

In definitiva la classificazione clinica del Glaucoma da Chiusura Angolare comprende (2 -4):

1) *Glaucoma da Chiusura d'Angolo Acuto*

2) *Glaucoma da Chiusura d'Angolo Intermittente*

3) *Glaucoma da Chiusura d'Angolo Cronico*

4) *Glaucoma da Chiusura d'Angolo Acuto Cronicizzato*

5) *Angolo Stretto Asintomatico*

Il comune denominatore di tutte le forme è l'aspetto anatomico-biometrico di un angolo di ampiezza ridotta, su cui intervengono fattori scatenanti che portano al manifestarsi delle diverse forme cliniche.

Quindi parlare di angolo stretto e di angolo chiuso non è la stessa cosa, perché l'angolo stretto può rimanere tale e silente per tutta la vita o andare nel tempo incontro a quadri che vanno definiti e curati. Al contrario l'angolo chiuso è una entità già in atto, che richiede l'urgenza clinico-assistenziale.

Usare la terminologia corretta ci aiuta a capire meglio ed a curare meglio.

REFERENCES

1. *I glaucomi da Chiusura d'Angolo: L. Bonomi. Ed. I.N.C., 1995; Presentazione.*
2. *I glaucomi da Chiusura d'Angolo: L. Bonomi. Ed. I.N.C., 1995; Terminologia e Classificazione, pp 9 – 13.*
3. *I glaucomi da Chiusura d'Angolo: L. Bonomi. Ed. I.N.C., 1995; Angolo Stretto asintomatico, pp 93 – 102.*
4. *Il Glaucoma: S. Gandolfi. Mattioli 1885 S.P.A., 2005; I Fenotipi di Glaucoma: il Glaucoma Primario ad Angolo Chiuso, pp 231 – 244.*