



VIII CONGRESSO AIS

MODENA 20 – 21 APRILE 2012

PARALISI SOPRANUCLEARE POST TRAUMATICA: COME GESTIRLA

Ort. Dr.G. FALCICCHIO., Dr.A. PIANTANIDA M.D.

C.O.L. Centro Oculistico Lariano
CERNOBBIO



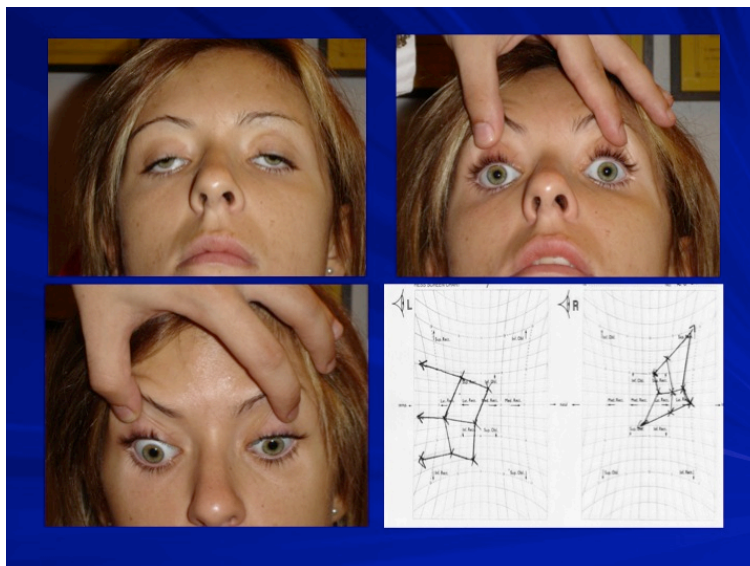
Storia clinica

- Donna di 21 anni a seguito di incidente stradale presenta **paralisi sopranucleare incompleta del III° e del IV°** nervo cranico
- Trauma causato da lastra di ghiaccio scivolata da un camion mentre percorreva la strada che ha frantumato il parabrezza anteriore causando trauma cranico
- Si presenta alla nostra osservazione per **PAC consecutiva** con mento alzato e **Ptosi OO** chiedendo di risolvere la MOE a distanza di 1 anno dal trauma
- No incomitanze orizzontali, no ciclorsioni
- Consigliata RMN con sezioni di 1 mm secondo Demer ed eventuale chirurgia di indebolimento dei retti inferiori associata a supplezza RL su RS e successivamente chirurgia per ptosi

- La paziente non si fa operare ed opta per altro collega
- Si presenta dopo un anno e mezzo lamentando peggioramento della PAC (mento elevato e capo inclinato su spalla destra) e diplopia "orizzontale e torsionale" insorta dopo primo approccio chirurgico e peggiorata in seguito ad altri interventi
- 1. Eseguita presso altra sede **iniezione Botox** sui retti inferiori (N.B. ad un anno dal trauma) con insorgenza diplopia orizzontale da exotropia (coinvolgimento PPOO?)
- 2. Eseguita dopo 6 mesi **recessione RRIL 8 mm** e recessione retto laterale OD 8 mm (XT consecutiva?)
- 3. Eseguita dopo 3 mesi **resezione RRSS 8 mm** con peggioramento diplopia torsionale postoperatoria

Esame obiettivo 1

- **VOD 0.9 VOS 1.0**
- **CICLOPLEGIA** 1% : -0.50 (180°) OO
- **Ai riflessi:** - 10d con D/S 6d PL e PV
- **MOE:** lateroversioni residue molto limitate
- Fusione in ambiente con -14 d D/S 6 d
- Fusione al test di Schoeber con -16d D/S 6d
- Soggettivamente inclinazione immagine ODx
- **PAC** mento elevato con capo inclinato su spalla destra
- **FOD** lieve inciclo
- **FOS** inciclo



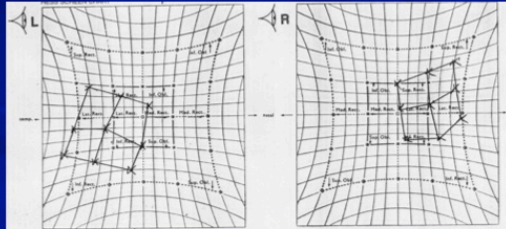
Esame obiettivo 2 (1mese dopo)

- **Millimetric** : interlimbare 71 (orto) per controllo intraoperatorio
- **Torsione Maddox** : inciclo 15°
- Fusione in ambiente – 18d D/S 6d
- Fusione allo Schoeber -20d con D/S 6d
- Con prisma 25d in torsione fonde pl e pv
- Si prescrive prisma

Esame obiettivo 3

(3 mesi dopo)

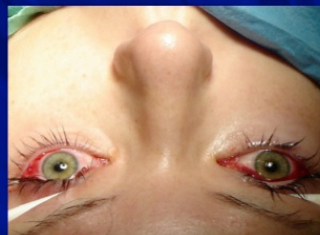
- Con prisma Diplopia orizzontale e verticale sparita, a tratti solo torsionale
- **MOE** migliorate lateroversioni, si nota bene Brown iatrogena OO (abbassamento in adduzione)
- **Hess Lancaster** dopo 60 giorni di utilizzo prisma con fusione (esame eseguito in PAC senza prisma)



Ragionamento clinico

- Recessione RRII 8mm
- Recessione RL OD 8 mm
- Resezione RRSS 8 mm
- PAC su spalla destra
- Maddox inciclo 15° (ma allora IV funziona almeno parzialmente! Che cosa è successo al P.O.?)
- PPOO indeboliti da Botox ?
- G.O. indebolire, P.O. rinforzare
- Per XT eventuale resezione RM in un secondo tempo

Intervento



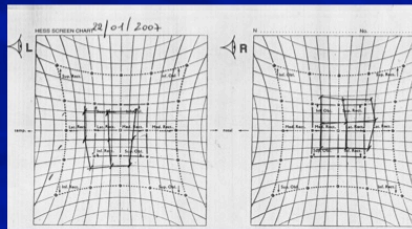
- Tecnica di Conrad e De Decker
- Recessione G.O. 12 mm e polarizzazione di 4 mm
- Avanzamento piccolo obliquo 10 mm e lateralizzazione 4 mm
- Si localizzano aderenze tra tendine G.O. e retto superiore resecato!!!

Post operatorio a 7 giorni

- Maddox inciclo 3° pl e pv
- Riferisce diplopia solo orizzontale e verticale di lieve entità, scarsa in torsione
- VBS con prisma 10 d in torsione su OD
- Non riesce ad aprire completamente le palpebre
- Riesce a trovare immagine singola pl e pv senza prismi

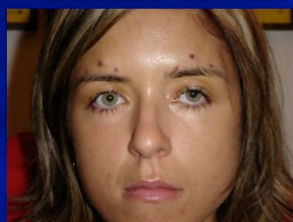
Post operatorio a 30 giorni

- Riesce a trovare posizione di fusione
- Hess Lancaster no torsione, lieve XT con D/S



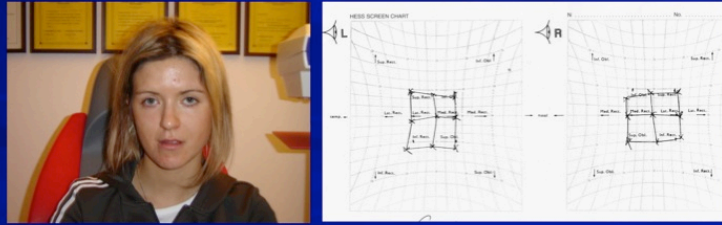
Follow Up a 3 mesi

- Richiesto consulto Chirurgo Oftalmoplastico per risoluzione della ptosi bilaterale
- Eseguito intervento di **sospensione al frontale con fascia lata.**



Follow Up a 10 mesi

- Quadro Ortottico ed Oftalmologico normalizzato
- Visione Binoculare Singola con Stereopsi completa (60" al TNO)



CONCLUSIONI

- In casi di incomitanza post traumatica eseguire sempre **tutte le valutazioni possibili**
- Unire al ragionamento clinico anche un ragionamento logico basato sulle risposte soggettive ed oggettive
- Non esimersi dall'**utilizzare i prismi press-on** in torsione al fine di stimolare le A.F.
- Operare sempre dopo attenta valutazione e con campo operatorio ben evidente....non avere fretta di operare e non promettere miracoli!!
- Spesso la chirurgia in questi casi, richiede più passi distanziati nel tempo