

La presa in carico del glaucoma "en brousse"

di Paolo Angeletti

Brousse in francese, bush in inglese, mato in portoghese, il termine indica genericamente vaste aree geografiche del continente (in questo caso, africano), dove i problemi di salute pubblica, tra i quali la prevenzione e la cura della malattia glaucomatosa, sono di difficilissima soluzione.

Le grandi distanze, le pessime vie di comunicazione, la mancanza o scarsità di corrente elettrica e acqua, la carenza d'infrastrutture, la povertà della popolazione, il basso tasso di scolarità, la scarsità di personale sanitario, ecc., sono tutti fattori che fanno di grandi e popolate aree del continente una prima linea, una emergenza, per chi voglia occuparsi di prevenzione della cecità da glaucoma (o di prevenzione della cecità, tout court). Tutt'altra situazione rispetto a quella delle capitali dove sono concentrate gran parte delle strutture sanitarie dei paesi. Purtroppo è proprio lontano dalle capitali che vive la maggioranza della popolazione. L'obiettivo di questo articolo è di portare un contributo alla strategia della presa in carico del paziente glaucomatoso nell'Africa subsahariana, sulla base della mia esperienza personale.

La malattia glaucomatosa è la seconda causa di cecità del mondo ed è particolarmente presente nei paesi dell'Africa, soprattutto dell'Africa Occidentale e di conseguenza anche nei Caraibi, dove popolazioni dell'Africa Occidentale furono trasportate in schiavitù. Non ci sono molti studi sulla prevalenza del glaucoma ad angolo aperto (la forma più comune) in Africa ma chi è in "prima linea" può agevolmente toccare con mano, ogni giorno, l'ampiezza e la gravità del fenomeno. Undici anni di attività continuativa ospedaliera e di cura della salute oculare comunitaria in queste aree critiche mi hanno insegnato che la prevalenza del glaucoma tra gli walk-in patients, cioè i pazienti che si presentano spontaneamente in ospedale, è di un caso di glaucoma curabile, farmaco-

logicamente o chirurgicamente, ogni dieci casi di cataratta operabile. Ma gli walk-in patients sono la punta dell'iceberg. Per capire la reale prevalenza della malattia glaucomatosa in brousse è sufficiente osservare sul terreno, durante gli screening di massa per la chirurgia della cataratta, quanti casi di cecità bilaterale da glaucoma assoluto si presentano alla visita nella speranza di potere essere operati e di riacquistare la vista.

Fino ad ora, nell'ambito della campagna "VISION 2020: The Right To Sight", gli organismi internazionali si sono



Unità oculistica mobile mediante canoa - foto di Richard Hardi

concentrati, oltre che su altre malattie, sulla prima causa di cecità al mondo: la cataratta. La priorità cataratta sta dando il risultato sperato: la riduzione/scomparsa del backlog, cioè i casi in perenne attesa d'intervento e il significativo aumento del Cataract Surgical Rate (CSR), cioè il numero di casi di cataratta operata per milione di abitanti, grazie all'aumento quantitativo e qualitativo della chirurgia della cataratta implementata da questa campagna.

Ben poco invece è stato fatto per prevenire la cecità da glaucoma. In un passato non troppo lontano, le ONG



Trasporto con bicicletta su pista in Congo (RDC) -
foto di Richard Hardi

specialistiche internazionali asserivano che lo screening della malattia glaucomatosa, nei paesi a basso-medio reddito, era compito superiore alle loro capacità d'intervento. Erano, pur tuttavia, conscie della gravità del problema. Nei primi anni novanta CBM (Christian Blind Mission) inviò un oculista in Palestina, dove la prevalenza del glaucoma era elevata (1), al fine di imparare la tecnica della trabeculectomia. Lo stesso oculista, successivamente, insegnò la tecnica chirurgica ai medici del Ghana. In Africa centrale, invece, non fu presa alcuna iniziativa sino alla fine della decade scorsa, quando la ONG internazionale Light for the World (LFTW), mandò un oculista in un ospedale del Congo Sud (RDC), per formare uno specialista locale nella presa in carico medico-chirurgica del paziente glaucomatoso (stiamo parlando di estensioni di territorio vaste 10 - 20 volte l'Italia).

Allo stato attuale, l'alta prevalenza del glaucoma non curato in brousse è dovuta, essenzialmente, alla mancanza di una strategia che miri alla prevenzione della cecità dovuta alla malattia e alla messa in atto della relativa terapia medico-chirurgica su vasta scala. Per tanto, il fenomeno del backlog dei casi bisognosi di terapia ha assunto dimensioni inquietanti. È un fatto che, rifacendomi a quanto già detto, il rapporto cataratta: glaucoma, in certe aree, può giungere a 10: 3 o 10: 4, cioè, tre o quattro casi di glaucoma trattabile per ogni dieci casi di cataratta operabile.

Ecco alcune delle cause responsabili di questa situazione:

1. La cultura locale ignora la malattia cronica e quindi il paziente non sente il bisogno di curarsi. Anche quando il medico riesce a spiegare al paziente la necessità di usare il collirio (magari, donandogliene un campione), raramente il paziente accetta di continuare il trattamento per lunghi periodi, a sue spese.

Il costo di un flacone di Timololo Malleato si aggira sui 5 Euro, mentre un flacone di Xalatan o Travatan ha un costo pari al guadagno mensile di un contadino. Ciò fa sì che non rimanga altra opzione che quella chirurgica.

2. Gli oculisti locali, pur ricevendo una opportuna formazione durante il corso di specialità (il portfolio del Corso di Diploma in Oftalmologia, del West African College of Surgeons, richiede per sostenere l'esame di specialità, oltre ad altri interventi, il numero di 20 interventi di trabeculectomia eseguiti come primo operatore). Purtroppo, successivamente, molti specialisti non operano il glaucoma, mentre invece operano la cataratta e altre patologie.
3. La clinica del glaucoma è impoverita, localmente, dalla generale mancanza di perimetri moderni. La tonometria ad appianazione non è praticata rutinariamente nei pazienti di più di quarant'anni e i tonometri a soffio sono raramente disponibili. Anche lo Schiøtz è poco usato. L'unico esame effettuato con una certa attenzione e competenza è l'esame della papilla ottica e il rating della sua escavazione.
4. Se il paziente attribuisce scarsa importanza alla terapia, il medico, a sua volta, non insiste più di tanto sulla opzione chirurgica: l'intervento infatti non offre clamorosi risultati sul piano dell'acuità visiva. A differenza della cataratta il paziente, dopo l'intervento, non vedrà meglio. L'oculista stesso, praticando molto poco la chirurgia del glaucoma e non sentendosi sufficientemente sicuro, non insisterà più di tanto su questo argomento e preferirà prescrivere un collirio, pur sapendo cosa succederà: il paziente finirà di perdere il primo occhio e si ripresenterà al controllo quando il secondo occhio sarà gravemente compromesso. A quel punto il medico dirà che, purtroppo, è troppo tardi per l'intervento e prescriverà un altro flacone di collirio.

Queste deprimenti considerazioni non sono solo il frutto di una infelice esperienza personale; purtroppo è ciò che accade oggi in brousse, quasi dappertutto. Ho letto per anni rapporti statistici di una trentina di unità ocularistiche dell'Africa Occidentale dove la chirurgia del glaucoma non era neanche menzionata.

La strategia della presa in carico del glaucoma en brousse

C'è da chiedersi se la strategia del "Cataract Case Finding" descritta in un precedente articolo (2), non possa essere adattata alle esigenze del "Glaucoma Case Finding" (GCF). Probabilmente sì, magari dando una formazione ad hoc ai volontari dello screening di massa e

un tonometro al tecnico di oftalmologia incaricato di controllare i casi sospetti. Un progetto di questo genere potrebbe, ragionevolmente, avere l'obiettivo di portare il rapporto cataratta operabile: glaucoma trattabile, medica o chirurgicamente, in ospedale, da un routinario 10: 1 ad un 10: 3 (triplicare cioè il numero di glaucomi individuati), nelle aree dove il backlog è elevato. Cioè, in quasi tutte.

Ma anche se una nuova strategia di GCF dovesse provarsi efficace, poco servirebbe riferire pazienti glaucomatosi ad un reparto oculistico di un ospedale provinciale o regionale, se l'oculista che lo dirige non possiede le opportune conoscenze teorico-pratiche, gli strumenti necessari e soprattutto, la convinzione e la volontà di affrontare seriamente il problema.

Resta il fatto che, allo stato attuale delle cose, l'iniziativa più realizzabile a breve termine è l'implementazione di un programma di formazione permanente nella presa in carico del glaucoma all'indirizzo degli oculisti di unità oculistiche en brousse. Il successo di un tale programma, nella mia esperienza personale (LFTW in RDC, 2009-2010), porta il rapporto cataratta: glaucoma degli walk-in patients, al minimo richiesto di un caso di glaucoma trattabile (operabile) ogni 10 casi di cataratta operabili. Cioè, per ogni 1.000 interventi di cataratta, 100 interventi di glaucoma.

Per ottenere questo risultato, sono necessarie due missioni di formazione della durata di tre settimane ciascuna. La seconda missione avviene a tre mesi dalla prima. Le missioni sono sufficienti a fornire la necessaria formazione clinica e chirurgica al personale medico e paramedico locale. La ONG o l'ente statale che finanzia il progetto deve anche fornire al reparto gli strumenti necessari. Non ci si aspettano running costs, ovvero ulteriori costi di mantenimento del progetto, perché l'aumento dell'attività ospedaliera connesso alla cura del glaucoma contribuirà a rendere il reparto maggiormente autosostenibile.

La chirurgia

Come s'è visto, la chirurgia è la prima opzione. Difficilmente il follow up sarà possibile perché il paziente, generalmente, viene da lontano e si dovrà fare tutto il possibile perché sia operato subito dato che, quasi certamente, non ritornerà. Non si dovrà operare finché non sarà chiarissimo al paziente e all'accompagnatore quale è il fine dell'operazione: non si tratta di vedere meglio, ma di impedire che anche il secondo occhio diventi cieco, come sta succedendo (o è già successo) con il primo occhio. Tale condizione è frequente ed è questa che spinge il paziente alla visita. Soprattutto deve essere chiaro che



Trasporto di malato su zattera - foto di Richard Hardi

il suo caso è diverso da quello del suo vicino di letto che sarà operato di cataratta. Se il medico si esprime in modo autorevole e convincente il paziente accetterà l'intervento; altrimenti, lo rifiuterà.

Un secondo punto da chiarire è la durata dell'ospedalizzazione che sarà di tre giorni, a differenza di un giorno per l'intervento di cataratta. Nell'eventualità che l'occhio più compromesso conservi un residuo campo visivo che giustifichi l'intervento, si può proporre un secondo intervento, a tre giorni dal primo, all'occhio meno compromesso. In questo caso l'ospedalizzazione del paziente si protrarrà per un totale di sei giorni. Il motivo di questa scelta terapeutica è il fatto che se operato da un solo occhio, il paziente non si ripresenterà per il secondo intervento.

Se, invece, il paziente accetta la proposta di operare entrambi gli occhi a distanza di tre giorni uno dall'altro, è molto probabile che menzioni il problema dei costi: lui non aveva programmato di stare in viaggio così a lungo e il suo denaro non basterà alla permanenza. Quest'ultima evenienza può essere superata, in parte, offrendo i due interventi al prezzo di uno (se la Istituzione prevede questo tipo di accordo), oppure, si deve optare per intervenire sull'occhio con la prognosi migliore.

L'intervento di elezione è la trabeculectomia. Se eseguita correttamente, essa garantirà un duraturo controllo della PIO. La tecnica chirurgica utilizzata deve essere tale da evitare che si verifichino, tra le altre, le due complicazioni seguenti:

- La cicatrizzazione eccessiva, che comporterà, più tardi, il blocco della filtrazione
- La eccessiva filtrazione, con relativa Camera Anteriore molto bassa, già presente in prima giornata.

La prima complicanza si evita effettuando una accurata tenonectomia. A tal fine è opportuno praticare un lem-



Pioggia nella foresta equatoriale - foto di Richard Hardi

bo congiuntivale a base limbare. Ciò permette di asportare con più facilità lo strato della Tenone aderente alla congiuntiva. Ad intervento ultimato si deve nitidamente vedere, per trasparenza, attraverso la congiuntiva, il flap sclerale e le/la sutura (è frequente che il flap sclerale sia di forma triangolare ed abbia una sola sutura).

Per ciò che concerne l'eccesso di filtrazione, esso sarà evitato grazie ad una buona sutura del flap sclerale. In questo caso l'intervento termina con una CA perfettamente conformata.

Nella mia esperienza, in questi casi, al primo controllo si verifica che la PIO è superiore ai valori ottimali. Perché si ripristini il passaggio dell'acqueo allo spazio sottocongiuntivale e la PIO scenda ai valori desiderati, si deve esercitare una pressione controllata sul bulbo oculare dal basso verso l'alto, appoggiando il dito a livello del fornice inferiore. La pressione sarà aumentata gradualmente fino a che l'acqueo comparirà. Questa operazione, che si deve fare in prima giornata è sufficiente a garantire la filtrazione dell'acqueo per il futuro.

Come difficoltà aggiuntiva, va ricordato che non è facile, in Africa, trovare le indispensabili suture in Vycril 10-0.

Conclusioni

La campagna internazionale "VISION 2020: The Right To Sight" ha contribuito sensibilmente alla prevenzione della cecità da cataratta, tracoma ed oncocercoosi, tre delle quattro principali malattie potenzialmente cecitanti dei paesi a basso-medio reddito. Si può ragionevolmente supporre che, per quanto riguarda queste maggiori cause di cecità, l'obiettivo della campagna possa essere raggiunto entro l'anno 2020, deadline della campagna. Purtroppo ciò non è, fino ad ora, avvenuto nella prevenzione della cecità da glaucoma in Africa, continente che, fra tutti, ha la più alta prevalenza di questa malattia. Se si osserva ciò che le istituzioni e le ONG specialistiche internazionali hanno ottenuto nei primi 17 anni della campagna, nella lotta alla cecità da glaucoma, è difficile immaginare che nei sette anni che rimangono, la campagna raggiunga l'obiettivo prefissato anche per la cecità prevenibile da glaucoma. Se ciò non avverrà il successo della campagna sarà parziale e la cecità da glaucoma diventerà la prima causa di cecità prevenibile del mondo.

Questo articolo, suggerisce alcune strategie che potrebbero, a breve-medio termine, far fare un significativo passo avanti nella giusta direzione. Molto probabilmente, altri operatori sanitari locali, se opportunamente intervistati, proporrebbero, a loro volta, altre soluzioni. Data la vastità del Continente, non è improbabile che le soluzioni possano essere diverse a seconda delle realtà locali. Se è vero che, in generale, un oftalmologo non è un buon manager di progetti di oftalmologia in paesi a basso-medio reddito, è altrettanto vero che un buon manager di progetti di oftalmologia non è, in generale, un buon oftalmologo.

Con questa battuta voglio sottolineare l'importanza e la necessità del contatto permanente tra vertici e base dei progetti di prevenzione della cecità, perché solo ascoltando e dando voce alla esigenze della base, cioè dei medici impegnati in "prima linea", i vertici saranno in grado di prendere le giuste decisioni.

BIBLIOGRAFIA

1. P. Angeletti, P. Riva. Ophthalmic services in Gaza strip: a brief situation analysis in the frame of blindness prevention. La Medicina Tropicale nella Cooperazione allo Sviluppo, Vol. 9, 2-3:115-118
2. P. Angeletti, M. Angeletti. Cataract Case Finding. Oftalmologia Domani, Anno II, 2:31-33