

**A
I
C
C
E
R
2
2015**

ASSOCIAZIONE ITALIANA
di **CHIRURGIA** della **CATARATTA**
e **REFRATTIVA**

Disponibile anche **su APP**
per Smartphone e Tablet
Scaricala gratuitamente



LA VOCE
AICCCER
RIVISTA SCIENTIFICA DI INFORMAZIONI E



FGE S.r.l. - Reg. Rivelle, 7/F - 14050 Moasca (AT) - Trimestrale nr. 2/15 - Anno XVII



LAVORO AICCER

Disponibile anche su APP
per Smartphone e Tablet
Scaricala gratuitamente

**ASSOCIAZIONE
ITALIANA
DI CHIRURGIA
DELLA CATARATTA
E REFRATTIVA**

RIVISTA
SCIENTIFICA
DI INFORMAZIONE

2 2015

Direttori Editoriali e Scientifici

Scipione Rossi, Daniele Tognetto

Vice-Direttore Editoriale

Dario Aureggi

Direttore Responsabile

Ferdinando Fabiano

Comitato di Redazione

Giovanni Alessio, Roberto Bellucci, Aldo Caporossi,
Alessandro Franchini, Leonardo Mastropasqua,
Simonetta Morselli, Alessandro Mularoni,
Vincenzo Orfeo, Riccardo Sciacca,
Giorgio Tassinari, Paolo Vinciguerra

Redazione

Segreteria AICCER
c/o AIM Group - AIM Congress Srl
Via G. Ripamonti, 129 - 20141 Milano
tel. 02 56601.1 - fax 02 56609045
e-mail: segreteriaaiccer@aimgroup.eu

Dr. Scipione Rossi

e-mail: s.rossi@idi.it

Prof. Daniele Tognetto

e-mail: tognetto@univ.trieste.it

Segreteria di Redazione

Segreteria AICCER

FGE S.r.l.

tel. 0141 1706694

e-mail: f.fabiano@fgeditore.it

Grafica e Stampa

FGE S.r.l.

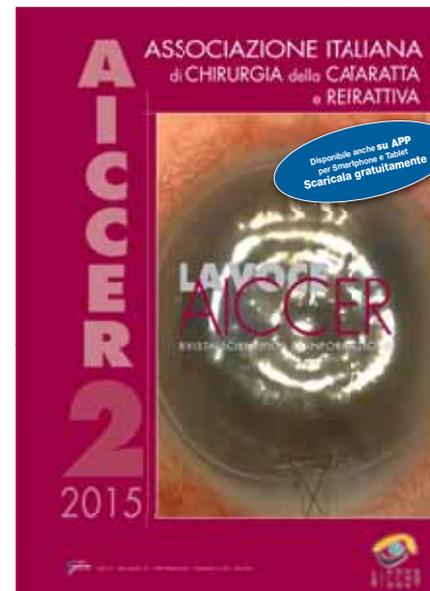
Pubblicità

FGE S.r.l.

Reg. Rivelle 7/F - Moasca (AT)

tel. 0141 1706694

e-mail: info@fgeditore.it



ISSN 1973-9419

Registrazione presso il Tribunale di Asti n° 5/98 del 15/12/1998

Chiuso in redazione: ottobre 2015

In copertina fotografia tratta dall'articolo
di Aldo Caporossi

Il contenuto degli articoli pubblicati è di esclusiva
responsabilità degli autori.

La riproduzione di articoli o parte di essi deve essere
autorizzata dall'Editore.

Inserzionisti:

- Alcon 2 - 4
- Amo III cover - 6
- Bausch + Lomb IV cover - 22 - 31 - 32
- Zeiss II cover

SOMMARIO

EDITORIALE	5
<i>di Roberto Bellucci</i>	
NOTIZIE DAL CONSIGLIO DIRETTIVO	7
<i>di Vincenzo Orfeo</i>	
CHIRURGIA DELLA CATARATTA Preparazione del campo operatorio	8
<i>di Vittorio Picardo, Alessia Bottoni</i>	
INTERAZIONI Nuove strumentazioni chirurgiche per la DMEK: tecnica personale	13
<i>di Aldo Caporossi, Luigi Mosca, Antonio Villano</i>	
CHIRURGIA DELLA CATARATTA Intraoperative Floppy-Iris Syndrome (IFIS), conoscerla bene conviene	16
<i>di Roberta Giannini, Annamaria Mauro, Tommaso Mascaro, Gaspare Colacino, Luigi Zompatori</i>	
CHIRURGIA DELLA CATARATTA Symfony: lenti a profondità di fuoco continuo	24
<i>di Emilio Pedrotti, Enrico Bruni, Erika Bonacci, Giorgio Marchini</i>	
SPECIALE Dietro le quinte del XVIII congresso AICCER	28
<i>di Alessandro Franchini</i>	



di Roberto Bellucci

Cari soci, cari amici,

È un grande onore per me assumere la presidenza dell'AICCER per gli anni 2015-2018, un onore inaspettato quando esattamente 30 anni fa impiantavo la mia prima lente intraoculare. Allora l'oftalmologia chirurgica non aveva lo sviluppo di oggi, ed anche le società scientifiche che poi si fusero nell'AICCER – l'AIF, la SIOR, la SICCER ed il CIICA – avevano un impatto limitato sull'oftalmologia italiana. Di queste, la SIOR era capitanata a quei tempi da Umberto Merlin, che mi ricordo sorrise quando gli chiesi dove studiare l'ottica della pseudofachia. "L'ottica della pseudofachia non la studi – mi rispose – ma ci puoi fare ricerca!". Ciao Umberto, ci hai lasciato una stupenda eredità!

Oggi viviamo un periodo straordinario di evoluzione scientifica e chirurgica, che ha cambiato la nostra professione nell'interesse principale dei nostri pazienti. I nostri congressi sono cresciuti moltissimo sia in livello scientifico che in partecipazione, e molto a seguito del grande lavoro prodotto dai direttivi e dai presidenti precedenti. L'AICCER è ormai la struttura di riferimento per l'educazione alla chirurgia del segmento anteriore in Italia, ed è pronta per un'evoluzione che la renderà ancora più efficace e capace di vincere le nuove sfide che la sua accresciuta dimensione pone. La formazione di comitati risponde a questo orientamento, e permetterà una migliore attenzione ai dettagli del programma, dai corsi alle presentazioni alla chirurgia in diretta. Un comitato sarà dedicato alle pubblicazioni, che sono una delle attività principali dell'associazione. Anche questo numero della Voce dell'Aiccer non fa eccezione, con i contributi di molti dei nostri scienziati più attivi. Incoraggio anche i giovani a mandarci i loro primi lavori. Ragazzi, partite dalle presentazioni fatte al convegno e mandate un testo al dott. Rossi: è questa la sede per le vostre prime "uscite". L'Aiccer ha deciso di dedicare un comitato alle esigenze dei giovani, così numerosi ai nostri congressi e che sono il futuro della nostra associazione come della nostra professione.

Rimane centrale la preparazione e organizzazione del congresso annuale, che nel 2016 sarà a Roma nella prestigiosa sede dell'università cattolica. Il prof. Caporossi è già al lavoro per costruire un congresso che ancora una volta sarà l'evento di riferimento per i nostri soci e per tutti gli oculisti italiani che si dedicano alla chirurgia del segmento anteriore.

Siamo tutti attesi a Roma, nella bella cornice del Gemelli, per un nuovo entusiasmante anno con Aiccer!

A presto.



di Vincenzo Orfeo

Cari amici dell'Aiccer,

dopo il grande successo del Congresso di Firenze, la nostra società sta valutando ulteriori spunti di miglioramento e di questo ho il piacere di riferirvi nel mio ruolo di segretario.

Alessandro Franchini ha coordinato il XVIII Congresso Aiccer con grande impegno e capacità grazie alla collaborazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. I risultati sono stati entusiasmanti sia per quanto riguarda il numero dei partecipanti, che ha superato le 1600 presenze, che nella qualità delle relazioni e soprattutto della chirurgia in diretta, da sempre il fiore all'occhiello di Aiccer; ben pochi congressi trasmettono il fascino e l'atmosfera che si respira nel congresso Aiccer! E ciò è dovuto alla partecipazione come relatori e come audience, di oculisti veramente interessati alla chirurgia della Cataratta e della Refrattiva.

Nella bellissima cornice del Palazzo dei Congressi di Firenze sono state anche effettuate le elezioni che ogni 3 anni vedono sottoporre la compagine del Direttivo al giudizio dei membri della società. Essendosi presentata una sola lista, non c'è stata storia. E proprio questo aspetto è stato dibattuto e da qualcuno criticato nell'assemblea dei soci.

Nell'ambiente sempre amichevole e costruttivo dell'assemblea dei soci Aiccer, delle critiche sono state mosse soprattutto al regolamento elettorale che prevedeva la presentazione di liste preordinate. In assemblea ognuno ha espresso la sua opinione: quel che è evidente è che in questa modalità il singolo che voglia presentarsi resta penalizzato. D'altronde è evidente che lo scopo delle elezioni è cambiare la squadra che lavora per la società: con il sistema a liste, non si eleggono una serie di singoli ma si elegge una squadra che ha molte più probabilità di lavorare bene fattivamente.

Una delle ipotesi sul tappeto è di creare un pool più ampio di candidati all'interno del quale si possano votare i singoli consiglieri.

Il nuovo Consiglio Direttivo vede Roberto Bellucci presidente, Leonardo Mastropasqua segretario scientifico, Alessandro Mularoni vice presidente vicario, Riccardo Sciacca vice presidente e Simonetta Morselli, Alessandro Franchini e Francesco Carones (new entry) consiglieri.

A fianco al Consiglio Direttivo restano immutate le cariche del segretario amministrativo, il sottoscritto Vincenzo Orfeo, e del responsabile editoriale Scipio Rossi. Nel Comitato Tecnico Scientifico entrano Paolo Vinciguerra, presidente, Giovanni Alessio, Stefano Gandolfi, Giuseppe Perone e Daniele Tognetto. L'Aiccer continuerà ad avvalersi dell'esperienza degli ultimi 2 past-president Aldo Caporossi e Giorgio Tassinari.

Appena eletto il nuovo Presidente, Roberto Bellucci, ha portato all'attenzione del Direttivo e del Comitato, una ipotesi di riorganizzazione della società che sia più consona alle dimensioni che questa va acquisendo. L'ipotesi prevede la costituzione di vari Comitati in cui trovino spazio tutti i componenti della società avendo ognuno dei compiti prestabiliti. I comitati possono lavorare anche separatamente avendo poi un momento comune di verifica e confronto con tutte le varie componenti della società. Questa ipotesi ancora da discutere, darebbe un impulso positivo per velocizzare i tanti progetti in corso.

Ora il Consiglio Direttivo ed il Comitato Tecnico Scientifico sono già al lavoro per il XIX Congresso Nazionale che si svolgerà al Gemelli a Roma dal 10 al 12 marzo 2016 coordinato da Aldo Caporossi dove si preannunciano interessanti novità sia sulla chirurgia della cataratta che sulla chirurgia refrattiva, 2 mondi in continua evoluzione di cui si discuterà sia in sessione congiunta che, per approfondimenti, in 2 grandi aule separate ma contigue.

Chiudo questo mio editoriale con un pensiero triste per un caro amico dell'Aiccer che ci ha lasciato, il grande Umberto Merlin. Grazie per l'esempio di vita che sei sempre stato e per i tanti insegnamenti che ci hai amorevolmente affidato.



Vittorio Picardo - Oculista, Roma

Alessia Bottoni - Ortottista, Frosinone

Preparazione del campo operatorio

Visita e terapia pre-operatoria

La preparazione dell'operando alla chirurgia oculare inizia nei giorni precedenti l'intervento con una visita oculistica con valutazione da parte del medico oculista (meglio ancora se l'operatore stesso) del caso clinico, con una valutazione della superficie oculare e l'eventualità di terapie preoperatorie opportune per ridurre rischi chirurgici e migliorare le condizioni preoperatorie dell'occhio. Per questo esistono protocolli che prevedono, in fase preoperatoria, colliri antibiotici o FANS o la modifica di terapie antiglaucomatose secondo i più comuni standard internazionali. In questa fase verranno anche eseguiti gli esami strumentali indispensabili per quello specifico intervento. La visita preventiva ricopre, quindi, notevole importanza poiché permette di ispezionare e studiare non solo il bulbo oculare nel suo complesso, ma ricercare approfonditamente, eventuali variabili tali da compromettere il buon esito dell'intervento. L'ortottista, in affiancamento all'Oculista, potrà quindi eseguire ad esempio l'oftalmometria, la microscopia endoteliale e la biometria per il calcolo della IOL, ... e dare così allo specialista le informazioni indispensabili richieste. In aggiunta a ciò, il chirurgo prende nota del tipo di cataratta (se matura o in evoluzione, nucleare o corticale, pseudo esfoliativa ecc...) e di tutte le altre condizioni che possano creare com-

plicanze durante l'intervento. La mattina stessa, l'ortottista potrà controllare che nella cartella clinica di ciascun paziente ci siano gli esami già eseguiti mentre l'infermiera di sala potrà allestire la scheda di assistenza infermieristica.

Accesso al complesso operatorio

La preparazione dell'intervento chirurgico racchiude in sé una serie di procedure e manovre pratiche da cui è impensabile esonerarsi. Tutti i singoli provvedimenti, infatti, hanno come unico scopo quello di ridurre al minimo la contaminazione batterica nella sala operatoria, e quindi, sul paziente da operare. Per entrare all'interno del blocco operatorio, tutti i membri dell'equipe chirurgica devono obbligatoriamente indossare copriscarpe, mascherina, cuffia, che deve contenere per intero tutta la capigliatura, e la divisa chirurgica, (casacca e pantalone), indossata negli appositi spogliatoi all'interno del blocco operatorio. Diversamente da quella del paziente, per il personale di sala, l'ingresso al complesso operatorio verrà effettuato all'interno di un percorso cosiddetto "pulito" tramite il quale si accede all' "area filtro" che costituisce una zona di deposito di tutto ciò che proviene dall'esterno. La "zona lavaggio", che fa seguito alla precedente, riveste un ruolo essenziale per tutta l'equipe della sala operatoria: le procedure di lavaggio rientrano tra le più importanti norme di igiene e sterilità che,

assieme alle restanti, sono capaci di ridurre al minimo la contaminazione della flora batterica residente e rimuovere quella transitoria prima di effettuare qualsiasi manovra chirurgica.

Preparazione della sala

In questa fase il paziente sarà giunto dentro il complesso operatorio e sistemato su una barella o una poltrona reclinabile per essere preparato all'ingresso in sala operatoria.

In questo tempo si dividono i compiti dell'equipe:

Infermiera di sala

Si occuperà della preparazione del paziente con disinfezione e pulizia della cute e della congiuntiva, verificherà la dilatazione pupillare, non sempre richiesta, identificherà l'occhio da operare ed eseguirà quelle ulteriori prestazioni professionali legate all'assistenza anestesiológica.

Ortottista

L'assistente in Oftalmologia che dovrà aiutare il chirurgo ad eseguire l'intervento, arriverà prima per verificare la presenza della cartella clinica a seguito del paziente, completa degli esami pre operatori.

Chirurgo

Il chirurgo dovrà, invece, rivalutare il caso clinico, verificando che in sala operatoria siano presenti gli strumenti e gli accessori necessari all'intervento programmato.

Tutta la disinfezione antisettica eseguita da ogni membro dell'equipe sia medico che paramedico, viene effettuata prima della vestizione di ciascuno e all'effettivo allestimento di ogni apparecchio elettromedicale posizionato all'interno del complesso operatorio (tavolo porta strumenti, microscopio operatorio, unità Faco...). Il lavaggio delle mani nella "zona filtro" viene eseguito o con Betadine chirurgico (Iodopovidone al 10% per la cute) o con detergenti antisettici (ad es. clorexidina) lasciati in posa per la durata minima di due minuti. Vengono dapprima inumidite mani ed avambracci fino a livello del gomito mediante sistemi di lavaggio automatici. Si procede, poi, ad insaponare entrambi mediante l'utilizzo di specifiche confezioni contenenti spatola pulisci-unghie e spugnette, imbevute di appositi detergenti, partendo dalla zona periungueale, interdigitale e dorso delle mani, fino ai gomiti per la durata minima necessaria. Il successivo risciacquo viene effettuato ponendo gli avambracci sollevati e facendo scorrere l'acqua dall'alto verso il basso, cioè verso il gomito. Di seguito vengono adoperati asciugamani sterili in TNT per procedere all'asciugatura di mani ed avambracci tamponando dall'alto e procedendo verso i gomiti: l'aiutante di sala si asciugherà dito per dito la mano con un lato del panno; segue, quindi, a tamponare la seconda mano con il panno capovolto, poi lo getta. A questo punto segue la vestizione della strumentista-ortottista, prima del chirurgo. La ferrista afferra il camice sterile, opportunamente piegato, verso l'interno dalla zona del collo così da lasciar-



Pulizia del paziente



Disinfezione sacco congiuntivale



Vestizione chirurgo



Inserimento guanti

lo aprire per gravità. Una volta disteso, vengono infilate le maniche, lasciando aperto il camice posteriormente: per il fatto stesso che il camice non sia allacciato, la zona posteriore scoperta risulta altamente contaminata: è importante quindi che la strumentista ponga molta attenzione a non vagare per la sala operatoria, per non inquinare gli oggetti circostanti, cercando al tempo stesso, di mantenere gli avambracci sollevati per lo stesso motivo. Di seguito, l'infermiera di sala porgerà alla ferrista una confezione di guanti che ella stessa aprirà: i guanti, aperti dalle alette dell'involucro sterile, sono già ripiegati verso l'esterno nella porzione a contatto con il polso, per poterli indossare senza contaminarli.

Viene, così, inserita la prima mano per poi afferrare il guanto successivo stavolta dalla porzione esterna poiché a contatto con superficie sterile. Indossati entrambi, la strumentista-ortottista procederà a sistemare ciascun guanto portandolo fino a livello del polso, senza mai toccare le parti interne. Solo a questo punto è possibile far allacciare il camice precedentemente indossato da personale sterile. Per poter mantenere la sterilità, l'infermiera di sala afferrerà l'estremità del cartellino non sterile appositamente esposto su di un laccio del camice e, facendolo girare attorno alla vita, eviterà il contatto con la porzione distale sterile del laccio. Terminata così la vestizione della strumentista, si procederà di seguito a quella del chirurgo. Secondo la stessa sequenza, la ferrista afferra un camice sterile piegato verso l'interno e lo distende per gravità. La strumentista-ortottista terrà il camice dalla porzione del collo permettendo al chirurgo di inserire le braccia facendo fuoriuscire le mani. Anche stavolta sarà l'infermiera di sala a provvedere ad allacciarlo posteriormente così che questo andrà a coprire la divisa chirurgica non sterile. Nel frattempo la ferrista si occuperà dell'inguantamento del chirurgo. Seguendo la metodica prima descritta, l'infermiera di sala afferrerà una confezione di guanti della



Tavolo servitore





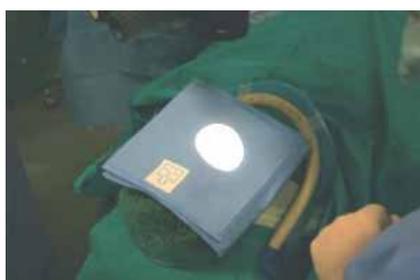
Disinfezione in sala operatoria

misura giusta così da lasciarli cadere su una superficie sterile. La ferrista, poi, aprendoli dalle alette interne della confezione, tenderà ad allargare il più possibile l'apertura di questi permettendo all'estremità del guanto di posizionarsi fin oltre il polso del chirurgo. Terminata, così, la vestizione dei singoli componenti dello staff chirurgico, la strumentista si occuperà della acquisizione dei ferri necessari e quant'altro (visco, suture...) mentre viene sistemato il paziente. Spesso l'occorrente per l'esecuzione di ogni tipo di intervento oftalmico è sistemato all'interno di apposite confezioni sterili denominate "Custom Pack". Esso contiene un insieme di dispositivi medici specifici per ogni tipo di intervento da eseguire (cannule, aghi, suture, microbisturi, telo mayo, tamponi, camici, garze, siringhe...) predisposti secondo le scelte dell'equipe. Aprendo il pacco, verranno posati su di esso i ferri chirurgici disposti secondo un preciso ordine con il quale la ferrista riuscirà a passare al chirurgo il ferro esatto nel minor tempo possibile. Si allestirà e si verificherà il funzionamento dell'unità Faco o degli altri

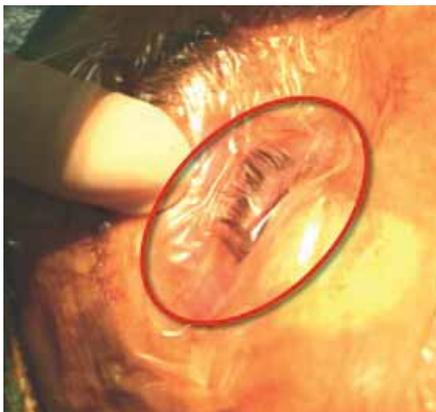
strumenti, e si procederà quindi alla copertura del paziente.

Preparazione del paziente

È uso di molte strutture ammettere il paziente in sala operatoria con indosso pigiama senza l'utilizzo di camici, una cuffia nella quale raccogliere per intero i capelli, e dei copriscarpe o calzini. In particolare per le signore andrà evitato trucco, smalto e qualsiasi altro tipo di gioiello per non interferire con gli elettrodi del monitoraggio cardiaco, e pertanto ai pazienti donna sarà importante ricordare una buona deterzione del volto. Giunto il paziente nella pre sala, si procederà all'esecuzione dell'anestesia topica (o in alternativa interverrà l'anestesista per quella generale, in caso di bambini o adulti non collaboranti). Verranno instillati colliri a lunga durata (marcaina, lidocaina) oltre ai midriatici già adoperati in reparto (i colliri midriatici possono essere sostituiti anche da inserti). Tutta la preparazione del paziente viene affidata all'infermiera di turno che si occuperà di preparare le miscele anestetiche, in caso di anestesia loco regionale. La disinfezione della cute palpebrale viene eseguita in pre sala o sul lettino operatorio con Iodopovidone al 10%. Il soggetto viene così disposto sul lettino operatorio dove l'infermiera non sterile provvederà al posizionamento degli elettrodi per il monitoraggio cardiaco e all'applicazione del sistema di ventilazione con ossigeno. Il paziente verrà sdraiato ricercando una posizione confortevole per impedire dolori di schiena e micro spostamenti capaci di compromettere l'intervento. Successivamente si procederà ad una ulteriore disinfezione della zona perioculare e del sacco congiuntivale con collirio di povidone al 5% prima dell'anteposizione del telino sterile sul paziente. La disinfezione cutanea



Copertura con telo



Particolare ciglia



Passaggio di strumento

viene eseguita orientando il batuffolo in senso concentrico, dall'interno verso l'esterno facendo ben attenzione a disinfettare i fornici. A questo punto il chirurgo porrà il telino adesivo sull'occhio da operare dopo aver asciugato bene la cute. Il telino è composto da un velo completamente sterile caratterizzato da una fessura quadrangolare adesiva trasparente da adagiare sull'occhio da operare. Il chirurgo posiziona il lato adesivo sull'occhio a palpebre aperte per coprire per intero tutto il volto, dispiegando successivamente il telo. Un aspetto da non sottovalutare durante questa manovra è

la buona copertura delle ciglia, manovra che può essere complicata sia dalla scarsa collaborazione del soggetto, per l'assenza di acinesia caratteristica dell'anestesia topica, sia da una peculiare anatomia oculare. Applicato il telo, la ferrista provvederà a porgere al chirurgo forbicine smusse per tagliare una fessura di grandezza tale da esporre il bulbo. L'ultima, ma essenziale manovra prima dell'atto chirurgico, sarà posizionare il blefarostato per divaricare le due palpebre, impedendo un loro spontaneo ravvicinamento.

E si comincia...



di Aldo Caporossi, Luigi Mosca, Antonio Villano

Nuove strumentazioni chirurgiche per la DMEK: tecnica personale

Il trapianto descemetico-endoteliale (DMEK) rappresenta oggi la soluzione più evoluta nella chirurgia lamellare posteriore. I risultati funzionali, la minore ipermetropizzazione, il recupero visivo più veloce e la minore presenza di rigetto vengono però a scapito di una tecnica più difficile, con una curva di apprendimento faticosa e non priva di insuccessi; sono state tante le tecniche chirurgiche presentate in questi anni, ma appare evidente che in questa chirurgia le manipolazioni e i contatti con il lembo devono essere evitati.

Ho pensato e realizzato due cannule irriganti per la descemetorexi ed il suo raccoglimento (prodotte

da Janach, Como, Italia) evitando l'uso dell'anterior chamber maintainer e riducendo gli ingressi in camera anteriore ad una sola incisione di 2.5 mm (*Figure 1 e 2*).

Il lembo che ci perviene dalla Banca degli Occhi di Mestre è già pre-tagliato, ma ancora aderente al resto della cornea: questo ha rappresentato un grosso progresso facilitando la vita del chirurgo e rendendo la chirurgia più ripetibile.

La lamella viene tagliata con il solito punch da PK delle dimensioni volute e da qui inizia la tecnica "SCUBA no-touch". La lamella viene messa in un contenitore pieno di soluzione BSS e separata con



Figura 1. Uncini inversi irriganti per descemetorexi (Prodotto Janach, Como, Italia)



Figura 2. Spatole irriganti per stripping della membrana di Descemet (Prodotto Janach, Como, Italia)

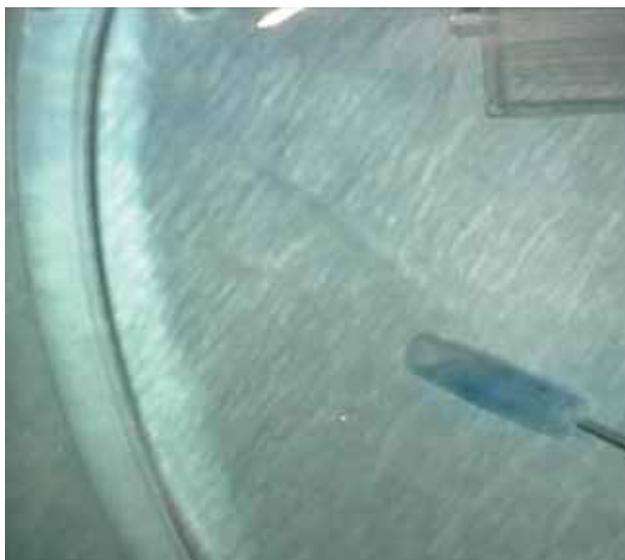


Foto 3. Lamella corneale da donatore immersa in soluzione BSS, prima dell'inserimento nell' iniettore

facilità dal resto del tessuto, spontaneamente o con l'aiuto di una cannula irrigante, sempre immersa nella soluzione BSS, dopo averla colorata con Trypan Blue.

Immediatamente, in relazione all'età del donatore, la lamella prende la posizione di riposo. A questo punto nel contenitore contenente la soluzione BSS e la lamella (*Figura 3*) viene immerso un iniettore e sempre con tecnica "no-touch" si fa entrare la lamella nell'iniettore in cui nel frattempo è stato

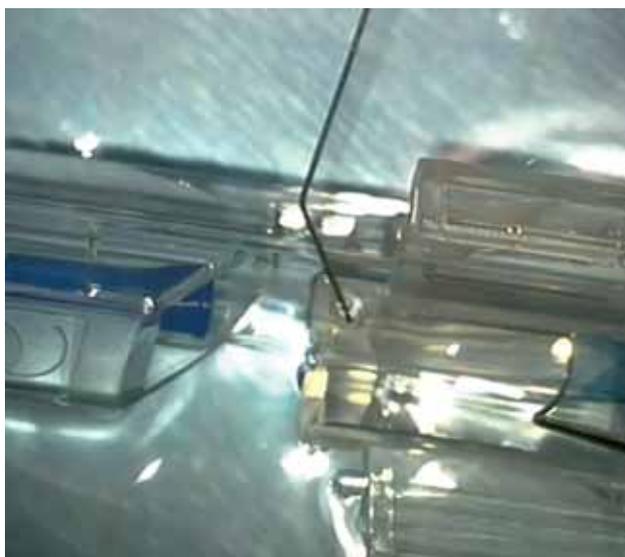


Figura 4a. Inserimento della lamella corneale nell' iniettore con tecnica "SCUBA no-touch"

occluso il foro di uscita (*Figura 4 a, b*).

Il sistema è pronto a questo punto per l'introduzione in camera anteriore, dopo aver posizionato un punto di sutura ad "X" sull'ingresso lasciato non chiuso. Lentamente si spinge la lamella in camera anteriore e si estrae l'iniettore tesando contemporaneamente la sutura per impedire l'uscita di liquido dalla camera anteriore e soprattutto della lamella con il liquido, situazione non infrequente ma gravissima, tanto da far abortire la tecnica e convertire in altro (DSAEK, altra DMEK).

A questo punto molti autori eseguono le tecniche più disparate: bolla d'aria sopra il lembo e poi sostituita con bolla d'aria sotto, manovre con contatto con spatola, cannule irriganti, ecc.. ma soprattutto la tecnica con "picchiature" dall'esterno, tecnica che può far consumare anche tanti minuti e determinare grosse perdite di cellule endoteliali, mentre il lembo perde colore e tutto diviene più confuso. Più confuso diventa tanto la cornea è meno trasparente ed il caso clinico più impegnativo. Per questa ragione ho disegnato e realizzato una cannula piatta chiusa in punta con 6 fori a 3 mm di distanza (*Figura 5*): con questa cannula si entra in camera anteriore (già chiusa dalla sutura), si arriva con la cannula all'interno del "roll" della lamella ed al chirurgo spetta di eseguire la manovra con la quale produce una irrigazione "modulata" con la cannula, dove il getto di acqua dispiega la lamella (*Figura*



Figura 4b. Lamella corneale nell'iniettore prima dell'introduzione in camera anteriore

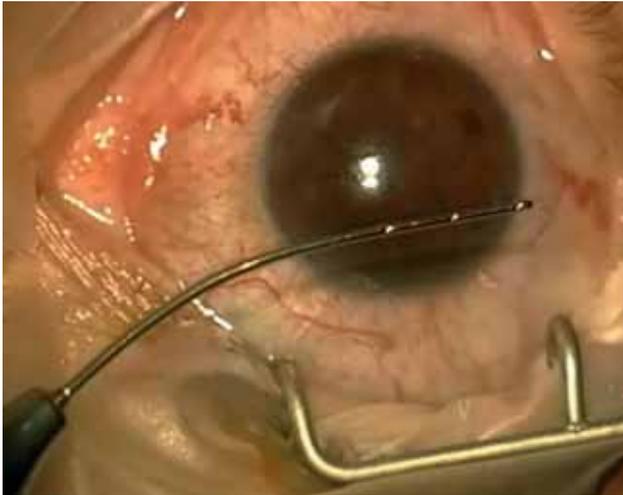


Figura 5. Cannula irrigante a 6 vie laterali (Prodotto Janach, Como, Italia)

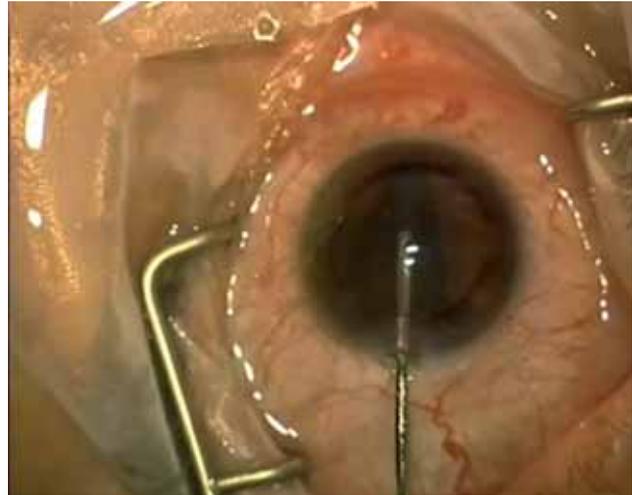


Figura 6. Dispiegamento del lembo in camera anteriore attraverso irrigazione modulata con cannula a 6 vie

6) ed il chirurgo contemporaneamente modula la diminuzione della profondità della camera anteriore deprimendo l'ingresso chirurgico, sino a ritrovarsi con il lembo dispiegato e la camera anteriore di dimensioni e profondità tali da congelare la situazione, con il lembo dispiegato e bloccato dalla scarsa profondità della camera.

Tutto facile ora, nel momento di iniettare la bolla d'aria in camera anteriore che terminerà la chirurgia (Figura 7).

La nuova tecnica chirurgica è stata già presentata dal Prof. Caporossi nel corso del Congresso Nazionale della Società Oftalmologica Meridionale (S.O.M.) e della Società Italiana Cellule Staminali e Superficie Oculare (S.I.C.S.S.O.) del 2015.

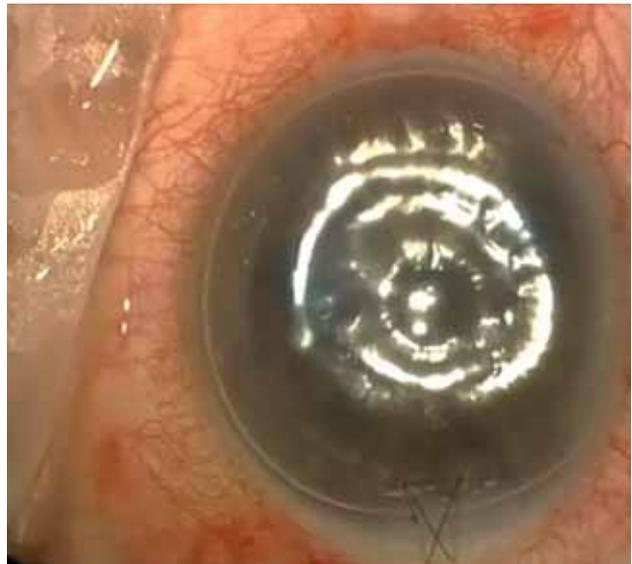


Figura 7. Riempimento della camera anteriore con bolla d'aria sotto il lembo descemetico



di Roberta Giannini, Annamaria Mauro, Tommaso Mascaro,
Gaspere Colacino, Luigi Zompatori

Intraoperative Floppy-Iris Syndrome (IFIS), conoscerla bene conviene

La Sindrome dell'iride a bandiera o Intraoperative Floppy-Iris Syndrome (IFIS), fu descritta per la prima volta da Chang e Campbell nel 2005. È caratterizzata da una scarsa midriasi preoperatoria e da tre segni intraoperatori: il fluttuare dell'iride, la propensione dell'iride a prolassare verso le incisioni del tunnel corneale e degli accessi laterali e la progressiva costrizione del forame pupillare. La Sindrome sembra presentarsi nel 2% dei pazienti che si sottopongono ad intervento di cataratta e Chang e Campbell nei loro studi riportano la forte associazione dell'IFIS con l'uso sistemico del farmaco alfa1- antagonista Tamsulosina cloridrato mentre nessuna correlazione con il colore degli occhi, diabete o pseudoexfoliativo.¹

Tamsulosina cloridrato è una dei tanti farmaci sistemici alfa1-antagonisti adrenergici comunemente prescritti per il trattamento dei sintomi del tratto urinario inferiore tipici della Iperplasia Prostatica Benigna (IPB) in quanto rilascia la muscolatura liscia prostatica risolvendo l'ostruzione al flusso urinario. L'associazione tra utilizzo di Tamsulosina cloridrato ed IFIS è stata confermata in vari studi anche se con diverse percentuali di frequenza.

Essendoci nella muscolatura liscia dell'iride recettori alfa adrenergici simili a quelli prostatici si è ipotizzato che IFIS sia dovuta all'effetto del farmaco sui recettori iridei, anche se IFIS dovrebbe essere vista in un contesto più ampio di quello

definito originariamente, dato che ogni farmaco o patologia capace di rilasciare la muscolatura liscia iridea può potenzialmente creare delle condizioni favorevoli all'insorgere di questa sindrome.

Negli ultimi 10 anni, i farmaci alfa1 antagonisti vengono largamente usati nel trattamento dell'IPB e dei sintomi del tratto urinario inferiore associati all'IPB. Pertanto per l'aumento dell'età media un sempre maggior numero di pazienti anziani che necessitano dell'intervento di cataratta possono contemporaneamente avere disturbi a carico del tratto urinario inferiore o una IPB e quindi assumere un farmaco alfa1 antagonista.^{2,3}

È stata presa in rassegna pertanto tutta una serie di lavori e ricerche riguardanti questa Sindrome al fine di fornire sulla base anche della nostra esperienza chirurgica una serie di considerazioni utili nel caso in cui ci si trovi di fronte ad un paziente che necessita di intervento di cataratta e che sia in terapia con un farmaco simile alla Tamsulosina.

I Recettori adrenergici

Nel Sistema Nervoso autonomo i neuroni postgangliari del parasimpatico secernono acetilcolina quelli del simpatico noradrenalina. La stimolazione delle fibre simpatiche dirette alla midollare del surrene determina la liberazione di grandi quantità di noradrenalina e di adrenalina.

I recettori adrenergici legano le catecolamine endo-

gene adrenalina e noradrenalina. La noradrenalina eccita prevalentemente i recettori alfa ma in una certa misura anche i beta. L'adrenalina eccita entrambi i tipi di recettori. Certe funzioni alfa sono eccitatorie mentre altre inibitorie e similmente le funzioni beta.

I recettori adrenergici (AR) fanno parte di una grande famiglia di recettori. Originariamente divisi in due categorie alfa AR e beta AR presentano in realtà nove sottotipi: alfa1a, alfa1b, alfa1d, alfa2 a, alfa2b, alfa2c, beta1, beta2 e beta3. I nove sottotipi alfa e beta si distinguono in base alla loro struttura, farmacologia, interazione con il neurotrasmettitore e loro posizione a livello della terminazione nervosa (pre o post sinaptica). I recettori presinaptici sono del tipo alfa2 ed in particolare sottotipo alfa2a. Una stimolazione dei recettori alfa2a presinaptici inibisce il rilascio di noradrenalina (neurotrasmettitore capace di legarsi a tutti i sei sottotipi recettoriali alfa postsinaptici) dalla terminazione nervosa, riducendo indirettamente il tono simpatico. La presenza e la fisiologia degli alfa AR post sinaptici dipende dal tessuto esaminato. Perciò è dall'equilibrio ed il posizionamento dei vari AR in un dato tessuto che ne risulta una risposta organo specifica.

Recettori alfa presenti nel muscolo dilatatore dell'iride

La stimolazione simpatica nell'iride fa contrarre le fibre muscolari lisce radiali (muscolo dilatatore) facendo così dilatare la pupilla. In queste fibre muscolari sono presenti recettori alfa, alfa1a post-



sinaptici ed alfa2a presinaptici e recettori beta. Gli agonisti dei recettori alfa1a postsinaptici contraggono il muscolo dilatatore producendo midriasi. Gli antagonisti degli alfa1a rilasciano lo stesso muscolo provocando miosi. I recettori beta mediano il rilasciamento del muscolo dilatatore.

Ruolo dei Recettori alfa1 AR nell'IPB

L'ipertrofia prostatica benigna (IPB) causa una sintomatologia di tipo ostruttivo del tratto urinario inferiore con conseguente deterioramento della qualità di vita. Sebbene la prevalenza di tale patologia vari nei diversi paesi, approssimativamente il 50% degli uomini di età superiore ai 50 anni ed il 90% degli uomini di età superiore agli 85 ne soffre e richiede un trattamento farmacologico.

L'IPB consiste in due componenti: una statica riferibile solo alle dimensioni della ghiandola ed una dinamica relativa alla contrazione liscia prostatica. Il principale sottotipo alfa recettoriale responsabile della contrazione della muscolatura liscia della prostata, dell'uretra e del collo vescicale è quello alfa1a (70%).

Il bloccaggio degli alfa1aAR prostatici provoca il rilasciamento della muscolatura liscia prostatica ed il risolversi dell'ostruzione al flusso vescicale. Pertanto il bloccaggio degli alfa1aAR è capace di modificare, agendo sulla contrazione muscolare liscia, la componente dinamica della iperplasia prostatica benigna.⁴

Farmaci dilatatori pupillari

L'iride è stata riconosciuta solo relativamente di recente essere un tessuto estremamente complesso da un punto di vista biologico.

Classicamente il muscolo liscio dilatatore dell'iride insieme al muscolo costrittore sono sempre i responsabili della dilatazione pupillare. Tale dilatazione è data infatti dall'equilibrio tra attività simpatica e parasimpatica delle vie nervose innervanti l'iride attraverso rispettivamente l'attività dei recettori adrenergici e muscarinici. Molti dei farmaci usati come agenti midriatici ancora oggi, utilizzano le vie simpatichiche e parasimpatiche per mediare i loro effetti: la Fenilefrina ad esempio è un agonista dei recettori alfa1 adrenergici (alfa1-AR) ed il ciclopentolato, un agente antimuscarinico (o an-

ticolinergico). La Fenilefrina è somministrata per via topica, di routine prima di un intervento di cataratta al fine di ottenere una buona midriasi ed ottimizzare così le condizioni che precedono l'intervento.

Farmaci alfa 1 agonisti ed antagonisti adrenergici

Quattro farmaci alfa1 antagonisti sono disponibili in commercio: Tamsulosina cloridrato antagonista alfa1a ed alfa1d sottotipo selettivo; Alfuzosina, Doxazosina e Terazosina antagonisti alfa1AR non selettivi per alcun sottotipo.

La Tamsulosina cloridrato è uno dei farmaci alfa 1 antagonisti adrenergici più utilizzati per il trattamento dell'IPB.

I primi farmaci approvati per tale impiego negli Stati Uniti furono la Terazosina e il Doxazosina. Questa classe di farmaci migliora lo svuotamento vescicale e riduce la frequenza delle minzioni rilasciando la muscolatura liscia a livello prostatico e del collo vescicale. Poiché anche la contrazione della muscolatura liscia vascolare è mediata dai recettori alfa1- adrenergici, sia la Terazosina che la Doxazosina vengono prescritti anche nell'ipertensione e l'ipotensione posturale è un potenziale effetto collaterale di questi alfa bloccanti.

Per questo motivo la Tamsulosina è più uroselettiva con minor numero di effetti collaterali cardiovascolari rispetto alla Terazosina e Doxazosina che non sono alfa1- bloccanti selettivi. L'emivita plasmatica dei quattro farmaci antagonisti disponibili è simile e va dalle 10 alle 22 ore. E tutti e quattro sono antagonisti competitivi perciò il loro effetto clinico e la loro capacità di legame può essere ridotta dalla somministrazione di agonisti come la norepinefrina (NE), epinefrina e fenilefrina.

Ultimamente nel 2008 la Silodosina (Rapaflo) è diventata la più recente alfa1a antagonista dopo la Tamsulosina ad essere utilizzata nella IPB essendo molto selettiva nei confronti dei recettori alfa1a. Non vi sono sufficienti studi clinici, ma potrebbe essere causa di IFIS al pari della Tamsulosina.

IFIS è stata anche associata ad altri trattamenti per la IPB come la Finasteride ed il rimedio saw palmetto ed inoltre ad una grande varietà di farmaci inclusi degli antipsicotici che possono avere degli

effetti alfa antagonisti. Inoltre i farmaci alfa 1- antagonisti sono prescritti anche per la ritenzione urinaria o l'ipertensione e quindi è importante tener presente per tali ragioni che l'IFIS può insorgere in entrambi i sessi.

Vi sono diversi studi retrospettivi e prospettici che suggeriscono che confrontata con la Tamsulosina l'IFIS appare essere meno frequente e meno grave nei pazienti che assumono un sottotipo non alfa1 non selettivo.

Gli inibitori della 5-alfa reduttasi, Finasteride e Dutasteride (Avodart), rappresentano una classe di farmaci differente approvata per il trattamento dei sintomi del tratto urinario inferiore nella IPB. Questi farmaci abbassano il livello dell'ormone diidrotestosterone, con il conseguente effetto di ridurre le dimensioni della prostata nel tempo. Confrontati con gli alfa- antagonisti, l'inizio del miglioramento dei sintomi urinari impiega più tempo, e questi farmaci possono essere associati ad effetti collaterali nella sfera sessuale reversibili e che si riducono nel tempo. Un recente trial sulla prevenzione del cancro prostatico del National Cancer Institute ha trovato che Finasteride riduce il rischio del cancro prostatico dal 25% al 30% negli uomini dai 55 anni in su. A parte un aneddotalico caso di IFIS associato a Finasteride, non vi sono studi che indichino un rischio significativo di IFIS con questa classe di farmaci. Vi sono degli studi in corso per accertare se anche la Dutasteride riduca i rischi di cancro prostatico.^{5,6,7,8}

Intraoperative Floppy- Iris Syndrome strategie

Per gestire gli aspetti dell'IFIS che preoccupano al momento dell'intervento sono state avanzate diverse proposte.

Nei casi in cui ci si aspetti preoperatoriamente un IFIS sarebbe consigliato ad esempio per quanto riguarda il posizionamento degli accessi chirurgici eseguire un'incisione anteriore alla radice dell'iride, in cornea chiara. Eseguire un'idrodissezione molto delicata al fine di evitare il prollasso irideo. Ridurre i valori dell'infusione e dell'aspirazione e se possibile dirigere il flusso dell'infusione lontano dal margine pupillare. Eseguire una facoemulsificazione bimanuale a piccola incisione, può ridurre la tendenza a

prolassare dell'iride, grazie alle incisioni più strette, ma non è d'aiuto nelle IFIS più severe. Utilizzare viscoelastici ad alta viscosità o viscoadesività. Infine una parziale sfinterectomia ed uno stiramento meccanico della pupilla oltre a non essere efficaci possono esacerbare la condizione come riportato da Chang e Campbell.

Accortezze farmacologiche

L'emivita plasmatica di Tamsulosina va dalle 48 alle 72 ore. Sebbene sembrerebbe logico interrompere l'utilizzo della Tamsulosina prima dell'intervento di cataratta, l'effettiva utilità di ciò appare controverso.

In un loro iniziale lavoro sull'IFIS, Chang e Campbell riportano l'osservazione di IFIS in pazienti che avevano interrotto l'utilizzo di Tamsulosina da più di un anno. Questo inaspettato riscontro fu di seguito confermato da altri lavori.

In un piccolo studio clinico, Tamsulosina è stata riscontrata in campioni di umore acqueo appartenente a pazienti che avevano sospeso il farmaco da 7 a 28 giorni antecedenti l'intervento di cataratta, suggerendo un tempo di legame recettoriale molto prolungato. In un trial prospettico eseguito su 167 occhi di pazienti sottoposti ad intervento di cataratta, il farmaco fu sospeso prima dell'intervento in 32 casi (19%). Da questo ne è risultata una maggiore midriasi all'inizio dell'intervento ma non un miglioramento statisticamente significativo per quanto riguarda la severità dell'IFIS.

Il rischio di causare una ritenzione urinaria acuta sospendendo preoperatoriamente tamsulosina non è conosciuto ma si crede assai basso. Complessivamente però appare che sospendere l'utilizzo di Tamsulosina preoperatoriamente non prevenga l'insorgenza di IFIS e non riduca la sua severità.

L'iniezione intracamerulare di farmaci alfa1-agonisti è stata provata al fine di stimolare direttamente i recettori del muscolo liscio irideo dilatatore del forame pupillare. Alcuni hanno utilizzato la fenilefrina, altri l'epinefrina in pazienti in terapia con Tamsulosina. Si ricorda di utilizzare sempre soluzioni diluite per esempio 1:1000 di epinefrina unite con una soluzione di BSS per tamponare il pH acido. L'uso intracamerulare di fenilefrina o epinefrina si è visto possa dilatare la pupilla in alcuni ma

non in tutti gli occhi aventi IFIS. Inoltre questi farmaci frequentemente ripristinano la rigidità dell'iride incrementando il tono del muscolo dilatatore, riducendo così la tendenza dell'iride a prolassare e a sventolare. Il rischio di scatenare in questo modo un attacco acuto ipertensivo non è ben noto ma è stato riportato.

Masket sostiene che l'utilizzo di atropina collirio preoperatoriamente aumenti la midriasi nei pazienti a rischio di sviluppare un IFIS. Sebbene questo approccio sia d'aiuto in qualche occhio, un trial prospettico sull'utilizzo di Tamsulosina ha messo in evidenza che l'atropina utilizzata preoperatoriamente da sola abbia una minima affidabilità come strategia per prevenire l'IFIS.

Strategie nella scelta del viscoelastico più adatto

L'Healon5 (sodio ialuronato al 2.3%) è molto coesivo ed eccelle nella capacità di mantenere la midriasi e di bloccare il prolasso dell'iride dalle incisioni grazie alla sua alta viscosità. Tuttavia è importante impostare un basso valore di flusso e di vuoto durante la fase di infusione ed aspirazione per mantenere il viscoelastico il più possibile in camera anteriore. Se la pupilla si restringe durante la facoemulsificazione, l'Healon5 può essere reiniettato. In confronto con l'utilizzo di dispositivi meccanici, con l'Healon5 si è più dipendenti dalla tecnica di facoemulsificazione utilizzata e dai parametri di fluidica.

Questa strategia è perciò meno adatta se si desidera usare un alto valore di vuoto per nuclei più densi o se il chirurgo non ha molta esperienza con questo settaggio.

Altri viscoelastici possono essere usati al posto od in combinazione con Healon5, Arshinoff suggerisce di utilizzare un viscoelastico dispersivo come il Viscoat (Hyaluronato di sodio al 3%- condroitin solfato al 4%) perifericamente, seguito dall'iniezione di Healon5 centralmente per creare quello che lui chiama la tecnica della conchiglia morbida per l'IFIS. Altri hanno riscontrato che il DisCo Visc (acido ialuronico all'1.6%- condroitin solfato al 4%) rimane nell'occhio più a lungo ed è meglio dell'Healon5 per l'IFIS quando vengono usati parametri di flusso e di vuoto elevati.^{9,10}

Dispositivi per distendere meccanicamente la pupilla

I retrattori iridei e gli anelli espansori pupillari dilatano meccanicamente la pupilla, prevengono la miiosi intraoperatoria ed evitano il prolasso irideo. Gli anelli espansori sono anelli di plastica scanalati e vengono filettati lungo il margine pupillare usando un iniettore metallico. L'anello non è completamente chiuso e l'apertura viene allineata con il punto di incisione del tunnel in modo da fornire un accesso alla punta del faco. Ve ne sono di tipi già montati in silicone. Tutti questi anelli sono molto difficili da posizionare specialmente se il foro pupillare è inferiore a 4 mm di larghezza o se la camera anteriore è bassa. Un altro dispositivo disponibile, pieghevole e quadrato creato da Malyugin è distribuito da Microsurgical Technology. Fatto di propilene 5-0, questo dispositivo flessibile viene iniettato anch'esso in camera anteriore con un iniettore. La sua bobina circolare si impegna nel bordo pupillare per allargarlo fino a 6 mm di diametro ed è il più facile dispositivo pupillare da inserire e da rimuovere.¹¹

Ad ogni modo i retrattori pupillari sono la strategia meccanica più usata per dilatare una pupilla in caso di IFIS. I retrattori iridei possono essere di nylon 6-0 (Laboratori Alcon) usa e getta, quelli che più frequentemente si utilizzano presso il nostro centro, oppure di polipropilene 4-0 (prodotti da Katerna, FCI ed Oasis) e sono risterilizzabili. Secondo la nostra esperienza se ne posizionano quattro ad esempio per l'occhio sinistro alle ore 1, 5, 8, 11, utilizzando gli accessi ad ore 6 e 12 per l'infusione e aspirazione e quello ad ore 3 per il faco (accesso temporale). Un quinto retrattore può essere inserito ad ore 3 sotto al tunnel al fine di tirare l'iride posteriormente e non averla in mezzo durante la facoemulsificazione.

Se la pupilla è fibrotica ad esempio secondaria ad un uso cronico di miotici oppure per sinechie posteriori, lo stiramento eccessivo con i retrattori iridei potrebbe causare sanguinamento, rotture strappi dello sfintere o una midriasi permanente. Tutto questo non succede però nella pupilla in corso di IFIS, in cui la pupilla è così elastica che prontamente ritorna alla sua dimensione originaria non appena rimossi i retrattori nonostante venga stirata massimamente.

Associazione di più strategie

IFIS può presentarsi in modi diversi. Il grado di severità di IFIS può variare da paziente a paziente, ma anche da un occhio all'altro dello stesso paziente può presentarsi in modo differente. Data quindi l'enorme variabilità è difficile poter concludere se una tecnica per gestire l'IFIS sia superiore ad un'altra senza un trial prospettico randomizzato od uno studio bilaterale.

In ordine decrescente di frequenza si può però affermare che le strategie più utilizzate sono: l'iniezione intracamerulare di un alfa-agonista (38%), i retrattori iridei (23%), l'instillazione di atropina preoperatoriamente (19%), l'utilizzo di Healon5 (15%) e gli anelli dilatatori pupillari (4%).

Purtroppo non ci sono modi affidabili per prevedere in anticipo la gravità di IFIS. In uno studio prospettico multicentrico si è visto che il grado di severità dell'IFIS non cambiava in riferimento all'età o al colore degli occhi e non era ridotto con la sospensione della Tamsulosina preoperatoriamente.

Una scarsa midriasi preoperatoria può essere un importante segno predittivo di IFIS. Lo sbandieramento dell'iride durante l'iniezione di lidocaina in camera anteriore all'inizio dell'intervento anche, può indicare che ci sono buone probabilità che si abbia un IFIS.

Come detto precedentemente la severità dell'IFIS è comunque maggiore con la Tamsulosina piuttosto che con gli altri alfa 1 antagonisti non selettivi come alfuzosina, doxazosina o terazosina.

Le varie strategie elencate hanno vantaggi complementari e possono essere associate tra loro. In un sondaggio eseguito dalla ASCRS, un terzo dei partecipanti hanno dichiarato di usare di routine più strategie contemporaneamente. I farmaci da soli possono controllare casi di IFIS da lievi a moderati. L'esperienza del chirurgo e la presenza di altri fattori di rischio chirurgico concomitanti determineranno quanto ampia dovrà essere la midriasi per essere comoda. Se il diamentro pupillare è inadeguato, un viscoelastico adatto potrà aumentarlo per eseguire al meglio la capsuloressi e la rimozione del nucleo. In ultimo i retrattori iridei o gli espansori pupillari nei casi più gravi di IFIS o quando coesistono altre difficoltà come nuclei particolarmente duri, pseudoexfoliatio, lassità della zonula. Sono anche da preferirsi da chirurghi con non ancora

grande esperienza o nei casi in cui elevati valori di vuoto siano necessari.¹²

Rischio chirurgico

Specialmente prima di essere descritta da Chang, IFIS veniva associata ad un alta frequenza di complicanze chirurgiche. Le complicanze che insorgono durante l'intervento di cataratta secondarie ad un inaspettato prolasso irideo o restringimento pupillare sono rappresentate innanzitutto dai traumi iridei causati dalla punta del faco conseguenti l'aspirazione dell'iride durante la fase di facoemulsificazione o di infusione aspirazione delle masse corticali residue. Dai piccoli traumi iridei si può arrivare ad avere fino ad un'iridodialisi, ipoema, rottura della capsula posteriore e perdita di vitreo. È stato riportato anche un caso di IFIS con prolasso irideo complicante un intervento di trabeculectomia ed un caso di distacchi recidivanti di coroide in un paziente che faceva uso di tamsulosina. Questo potrebbe indicare che questo farmaco interessa anche i recettori alfa presenti a livello coroidale.^{13,14}

Conclusioni

L'incidenza di iperplasia prostatica benigna è del circa 50% degli uomini di età superiore ai 50 anni e del 90% in uomini di età superiore agli 85. Il numero di uomini e di donne con questo tipo di patologie che presenteranno la cataratta andrà sicuramente aumentando con l'aumentare dell'età media della popolazione. A causa della sua uroselettività l'alfa1A sottotipo antagonista selettivo tamsulosina è il più comune trattamento farmacologico per la BPH e LH ed è anche quello più frequentemente associato a IFIS. Gli oculisti dovranno fare particolare attenzione riguardo alla possibilità di avere IFIS anche con la silodosina nuovo farmaco, recentemente approvato, antagonista alfa1A selettivo, farmacologicamente simile alla Tamsulosina.

Soprattutto se non aspettata e non riconosciuta in tempo IFIS è spesso associata ad un alta percentuale di complicanze chirurgiche. Interrompere il trattamento prima dell'intervento è di indubbia utilità. Nonostante si siano proposte ed utilizzate diverse strategie al fine di ridurre i rischi di complicanze intraoperatorie, la facoemulsificazione in occhi con

IFIS è generalmente più difficoltosa ed i chirurghi devono affrontare il problema con cautela.

Poiché la storia anamnestica del paziente e delle terapie utilizzate da questo può aiutare il chirurgo mettendolo in guardia circa i rischi di una probabile IFIS. Una buona informazione dell'oculista, del medico urologo e del paziente stesso è di fondamentale importanza.

Bibliografia

1. Chang DF, Campbell JR. Intraoperative floppy-iris syndrome associated with tamsulosin. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31:664-673.
2. Chang DF, Osher RH, Wang L, Koch DD. Prospective multicentre evaluation of cataract surgery in patients taking tamsulosin (Flomax). *Ophthalmology* 2007;114:957-964.
3. Chang DF, Braga-Mele R, Mamalis N, Masket S, Miller KM, Nichamin LD, Packard RB, Packer M. Clinical experience with intraoperative floppy-iris syndrome; results of the 2008 ASCRS member survey; for the ASCRS Cataract Clinical Committee. *J Cataract Refract Surg* 2008;34:1201-1209
4. Schwinn DA, Afshari NA. α 1-adrenergic receptor antagonists and the iris: new mechanistic insights into floppy-iris syndrome. *Surv Ophthalmol* 2006;51:501-512.
5. Nguyen DQ, Sebastian RT, Kyle G. Surgeon's experiences of the intraoperative floppy-iris syndrome in the United Kingdom (letter). *Eye* 2007; 21:443-444.
6. Osher RH. Association between IFIS and Flomax (letter). *J Cataract Refract Surg* 2006; 32:547
7. Takmaz T, Can I. Intraoperative floppy-iris syndrome: do we know everything about it? *J Cataract Refract Surg* 2007;33:1110-1112.
8. Keski-Rahkonen P, Parassinen O, Leppanen E, Mauriala T, Lehtonen M, Auriola S. Determination of Tamsulosin in human aqueous humor and serum by liquid chromatography- electrospray ionization tandem mass spectrometry. *J Pharm Biomed Anal* 2007; 43:606-612.
9. Lee KJY, Figueira EC, Sharma NS, Masselos K, Ooi J-L, Chan DG, Francis IC. Iris prolapse and the floppy-iris syndrome (letter). *J Cataract Refract Surg* 2007;33:757-758
10. Arshinoff SA. Modified SST-USST for tamsulosin-associated intraocular floppy-iris syndrome. *J Cataract Refract*
11. Chang DF. Use of Malyugin pupil expansion device for intraoperative floppy-iris syndrome: results in 30 consecutive cases. *J Cataract Refract Surg* 2008; 34:835-841.
12. Chadha V, Borooah S, Tey A, Styles C, Singh J. Floppy-iris behaviour during cataract surgery: associations and variations. *Br J Ophthalmol* 2007; 91:40-42.
13. Au L, Wechsler D, Fenerty C. Alpha antagonists and intraoperative floppy-iris syndrome (IFIS) during trabeculectomy (letter). *Eye* 2007;21:671-672.
14. Shapiro BL, Petrovic V, Lee SE, Flach A, McCaffery S, O'Brien JM. Choroidal detachment following the use of tamsulosin (Flomax). *Am J Ophthalmol* 2007; 143:351-353.

Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli"
Università Cattolica del Sacro Cuore

Roma, 10-12 marzo 2016



SAVE THE DATE

Associazione Italiana di Chirurgia della Cataratta e Refrattiva

XIX Congresso Aiccer

Comitato Organizzatore

Consiglio Direttivo e Comitato Tecnico-Scientifico AICCER

Presidente del Congresso

Prof. Aldo Caporossi

Direttore Istituto di Oftalmologia

Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli"
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma



Segreteria Organizzativa

AIM Group International - AIM Congress
Via G. Ripamonti, 129 - 20141 Milano
e-mail: aiccer2016@aimgroup.eu

www.aiccer.it/congresso2016



Symfony: lenti a profondità di fuoco continuo

Risultati clinici e soddisfazione del paziente

L'evoluzione della tecnologia per correggere la presbiopia con lenti intraoculari sembra aver fatto un'ulteriore passo in avanti.

Aloni, immagini fantasma, glare, la riduzione della sensibilità al contrasto, il gap visivo a distanza intermedia ed il neuroadattamento sono tutti compromessi risolti in parte o del tutto grazie alla nuova tecnologia delle IOL EDOF (IntraOcular Lens Extended Depth Of Focus).

Si tratta di una IOL multifocale avente una superficie asferica con design a fronte d'onda ed una superficie diffrattiva acromatica che riducendo il fenomeno dell'aberrazione cromatica, migliora la sensibilità al contrasto.

La perdita della capacità accomodativa dopo chirurgia della cataratta, la progressiva ricerca di praticità e quindi il liberarsi non solo del doppio ma anche del singolo occhiale, e l'allungamento della vita media-lavorativa hanno cambiato le esigenze e le aspettative dei pazienti.

Le IOL EDOF rappresentano una nuova promettente opzione della "Presbyopia correcting IOL". In quest'ottica risulta ormai limitante pensare alla chirurgia della cataratta solo come una riabilitazione funzionale della vista, ma sta rientrando sempre più nell'ambito della chirurgia refrattiva e quindi di una visione ad elevata qualità il più indipendente possibile dall'occhiale. Le IOL EDOF si

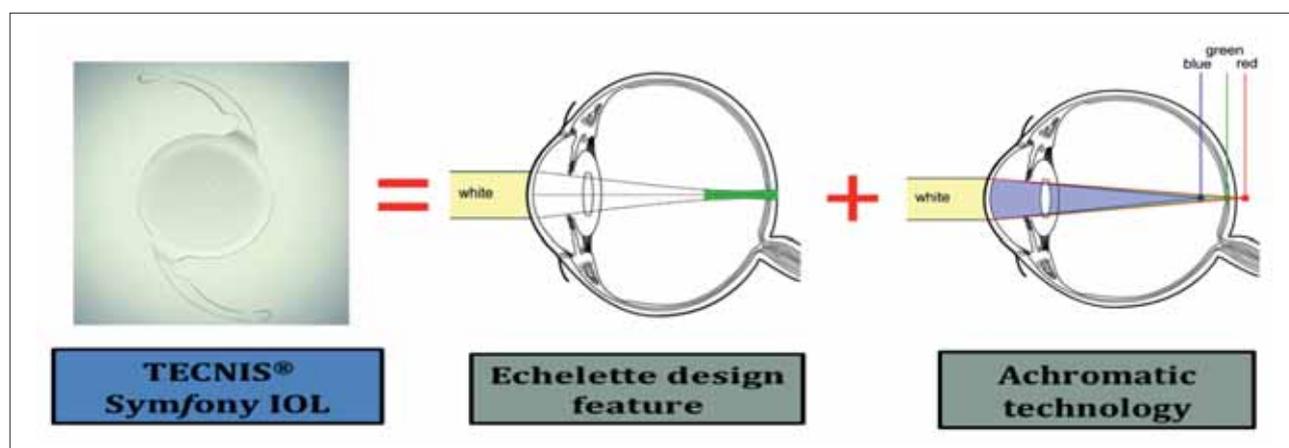


Figura 1. IOL Symphony (Tecnis): reticolo di diffrazione (Echelette) e tecnologia acromatica

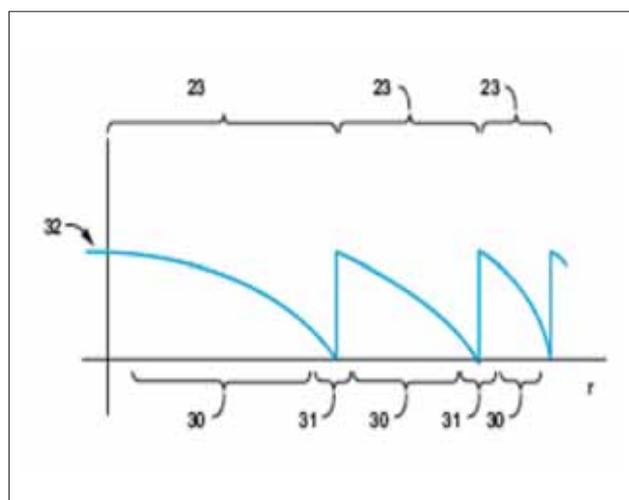


Figura 2. Esempio di reticolo di diffrazione a echelette con superfici paraboliche. Sono rappresentate la zona di transizione (31), l'altezza del gradino (32), la zona ottica (30), l'echelette (23)

caratterizzano principalmente per due innovative proprietà tecnologiche (Figura 1):

- la creazione di un unico fuoco continuo, che permette una visione ad alta qualità a tutte le distanze riducendo al minimo le disfotopsie;
- la tecnologia acromatica, che permette la riduzione dell'aberrazione cromatica con aumento della sensibilità al contrasto.

La prima di queste caratteristiche (il fuoco continuo) è permessa grazie all'utilizzo di un reticolo di diffrazione (echelette), con basso potere addizionale che nel caso delle IOL EDOF è formato da un insieme di anelli diffrattivi.

Nello specifico, per ogni echelette (Figura 2 numero 23) è possibile identificare una zona ottica (Figura 2 numero 30) (obliqua o curva) e una zona di transizione (Figura 2 numero 31).

La porzione centrale (zona ottica) può avere un raggio fino a 1,05 mm (maggiore rispetto alle classiche multifocali con $r = 0,6$).

Il diametro delle echelette periferiche va da 4 a 6 mm.

L'altezza dello scalino interposto tra un'echelette e l'altra va da 1 a 3,3 μm , mentre la zona di transizione può avere un'altezza che va da 1,5 a 2,5 μm . La diffrazione della luce varia a seconda dell'altezza e dell'area degli anelli, per cui, variando questi parametri (altezza e area) si può modificare la direzione della luce e modulare il potere diffrattivo degli anelli.

Il profilo di echelette diffrattivo, oltre alla creazione di un fuoco continuo, contribuisce, secondariamente, agli effetti sull'aberrazione cromatica. La seconda caratteristica della tecnologia EDOF gioca proprio sulla riduzione del fastidioso fenomeno dell'aberrazione cromatica.

Tipicamente l'aberrazione cromatica si manifesta come un alone intorno all'oggetto osservato, rosso da una parte e blu dall'altra. Questo proprio perché rosso e blu sono ai due estremi dello spettro di luce visibile.

L'aberrazione cromatica è causata dal fenomeno della dispersione: è noto, dai concetti di fisica ottica, che l'indice di rifrazione varia a seconda della lunghezza d'onda, per cui radiazioni con lunghezza d'onda maggiore (rosso) verranno rifratte in modo meno marcato rispetto a quelle con lunghezza d'onda intermedia (verde) e lunghezza d'onda minore (blu).

Esistono due tipi di aberrazioni cromatiche: l'aberrazione cromatica trasversale (ACT) e l'aberrazione cromatica longitudinale (ACL). La prima è correggibile mediante l'impianto di una IOL ad elevato numero di Abbe (v) (per cui maggiore è il numero di Abbe, minore sarà l'ACT). L'ACL è corretta mediante impianto di una IOL diffrattiva. (Figura 3)

La qualità dell'immagine risultante è paragonabile a quella di una IOL monofocale, rispetto alla quale però permette una maggiore indipendenza dall'occhiale.

L'indipendenza dall'occhiale è, di solito, totale

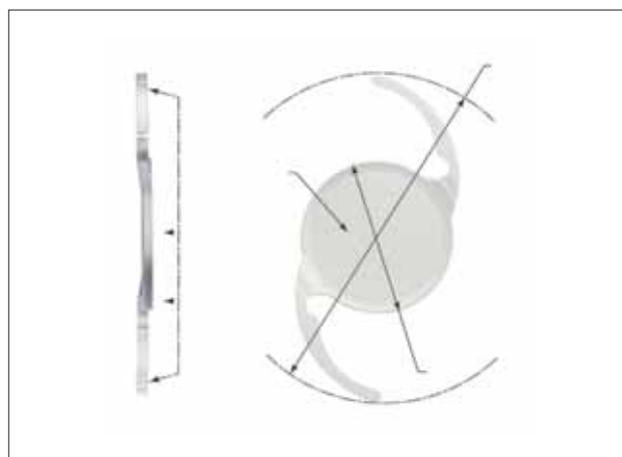


Figura 3. Esempio di IOL EDOF con superficie diffrattiva posteriore

nella visione per lontano e intermedia, parziale in quella per vicino.

Le classiche IOL multifocali, invece, sono costituite da numerosi anelli diffrattivi che permettono la creazione di due fuochi (in genere uno per lontano ed uno per vicino) contemporaneamente presenti sulla retina (per le distanze “lontano” e “vicino”, trascurando la distanza intermedia) ed è la soppressione dell'immagine ad opera delle strutture superiori, dopo un periodo relativamente breve di neuroadattamento, che permette una visione selettiva.

Nonostante ciò, la seconda immagine, per quanto soppressa, non è del tutto eliminata inficiando in maniera significativa sulla qualità dell'immagine finale e provocando la riduzione della sensibilità al contrasto.

La selezione del paziente per la IOL EDOF impone minori limiti rispetto alle multifocali classiche, con la sola esclusione di pazienti con patologia maculare. Non è necessario, infatti, il neuroadattamento poiché i pazienti non devono imparare a distinguere l'immagine sfuocata da quella a fuoco come avviene per le multifocali.

La sensibilità al contrasto, cioè la capacità di distinguere l'alternanza tra righe bianche e nere di un'immagine in condizioni di illuminazione differenti e per frequenze spaziali diverse, rappresenta un affidabile parametro per valutare la qualità visiva del paziente. Essa risente molto delle aberrazioni di ordine elevato e, dopo l'impianto di IOL multifocali, si riduce notevolmente.

Ciò è spiegabile con la suddivisione che deve subire la luce per la formazione dei due fuochi con difficoltà visiva soprattutto in condizioni di scarsa illuminazione.

È stato rilevato come nelle IOL EDOF i valori di sensibilità al contrasto misurati tramite CSV-1.000, siano estremamente elevati anche in condizioni di abbagliamento e del tutto sovrapponibili a quelli di una IOL monofocale proprio perché la luce non viene divisa in due fuochi distinti ma convogliata in un unico fuoco continuo. (Figura 4)

Il paziente ottimale per le IOL EDOF è qualsiasi paziente affetto da cataratta, in assenza di altre patologie oculari, lievemente miope o ipermetrope

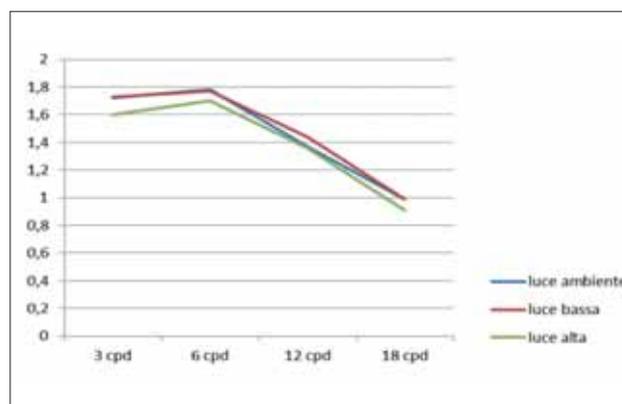


Figura 4. Sensibilità al contrasto di una IOL EDOF per varie condizioni di abbagliamento

con lunghezza assiale ottimale tra i 22 e i 25 mm. Se vogliamo pazienti realmente soddisfatti è bene tenere presente che i risultati migliori si ottengono dopo impianto bilaterale.

Studio clinico

Lo studio clinico condotto presso la Clinica Oculistica Universitaria di Verona, ha dimostrato l'elevata qualità visiva che le IOL EDOF forniscono soprattutto in termini di sensibilità al contrasto e bassa incidenza di disturbi legati ad aloni o glare. Sono stati arruolati, 75 pazienti affetti da sola cataratta senile in entrambi gli occhi. Sono stati esclusi, invece, quei pazienti aventi altre patologie, presenti o pregresse, che avrebbero inficiato l'attendibilità del nostro studio.

In 45 pazienti è stata impiantata bilateralmente una IOL EDOF (Symfony) (Gruppo 1), mentre in 30 pazienti è stata impiantata bilateralmente

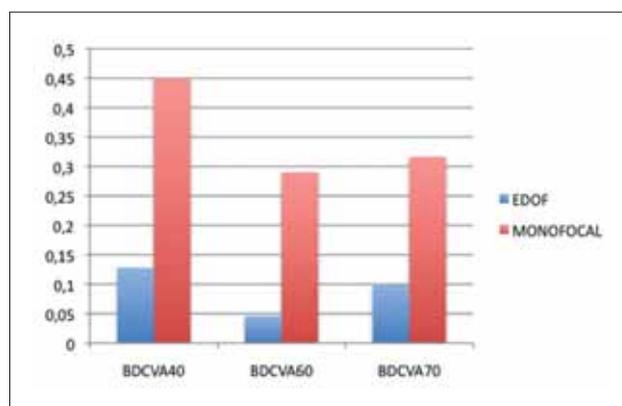


Figura 5. UCVA a 40, 60, 70 cm in binoculare

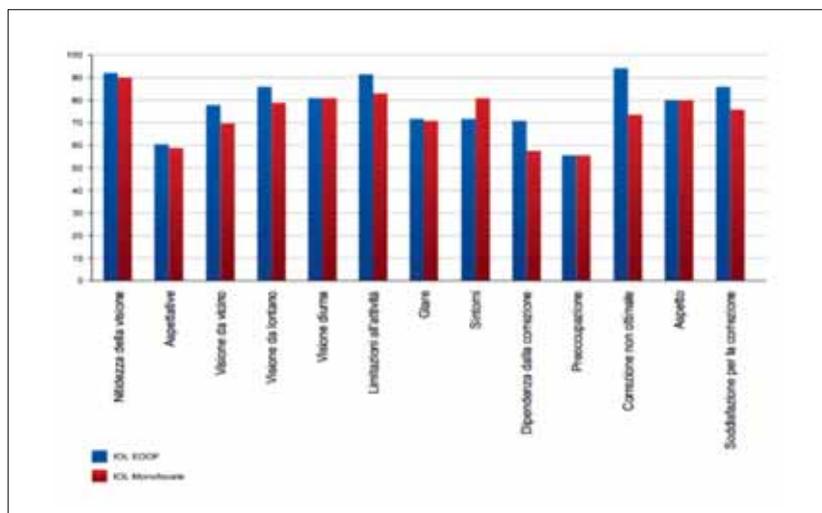


Figure 6. Questionario NEI-RQL 42. I valori del questionario vanno da un massimo di cento a un minimo di zero per cui più alto è il valore, migliore è il risultato percepito dal paziente

una IOL monofocale (Tecnis ZCB) (Gruppo 2) uguale per design e materiale.

A 3 mesi dall'intervento, a tutti i pazienti sono stati valutati l'acuità visiva non corretta e meglio corretta a distanza, per vicino (40 cm) e a distanze intermedie (60 e 70 cm).

Sono state valutate inoltre la sensibilità al contrasto, la curva di defocus e la soddisfazione dei pazienti mediante somministrazione del questionario NEI RQL-42. Sono stati eseguiti anche l'aberrometria e OQAS.

Entrambi i gruppi hanno raggiunto eccellenti risultati in termini di acuità visiva a distanza.

Per quanto concerne, invece, l'acuità visiva a distanze intermedie, le IOL EDOF hanno dato

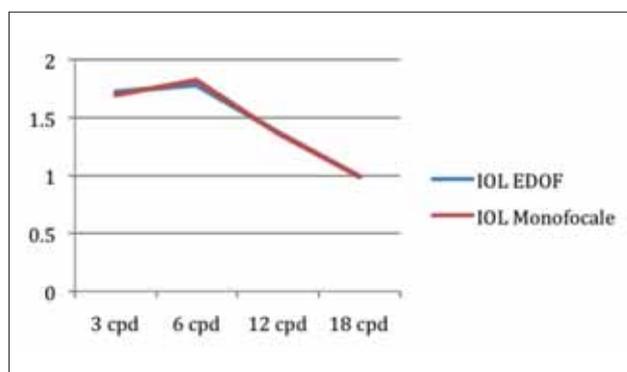


Figure 7. Sensibilità al contrasto, confronto tra IOL EDOF e IOL monofocale

risultati nettamente migliori rispetto alle IOL monofocali ($p < 0,05$). (Figura 5)

Si evidenzia inoltre la necessità di un'addizione per vicino di 1D nel gruppo impiantato con la IOL EDOF e di 2,75D nel gruppo impiantato con la IOL monofocale ($p < 0,01$).

La compilazione del questionario dimostra maggiore soddisfazione, maggiore indipendenza dagli occhiali ed un uguale incidenza di glare nei due gruppi. (Figura 6)

I valori di sensibilità al contrasto delle IOL EDOF si sono dimostrati estremamente elevati e

del tutto sovrapponibili a quelli di una IOL monofocale. (Figura 7).

Secondo i risultati di questo studio, le IOL EDOF costituiscono una nuova possibilità nel panorama disponibile per la chirurgia della cataratta che riabilita il paziente con maggiore completezza.

Potrebbero essere considerate una buona opzione nella chirurgia della cataratta per i pazienti che vogliono una buona acuità visiva a tutte le distanze ed una maggiore indipendenza dall'occhiale, senza compromissione della qualità della visione ed accettando il compromesso della necessità di una minima correzione per la visione dei caratteri più piccoli per vicino.

Bibliografia

- Holladay JT, Piers PA, Koranyi G et al. A new intraocular lens design to reduce spherical aberration of pseudophakic eyes. "J Refract Surg" 2002; 18: 683-91.
- Gil MA, Varón C, Cardona G, Vega F, Buil JA. Comparison of far and near contrast sensitivity in patients symmetrically implanted with multifocal and monofocal IOLs. "Eur J Ophthalmol." 2014 Jan-Feb; 24(1): 44-52. doi: 10.5301/ejo.5000335. Epub 2013 Jun 24.
- Thibos LN, Applegate RA, Schwiegerling JT, Webb R. VISIA Atandards Taskforce Members. Vision science and its applications. Standards for reporting the optical aberration of eyes. "J Refract Surg" 2002; 12: S652-S660
- Charman WN. The Charles W Prentice Award Lecture 2005: optic of the human eye: progress and problems. "Optom Vis Sci" 2006; 83: 335-45.



Dietro le quinte del XVIII congresso AICCER

“Condividere è il miglior modo per progredire”

Quando più di due anni fa, in Consiglio Direttivo, gli amici Giorgio Tassinari e Aldo Caporossi proposero Firenze come sede del congresso 2015, accolsi la notizia con sensazioni contrastanti. Nei giorni a seguire molteplici pensieri hanno interrogato la mia mente e discordanti sentimenti hanno bussato al mio cuore. Da una parte la soddisfazione per la stima e la fiducia accordatami dai colleghi con la possibilità di organizzare un così importante convegno; dall'altra la preoccupata consapevolezza di affrontare un impegno di una complessità con la quale non mi ero mai misurato. È vero che Firenze negli anni 80 era stata la sede dei più importanti congressi di chirurgia della cataratta. Infatti, grazie a Ivan e al caro Stefano Esente, la nostra città era diventata un punto di riferimento internazionale per tutti i chirurghi del segmento anteriore. Ma da allora non si erano più organizzati eventi di questa portata. E certamente non mi è stato di nessun conforto ripensare all'esperienza vissuta ai margini di precedenti simposi AICCER ascoltando e partecipando solo indirettamente alle difficoltà di cari amici impegnati nella loro organizzazione.

Mi è tornata in mente la preoccupata telefonata con cui Riccardo Sciacca, durante le vacanze del Natale 2013, mi comunicò le sue incertezze di rispettare i tempi organizzativi nell'anno più buio della crisi: un'ansia determinata dal fatto che a pochi mesi dall'inizio del congresso ancora non era stato raccolto neanche metà del budget necessario. Mi angustia-

va il ricordo delle confidenze di Patrizia Tognetto costretta a sopportare l'umore pregressuale di Daniele. Questo turbine di pensieri ed emozioni ha alimentato il mio conflitto interiore tra l'orgoglio di essere stato nominato e il determinato ma preoccupato desiderio di non deludere le attese ma anzi, superarle.

Per rincuorarmi ho cercato allora di pensare a quelli che potevano apparire come segnali positivi, che mi convincessero di essere la persona giusta al momento giusto. Affidandomi anche ai numeri, ho pensato che l'anno dell'evento fosse significativo: il 2015 raccoglie per me più contenuti. È l'anno del mio sessantesimo compleanno, quello che io considero della mia piena maturità (specifico “io considero”, perché in casa parlano piuttosto di piena senilità) e quindi quello più adatto a questo tipo di responsabilità. Mi ha consolato pensare che questo fosse il momento più appropriato per dimostrare anche a me stesso il coraggio e l'esperienza dell'ufficiale che naviga ormai da tempo le acque della chirurgia della cataratta.

Come tutti quelli che nella tempesta si affidano anche a segni quasi astratti e impercettibili, guardando al 2015 ho trovato conforto nella semplice presenza della cifra 5, spesso ricorrente nelle tappe importanti della mia vita a partire dalla mia data di nascita (15-5-55).

Inoltre, come segnale decisamente concreto, già sapevo che il 2015 avrebbe coinciso con la venuta a Firenze del nuovo direttore della SOD di Oculisti-

ca nella persona di Stanislao Rizzo, mio, come dice lui, “compare di anello”. Infatti, ormai ahimè più di 30 anni fa, è stato mio testimone di nozze quando, poco più che laureati, cominciavamo a vivere la nostra vita di speranzosi oculisti. La sua presenza e quella dell'altro direttore Gianni Virgili mi dava la certezza di poter contare su due amici che mi avrebbero aiutato e supportato in tutto e per tutto. E così è stato.

Non sta a me parlare qui del successo o meno del congresso, quale sia stato il grado di apprezzamento e la riuscita dei vari eventi organizzati. Lascio ad altri il compito di farlo ma certamente è stato per me motivo di grande orgoglio l'aver raggiunto il record di partecipanti ed iscritti (1603) ed aver allestito il più grande convegno monotematico dell'anno e di fatto secondo in Italia, come numero di presenze, solo ai congressi SOI. Anche i complimenti dei colleghi ed addetti ai lavori che mi fermavano durante le mie passeggiate di ‘controllo’ fra gli stand e i corridoi del palazzo dei Congressi, hanno riempito il mio cuore di commozione. Non conoscevo tutti e quindi sicuramente alcuni elogi sono stati solo di circostanza. Forse per questo, oltre alle affettuose congratulazioni degli amici più sinceri, ricordo con particolare affetto l'imbarazzato stupore con cui si sono presentati alcuni partecipanti accortisi della mia persona solo dopo aver sostenuto in mia presenza la riuscita del meeting. Ed anche le confuse scuse e maldestre giustificazioni di una giovane collega che aveva criticato l'organizzazione del congresso parlando senza sapere che ne ero il promotore.

Mi rimane comunque nel cuore la convinzione di avere contribuito in modo soddisfacente al raggiungimento dell'obiettivo principe di ogni convegno che è la diffusione del sapere mettendo a fattor comune le conoscenze più avanzate per favorire il progresso della medicina.

Come spesso accade quando impegni seriamente la tua vita in quello che fai, non solo ho dato molto, ma ho anche molto ricevuto. Non posso non complimentarmi e ringraziare tutti i colleghi che hanno eseguito in dirette operazioni delicate proponendo nuove tecniche ed applicazioni. È stato importante per me condividere con loro la preparazione degli interventi e le tensioni che precedono simili prestazioni pubbliche con l'obiettivo di raggiungere e

condividere competenze e procedimenti sempre più efficaci nella cura dei nostri pazienti tutelandone la salute fisica. È essenziale aver visto nei loro occhi quella stessa timorosa ma risoluta energia che ci anima e conforta prima di ogni nostro intervento. Questa comunione di intenti e sentimenti infonde in tutti noi vera forza e vigore spronandoci a continuare a crescere nella ricerca per favorire la cura e difesa della vita umana.

Durante il congresso dell'anno scorso a Milano Paolo Vinciguerra aveva proposto di introdurre la consuetudine di aiutare e fare conoscere a tutti gli oculisti italiani delle realtà che si occupano di chi ha più bisogno. L'anno scorso la scelta era caduta sull'Associazione Cometa, fondata da un collega di Como, che accoglie attraverso famiglie aperte all'affido bambini e ragazzi con grossi problemi. Quest'anno, nella mia Firenze, abbiamo deciso di aiutare le missioni dei Salesiani di Don Bosco che in Congo si occupano dei bambini di strada, i più poveri tra i poveri. E non poteva essere altrimenti in quanto ormai più di 100 anni fa uno di questi bambini salvati dalla strada, in una Firenze ben diversa dall'attuale, è stato mio nonno. I Salesiani lo hanno accolto, nutrito, vestito e fatto studiare tanto che nel primo dopoguerra è diventato una autorità a Firenze, vicesindaco ai tempi di Giorgio La Pira. In un'altra pagina di questo numero della nostra rivista abbiamo voluto pubblicare la lettera che Don Valentino missionario a Brazzaville e presente alla nostra cena alle Terrazze Torrigiani, ha inviato a tutti noi. Le sue parole da una parte sono un ringraziamento per quello di importante che è stato fatto e dall'altra uno stimolo ed un monito a non dimenticare mai la fortuna che abbiamo e che con poco possiamo fare tantissimo.

Per concludere ringrazio e saluto tutti quelli che hanno partecipato al nostro congresso, in particolare tutti coloro che si sono adoperati con me per la sua riuscita. Credo che attraverso questo evento, tutti abbiamo potuto verificare che comunicare e donare le proprie conoscenze per il bene comune sia la forma più efficace per favorire il progresso scientifico. Più in generale penso che in tutti gli ambiti e le vicende della vita umana la comunione e la solidarietà siano alla base della crescita dell'uomo.

“Condividere è il miglior modo per progredire”.

Cari amici Dottori,

sono Padre Valentino Favaro dei Salesiani di Don Bosco. Ci siamo conosciuti a Firenze ai Giardini Torrigiani in occasione del vostro bellissimo congresso. In quella occasione ho ricevuto da voi un sostanzioso aiuto per il lavoro che svolgo in Congo-Brazzaville nella città di Poine Noire: il lavoro con gli "enfants de la rue". Questi sono ragazzi presi proprio dalla strada dove vivono e mangiano quando la destrezza di mano o i piccoli lavoretti manuali glielo consentono. Dormono in piccoli luoghi sudici e nascosti per proteggersi dalla violenza dei più grandi, che esigono tutte le "prestazioni" e che non sono solo i pochi spiccioli che un bambino può raccattare durante la giornata. Sono bambini per cui la vita è fatica, dura lotta per avere qualcosa. Ragazzi che non hanno conosciuto che una piccola stagione della gioia di una famiglia da cui sono fuggiti a causa del padre o della madre che per rifarsi una vita decidono di liberarsi di tutto quello che riguarda la precedente, di cui loro sono l'immagine. A volte cacciati con l'accusa di essere dei "sorciers" (portamale).

Non hanno alcun statuto di protezione, vittime anche di contratti di vendita in paesi come l'India etc. per gli scopi più vergognosi, vittime senza conseguenze penali per nessuno.

I due bambini che qualche tempo fa sono stati ritrovati strangolati nella cabina di un camion cosa avevano fatto se non avere visto qualcosa che non dovevano vedere? Chi pagherà? Sono solo ragazzi di strada, sconosciuti, banditi, pericolosi, sono i senza nome della nostra società senza diritti né presenza.....non esistono.

Quando noi li recuperiamo dalla strada non hanno neppure il coraggio di dire la loro storia, né il loro nome che spesso non conoscono nemmeno per la paura che tu li rimanderai là da dove sono scappati. Ce ne vuole del tempo perché ti raccontino chi sono e da dove vengono.....la paura e la fame li spingono, ma la fiducia arriva con il tempo: l'attenzione, una casa, un letto. Allora ti raccontano tutto, la loro storia, cosa vogliono, la loro voglia di protezione, la loro voglia di avere una famiglia, un pasto, la scuola.

Recentemente uno di loro, responsabile di tentare di risolvere anche a scuola tutti i problemi con gli altri sul piano muscolare con mani e piedi (anche con i maestri) e che stavo sgridando per l'ennesima volta mi interrompe e mi dice: "aspetta Padre, hai ragione ho fatto una stupidaggine, castigami dammi una punizione ma ricordati non cessare di essere mio padre....io ho bisogno di un padre perché il mio mi sospendeva al soffitto e mi picchiava con il machete e poi è stato ucciso a colpi di machete nella foresta....ora che sai che padre cattivo ho avuto tu devi essere il padre buono che ogni bambino ha diritto di avere quando viene al mondo".

Un altro di 8 anni siamo riusciti a metterlo in contatto con la madre e finalmente la domenica che doveva passare un giorno con lei è partito tutto contento. Quando è rientrato verso sera era un po' serio, riservato. Difficile fargli dire cosa era accaduto ma poi a un certo punto si è aperto: "mia madre mi ha accolto con un altro bambino piccolo avuto dal suo "amico" di turno (l'ennesimo) e al momento del rientro al Foyer mi ha detto - mi fa piacere che sei venuto ma...non venire più perché tutte le volte che vieni mi crei dei problemi in casa....con il mio nuovo amico....stai con i tuoi preti che i trattano così bene".

Chi sanerà e quando una ferita di questo genere sarà guarita?

Noi abbiamo già due Foyer per questi ragazzi, gli accogliamo, diamo loro una casa, un letto, tre pasti, vestiti, la scuola e un nome che spesso sanno ma che riveleranno solo più tardi. Dovreste vedere la gioia di vedere il loro nome sulle loro cosette, il quaderno, la camicia, le magliette etc.

Anche con il vostro aiuto cerchiamo di prepararli alla vita. Ne abbiamo di quelli che stanno imparando un mestiere, meccanico, saldatore, elettricista etc.

Grazie del rapporto che si è creato tra di noi a Firenze: è solo l'inizio....dice un proverbio africano "La preda può dimenticare la trappola, ma la trappola non dimentica mai la preda!!" ormai avete messo piede nella "trappola" della carità e sarete contenti di non uscirne tanto facilmente!!

Spero che avrò altre occasioni di informarvi della attività che svolgo con i ragazzi di strada ed i detenuti (altro capitolo di miserie). Cari amici "non si vola con una ala sola" dice ancora il proverbio: siate la seconda ala per far volare questa povera umanità per cui avete cominciato a fare qualcosa.

Grazie ancora.

p. Valentino Favaro

Contatto: favarovalentino@yahoo.fr – Tel. Italia 338 9961722 – Tel. Congo 00242 066946050