



New Frontiers in Glaucoma Surgical Treatment

Marco Nardi

Department of Ophthalmology
University of Pisa, Italy

Le nuove opzioni nel trattamento chirurgico del glaucoma si rivolgono o a un miglioramento (in termini di sicurezza ed efficacia) delle procedure filtranti o allo sviluppo di una chirurgia senza bozza. Il miglioramento delle filtranti classiche è sicuramente importante con l'impiego di Ex-Press, suture rilasciabili per lo sportello sclerale e colle per la chiusura della congiuntiva. La chirurgia senza bozza comprende invece procedure che possono agire sia mediante la riduzione della produzione dell'umore acqueo, sia mediante l'aumento del deflusso dell'umore acqueo dalla camera anteriore. Tra le prime la cicloablazione potrebbe avere una seconda giovinezza e non essere più riservata a casi preterminali con la introduzione di nuove tecniche; ancora più interessanti sono i procedimenti che aumentano il deflusso dalla camera anteriore: ricorderemo tra questi quelli che cercano di ripristinare il deflusso dal canale di schlemm (canaloplastica, I-Stent, Trabectome) e quelli che deviano l'acqueo nello spazio sovra coroideale (cypass). Caratteristica importantissima di alcuni di questi interventi è che sono eseguiti attraverso un microtunnel corneale, per via gonioscopica, riducendo drasticamente le complicanze e il decorso postoperatorio. Tra l'altro, con questo approccio i quadranti superiori della congiuntiva bulbare rimangono intatti non precludendo successivamente una eventuale chirurgia filtrante.

La atraumaticità, la ridotta percentuale di complicanze e la loro minore gravità potranno probabilmente anticipare il momento della chirurgia, migliorando la prognosi della malattia glaucomatosa e liberando il Paziente dalla schiavitù dei colliri; pertanto questi interventi potranno entrare in competizione con i trattamenti laser. Volendo prevedere il futuro si potrebbe ipotizzare un algoritmo di trattamento chirurgico, in base alla invasività dell'intervento stesso, che preveda in prima istanza il tentativo di riattivare le vie di deflusso per via gonioscopica, seguito dalla inserzione, sempre per via gonioscopica, di uno shunt sovra coroideale seguito, in caso di fallimento, da una filtrante ed infine, nei casi più ostici, da un impianto drenante.