



Miastenia Gravis oculare

Cos'è la miastenia oculare?

La miastenia oculare è una forma di miastenia gravis (MG) nella quale i muscoli che muovono gli occhi e controllano le palpebre sono facilmente affaticabili e indeboliti.

Quali sono i sintomi più comuni della miastenia oculare?

Le persone con la MG oculare hanno problemi alla vista a causa di visione doppia e caduta delle palpebre (ptosi). I loro occhi non si muovono assieme in maniera coordinata e ciò causa la visione sdoppiata. Una o entrambe le palpebre possono scendere a coprire tutta, o in parte, la pupilla, ostacolando quindi la visione.

Questi sintomi possono essere lievi o più severi. La debolezza oculare spesso varia da giorno a giorno e durante il corso della giornata. I problemi agli occhi peggiorano alla fine della giornata o dopo che gli occhi sono stati usati per un lungo periodo di tempo.

Molte persone con la MG oculare trovano che il disagio venga temporaneamente ridotto se tengono gli occhi chiusi per alcuni minuti quando i sintomi più severi.

Le persone con la MG oculare non hanno difficoltà a deglutire, parlare e respirare e non hanno debolezza alle braccia o alle gambe. Le persone con la MG oculare raccontano i seguenti sintomi:

- Visione doppia – vedere due immagini al posto di una. Questo deriva dalla debolezza dei muscoli che di solito muovono gli occhi insieme ed allineati. Il termine medico per definire la visione doppia è: diplopia. Alcune persone provano la sensazione di vedere sfuocato piuttosto che doppio quando gli occhi non sono perfettamente allineati.
- Caduta delle palpebre – gli occhi non sembrano aperti completamente. Se la palpebra copre la pupilla

dell'occhio allora la visione di quell'occhio sarà impedita. Il termine medico per la caduta della palpebra è ptosi.

Chi può avere la miastenia oculare?

Problemi di visione doppia e la caduta della palpebra sono spesso i primi sintomi della MG

Sebbene la maggior parte delle persone con MG abbia problemi con gli occhi all'esordio della malattia, spesso anche altri muscoli sono deboli o la debolezza di altri muscoli compare entro i primi due anni.

Circa una persona su sei o sette con MG (15%) ha solo problemi oculari, cioè la MG oculare.

Tra le persone che hanno solo la MG oculare durante il primo anno di malattia, circa la metà svilupperà sintomi più generalizzati di debolezza muscolare. Le persone che hanno solo sintomi oculari per i primi cinque anni di malattia probabilmente non svilupperanno ulteriori problemi muscolari.

Non è possibile prevedere quali pazienti avranno la MG oculare e quali, invece, avranno sintomi più generalizzati. La maggior parte delle persone con MG congenita (non autoimmune) non hanno la MG oculare. Le persone con MG oculare sono spesso sieronegative (non hanno una quantità di anticorpi anti recettore dell'acetilcolina misurabile) rispetto alle persone con MG generalizzata.

Perché i muscoli oculari sono così spesso coinvolti nella MG?

Vi possono essere più ragioni sul perché i muscoli oculari sono così frequentemente coinvolti, anche se il problema non è completamente compreso.

L'ipotesi più semplice è che i pazienti possono notare la debolezza oculare più facilmente rispetto ad una lieve debolezza di altri muscoli del corpo.

Un'altra ipotesi è che i muscoli degli occhi e delle palpebre sono strutturalmente differenti dai muscoli del tronco e degli arti. Per esempio, hanno meno recettori per l'acetilcolina (quelli coinvolti nella MG autoimmune). I muscoli degli occhi si contraggono molto più rapidamente di altri muscoli e per questo è più facile si affatichino.

Forse la più importante differenza tra i muscoli dell'occhio e delle palpebre e altri muscoli del corpo, è che i muscoli dell'occhio rispondono in modo diverso all'attacco del sistema immunitario. Le differenze nella risposta dei muscoli oculari all'attacco immunitario possono spiegare perché i muscoli oculari siano colpiti anche in altre malattie autoimmuni quali, ad esempio, quelle della tiroide.

Come viene trattata la MG oculare?

Le persone con MG oculare e coloro che li seguono dovrebbero bilanciare la gravità dei sintomi con i rischi e i benefici del trattamento. Le persone che hanno come problema principale quello estetico a causa della ptosi o della diplopia dovrebbero considerare l'uso di trattamenti non farmacologici quali:

- Indossare occhiali scuri in caso di luce intensa (alcuni pazienti lo trovano utile).
- Usare nastro per occhi (un particolare tipo di nastro adesivo per trattenere le palpebre senza danneggiarle).

Questi rimedi possono essere usati per la ptosi e possono essere preferibili ai farmaci che alterano il sistema immunitario quali i glucocorticoidi (prednisone o simili),

azatioprina (Imuran®), ciclosporina o mofetil micofenolato (CellCept®).

- applicare un cerotto ad un occhio. Questo permette ai pazienti con visione doppia di vedere una sola immagine. Se coprite sempre lo stesso occhio per un periodo prolungato, la visione in quell'occhio potrebbe diminuire. E' quindi importante alternare l'occhio che viene coperto per evitare cali permanenti della vista.
- Per la ptosi si possono usare dei sostegni delle palpebre (speciali dispositivi montati sugli occhiali per tenere le palpebre aperte) e occhiali con lenti prismatiche per la diplopia. Questi sono vecchi sistemi, usati raramente nel trattamento della MG oculare.

Quando i sintomi oculari sono severi o disabilitanti va considerata la terapia con immuno modulanti.

Farmaci che aumentano la trasmissione neuromuscolare, come il Mestinon, possono aiutare per la ptosi ma generalmente non sono molto utili per la diplopia.

La timestomia non è normalmente presa in considerazione per la MG oculare a meno che i sintomi non siano molto gravi e disabilitanti.

La chirurgia delle palpebre e dei muscoli oculari è generalmente controindicata nei pazienti con MG.