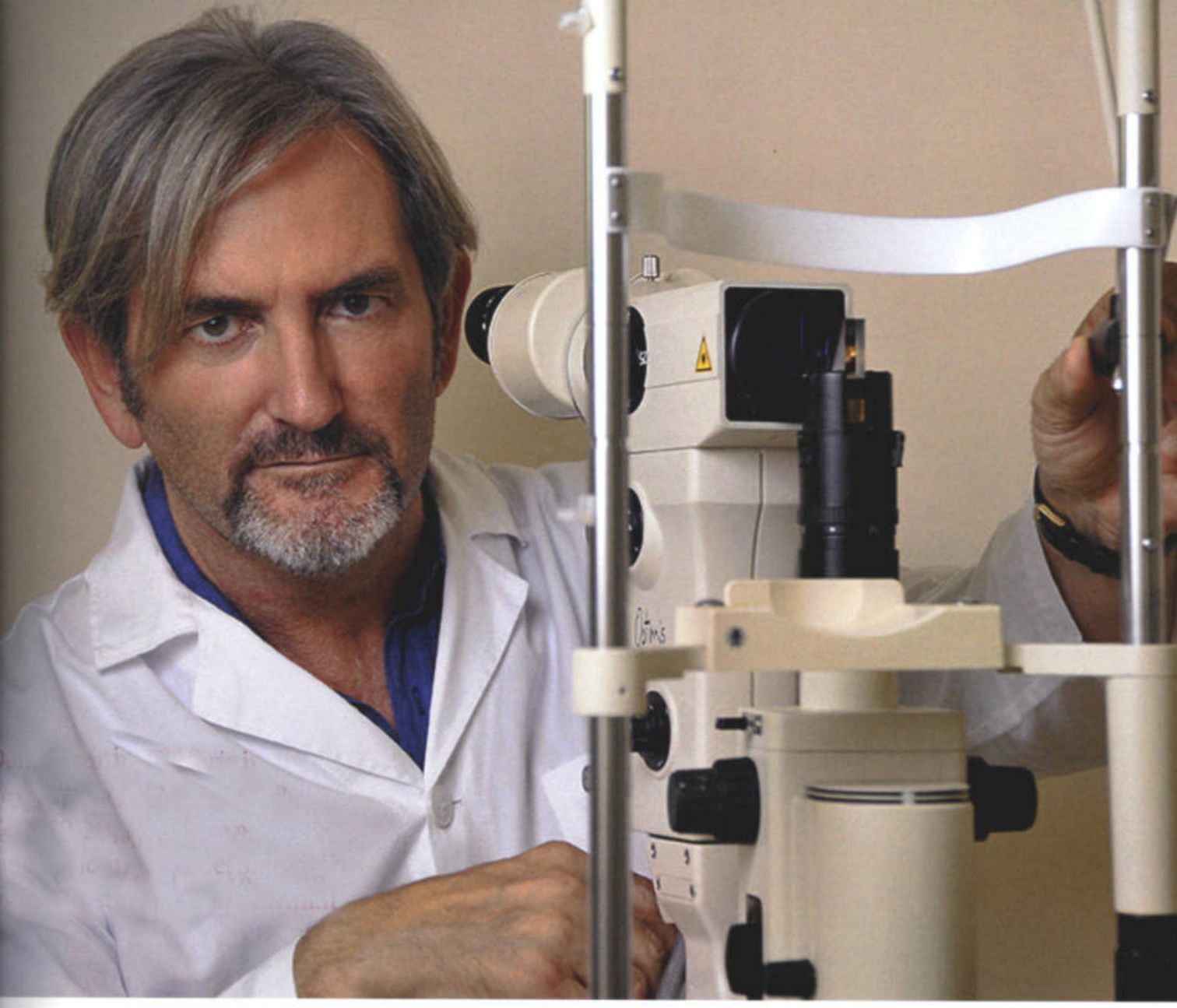
WEALTH PLANET Magazine

Periodico mensile di Benessere - Cultura - Sport - Società
numero 7 anno II - LUGLIO 2019
ex WP Magazine 2008-2018

CARMINE CICCARINI

Un esperto di valore internazionale sulle malattie del nervo ottico



MACULOPATIE IN GENERALE E MALATTIE RARE DELL'APPARATO VISIVO PIU' IN DETTAGLIO SONO LE SPECIALIZZAZIONI DEL CHIRURGO OFTALMOLOGO

Le malattie rare dell'occhio colpiscono ogni anno decine di migliaia di persone, di tutte le età, avendo spesso una base genetica il più delle volte ignorata da chi ne viene colpito; oggi ne parliamo con il Dr.Ciccarini esperto per aver lavorato in centri d'eccellenza da Parma a Baltimora e New York.

Dott. Ciccarini lei ha una storia professionale che non tutti gli specialisti del suo ramo possono vantare: da allievo del prof. Maione alla scuola di specializzazione Lyonesse, a quella americana della Mount Sinai School. Ha frequentato negli anni '90 corsi a Baltimora; ha collaborato per vent'anni con il prof. Forlini, maestro della chirurgia vitreo-retinica, intorno al quale ruotavano i migliori specialisti internazionali in fatto di microchirurgia oculare, il suo è più di un lavoro, sembra quasi una missione!
La dedizione e la passione per il mio mestiere è un dato di fatto; del resto la capacità professionale non si eredita, ma nasce dalla passione per ciò che si sta facendo.

Mi risulta che lei sia stato tra i primi a fare chirurgia in day-surgery già negli anni '90...
E' vero, nel 1994 dirigevo una clinica perugina e i ricoveri duravano poche ore; già allora non mettevo punti, come si usa nelle tecniche microchirurgiche attuali, ma sono passati 25 anni!

Lei è un grande esperto di laser in generale, ma la sua specializzazione nell'ambito delle malattie rare come nasce?
Per quanto concerne il laser, il segreto è stato andare dove c' erano i migliori: a partire dal prof. Lumbroso fino a Coscas a Parigi e Yannuzzi a New York. Per le malattie rare invece tutto è cominciato, si può dire, dalla mia tesi di laurea dove mi occupavo di elettrofisiologia; dal 1983 al 1987 ho lavorato a Parma, centro di eccellenza per le malattie rare. Appunto in quegli anni dove incontravo malattie spesso mai viste o non riconosciute da molti colleghi che non hanno l'opportunità di vedere casi numerosi.

Oggi lei è diventato famoso in Italia e all'estero. Nei sui studi di Perugia e Chiusi si occupa di pazienti affetti da maculopatie genetiche e acquisite oltre a patologie rare dell' occhio, cosa può dirci a questo proposito?

La maculopatia è una patologia subdola che colpisce la parte centrale della retina, detta macula. Tale degenerazione fa sì che il paziente presenti una progressiva perdita della visione centrale, che raggiunge uno stadio sempre più avanzato, nonostante non si arrivi alla totale cecità. Inizialmente, si presenta come disturbo asintomatico, soprattutto se ad essere interessato è un solo occhio. Pur esistendo diverse forme, le più diffuse sono legate all'età del soggetto o a patologie importanti come il diabete. Queste sono solo alcune delle retinopatie attualmente classificabili, ma la diagnosi precoce condotta da uno specialista qualificato, rimane l'arma migliore per limitare i danni di una patologia spesso sottovalutata.

Ma quali sono i sintomi, o meglio i campanelli d'allarme che ci possono far sospettare la patologia?

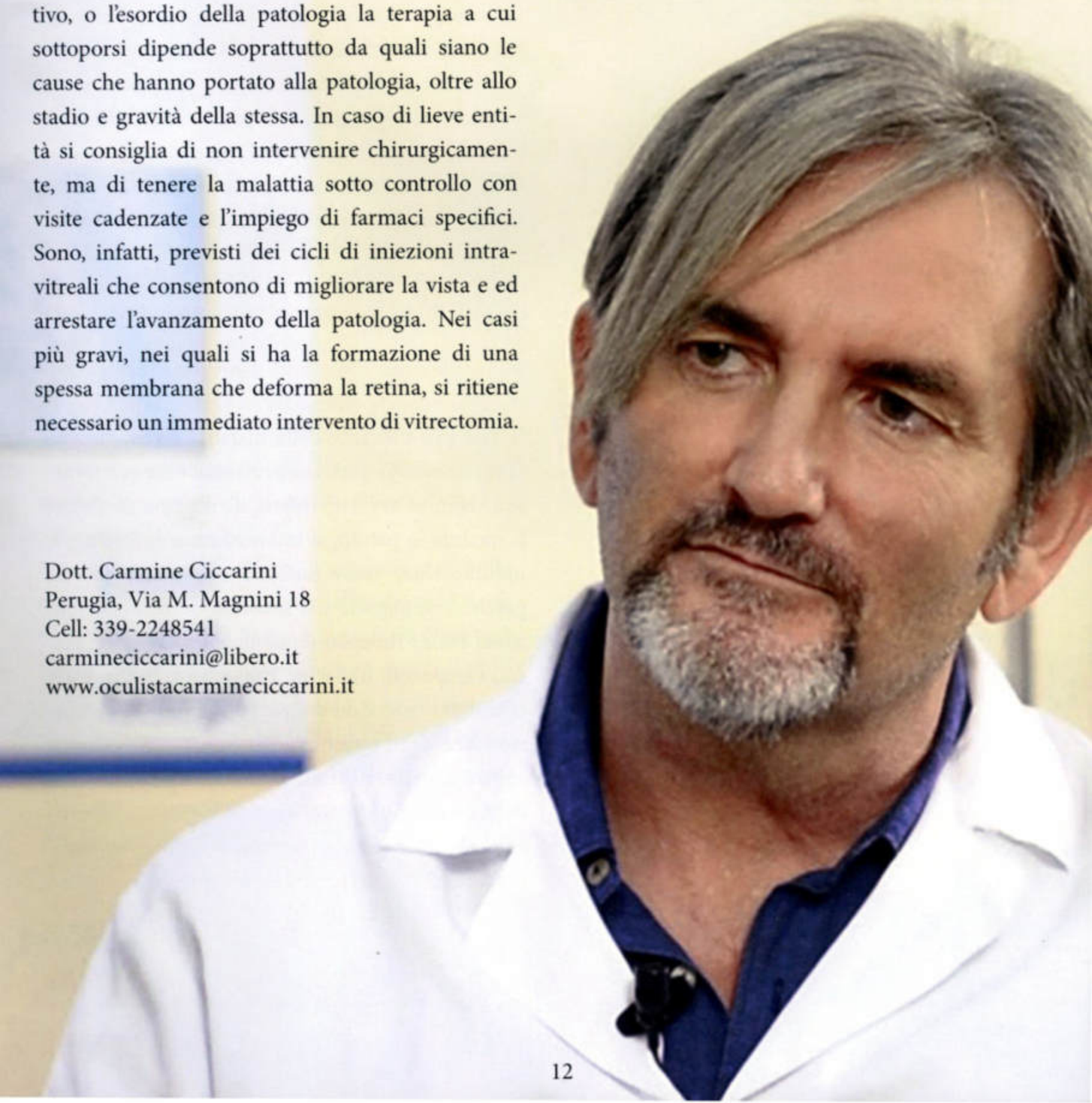
Il dato più rilevante della malattia è che, almeno nei primi stadi, questa si presenta come asintomatica. Non si avverte, infatti, alcun tipo di dolore e, qualora la patologia interessi un solo occhio, le modificazioni visive possono non essere rilevate perché compensate dal secondo occhio che funziona bene. Tuttavia, è possibile scorgere dei piccoli campanelli d'allarme che occorre interpretare con attenzione. Ad esempio, si può notare una distorsione degli oggetti, la cui forma e dimensione appare alterata. Allo stesso modo, è possibile rendersi conto che la visione centrale viene progressivamente offuscata da macchie, che non permettono di vedere correttamente quello che si ha davanti

Esistono dei "fattori di rischio"?

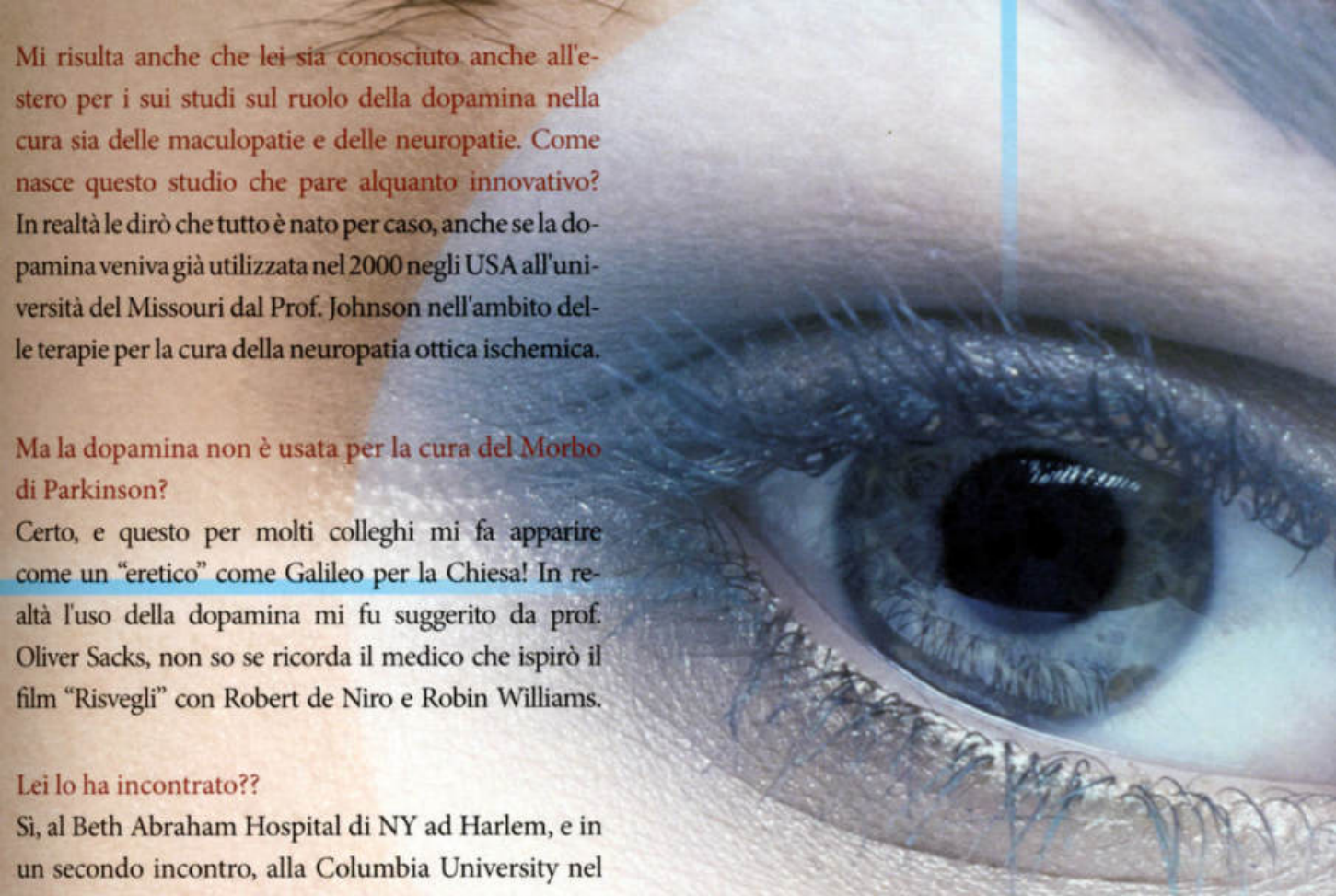
La maculopatia non ha delle cause vere e proprie, ma dei semplici fattori di rischio. Tra questi, i più importanti sono legati all'età del paziente, alle malattie cardiovascolari, al tipo di alimentazione ed all'abuso di fumo e alcol. Quando si avvertono i primi sintomi è bene recarsi immediatamente da uno specialista per una visita approfondita. Oltre agli esami di routine, il medico eseguirà il cosiddetto test di Amsler che, grazie all'impiego un'immagine composta da una griglia di linee al cui centro è posto un piccolo pallino di colore nero, permette di appurare possibili distorsioni nella vista e, dunque, la presenza della maculopatia. Una volta appurato il rischio effettivo, o l'esordio della patologia la terapia a cui sottoporsi dipende soprattutto da quali siano le cause che hanno portato alla patologia, oltre allo stadio e gravità della stessa. In caso di lieve entità si consiglia di non intervenire chirurgicamente, ma di tenere la malattia sotto controllo con visite cadenzate e l'impiego di farmaci specifici. Sono, infatti, previsti dei cicli di iniezioni intravitreali che consentono di migliorare la vista e ed arrestare l'avanzamento della patologia. Nei casi più gravi, nei quali si ha la formazione di una spessa membrana che deforma la retina, si ritiene necessario un immediato intervento di vitrectomia.

Lei è diventato famoso come il "mago delle malattie del nervo ottico" tanto che ci risulta che nel suo studio arrivino pazienti da tutte le regioni d'Italia e anche da nazioni, seppur all'avanguardia in campo medico, come Svizzera, Germania e addirittura USA.

Le malattie del nervo ottico genetiche sono solitamente la Sindrome di Leber e l'atrofia ottica dominante, ma poiché le variabili genetiche di queste affezioni non sempre si riescono a classificare essendoci centinaia di variabili, e la genetica è una scienza che non esiste da molti anni e che in ogni caso, anche nelle rare forme classificabili, le terapie sono sperimentate solo su un numero estremamente esiguo di pazienti affetti, quindi prima che la terapia diventi di routine bisognerà aspettare anni, forse decenni.



Dott. Carmine Ciccarini
Perugia, Via M. Magnini 18
Cell: 339-2248541
carmineciccarini@libero.it
www.oculistacarmineciccarini.it



Mi risulta anche che lei sia conosciuto anche all'estero per i sui studi sul ruolo della dopamina nella cura sia delle maculopatie e delle neuropatie. Come nasce questo studio che pare alquanto innovativo?
In realtà le dirò che tutto è nato per caso, anche se la dopamina veniva già utilizzata nel 2000 negli USA all'università del Missouri dal Prof. Johnson nell'ambito delle terapie per la cura della neuropatia ottica ischemica.

Ma la dopamina non è usata per la cura del Morbo di Parkinson?
Certo, e questo per molti colleghi mi fa apparire come un "eretico" come Galileo per la Chiesa! In realtà l'uso della dopamina mi fu suggerito da prof. Oliver Sacks, non so se ricorda il medico che ispirò il film "Risvegli" con Robert de Niro e Robin Williams.

Lei lo ha incontrato??
Sì, al Beth Abraham Hospital di NY ad Harlem, e in un secondo incontro, alla Columbia University nel 2005, quando gli era da poco stato diagnosticato un rarissimo melanoma oculare. Mi disse che la dopamina era essenziale per la sopravvivenza dei neuroni retinici, essendo un neurotrasmettitore delle cellule ganglionari retiniche, che nelle maculopatie si riducono di numero. Essendo l'epitelio pigmentato, cioè la struttura che le produce, soffocato dai depositi di lipofuscina, come nelle maculopatie, viene a mancare un giusto apporto di dopamina per le cellule ganglionare e ciò conduce alla morte delle stesse e di conseguenza ad un'atrofia ottica secondaria. Usando quindi la dopamina in associazione con l'idebenone ho osservato miglioramenti notevoli in molti pazienti affetti da neuropatie genetiche come la sindrome ottica dominante e la Leber.

Ci sono altri utilizzi?
Certamente sì, ad esempio nelle neuropatie ottiche ischemiche che oggi distruggono spesso bilateralmente la capacità visiva dei pazienti colpiti. L'uso dei cortisonici e degli antinfiammatori soltanto non raggiunge i risultati che si hanno invece associandovi la dopamina; purtroppo molti pazienti arrivano alla visita troppo tardi, quando la situazione è ormai troppo avanzata per poter essere contrastata per il grave danno irreversibile generatosi sulle cellule ganglionari. Se utilizzassimo invece precocemente la dopamina e gli anticorpi monoclonali per la presenza di edema papillare riusciremmo a salvare la vista a molti pazienti.

Ma, tenendo presente la tempestività di intervento, qual è quindi ad oggi secondo la sua esperienza il trattamento più efficace nei casi acuti?
Senz'altro la dopamina, che costituisce il "carburante" delle cellule nervose; poi naturalmente bisogna associare altri farmaci specifici; un miglioramento del campo visivo è riscontrato nella quasi totalità dei casi e, se si è fortunati, per il 30-40% dei casi il paziente riesce a recuperare un buon visus.

Torniamo a parlare di maculopatia: come pensa che evolverà questa patologia dal punto di vista della sua diffusione?
Il numero di pazienti malati aumenterà purtroppo sempre più. Nei prossimi 50 anni si prevede un aumento del 200%; consideri che attualmente ne sono affetti 1 milione di persone e si che entro il 2060 si arriverà a 3 milioni di individui con maculopatie compresi nella fascia di età dai 50 anni in su. Un numero enorme!

Di fronte ad una patologia di così ampia diffusione l'ingegneria genetica che ruolo svolge?

Sicuramente un ruolo fondamentale destinato ad assumere sempre più importanza nel tempo. Attualmente purtroppo però è utilizzata pochissimo, se non in casi isolati, le ricerche sono lente....tutto è lento. Per fare una diagnosi ci vogliono mesi ed il risultato genetico è lento ad arrivare, ci vuole circa una anno, anche i gruppi su cui vengono utilizzate terapie genetiche sono minimi: poche decine di persone per patologie che colpiscono migliaia di soggetti.

Insomma, in definitiva, qual è la sua idea personale riguardo alla terapia mirata a patologie che hanno spesso base genetica?

Che attualmente l'unico farmaco che potrebbe dare una svolta è l'NGF (Neural Grow Factor) della Montalcini, quando sarà finalmente possibile usarne una formulazione per via intravitreale. Vista la lentezza con cui la ricerca sta progredendo questa mi affermazione ha quasi il sapore di un "testamento spirituale"!

Mi sembra comunque di capire, per tornare più sul pratico, che un ruolo fondamentale nella riuscita delle terapie per la cura di queste patologie risieda soprattutto nella diagnosi tempestiva e nella perizia dello specialista a cui ci si affida.

Certamente sì, c'è da dire che, essendo le patologie a carico dell'apparato visivo estremamente complesse e di difficile individuazione specie se si parla di patologie rare, l'esperienza dello specialista in questione giochi un ruolo di primo piano in tutto il processo di guarigione ed io, credo, in tutti questi anni di studi costanti, di aver maturato un po' di questa esperienza!

Del resto nella storia della medicina le più grandi scoperte sono nate dall'intuizione di pochi medici. Alcuni miei pazienti che hanno avuto risultati con la mia personalissima cura per malattie incurabili migliorando la loro condizione visiva del 20-30% si sentono dire che "è stata fortuna", mi vien francamente da sorridere, in tutta sincerità non credo si tratti di fortuna!