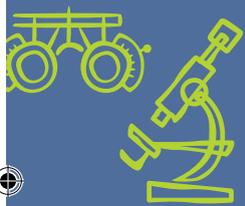




LA DEGENERAZIONE  
**MACULARE**  
LEGATA ALL'ETÀ

I A P B I T A L I A O N L U S • P E R A M O R E D E L L A V I S T A



Campagna informativa  
per la prevenzione  
delle malattie  
oculari che possono  
compromettere  
la visione sino a  
provocare ipovisione  
e cecità.

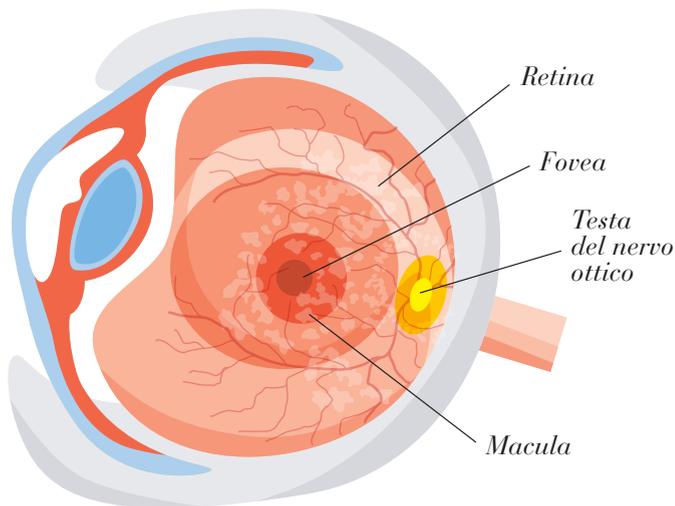
# LA DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ (DMLE o AMD)

La degenerazione maculare legata all'età (DMLE o AMD) è una delle patologie più gravi che colpiscono l'occhio. Viene danneggiata la macula, cioè la parte centrale e nobile della retina, dov'è massima la concentrazione dei coni, i fotorecettori specializzati per la visione dei dettagli. È questa zona retinica che ci consente di riconoscere i volti, i colori, di leggere e guidare.

La malattia determina quindi una grave compromissione della visione centrale, mentre la visione periferica o laterale viene mantenuta.

Rappresenta la prima causa di cecità e di ipovisione nel mondo occidentale e colpisce prin-

cipalmente i soggetti con più di 65 anni. In Italia si stima che colpisca circa un milione di individui, di cui 200.000-300.000 presentano la forma avanzata.



Quasi sempre la malattia è progressiva e colpisce entrambi gli occhi, anche ad intervalli di tempo variabili e con quadri clinici e gravità differenti.

### QUAL È LA CAUSA?

Importanti sono sicuramente i fenomeni di invecchiamento che interessano la retina e la parte più profonda dell'occhio (complesso retina-coroide) e la produzione dei radicali liberi che danneggiano i fotorecettori, ma la causa certa non è stata ancora identificata.

È noto che si tratti di una malattia multifattoriale dovuta a una combinazione di fattori ge-

netici e ambientali. Negli ultimi anni la ricerca, molto attiva in questo settore, ha permesso di individuare dei geni che predispongono all'insorgenza della patologia e dei geni che, invece, svolgono un ruolo protettivo. La presenza dei geni predisponenti non significa "malattia certa", perché nella comparsa della DMLE concorrono fattori ambientali ed abitudini di vita particolari.



## QUANTE FORME ESISTONO?

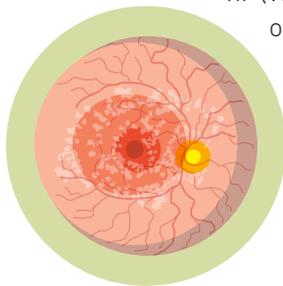
Esistono due forme di degenerazione maculare legata all'età: la **forma secca o atrofica** e quella umida o essudativa.

Nella forma secca, la più frequente (80% dei casi), la retina centrale va incontro a un progressivo assottigliamento (atrofia). Si manifesta in più stadi. I segnali iniziali sono la presenza di depositi giallastri sulla retina, le drusen. La malattia può progredire fino alla forma avanzata, atrofica o può anche trasformarsi nella forma umida (10-15% dei casi). Nelle fasi molto precoci i sintomi sono molto modesti: possono manifestarsi difficoltà nella lettura

(alcune lettere appaiono sfocate), possono comparire delle aree scure o vuote al centro del campo visivo (scotomi), le linee diritte possono apparire distorte o spezzate in alcuni punti (metamorfopsie).

La **forma umida o essudativa** è la meno frequente, ma anche la più invalidante. Conseguie alla formazione di vasi sanguigni anomali, i cosiddetti neovasi, che si sviluppano a partire dalla coroide (la membrana vascolare più interna dell'occhio) e crescono sotto il centro della retina (macula). Sono vasi sanguigni che hanno una parete molto fragile e, proprio per questo motivo, possono andare incontro a rottura e causare emorragie o

versamenti di siero (essudazioni sierose) che causano sollevamenti della macula. La degenerazione maculare essudativa insorge in maniera acuta: il soggetto accusa un'importante riduzione della sua capacità visiva e percepisce le immagini (volti, linee) ondulate o distorte. In questi casi è opportuno effettuare una visita oculistica tempestiva.



*Fondo oculare di persona affetta da degenerazione maculare*

## QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO?

Esistono dei fattori di rischio cosiddetti non correggibili e fattori di rischio correggibili o modificabili. Tra i primi il principale è l'**età** (la malattia, in genere, si presenta dopo i 65 anni). Inoltre, si ritiene che le donne siano più colpite degli uomini, così come la popolazione bianca; anche avere parenti stretti affetti da DMLE aumenta il rischio di malattia.

Tra i fattori di rischio modificabili (ossia quelli sui quali si può agire cambiando le abitudini di vita o praticando terapie mirate), il più importante è il **fumo di sigaretta**, che aumenta note-

volmente il rischio di ammalarsi di DMLE. Questo rischio si correla con gli anni di fumo e con il numero di sigarette fumate ogni anno. I fumatori sviluppano la malattia 5-10 anni prima dei non fumatori ed hanno un rischio doppio di andare incontro alla forma neovascolare (più grave e a evoluzione più rapida). Anche l'ipertensione arteriosa, i disordini cardiovascolari, l'iperlipidemia, una dieta povera di vitamine ed acidi grassi, l'obesità, una vita sedentaria e l'eccessivo consumo di alcool contribuiscono ad aumentare il rischio di sviluppare la DMLE. Si ritiene che anche l'esposizione eccessiva alla luce solare, il colore chiaro dell'iride e l'iper-

metropia possano predisporre e/o contribuire all'insorgenza della malattia.



## COME SI DIAGNOSTICA?

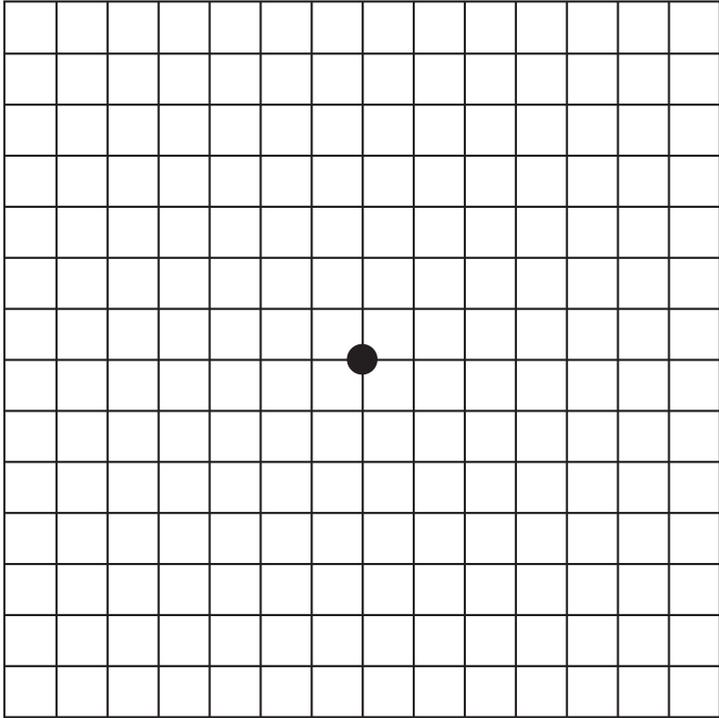
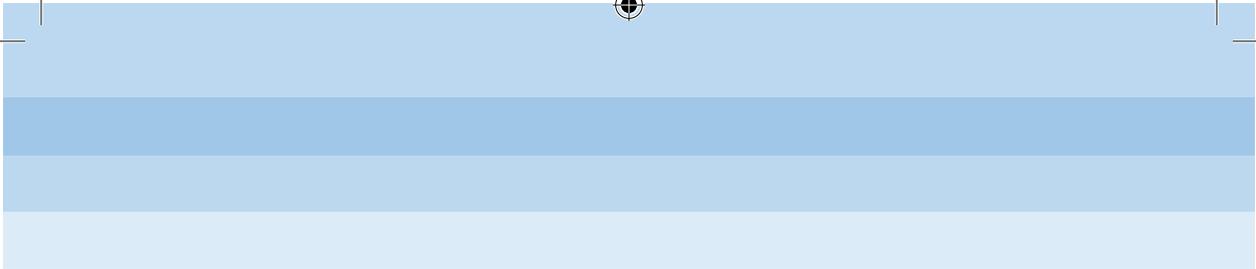
La diagnosi viene fatta con l'esame del fondo oculare nel corso di una visita oculistica. A volte si rende necessaria l'integrazione con esami strumentali di tipo non invasivo (come l'OCT ovvero la tomografia a coerenza ottica) o invasivo (come la fluorangiografia retinica o FAG e l'angiografia al verde di indocianina o ICG).

Una diagnosi precoce e un trattamento rapido, quand'è possibile, sono fondamentali per il risultato funzionale.

Un test che si può fare da soli è la **griglia di Amsler**: è facile da eseguire ed è molto utile per monitorare l'evoluzione della malattia.

### Come si esegue il test:

- se ti sono stati prescritti occhiali per la lettura indossali;
- poniti ad una distanza di 30 cm;
- chiudi un occhio;
- osserva il puntino al centro del riquadro;
- I quadratini sono tutti uguali?
- le righe sono tutte diritte?
- compaiono delle macchie più o meno oscure all'interno del riquadro?
- se le linee appaiono distorte, se i quadrati appaiono di grandezza diversa, se vedi delle macchie più o meno scure all'interno del riquadro rivolgiti al tuo oculista.



## QUAL È LA TERAPIA?

Le forme atrofiche non sono curabili; tuttavia, quando la degenerazione maculare è nelle fasi iniziali può essere di supporto l'assunzione di **integratori alimentari** a base di vitamine ed antiossidanti.

Per le forme umide i trattamenti più innovativi sono rappresentati dall'iniezione all'interno del bulbo oculare dei **farmaci anti-VEGF**, che sono molecole in grado di inibire il fattore di crescita principale (VEGF) responsabile della formazione di nuovi vasi retinici.

## COME SI PUÒ PREVENIRE?

Ci sono dei fattori di rischio modificabili su cui si può agire. Per poter prevenire la DMLE bisogna:

- eliminare il fumo;
- assumere integratori alimentari contenenti vitamine, oligoelementi e carotenoidi in formulazione adeguata: essi potrebbero rallentare la progressione della malattia retinica;
- indossare occhiali da sole con lenti protettive per ridurre il danno legato alle radiazioni solari. È consigliabile, inoltre, un cappello con visiera (anche per i bambini);

- prediligere diete ricche di frutta, verdura (in particolare quella a foglia larga) e omega-3 ma povere di grassi;
- praticare un'attività fisica sana e regolare;
- controllare l'ipertensione arteriosa e curare eventuali malattie cardiovascolari, tenere sotto controllo i grassi del sangue (colesterolo e trigliceridi nella norma), prevenire o curare l'obesità;
- effettuare controlli oculistici periodici.



*Contenuti scientifici a cura del  
Polo Nazionale di Servizi e Ricerca  
per la Prevenzione della cecità  
e la Riabilitazione Visiva*

## **IAPB Italia Onlus**

Agenzia Internazionale  
per la Prevenzione  
della Cecità  
sezione italiana

Via U. Biancamano, 25 - 00185 Roma

Tel.: +39 06.36004929

Fax: +39 06.36086880

sezione.italiana@iapb.it

www.iapb.it

Numero Verde di  
consultazione oculistica

**800 - 068506**

