

DIAGNOSI DI UN OCCHIO ROSSO

IN ASSENZA DI TRAUMA

L'arrossamento della congiuntiva è il sintomo più frequente e più manifesto di molte malattie non traumatiche dell'occhio.

All'arrossamento della congiuntiva può associarsi una modificazione della pupilla.

IPEREMIA

Può essere uniformemente distribuita su tutta la congiuntiva oppure essere limitata alla zona attorno alla cornea, prendendo il nome di iperemia o reazione pericheratica. Quest'ultima è espressione del circolo che interessa l'iride e il corpo ciliare; può essere di tipo **attivo** (fatti infiammatori dell'iride e del corpo ciliare) o di tipo **passivo** (stasi del deflusso venoso come nel glaucoma irritativo acuto).

L'iperemia della congiuntiva a volte è più intensa a livello della congiuntiva delle palpebre e del fornice rispetto a quella bulbare e va diminuendo man mano che si avvicina al limbus; tale aspetto è tipico delle congiuntiviti.

Quando la congiuntiva è di colorito rosso-venoso, sul quale spiccano le vene dilatate, si può trattare di leucemie, macroglobulinemie, mielomatosi oppure di stasi venosa locale (tumori endobulbari e dell'orbita) o generale (malattie del cuore destro).

PUPILLA

Le modificazioni della pupilla sono dovute alla congestione o alla ischemia delle arteriole che, decorrendo radialmente, collegano i due anelli arteriosi dell'iride, rispettivamente del bordo pupillare e della radice dell'iride stessa.

Si ha miosi in caso di iridociclit.

Si ha midriasi in caso di glaucoma irritativo acuto. Essa può divenire

permanente per la sofferenza delle terminazioni nervose del 3 paio di nervi cranici che innervano il muscolo costrittore dell'iride e per i processi degenerativi conseguenti alla ischemia del tessuto irideo, quando l'ipertono dura parecchio tempo.

Nella vasta gamma delle malattie oculari in cui l'arrossamento è sempre presente, un sintomo differenziale è il dolore.

La mucosa congiuntivale ha scarse terminazioni nervose dolorose, mentre abbondanti sono quelle tattili e calorifiche; nelle congiuntiviti si hanno quindi sensazioni di corpo estraneo, bruciore e prurito, mentre quando vi è interessamento della cornea e dell'uvea anteriore, il dolore è preminente.

Si possono quindi riconoscere due gruppi di malattie a seconda della presenza o meno del dolore.

OCCHIO ROSSO NON DOLENTE

1) senza dolore vero e proprio e senza secrezione

- a) emorragia sottocongiuntivale (possibilità di trauma non ricordato)
- b) congiuntivite cronica

2) senza dolore, con lacrimazione

- a) congiuntivite allergica
- b) erosione recidivante della cornea
- e) rari casi di cheratite
- d) qualche caso di glaucoma ad angolo chiuso dolore

3) con secrezione

- a) secrezione mucopurulenta nei bambini e nei neonati
 - monolaterale - stenosi delle vie lacrimali
 - bilaterale - congiuntivite gonococcica
 - congiuntivite dei neonati
- b) congiuntiviti acute virali e batteriche

OCCHIO ROSSO DOLENTE

- 1) glaucoma acuto
 - a) glaucoma angolo chiuso acuto
 - b) glaucoma congestizio
 - e) glaucoma secondario (facolitico, irite ipertensiva)
 - d) glaucoma assoluto
- 2) **irite acuta**
 - a) endogena
 - b) esogena (corpo estraneo)
 - c) irite ipertensiva
- 3) **cheratite**
 - a) ulcera semplice
 - b) cheratoipopion
 - c) cheratiti virali: puntata superficiale
herpes simplex
herpes zoster
 - d) cheratiti da miceti
 - e) erosioni recidivanti della cornea
- 4) **episclerite - sclerite**

OCCHIO ROSSO NON DOLENTE

EMORRAGIE SOTTOCONGIUNTIVALI

Di frequente osservazione al Pronto Soccorso è l'arrossamento da emorragia sottocongiuntivale spontanea. In caso di dubbio (bambini, trauma non ricordato) fare eseguire la radiografia dell'orbita.

CONGIUNTIVITI CRONICHE

Le congiuntiviti croniche, siano esse la conseguenza di forme acute non sufficientemente trattate oppure tali fin dall'inizio, presentano leggeri bruciori, modica iperemia, ipertrofia papillare, secrezione schiumosa che si raccoglie ai canti palpebrali.

Possono essere di origine batterica o di origine tossica, endogena o esogena.

Le **congiuntiviti batteriche** sono dovute a ceppi di stafilococco, streptococco, pneumococco, batteri della xerosi, sarcine, micrococco catarrale, in genere dotati di scarso potere patogeno e che vivono nel sacco congiuntivale come saprofiti.

Fra le **congiuntiviti tossiche** sono da ricordare la congiuntivite artritica-gottosa, le blefarocongiuntiviti croniche costituzionali, le congiuntiviti da agenti irritanti.

Nella congiuntivite **artritico-gottosa** la congiuntiva bulbare partecipa poco all'affezione a differenza della congiuntiva tarsale che presenta modico arrossamento, dilatazioni venose, talora piccole ecchimosi, scarsa secrezione che si essicca a grumi sulle ciglia; il malato accusa difficoltà ad aprire gli occhi nello svegliarsi e prova una sensazione di spilli.

Trattamento. Oltre a modificare il terreno metabolico (antiuricemici ecc.) sono preferibili i preparati di argento (argirolo) e i bagni oculari alcalini (borato o bicarbonato di sodio) e i preparati lievemente vasocostrittori (Otilia collirio).

Le **blefarocongiuntiviti croniche costituzionali** sono molto frequenti e le forme più comuni sono la meibomiana e la rosacea.

La **congiuntivite meibomiana**, legata ad una iperfunzione delle ghiandole di Meibomio, compare in individui linfatici con seborrea della cute; i pazienti presentano bruciore, arrossamento del bordo delle palpebre, una fine schiuma ai canti interno ed esterno.

Trattamento. Sono indicati i bagni oculari alcalini, la massoterapia sulle palpebre con ossido giallo di mercurio onde svuotare le ghiandole di Meibomio.

La **congiuntivite rosacea** legata all'acne rosacea, colpisce più frequentemente le donne; la congiuntiva dei fornici è arrossata, un po' edematosa, con vasi venosi congesti, ipertrofici e a volte sono presenti pseudo-follicole sulla congiuntiva paralimbare. La terapia è generale (ormonoterapia ovarica, cortico-surrenalica, epato-terapia).

Congiuntiviti da agenti chimici e fisici

Per quanto riguarda gli agenti irritanti, l'interessamento della congiuntiva può avere caratteri diversi a seconda dall'intensità dello stimolo, per cui a volte si ha dolore intenso, altre volte è presente secrezione a tipo catarrale, spesso l'uno e l'altra. In caso di stimolo non molto intenso o di esposizione cronica all'agente irritante, il dolore e la secrezione sono scarsi.

Tra gli agenti irritanti di ordine fisico si ricordano i raggi **ultravioletti** (oftalmia elettrica e oftalmia nivalis), i **raggi X** e il **radium**.

Tra gli agenti di ordine chimico bisogna tenere presente che tutte le sostanze che danno luogo a polvere e vapori possono determinare irritazione congiuntivale. Si ricordano in particolare lo **zolfo**, l'**amianto**, l'**ammoniaca**, il **cloro**, il **fluoro**, l'**anidride solforosa**, i **gas lacrimogeni e asfissianti** (iprite, lewisite, fosgene).

Tra gli agenti irritanti di origine vegetale e animale sono da tenere presenti i **succhi di certe piante** (lattice dell'euforbia), le **polveri di grano, legno, tabacco**, i **peli di luppolo, giacinti e tulipani**, i **peli del feltro**, i **peli dei bruchi dei rami delle conifere** (le cosiddette «processionarie»).

Forme jatrogene

Osservate sempre più frequentemente sono le congiuntiviti croniche jatrogene legate alla istillazione costante e prolungata di vari colliri. I pazienti, affetti da lieve irritazione congiuntivale, si presentano con una lista di prodotti istillati negli occhi, contenente 15-20 e più nomi di prodotti medicinali adoperati da lunghi periodi. La causa della congiuntivite iniziale non è determinabile e la congiuntivite cronica che presentano è legata all'irritazione prodotta dai medicinali, che contengono generalmente dei vasocostrittori. L'istillazione di vasocostrittori determina infatti un senso di sollievo che non dura però più di 4-6 ore; la vasodilatazione riflessa provoca un marcato fastidio oculare ed incita alla istillazione di una nuova goccia dello stesso collirio. Si forma così un circolo chiuso ed i soggetti affetti passano spesso da un oculista all'altro alla ricerca di una terapia ideale.

Trattamento. Dopo aver tonometrato per eliminare la possibilità di glaucoma da cortisone dovuto alla presenza di cortisonici nei colliri istillati, bisogna avere il coraggio di vietare al paziente l'istillazione di qualsiasi sostanza negli occhi. In tal modo, dopo qualche settimana di marcata iperemia congiuntivale e, a volte, di lacrimazione, i sintomi diminuiscono gradatamente. E utile, a volte, soprattutto a scopo psicologico, prescrivere dei bagni oculari a base di the leggero, di camomilla o di Eufrasia (Octilia Bagno Oculare).

CONGIUNTIVITI ALLERGICHE

Tra le congiuntiviti legate a fattori allergici bisogna tenere presente la congiuntivite da polline o da altre proteine e la congiuntivite primaverile.

La congiuntivite da **pollini delle graminacee**, fa parte del quadro clinico della febbre da fieno; si accompagna a rinite vasomotoria, febbre, talora asma, orticaria; la cornea può essere interessata da una puntata superficiale. Gli astringenti (privina, adrenalina) sono efficaci ma rischiano, se prescritti troppo a lungo, di dare delle iperemie croniche congiuntivali.

Altre congiuntiviti allergiche sono sostenute da **proteine animali e vegetali** varie: rose, primule, peli di animali, polveri di casa, piume di materassi, forfora di cavalli (congiuntivite dei cavallerizzi e degli striglieri). La diagnosi si basa su una iperemia locale e sulla mancanza di germi sul secreto congiuntivale.

La congiuntivite primaverile ha un carattere stagionale; compare infatti in primavera, peggiora nei mesi caldi per migliorare poi in autunno-inverno; sono presenti fotofobia, prurito, scarsa secrezione. Può assumere due forme cliniche: di tipo **palpebrale** o di tipo **bulbare**. Nella prima la congiuntiva tarsale, in particolare superiore, assume l'aspetto di un lastricato di una strada romana per l'ipertrofia delle papille che sono di colorito lattiginoso e di aspetto poliedrico irregolare; nelle forme gravi l'ipertrofia delle papille ha un aspetto papillomatoso tumorale. Nella forma bulbare si hanno attorno al limbus delle salienze di colorito biancastro con leggera vascolarizzazione. L'eziologia è attribuita ad un processo di fotosensibilizzazione della congiuntiva.

Trattamento. Il farmaco specifico per le allergie oculari è il sodio cromoglicato (Sificrom collirio), quando la sintomatologia è intensa si è obbligati in genere a prescrivere dei cortisonici locali (Prenacid, collirio e/o pomata) in istillazioni al principio ogni poche ore, dopo qualche giorno, tre volte al giorno e sotto controllo della pressione oculare. Dopo i primi dieci giorni verrà prescritta la Privina per periodi di dieci giorni separati da qualche giorno di riposo. Il

trattamento generale associato è a base di. Il trattamento delle vegetazioni congiuntivali è chirurgico: asportazioni seguite da trapianto di mucosa, o crioapplicazioni.

Un'altra forma di congiuntivite allergica è la **congiuntivite da cosmetici**, frequentissima nelle signore e peggiorata dalla moda attuale che spinge ad applicare i cosmetici direttamente sulla tarsale ed il margine palpebrale. Il trattamento vieta il trucco degli occhi per almeno quindici giorni e consiste nella prescrizione di cortisonici locali per una settimana, poi di vasocostrittori lievi e di antistaminici. Dopo tale periodo si autorizzerà di nuovo l'applicazione di cosmetici, ma con l'accortezza di riprendere il trucco gradatamente, cioè adoperando ogni sostanza separatamente in modo da tentare di stabilire qual'è il prodotto allergizzante ed eliminarlo.

GLAUCOMA PRODROMICO

Si presenta con un arrossamento del bulbo oculare, a volte bilaterale, con scarso dolore, lacrimazione soprattutto nella visione, disturbi transitori della acuità visiva, aloni colorati attorno alle luci. È buona norma quindi tonometrare sempre sui pazienti al di sopra dei quarant'anni.

IPEREMIA ASSOCIATA A SECREZIONE MUCO-PURULENTA

Nei casi in cui prevale la secrezione mucosa e muco-purulenta ci si trova di fronte a stati infiammatori acuti, monolaterali o bilaterali.

CONGIUNTIVITI DEI NEONATI

Inizio

- 1- 2 giorni
- 1- 5 giorni
- 5-10 giorni

Causa

- nitrato d'argento
- gonococco
- congiuntiviti da inclusi

— 11-21 giorni

Nei neonati o nei bambini nei primi anni di vita una secrezione monolaterale deve far pensare sempre alla presenza di una **dacriocistite cronica**.

I parenti riferiscono che il bambino fin dalle prime settimane presentava epifora, successivamente è comparsa una secrezione mucosa o muco-purulenta. La spremitura della regione del sacco lacrimale, che risulti positiva per muco-pus, dirime ogni dubbio. Sono consigliabili colliri antibiotici e la spremitura quotidiana della regione del sacco, prima di procedere ad un lavaggio e un sondaggio delle vie lacrimali che ristabiliscono la pervietà del canale nasolacrimale.

La **congiuntivite gonococcica dei neonati** può colpire entrambi gli occhi contemporaneamente; si osserva una tumefazione violacea delle palpebre che si lasciano divaricare con difficoltà; segue una fase secernente con secreto abbondante, purulento, di colorito verdastro; sono frequenti e temibili le complicanze corneali (ulcere, cheratoipopion con perforazione del bulbo). La terapia si avvale di antibiotici per via generale e locale, tenendo presente l'esistenza di ceppi resistenti alla penicillina (in tale caso la trobicina dà buonissimi risultati).

Un'altra forma di congiuntivite purulenta dei neonati è la **congiuntivite da inclusi** dei neonati. È simile a quella gonococcica ma se ne differenzia per il periodo di incubazione: la congiuntivite da gonococco compare dopo 2-3 giorni dalla nascita, l'oftalmoblenorrea compare dopo una due settimane ed il decorso clinico inoltre è meno clamoroso e più protratto. L'agente è un grosso virus detto clamidia oculogenitalis sensibile agli antibiotici (tetraciclina) e sulfamidici.

CONGIUNTIVITI ACUTE

Le congiuntiviti acute virali e batteriche sono caratterizzate dalla presenza di secrezioni catarrali che si raccolgono nel fornice congiuntivale e in corrispondenza dei bordi e dei canti palpebrali. Nelle forme più gravi vi può essere edema palpebrale intenso, piccole ulcere corneali limbari, blefarospasmo riflesso. L'eziologia delle forme batteriche è data prevalentemente dal bacillo di Koch-Weeks, esclusivo della congiuntiva umana; inoltre da pneumococco, bacillo di Pleiffer, da ceppi particolarmente virulenti di stafilococco e streptococco. A carattere francamente purulento è invece la congiuntivite gonococcica dell'adulto, la cui frequenza è in aumento dal 1965, con pericolo di gravi complicanze corneali.

Un aspetto particolare presentano invece le congiuntiviti **pseudomembranose** in cui si notano delle pseudo-membrane grigiastre sulla congiuntiva tarsale superiore ed inferiore; se queste sono superficiali vengono allontanate senza o con modesto sanguinamento, quando invece si ha coagulazione degli essudati nei tessuti stessi (membrane difteriche), l'asportazione di esse determina ulcerazioni sanguinanti.

Le pseudo-membrane a volte possono essere date da pneumococco o streptococco, ma quelle vere riconoscono come agente il bacillo di Klebs-Loeffler (bacillo della difterite); tale congiuntivite si può presentare isolata o nel corso di una angina difterica o di una difterite nasale.

Una forma particolare di congiuntivite, che si presenta in forma subacuta è la **congiuntivite angolare** e diplobacillare (diplococco di Morax-Axenfeld). È contagiosa, presenta scarsa secrezione e iperemia della mucosa dei due angoli della commisura palpebrale, risparmiando la porzione bulbare della congiuntiva.

Trattamento: Istillazioni frequenti di colliri antibiotici, (Colbiocin, collirio e/o pomata - Genticol, collirio e/o pomata) oppure pomate dopo coltura e antibiogramma; nelle forme gravi antibiotici anche per via generale; sieroterapia nelle forme difteriche.

Le **congiuntiviti acute virali** sono caratterizzate da notevole lacrimazione e dalla presenza di follicoli sulla congiuntiva dei fornici. L'eziologia è data dai virus APC (adenofaringocongiuntivale); la congiuntivite di Beal (virus APC 4 e 6) e la febbre adeno-faringo-congiuntivale (APC 3) non presentano complicazioni corneali; la cheratocongiuntivite epidemica (APC 8) è caratterizzata da adenopatia preauricolare, spesso da lesioni corneali che a volte presentano la forma di puntata superficiale e più spesso di infiltrati sottoepiteliali, possono approfondirsi successivamente sotto la membrana di Bowmann, assumendo l'aspetto nummulare. Altre congiuntiviti virali sono la congiuntivite da inclusi dell'adulto (congiuntivite da piscina e congiuntivite epidemica da inclusi) il cui agente è la clamidia oculo-genitalis, e il tracoma la cui frequenza nel nostro Paese è ormai irrilevante, ma da tenere sempre presente in ambiente di Pronto Soccorso, considerato il flusso migratorio da Paesi in cui il tracoma non è stato ancora debellato.

Trattamento La terapia della congiuntivite virale si avvale di istillazioni frequenti di colliri antibiotici (Iducol, collirio e/o pomata), per prevenire la sovrapposizione di agenti batterici; i cortisonici vanno usati con moderazione e sono utili per diminuire l'iperemia e l'edema. Sulfamidici e tetraciclina vengono usati nelle forme di inclusi e nel tracoma (Pensulvit pomata).

OCCHIO ROSSO DOLENTE

In presenza di un'iperemia congiuntivale a cui si accompagna e diventa

prevalente il sintomo dolore, l'esame obiettivo del bulbo oculare deve mirare ad evidenziare lesioni che in genere sono localizzate a livello del segmento anteriore (camera, iride, corpo ciliare).

GLAUCOMA ACUTO

È un'evenienza abbastanza frequente; può presentarsi come tale in soggetti che non sapevano di essere affetti da glaucoma oppure rappresentare la fase di acuzie del glaucoma cronico congestizio; un'altra forma è data dal glaucoma secondario (facolitico, uveite ipertensiva, ecc.) e infine il glaucoma assoluto irritativo.

Il paziente accusa dolore più o meno violento periorbitario gravativo sull'occhio, accompagnato a volte da vomito, brividi, bradicardia, dolore a distanza (addome), diminuzione del visus, cerchi iridescenti intorno alle sorgenti luminose.

All'esame obiettivo si rileva reazione pericheratica, edema corneale, camera anteriore diminuita di profondità, midriasi spesso irregolare per torsione dell'iride e naturalmente ipertono oculare.

Trattamento. È necessario ottenere al più presto possibile una diminuzione del tono oculare ed una miosi per stirare l'iride ed allontanarlo dalla faccia posteriore della cornea, onde evitare l'instaurarsi di sinechie dell'angolo camerulare. Occorre istillare pilocarpina al 2% (Liocarpina, collirio e/o pomata), o al 4% ogni 10-15 minuti per una-due ore e poi ogni ora per quattro ore, successivamente ogni sei ore; in certi casi è però preferibile ritardare l'istillazione di pilocarpina che può determinare una congestione dell'iride con peggioramento del blocco dell'angolo. Vengono adoperati contemporaneamente inibitori dell'anidraasi carbonica: Diclorfenamide, (Glaumid, compresse, e/o pomata) va somministrata in compresse da 50 mg. ogni 6 ore; se il paziente accusa vomito si può somministrare per endovena una dose di 500 mg. La somministrazione di potassio (Oral-K, Potassion) integra la perdita di elettroliti.

I farmaci osmotici riducono la tensione endoculare producendo un gradiente osmotico in cui il sangue è ipertonico rispetto ai liquidi intraoculari e si ha dunque passaggio di acqua dal vitreo o dell'umore acqueo nel sangue.

Si somministra glicerolo (Luxonal) in soluzione al 50% in dosi di 1,5 cc. pro Kg. di peso corporeo; in caso di vomito bisogna ricorrere al mannitolo endovenosa in soluzione del 20% in dosi di 250 cc. Dopo aver normalizzato il tono oculare con la terapia medica, occorre decidere se praticare immediatamente la terapia chirurgica o rinviarla.

Da quando disponiamo dello Yag Laser che permette di effettuare le iridectomie senza aprire la camera anteriore, il trattamento dei casi di glaucoma acuto ad angolo chiuso è stato molto semplificato. Appena il tono oculare è diminuito, anche se persiste un lieve edema corneale, è possibile effettuare una o più iridectomie. Queste vengono praticate alle ore 11 e alle ore 1 (in periferia) e permettono di osservare direttamente un approfondimento della camera anteriore con passaggio dell'umore acqueo attraverso l'apertura iridea.

Si risolve così ogni problema senza intervento chirurgico.

In caso di **glaucoma secondario** la terapia deve essere diretta ad eliminare la causa dell'ipertono per cui a volte si ricorrerà alla terapia medica, ad esempio con Betabloccanti (Carteol collirio, Carteololo cloridrato 1 e 2%) altre volte a quella chirurgica. Nel glaucoma facolitico si interviene rapidamente dopo aver somministrato cortisonici generali. Nel glaucoma assoluto irritativo per diminuire il dolore basterà l'alcolizzazione del ganglio ciliare, altre volte invece è necessaria la neurotomia ottico-ciliare e in casi estremi l'exenteratio bulbi.

IRIDOCICLITE ACUTA

I fatti infiammatori a carico dell'uvea anteriore si presentano clinicamente in modo differente a seconda dell'intensità dei fenomeni.

Si ha la cosiddetta «**reazione irido-ciliare**» quando il paziente accusa fotofobia e lacrimazione e direttamente si rileva l'iniezione percheratica, lieve

offuscamento del colore dell'iride, lieve miosi o iporiflessia della pupilla alla luce.

Irite acuta: sono più intensi la fotofobia, il dolore spontaneo tipicamente irradiato della regione del sopraciglio, la diminuzione del visus; obiettivamente si rileva iniezione pericheratica, miosi, fenomeni essudativi che possono variare dal lieve Tyndall alla comparsa di precipitati endoteliali.

Iridociclite acuta: i fenomeni precedenti sono molto accentuati, il dolore è irradiato alla regione periorbitaria e provocato alla palpazione della zona ciliare; si rilevano i cosiddetti precipitati sulla Descemet costituiti da fibrina e cellule, spesso disposti a triangolo con base in basso; talora è presente ipertono oculare dovuto a iperproduzione di acqueo per stimolazione ciliare oppure ad un edema del trabecolato.

Eziologia. L'eziologia delle iridociclitidi è molteplice; se ne distinguono da cause generali (infettive, discrasiche, tossiche, allergiche) e da cause locali (traumatiche, secondarie a cheratiti e distacco di retina, da endoftalmite settica, da corpo estraneo endobulbare, in molti casi l'eziologia rimane sconosciuta (60-70%).

Trattamento. La terapia delle iridociclitidi comprende una terapia aspecifica e una specifica. Con la prima si intende l'uso di cicloplegici e midriatici che mettono a riposo l'iride e il corpo ciliare, diminuendo il dolore e prevengono la formazione di sinechie posteriori; si istilla atropina 1% più volte al giorno, anche in presenza di ipertono oppure in caso di intolleranza all'atropina, l'omatropina, la tropicamide ed altri cicloplegici sintetici; la fenilefrina cloridrato al 10% o 36% provoca una midriasi massimale ed è utile per rompere le sinechie (bisogna stare attenti ai disturbi generali: tachicardia, cefalea). Cortisonici: vengono somministrati per via topica, (Prenacid, collinio e/o pomata, - Eubetal collinio) per via sottocongiuntivale o retrobulbare, per via sistemica; la quantità da somministrare è, a seconda della gravità del caso, di 40-60 mg. al giorno di prednisone o di un suo equivalente; tale dosaggio va

ridotto gradualmente non appena si osserva un miglioramento del quadro clinico, continuando con 15-20 mg. per circa due settimane onde evitare una riacutizzazione del processo flogistico. Si tende attualmente a prescrivere ogni due giorni la dose complessiva per le 48 ore: 80 mg. ogni due giorni. (Vedi capitolo: I corticosteroidi nelle urgenze oculistiche).

Altri farmaci antiinfiammatori sono i salicilati, il fenilbutazone, l'indotacina. È consigliabile l'uso di antibiotici a largo spettro (ampicillina) per i primi 4-5 giorni.

In caso di accertata eziologia (toxoplasma, tbc, sifilide, brucellosi, artinite reumatoide, ecc.) bisogna aggiungere la terapia specifica.

CHERATITI

Comprendono un gruppo di affezioni corneali di varia eziologia; sintomi fondamentali sono il dolore, la reazione pericheratica, la diminuzione del visus. Per evidenziare una lesione corneale superficiale, anche se minima, è necessario ricorrere alla colorazione con fluoresceina: in caso di perdita dell'epitelio corneale si osserva la tipica colorazione verde.

Ulcera semplice

È dovuta ad una lesione dell'epitelio corneale che si infetta portando successivamente alla distruzione della membrana di Bowman e all'infiltrazione di una parte del parenchima corneale. Si osserva un focolaio bianco-grigiastro a limiti indistinti per la presenza di un maggiore o minore edema circostante; fotofobia, reazione pericheratica, congestione dell'iride, intorbidamento dell'acqueo fino alla formazione di essudati che si raccolgono nella parte inferiore della C.A. (ipopion). Se il processo ulcerativo interessa gli strati più profondi del parenchima corneale, si può arrivare all'ulcera perforante; prima che avvenga la perforazione si può rilevare il cosiddetto «descemetocèle» dovuto alla distensione della membrana di Descemet, sotto la spinta del tono intraoculare, che diviene procidente sul fondo del cratere ulcerativo. In caso di

perforazione il paziente avverte la fuoriuscita di un liquido tiepido (umore acqueo) ed una diminuzione del dolore; la C.A. è assente; a seconda della sede dell'ulcerazione si può rilevare l'addossamento sulla membrana corneale del cristallino o del tessuto irideo che chiude la breccia.

Cherato-ipopion o Ulcera settica della cornea

È detta anche «ulcera serpiginosa» per il frequente aspetto morfologico o «ulcera dei mietitori» per la categoria di lavoratori che spesso colpisce. Inizia con una ulcerazione da piccolo trauma (colpo d'unghia, abrasione da spiga di grano) su cui si impiantano i germi presenti nel sacco congiuntivale di portatori di congiuntivite e dacriocistiti croniche (pneumococco, streptococco). I bordi dell'ulcera si presentano da un lato infiltrati, sottominati, mentre dall'altro prevalgono i fenomeni riparativi (aspetto serpiginoso). Si ha la formazione di ipopion che, finché l'ulcera non è perforata, è sterile, cioè non contiene germi pur essendo costituito da tutti gli elementi del pus (leucociti, fibrina, ecc.); è dovuto al passaggio delle tossine batteriche in C.A. che provocano essudazione dei vasi dell'iride e del corpo ciliare.

Trattamento delle ulcere corneali

È necessario **combattere il fattore eziologico**, allontanando la causa della lesione corneale: corpo estraneo corneale o congiuntivale, asportando le concrezioni della congiuntiva tarsale, eliminando con l'elettrolisi o l'intervento chirurgico le ciglia in distichiasi. Il lavaggio delle vie lacrimali è indispensabile e permette a volte di muovere una stenosi che favorisce lo sviluppo batterico. L'esame del secreto, prelevato dai margini dell'ulcera, permette spesso, mediante coltura e antibiogramma, di identificare l'agente patogeno e di iniziare la terapia specifica.

In attesa di tale esame, si deve iniziare con antibiotici a largo spettro per via generale e localmente usare colliri antibiotici (Colbiocin, Genticol), 5-6 volte al giorno e midriatici (Liotropina) almeno 2 volte al giorno.

I cocci gram-positivi (strafilococco aureo, diplococco, streptococco piogeno)

sono in genere sensibili alle penicilline sintetiche (Ampicillina 2-3 g. giorno); lo pseudomonas, il pnoteus, i coliformi, la Klebsiella sono i gram-negativi più frequentemente in causa e sono sensibili alla gentamicina (40 mg. gentalyne per via intramuscolare, 3 volte al giorno) e alla carbenicillina-Pyocianil (6-8 g. al giorno per via intramuscolare). La gentamicina può essere somministrata per via sottocongiuntivale alla dose di 20-30 mg..

Per **favorire la riparazione del tessuto distrutto** verranno adoperati diversi accorgimenti. Il più frequentemente usato, e generalmente sufficiente, è il bendaggio che, tenendo la palpebra chiusa favorisce la riepitelizzazione della perdita di sostanza. In altri casi (il paziente monocolo, per esempio) la lente a contatto morbida permette di mettere a riposo la lesione. La tarsoraffia ed il nicoprimento congiuntivale possono essere utilizzati specie in caso di perforazione dell'ulcera. Possono ugualmente essere prescritti riepitelizzanti ed impacchi caldi.

L'istillazione di midriatici (Liotropina, collino e/o pomata) (atropina, isonefina) permette di evitare la comparsa di sinechie e diminuire il dolore ciliare. A volte sono necessarie delle sottocongiuntivali di adrenalina per staccare delle sinechie. I cortisonici potranno essere prescritti quando l'ulcera sarà completamente riparata e non colorabile con fluoresceina sotto frequente sorveglianza. Il taglio di Saemisch non è quasi più necessario; veniva effettuato in casi disperati.

CHERATITI VIRALI

Cheratite da herpes simplex

È la più frequente. La localizzazione del virus erpetico sull'epitelio corneale avviene inizialmente, anche se è difficile da sorprendere perché di breve durata, sottoforma di una eruzione vescicolare (Herpes o cheratite vescicolare); le vescicole si rompono e lasciano una perdita di sostanza superficiale. La forma

caratteristica è la forma dendritica; deve il suo nome all'aspetto arborescente della lesione ulcerativa, cioè è formata da piccole ulcere tondeggianti collegate fra loro da tratti rettilinei. Altra forma è l'**ulcera a carta geografica** che può presentarsi tale fin dall'inizio oppure essere una fase successiva della forma dendritica in cui per l'estensione delle lesioni epiteliali si forma una ulcerazione più ampia a bordi policiclici e sottominati; altre forme sono la cheratite stellata o microdendritica, la cheratite punteggiata superficiale. La cheratite erpetica provoca lacrimazione, fotofobia, senso di corpo estraneo corneale, dolori nevralgici nel territorio della I branca del trigemino.

Trattamento L'I.D.U. (5-iodio-desossiunidina) (Iducol, collirio e/o pomata) e l'ACICLOVIR (Sifiviral pomata oftalmica) sono i farmaci di elezione. Essi interferiscono con la sintesi dell'acido desossinibonucleico del virus.

Terapia complementare: vitamina B1 e B12, in compresse.

Se dopo 7-10 giorni di terapia non si ha un miglioramento bisogna ricorrere ad altre sostanze antivirali come l'adenina-arabinoside. Viruxan ha dato risultati positivi.

Terapia fisica: in caso di inefficacia delle sostanze antivirali si può ricorrere alle irradiazioni di **calore** o alle **crioapplicazioni** per sei-otto secondi, oppure a toccature con etere o iodio dei margini dell'ulcera; queste tecniche hanno lo scopo di distruggere le cellule epiteliali parassitate dal virus.

Nelle lesioni epiteliali non si deve mai usare cortisonici per via locale.

Cheratite da Herpes Zoster

Si verifica in corso di Herpes Zoster che colpisce la prima branca del trigemino (nervo oftalmico); si hanno quindi lesioni cutanee, congiuntivali e corneali. Le vescicole sono molto più grosse di quelle dello Herpes simplex e si rompono dando luogo ad erosioni superficiali corneali, talvolta si approfondano interessando il parenchima e provocando delle miiti e iridocicliti.

Trattamento. Midriatici, cortisone per via locale e generale. È stato osservato che i cortisonici per via generale diminuiscono l'incidenza delle nevralgie post-

zosteriane.

Cheratite puntata superficiale

È caratterizzata da piccolissime perdite dell'epitelio corneale dovute a volte a vari virus (APC virus ecc. o ad altre cause elencate nella tab. 15). È sensibile all'azione dei cortisonici per via locale. Si prescriveranno anche delle pomate antibiotiche, dei colliri a base dei derivati della cellulosa, e nei casi di evoluzione prolungata, le lenti a contatto morbide.

Cheratite nummulare

È caratterizzata da piccolissimi infiltrati disposti anteriormente e posteriormente alla membrana di Bowman; possono essere colorabili per desquamazione dell'epitelio, ma spesso l'epitelio è integro al di sopra degli infiltrati. Essa si può verificare in corso di cheratocongiuntivite epidemica, di infezione erpetica, di malattie virali varie (influenza, morbillo e scarlattina). Terapia: rischianti (dionina, ossido giallo di mercurio); i cortisonici per via locale (Colbiocin, collirio e/o pomata - Genticol, collirio e/o pomata) verranno utilizzati solo nei casi in cui non vi siano perdite di sostanza superficiale.

Cheratite filamentosa

L'epitelio corneale in alcune zone si sfalda assumendo la forma filamentosa fluttuante; si verifica spesso dopo prolungato bendaggio per intervento chirurgico e per causa virale. Reagisce generalmente bene ai cortisonici per via locale; bisogna ovviamente essere sicuri che non si tratti di una forma erpetica. Nei casi di evoluzione prolungata verranno adoperate le lenti a contatto morbide.

Cheratite da miceti

Lo sviluppo di infezioni micotiche sembra in aumento per causa di certe situazioni biologiche nuove, create dagli antibiotici e dai cortisonici. Si verificano in soggetti defedati o su lesioni corneali preesistenti (ulcere, abrasioni, cheratiti erpetiche, ecc.). Gli agenti più frequenti sono: *Aspergillus fumigatus*, *Candida albicans*, *Nocardia*, *Sporotrichum*. L'aspetto clinico è

rappresentato da una ulcera a fondo secco ed a progressione lenta sulla quale i trattamenti abituali hanno poca efficacia; può comparire ipopion.

Trattamento

L'amfotericina B (Fungizone) agisce contro numerosi funghi patogeni e saprofiti, la nistatina (Mycostatin) è efficace specie contro la candida albicans; la pimanicina va usata associata a ioduro di potassio al 1%-2%; la griseofulvina si somministra in quantità di 1-2 gr. al giorno, suddivisa in quattro dosi. La nistatina e l'amfotericina B vengono usate in pazienti ricoverati per via sottocongiuntivale.

Si associa alla terapia antimicotica un trattamento antibiotico (Vitecaf, collirio e/o pomata) per evitare infezioni batteriche sovrapposte; l'istillazione di mi-driatici allevia il dolore ciliare (Liotropina, collirio e/o pomata).

Erosioni recidivanti della cornea

Sono delle piccole abrasioni superficiali che si verificano in pieno benessere e soprattutto al risveglio. Se ne conoscono di forme ereditarie su base distrofica ed altre in soggetti che hanno avuto dei traumatismi corneali e nei quali la riepitelizzazione corneale è avvenuta con insufficiente coesione con la Bowman, per cui il prolungato contatto tra palpebra e cornea durante il sonno provoca uno sfaldamento dell'epitelio corneale e un'aderenza fra le due membrane.

L'apertura palpebrale al risveglio provoca una nuova erosione. Alla sera usare pomate riepitelizzanti (Xantervit pomata) o semplicemente antibiotiche (Xanterivit antibiotico pomata), per evitare l'aderenza fra cicatrice corneale e congiuntiva tarsale.

CORPI ESTRANEI CORNEALI:

È una causa frequente di dolore e arrossamenti del bulbo oculare.

SCLERITI ED EPISCLERITI:

L'iperemia delle scleriti e delle episcleriti è in genere localizzata in un'area di congiuntiva bulbare.

Nelle **episcleriti** l'infiammazione interessa soltanto il tessuto episclerale con iperemia marcata di insorgenza brutale, non vi è né secrezione, né dolore. L'evoluzione si fa generalmente verso la guarigione spontanea in una diecina di giorni; in certe forme si nota un nodulo episclerale.

Nelle **scleriti**, invece, l'elemento più importante è il dolore che è associato ad una iperemia profonda con lesione a carico della sclera stessa. In caso di sclerite recidivante vicino all'area infiammata si notano delle zone bluastre dove, attraverso la sclera assottigliata, traspare il colore scuro dell'uvea. Le scleriti possono essere suddivise in forme:

- 1) **nodulani**, recidivanti;
- 2) **diffuse**, molto gravi che portano al glaucoma secondario;
- 3) **necrotizzanti** gravissime: in centro al bottone di sclerite si nota una zona biancastra avascolare, necrotica che si approfondisce sino a perforare il bulbo;
- 4) la **scleromalacia perforante** anche essa porta a delle lesioni necrotiche della sclera, in questo caso molto diffuse;
- 5) la **sclerite posteriore** si evidenzia con un sollevamento essudativo del polo posteriore con dolore retrobulbare; la diagnosi è facilitata dalla fluoroangiografia.

In tutti questi casi è frequente un'uveite anteriore associata e, a volte, una cheratite.

Eziologia

Le cause principali delle scleriti sono le malattie reumatiche: artrite reumatoide, lupus eritematoso, le policondriti, la poliarterite nodosa, il morbo di Reiter. D'altra parte, in molti casi, non si riesce a determinare l'eziologia anche se è

probabile una causa allergica.

Trattamento

L'episclerite regredisce in pochi giorni dopo instillazioni di colliri cortisonici.

La sclerite non è influenzata dai trattamenti locali: verranno somministrati Fenibutazone e Indometocina. In molti casi è indispensabile il Pnednisone (Deltacontene) ad alte dosi (60 milligrammi al giorno all'inizio, poi 15 milligrammi al giorno). I midriatici attenueranno il dolore ciliare (Liotropina, collirio e/o pomata).