

L. MASTROPASQUA - P. CARPINETO

PRONTO SOCCORSO OFTALMICO



EDIZIONI MINERVA MEDICA

NOTE LEGALI

Gli Autori e l'Editore hanno posto la massima cura per confermare l'esattezza delle informazioni presentate e per descrivere la corretta gestione delle singole patologie in base ai criteri della medicina basata sull'evidenza. Tuttavia, essi non sono responsabili per errori, omissioni o conseguenze legate a corretta o errata applicazione delle informazioni presentate in questo libro e non rilasciano alcuna garanzia, espressa o implicita, in relazione alla completezza o accuratezza dei contenuti. L'applicazione delle informazioni in ogni particolare situazione rimane di responsabilità professionale del medico oftalmologo. I contenuti di questo libro sono destinati esclusivamente alla consultazione da parte dello specialista oftalmologo o dello specializzando in oftalmologia, adeguatamente supportato dal proprio tutor.

Gli Autori e l'Editore hanno esercitato ogni sforzo per assicurare che la selezione dei farmaci e i dosaggi stabiliti nel presente testo siano in conformità con le attuali raccomandazioni e le migliori pratiche cliniche al momento della pubblicazione. Tuttavia, a causa dei rapidi cambiamenti derivanti dalle ricerche in corso, delle modifiche nei regolamenti governativi e della sempre crescente quantità di aggiornamenti relativi alla terapia farmacologica e alle sue reazioni, il lettore è invitato a controllare il foglio illustrativo di ogni farmaco per eventuali modifiche sulle indicazioni e sul dosaggio, per avvertenze e precauzioni. Ciò è particolarmente importante quando l'agente consigliato è un farmaco nuovo o raramente impiegato.

Alcuni farmaci e dispositivi medici presentati in questa pubblicazione richiedono l'autorizzazione per un uso limitato in aree ristrette di ricerca richiesta dalla *Food and Drug Administration* (FDA) e/o dalla *European Medicines Agency* (EMA). È responsabilità del medico curante accertare lo stato dell'arte sull'uso di ciascun farmaco o dispositivo di cui si prevede l'utilizzo nel proprio paese di esercizio.

ISBN: 978-88-7711-780-9

© 2015 – EDIZIONI MINERVA MEDICA S.p.A. – Corso Bramante 83/85 – 10126 Torino
Sito Internet: www.minervamedica.it / *e-mail:* minervamedica@minervamedica.it

I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, riproduzione e adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi microfilm e copie fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi.

PREFAZIONE

Lo scopo di questo libro è fornire un quadro sintetico e altamente strutturato delle principali emergenze oftalmologiche, che specializzandi e specialisti in oftalmologia hanno una maggiore probabilità di incontrare durante la loro carriera. Le informazioni presentate in questo libro non hanno l'ardire di rappresentare l'unico metodo disponibile per organizzare la gestione di ogni specifica patologia, ma piuttosto di fornire gli elementi essenziali per diagnosi e cura adeguate.

Per sua stessa natura, soprattutto in un ambito clinico in continua evoluzione, ogni libro rischia di essere incompleto prima ancora che sia pubblicato. Molti dei suggerimenti inclusi non devono essere considerati l'unico modo in cui gestire quella particolare patologia. Si tratta, piuttosto, di linee guida, non di regole, che se seguite da tutti gli oftalmologi in pronto soccorso garantiscono un livello standardizzato di cura. Bisogna tenere in mente che, a causa della continua evoluzione del patrimonio di conoscenze dell'oftalmologia, sono possibili omissioni ed errori, in particolare per quanto riguarda i farmaci e il loro dosaggio. Tuttavia, ci auguriamo che possiate trovare sufficientemente utili le informazioni presentate in questo libro, tali da indurvi a tenerlo a portata di mano ogniqualvolta vi troviate ad operare in un pronto soccorso oculistico.

LEONARDO MASTROPASQUA

PAOLO CARPINETO

EDITOR E AUTORI

EDITOR

LEONARDO MASTROPASQUA
PAOLO CARPINETO

AUTORI

LUCA AGNIFILI
AHARRH GNAMA AGBEANDA
RAFFAELLA ALOIA
LORENZA BRESCIA
VINCENZO CICIARELLI
LUCA DI ANTONIO
VINCENZO FASANELLA
ALESSANDRA MASTROPASQUA
PETER ANGELO MATTEI
MARIO NUBILE
SARA REMIGIO
LISA TOTO

*Centro di Eccellenza in Oftalmologia,
Centro Nazionale di Alta Tecnologia (CNAT),
Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara*

INDICE

PREFAZIONE	III
EDITOR E AUTORI	V
ANNESSI OCULARI	1
<i>L. Mastropasqua, P.A. Mattei</i>	
Blefarite dell'adulto	1
Calazio/Orzaiolo	2
Dacrioadenite	4
Dacriocistite	5
Ostruzione del dotto nasolacrimale	6
Congiuntivite allergica	8
Congiuntivite batterica	10
Congiuntivite acuta emorragica (AHC)	12
Congiuntivite virale	13
SEGMENTO ANTERIORE	15
CORNEA	15
<i>L. Mastropasqua, M. Nubile</i>	
Cheratocongiuntivite	15
Cheratite batterica	16
Cheratopatia a bandelletta	18
Ulcerazione corneale centrale sterile	20
Complicanze da uso di lenti a contatto	23
Rigetto del trapianto corneale	26
Ulcera corneale	28
Pieghe della membrana di Descemet	30
Distrofia endoteliale di Fuchs	32
Cheratite micotica	34
Cheratite da <i>Herpes simplex</i>	36
Cheratite interstiziale	38
Occhio secco (<i>Dry Eye</i>)	41
Cheratopatia neurotrofica	44
Cheratite ulcerativa periferica (PUK)	45
Colliquazione corneale	47
Cheratopatia bollosa pseudofachica	49
Erosione epiteliale ricorrente	50
Cheratite puntata superficiale di Thygeson	51
Cheratite da raggi ultravioletti	52
CAMERA ANTERIORE	53
<i>L. Mastropasqua, P.A. Mattei</i>	
Ipoema	53
Sindrome tossica del segmento anteriore	54
IRIDE E CORPO CILIARE	57
<i>L. Mastropasqua, R. Aloia</i>	
Iridoclitte eterocromica di Fuchs	57
Uveiti	58
PRESSIONE INTRAOCULARE	64
<i>L. Agnifili, V. Fasanella, L. Brescia</i>	
Glaucoma ad angolo chiuso o acuto	64
Glaucoma maligno	67
Glaucoma neovascolare	68
Ipertensione oculare	71
Ipotonia oculare	73
Glaucoma facolitico	75
Glaucoma facomorfico	77
Sindrome di Posner-Schlossman / Crisi glaucomatoclitica	78
CRISTALLINO	80
<i>L. Mastropasqua, L. Toto</i>	
Ectopia del cristallino	80
IOL dislocata	81
Facoanafilassi	83
SCLERA	85
<i>L. Mastropasqua, S. Remigio</i>	
Episclerite	85
Sclerite	86
SEGMENTO POSTERIORE	89
CORPO VITREO	89
<i>P. Carpineto, A. Aharrh-Gnama</i>	
Emorragia vitreale	89
RETINA	91
<i>P. Carpineto, V. Ciciarelli</i>	
Necrosi retinica acuta	91
Degenerazione maculare legata all'età	92
Occlusione dell'arteria retinica centrale (OACR) e di branca (OBACR)	94
Occlusione di branca della vena centrale retinica (OBVCR)	96
Occlusione della vena centrale retinica (OVCR)	97
Corioretinopatia sierosa centrale	99

Tossicità da cloroquina e idrossicloroquina	100	Sindrome compartimentale dell'orbita	140
Retinite da <i>Citomegalovirus</i>	101	Fistola carotido-cavernosa	141
Retinopatia ipertensiva	103	Enoftalmo	142
Edema maculare diabetico	105	Esoftalmo	143
Edema maculare cistoide (EMC) pseudofachico	106	Cellulite orbitaria	144
Retinopatia di Purtscher	107	Cellulite presettale	146
Distacco di retina regmatogeno	108	PATOLOGIE SISTEMICHE	148
Sindrome di Terson	111	<i>P. Carpineto, A. Mastropasqua</i>	
Coriocalariti infiammatorie idopatiche primitive (sindromi <i>White-Dot</i>)	112	Sindrome di Stevens-Johnson	148
Epiteliopatia posteriore acuta multifocale a placche	112	Morbo di Graves	149
Coroidite serpiginosa	114	Miastenia gravis oculare	150
Sindrome dei punti bianchi multipli evanescenti (MEWDS)	115	Preeclampsia/Eclampsia	151
Coroidite multifocale con panuveite	116	Leucemia	152
Retinocoroidopatia tipo Birdshot	117	Sindrome ischemica oculare	153
COROIDE	118	Retinopatia secondaria ad anemia falciforme	154
<i>P. Carpineto, V. Ciciarelli</i>		Manifestazioni oftalmologiche della malattia di Behçet	155
Distacco della coroide	118	Manifestazioni oftalmologiche della sarcoidosi	156
BULBO	119	Sindrome di Vogt-Koyanagi-Harada	158
<i>P. Carpineto, L. Di Antonio</i>		Manifestazioni oftalmologiche della toxoplasmosi	159
Endoftalmite batterica	119	Manifestazioni oftalmologiche del botulismo	161
NEURO-OF TALMOLOGIA	122	PATOLOGIE TRAUMATICHE	163
<i>P. Carpineto, R. Aloia</i>		<i>P. Carpineto, S. Remigio</i>	
Paralisi del nervo abducente	122	Ferite palpebrali	163
Nistagmo acquisito	123	Lacerazione canalicolare	164
Pupilla tonica di Adie o sindrome di Adie	124	Abrasione corneale	165
Anisocoria	125	Corpi estranei corneali e congiuntivali	167
Neuropatia ottica ischemica anteriore	126	Ferite corneali	168
Neurite ottica infantile	128	Ferite corneo-sclerali	170
Oftalmoplegia esterna progressiva cronica	129	Ustioni chimiche	172
Sindrome di Horner	130	Cataratta traumatica	173
Paralisi isolata del nervo oculomotore	132	Glaucoma da recessione dell'angolo	175
Neurite ottica	133	Corpi estranei intraoculari	178
Papilledema	135	Rottura della coroide	179
Neuropatia tossica/nutrizionale	137	Neuropatia ottica compressiva	180
Paralisi isolata del nervo trocleare	138	Rottura del bulbo oculare	182
ORBITA	140	Fratture dell'orbita	184
<i>L. Mastropasqua, A. Mastropasqua</i>		Foro maculare da trauma	185
		DIAGRAMMI	187

ANNESI OCULARI

L. Mastropasqua, P.A. Mattei

BLEFARITE DELL'ADULTO

Con il termine *blefarite* si intende un'inflammazione o infezione del margine palpebrale.

La blefarite può essere suddivisa anatomicamente in

- Anteriore (blefarite seborroica): infiammazione localizzata intorno alle ciglia e i follicoli
- Posteriore (meibomite): infiammazione del margine palpebrale posteriore alla linea grigia

CAUSE

- Acne rosacea
- Infezione da *Herpes simplex* o da *Varicella-zoster*
- Mollusco contagioso
- Dermatite allergica o da contatto
- Dermatite seborroica
- Dermatite stafilococcica
- Infezioni parassitarie
- Disfunzione delle ghiandole di Meibomio (DGM)
- Congiuntivite allergica o infettiva

PRESENTAZIONE CLINICA

Sintomi

- Prurito
- Bruciore
- Lacrimazione
- Sensazione di corpo estraneo
- Fotofobia
- Dolore
- Diminuzione del visus

Segni

- Formazione di croste e suppurazione sulle ciglia e sul canto mediale

- Eritema delle palpebre
- Iperemia del margine palpebrale anteriore
- Iniezione papillare della congiuntiva
- Formazione di ulcere alla base delle ciglia
- Patologie corneali: cheratite puntata settore inferiore, infiltrati marginali, ulcere marginali

Tipico della forma anteriore

- Ampie scaglie di cute sul margine palpebrale anteriore
- Detriti nel film lacrimale

Tipico della forma posteriore

- Secrezioni viscoso-cerose di colore bianco-giallastro
- Edema ed iperemia del margine palpebrale
- Alterazioni dello strato lipidico del film lacrimale

ESAMI DIAGNOSTICI

- Valutazione del segmento anteriore con lampada a fessura
- Colorazione con fluoresceina

ESAMI DI LABORATORIO

- Esami colturali delle secrezioni del margine palpebrale
- Studi con transilluminazione delle ghiandole di Meibomio
- Biopsie marginali
- Coltura batterica delle secrezioni ghiandolari

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Calazio
- Orzaiolo
- Congiuntivite batterica
- Congiuntivite virale

- Blefarite virale acuta
- Carcinoma basocellulare della palpebra
- Cheratocongiuntivite atopica
- Cheratocongiuntivite epidemica
- Cheratocongiuntivite limbica superiore
- Rosacea oculare

COMPLICANZE

- Occhio secco
- Ipersensibilità stafilococcica
- Cheratocongiuntiviti
- Ulcere marginali
- Flitteenulosi
- Calazio
- Madarosi
- Ciglia in trichiasi
- Entropion
- Ectropion

TRATTAMENTO

- Igiene delle palpebre
 - Scrub cigliare: lavare delicatamente la base delle ciglia con salviettine premedicate (estratto di echinacea, ecc...) massaggiando per favorire l'evacuazione dei secreti ghiandolari (3-4 volte/die)
 - Pomata antibiotica
- Sostituti del film lacrimale
- Antibiotico per via topica
 - Azitromicina
 - Doxiciclina
 - Chinolonici (ofloxacina)
- Antibiotico/cortisonico per via topica
 - Tobramicina/desametasone
 - Cloramfenicolo/betametasone
- Antibiotico per via orale nei casi refrattari
 - Tetraciline

CONTROLLI

- Dopo 4-6 settimane di igiene palpebrale in assenza di evidenti miglioramenti si valuta l'opportunità di passare all'uso di pomate antibiotico/cortisoniche e ad antibioticoterapia orale
- Il trattamento delle alterazioni del film lacrimale e l'igiene palpebrale devono rimanere obiettivi a lungo termine del paziente.

CALAZIO/ORZAIOLO

Il *calazio* è un lipogranuloma della ghiandola di Meibomio o della ghiandola di Zeis.

L'*orzaiolo* è un'infezione acuta focale che coinvolge sia le ghiandole di Zeis (orzaiolo esterno) o, meno frequentemente, le ghiandole di Meibomio (orzaiolo interno).

EPIDEMIOLOGIA

Calazio

- L'incidenza e la prevalenza non sono note
- Maschi e femmine sono ugualmente colpiti
- Si verifica a tutte le età
- Più comune sulla palpebra superiore

Orzaiolo

- L'incidenza e la prevalenza non sono note
 - Molto comuni
 - Nessuna predilezione sessuale o razziale
-

FATTORI DI RISCHIO

- Scarsa igiene palpebrale
- Acne rosacea
- Blefarite cronica batterica
- Blefarocongiuntivite allergica cronica

PRESENTAZIONE CLINICA**Sintomi**

- Disagio palpebrale
- Visione offuscata

Segni

- Copiose secrezioni simil-pastose
- Gonfiore delle palpebre
- Nodulo sottocutaneo palpebrale
- Nodulo palpebrale doloroso, caldo e rosso
- Indolenzimento della palpebra

ESAMI DIAGNOSTICI

- Esame con lampada a fessura
- Fotografia a infrarossi

ESAMI DI LABORATORIO**Calazio**

- Coltura batterica (solitamente negativo), il materiale ottenuto dal calazio è costituito da cellule infiammatorie acute e croniche
- Biopsia (solo per le lesioni ricorrenti)

Orzaiolo

- La diagnosi si basa sull'anamnesi e l'esame obiettivo
- Le colture non sono indicate

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Blefarite
- Cellulite orbitaria e presettale

- Tumori orbitali
- Dacriocistite
- Orzaiolo
- Tumori della ghiandola lacrimale
- Granuloma piogenico
- Carcinoma della ghiandola sebacea

COMPLICANZE

- Persistenza di nodulo palpebrale sottocutaneo
- Cicatrice palpebrale

TRATTAMENTO

- Igiene palpebrale
 - con salviettine premedicate (estratto di echinacea, ecc...)
- Trattamento della rosacea
- Impacchi caldi e massaggi delle lesioni per alcuni minuti 3-4 volte/die per 2-3 settimane

Orzaiolo

- Miglioramento spontaneo in 1-2 settimane
- Antibiotico a uso topico (eritromicina) in caso di lesione drenante

Calazio

- La terapia medica è solo raramente indicata
- Doxiciclina: 100 mg/settimana per 6 mesi
- Antibiotici a uso topico
 - Tetraciclina
 - Eritromicina
- Se la lesione è refrattaria alla terapia medica
 - Incisione chirurgica, curettage e drenaggio

CONTROLLI

- Monitoraggio, ogni 2 settimane per 1 mese, sino alla risoluzione del calazio
- La persistenza nel tempo di un nodulo pone il sospetto di una diagnosi diversa.

DACRIOADENITE

Per *dacrioadenite* si intende un processo infiammatorio a carico della ghiandola lacrimale. Essa può essere acuta o, più comunemente, cronica. È una patologia relativamente rara, di cui non è nota una predilezione razziale, sessuale o di età.

CAUSE

Infettive

- Virale (più comune)
- Batterica
- Fungina (rara)
- Parassitaria (rara)

Sistemiche

- Sarcoidosi
- Morbo di Graves
- Erisipela
- Sindrome di Sjögren
- Sindrome infiammatoria orbitaria
- Lesione linfoepiteliale benigna

PRESENTAZIONE CLINICA

Dacrioadenite acuta

Sintomi

- Dolore severo
- Sensazione di pressione nella regione sovratemporale dell'orbita
- Rossore

Segni

- Palpebra rossa
- Gonfiore e dolore delle palpebre
- Iperemia e chemosi congiuntivale
- Fuoruscita di materiale mucopurulento
- Linfoadenopatia (sottomandibolare)
- Gonfiore del terzo laterale della palpebra superiore (palpebra a forma di "S" italiana)
- Proptosi dolorosa
- Limitazione della motilità oculare

Dacrioadenite cronica

Sintomi

- Secchezza oculare

Segni

- Massa lobulata fissa e non dolente
- Il bulbo oculare può essere spostato verso il basso e internamente
- Ptosi palpebrale

ESAMI DIAGNOSTICI

- Esame con lampada a fessura

ESAMI STRUMENTALI

- TAC delle orbite con mezzo di contrasto

ESAMI DI LABORATORIO

Dacrioadenite acuta

- Coltura delle secrezioni purulente
- Emocromo con formula ed emocoltura
- Titolazione delle immunoglobuline specifiche per virus

Dacrioadenite cronica

- Biopsia o agobiopsia (con ago sottile) della ghiandola lacrimale
-

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Cellulite orbitaria
- Cellulite preseptale
- Calazio
- Cisti dermoide dell'orbita
- Tumori della ghiandola lacrimale
- Rbdomiosarcoma

COMPLICANZE

- Dacrioadenite suppurativa

TRATTAMENTO

Medico

Varia in base alle condizioni cliniche e all'eziologia

- Virale
 - Farmaci antinfiammatori
 - Impacchi freddi
- Protozoaria o fungina
 - Agenti antiprotozoari o antifungini
- Batterica
 - Antibiotici sistemici: cefalosporine di prima generazione
 - Cefalexina 250-500 mg per os ogni 6 ore
 - Cefazolina 1 g e.v. ogni 4-6 ore

La terapia antibiotica verrà modificata in base alla risposta clinica, ai risultati delle colture e dell'antibiogramma.

CONTROLLI

Dacrioadenite acuta

- 2-5 settimane di cure in base alla condizione clinica

Dacrioadenite cronica

- A lungo termine in collaborazione con il medico di base.

DACRIOCISTITE

La *dacriocistite* è un'infezione del sacco lacrimale causata dall'ostruzione del sistema di drenaggio delle lacrime. La dacriocistite può essere classificata in

- Congenita
- Acuta
- Cronica

FATTORI DI RISCHIO

- Anomalie strutturali dell'emivolto coinvolto
- Infiammazione etmoidale
- Ostruzione del dotto nasolacrimale
- Dacrioliti
- Traumi del sacco lacrimale

CAUSE

- Infettive
 - Virale
 - Batterica
 - Fungina
- Infiammatorie
 - Sarcoidosi
 - Morbo di Graves
 - Sindrome di Sjögren

PRESENTAZIONE CLINICA

Sintomi

- Forma acuta
 - Forte dolore unilaterale
 - Arrossamento palpebra inferiore
 - Epifora
 - Prostrazione
 - Riduzione dell'acuità visiva
- Forma cronica
 - Lacrimazione

Segni

- Forma acuta
 - Eritema ed edema delle palpebre

- Gonfiore del terzo laterale della palpebra superiore
- Iniezione congiuntivale e cellulite presettale
- Massa palpabile
- Succulenza della lesione
- Rottura del sacco e fistolizzazione attraverso la cute
- Febbre
- Forma cronica
 - Allargamento indolore della ghiandola lacrimale (può essere bilaterale)
 - Ghiandola lacrimale mobile alla palpazione

ESAMI DIAGNOSTICI

- Esame con lampada a fessura
- Test di scomparsa della fluoresceina

ESAMI DI LABORATORIO

- Emocoltura
- Colture delle secrezioni della superficie oculare

ESAMI STRUMENTALI

- Tomografia assiale computerizzata
- Dacriocistografia (DCG)
- Dacrioscintigrafia
- Endoscopia nasale

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Tumori del sacco lacrimale
- Encefalocele
- Blefarite nell'adulto
- Cellulite orbitaria o presettale
- Ostruzione del dotto nasolacrimale
- Canaliculite
- Sinusite acuta
- Dacriocistocele

COMPLICANZE

- Cellulite orbitaria

TRATTAMENTO

Medico

- Dacriocistite acuta con cellulite orbitaria
 - Antibiotici per via endovenosa
 - Cefazolina, 1 g e.v., ogni 8 ore
 - Antibiotici per os
 - Amoxicillina/acido clavulanico: 20-40 mg/kg/die in 3 somministrazioni nei bambini; 500 mg ogni 8 ore negli adulti
- Dacriocistite cronica
 - Somministrazione topica di steroidi
 - Massaggio sacco lacrimale
 - Impacchi caldi
 - Antibiotici topici e/od orali

Chirurgico

- Dacriocistorinostomia (per via esterna o endonasale)
- Dilatazione del puntino lacrimale superiore e inferiore

CONTROLLI

Solo per i pazienti con visione ridotta persistente o ipersensibilità alla luce.

OSTRUZIONE DEL DOTTO NASOLACRIMALE

Negli adulti è spesso causata da un'inflammatione nasale cronica; nei neonati la causa è la mancata apertura della porzione distale del dotto nasolacrimale.

Ci sono tre tipi di ostruzioni del drenaggio nasolacrimale

- Congenita
- Primaria
- Secondaria

La forma primaria è più comune in persone di mezza età e nel sesso femminile (rapporto M/F è di 1:3), mentre la forma congenita si verifica nel 2-4% dei neonati, senza predilezione di razza.

FATTORI DI RISCHIO

- Sarcoidosi
- Granulomatosi di Wegener
- Pemfigoide oculare cicatriziale
- Sclerodermia
- Chemioterapia
- Glaucoma

CAUSE

- Ostruzione di tipo congenita
 - Dacriostenosi
 - Anomalie del puntino lacrimale, del sacco, delle valvole o dei canalicoli
- Ostruzione di tipo primario
 - Cambiamenti ormonali
- Ostruzione di tipo secondario
 - Infettiva
 - Infiammatoria
 - Neoplastica
 - Traumatica
 - Meccanica
 - Chirurgica

PRESENTAZIONE CLINICA

Sintomi

- Lacrimazione unilaterale costante
- Dolore unilaterale

Segni

- Epifora
- Dacriocistite ricorrente

ESAMI DIAGNOSTICI

- Esame con lampada a fessura
- Misurazione della produzione di lacrime
- Test di Schirmer
- Test di scomparsa della fluoresceina
- B.U.T. test
- PRT test
- Test di Jones

ESAMI STRUMENTALI

- Dacriocistografia
- Dacrioscintigrafia con Tecnezio -99 m
- TC e TC dacriocistografica
- RM dacriocistografica con gadolinio

Per le forme congenite

- Intubazione delle vie lacrimali e dacriocistografia
- Dacrioscintigrafia con Tecnezio-99 m

ESAMI DI LABORATORIO

- Coltura delle secrezioni lacrimali (se presenti)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Diagnosi differenziale negli adulti

- Blefarite
- Congiuntivite virale
- Tumore del sacco lacrimale
- Entropion
- Abrasione corneale
- Distichiasi

Diagnosi differenziale nei bambini

- Congiuntivite neonatale
- Abrasione corneale
- Sindrome di Down
- Glaucoma congenito primario

COMPLICANZE

- Epifora permanente
- Secrezione purulenta
- Dacriocistite
- Cellulite presettale
- Cellulite orbitaria

TRATTAMENTO

Medico

- Colliri antibiotico-steroidi
 - Tobramicina/desametasone 3-4 volte/die per 2-3 settimane
- Massaggi del dotto lacrimale: 10 minuti 2-3 volte/die
- Spray nasali decongestionanti: 2-3 volte/die per 2-3 settimane
- Antibiotici sistemici: necessari per prevenire le complicanze
 - Amoxicillina/acido clavulanico, 500 mg ogni 6 ore

Chirurgico

- Dacriocistorinostomia per via esterna o endoscopica
- Congiuntivo-dacriocistorinostomia
- Dilatazione con catetere a palloncino
- Stent in caso di epifora

CONTROLLI

- Non necessari in assenza di complicazioni
- Per i pazienti sottoposti a DCR, rivalutazione del quadro clinico dopo 3-4 settimane.

CONGIUNTIVITE ALLERGICA

Per *congiuntivite allergica* si intende l'infiammazione della congiuntiva causata da reazioni allergiche o di ipersensibilità. La superficie oculare può presentare una grande varietà di risposte immunologiche risultanti in un'infiammazione della congiuntiva e della cornea.

La congiuntivite allergica può essere divisa in cinque grandi categorie

- Congiuntivite allergica stagionale (SAC)
- Congiuntivite allergica perenne (PAC)
- Cheratocongiuntivite di Vernal (VKC)
- Cheratocongiuntivite atopica (AKC)
- Congiuntivite papillare gigante (GPC)

FATTORI DI RISCHIO

Generali

- Condizioni atopiche
- Clima
- Esposizione ad aeroallergeni
- Uso di LAC

SAC e PAC

- SAC, i sintomi corrispondono a un determinato periodo di tempo
 - In primavera e autunno: pollini
 - In estate: fieno
- PAC, i sintomi durano tutto l'anno
 - Non è causata esclusivamente da allergeni stagionali
 - Allergeni domestici principalmente coinvolti

VKC

- Associata a storia di atopia
 - Più del 90% dei pazienti con
-

- VKC mostra una o più condizioni atopiche
 - Asma
 - Eczema
 - SAC
- VKC ha una notevole preponderanza maschile e colpisce in genere i giovani maschi nel primo decennio. I sintomi di solito hanno un picco prima della pubertà per poi diminuire

AKC

- Infiammazione della congiuntiva e delle palpebre
- Associazione con dermatite atopica (il 25% ha un coinvolgimento oculare)
- Ipersensibilità di tipo I

GPC

- Disordine infiammatorio della congiuntiva tarsale superiore
- Prolungata irritazione meccanica della congiuntiva tarsale superiore e della palpebra superiore, da corpi estranei

PRESENTAZIONE CLINICA

Sintomi

- Prurito
- Iniezione congiuntivale
- Bruciore
- Irritazione
- Secrezione acquosa
- Fotofobia
- Sensazione di corpo estraneo
- In AKC: dolore, dermatite atopica delle palpebre, ipertrofia papillare, coinvolgimento della cornea, cataratta

- In GPC: papille giganti, secrezione mucoide e filamentosa

Segni

- Iniezione dei vasi congiuntivali
- Chemosi
- Edema palpebrale
- In VKC
 - Cheratopatia epiteliale
 - Ulcera corneale
 - Pseudogerontoxon di Vernal
 - Papille giganti nella congiuntiva tarsale superiore
 - Papille nella regione del limbus
- In AKC
 - Dermatite eczematoide delle palpebre
 - Disfunzione delle ghiandole di Meibomio
 - Reazione papillare della congiuntiva tarsale inferiore
 - Iperplasia delle regioni limbari
 - Fibrosi o cicatrici della congiuntiva
 - Cronico sfregamento dell'occhio e della cornea
- In GPC
 - Grandi papille sulla congiuntiva tarsale superiore
 - Iniezione cronica della congiuntiva bulbare

ESAMI DIAGNOSTICI

- Acuità visiva
- Esame con lampada a fessura del segmento anteriore
- Monitoraggio della pressione intraoculare (durante la terapia steroidea)

ESAMI DI LABORATORIO

- Scraping della congiuntiva superficiale

- Misurazione dei mediatori infiammatori nelle lacrime
- Test di reazione cutanea
- Test di provocazione congiuntivale

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Congiuntivite batterica
- Congiuntivite papillare gigante
- Congiuntivite virale
- Occhio secco
- Dermatite da contatto
- *Floppy Eyelid Syndrome*
- Cheratocongiuntivite atopica
- Cheratocongiuntivite limbica superiore

COMPLICANZE

- Corneali: cicatrici o panno corneale
- Riduzione permanente del visus

TRATTAMENTO

Medico

La congiuntivite allergica può essere trattata con una varietà di farmaci

- Antistaminici topici
 - Levocabastina 0,05% gocce, 1 goccia 2 volte/die
- Stabilizzatori dei mastociti
 - Lodoxamide 0,1% gocce, 1 goccia 2 volte/die
 - Olopatadine 0,1% gocce, 1 goccia 2 volte/die
 - Sodio cromoglicato (2%) gocce, 1 goccia 4 volte/die
- Antistaminici con proprietà stabilizzanti su mastociti
 - ketotifene 0,025%, 1 goccia 2 volte/die
- Steroidi topici

- Prednisololone acetato 1 goccia ogni 3 ore per 2 settimane
- Lacrime artificiali: 1-2 gocce ogni 3 ore
 - Acetilcisteina (0,5%)
 - Ciclosporina topica (1%) gocce: in VKC
- In AKC: ciclosporina sistemica, plasmaferesi
- In GPC: rimozione dell'allergene responsabile

CONTROLLI

VKC e AKC devono essere attentamente seguite nel tempo.

CONGIUNTIVITE BATTERICA

Per congiuntivite batterica si intende un'infezione di origine batterica della congiuntiva. È di solito benigna e autolimitantesi. Colpisce bambini e adulti di tutte le età e non vi è predominanza di sesso.

Le forme più gravi possono nascondere una grave malattia sistemica sottostante e condurre a cecità.

Può essere classificata secondo le caratteristiche cliniche in

- Acuta catarrale o mucopurulenta
- Purulenta acuta
- Membranosa acuta
- Pseudomembranosa acuta
- Batterica cronica
- Angolare cronica

CAUSE

- Agenti patogeni nell'adulto
 - *Staphylococcus aureus* ed *epidermidis*
 - *Haemophilus influenzae*
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Neisseria gonorrhoeae*

- Agenti patogeni nei bambini
 - *Moraxella catarrhalis*
 - Clamidia
 - Gonococchi

FATTORI DI RISCHIO

- Patologie della superficie oculare
- Lesioni congiuntivali
- Condizioni igieniche precarie
- Clima caldo e secco
- Esposizione a individui infetti
- Sinusite
- Condizioni di immunodeficienza

PRESENTAZIONE CLINICA

Sintomi

- Dolore lieve
- Sensazione di corpo estraneo
- Lieve fotofobia
- Prurito occasionale
- Secrezione congiuntivale spesso abbondante e mucopurulenta (colore bianco, giallo o anche verdastro)
- L'acuità visiva è conservata (purché la cornea sia intatta)

Segni

- Iniezione congiuntivale
- Chemosi
- Secrezioni dai margini palpebrali
- Difficoltà nell'aprire gli occhi al risveglio

ESAMI DIAGNOSTICI

- Acuità visiva
- Esame del segmento anteriore con lampada a fessura
- Monitoraggio della pressione intraoculare (durante la terapia steroidea)

ESAMI DI LABORATORIO

- Colture delle secrezioni per ricerca di agenti patogeni
 - Virali
 - Fungini
 - Batterici
- Coltura cellulare per
 - Pazienti non rispondenti alla terapia
 - Pazienti immunocompromessi
 - Portatori di lenti a contatto
- PCR (reazione a catena della polimerasi)
- Esame istologico dello scraping congiuntivale

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Congiuntivite allergica
- Congiuntivite virale
- Febbre faringocongiuntivale
- Episclerite
- Cheratite infettiva o infiammatoria
- Uveite granulomatosa anteriore
- Cheratocongiuntivite epidemica

COMPLICANZE

- Coinvolgimento corneale (ulcera corneale)
- Formazione di membrane
- Uveite
- Occlusione cicatriziale del puntino lacrimale
- Simblefaron

TRATTAMENTO

Sistemico

- Farmaci antinfiammatori e analgesici
- Ibuprofene e/o paracetamolo per 2-3 giorni

Locale

- Antibiotici topici
 - Cloramfenicolo (1%) + gentamicina (0,3%) collirio, 3-6 volte/die e unguento la notte
 - Fluorochinoloni (ciprofloxacina od ofloxacina 0,3%)
 - 1 goccia ogni 4-6 ore per 7 giorni in assenza di coinvolgimento corneale
 - 1 goccia ogni 1-2 ore se coinvolgimento corneale
 - Azitromicina
 - 1 goccia 2 volte/die per 3 giorni
 - Tobramicina 0,3% e gentamicina 0,3%
 - 1 goccia quattro volte/die
- Atropina topica 1% collirio
 - 1 goccia 2 volte/die se coinvolgimento corneale
- Congiuntivite gonococcica
 - Ceftriaxone 1 g per via intramuscolare 1 volta/die per 5 giorni
 - Norfloxacina 400 mg per os 2 volte/die per 7-10 giorni

Le cheratiti e uveiti associate devono essere gestite adeguatamente con un trattamento intensivo.

CONTROLLI

- Per i pazienti che sviluppano una visione ridotta, dolore, fotofobia o se i sintomi persistono per oltre 7 giorni, il follow-up raccomandato è di ulteriori 7 giorni
- La forma da *N. gonorrea* richiede un controllo giornaliero nei primi 3 giorni
- In caso di congiuntivite gonococcica, anche i partner sessuali dovrebbero essere indagati per la gonorrea.

CONGIUNTIVITE ACUTA EMORRAGICA (AHC)

È un'infezione virale acuta della congiuntiva, rapidamente progressiva e molto contagiosa, caratterizzata da molteplici emorragie congiuntivali (petecchie), che si trasmette attraverso il contatto diretto mani-occhio. I virus appartengono alla famiglia Picornaviridae (*Picornavirus*), dotati di un periodo di incubazione di 1-2 giorni.

PRESENTAZIONE CLINICA

Sintomi

- Dolore
- Rossore
- Lacrimazione
- Fotofobia lieve
- Offuscamento transitorio della vista
- Gonfiore della palpebra

Segni

- Infiammazione catarrale della mucosa congiuntivale
- Congiuntivite follicolare
- Congestione congiuntivale e chemosi
- Petecchie congiuntivali
- Edema palpebrale
- Linfadenopatia preauricolare
- Alterazioni dell'epitelio corneale
- Opacità subepiteliali della cornea

ESAMI DIAGNOSTICI

- Acuità visiva
- Valutazione del segmento anteriore

ESAMI DI LABORATORIO

- Coltura e studi di sensibilità per infezioni gravi

- Esame istologico dello scraping congiuntivale
- Analisi PCR da campioni di tampone congiuntivale

COMPLICANZE

- Radicolomielite
- Sovrainfezione batterica

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Congiuntivite allergica
- Congiuntivite virale
- Emorragia sottocongiuntivale
- Congiuntivite batterica acuta
- Episclerite
- Sclerite
- Cheratite infiammatoria
- Uveite
- Glaucoma ad angolo chiuso

TRATTAMENTO

Medico

- Nessun trattamento specifico è disponibile per l'AHC
- Antibiotico topico ad ampio spettro per scongiurare sovrainfezioni batteriche
- Gli steroidi topici dovrebbero essere evitati (infezione microbica acuta della cornea)

CONTROLLI

In assenza di complicanze, ha un decorso autolimitante di 5-7 giorni.

CONGIUNTIVITE VIRALE

Si intende un'infezione di natura virale che colpisce la congiuntiva, interessando frequentemente

anche l'epitelio corneale (cheratocongiuntivite).

Rappresenta il 20-70% di tutte le congiuntiviti acute.

Forme cliniche

- Sierosa acuta
- Emorragica acuta
- Follicolare acuta

FATTORI DI RISCHIO

- Esposizione al contatto con un malato
- Prodromi virali
- Faringite
- Infezioni delle alte vie respiratorie

Virus patogeni

- *Adenovirus* (65-90%)
- *Herpes simplex virus* (1,3-21%)
- Mollusco contagioso
- *Virus varicella-zoster*
- *Coxsackie virus*
- *Poxvirus*
- *Paramyxovirus*
- *Arbor virus*

Condizioni cliniche

- Cheratocongiuntivite epidemica (EKC)
- Congiuntivite emorragica acuta (AHC)
- Febbre faringocongiuntivale (PCF)
- Congiuntivite follicolare aspecifica (NFC)

PRESENTAZIONE CLINICA

Sintomi

- Insorgenza acuta o subacuta
- Livello minimo di dolore

- Prurito
- Fotofobia
- Sensazione di corpo estraneo

Segni

- Micro-emorragie
- Follicoli della congiuntiva palpebrale
- Palpebre rosse ed edematose
- Infiltrati subepiteliali
- Cheratite puntiforme
- Secrezione congiuntivale (moderata)
- Pseudomembrane
- Iniezione congiuntivale (moderata o marcata)
- Linfonodo preauricolare palpabile
- Dendriti corneali (HSV)

ESAMI DIAGNOSTICI

- Acuità visiva
- Esame del segmento anteriore con lampada a fessura
- Monitoraggio della pressione intraoculare (durante la terapia steroidea)

ESAMI DI LABORATORIO

- Colture delle secrezioni
- Esame istologico dello scraping congiuntivale
- Test sierologici
- Test immunoenzimatico (ELISA)
- Reazione a catena della polimerasi (PCR)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Congiuntivite batterica acuta
- Congiuntivite allergica
- Episclerite/sclerite
- Cheratite infiammatoria
- Uveite
- Glaucoma ad angolo chiuso

COMPLICANZE

- Infiltrazioni subepiteliali corneali
- Secchezza oculare cronica
- Cicatrizzazione congiuntivale
- Epifora cronica

TRATTAMENTO

- Antistaminici topici
 - 1 goccia 2 volte/die fino a miglioramento clinico
- Lacrime artificiali senza conservanti
 - 4-8 volte/die per 1-3 settimane
- Agenti antivirali topici e sistemici
 - Ganciclovir 0,15% gel 5 volte/die (fino a miglioramento clinico, poi a scalare)
 - Acyclovir orale: per le infezioni da VZV e da HSV 200 mg 5 volte/die a intervalli di circa 4 ore, per circa 5 giorni
- Steroidi topici per pseudomembrane o infiltrati subepiteliali (assolutamente controindicati in presenza di dendriti corneali da HSV)
 - Fluorometolone 0,1% gocce 4 volte/die fino a miglioramento clinico, poi a scalare
 - Desametasone/tobramicina gocce 4 volte/die fino a miglioramento clinico, poi a scalare

CONTROLLI

- Controlli protratti nel tempo per
- Pazienti che sviluppano complicanze
 - Sintomi che persistono da oltre 10 giorni
-