

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019



L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento per Medici di Continuità Assistenziale
della Regione Abruzzo anno 2018
Pacchetto Formativo

Indice

- Time-line pag. 3
- Docenti pag. 3
- Introduzione pag. 5
- L'occhio rosso: classificazione: come orientarsi nella diagnosi dell'occhio rosso? pag. 5
- Occhio rosso dolente pag. 5
- Attacco acuto di glaucoma pag. 5
- Cheratite superficiale; Uveiti anteriori pag. 6
- Sclerite pag.7
- Cellulite orbitale e periorbitale pag 7
- Occhio rosso non dolente; Emorragia sottocongiuntivale pag. 8
- Congiuntiviti pag. 10
- Blefariti pag. 11
- Episclerite pag. 12
- Pinguecola e pterigio pag. 12
- Diagnosi differenziale dell'occhio rosso pag. 14
- Quando la diagnosi è facile pag. 15
- Infiammazioni delle palpebre pag. 15
- Disconfort oculare cronico; Astenopia nei lavoratori al computer: definizione e manifestazioni pag. 17
- Infezioni oculari pag. 19
- Quando inviare con urgenza allo Specialista Oculista? pag. 20
- Caso Clinico 1 pag.21
- Caso Clinico 2 pag. 22
- Bibliografia pag. 23

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento per Medici della Regione Abruzzo, finalizzato a definire i ruoli del Medico di Continuità Assistenziale e dello Specialista Oculista nella gestione dell'occhio Rosso

Data	Sede		Durata
03/04/2019	Lanciano	Sala Infermieri	4 ore
17/04/2019	Chieti	Aula 0 SEBI	4 ore

GIORNATA / MODULO	ORARIO	CONTENUTI	DOCENTI	N° ORE/Docenti
1	14,00-15,00	Introduzione al corso	Faraone Calogero	una
2	15,00-16,00	L'occhio Rosso	Calogero Faraone	una
3	16,00-17,00	Altre Oftalmopatie	Calogero Faraone	una
4	17,00-18,00	Casi clinici, Discussione, Post Test	Faraone Calogero	una

Animatore di Formazione: **dott. Gabriele Faraone**: Specialista in Medicina Interna, Medico di Medicina Generale ASL 202 Chieti-Lanciano-Vasto

Docente di Contenuto: **dott. Giuseppe Calogero**: Specialista in Oftalmologia, dirigente Medico di 1° livello (facente funzione di Direttore Medico) nell' U.O. di Oculista del Presidio Ospedaliero "Renzetti" di Lanciano.

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

Quanto descritto nelle pagine successive è da considerarsi propedeutico al corso di aggiornamento, precedentemente descritto, che si terrà nelle sedi e nelle date indicate. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al corso stesso ed ai riferimenti bibliografici.

L'occhio rosso

Tra i quadri clinici che il Medico di Continuità Assistenziale deve affrontare “l'occhio rosso” ha una valenza molto importante. È fondamentale saper distinguere condizioni semplici, che possono essere trattate ambulatorialmente, da altre potenzialmente gravi che vanno inviate subito al Pronto Soccorso.

Classificazione

Come orientarsi nella diagnosi dell'occhio rosso?

Il dolore costituisce un elemento allarmante nel suddetto quadro clinico, indicando il serio coinvolgimento del segmento bulbare anteriore. Nella pratica clinica, è pertanto utile classificare l'occhio rosso in **dolente** e **non dolente**.

L'anamnesi è essenziale nella ricerca delle cause dell'occhio rosso: attività lavorativa (allergie oculari, corpi estranei), assunzione di farmaci topici o sistemici (allergie, malattie autoimmuni, immunodeficienze), uso di lenti a contatto (cheratiti), pregresse infezioni respiratorie (congiuntiviti virali, batteriche) o simili manifestazioni oculari nei luoghi di comune frequentazione (congiuntivite epidemica), ipertensione arteriosa (emorragia sottocongiuntivale). L'esame obiettivo può consentire di definire sede e natura dell'arrossamento oculare e differenziare la iperemia congiuntivale diffusa dalla iniezione pericheratica (attorno alla cornea), più seria. La iperemia congiuntivale si accompagna talora a chemosi (edema) e secrezione congiuntivale e sintomi variabili da sensazione di corpo estraneo, sensazione di “sabbiolina”, lacrimazione. Fondamentale è inoltre valutare la cornea alla ricerca di anomalie della trasparenza (opacità, ascessi). La pupilla può variare da tendenzialmente miotica, nelle uveiti anteriori, a fissa in media midriasi irregolare nell'attacco acuto di glaucoma.

Occhio rosso dolente

Attacco acuto di glaucoma

Emergenza oculistica di primo livello, è espressione della chiusura acuta dell'angolo irido-corneale con improvvisa elevazione della pressione intraoculare (glaucoma ad angolo chiuso) Fig. 1. È scatenato da svariate situazioni comportanti midriasi, come esposizione ad ambienti poco illuminati, instillazione di midriatici.

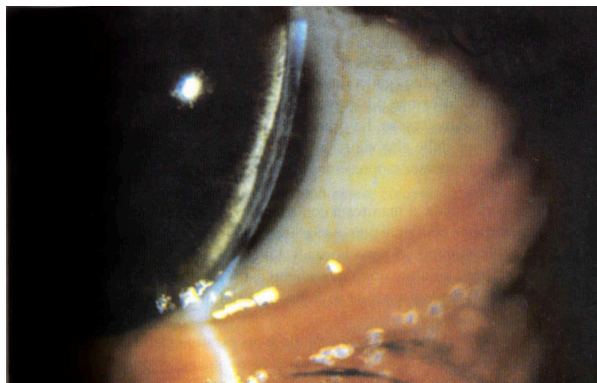


Fig. 1. Protrusione dell'Iride in corso di glaucoma acuto

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

L'attacco acuto di glaucoma in genere è unilaterale. È presente dolore gravativo, continuo, irradiato dalla regione orbitaria a quella fronto-temporale, più spesso accompagnato da nausea, vomito, bradicardia (sindrome vagale). Il paziente riferisce inoltre fotofobia con percezione di aloni colorati attorno alle sorgenti luminose e talora calo del visus. Obiettivamente si repertano iniezione pericheratica, pupilla in media midriasi fissa e irregolare e, nei casi più gravi, opacità corneali. **La terapia va praticata in ambiente ospedaliero** e prevede la somministrazione repentina di agenti osmoattivi per via endovenosa (mannitolo 20% con infusione a goccia rapida) e la instillazione di colliri ipotonizzanti (acetazolamide, prostaglandine, timololo) e miotici (pilocarpina). Risolta la fase acuta, può praticarsi un trattamento iridotomico Yag laser per la prevenzione delle recidive con attenta valutazione dell'occhio controlaterale.

Cheratite superficiale

La flogosi corneale sterile o settica costituisce anch'essa una **urgenza di primo livello** per le possibili complicanze. Vari fattori possono provocarla: occhio secco, farmaci topici, congiuntivite virale, esposizione alla luce ultravioletta, uso delle lenti a contatto, anomalie della posizione delle ciglia, traumi oculari con abrasioni. I sintomi sono rappresentati comunemente da dolore, fotofobia, lacrimazione, sensazione di corpo estraneo, calo del visus. L'obiettività è costituita da iniezione pericheratica (rossore attorno all'iride - fig. 2) associata a gradi variabili di compromissione corneale, in genere non visibili a occhio nudo. Non vi sono solitamente modifiche a carico della pupilla. Va valutata dallo specialista la natura della cheratite per instaurare un'adeguata terapia. Iniziare comunque con un collirio antibiotico a largo spettro (fluoroquinolonici) e nel caso bendare l'occhio.

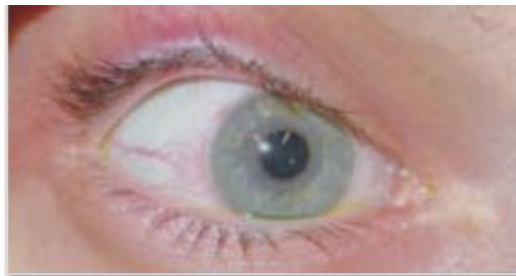


Fig. 2. Cheratite superficiale

Uveiti anteriori

I sintomi sono costituiti da dolore, fotofobia, lacrimazione, calo visivo; l'obiettività è dominata dai segni della flogosi in camera anteriore e quindi quasi mai visibili a occhio nudo (corpuscolatura dell'umore acqueo con fenomeno di Tyndall (diffusione della luce dovuto alla presenza di particelle) e formazione talora di un essudato sterile o settico nella parte bassa camerulare, detto ipopion Fig. 3). La pupilla è tendenzialmente miotica e poco reagente Fig.4. La terapia va instaurata rapidamente **a cura dell'oculista**, che prescriverà, se necessario, eventuali indagini di ordine sistemico (ricerca di autoanticorpi, indici di flogosi ecc.) per inquadrare meglio l'uveite.

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

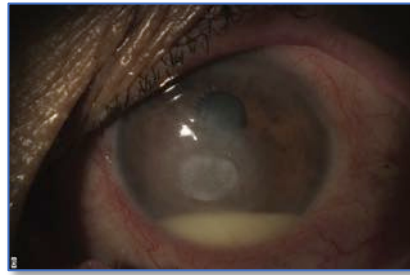


Fig. 3 Ipopion

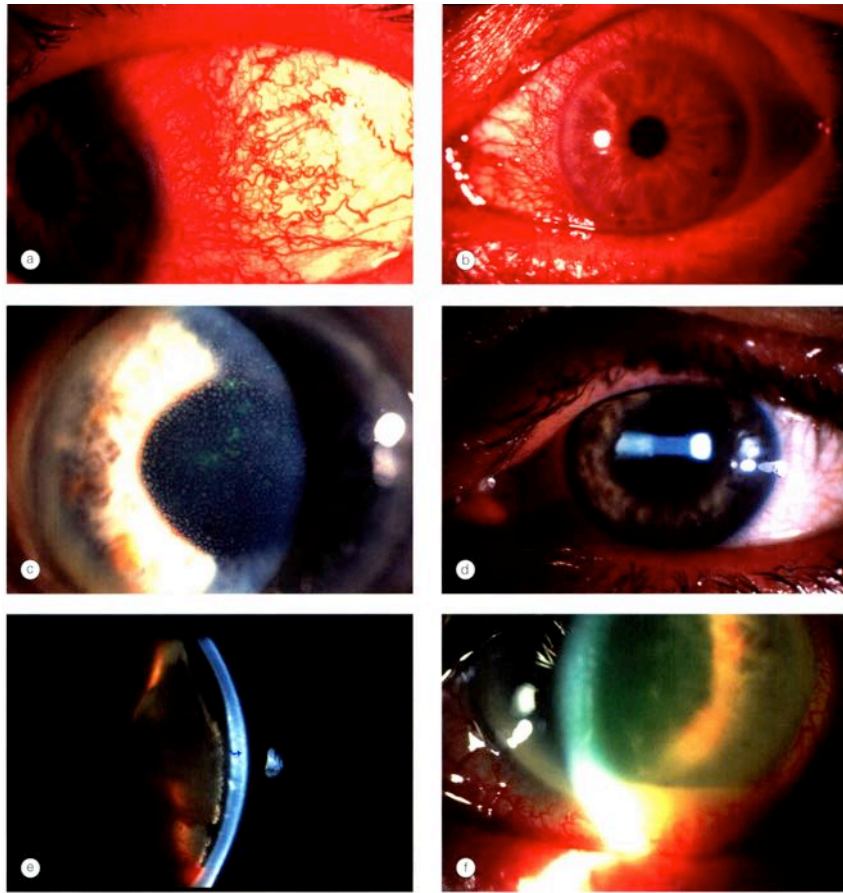


Fig. 4. Segni di uveite anteriore acuta: a) iniezione ciliare b) miosi c) opacamento endoteliale da parte delle cellule d) flare (fiammate) e cellule acquose e) essudato fibrinoso f) essudato fibrinoso e Ipopion.

Sclerite

La sclerite, più rara rispetto all'episclerite (fig. 5), che è una flogosi più superficiale, si accompagna solitamente a malattie del connettivo (artrite reumatoide, spondilite anchilosante, lupus eritematoso, poliartrite nodosa, granulomatosi di Wegener, gotta) di cui può essere la prima manifestazione.

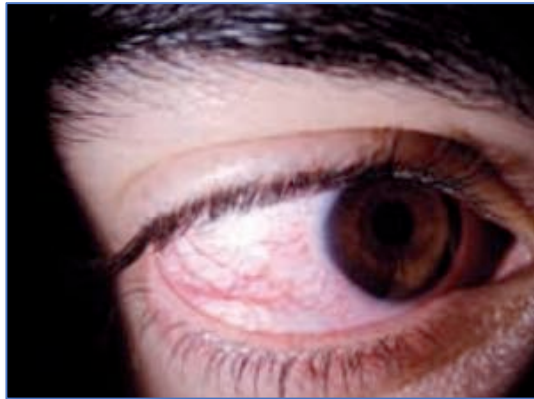


Fig. 5. Episclerite

Si presenta con dolore sia spontaneo sia provocato dalla digitopressione senza altri disturbi soggettivi; unico reperto obiettivo è la presenza di aree focali di arrossamento con disegno evidente dei vasi episclerali congesti e tortuosi. La condizione è autolimitantesi. Nelle forme più serie il rossore, settoriale o diffuso, assume gradazioni intense, con sfumature bluastre; si notano noduli sclerali, accumuli giallastri di globuli bianchi. La reazione coinvolge anche la cornea con cheratite periferica e gli strati vascolari delle tuniche oculari, con uveite. Nei rari casi di sclerite necrotizzante, la sclera si assottiglia mettendo in rilievo la coroide sottostante, che appare con un colore blu intenso. A differenza dell'episclerite, la sclerite può estendersi velocemente alle strutture oculari vicine, provocando complicanze, quali glaucomi secondari, distacchi di retina essudativi, atrofia del nervo ottico. A livello sintomatologico, le caratteristiche del dolore oculare, più intenso e gravativo, con interessamento dell'orbita e della regione facciale adiacente, la fotofobia marcata e il calo visivo, indirizzano la diagnosi. Nei casi in cui la sclerite rappresenta il sintomo d'esordio, è opportuno attivare la consulenza reumatologica e l'esecuzione di una serie d'indagini di laboratorio (VES, anticorpi antinucleo ANA, tipizzazione HLA-B27, fattore reumatoide ecc.) o radiologiche. **È quindi una patologia che va inviata all'oculista**, che userà FANS sistemici e steroidi topici per ridurre il dolore, anche se non si influisce sulla storia naturale della malattia. Nelle forme gravi necrotizzanti vanno usati anche cortisonici o altri farmaci immunosoppressori.

Cellulite orbitale e periorbitale

La cellulite periorbitale (Fig.6.) è infezione dei tessuti molli che coinvolge le strutture anteriori dell'occhio , generalmente delle palpebre e la congiuntiva. La cellulite orbitale invece, è un'infezione più grave e più profonda che coinvolge le strutture posteriori e è può evolvere in ascesso. La prima deriva , generalmente, dalla diffusione ematogena di un'infezione delle alte vie respiratorie o dentaria, o da un trauma , mentre la seconda, più frequentemente, rappresenta un'evoluzione e una complicazione di una sinusite etmoidale.

La cellulite periorbitale si manifesta con edema palpebrale fino all'occlusione della rima, spesso secrezione oculare e può essere accompagnata da febbre e leucocitosi. L'acuità visiva e i riflessi pupillari sono normali.

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

La cellulite orbitale presenta sintomi simili e, inoltre, proptosi e dolore con i movimenti extraoculari. Talvolta vi può essere riduzione dell'acuità visiva e parestesie della branca oftalmica e mascellare del nervo trigemino. Sono vere e proprie emergenze mediche e **da ospedalizzare con urgenza** per instaurare adeguata terapia, per evitare complicanze molto gravi, come la cecità e la meningite.

I segni distintivi delle forme posteriori sono l'esoftalmo, le limitazioni ai movimenti oculari e il calo visivo. Per differenziare le due condizioni talvolta è necessario effettuare l'ecografia bubare e le indagini tomografiche (TC o RM). Il trattamento prevede un'aggressiva terapia antibiotica efficace su stafilococchi, streptococchi e Haemophilus.



Fig. 6. Cellulite periorbitale

Occhio rosso non dolente

L'assenza di dolore rende meno allarmante il quadro clinico.

Emorragia sottocongiuntivale (Fig. 7)

Il paziente è solitamente asintomatico; la obiettività è dominata dallo stravasamento ematico, unilaterale, circoscritto, a sede sottocongiuntivale, derivante dalla rottura dei piccoli vasi sottocongiuntivali per brusca elevazione della pressione arteriosa o venosa centrale (vomito, tosse, manovra di Valsalva). La risoluzione è spontanea con riassorbimento completo dell'emorragia in 7-15 giorni circa. **Non serve terapia né valutazione specialistica.**

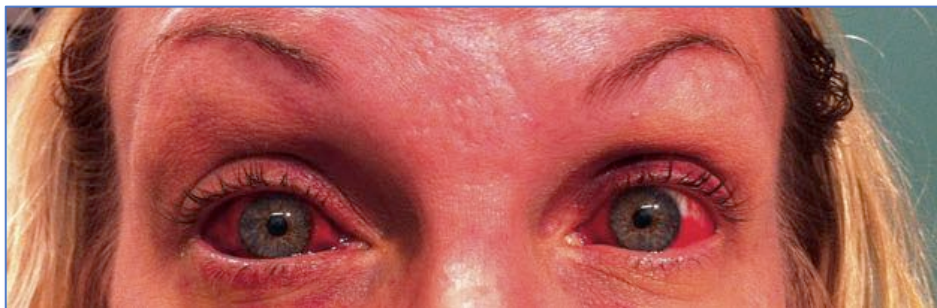


Fig. 7 . Emorragia subcongiuntivale bilaterale

Congiuntiviti

Nelle congiuntiviti sono presenti iperemia ed edema della mucosa superficiale e possono essere interessate la congiuntiva bulbare e/o tarsale (Fig. 8). I sintomi sono costituiti da lacrimazione e lieve fotofobia a cui si associano talora secrezione di natura variabile a seconda dell'eziologia: purulenta nelle forme batteriche, sierosa in quelle virali e ancora mucofilamentosa con prurito ed edema palpebrale nelle forme di natura allergica. Nelle forme batteriche, in prevalenza sostenute da Gram-positivi, è raccomandato l'uso di colliri a base di cloramfenicolo, fluorochinoloni (ofloxacina, ciprofloxacina, lomefloxacina) o amino glicosidi (netilmicina, tobramicina). Le forme virali sono autolimitanti e il trattamento con colliri antibiotici ha il fine di prevenire la sovrainfezione batterica. Nelle forme infettive va sempre raccomandato l'impiego di materiale monouso per la pulizia del viso e degli occhi evitando la "condivisione familiare" di teli, cuscini, asciugamani. Nelle forme allergiche (Fig. 9) il trattamento è a base di antistaminici topici, mentre i cortisonici sono indicati solo nella fase acuta su indicazione specialistica.

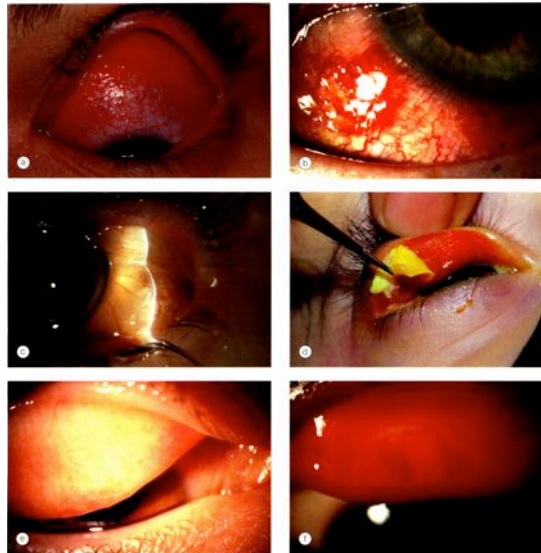


Fig. 8. Segni di infiammazione congiuntivale. (a) Iniezione; (b) emorragie; (c) chemosi; (d) pseudomembrana; (e) infiltrazione; (f) cicatrici sottocongiuntivali.

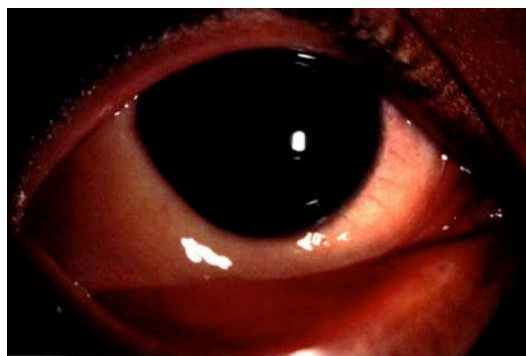


Fig. 9. Congiuntivite Allergica

Blefariti

La flogosi acuta o cronica delle palpebre (Fig. 10, Fig. 11) “blefarite”, si associa spesso a irritazione congiuntivale; i sintomi sono costituiti da bruciore (soprattutto il mattino al risveglio), prurito, sensazione di corpo estraneo associata a iperemia ed edema del margine palpebrale, perdita o irregolare distribuzione delle ciglia, a volte presenza di crosticine sulle ciglia. L'applicazione di pomate o gel di associazione cortico-antibiotica consente la risoluzione in pochi giorni della fase acuta, ma spesso sono forme croniche e recidivanti, come la blefarite seborroica, e vanno gestite dallo specialista.

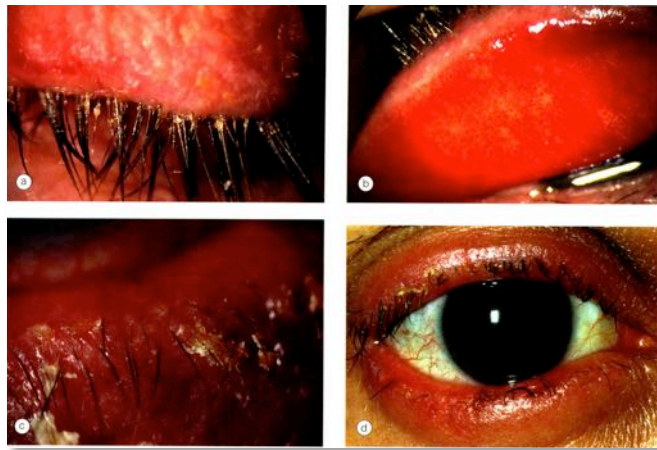


Fig. Fig. 10. Blefarite stafilococcica cronica.

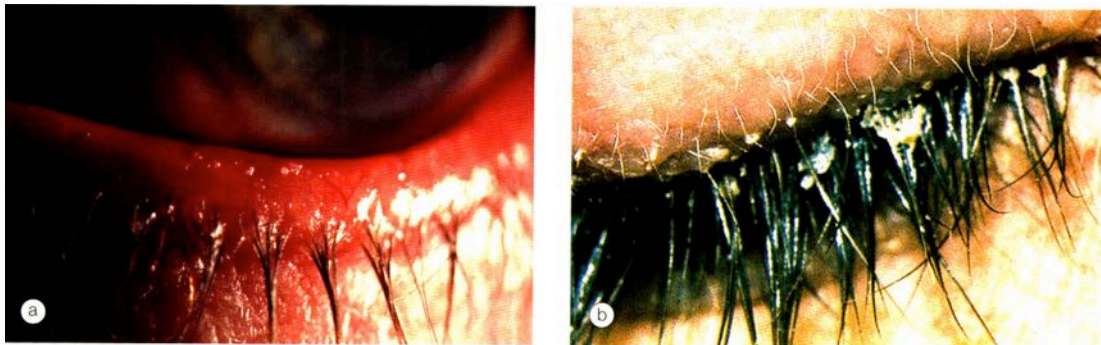


Fig. 11. Blefarite seborroica cronica.

Episclerite

Flogosi dell'episclera (Fig. 12) semplice e diffusa, è un disturbo autolimitante caratterizzato da rapida insorgenza di occhio rosso, in genere localizzato, e dolenzia alla palpazione; la assunzione di FANS topici e/o per via orale allevia la sintomatologia algica.



Fig. 12. Episclerite: (a) semplice; (b) diffusa

Pinguecola e pterigio

Pinguecola (Fig. 13) e pterigio (fig. 14) sono proliferazioni fibrovascolari della congiuntiva che possono dare occhio rosso. L'arrossamento è limitato nella zona della lesione, in genere le aree esposte nasali, con modesto fastidio da parte del paziente. I colliri antinfiammatori e lubrificanti possono ridurre i sintomi. Nello pterigio con grave invasione corneale e disturbi, come calo visivo o astigmatismi irregolari, la risoluzione è esclusivamente chirurgica.

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

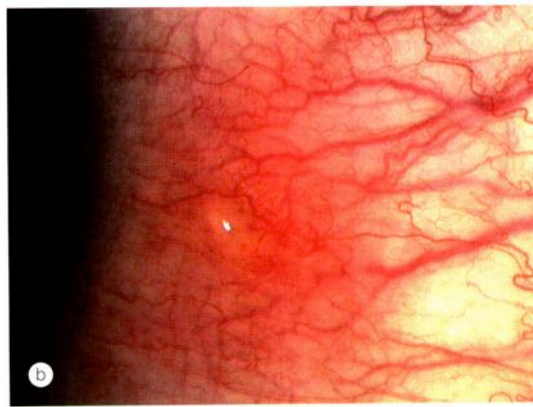
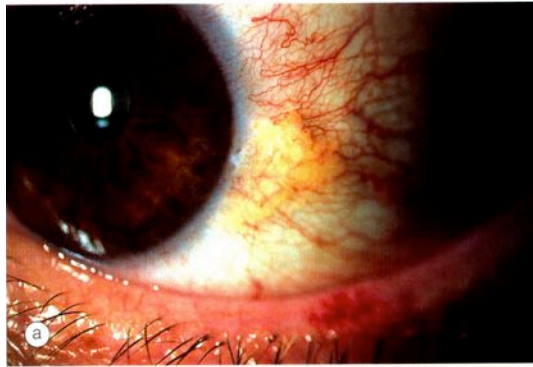


Fig 13. a) pinguecola b) pinguecolite

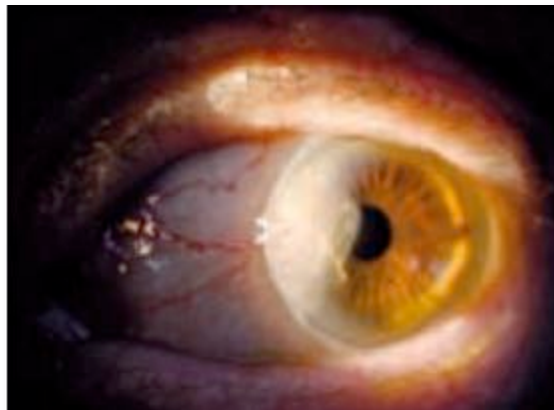
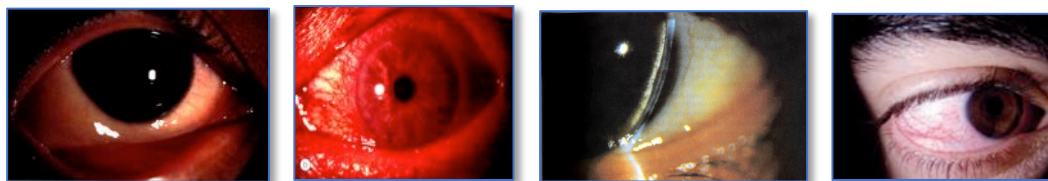


Fig. 14. Pterigio

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019



Diagnosi differenziale dell'“occhio rosso”

Segni	Congiuntivite acuta	Uveite acuta	Glaucoma acuto	Episclerite/sclerite
Dolore	Urente, ma non grave	Abbastanza grave, fotofobia	Molto grave, associato con nausea e vomito	Episclerite – irritazione Sclerite – forte dolore
Visione	Normale	Moderatamente ridotta	Notevolmente ridotta	Generalmente normale
Tono oculare	Normale	Normale o ridotto	Aumentato	Normale
Lacrimazione o secrezione	Secrezione mucosa o mucopurulenta	Lacrimazione	Lacrimazione	Lacrimazione
Iperemia	Iperemia superficiale della congiuntiva bulbare e palpebrale	Pericheratica	Pericheratica ed episclerale	Larghe zone di iperemia bulbare (20-100%)
Cornea	Normale	Trasparente; sulla superficie posteriore possono essere presenti precipitati	Torbida	Normale
Camera anteriore	Di profondità normale	Di profondità normale	Fortemente ridotta	Di profondità normale
Iride	Normale	Velata e rigonfia	Congesta e protrusa anteriormente	Normale
Pupilla	Normale	Piccola, irregolare	In media midriasi	Normale
Riflesso alla luce	Normale	Minimo	Minimo	Normale

Tab. 1. Confronto fra le patologie che causano l'arrossamento dell'occhio.

Quando la diagnosi è facile: cause note.

Causticazioni da sostanze accidentalmente entrate in contatto con l'occhio.

- Subito lavaggi con fisiologica (o acqua) da eseguire abbondantemente e al più presto.
- Se non si attenua l'infiammazione, controllo oculistico urgente, soprattutto se le sostanze sono alcaline.

Cheratocongiuntivite attinica: esposizione a raggi ultravioletti avvenuta alcune ore prima (saldatori, esposizione raggi ultravioletti(montagna, mare senza occhiali). Sintomi: forte dolore, bruciore e fastidio alla luce (dolorosa ma non grave).

- FANS Topici e bendaggio.
- Se non passa in 24 ore: controllo oculistico.

Corpi estranei ritenuti

corneali : inviare allo Specialista Oculista

congiuntivali: possibile tentare la rimozione con adeguati strumenti, comunque controllo oculistico entro 24-48 ore.

Infiammazioni delle palpebre

Orzaiolo (più raro) (Fig. 15): infezione ghiandola pilifera ciglia, appare come un brufolo, dolente al tatto, con arrossamento, punto giallo di pus.

- Utili impacchi caldo-umidi (5 minuti almeno per 2-3 volte al dì) + associazione steroide-antibiotici per breve periodo (5-7 giorni).
- Controllo oculistico se non migliora in pochi giorni.

Calazio (più frequente)(Fig.16): ostruzione e infiammazione ghiandole sebacee o di Meibomio, con formazione di una pallina dura, elastica sotto la pelle, non sempre arrossata e dolente.

- Utilissimi impacchi caldo-umidi (5 minuti almeno per 2-3 volte al dì) anche per giorni, + associazione steroide-antibiotici per breve periodo, in genere guarisce spontaneamente.
- Se non migliora, visita oculistica non urgente, per valutare eventuale asportazione chirurgica.



Fig. 15. Orzaiolo esterno (freccia nera) e un Orzaiolo interno (freccia bianca).

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019



Fig 16. Calazio osservato dalla palpebra interna che mostra il materiale lipogranulomatoso giallo.



Fig. 17. Calazio presente per 4 mesi con sintomi minimi ma esteticamente poco attraenti.

Disconfort oculare cronico (Fig. 15)

Disturbi oculari di vario tipo, **ma non è presente alcuna obiettività**. Si tratta spesso di discomfort oculare cronico, che è caratterizzato da vari disturbi, ricorrenti per lo più in condizioni ambientali sfavorevoli (vento, aria inquinata, fumo, lavoro al computer) o la sera, quali bruciori, crisi di lacrimazione oppure sensazione di secchezza oculare o sabbiolina, lievi rossori. Sono legati ad alterazione qualitative-quantitative del film lacrimale. Si può provare a prescrivere colliri con lacrime artificiali (es. con acido ialuronico o colliri alle erbe), meglio monodosi, ma se non c'è miglioramento è consigliabile una visita oculistica non urgente, per valutare le condizioni della superficie oculare e il tipo di alterazione del film lacrimale.

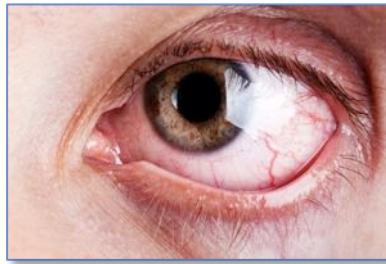


Fig. 15

Astenopia nei lavoratori al computer

L'utilizzo intensivo dei Video Terminali (VDT) può provocare arrossamento oculare. Le indagini cliniche ed epidemiologiche svolte sino a oggi sugli utilizzatori di VDT, comunque non hanno dimostrato la presenza di danni permanenti, anatomici o funzionali dell'apparato oculovisivo. Le manifestazioni dell'astenopia sono riassunte schematicamente nella Tab 2. Le manifestazioni di astenopia devono essere tutte ricercate in fase anamnestica nei lavoratori al videoterminale. Sarà compito dell'oculista valutare lo stato refrattivo del paziente, per metterlo nelle migliori condizioni visive, ma è importante anche la figura del medico competente, che deve consigliare e far sì che il lavoratore si trovi in condizioni ambientali ottimali (illuminazione, postazione, aerazione ecc.).

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

Aspetti visivi	Aspetti oculari	Aspetti generali
<i>FOTOFOBIA</i>	<i>Lacrimazione</i>	<i>CEFALEA</i>
<i>Riduzione dell'acuità visiva</i>	<i>Ammiccamento aumentato</i>	<i>ASTENIA</i>
<i>VISIONE SFUOCATA</i>	<i>PRURITO</i>	<i>NAUSEA</i>
<i>VISIONE SDOPPIATA</i>	<i>IRRITAZIONE</i>	<i>DISPEPSIA</i>
<i>Miopizzazione transitoria</i>	<i>SECCHENZA</i>	<i>VERTIGINE</i>
<i>Transitorio allontanamento del punto prossimo</i>	<i>BRUCIORE</i>	<i>TENSIONE GENERALE</i>
Comparsa o aumento di forie (strabismi latenti)	<i>SENSAZIONE DI SABBIA SOTTO LE PALPEBRE</i>	
ALONI COLORATI	<i>PESANTEZZA AI BULBI</i>	
EFFETTO MC COLLOUGH (visione rosata)	<i>DOLORE</i>	
	<i>Arrossamento congiuntivale alterazioni qualitative/quantitative del film lacrimale</i>	

Tab. 2

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

Infezioni oculari (Tab. 3)

Sono contagiose quindi:

- Indagare su eventuali contagi.
- Limitare i possibili contagi utilizzando materiale igienizzante monouso.

Nome	Sintomi principali	Terapia	Note
Congiuntivite batterica	Secrezione mucopurulenta, senso di sabbia, occhio appiccicato al mattino	Collirio antibiotico (es. Nettacin/Tobral/ Colbiocin coll. x 4, oppure Vigamox/ Naflox/Exocin coll.) + Voltaren Ofta/Ocufen coll. x 4	Ci vede bene! Terapia cortisonica solo sotto controllo medico!
Congiuntivite virale	Forte lacrimazione, bruciore, esordio brusco, comparsa di linfonodi sul collo o mal di gola (spesso adenovirus)	Collirio antibiotico (es. Nettacin/Tobral/ Colbiocin coll. x 4, oppure Vigamox/ Exocin/Naflox coll. x 3) + Voltaren Ofta/Ocufen coll. x 4	Ci vede bene! Terapia cortisonica solo sotto controllo medico!
Congiuntivite allergica	Prurito, secrezione bianca al mattino, stagionalità, rinite associata	Coll. antistaminico per i sintomi al bisogno, meglio di ultima generazione (Ketoftil monod, Relestat, Opatanol coll. x 3)	Terapia cortisonica solo sotto controllo medico! Se oculorinite anche antistaminico per os
Cherato-congiuntivite	Si aggiungono sintomi di fotofobia intensa (fastidio alla luce), sensazione di corpo estraneo, annebbiamento, dolore, rossore tipico attorno alla cornea (iperemia pericheratica)		È più seria: controllo oculistico rapido
Cheratite isolata	Spesso l'occhio è poco rosso e gonfio ma la forma è più grave con senso di corpo estraneo, annebbiamento, dolore anche lieve, rossore marcato attorno alla cornea		È più grave: controllo oculistico urgente

Tab. 3

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

Quando inviare con urgenza allo Specialista Oculista?

1. La cornea non è più trasparente (si fa fatica a vedere i dettagli di iride e pupilla, si nota un'area biancastra sulla cornea): possibile uveite, ascesso, ulcera ecc.
2. È presente dolore intenso con nausea e vomito, calo della vista in un solo occhio, l'occhio è duro: possibile glaucoma acuto.
3. Calo visivo importante che persiste parecchi minuti;
4. Visione di ombre o zone scure nel campo visivo;
5. Visione di lampi o flash, anche con la coda dell'occhio;
6. Sensazione di corpo estraneo con intensa fotofobia e blefarospasmo.

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

Caso clinico 1

Un uomo di 50 anni giunge in Ambulatorio di Continuità Assistenziale riferendo dolore oculare bilaterale e fotofobia da circa 1 ora, riferisce di aver utilizzato per alcune ore ammoniaca pura con un sistema di pulizia dei pavimenti a vapore ad alta temperatura.

All'arrivo i parametri vitali sono stabili, ma il paziente è molto sofferente e non riesce a tenere gli occhi aperti. L'esame degli occhi risulta difficoltoso per l'estremo dolore alla loro apertura, quindi vengono istillate 2 gocce di lidocaina pura all'1% in ciascun occhio e dopo 5 minuti il dolore è nettamente diminuito. Le congiuntive appaiono diffusamente iperemiche, ma apparentemente, all'esame con luce tangenziale, non si osservano lesioni della sclera. Si inizia l'irrigazione oculare con soluzione fisiologica posizionando una cannula da 18 G collegata al deflussore nell'angolo mediale dell'occhio e infondendo 1,5 litri di fisiologica per occhio. Dopo 1 ora il paziente sta meglio e l'iperemia congiuntivale si è ridotta significativamente. Viene pertanto inviato a consulenza specialistica.

Commento: sebbene la maggior parte delle lesioni oculari necessitino di una valutazione e di un trattamento specialistico oftalmologico, vi sono situazioni che possono e debbono essere attuate immediatamente per stabilizzare una situazione pericolosa per la funzione visiva, in attesa di poter inviare il paziente in PS per consulenza oculistica. È pertanto necessario interpretare il quadro clinico quando un paziente si presenta con un disturbo visivo o una lesione ad un occhio.

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

Caso clinico 2

Un uomo di 41 anni si sveglia con gli occhi che sono arrossati bilateralmente (Figura 25-1). Ha un bruciore e prurito agli occhi, ma nessun dolore. Descrive la minima formazione di croste sulle sue ciglia. L'esame non mostra perdita della vista, nessun corpo estraneo e pupille uguali, rotonde e reattive alla luce. Gli viene diagnosticata una congiuntivite virale, che non richiede un trattamento antibiotico. Viene consigliato sui metodi per prevenire la diffusione della congiuntivite agli altri e viene chiesto informare immediatamente il medico in caso di dolore o perdita della vista. Si riprende spontaneamente senza complicazioni dopo pochi giorni.



Fig. 25-1

Commento: un occhio rosso indica un'infezione oculare. La diagnosi differenziale include condizioni sia benigne che compromettenti la vista. Lo schema del rossore, la presenza / assenza di dolore oculare o fotofobia, la perdita della vista, il coinvolgimento della cornea e dell'acuità visiva sono utili per differenziare le cause (vedi Tabella 25-1). Comunque sebbene la maggior parte degli occhi rossi osservati nell'assistenza primaria siano il risultato di una congiuntivite virale, diverse cause di occhi rossi richiedono un invio in urgenza al specialista oculista.

L'occhio Rosso ed altre oftalmopatie

Corso di Aggiornamento Regione Abruzzo
per Medici di Continuità Assistenziale
anno 2019

Bibliografia

1. Elementi di oculistica per il Medico di Medicina Generale (argomenti di medicina specialistica per MMG), I. Sfragara , C.G.Edizioni Medico Scientifiche, 2013.
2. Color Atlas of Family Medicine 2nd Ed, R.P. Usatin, Mc Graw Hill Education, 2013
3. Oftalmologia Clinica, Ottava Edizione , B.B. Kansky Edra, 2016.
4. Manuela di Medicina d'emergenza, F. Della Corte et altri. Mc Graw-Hill , 2002.