



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Comuni problemi oculistici
Data 20 gennaio 2006 alle 21:40:00
Autore R. Rossi

Ressa:
Renato, non ti sembra di esagerare? Che c'entriamo noi con l'oculistica?

Rossi:
Per la verità pazienti con problemi agli occhi ne vediamo spesso e non possiamo sempre demandare tutto allo specialista, anche perché non di rado si tratta di problemi banali che possiamo risolvere facilmente senza strumentazione, basta un minimo di conoscenze e di esperienza. Con questo non voglio dire che dobbiamo metterci a fare pure gli oculisti, però mi sembra sia importante almeno saper distinguere condizioni semplici che possiamo ragionevolmente trattare noi da altre potenzialmente gravi che richiedono una valutazione specialistica urgente.

Ressa:
D'accordo, allora cominciamo. Quali sono i problemi di tipo oculistico che più frequentemente portano i pazienti a richiedere il nostro aiuto?

Rossi:
Sostanzialmente sono di tre tipi:
1) l'occhio arrossato
2) il dolore oculare
3) i disturbi della vista
Si può dire che in 8 pazienti su 10 il motivo della consultazione è l'occhio arrossato. Quando un paziente presenta invece dolore oculare o improvviso deficit visivo (talora associati, ma non necessariamente, ad un occhio rosso) bisogna pensare a cause gravi come un attacco acuto di glaucoma, un'uveite o un distacco retinico.
Ressa:
Fondamentale quest'ultima precisazione, soprattutto se riferita all'attacco acuto di glaucoma che può far perdere l'occhio se non diagnosticato in tempo.
Quali sono le cause più comuni dell'occhio arrossato?

Rossi:
Sono l'emorragia sottocongiuntivale, le congiuntiviti e le episcleriti. Per quanto riguarda l'emorragia sotto congiuntivale ne abbiamo parlato a proposito delle crisi ipertensive, quindi non mi dilungo. Non va dimenticato però che una causa di occhio rosso può essere la cheratite.

Ressa:
Come possiamo sospettare una cheratite?

Rossi:
Quando l'iperemia congiuntivale è periferica possiamo ragionevolmente diagnosticare una congiuntivite, quando invece l'arrossamento e la congestione arrivano a lambire la cornea è possibile una cheratite e quindi opportuno un invio urgente dallo specialista. In più di solito nella cheratite è presente un offuscamento del visus che di norma manca nella congiuntivite.

Ressa:
Giustissimo.
Passiamo alle congiuntiviti.
Rossi:
Le congiuntiviti sono infiammazioni della congiuntiva che riconoscono essenzialmente tre cause:
1) l'azione irritante di varie sostanze che vengono a contatto con gli occhi (sia durante il lavoro che in altre occasioni, come per esempio dopo una nuotata in piscina o in mare) oppure l'azione della luce solare o di fonti luminose intense (tipica la congiuntivite attinica dei saldatori) o di corpi estranei; da ricordare anche le congiuntiviti che possono seguire ad un contatto con sostanze caustiche (in questi casi bisogna lavare subito l'occhio con acqua corrente e inviare urgentemente il paziente dallo specialista); anche l'uso eccessivo di lenti a contatto può provocare una infiammazione congiuntivale reattiva.
2) l'infezione (batteri, virus, clamidia)
3) l'allergia

Ressa:
A questo proposito ricordo due punti:
1) consigliare a chi porta lenti a contatto di non tenerle mentre dorme perché possono svilupparsi cheratiti anche gravi
2) che i corpi estranei possono essere anche a livello corneale in questi casi vanno estratti con urgenza perché altrimenti possono approfondirsi e la loro rimozione diventa difficile lasciando danni permanenti; quando si sospetta un corpo estraneo corneale (talora si riesce a vederlo anche a occhio nudo illuminando bene la cornea) bisogna inviare il paziente con urgenza dallo specialista.
Andiamo avanti.
Come facciamo a distinguere le varie forme di congiuntivite?



Rossi:

E' importante l'anamnesi di esposizione a qualche agente causale. Inoltre di solito le congiuntiviti irritative e allergiche sono bilaterali mentre quelle infettive spesso (ma non sempre) sono monolaterali (almeno all'inizio, perché poi possono estendersi anche all'altro occhio).

Oltre all'arrossamento più o meno marcato della congiuntiva il paziente lamenta bruciore agli occhi, fotofobia, senso di corpo estraneo oculare, aumento della lacrimazione. Normalmente la visione non è disturbata. Ressa:

E' possibile distinguere le congiuntiviti batteriche da quelle virali?

Rossi:

In generale possiamo dire che quanto più è presente secrezione mucosa o mucopurulenta tanto più è probabile la genesi batterica. Più spesso sono in causa germi come lo stafilococco. In questi casi le secrezioni si accumulano sotto la palpebra e all'angolo interno dell'occhio. In Veneto, o almeno dalle mie parti, c'è un'espressione curiosa usata dai pazienti per descrivere questo fenomeno: il malato viene in ambulatorio dicendo che "ha le scarpe".

Un altro segno che ci può aiutare nella diagnosi differenziale è l'interessamento o meno delle vie respiratorie superiori: una congiuntivite con poca secrezione associata a rinite, mal di gola o tosse è quasi sicuramente di origine virale (adenovirus ma anche altri virus respiratori).

Invece una congiuntivite che si associa a disturbi urinari dovrebbe indirizzare verso una infezione da Chlamydia o una sindrome di Reiter (che, ricordo, fa parte delle spondiloartropatie sieronegative e che in alcuni casi è stata messa in relazione alla Chlamydia trachomatis).

Ressa:

Come si trattano le congiuntiviti?

Rossi:

Nelle congiuntiviti irritative bastano misure dettate dal buon senso (per esempio non esporsi alla luce solare, portare occhiali scuri, non guardare la televisione) a cui attenersi per alcuni giorni. Può essere utile l'uso di un collirio vasocostrittore come l'imidazolina o antinfiammatorio (per esempio diclofenac) da usare per 2-3 giorni.

Nelle congiuntiviti infettive si tende ad usare di solito un collirio antibiotico perché non è sempre agevole distinguere la forme virali dalle batteriche (esistono anche forme miste in cui ad una iniziale congiuntivite virale si sovrappone una infezione batterica).

Fra gli antibiotici più usati ricordo i colliri o le pomate oftalmiche a base di tetracicline, aminoglicosidi (gentamicina, tobramicina, netilmicina) e quelli che contengono chinolonici (ofloxacina, norfloxacina) oppure un'associazione di antibiotici (per esempio cloramfenicolo e neomicina oppure cloramfenicolo, tetraciclina e colistimetato di sodio). Ressa:

Hai ommesso volontariamente i corticosteroidi topici e hai fatto bene.

Aggiungo che è utile suggerire al paziente di lavarsi spesso le mani, di non toccarsi gli occhi e di usare asciugamani personali perché le congiuntiviti infettive possono essere molto contagiose.

E le congiuntiviti allergiche?

Rossi:

Sono di solito stagionali, legate alla presenza nell'aria di pollini a cui il soggetto è allergico, ma possono essere anche presenti per molti mesi all'anno quando l'allergene in causa è di tipo perenne. La diagnosi si basa sull'anamnesi di allergia, sulla coesistenza di rinite (rinocongiuntivite allergica) e sulla durata (in genere una congiuntivite che dura da più di 8-10 giorni è probabilmente di tipo allergico).

Si cura con colliri contenenti cromoglicato, nedocromile, antistaminici o cortisonici (questi ultimi da usare per pochi giorni perché possono aggravare un glaucoma misconosciuto) e con antistaminici per via generale, talora con brevi cicli di steroidi.

Ressa:

Ricordo due cause di congiuntivite, quelle dovute all'herpes simplex (pensarci se assieme alla congiuntivite vi sono le classiche manifestazioni periorali) e all'herpes zoster, in cui è opportuna la consulenza specialistica in quanto possono complicarsi con cheratite e con uveite.

A proposito, quando inviare dall'oculista il paziente con occhio arrossato?

Rossi:

Direi di inviare subito il paziente se sono presenti segni di allarme come dolore oculare o disturbi visivi oppure se la forma appare particolarmente grave. Inoltre conviene sentire lo specialista quando si sospetta un interessamento della cornea o dei tessuti oculari profondi o se la congiuntivite non guarisce o non migliora dopo qualche giorno di trattamento. Ressa:

Due parole sull'episclerite.

Rossi:

Si tratta di una infiammazione localizzata che si manifesta come una macchia o un nodolino vascolarizzati a livello dell'episclera (cioè di quel tessuto localizzato al di sotto della congiuntiva e vicino alla sclera). In genere non richiede trattamento anche se si possono usare colliri decongestionanti o contenenti steroidi per alcuni giorni. Generalmente sono forme autolimitate ma in alcuni casi tendono a recidivare.

Ressa:

Passiamo al dolore oculare.

Rossi:

In questi casi va sempre sospettato un attacco acuto di glaucoma per cui è necessario richiedere una consulenza specialistica urgente.



Ressa:
Veniamo allora ai disturbi del visus.

Rossi:
Quando un paziente si presenta a visita lamentando un disturbo del visus la prima cosa da fare è chiedere se il sintomo è comparso improvvisamente oppure gradualmente e da quanto tempo.

Ressa:
Vediamo la prima ipotesi: il deficit visivo è comparso gradualmente e data da tempo...Rossi:
Se il paziente riferisce che il disturbo è insorto in maniera lenta e che data da tempo ci troviamo di fronte probabilmente ad un vizio di rifrazione oppure ad una cataratta (frequente negli anziani, nei diabetici o in chi usa cronicamente steroidi), per cui l'invio dallo specialista non riveste carattere di urgenza. Ci sono però alcune eccezioni a questa regola.

Ressa:
Spiegati meglio...

Rossi:
Anzitutto se il paziente è diabetico o ha un'ipertensione potremmo essere di fronte ad una retinopatia ingravescente (con emorragie ed essudati) per cui l'invio deve essere urgente anche se può attendere alcuni giorni (quella che in gergo burocratico si chiama urgenza differibile, di solito effettuata entro 2-3 giorni). Vi sono poi due manovre semeiologiche che possiamo benissimo fare anche noi e che ci permettono di valutare se la riduzione del visus è centrale o periferica.
Per valutare l'acuità centrale basta far eseguire il test di Amsler (naturalmente prima con un occhio e poi con l'altro): si tratta di un semplice reticolo quadrato con al centro un punto nero: se il paziente riferisce di vedere linee sfuocate o incurvate al centro oppure non vede il punto nero centrale vuol dire che vi è una lesione della macula (potrebbe trattarsi di una neurite ottica o di una maculopatia).
Per valutare la visione periferica si può determinare il campo visivo facendo chiudere un occhio al paziente e chiedendo di fissare con l'altro occhio il nostro naso; poi con la nostra mano entriamo nel suo campo visivo dalle quattro direzioni e ci facciamo dire dal paziente quando la mano stessa compare alla sua vista. Ovviamente in questo modo il campo visivo può essere valutato in maniera molto grossolana però se ci sembra che ci sia una riduzione su tutti i lati possiamo per esempio sospettare un glaucoma cronico, una riduzione su un solo lato potrebbe dipendere invece da una emorragia retinica o da una lesione parcellare del nervo ottico (per esempio da compressione a livello del chiasma).
Sia nel caso si sospetti un interessamento della macula che quando si riscontra un chiaro deficit del campo visivo è necessario inviare il paziente dallo specialista urgentemente.
Di recente mi è capitato il caso di una paziente 60 enne, ipertesa, con deficit visivo progressivo che si è rivelato, alla fine, essere un'emianopsia laterale da compressione di aneurisma intracranico. L'anamnesi era stata raccolta in modo approssimativo e inizialmente l'oculista ha fatto diagnosi di maculopatia degenerativa che però continuava a peggiorare in modo rapido.
Interrogata più a fondo, la paziente riferiva la circostanza che negli ultimi mesi si scontrava spesso con i passanti mentre passeggiava e una volta si presentò per un trauma riportato su uno spigolo di una porta (che evidentemente non aveva visto); è stata operata con successo con trombizzazione della lesione vascolare.

E nel caso la riduzione del visus sia insorta in maniera brusca?

Rossi:
In questi casi è sempre opportuno l'invio urgente dallo specialista. Potrebbe infatti trattarsi di un distacco di retina oppure di una trombosi arteriosa o venosa retinica. In questi casi le uniche manovre semeiologiche che possiamo fare sono quelle di valutare l'effettiva gravità della perdita del visus facendo chiudere un occhio al paziente per valutare con l'aiuto di una tavola ottometrica l'entità della perdita e la valutazione del riflesso pupillare dal lato opposto (se c'è un riflesso controlaterale vuol dire che la perdita della vista non è totale).
Un altro sintomo da inviare subito a consulenza (oculistica e neurologica) è la comparsa di diplopia (il paziente riferisce di vedere doppio) perché va esclusa (eventualmente con tecniche di imaging neuroradiologiche) una lesione di un nervo cranico oculomotore. Una delle cause di paralisi a carico dei nervi oculomotori può essere la neuropatia diabetica (vedi uno dei casi del dr. Cretinetti).
Nelle perdite fugaci del visus (cosiddette amaurosi fugax) il paziente riferisce di aver perso per alcuni istanti la vista da un occhio: generalmente bisogna indagare il lato vascolare (ecodoppler carotideo) ma è comunque opportuna una visita oculistica per escludere una patologia retinica anche se il disturbo non dovesse più comparire.
Ricordo altri due sintomi oculari che è opportuno inviare urgentemente dallo specialista anche se non si accompagnano a riduzioni del visus: la visione di lampi (potrebbe essere un distacco retinico) e di aloni colorati (potrebbe essere un attacco di glaucoma acuto).
Invece la visione di mosche volanti o di piccoli filamenti che si muovono e che sono particolarmente evidenti per esempio quando il paziente, alla luce del giorno, guarda l'azzurro del cielo, sono di solito dovuti a semplici corpi mobili del vitreo e non richiedono una consulenza urgente.

Rossi.
Per finire rimangono da menzionare due frequenti patologie a carico delle palpebre: il calazio e l'orzaiolo.
L'orzaiolo è in pratica una piccola formazione ascessuale che insorge a carico del bulbo di quel pelo particolare che è il ciglio. Di solito si risolve con l'uso di una pomata oftalmica a base di antibiotici e con impacchi caldi per 5-10 minuti 3-4 volte al giorno.
Il calazio è un nodulo che si localizza a livello della palpebra, all'inizio presenta segni di flogosi, poi il nodulo diventa non



dolente ma tende a persistere per alcuni mesi. Possono essere utili impacchi caldo-umidi. Molti di essi scompaiono spontaneamente dopo mesi, in alcuni casi è necessario ricorrere alla asportazione chirurgica.

Ressa:

Per ultimo, visto che trattiamo un tema oculistico, anche se con la visuale del medico di medicina generale, ricordo due nozioni basilari sul glaucoma:

- 1) il ruolo del medico di famiglia nello screening dato che si tratta di una patologia con forte impronta familiare
- 2) la controindicazione di alcuni farmaci (anticolinergici e triciclici soprattutto).

E con questo credo proprio che abbiamo finito.