



Le infiammazioni OCULARI

• Le Infiammazioni Oculari

Le diagnosi di uveite sono aumentate in modo significativo negli ultimi quindici anni: grazie a un approccio sistematico basato sulla anamnesi e l'esame clinico, supportato da tests di laboratorio ed altre indagini, è possibile, infatti, fare una diagnosi in circa il 70% dei casi. Ciò è stato possibile grazie al progressivo affinamento delle metodiche diagnostiche (esame dei prelievi oculari) ed all'approccio multi-disciplinare dei pazienti con infiammazione oculare. Nella gestione di questi pazienti è infatti fondamentale la collaborazione tra l'oculista, il medico curante, l'internista, il reumatologo, il neurologo e il pediatra. Le infiammazioni oculari comprendono le infiammazioni intraoculari (o uveiti) e le infiammazioni extraoculari (scleriti, episcleriti, congiuntiviti, cheratiti). La sintomatologia delle infiammazioni intraoculari prevede: calo del visus, fotopsia (sensazione visiva di "lampi"), miodesopsia (sensazione visiva di "mosche volanti"); l'occhio è solitamente bianco salvo in presenza di uveite anteriore in cui può presentarsi arrossato.

• Infiammazione intraoculare o uveite

La parte funzionale dell'occhio, la retina, in analogia al sistema nervoso centrale è "ermeticamente" isolata dalla circolazione sistemica per mezzo della barriera emato-oculare che assicura l'omeostasi necessaria ad una funzione visiva ottimale. A livello retinico tale barriera è costituita dalle "giunzioni serrate" tra le cellule dell'epitelio pigmentato retinico e dalle "giunzioni intercellulari" tra le cellule endoteliali. Il primum movens patogenetico nelle uveiti è la rottura della barriera

emato-oculare (Fig. 1): l'ingresso di proteine e di cellule infiammatorie provenienti dalla circolazione sistemica sono all'origine dei sintomi e dei segni clinici delle uveiti.

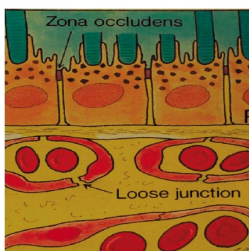


Fig. 1

• La classificazione delle uveiti

La classificazione delle uveiti è fondamentale per poter formulare la diagnosi e/o contribuire alla gestione sistemica del paziente.

I principali criteri di classificazione prendono in considerazione:

- 1) la localizzazione anatomica
- 2) la presentazione clinica
- 3) la diagnosi specifica di uveite.

1) A livello anatomico possiamo classificare le uveiti in: anteriori (infiammazione dell'iride e corpo ciliare) intermedie (infiammazione pars plana, vitreo e/o vasculite retinica periferica) posteriori (infiammazioni coroideali e/o retiniche localizzate) e panuveiti (infiammazione intraoculare totale) (Fig. 2).

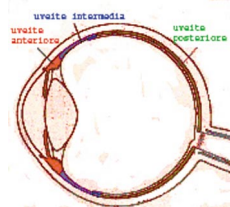


Fig. 2

2) Dal punto di vista clinico distinguiamo le uveiti in non granulomatose e granulomatose.

Le uveiti non granulomatose sono caratterizzate dalla presenza di fini precipitati infiammatori a livello dell'endotelio corneale. Tali precipitati provengono dalle cellule infiammatorie presenti nell'umore acqueo che sedimentano nella parte interna dell'occhio. Quando il numero di queste cellule è molto elevato si può formare un sedimento biancastro che prende il nome di ipopion (Fig. 3).

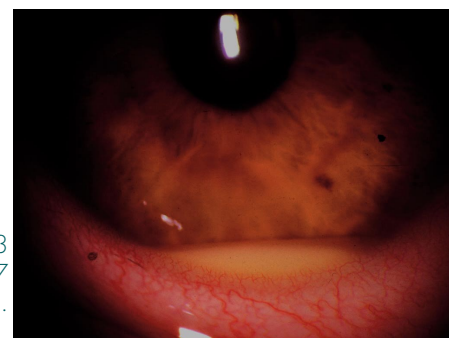


Fig. 3
Uveite HLA-B27
positiva.

Presenza di ipopion.

Un'altra caratteristica delle uveiti non granulomatose è la formazione di fibrina (quando l'infiammazione è molto pronunciata) derivante dalle numerose proteine presenti nell'umore acqueo e che è all'origine delle sinechie (aderenze) tra il bordo pupillare e la superficie anteriore del cristallino (fig. 4). Un classico esempio di uveite anteriore non granulomatosa è l'uveite HLA-B27 positiva.

L'uveite granulomatosa è caratterizzata dalla presenza di precipitati di grandi dimensioni sull'endotelio corneale, definiti "a grasso di montone", da noduli infiammatori sul bordo della pupilla (noduli di Koeppe) o nello stroma irideo (noduli di Busacca) e dalla presenza di un ispessimento (quando l'infiammazione è attiva) o atrofia dell'iride. Le entità cliniche che più frequentemente presentano questo tipo di uveite sono la sarcoidosi (fig. 5) e l'infiammazione erpetica intraoculare (fig. 6).

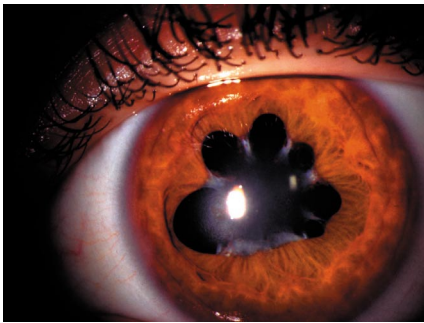


Fig.4
Uveite in Artrite giovanile idiopatica. Da notare le sinechie (aderenze tra iride e cristallino).

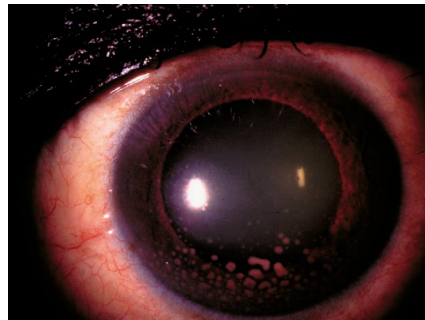


Fig.5:
Precipitati endoteliali "a grasso di montone": uveite anteriore granulomatosa in sarcoidosi.

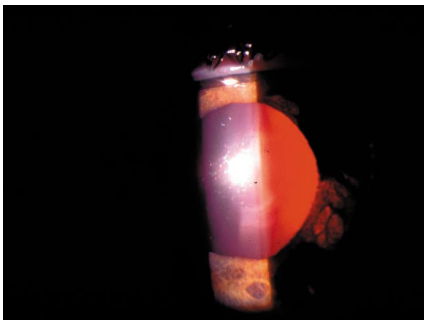


Fig.6:
Atrofia dell'iride e precipitato a grasso di montone di piccole dimensioni: uveite erpetica.

Questa valutazione clinica è molto importante per definire il contesto sistemico in cui collocare il paziente, e per interagire con il medico internista sulle opportune strategie di approfondimento diagnostico e terapeutico.

3) Classificazione in base alla diagnosi specifica: si ha quando l'etiologia dell'uveite è determinata (p.es. l'uveite erpetica o uveite toxoplasmica) o in presenza di una sindrome clinica ben definita (uveite HLA-B27, uveite di Behçet, uveite intermedia del tipo pars planite).

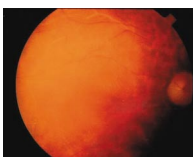
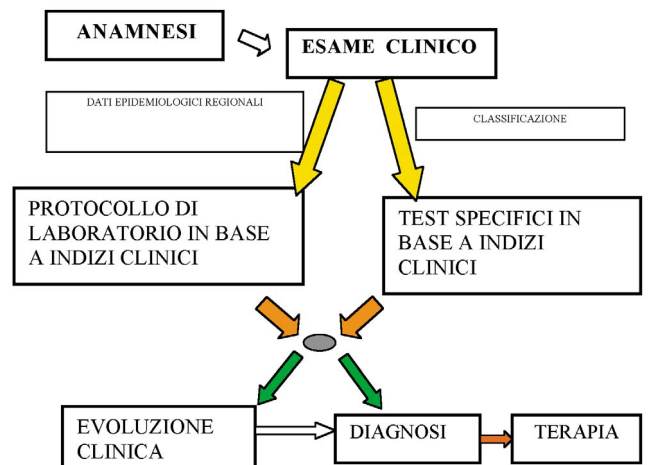


Fig.7:
Malattia di Behçet: uveite posteriore non granulomatosa + afte orali (dolenti).

• Esame clinico del paziente con infiammazione oculare

È molto importante il primo approccio del paziente affetto da uveite. Questo prevede una breve anamnesi di orientamento che introdurrà l'esame clinico oculare approfondito, un successivo approfondimento diagnostico, correlato da relative domande specifiche suggerite dal qua-

dro clinico (vedi tabella)



• L'esame del segmento anteriore

È importante per determinare il tipo clinico di uveite granulomatosa o non granulomatosa. I precipitati cheratici fini si dispongono come polvere sull'endotelio, l'ipopion in caso di infiammazione severa e la fibrina sono segni caratteristici di uveite non-granulomatosa. Di frequente questo tipo di uveite ha decorso acuto o subacuto e spesso è accompagnata da ipotensione intraoculare. Le principali entità non granulomatose sono l'uveite HLA-B27, l'uveite nella malattia di Behçet, l'uveite correlata all'artrite giovanile idiopatica.

In caso di uveite granulomatosa saranno presenti precipitati granulomatosi che hanno una diversa configurazione, fini e di forma stellata distribuiti al di sopra della linea mediana, come nell'uveite di Fuchs, più grandi e del tipo "a grasso di montone" e disposti in senso gravitazionale, come nella sarcoidosi, tubercolosi e sifilide; di piccole dimensioni, forma circolare e disposti in un unico settore, come nell'uveite erpetica. Gli altri segni distintivi dell'uveite granulomatosa sono i noduli sul bordo della pupilla (noduli di Koeppe) o nello stroma irideo (noduli di Busacca) e i cambiamenti di colore dell'iride.

• L'esame del vitreo e della parte anteriore del segmento posteriore

L'esame della periferia retinica e della pars plana può evidenziare la presenza di depositi infiammatori, disposti a banchisa ("snowbanks") e agglomerati infiammatori vitreali prossimi alla superficie retinica, definiti "snowballs". Questi segni, presenti in ambedue gli occhi, in caso di assenza di sinechie tra iride e cristallino ed in caso di negatività degli esami dei work-up delle uveiti permettono di porre diagnosi di uveite intermedia del tipo pars planite.

Le infiammazioni OCULARI

Una infiltrazione vitreale molto severa deve far sospettare una toxocariasi (unilaterale) o una candidosi.

• L'esame del segmento posteriore

Nella ricerca di focolai corioretinici e di vasculite che sono gli elementi diagnostici più importanti, la papillite e l'edema maculare sono spesso delle manifestazioni aspecifiche di scarso valore diagnostico specifico. Un unico focolaio unilaterale sulla superficie retinica con o senza cicatrice adiacente, in associazione ad infiammazione vitreale, evoca fortemente la diagnosi di toxoplasmosi. La presenza di focolai bilaterali a bordi sfumati con vasculite retinica bilaterale deve far pensare alla malattia di Behçet. Focolai corioideali più profondi evocano una retinocoroidite tipo birdshot o una malattia di Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). L'uveite posteriore correlata con la sarcoidosi e la tubercolosi presenta sovente una localizzazione infiammatoria sia retinica che corioideale. Un sollevamento sieroso retinico evoca una VKH (fig. 8) o una sclerite posteriore. In caso di uveite anteriore è imperativo escludere una panuveite, con l'esame del segmento posteriore.

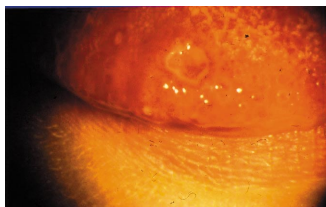
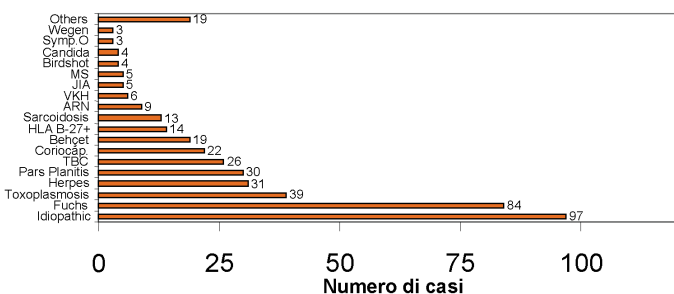


Fig. 8:
Malattia di Vogt-Koyanagi-Harada: papillite + sollevamento sieroso retinico bilaterale.

• Epidemiologia delle uveiti nell'area di Reggio Emilia

Da maggio 2002 a maggio 2004 presso l'am-

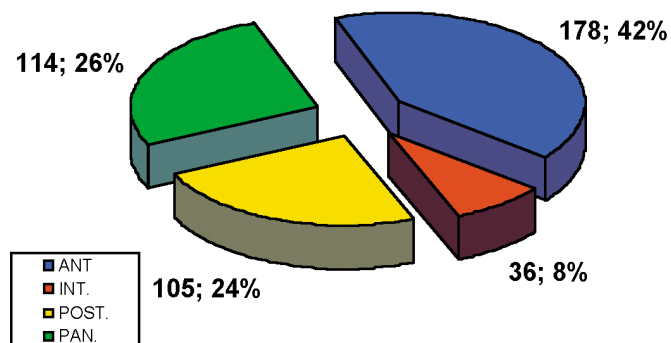
Fig. 10 Distribuzione dei 433 casi di uveite diagnosticati nell'area di Reggio Emilia dal 2002 al 2004.



bulatorio di Immunologia Oculare sono stati diagnosticati 433 casi di uveite (236 donne, 197 uomini). L'incidenza delle uveiti nell'area di Reggio Emilia è pari a 14,4/100.000 abitanti/anno. L'età media dei pazienti è 42 anni

(intervallo di età: 1-82 anni). La fascia di età più colpita è dai 30 ai 44 anni. Si è potuto fare una diagnosi specifica nel 77% dei casi. Come rappresentato graficamente in fig. 11 la diagnosi più frequente di uveite è quella anteriore (42%).

Classificazione anatomica delle uveiti nell'area di Reggio Emilia



La diagnosi specifica più frequente è l'uveite di Fuchs, seguita dalla toxoplasmosi, uveite erpetica, pars planite, presunta uveite tubercolare, corioidopatie infiammatorie primitive e uveite di Behçet.

Nelle infiammazioni oculari l'approccio multidisciplinare è fondamentale per il corretto inquadramento clinico dei pazienti: dedicare tempo ed energie a tale scopo assicura un appropriato follow-up, risparmiando al paziente esami superflui e terapie con effetti collaterali inutili.

Lettere consigliate:

- 1) Herbot CP, LeHoang P, Guex-Croiser Y. Schematic interpretation of indocyanine green angiography in posterior uveitis using a standard angiographic protocol. *Ophthalmology* 1998; 105: 432-40.
- 2) Cimino L, Auer C, Herbot CP. Sensitivity of indocyanine green angiography for the follow-up of active inflammatory choriocapillaropathies. *Ocular Immunol Inflammation* 2000; 8: 275-83.
- 3) Herbot CP, Bodaghi B, LeHoang P. Indocyanine green angiography in ocular inflammatory diseases: principles, schematic interpretation, semiology and clinical value. *J Fr Ophthalmol* 2001; 24: 423-47.
- 4) Bloch-Michel E, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. *Am J Ophthalmol.* 1987; 103: 234-235.

a cura di:

Dott. Cimino Luca¹, Dott. Cappuccini Luca², Dott. Avoni Luca², Dott. Sartori Antonio², Dott. Simoni Franco², Dott.ssa Del Bue Giulia²

1) Resp. Ambulatorio di Immunologia Oculare, U.O. di Oculistica

2) U.O di Oculistica