

## L'OCCHIO ROSSO

L'occhio è un organo estremamente delicato, molto vulnerabile. Tuttavia molti elementi anatomici sembrano proteggerlo: è infossato in una cavità ossea, l'orbita, al di sotto delle ossa frontali ed è dotato di una grande elasticità, importante per attenuare urti e traumi contusivi. Anche le palpebre costituiscono una barriera di difesa poiché proteggono la superficie esterna da corpi estranei e da tutte le sostanze irritanti presenti nell'ambiente. Inoltre il loro continuo battito distribuisce sulla cornea i liquidi prodotti dalle ghiandole lacrimali e congiuntivali con funzioni battericide, detergenti ed in grado di mantenere la trasparenza corneale. La congiuntiva è una membrana mucosa che ricopre la superficie posteriore delle palpebre e la porzione anteriore del bulbo oculare: per la sua componente linfatica viene considerata come un linfonodo rivestito da epitelio con ampia gamma di possibilità reattive a stimoli di natura diversa. L'arrossamento oculare può quindi essere definito, nella maggior parte dei casi, la manifestazione clinica di una reazione congiuntivale a vari stimoli infiammatori.

### *Principali cause di infiammazione congiuntivale ed oculare*

*batteriche*

*virali*

*micotiche*

*allergiche*

*tossiche*

*iposecrezione lacrimale (occhio secco)*

*traumatiche*

### **Congiuntivite**

È la forma più comune di infiammazione oculare, si può presentare a qualunque età ed i sintomi più frequenti sono, accanto all'arrossamento, lacrimazione intensa, secrezione mucosa o mucopurulenta, gonfiore palpebrale, fotosensibilità e sensazione di sabbia. Prima di intraprendere qualsiasi terapia oculare anche topica è indispensabile porre una diagnosi eziologica corretta: la congiuntivite è batterica, virale, allergica o tossica?

La congiuntivite causata da batteri o virus è quella chiamata infettiva, è per lo più bilaterale ed è considerata malattia molto contagiosa. La diffusione si può prevenire facendo attenzione all'igiene delle mani ed ai possibili mezzi di trasmissione quali asciugamani, fazzoletti, cuscini e colliri inquinati.

L'infezione **batterica** della congiuntiva si riconosce facilmente per l'abbondante presenza di secrezione mucosa o mucopurulenta, sia nel fornice che sul bordo palpebrale; è più evidente al risveglio tanto che spesso è difficile aprire gli occhi se non con abbondanti lavaggi e detersione delle palpebre. L'occhio è arrossato soprattutto nei settori inferiori, sintomo questo facilmente dimostrabile abbassando ed allontanando la palpebra inferiore dal bulbo oculare. Un esame specialistico al biomicroscopio si rende indispensabile per valutare eventuale cointeressamento della cornea (= cheratite o cheratocongiuntivite).

La *terapia di elezione* è quella con antibiotici per uso topico (= colliri e pomate): sono da preferirsi i colliri durante il giorno ed eventualmente la pomata alla sera per mantenere l'effetto terapeutico durante il sonno. Le

instillazioni sono da effettuarsi ripetutamente (ogni 3-4 ore) per ciascuna settimana e comunque non vanno sospese prima della completa risoluzione dell'infezione. In casi particolari è necessario eseguire un tampone congiuntivale con antibiogramma per studiare eventuali resistenze all'antibiotico e in taluni casi il trattamento va effettuato anche per via sistemica soprattutto quando c'è il rischio di cellulite orbitaria o diffusione perioculare della infezione. La congiuntivite **virale** si manifesta con sintomi meno appariscenti: la secrezione congiuntivale è scarsa, mentre prevalgono lacrimazione e fotofobia; l'andamento è più subdolo ed il paziente si preoccupa solo per la comparsa di annebbiamento visivo che è un segno tipico di un coinvolgimento della cornea (cheratite). Negli stadi precoci l'infezione viene scambiata per semplice arrossamento oculare: sono questi i casi più a rischio perché sottovalutati ed erroneamente trattati con colliri vasocostrittori o, peggio ancora, a base di cortisone!

Il trattamento cortisonico infatti può aggravare e prolungare il decorso della congiuntivite virale, con postumi anche invalidanti (leucoma o cicatrice corneale).

La *terapia* di questo tipo di congiuntivite è difficile e va differenziata a seconda del tipo di virus e soprattutto a seconda dello stadio (fase di replicazione virale o fase di reazione immunologica intracorneale). Nelle forme lievi è utile fare un lavaggio con soluzione fisiologica.

Un secondo tipo di congiuntivite è quello causato da **allergia** a sostanze come pollini, polveri, cosmetici, alimenti, animali domestici come il gatto etc. Accanto ai sintomi comuni, la congiuntivite allergica si riconosce per il forte prurito ed il gonfiore della congiuntiva (= chemosi) che talora è così evidente ed intenso da spaventare il paziente o i familiari soprattutto per la sua improvvisa insorgenza. La diagnosi di congiuntivite allergica è più facile, in special modo se è presente una familiarità o un quadro di allergia sistemica già accertata dal dermatologo e dall'allergologo. L'arrossamento oculare è quasi sempre bilaterale, spesso stagionale e accompagnato da bruciore, lacrimazione, senso di sabbia e facile irritabilità. La congiuntiva presenta ipertrofia delle papille, è spesso edematosa, talora di colorito lattescente e con zone di chemosi.

La *terapia* è solitamente legata alla corretta identificazione dell'allergene mentre la terapia sintomatica si avvale di antiallergici, antistaminici come il DSCG e, nelle forme più gravi, di cortisonici sotto stretto controllo specialistico.

Altre forme di congiuntiviti frequentemente osservate sono quelle da **alterata secrezione lacrimale**: peculiarità cliniche sono, oltre all'arrossamento tipicamente laterale e cronico, la presenza di secrezione schiumosa agli angoli palpebrali, secchezza della congiuntiva accompagnata da senso di corpo estraneo e di sabbia e bruciore soprattutto in ambienti secchi o molto ventilati. Tale sintomatologia si accentua in chi è sottoposto ad intenso stress visivo come esposizione al videoterminale o in soggetti con alti impegni visivi, portatori di difetti di refrazione non corretti o corretti inadeguatamente (l'aumentato ammiccamento influenza la disponibilità precorneale del film lacrimale).

La *terapia* è sostitutiva del film lacrimale mentre sono controindicati i colliri vasocostrittori, antibiotici e cortisonici.

La congiuntivite **chimica** o **tossica** è il terzo tipo di congiuntivite più comunemente osservata ed è dovuta all'inquinamento ambientale e all'esposizione a sostanze irritanti quali fumo e polveri. In questi casi è indispensabile rivolgere il paziente al Pronto Soccorso ospedaliero.

E' molto importante diagnosticare esattamente l'eziologia delle varie congiuntiviti al fine di poter instaurare sin dall'inizio una corretta terapia (antibiotica, antivirale, antiallergica o preventiva).

### **Occhio secco**

Le lacrime sono un liquido costituito per il 98% di acqua e per il resto di un cocktail di fosforo, cloro, acido citrico, ascorbico, lisozima, ecc. Accanto all'effetto battericida il liquido lacrimale ha un importantissimo ruolo cioè quello di lubrificare la superficie oculare. In presenza di scarsa od alterata secrezione lacrimale l'occhio diviene rosso con secchezza della congiuntiva, bruciore, senso di corpo estraneo e secrezione schiumosa agli angoli palpebrali. In questi ultimi anni si assiste ad un notevole aumento di pazienti che presentano iposecrezione lacrimale legata a fattori ambientali, professionali e iatrogeni.

La *terapia* con colliri a base di lacrime artificiali va effettuata per lunghi periodi ed in modo continuativo. In casi particolarmente gravi o in presenza di sintomatologia resistente alla terapia si utilizzano i gel (da preferirsi

alla sera prima del sonno). E' importante che il soggetto affetto da congiuntivite "secca" controlli il microclima e soprattutto il grado di umidità ambientale.

### ***Corpo estraneo nell'occhio***

Quando un corpo estraneo (come polvere, schegge, cenere o sabbia) viene a contatto con la superficie oculare, accanto all'arrossamento quasi immediato, sintomi prevalenti sono dolore, contrazione delle palpebre ed intensa fotofobia. Assai di frequente il pulviscolo si insinua sotto la palpebra creando abrasioni dolorose sulla cornea per lo sfregamento ed il continuo ammiccamento reattivo: bruciore e prurito aumentano chiudendo le palpebre mentre la visione può divenire offuscata.

Per la *terapia*, rivolgersi al medico.

### ***Emorragia sottocongiuntivale***

Quando si rompe un capillare sanguigno della congiuntiva la sclera bianca assume un colore rosso intenso così evidente da spaventare il paziente. In età pediatrica le cause più comuni sono: colpi di tosse o lievi traumi mentre nell'adulto-anziano malattie responsabili sono il diabete, l'ipertensione arteriosa e l'arteriosclerosi.

Per la *terapia*, rivolgersi al medico.

### ***Episclerite***

Cause meno frequenti di arrossamento oculare sono le infiammazioni dei vasi sanguigni che decorrono in profondità sotto la congiuntiva (membrana sclerale). Spesso si associano a malattie di tipo reumatico ed articolari. Sintomo prevalente è il dolore intenso, localizzato e che regredisce solamente con farmaci antiinfiammatori. Facilmente vanno incontro a recidive.

Per la *terapia*, rivolgersi al medico.

### ***Glaucoma***

Una causa importante e pericolosa di arrossamento oculare è l'improvviso aumento della pressione oculare (= glaucoma acuto). In questo caso la sintomatologia insorge acutamente con dolore molto intenso, perdita della visione e cefalea frontale.

E' considerata una vera e propria emergenza oculistica poiché se la terapia non è immediata si corre il rischio di perdere quasi completamente la funzionalità dell'occhio.

Per la *terapia*, rivolgersi al medico o al Pronto Soccorso ospedaliero.

### ***Occhio rosso ed astenopia***

L'affaticamento visivo cioè lo sforzo visivo, soprattutto in soggetti con difetti di refrazione (= "difetti di vista" come ipermetropia, astigmatismo e miopia) non corretti adeguatamente, è una delle cause di iperemia congiuntivale (arrossamento oculare). TV, computer e giochi elettronici non emettono radiazioni dimostrabili a livello dell'occhio poiché esistono solamente dei campi elettromagnetici molto vicini all'apparecchio e quindi non è corretto parlare di esposizione a radiazioni. La sintomatologia oculare, se presente, è totalmente dovuta all'affaticamento visivo che l'esposizione prolungata può comportare.

La *terapia* è sostitutiva del film lacrimale.

## **RACCOMANDAZIONI AL PAZIENTE**

Non utilizzare colliri antibiotici o con cortisone se non prescritti dall'oculista e sotto stretto controllo specialistico.

### ***Sterilità dei colliri***

Una volta aperta la confezione del collirio si sconsiglia il suo utilizzo dopo 15 (ed in certi casi dopo 30) giorni.

Soprattutto in caso di congiuntivite si consiglia di:

- evitare il contatto del contagocce con le ciglia;
- lavarsi le mani prima e dopo il suo utilizzo;
- non utilizzarlo a scopo preventivo per l'occhio controlaterale;
- non utilizzarlo per più persone.

### **Conservazione dei colliri**

La conservazione del collirio è solitamente consigliata in ambiente fresco (evitare il caldo e le sorgenti di luce intensa).

### **Scelta fra colliri e pomate**

Il collirio è da preferirsi perché più maneggevole e facile da utilizzare.

Le pomate sono necessarie:

- in presenza di patologie corneali o quando è indicato il bendaggio oculare;
- per prolungare l'effetto farmacologico del presidio (soprattutto durante la notte per non dover continuamente instillare le gocce);
- in certe patologie (allergiche e non) palpebrali o della cute perioculare.

### **Utilità dei bagni oculari**

Una corretta ed accurata detersione degli annessi oculari è necessaria prima della medicazione con colliri o pomate (= allontanamento delle secrezioni, di sostanze estranee, prodotti utilizzati per il trucco etc.): ciò permette un maggior assorbimento del farmaco e quindi una maggior efficacia terapeutica.

L'acqua borica può essere utilizzata per lavaggi oculari, mentre è controindicata in presenza di eczema della cute palpebrale.

Gli impacchi caldo umidi sono molto utili in presenza di flogosi soprattutto palpebrali (orzaioli, calazi, piccoli ascessi etc.) ed in questi casi vengono usati con successo impacchi con acqua di camomilla, malva, eufrasia etc.

### **Lenti a contatto**

Con l'uso delle lenti a contatto viene sconsigliato qualsiasi farmaco per uso topico.

L'arrossamento oculare è un sintomo molto importante e segnala spesso un danno o una patologia da non sottovalutare. Preoccuparsi della salute degli occhi è saperli difendere adottando sistemi protettivi in situazioni pericolose ma anche rivolgersi tempestivamente allo specialista in presenza di disturbi che, apparentemente lievi, possono talora mascherare gravi ed irreversibili patologie.

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari,  
Ospedale di Trento, U.O. Oculistica  
Primario: dr. Mauro de Concini

### **Bibliografia:**

**Bijsterveld van O.P.** Diagnostic tests in the sicca syndrome. Arch. Ophthalmol., 82,10,1969; **Bisantis C.** Emploi d'un collyre fait d'auto-serum dans les affections congionctivales liées à una sécrétion lacrimale alteré. Ann. d'Oculistique, 109, 759,1976. **Bisantis C.** Diagnostica delle malattie oculari da alterata secrezione lacrimale. Presentazione di una scheda clinica. Note di terapia: Boll. d'Ocul., 57, 23, 1978. **Bisantis C., Squeri C.A.** Le congiuntiviti da alterata secrezione lacrimale. Atti VIII Convv. SOM. Catanzaro, giugno 1975. **Bisantis C, Romeo G.** Considerazioni sulla terapia della congiuntivite primaverile. Boll. d'Ocul., 53, 53, 1974. **Bisantis C., Squeri C.A.** L'acetilcisteina nella terapia corneo-congiuntivale, Atti S.O. Si. - Riunione estiva - Marina di noto 16/17 giugno 1979. **Bonavida B, Sapse A.T.** Human tesr Lysozime: II quantitative determination with standard Schirmer Strips. Amer. J. Ophralmol., 66, 70, 1968. **Dohlman C.H.** (Citato da Holly-Lemp). Duke-Elder S. System of Ophthalmology, vol II, Part I, H. Kimpton Ed. 1965. **Ferreri G., Bisantis C.** Modificazioni della secrezione lacrimale nei pazienti con artrite reumatoide: Atti Ia giornata "Recenti progressi in reumatologia". Messina, 20 giugno 1977. **Holly F., Lemp M.** The precocular tear film and dry eye syndromes IOC. Boston 1973. **Horn N.S.** Mucous flow in the conjunctiva. Acta Ophthalmol, 47,129,1969. **Scullica L.** Semeiologia della secrezione lacrimale. IX Incontro Oftalmologico Siciliano. Catania, 30 sett./1 ott. 1976. **Scullica L., Bisantis C.** Cheratiti e congiuntiviti nella diagnostica e nella terapia. Simposi ISF - Temi di Oftalmologia, Messina, 19 febbraio 1976.