

## I disturbi oculari più frequenti

“Occhio rosso” è il termine che viene comunemente utilizzato per descrivere l’infiammazione visibile nella “parte bianca” dell’occhio (sclera), dovuta alla dilatazione dei capillari sottocongiuntivali. Le cause possono essere diverse: affaticamento, uso prolungato di lenti a contatto, infezioni, allergie, piccoli traumi. A volte l’arrossamento può essere il campanello d’allarme di un problema serio, pertanto quando persiste nonostante il trattamento, si associa a dolore intenso, profondo, continuo o alla comparsa di vescicole nell’area palpebrale, è necessaria una visita oculistica. Visita richiesta anche quando insorgono difficoltà nella messa a fuoco, visione offuscata, comparsa di aloni intorno a fonti luminose. Arrossamento e bruciore conseguenti all’esposizione a stimoli irritativi ambientali (es. polvere, inquinamento, luce, vento, cloro delle piscine) tendono a risolversi da soli. L’applicazione di un collirio contenente un’amina simpaticomimetica [nafazolina (es. *Collirio Alfa*, *Imidazyf*), tetrazolina (es. *Octilia*, *Stilla*), oximetazolina (*Oxilin*)] decongestiona rapidamente la superficie arrossata dell’occhio e attenua il fastidio correlato. La sicurezza d’impiego è legata a due condizioni: l’assenza di glaucoma (che va verificata) e la durata massima di 4 giorni. La dilatazione della pupilla (midriasi) indotta da questi farmaci vasocostrittori può infatti scatenare un attacco acuto della malattia, caratterizzata da aumento della pressione intraoculare. L’uso prolungato, a sua volta, favorito dalla permanenza dello stimolo irritativo, può avere un effetto controproducente e causare una iperemia da rimbalzo. I colliri a base di estratti vegetali (es. camomilla) non hanno proprietà terapeutiche documentate, ma possono produrre un sollievo momentaneo per l’azione idratante e detergente. Per tutti i colliri vale la regola di instillare una sola goccia nel sacco congiuntivale mantenendo abbassata la palpebra inferiore, tenere chiuse le palpebre per qualche secondo ed esercitare una leggera pressione digitale sull’angolo interno dell’occhio per rallentare l’eliminazione del farmaco attraverso il canale lacrimale. Dopo 28 giorni dalla prima apertura, il collirio va eliminato.

**Congiuntivite.** È il disturbo più frequente; nella maggior parte dei casi coinvolge entrambi gli occhi e può avere una origine batterica, virale o allergica. Nella congiuntivite, l’arrossamento si accompagna a lacrimazione o secrezione, senso di corpo estraneo (sabbia) nell’occhio, intolleranza alla luce (fotofobia) e gonfiore delle palpebre. Questi sintomi sono comuni a tutti i tipi di congiuntivite, ma alcune loro variazioni o altri sintomi/segni concomitanti aiutano a distinguere una forma dall’altra:

Causa	Secrezione	Edema palpebrale	Prurito	Interessamento linfonodi
Batterica	Purulenta	Modesto	Assente	No
Virale	Chiara	Minimo	Assente	Si
Allergica	Chiara, viscosa	Accentuato	Intenso	No

**Congiuntivite batterica.** Sostenuta da stafilococchi (nell’adulto) e da streptococchi ed *Haemophilus influenzae* (nel bambino), è caratterizzata da una secrezione densa e purulenta, di colore giallastro, che incolla le ciglia rendendo difficoltosa l’apertura degli occhi al risveglio. Lacrimazione e prurito sono assenti. L’infezione è contagiosa e si trasmette per contatto mano-occhio o per condivisione di accessori di uso comune: chi ne è affetto deve evitare di strofinarsi gli occhi, lavarsi spesso le mani e usare asciugamani separati dal resto della famiglia. La congiuntivite batterica si risolve spontaneamente senza complicanze entro un paio di settimane; un antibiotico a largo spettro come un chinolonico (es. ofloxacina) o un aminoglicoside (es. tobramicina) in collirio, applicato ogni 2 ore, guarisce l’infezione in pochi giorni e consente di abbreviare la durata delle misure di “isolamento”.

**Congiuntivite virale.** Di solito causata da adenovirus, è strettamente associata a sintomi influenzali o da raffreddamento come mal di gola, febbre, malessere generale. Le secrezioni sono chiare, acquose, mentre i linfonodi periauricolari risultano spesso ingrossati e dolenti. Come la forma batterica è molto contagiosa e richiede il rispetto di rigorose norme igieniche (lavaggio delle mani) e l’uso individuale dei possibili veicoli di trasmissione (es. asciugamani). Il quadro clinico si normalizza in 1-2 settimane. Non esistono farmaci attivi nei confronti dei virus responsabili dell’infezione; per migliorare i sintomi si possono applicare sull’occhio compresse fredde e decongestionanti topici.

**Congiuntivite allergica.** In questo caso, alla base dei sintomi vi è una reazione di ipersensibilità (mediata dalle IgE) innescata dall'esposizione a sostanze irritanti (allergeni): polline, polveri, cosmetici, peli di animali. La congiuntivite allergica si riconosce per l'intenso prurito e l'edema palpebrale. La forma stagionale compare in primavera e si manifesta soprattutto nei giovani con predisposizione familiare o con un quadro di allergia generale già in atto. La terapia si basa sull'impiego di colliri antiallergici che hanno un diverso meccanismo d'azione, ma analogo profilo di efficacia e tollerabilità. Il cromoglicato (es. *Lomudal*) e il nedocromile (es. *Kovilen*) stabilizzano i mastociti congiuntivali sensibilizzati dal contatto con gli allergeni e bloccano il rilascio di istamina. Devono essere usati 2 volte al giorno (nedocromile) o 4 volte (cromoglicato) e proseguiti per qualche tempo anche dopo la scomparsa dei sintomi. La levocabastina (es. *Levoreact Ofta*, *Levostab*) e gli altri composti analoghi come azelastina (es. *Allergodil*, *Lasticom*), epinastina (*Relestat*), olapatadina (*Opatanol*), si legano ai recettori H<sub>1</sub> ed evitano che l'istamina liberata dai mastociti avvii la reazione infiammatoria. Hanno una lunga durata d'azione e richiedono 2 instillazioni giornaliere, da protrarre sino alla scomparsa dei sintomi o per un massimo di 6-8 settimane. Le vecchie associazioni di antistaminici e vasocostrittori (es. *Imidazyl A*, *Tetramil*) non sono indicate per l'assenza di dati sulla loro efficacia comparativa e per i limiti d'impiego imposti dalla presenza del vasocostrittore. Nelle forme più gravi e quando i sintomi oculari sono accompagnati da rinite, può essere utile l'aggiunta di un antistaminico orale come la cetirizina (*Zirtec*), 10mg al giorno in un'unica somministrazione.

**Secchezza oculare.** Il liquido lacrimale, costituito per il 98% da acqua e in piccola parte da elettroliti, lipidi e proteine (principalmente lisozima), svolge la funzione di lubrificare e detergere l'occhio. Se la secrezione lacrimale è scarsa, la congiuntiva si secca e l'occhio si arrossa e brucia; se prolungata e grave l'iposecrezione può portare a danni alla superficie oculare con alterazioni visive. Il disturbo interessa soprattutto le donne in menopausa (per carenza di estrogeni) e gli anziani, ma fattori ambientali, professionali e iatrogeni (es. anticolinergici) ne hanno fortemente aumentato l'incidenza. La secchezza oculare può essere anche il sintomo di una malattia autoimmune (sindrome di Sjögren, artrite reumatoide) che andrà ricercata sulla base di altri segni/sintomi concomitanti sospetti. Indipendentemente dalle cause, la terapia si basa sull'utilizzo di sostituti lacrimali, colliri o gel a viscosità variabile che formano una pellicola protettiva sull'occhio. Contengono acido ialuronico (es. *Dropstar*, *Hyalistil*), metilcellulosa (*Lacrimart*), idrossipropilmetilcellulosa (es. *Lacrisifi*, *Lacrisol*), alcol polivinilico (*Hypotears*) o polivinilpirrolidone (*Clarovert*). Nelle forme lievi di secchezza oculare sono sufficienti 3-4 applicazioni al giorno, ma quelle più gravi richiedono applicazioni più ravvicinate (anche ogni mezz'ora). Le preparazioni a base di poliacrilati (es. *Dropgel*, *Lacrinorm*, *Lipovisc*) rimangono in sede più a lungo e riducono la frequenza delle somministrazioni. La validità temporale di alcune di queste preparazioni va verificata perché supera i "canonici" 28 giorni. Le lacrime artificiali possono essere applicate 15-30 minuti prima di mettere le lenti a contatto. Chi porta le lenti morbide deve preferire le formulazioni monodose prive di conservanti (es. *Celluvisc*, *Dacriogel*, *Hy-Drop*): il benzalconio può irritare l'occhio dopo lento rilascio dalle lenti morbide da cui viene assorbito.

**Emorragia.** La rottura di un capillare sanguigno della congiuntiva comporta la fuoriuscita di sangue che appare come una macchia rossa sulla sclera bianca. L'emorragia si può verificare in seguito a piccoli traumi, sforzi, starnuti o colpi di tosse e non provoca fastidi. Si tratta di un evento allarmante, ma del tutto benigno: lo stravasamento di sangue viene riassorbito nel giro di una decina di giorni. Richiede un approfondimento solo se ripetuto in un paziente in trattamento con anticoagulanti orali.

**Corpi estranei.** Granelli di terra, sabbia, frammenti di legno o di paglia, piccoli insetti, possono venire a contatto con la superficie dell'occhio e depositarsi sotto le palpebre causando intensa lacrimazione, fotofobia, bruciore. Per evitare che lo sfregamento del corpo estraneo derivante dal continuo ammiccamento possa causare infiammazioni/infezioni o abrasioni corneali, è indispensabile rimuoverlo tenendo l'occhio ben aperto (tirando in alto e in basso i margini palpebrali superiore e inferiore) sotto un getto di acqua corrente. Se l'occhio viene colpito violentemente da schegge di legno o di metallo è necessario recarsi al Pronto Soccorso. In caso di contatto con gli occhi di detergenti liquidi per usi domestici (es. sturalavandini, acidi, ammoniaca), prima di recarsi al Pronto Soccorso, è importante rimuovere l'agente chimico con abbondanti irrigazioni di acqua.

## A cura del dott. Mauro Miselli

### Bibliografia

1. Cronau H et al. Diagnosis and management of red eye in primary care. *Am Fam Physician* 2010; 81:137-44.
2. Azari A et al. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA* 2013; 310:1721-9.