

Servizio di **Serafino Longo**
in collaborazione con



Dott.ssa **Maria Letizia Boccia**
Responsabile Aimò Calabria
Oculista Ambulatoriale
Praia a Mare (Cs)

Se ad infiammarsi è l'uvea

*Quando lo strato
intermedio
compreso
fra sclera
e retina
si ammala
c'è l'uveite,
i cui sintomi
più frequenti sono
l'ipersensibilità
alla luce,
la visione
offuscata
e il rossore
oculare
accompagnato
da dolore*



L'occhio (o bulbo oculare) è l'organo di senso principale dell'apparato visivo. Può essere considerato come un'appendice dell'encefalo data la modalità con cui si sviluppa la sua tonaca principale che è quella nervosa (o retina); all'encefalo stesso è permanentemente connesso e gli involucri fibrovascolari che circondano la retina sono da considerare omologhi delle meningi.

Quando il tratto dell'uveale - tessuto compreso tra la sclera (la parte bianca dell'occhio) e la retina (la membrana più interna formata dai fotorecettori, cellule sensibili alla luce) - si infiamma può sovrappiungere l'uveite. L'uvea è un tessuto ricco di vasi sanguigni, suddiviso in tre parti, iride, corioide e corpo ciliare, la cui funzione principale è quella di irrorare il bulbo oculare. Ben più seria della congiuntivite, l'uveite, se trascurata o mal curata può portare ad una riduzione o perdita completa della vista. Si parla di questa patologia anche in caso di infiammazioni di altre parti dell'occhio come la cornea o la retina. Quando colpisce entrambi gli occhi l'uveite si chiama bilaterale.

«La classificazione anatomica delle uveiti - dice la **dottorssa Maria Letizia Boccia responsabile Aimo Calabria e oculista ambulatoriale** - le suddivide in anteriore, intermedia (pars planite), posteriore e panuveite. Può dipendere da una infezione batterica oppure virale, o da alterazione delle difese immunitarie, patologie sistemiche, traumi locali».

Qual è la più frequente?

«L'uveite anteriore acuta è la patologia che maggiormente si riscontra, circa il 50% dei pazienti è positivo all'allele HLA B27, uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di questa malattia, contro l'8% della popolazione sana. Le associazioni sistemiche più frequenti dell'uveite anteriore sono la spondilite anchilosante, la sarcoidosi e la sindrome di "Reiter".

Esistono molte altre possibili associazioni, per fortuna rare, per cui è meglio, quando non ci sono segni o sintomi sistemici, attenersi agli esami ematici di routine, alla VES, ad una radiografia del torace e delle articolazioni sacroiliache e alla ricerca degli anticorpi per la sifilide».

Parliamo dell'uveite intermedia.

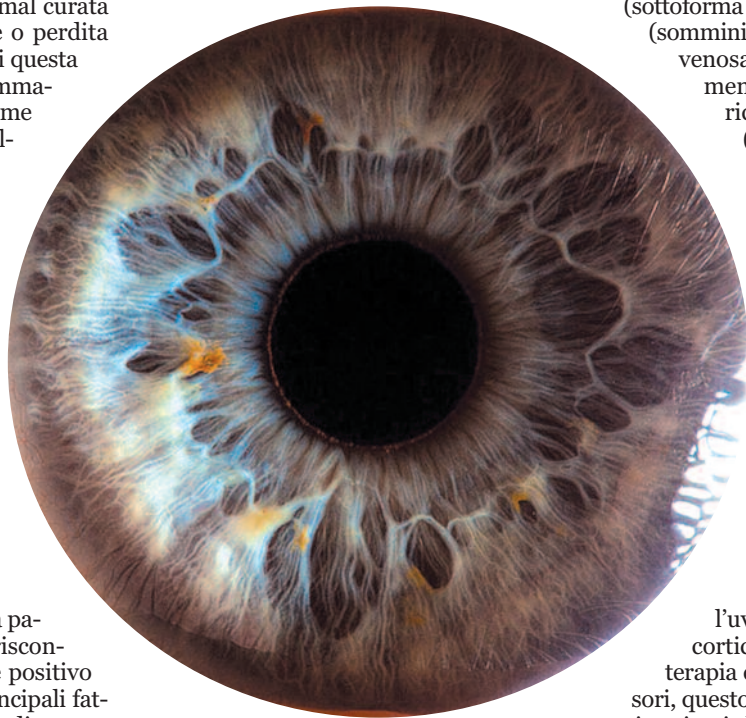
«Questa forma non ha caratteristiche cliniche ben definite ma quadri clinici simili possono essere raramente osservati in caso di sarcoidosi, morbo di "Whipple" e sclerosi a placche. In genere la prognosi vi-

siva è buona e la malattia tende ad autolimitarsi in alcuni anni. Quando si verifica una riduzione visiva la causa più frequente è l'edema maculare, raramente è dovuta ad emorragia vitreale o distacco retinico secondario, oppure a distacco posteriore di vitreo».

Dottorssa Boccia, perché è importante riconoscere il gruppo di uveiti posteriore?

«Perché si manifestano di meno rispetto a quelli di uveite anteriore, ma hanno una prognosi visiva più grave.

Molto utile ai fini della terapia un'interazione tra medici di più discipline dato che anche questo tipo di uveite può essere associato ad altre patologie».



E la panuveite?

«Per panuveite si intende una flogosi che interessa simultaneamente l'uvea anteriore e posteriore. Le forme acute sono rappresentate dalle endoftalmiti, secondarie a diffusione metastatica di infezioni batteriche, micotiche e virali. Si possono osservare anche delle endoftalmiti acute sterili, espressione di reazioni di ipersensibilità a materiale endogeno o esogeno».

Quali sono i sintomi?

«I disturbi lamentati dai pazienti in genere sono: il dolore localizzato, lacrimazione, occhio arrossato, appannamento della vista e fotofobia (ipersensibilità alla

luce), offuscamento e diminuzione della vista, la presenza di mosche volanti, macchie scure che "galleggiano" nel campo visivo, o uno scotoma, la formazione di una macchia scura che impedisce una visione corretta».

È vero che in caso di uveite è importante una diagnosi precoce? E qual è la terapia?

«Sì. È importante non aspettare e farsi visitare per evitare soprattutto aderenze sul cristallino, la lente naturale dell'occhio, situato all'interno del bulbo oculare, che insieme alla cornea consente di mettere a fuoco i raggi luminosi sulla retina.

Circa le cure, normalmente non è necessario il ricovero, il trattamento dell'uveite si focalizza sia sulla riduzione dell'infiammazione che dei sintomi. Per ridurre l'infiammazione, i farmaci più utilizzati sono i corticosteroidi, da assumere topicamente (sottoforma di colliri) e/o per via sistemica (somministrazione per via orale o endovenosa); alcune forme particolarmente aggressive di uveite richiedono l'iniezione topica (nell'occhio) di farmaci steroidei.

Oltre ai corticosteroidi, in terapia per l'uveite di lieve-media entità sono utilizzati i farmaci miotropici e cicloplegici. Quando la patologia è causata da infezioni batteriche, gli antibiotici e gli antimalarici costituiscono la terapia d'elezione, anche in assenza di corticosteroidi. Analogo discorso per le infezioni virali che possono essere curate con medicinali antivirali.

In caso di severità, quando l'uveite non risponde alla cura corticosteroidica, è pensabile una terapia con farmaci immunosoppressori, questo metodo è in genere riservato ai pazienti che manifestano un elevato rischio di cecità. Nei casi in cui l'occhio è compromesso pesantemente, la chirurgia costituisce l'ultima "spiaggia" possibile per salvare la vista: la vitrectomia rimuove il materiale gelatinoso accumulatosi nell'occhio (vitreo). Mediante una terapia adeguata, nei casi meno gravi, in genere i disturbi si risolvono nel giro di qualche settimana. La malattia purtroppo è difficile da sradicare e tende spesso a ripresentarsi».

Un'ultima domanda: come si può prevenire?

«Non esiste una prevenzione particolare per fuggire all'uveite, se non quella da proteggersi dalle malattie sessualmente trasmesse come Hiv e sifilide, che potrebbero predisporre il paziente a questa malattia».