**CURS 3 – AFECŢIUNI INFLAMATORII ALE POLULUI**

**ANTERIOR AL OCHIULUI**

 (Prezentare sintetică)

Bibliografie : Carmen Mocanu – Diagnostic pozitiv şi diferenţial în oftalmologie – curs pentru

 studenţi, Ed Sitech, Craiova, 2020

 Paul Cernea – Tratat de oftalmologie, Ed Medicală, Bucureşti, 2006

3.1. Afecţiuni inflamatorii ale conjunctivei

3.2. Afecţiuni inflamatorii ale corneei

3.3. Afecţiuni inflamatorii ale irisului şi corpului ciliar

**3.1. AFECŢIUNI INFLAMATORII ALE CONJUNCTIVEI**

Afecţiunile inflamatorii ale conjunctivei se numesc conjunctivite. Indiferent de tipul conjunctivitei, acestea se caracterizează printr-o simptomatologie subiectivă şi obiectivă comună.

###### Din punct de vedere subiectiv pacientul acuză:

###### senzaţie de corp străin,

###### înţepături, arsuri la nivelul pleoapelor, jenă oculară,

###### fotofobie.

###### Din punct de vedere obiectiv, în conjunctivită se constată:

* congestia conjunctivală mai importantă la nivelul fundurilor de sac şi tarsului;
* secreţie conjunctivală
* sau prezenţa de membrane sau pseudomembrane, foliculi, hipertrofie papilară;

acuitate vizuală normală.

Clasificarea conjunctivitelor

Din punct de vedere anatomopatologic, conjunctivitele se împart în :

* catarale;
* purulente;
* pseudomembranoase;
* nodulare.

Cu excepţia conjunctivitelor nodulare, toate celelalte forme de conjunctivită prezintă contagiozitate mare, fiind necesară o foarte corectă igienă, pentru ca membrii familiei să nu fie afectaţi (prosop personal, spălarea frecventă a mâinilor). In unele situaţii se ajunge la endemii de conjunctivită, în special în colectivităţi. Diagnosticul etiologic se face prin examenul bacteriologic al secreţiei conjunctivale, cu antibiogramă.

**Conjunctivita gonococică a nou-născutului** Este o inflamaţie acută purulentă a conjunctivei determinată de gonococul Neisser.

**Conjunctivita pseudomembranoasă difterică -** Este o inflamaţie severă produsă de bacilul Löffler; după introducerea vaccinării antidifterice (Di-Te-Per) această formă de conjunctivită este mult mai rară. Contagiunea se face prin intermediul obiectelor murdare şi prin picături Flügge.

**Conjunctivita foliculară cronică (Trahomul) -** Trahomul este o conjunctivită specifică cronică, cu evoluţie foarte gravă, produsă de Chlamydia trachomatis. Este considerată o boală a mizeriei şi promiscuităţii, fiind una dintre cele mai importante cauze de orbire în ţările sărace. Infecţia se face de pe mâinile murdare, de unde chlamidia ajunge la nivelul conjunctivei;

**Conjunctivita primăvăratică.** Este o conjunctivită cu evoluţie cronică, cu recrudescenţe sezoniere, în general primăvara şi toamna. Este mai frecventă la sexul masculin, la tineri cu vârste între 6 şi 18 ani. Se observă în multe dintre cazuri o ameliorare evidentă până la vindecarea spontană a bolii după vârsta pubertară, de aceea se ia în discuţie şi ipoteza unor modificări hormonale care influenţează reactivitatea organosmului.

**3.2. AFECTIUNI INFLAMATORII ALE CORNEEI**

**CHERATITE**

Inflamaţiile corneei se numesc cheratite, având ca principal semn obiectiv pierderea transparenţei corneene într-o zonă, datorită infiltraţiei de leucocite din vasele conjunctivale şi cheratoblaşti proveniţi din înmulţirea celulelor corneene. Din punct de vedere subiectiv datorită infiltraţiei corneene se produce scăderea acuităţii vizuale, la care se asociază durere oculară şi congestie oculară; pacientul prezintă de asemenea fotofobie şi lăcrimare.

**Ulcerul cu hipopion (ulcerul serpiginos).** Din punct de vedere etiologic, cheratitele bacteriene superficiale pot fi produse prin inocularea directă a germenului patogen direct în cornee, datorită unei soluţii de continuitate, care poate fi o simplă leziune epitelială, sau pot fi datorate propagării procesului inflamator de la o infecţie de vecinătate, cel mai frecvent de la o conjunctivită bacteriană purulentă.

**Cheratita herpetică.** Cheratita herpetică este produsă prin infectarea epiteliului corneean cu virusul herpetic de tip I, mult mai rar cu virusul herpetic tip II care are tropism genital. Din punct de vedere subiectiv se caracterizează prin scăderea acuităţii vizuale, durere oculară şi fenomene congestive oculare; se poate asocia fotofobie, usturimi şi lăcrimare.

**Cheratita zosteriană.** Cheratita din zona oftalmică este foarte asemănătoare cu cea herpetică, leziunile fiind în general cu aspect dendritic. Este determinată de infecţia cu virusul varicella-zoster, care determină varicela la copii şi zona-zoster la vârstnici.

**Cheratoconjunctivita flictenulară.** Este considerată ca primoinfecţie TBC, ce apare la copilul mic. Boala este considerată ca o manifestare de alergie bacilară sau faţă de toxinele bacilului Koch, premergătoare apariţiei complexului primar tuberculos.

**Cheratita lagoftalmică.** Apare la persoanele cu paralizie periferică de facial, afecţiune în care ocluzia fantei palpebrale este incompletă, astfel încât o porţiune din jumătatea inferioară a corneei rămâne permanent descoperită; poate să apare de asemenea la pacienţii cu ectropion cicatricial, precum şi la pacienţii cu exoftalmie malignă sau cu tumori retrobulbare, când datorită protuziei oculare, fanta palpebrală nu se închide complet în cursul ocluziei palpebrale.

**Cheratita din sindromul Sicca.** Afecţiunea se asociază frecvent cu bolile de colagen şi debutează cu inflamaţia cronică a galndelor lacrimale şi salivare. Apare la adulţi, după vârsta de 50-60 de ani, cu predominanţă netă la sexul feminin în 90% din cazuri.

* 1. **AFECTIUNILE INFLAMATORII ALE IRISULUI**

 **ŞI CORPULUI CILIAR**

Afecţiunea inflamatorie a irisului poartă denumirea de *irită*, iar inflamaţia corpului ciliar poartă numele de *ciclită*. De obicei cele două afecţiuni evoluează împreună, denumirea afecţiunii fiind în această situaţie de *iridociclită*.

Etiologia iridociclitelor este dificil de determinat. Pot fi:

* + microbiene (streptococ, stafilococ, bacil Koch),
	+ virotice (herpes, zona zoster),
	+ produse de rickettsii,
	+ parazitare (toxoplasmoză, oncocercoză),
	+ micotice (candida albicans) etc.

Forme clinice de uveite anterioare

* + - 1. Din punct de vedere anatomopatologic uveitele anterioare se clasifică în forme granulomatoase şi forme negranulomatoase, acute şi cronice.
			2. **Forma negranulomatoasă**. Este forma cea mai frecventă şi se caracterizează din punct de vedere histopatologic de o inflamaţie difuză limfoplasmocitară ce apare ca o reacţie de hipersensibilizare la diferite antigene. Cel mai frecvent evoluează sub formă acută.
			3. **Forma granulomatoasă.** Se caracterizeaza prin prezenţa unor noduli formaţi din macroface, celule epiteliode şi leucocite şi în unele situaţii şi germeni patogeni, localizaţi pe suprafaţa irisului. Nodulii pot fi vizualizaţi biomicroscopic. Formele granulomatoase de iridociclită sunt forme subacute sau cronice.

**Aspecte clinice in uveite**

Simptome subiective

În cazul uveitelor anterioare, pacientul acuză din punct de vedere subiectiv:

* 1. durere oculară vie iradiată în zonele frontală şi temporală, accentuată la lumină, efortul de acomodaţie şi palparea globului;
	2. scăderea acuităţii vizuale prin tulburarea mediilor oculare( prezenţa celulelor inflamatorii, a fibrinei şi a proteinelor în camera anterioară, precipitalele retrocorneene, edemul endotelial corneean, cataracta secundară determină scăderea vederii)
	3. lăcrimare şi fotofobia

Semne obiective

Congestia pericheratică. Este legată de dilatarea vaselor ciliare anterioare şi se prezintă sub forma unei zone concentrice de congestie de aproximativ 4-6 mm lăţime, localizată perilimbic la ochiul afectat.

Edemul corneean endotelial. Este evident la examinarea biomicroscopică, dând aspectul de cornee uşor burată.

Precipitatele retrocorneene. Precipitatele sunt formate din celule inflamatorii care se depun pe endoteliu şi se prezintă sub forma unor depuneri rotunde, de culoare albă dispuse pe faţa posterioară a corneei sub formă de triunghi cu baza inferior, către unghiul camerular. Precipitatele vechi se pigmentează, marginile devin foarte bine conturate.

Fenomenul Tyndall al umorii apoase este determinat de macromoleculele proteice ce apar în umoarea apoasă prin creşterea permeabilităţii vasculare, datorată inflamaţiei; în fanta biomicroscopului, macromoleculele produc difracţia luminii, apărând sub forma unor puncte strălucitoare şi mobile, ca firele de praf într-o rază de soare.

Mioza se produce datorită unui spasm reflex al muşchiului sfincter pupilar; reflexul pupilar este prezent, dar mai leneş atâta timp cât nu există sinechii iriene posterioare;

Sinechiile iriene posterioare determină o pupilă neregulată consecinţa aderenţelor care se formează între marginea pupilară a irisului şi cristaloida anterioară, datorită fibrinei şi celulelor inflamatorii din umoarea apoasă. În cazurile vechi, neglijate, aderenţele inflamatorii dintre iris şi cristalin se organizează putând cuprinde toată circumferinţa pupilei, aspect numit secluzie pupilară; în unele cazuri secluzia pupilară se asociază şi cu prezenţa unei membrane exsudative care acoperă câmpul pupilar, realizând aspectul de secluzie-ocluzie pupilară.

Sinechiile anterioare la nivelul unghiului iridocorneean apar mai târziu şi sunt responsabile de creşterea tensiunii oculare.

Tensiunea intraoculară - cel mai frecvent este vorba de hipertensiune oculară, ce apare în timpul puseului inflamator, datorită hipersecreţiei de umoare apoasă la nivelul proceselor ciliare; sinechiile anterioare, sunt de asemenea responsabile de creşterea tensiunii oculare; în cazurile vechi, neglijate sau incorect tratate, cu secluzie şi ocluzie pupilară, creşterea tensiunii oculare este permanentă.