

Ochiul rosu dureros fara scaderea vederii - patologia conjunctivei si sclerei

Dr. Andrei Theodor Balasoiu, MD, PhD

UMF Craiova

Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Craiova - Dep. Oftalmologie

- Conjunctiva este mucoasa transparenta care captureste componenta interna a pleoapelor si suprafata anterioara a globului ocular, terminandu-se la nivelul limbului scleral.
- rol in imunitatea activa si pasiva
- 3 componente : palpebrala, bulbara si fornixul conjunctival

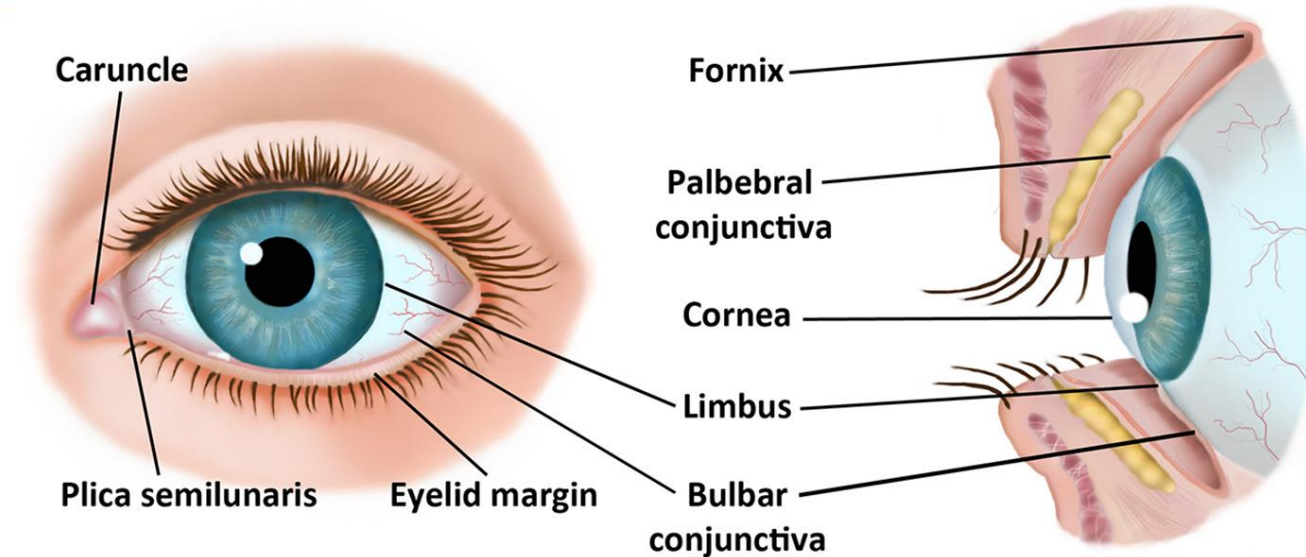


Fig 1 Anatomia conjunctivei (© 2016 Acta Ophthalmologica Scandinavica Foundation. Published by John Wiley & Sons Ltd)

- Conjunctivita = inflamatie conjunctivei
 - de tip infectios -> cea mai frecventa cauza de “ochi rosu” bilateral
 - de tip alergic-> inflamatie este determinata de un alergen
- Simptome -> nespecifice:
 - lacrimare
 - senzatie de intepatura
 - arsura
 - prurit (in etiologie alergica)
 - durere + fotofobie + senzatie de corp strain -> afectare corneana

- Secretii conjunctivale:

- apoase (virala + alergice)
- mucoase (conj. alergica cronica)
- muco-purulente (bacteriene, Chlamydia)
- sever purulente (Gonococica)

- Reactia conjunctivala:

- hiperemie
- hemoragie (petesiala -> virala; difuza -> bacteriana)
- chemozis (edem conjunctival)
- membrane (conj. adenovirale; gonococica; bacteriana)
- infiltrare
- cicatrizare subconjunctivala (Trachoma)
- foliculi (virale; Chlamydia)
- papile (micropapile, macropapile < 1mm; papile gigante > 1mm)



Fig. 2 Hiperemie conjunctivala (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p133.)



Fig.3 Chemozis(retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p133.)



Fig. 4 Hemoragii petesiale(retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p133.)

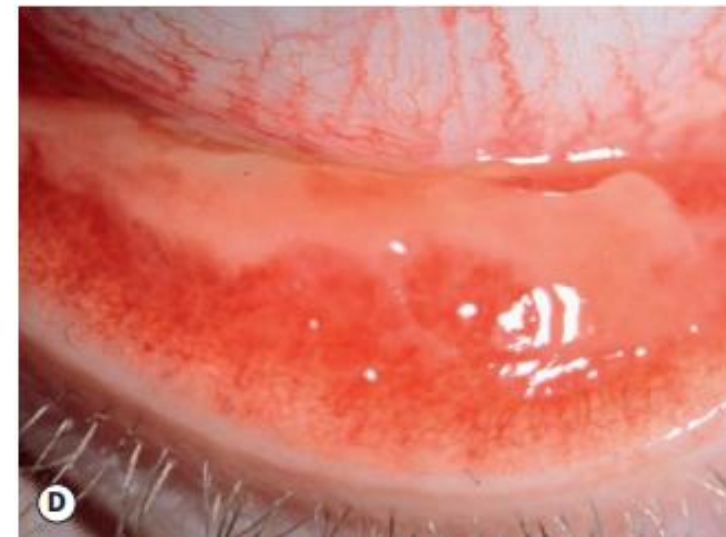


Fig. 5 Pseudomembrane (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p133.)

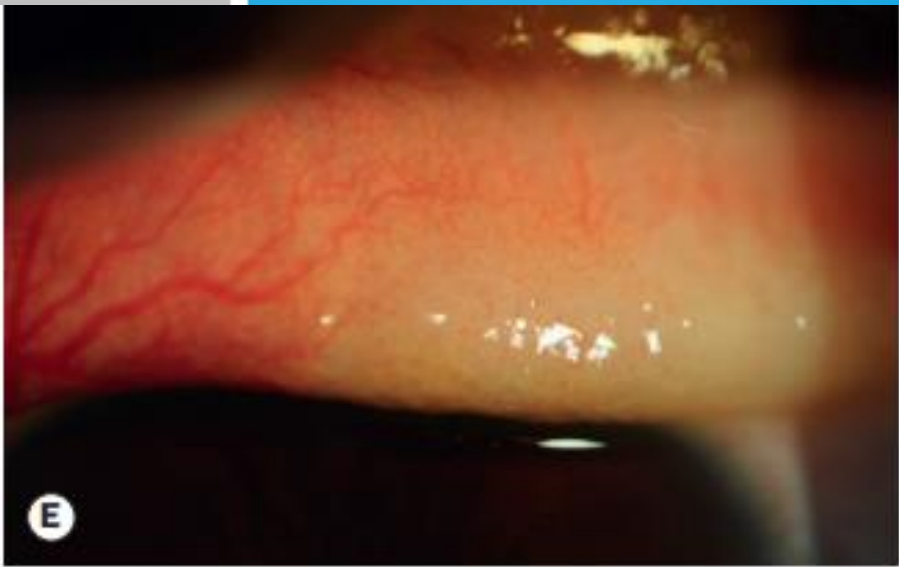


Fig. 6 Infiltratie conjunctivala (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p133.)



Fig. 7 Foliculi conjunctivali (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p134.)

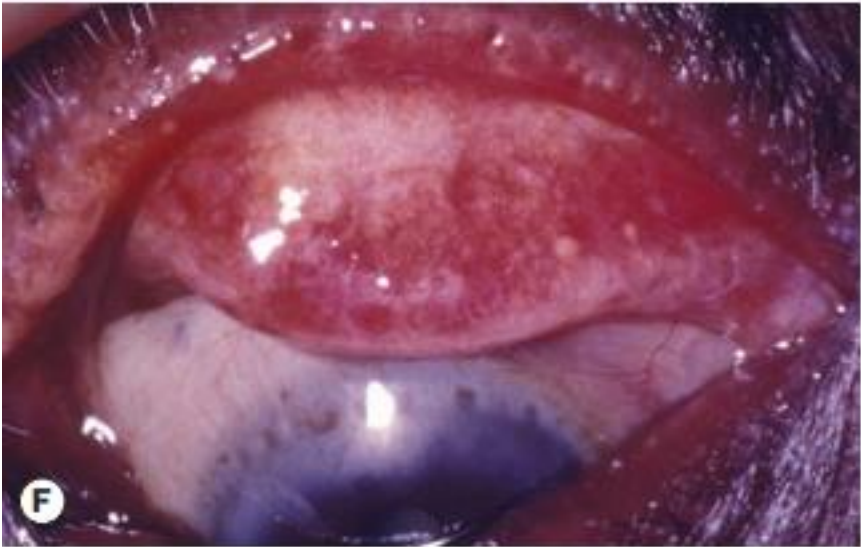


Fig. 8 Cicatrizare conjunctivala (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p133.)

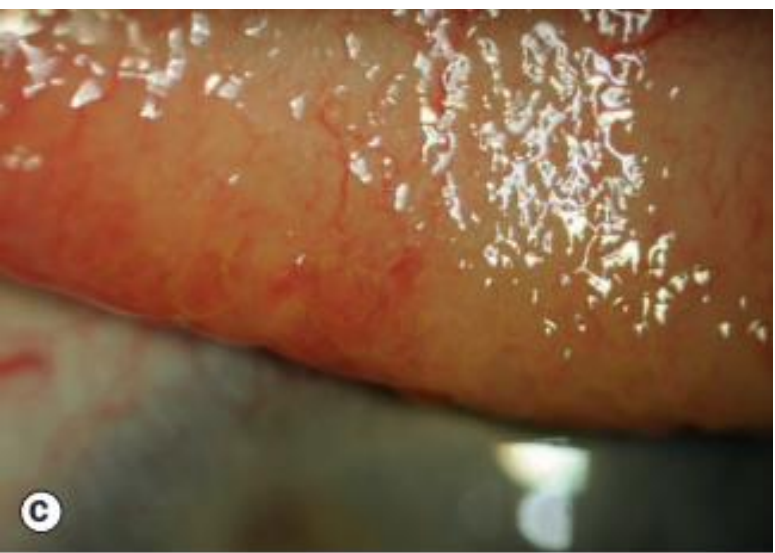


Fig. 9 Macropapile (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p134.)

- Limfadenopatie

- mai frecvent in cele de etilogie virala, Chlamidiana sau Gonococica
- afecteaza frecvent ganglionul preauricular

Conjunctivite bacteriene

- se produc de cel mai des in urma contactului cu secretii infectate
- Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenza and Moraxella catarrhalis.
- frecvent bilaterala, fara afectarea vederii
- Clinic:
 - hiperemie conjunctivala
 - secretii apoase, care devin purulente
 - eritem si edem palpebral (gonococica)
 - erozii corneene punctiforme superficiale



Fig. 10 Eritem si edem palpebral (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p135.)

- INVESTIGATII:

- in cazurile severe, se recolteaza secretie prin tamponament, pentru excluderea infectiei gonococcice si meningococcice.

- TRATAMENT:

- 60% se remit dupa 5 zile de tratament

- instilatii cu antibiotic de 4 ori pe zi, timp de o saptamana, cele mai folosite sunt:chloramphenicol, aminoglycosides, quinolones

- antibiotic general in infectiile gonococcice, meningococcice, H. influenza.

- instilatii cu steroizii, pot reduce cicatrizarea in conjunctivita membranoasa si pseudomembranoasa

Conjunctivita Chlamydiana a adultului

SIMPTOME:

- hiperemie uni sau bilaterală, secreții apoase
- netratată se cronicizează, se autolimitează și poate persista câteva luni

SEMNE:

- secreții apoase sau muco-purulente
- limfadenopatie preauriculară
- foliculi mari la nivelul fornixului inferior, pot apărea și la nivelul conjunctivei tarsale superioare
- keratită punctată superficială
- cazurile cronicizate dezvoltă papile

TRATAMENT:

- tratament sistemic cu Azithromycin 1g repetat la o săptămână, Doxycycline 100mg de două ori pe zi
- terapie topică cu Erythromycin sau Tetracycline
- pacientului trebuie investigat pentru a depista dacă mai suferă și de alte boli cu transmitere sexuală
- retestarea se face la 6-12 săptămâni după efectuarea tratamentului

TRACHOMUL

- reprezinta principala cauza care duce la pierderea ireversibila a vederii, dar care poate fi evitata
- se asociaza cu saracia, igiena deficitara, suprapopulatie

TRACHOMUL ACTIV

- apare predominant la prescolari
- foliculi/papile conjunctivale, secretie mucopurulenta, la copii cu vâsta sub 2 ani predomina componenta papilara
- keratita epiteliala superioara si pannus de neovascularizatie



Fig. 11 Foliculi subtarsali albiciosi tipici (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 5, p139.)

TRACHOMUL CICATRICAL

- predomina la populatia de varsta medie
- cicatrici conjunctivale lineare sau stellate, in cazurile moderat severe, cicatrici largi, confluyente in cazurile severe
- modificarile sunt prezente in special la nivelul tarsului superior, chiar daca toata conjunctiva este implicate
- foliculii limbici superior pot lasa dupa rezorbtie un rand de depresiuni superficiale(gropile Herbert)
- trichiazis, districhiazis, neovascularizatie corneeană, entropion cicatricial
- opacifiere corneeană
- sindrom de ochi uscat, prin distrugerea celulelor globet si a ductelor glandei lacrimale

TRATAMENT:

- antibioterapie generala: doza unica de Azithromycin(20mg/kg-1g/kg), Erythromycin 500mg de doua ori/zi, timp de 14 zile, Doxycycline 100mg de 2 ori/zi, timp de 10 zile(contraindicate pe perioada sarcinii/alaptatului, copiilor<12 ani)
- terapia topica:Tetracycline 1%, are eficienta foarte redusa
- igiena faciala este absolut necesara
- tratament chirurgical al entropionului, trichiazisului si pentru mentinerea inchisa a pleoapelor.

Conjunctivite neonatale

-”oftalmia nou-nascutului”, apare la 10% dintre nou-nascuti, in prima luna de viata, cel mai frecvent se datoreaza unui infectii de la mama, ce se transmite in timpul nasterii.

-principalii agenti implicati sunt:C.trachomatis, N. gonorrhoeae, dobanditi in timpul trecerii prin canalul vaginal

DIAGNOSTIC:

- timpul de aparitie:-reactia conjunctivala chimica-primele zile
 - infectia gonococcica-prima saptamana
 - infectia Stafilococcica sau cu alte bacterii-de la sfarsitul primei saptamani
 - infectia cu Herpes Simplex-1-2 sapatamani
 - infectia cu Chlamidya-1-3 saptamani

•Semne:

- aglutinarea cililor
- reflux mucopurulent la digitopresiunea sacului lacrimal
- secretii apoase (Herpes Simplex)
- secretii mucopurulente (Chlamydia)
- secretii purulente (infectii bacteriene)
- sever purulente (Gonococica)
- edem palpebral (infectia gonococcica)
- vezicule perioculare si la nivelul pleoapelor(infectia HVS)
- ulceratii corneene(infectia gonococcica)
- leziuni epiteliale corneene dendritice, in harta geografica(infectia HVS)

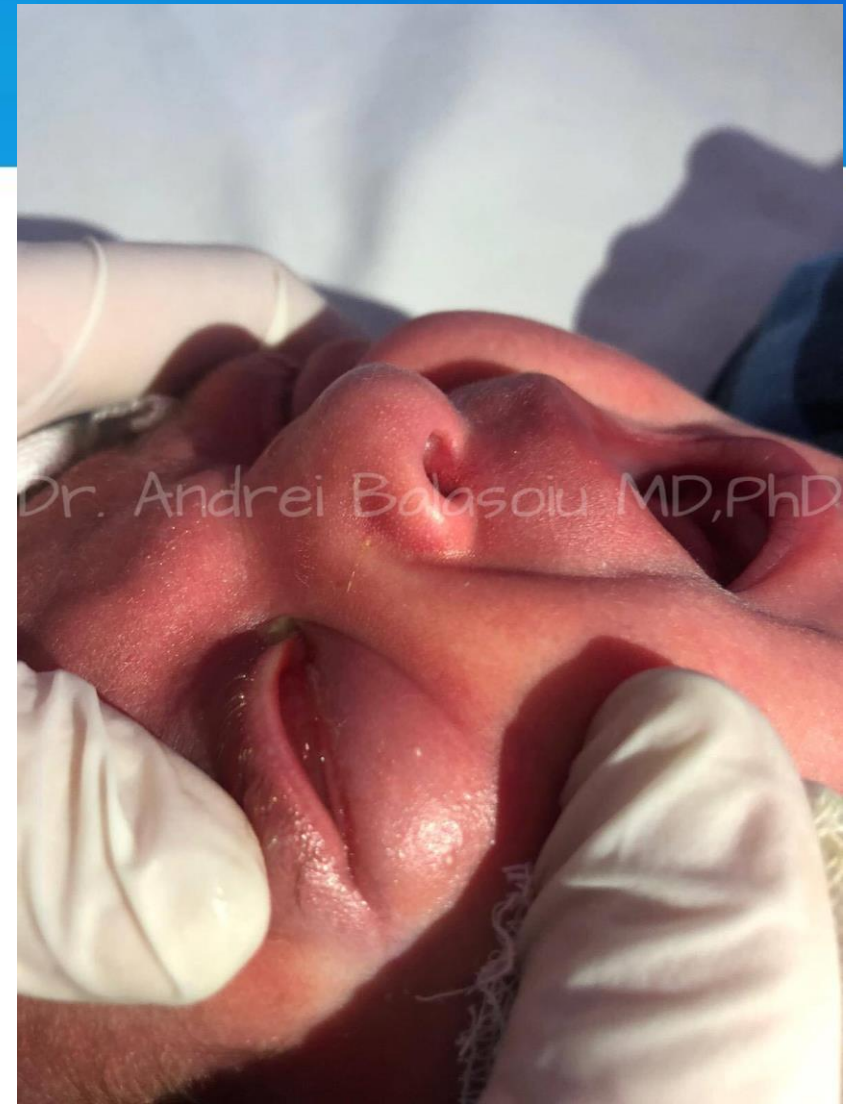


Fig. 12 Conjunctivita gonococica; chemozis; secretii purulente; edem palpebral (arhiva personala Dr. Andrei Balasoiu.)

•TRATAMENT:

- profilaxie:-instilatii cu iodura de povidona 2.5%, pentru infectiile cu agenti patogeni comuni

 - unguente cu eritromicina 0.5% sau tetraciclina 1%

 - nitrat de argint 1%, pentru infectia gonococcica, in doza unica. In cazul infectiei materne confirmate se administreaza impreuna cu o doza intramusculara de benzilpenicilina.

- conjunctivitele chimice-utilizarea lacrimilor artificiale

- conjunctivitele usoare-antibiotic topic:chloramphenicol, eritromicina

- conjunctivitele severe-necesita spitalizare, recoltare de probe pentru o larga serie de investigatii, terapie topica empirica, ceftriaxone parenteral

- conjunctivita cu chlamidia:eritromicina per os, timp de 2 saptamani

- conjunctivita gonococcica:terapie sistemica cu cefalosporine de generatia a III-a, asociata cu terapie topica si toaleta local cu sal NaCl 0.9%

- conjunctivita cu HVS-aciclovir i.v.+topic



Fig. 13,14 Conjunctivita gonococica; chemozis; secretii purulente; edem palpebral (arhiva personala Dr. Andrei Balasoiu.)



Fig. 15 Conjunctivita gonococica - post-tratament (arhiva personala Dr. Andrei Balasoiu.)

-conjunctivita adenovirala cronica/recidivanta-se prezinta sub forma unei conjunctivite cronice foliculare/papilare non-specific, care persista cativa ani si este auto-limitanta

-HVS-se prezinta sub forma unei conjunctivite foliculare, frecvent unilaterala, asociata cu vezicule palpebrale si perioculare

-infectii virale sistemice-varicella, rujeola, oreion se pot asocia cu conjunctivita foliculara

-virusul varicelo-zosterian, ca infectie secundara, poate determina conjunctivita, parte a zonei zoster oftalmice

-molluscum contagiosum-infectie tegumentara, cauzata de poxvirus

-afecteaza predominant copii sanatosi, cu varste cuprinse intre 2-4 ani

-se transmite prin contact direct cu autoinoculare ulterioara

-conjunctivita cronica foliculara, produsa prin varsarea continutului viral al leziunilor tegumentare

- adenovirusurile -> 90%

FORME DE PREZENTARE:

- conjunctivita foliculara acuta non-specifica -cea mai frecventa forma -> unilaterala, cu hiperemie, prurit si fotofobie
- febra faringoconjunctivala-simptomele sunt aceleasi ca cele descrise mai sus+ senzatie de gat uscat.
- keratoconjunctivita epidemica -cea mai severa infectie ocular provocata de adenovirus, keratita apare in 80% din cazuri si predomina fotofobia
- conjunctivita hemoragica acuta-apare in zonele tropicale, fiind cauzata de enterovirusuri si coxsackievirusuri

SEMNE:

- edem palpebral
- limfadenopatie preauriculara
- hiperemie conjunctivala
- foliculi conjunctivali
- inflamatie severa, asociata cu hemoragii conjunctivale , chemozis, membrane, pseudomembrane
- keratita
- uveita anterioara, forma usoara
- molluscum contagiosum:-nodul pal, ceros, ombilicat
 - situat pe marginea palpebrala libera
 - asociat cu conjunctivita foliculara, secretii apoase si mucosae

•INVESTIGATII:

- coloratie Giemsa
- PCR
- cultura virala-specificitate 100%, costuri ridicate, timp indelungat pentru obtinerea rezultatului(2-3 saptamani)
- serologie: IgM sau titruri crescute de anticorpi IgG

•TRATAMENT:

- rezolutie spontana-in 2-3 saptamani
- reducerea riscului de transmitere-igiena mainilor, evitarea atingerii regiunii perioculare, folosirea comuna a obiectelor de igiena personala
- molluscum contagiosum-excizia, realizata cu ajutorul unui ac la nivelul marginii libere
- terapie topica cu steroizi;prednisolone 0.5%, instilatii de 4 ori/zi in conjunctivitele membranoase sau pseudomembranoase
- masuri alternative:-indepartarea lentilelor de contact, sistarea purtarii acestora pana vindecare
 - folosirea lacrimilor artificiale de 4 ori/zi pot ameliora simptomatologia
 - comprese calde/reci
 - antihistaminice topice, vasoconstrictoare topice
 - indepartarea membranelor si pseudomembranelor

Conjunctivite alergice

1.CONJUNCTIVITE ALERGICE ACUTE

- sezoniere:-primavera, vara
- alergenii principali:copaci, polen

SIMPTOME:

- pusee de hiperemie, secretii apoase, senzatie de mancarime, asociate cu stranut si rinoree

SEMNE:

- acuitate vizuala normal, hiperemie conjunctivala, papile, chemozis, edem palpebral

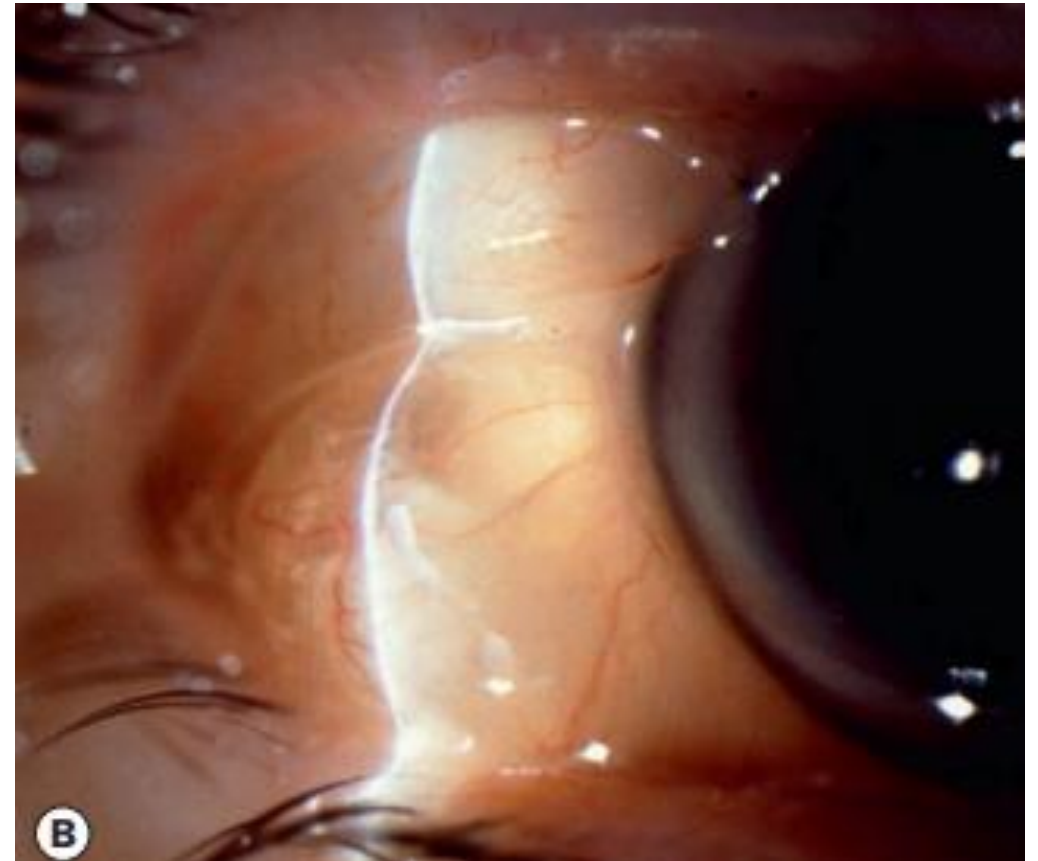


Fig. 16 Conjunctivita alergica acuta: chemozis
(retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight
Edition, Chapter 5, p144.)



•TRATAMENT:

- lacrimi artificiale
- stabilizatori ai celulelor mast(cromoglicatd de sodiu)
- antihistaminice
- conbinatii intre antihistaminici si vasoconstrictoare
- antiinflamatoare non-seroidiene
- topice steroidiene
- antihistaminice orale

Episclerita

- idiopatica, bilaterală, recurentă
- autolimitantă (până la 3 săptămâni)
- boli asociate: -ocular: sindrom de ochi uscat, rosaceea, lentilă de contact
- sistemic: artrita reumatoidă, herpes zoster oftalmic, gută, boala Chron

1. Episclerita simplă

SIMPTOME:

- disconfort ocular, senzație de corp străin, fotofobie

SEMNE:

- acuitate vizuală păstrată
- hiperemie sectorială (2/3) sau difuză, distribuită interpalpebral, triunghiular, cu bază la limb
- chemozis, hipertensiune oculară, uveită anterioară, keratită

TRATAMENT

- steroid topic, 4 ori/zi, timp de 1-2 săptămâni
- terapie orală cu AINS



Fig. 17 Episclerita difuză (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 8, p254.)

2.Epislerita nodulara

-afecteaza in special femeile

SIMPTOME:

-hiperemie conjunctivala care se maresta pe parcursul a 2-3 saptamani si creeaza disconfort ocular

SEMNE:

- puseele se remit fara tratament de cele mai multe ori, dar simptomatologia dureaza mai mult decat in cazul episcleritelor simple
- nodul rosu vascularizat, interpapebral
- suprafata sclerala anterioara plana
- reactive inflamatorie in CA (in 10% din cazuri)
- vasodilatatie permanenta, secundara puseelor inflamatorii repetate

TRATAMENT:

- similar tratamentului episcleritei simple

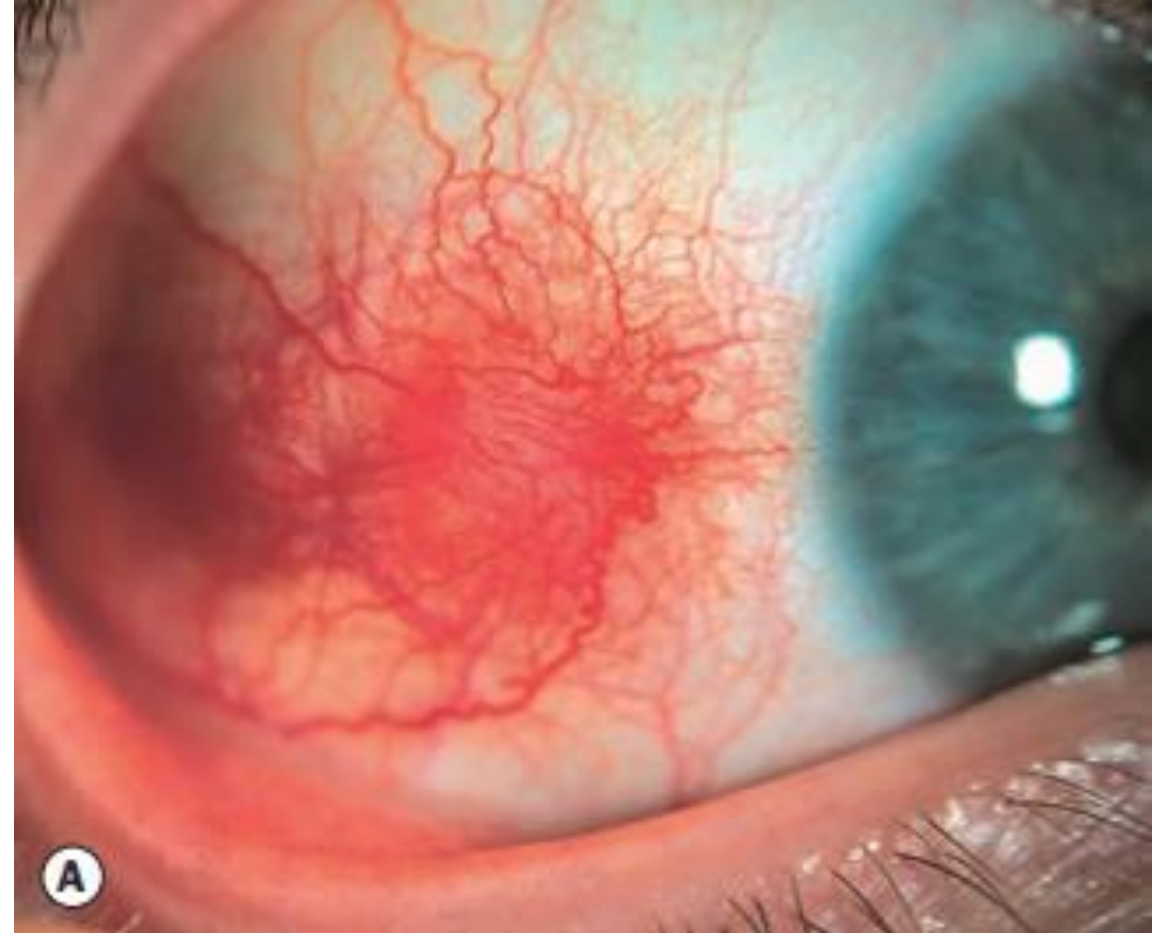


Fig. 18 Episclerita nodulara (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 8, p256.)

Sclerite non-infectioase

- edemul si infiltrarea sclerei in toata grosimea
- asociaza boli sistemice
- sunt mai putin frecvente decat episcleritele
- 1.SCLERITA ANTERIOARA NON-NECROZANTA DIFUZA
- SIMPTOME:
 - -hiperemie
 - -durere oculara ce poate radia la nivelul fetei sau al templei
 - -simptomatologia apare in decursul diminetii, trezind bolnavul din somn si se amelioreaza pe parcursul zilei, cu raspuns moderat la analgetice
- SEMNE:
 - -congestie si dilatare vasculara, edem
 - -hiperemie localizata sau generalizata
 - -chemozis, edem palpebral, uveita anterioara, TIO crescuta
 - -dupa rezorbtia edemului, zona afectata capata o nuanta gri/albastra, prin rearanjarea fibrelor sclerale si a scaderii grosimii acesteia

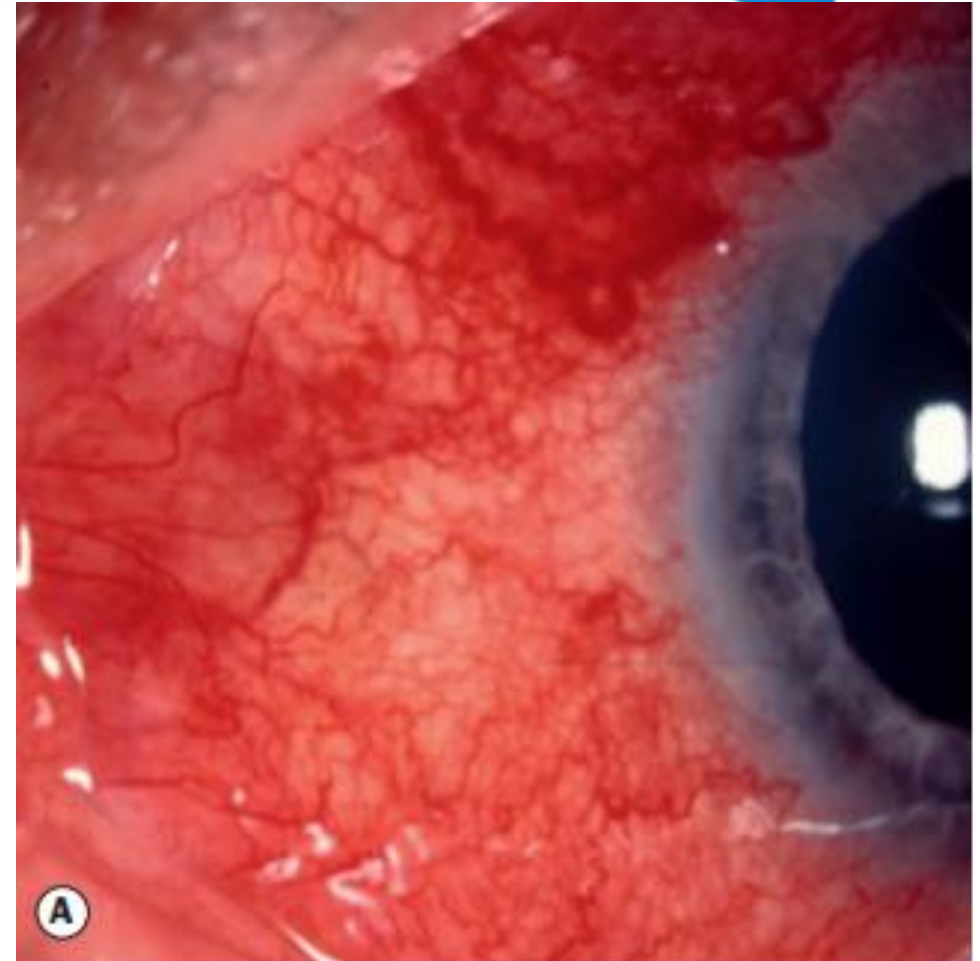


Fig. 19 Sclerita anterioara non-necrozanta difuza (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 8, p256.)

2.SCLERITA ANTERIOARA NON-NECROZANTA NODULARA

SIMPTOME:

- durere cu debut insidios, urmata de hiperemie, sensibilitate oculara si de aparitia unui nodul scleral

SEMNE:

- noduli sclerali unici sau multipli, localizati interpalpebral, in vecinatatea limbica
- culoare albastru-rosietic, imobili
- suprafata sclerala elevate
- in lipsa tratamentului nodulii pot conflua
- instilatiile cu phenylephrine 10%, determina constrictia vaselor conjunctivale, episclerale superficiale, dar nu si la nivelul plexului intern ce acopera nodulul scleral
- in lipsa tratamentului se poate institui necroza, tratamentul instituit precoce duce la vindecarea nodulilor, din centru spre periferie, lasand in urma o minima cicatrice

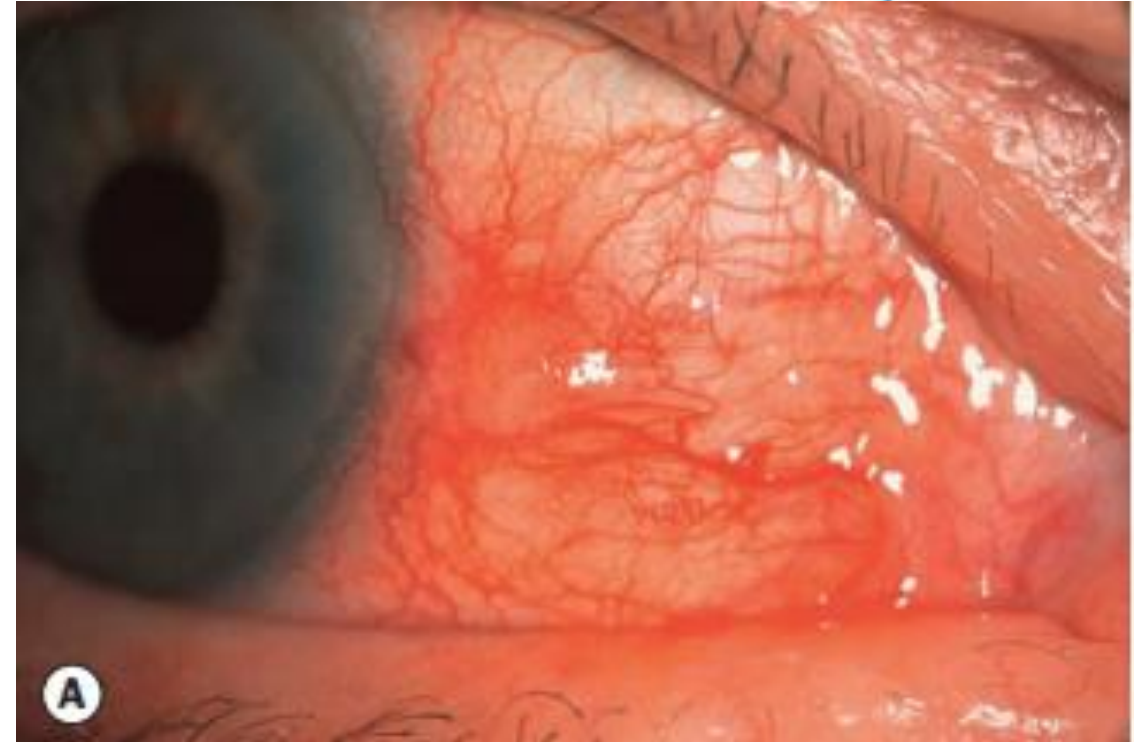


Fig. 20 Sclerita anterioara non-necrozanta nodulara (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 8, p257.)

3.SCLERITA ANTERIOARA NECROZANTA CU INFLAMATIE

- forma severa de sclerita

- 60% din cazuri bilaterala

- netratata poate duce la pierderi importante ale acuitatii vizuale sau chiar la pierderea globului ocular

SIMPTOME:

- durere cu intensificare treptata, iradiere la nivelul templei, sprancenei sau mandibulei, ce nu cedeaza la administrarea de analgezice si poate creea tulburari de somn

SEMNE:

- forma vaso-ocluziva:-se asociaza cu poliartrita reumatoida

 - zone de edem scleral, acoperite de episclera si conjunctiva nevascularizata

 - zonele pot conflua si pot duce la necroza

- forma granulomatoasa- apare concomitant cu granulomatoza sau poliarterita nodoasa

 - initial hiperemie limbica, ulterior extindere posterioara, iar in mai putin de 24h sclera, episclera, conjunctiva si cornea adiacenta devin edematoase

- forma indusa chirurgical-apare in primele 3 saptamani de la interventie(corectia strabismului, trabeculectomie, pterigion)

4.SCLEROMALACIA PERFORANS

- reprezinta 5% din totalul scleritelor
- consta in subtierea sclerei, in absenta inflamatiei
- afecteaza in special femeile cu varste inaintate
- se asociaza cu artrita reumatoida si alte boli sistemice
- perforatia se produce in cazuri extreme, integritatea fiind asigurata de un strat subtire de fibre care ramane indemn

SIMPTOME:

- iritatie moderata
- absenta durerii
- acuitate vizuala pastrata

SEMNE:

- placi sclerale necrotice, in apropierea limbului, fara congestie
- fuzionarea sau largirea placilor
- subtierea sclerala se produce lent, in stadiile avansate vizualizandu-se uveea prin transparenta

TRATAMENT:

- este eficient in stadiile initiale
- instilatii cu lubrifiante(lactat de sodiu)
- tratament general cu imunosupresoare, agenti de anticolagenaza
- tratarea bolilor sistemice asociate
- evitarea traumatismelor
- repararea chirurgicala a zonelor perforate, entru a preveni evolutia catre phthisis bulbi.

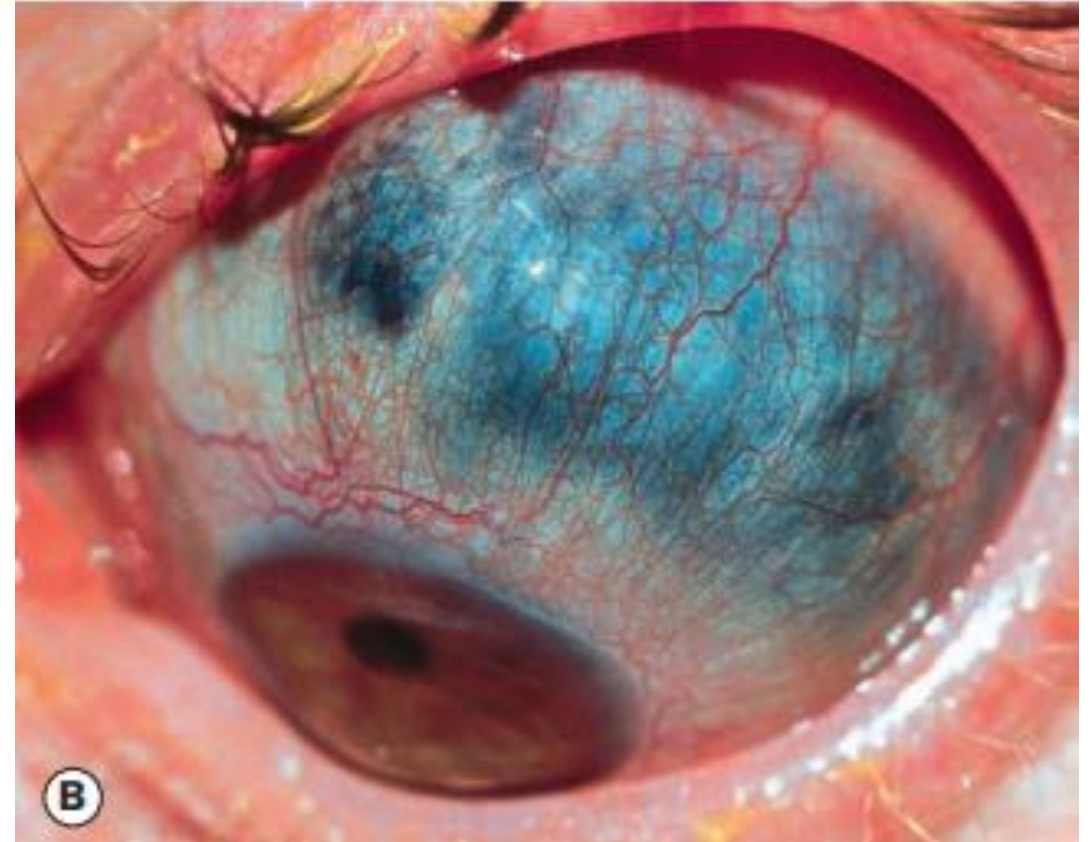


Fig. 21 Scleromalacia perforans - subtierea severa a sclerei cu expunerea uveei (retrieved from Kanski's Clinical Ophthalmology Eight Edition, Chapter 8, p259.)

5.SCLERITELE POSTERIOARE

- modificarile inflamatorii sunt similare cu cele intalnite in scleritele anterioare
- sunt diagnosticate relativ tardiv si pot duce la orbire

SIMPTOME:

- durerea nu se coreleaza cu severitatea inflamatiei, fiind mai intensa in cazurile insotite de miozita

SEMNE:

- pliuri coroidale la nivelul polului posterior, orientate orizontal
- detasare exudative de retina
- edem papilar cu scaderea vederii
- miozita insotita de diplopie, durere la miscarile ocular
- proptoza

TRATAMENTUL SCLERITELOR IMUN-MEDIATE

- terapie topica cu steroizi
- administrare sistematica de AINS
- injectii perioculare cu steroizi(in formele non-necrozante)
- administrate sistematica de steroizi

Scleritele infectioase

- Herpes zoster-cea mai frecventa

- determina o sclerita necrozanta extrem de rezistenta la tratament, lasand zone de subtiere sclerala dupa remitere

- TBC-rara, greu de diagnosticat

- infectia se poate produce pe cale hematogena sau prin extindere directa de la nivelul unei leziuni conjunctivale sau coroidale

- Sifilis-in sifilisul secundar se produce sclerita anterioara difuza

- in sifilisul tertiar apar noduli sclerali

TRATAMENT:

- se izoleaza agentul patogen incriminat si se actioneaza tintit

- terapie topica si sistemica cu sterozi pentru diminuarea inflamatiei