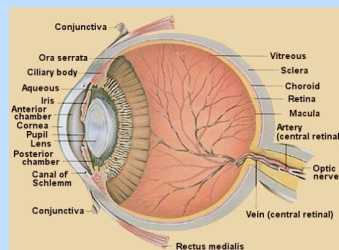


Anatomia e patologia uveale

Dr. Umberto Benelli
U.O. Oculistica Universitaria - Pisa

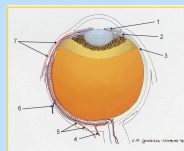
Anatomia uvea

- Iride
- Corpo ciliare
- Coroide



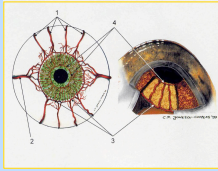
Vascularizzazione

- Iride
- Corpo ciliare
- Coroide
- Arterie ciliari posteriori brevi
- Arterie ciliari posteriori lunghe
- Vene vorticosi
- Arterie ciliari anteriori lunghe



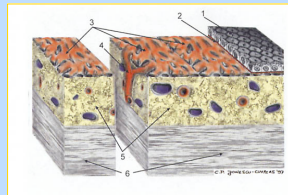
Vascolarizzazione

- Arterie ciliari anteriori
- Arterie ciliari posteriori
- Circulus arteriosus major
- Circulus arteriosus minor



Coroide

- Epitelio pigmentato
- Membrana di Bruch
- Coriocapillare
- Arteriola centrale
- Vasi coroideali
- Sclera



Uveite: definizione

Sebbene l'uveite, per definizione, sia una flogosi il termine è comunemente utilizzato per descrivere molte forme di infiammazione intraoculare che possono colpire non solo l'uvea ma anche le strutture adiacenti

Classificazione

- Anatomica
- Clinica
- Eziologica
- Patologica

Classificazione anatomica

- Uveiti anteriori:
 - Iriti
 - Iridocicliti
- Uveiti intermedie
 - Parte posteriore del corpo ciliare
 - Estrema periferia retinica e coroide sottostante
- Uveiti posteriori
 - Infiammazioni di retina e coroide fino a base vitreo
- Panuveiti

Classificazione clinica

- Uveiti acute
 - Si manifestano con esordio improvviso e durano 6 settimane o meno. Se dopo il primo episodio si verificano ancora si parla di uveiti acute recidivanti
- Uveiti croniche
 - Persistono per mesi e per anni
 - Inizio spesso insidioso e asintomatico anche se si possono avere riacacerbazioni acute e subacute

Classificazione eziologica

- Uveite esogena
 - Causata da un insulto o da un'invasione dall'esterno di microrganismi o altri agenti
- Uveite endogena
 - Secondaria a malattie sistemiche come artriti (spondilite anchilosante), malattie granulomatose (sarcoidosi) e infezioni croniche (tubercolosi)
 - Secondaria a infezioni parassitarie (toxoplasmosi)
 - Secondaria a infezioni virali (cytomegalovirus, herpes)
 - Secondaria a infezioni fungine (candida)
 - Uveiti idiopatiche non specifiche (25% dei casi)

Classificazione patologica

	GRANULOMATOSE	NON GRANULOMATOSE
ESORDIO	Insidioso	Acuto
DECORSO	Lungo	Breve
INIEZIONE PERICHERATICA	+	+++
DOLORE	+/-	+++
NODULI IRIDEI	+++	-
PRECIPITATI CHERATICI	A grasso di montone	Piccoli
FUNDUS OCULI	Lesioni nodulari	Interessamento diffuso

Uveiti anteriori: aspetti clinici

- Uveiti anteriori acute
 - Fotofobia, dolore, iperemia, calo acuità visiva, lacrimazione
- Uveiti anteriori croniche
 - Spesso asintomatiche o con scarsi sintomi

Segni: iniezione pericheratica

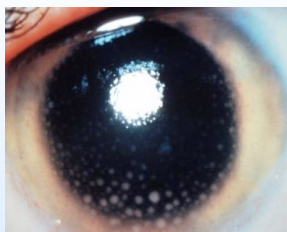
- L'iniezione pericheratica "ciliare" ha un colore violaceo
- Grading: da 0 a +4



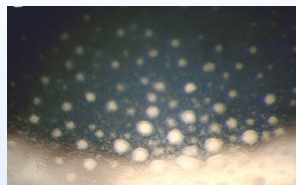
Precipitati cheratici

- Depositi cellulari su endotelio corneale
- Caratteristiche e distribuzione dei depositi possono dare indicazioni per capire l'eziologia
- Di solito distribuiti nei quadranti centrali e inferiori della cornea seguendo le correnti convettive dell'acqueo in camera anteriore
- Nella sindrome di Fuchs sono diffusi su tutto l'endotelio

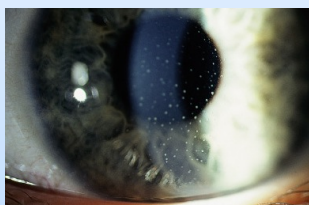
Grasso di montone



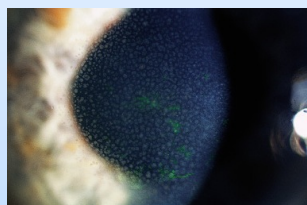
Grasso di montone



Piccoli precipitati cheratici

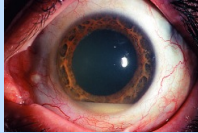


Precipitati diffusi



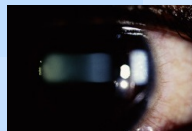
Cellule in camera anteriore

- La presenza di cellule in camera anteriore indica un processo flogistico in atto
- Il numero di cellule viene valutato al biomicroscopio tramite un fascio di luce obliquo
- Le cellule vanno contate e graduate da 0 a +4
 - < 5 cellule: +/-
 - 5-10 cellule: +1
 - 11-20 cellule: +2
 - 21- 50 cellule: +3
 - >50 cellule: +4



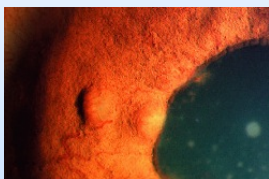
Effetto Tyndall

- In condizioni normali l'umor acqueo è otticamente vuoto
- Uveite: aumento proteine plasmatiche fuoriuscite dai vasi (effetto Tyndall)
- L'entità del Tyndall viene stabilita con la stessa tecnica della cellularità e con un grading da 0 a +4

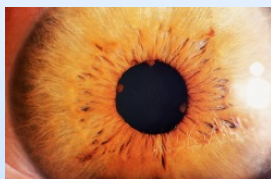


Noduli iridei

Noduli di Busacca

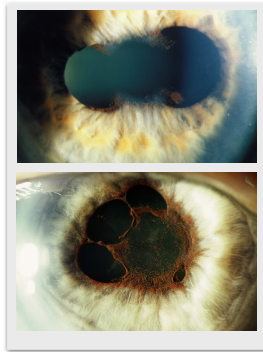


Noduli di Koeppe



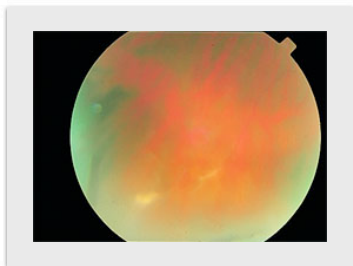
Complicanze

- Sinechie irido-lenticolari
- Se aderenze sono a 360° (seclusione pupillare) l'iride è spinta in avanti (iride bombè): chiusura d'angolo con attacco di glaucoma acuto



Uveiti intermedie

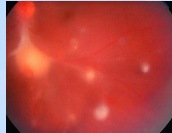
- Sintomi: di solito il sintomo iniziale consiste nella comparsa di miodesopsie (corpi mobili)
- Segni: vitreite (cellularità del vitreo) con poche o nessuna cellula in camera anteriore; assenza di lesioni infiammatorie focali al polo posteriore
- Complicanze: edema maculare cistoide, progressione della cataratta, distacco retinico trazionale



Uveite intermedia

Uveiti posteriori

- Sintomi: miodesopsie e calo acuità visiva
- Segni: a livello del vitreo si può manifestare con cellularità, opacità e distacco posteriore del vitreo. Si possono formare anche precipitati a livello della faccia posteriore della ialoide



Uveiti posteriori: coroiditi

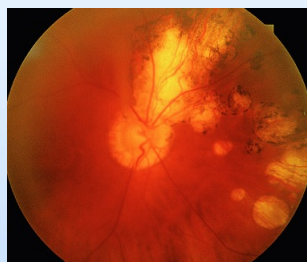
- Macchie giallo-grigiastre con margini di solito ben definiti
- Le lesioni inattive si manifestano come zone bianche di atrofia corio-retinica con bordi netti e pigmentati
- Dal punto di vista della morfologia si possono avere lesioni focali, multifocali o a carta geografica (più lesioni confluenti)

Uveiti posteriori: coroiditi

Coroidite focale

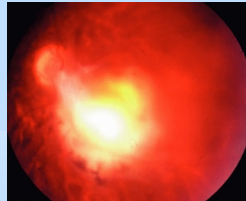
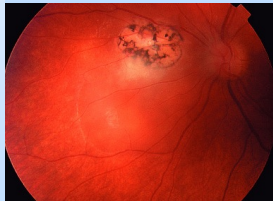


Coroidite multifocale



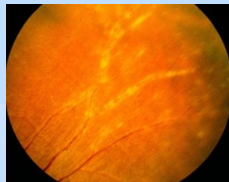
Uveiti posteriori: retiniti

- Conferiscono alla retina un aspetto offuscato
- Il limite fra la lesione e la retina indenne non è netto
- I vasi retinici si apprezzano con difficoltà



Uveiti posteriori: vasculiti

- Vene (periflebite) o arterie (periarterite)
- La lesione in fase attiva si manifesta come una nebulosità biancastra intorno ai vasi
- L'aspetto della lesione è dovuto all'infiltrato flogistico che può regredire senza esiti o essere sostituito da tessuto sclerotico perivasale



Terapia

- Scopo: prevenire le complicanze che possono portare a riduzione acuità visiva; riduzione dolore; trattamento patologie sistemiche associate
- Spesso sintomatica e non causale
- Di solito si usano:
 - Steroidi
 - Midriatici
 - Immunosoppressori

Midriatici

- A breve durata di azione:
 - Fenilefrina (2,5% - 10%): 3 h
 - Tropicamide (0,5% - 1%): 6 h
 - Ciclopentolato (0,5% - 1%): 24 h
- A lunga durata di azione:
 - Atropina 1%: 14 gg
- SCOPO:
 - Alleviare il dolore (blocco spasmo muscolo ciliare e sfintere pupillare)
 - Prevenire formazione di sinechie
 - Rompere sinechie di recente formazione

Steroidi

- Somministrati per via:
 - Topica (es. betametazone 1% coll. 1 goccia da 3 a 6-8 volte/die)
 - Parabulbare
 - Sistemica
- COMPLICANZE:
 - Glaucoma
 - Cataratta
 - Riesacerbazione infezioni da herpes o fungine
 - Complicanze sistemiche

Immunosoppressori

- Usati di solito in casi selezionati come uveiti bilaterali non infettive non rispondenti a terapia cortisonica o in pazienti a cui non è possibile somministrare steroidi
- Antimetaboliti: metotrexate, azatioprina
- Inibitori delle T-cell: ciclosporina
- Farmaci biologici come inibitori TNF-alfa

