

CONGRESSO NAZIONALE  
**78**  
FIMMG-METIS 2021

# MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA, DIRITTO DELL'INDIVIDUO.

**RESIDENZIALE  
E VIDEOCONFERENZA**

4 OTTOBRE 2021  
9 OTTOBRE 2021

**FAD ASINCRONE**  
12 OTTOBRE 2021  
15 NOVEMBRE 2021



SCELTA FIDUCIARIA  
PROSSIMITÀ  
DOMICILIARITÀ

**FIMMG**<sup>®</sup>  
Federazione Italiana Medici di Famiglia

**Metis**<sup>®</sup>  
SOCIETÀ SCIENTIFICA DI MEDICI  
DI MEDICINA GENERALE



# EMERGENZE IN OFTALMOLOGIA : ELEMENTI PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**GIOVANNI SATTA**

U.O.C. OFTALMOLOGIA  
OSPEDALE SANT'EUGENIO  
ASL ROMA 2



## DEFINIZIONE:

***TUTTE LE SINTOMATOLOGIE OCULARI CHE GIUNGONO ALL'OSSERVAZIONE DEL MEDICO PERCHE' RICONOSCIUTE DAL PAZIENTE COME UN'ALTERAZIONE IMPROVVISA DEL PROPRIO "BENESSERE VISIVO" E CHE POSSONO NECESSITARE DI UN RAPIDO INTERVENTO TERAPEUTICO***



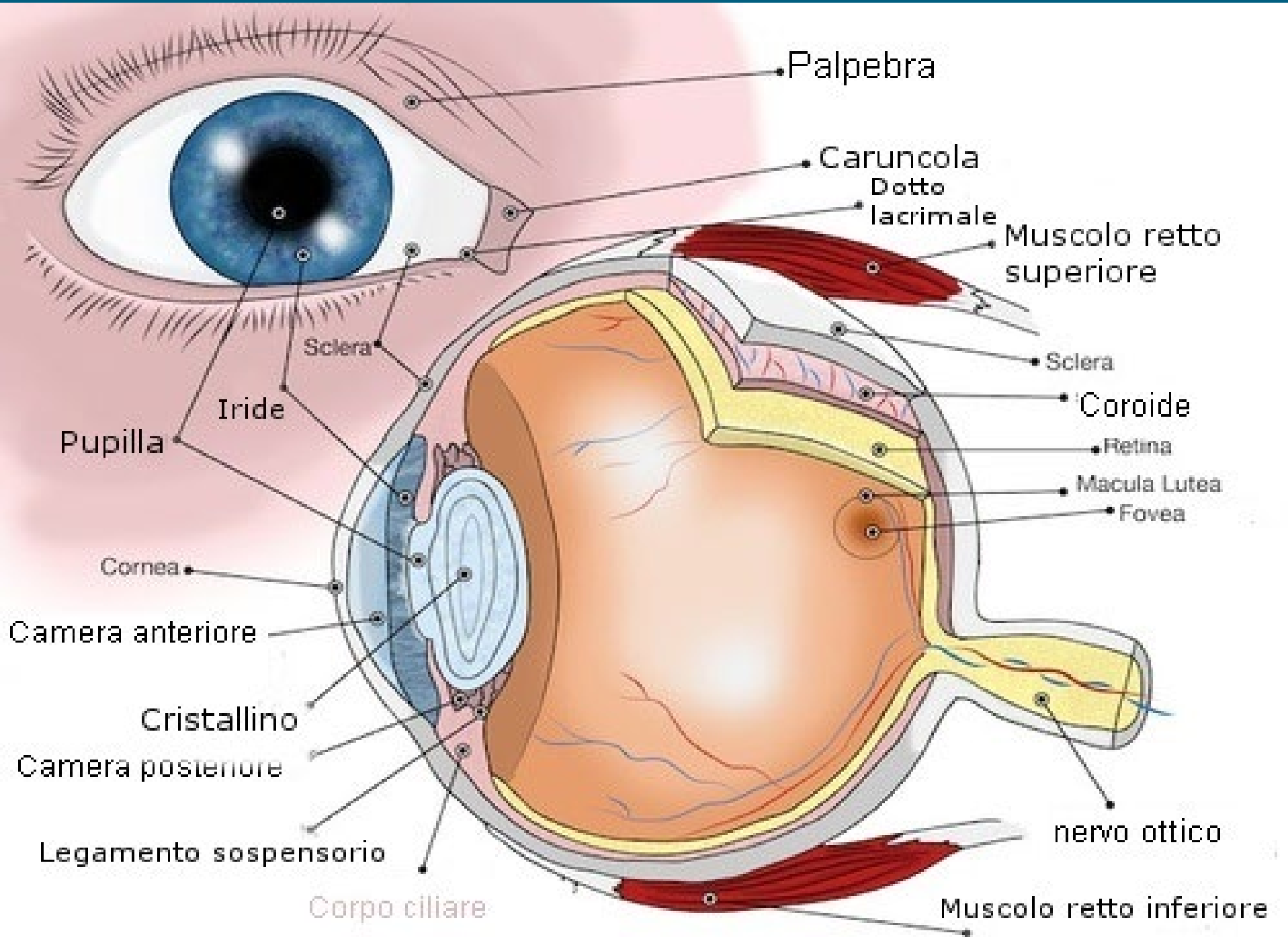
# Ruolo del medico di medicina generale

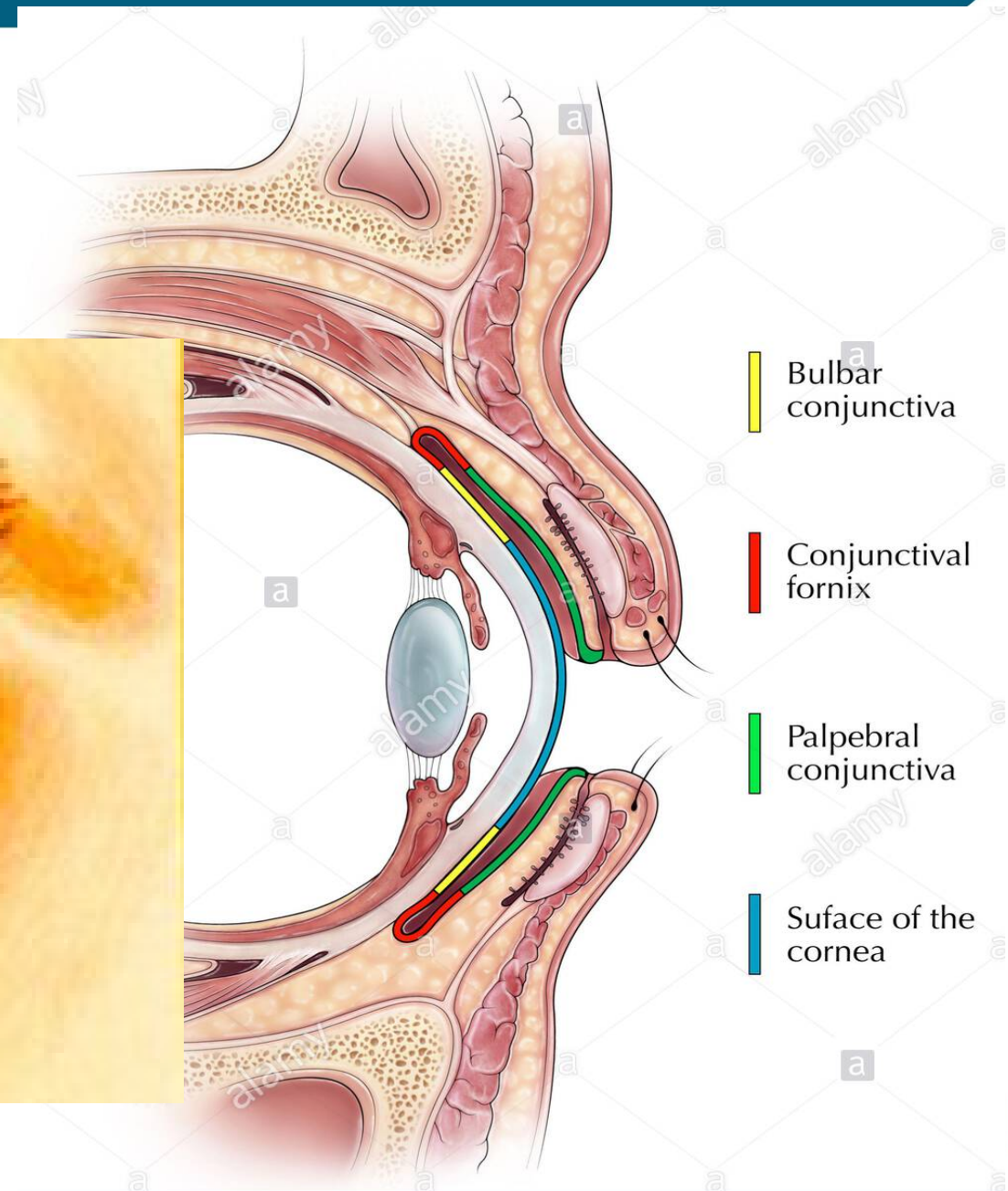
**Consigli pratici per riconoscere le principali patologie acute oftalmologiche, valutare la gravità, gestire le urgenze minori ed indirizzare il paziente**



*BREVI CENNI DI ANATOMIA,  
FISIOLOGIA E SEMEIOTICA....*



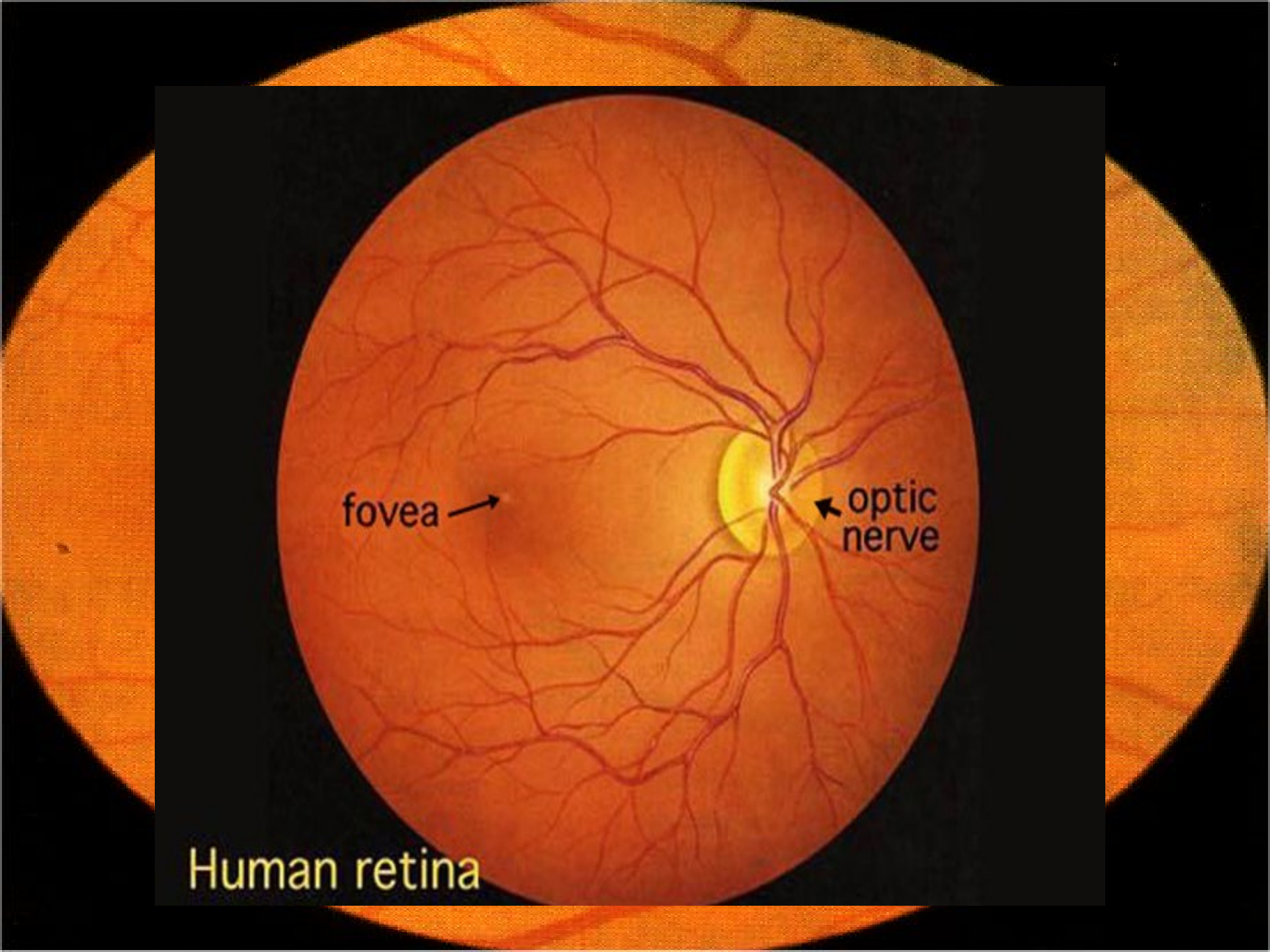




fovea →

← optic  
nerve

Human retina





C H

1/10

Z N V

2/10

O R H S

3/10

D C N V

4/10

H R Z O

5/10

S V D N

6/10

C H R Z

8/10

N V H O

10/10



■ 45.  
*Oftalmoscopio binoculare  
di Schepens.*





## OFTALMOSCOPIO DIRETTO



# CLASSIFICAZIONE:

- **URGENZE NON TRAUMATICHE**
- **URGENZE TRAUMATICHE minori**
- **URGENZE TRAUMATICHE maggiori**
- **URGENZE NEUROFTALMOLOGICHE**

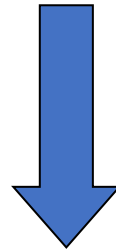


## ***Cosa può valutare il medico di medicina generale ??***

- ▶ ANAMNESI: dolore, fotofobia, sensazione di C.E., lacrimazione ,ecc.
- ▶ ACUITA' VISIVA: sempre un occhio per volta
- ▶ PUPILLE riflessi
- ▶ MOTILITA' OCULARE
  
- ▶ CONTROLLO ESTERNO: viso, orbita, palpebre, congiuntive, cornea (con lente d'ingrandimento, oftalmoscopio portatile, torcia portatile):
  - ARROSSAMENTO
  - SECREZIONE
  - TUMEFAZIONE
  - LINFOADENOPATIA PREAURICOLARE  
(virale)



*Dal sintomo all'ipotesi diagnostica*



**OCCHIO ROSSO  
DOLORE OCULARE  
CALO DEL VISUS**



## SINTOMATOLOGIA

# ALTERAZIONI DEL VISUS:

▶ **ALTERAZIONI *QUANTITATIVE* DEL VISUS:**  
***DIMINUZIONE IMPROVVISA DEL VISUS***

▶ **ALTERAZIONI PREVALENTEMENTE *QUALITATIVE***  
***DEL VISUS: COMPARSA IMPROVVISA DI CORPI MOBILI***  
***“MOSCHE VOLANTI, RAGNATELE, ECC.”***

▶ ***ANNEBBIAMENTI TRANSITORI ACUTI***



## SINTOMI:

- DOLORE OCULARE
- FOTOFOBIE
- “OCCHIO ROSSO”
- PRURITO OCULARE
- EDEMI PALPEBRALI



## Occhio rosso

...è il sintomo più frequente ed evidente di molte patologie oculari, in presenza di questo sintomo bisogna sempre valutare:

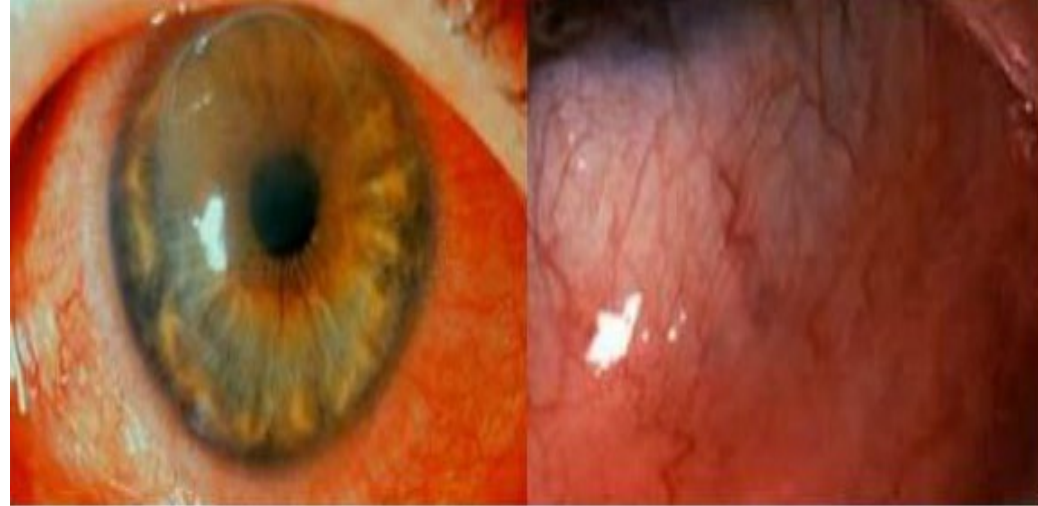
- **Iperemia** distribuita uniformemente su tutta la congiuntiva: flogosi limitata alla sola congiuntiva
- Iperemia localizzata intorno alla cornea (**iniezione pericheratica**) flogosi coinvolgente cornea, iride, uvea anteriore
- **Aspetto pupillare** va sempre tenuto presente come elemento diagnostico per **POSSIBILE ASSOCIAZIONE CON IPERTENSIONE OCULARE**





## IPEREMIA CONGIUNTIVALE

- ▶ CONGIUNTIVITI



## INIEZIONE PERICHERATICA

- ▶ CHERATITI
  - ▶ *includere abrasioni corneali, corpi estranei*
- ▶ Iriti (Uveiti anteriori)
- ▶ Glaucoma



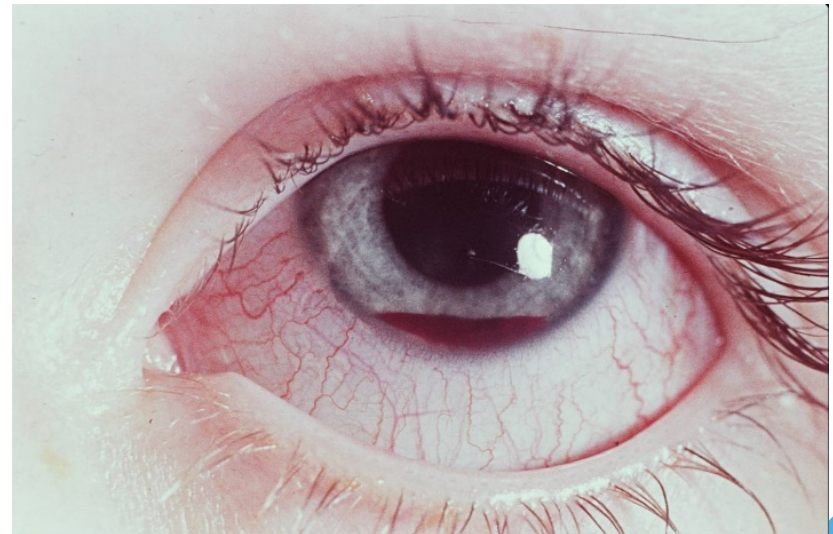
## Emorragia sottocongiuntivale

- *EMORRAGIA ESTERNA*

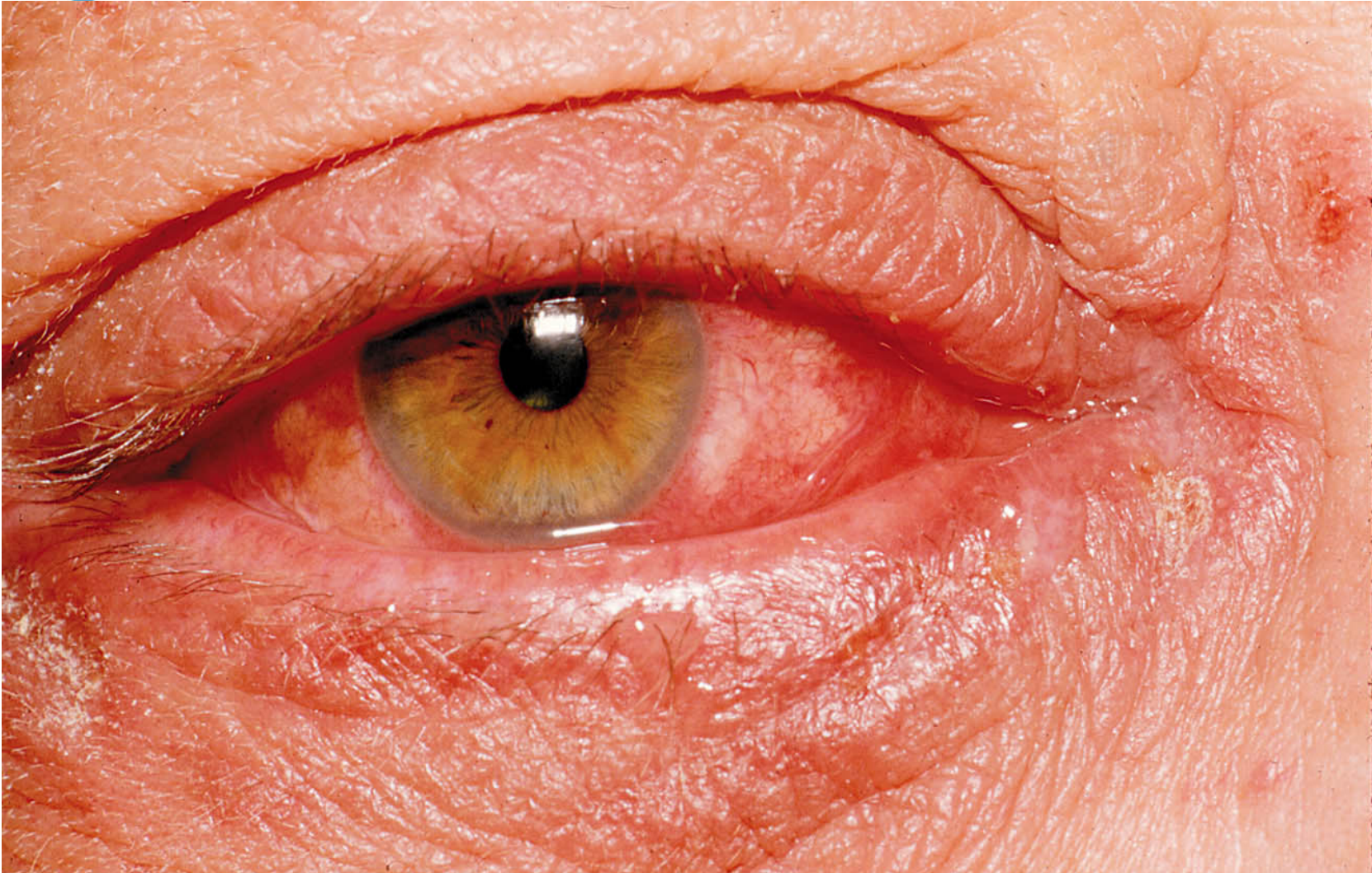


## IPOEMA

- *EMORRAGIA INTERNA*

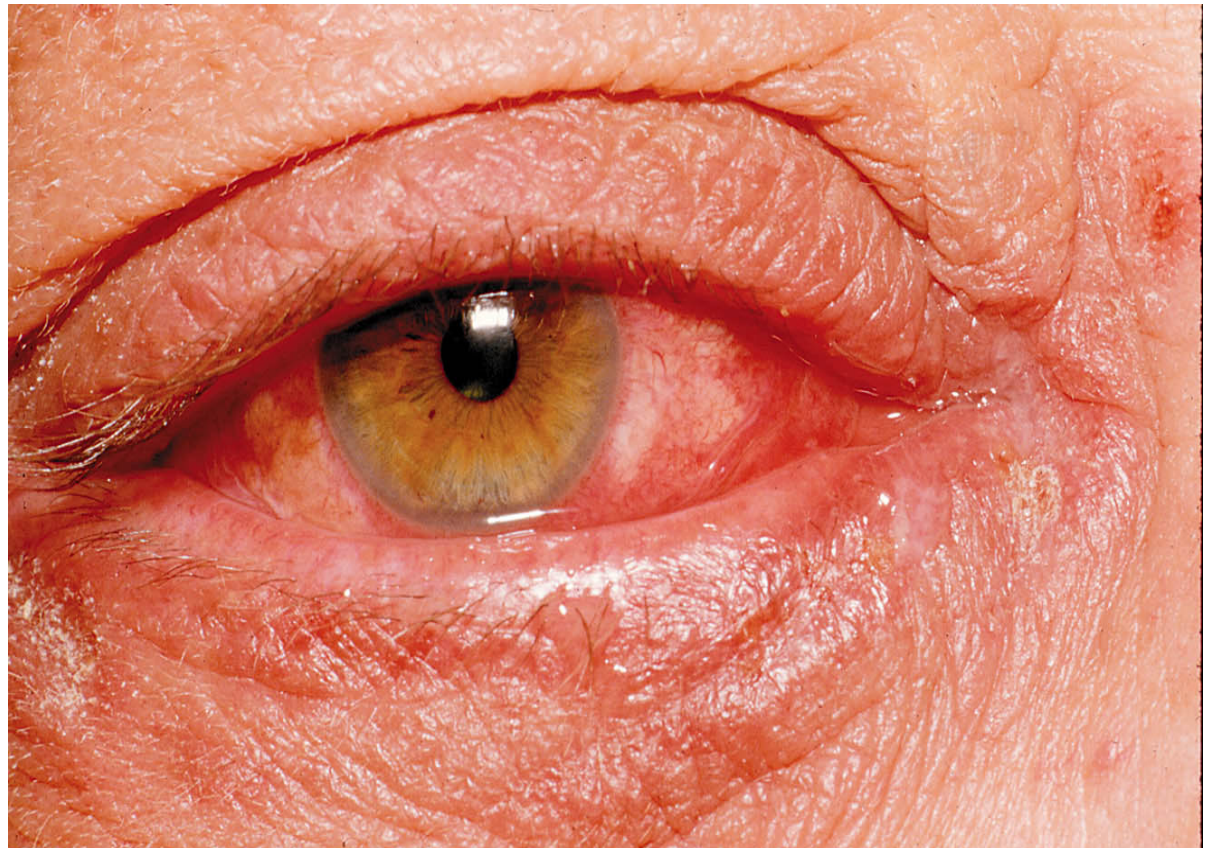


## *Cause più comuni di occhio rosso*



## PRINCIPALI CAUSE DI OCCHIO ROSSO CON VISUS CONSERVATO

- CONGIUNTIVITI
- ORZAIOLO
- CALAZIO
- BLEFARITI
- CORPI ESTRANEI



# CONGIUNTIVITI: FLOGOSI DELLE MUCOSE CONGIUNTIVALI

- **CONGIUNTIVITI ACUTE BATTERICHE**
- **CONGIUNTIVITI ALLERGICHE**
- **CONGIUNTIVITI ACUTE VIRALI**
  
- CONGIUNTIVITI DA AG. CHIMICI E FISICI



	SECREZIONE	Commenti
<b>Batterica</b>	Mucopurulenta o purulenta-abbondante	patogeni comuni: Staph. aureus; strep pneumoniae; haemophilus
<b>Virale</b>	Scarsa, sierosa, fotofobia	Follicoli congiuntivali; adenopatia preauricolare
<b>Allergica</b>	Filamentosa, biancastra, fotofobia	Papille; conj. edema (chemosi); medicamentosa - PRURITO
<b>Chimica</b>	Lacrimazione abbondante	Irrigazione con soluzione salina; basica peggiore che acida; lente di Morgan

CARATTERIZZATE DA **SECREZIONE MUCOSA MUCOPURULENTA** CHE SI RACCOLGONO NEL FORNICE  
SPESSO EDEMA PALPEBRALE  
LACRIMAZIONE, FOTOFOBIA, IPEREMIA CONGIUNTIVALE  
**POSSIBILI COMPLICANZE CORNEALI !!**

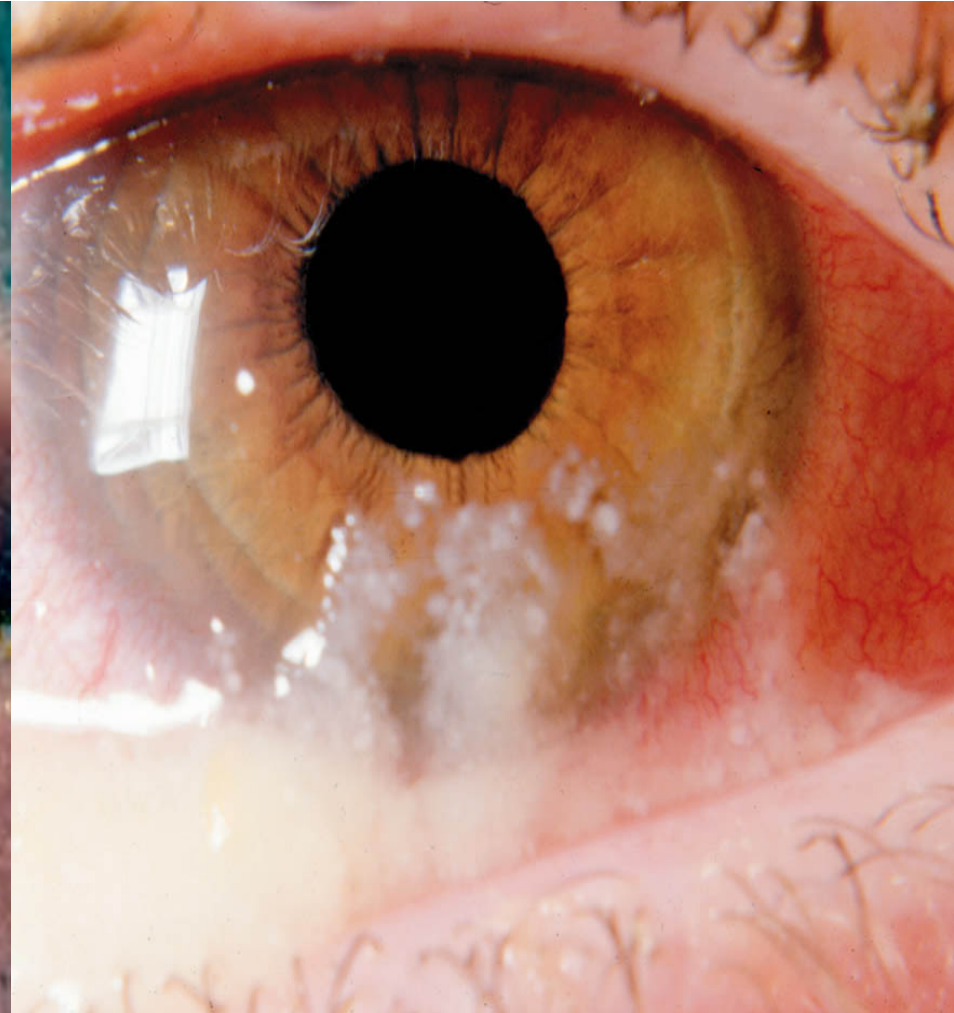
*Cheratocongiuntiviti di solito si accompagna a dolore*

TERAPIA: ANTIBIOTICO-STEROIDEA COLLIRIO 5-6 VV.

*NON ASSOCIARE CORTISONICI SE NON SI E' CERTI DELL'INTEGRITA' DELLA CORNEA !!*



# Congiuntiviti batteriche





## Aminoglicosidi

- Tobramicina; (associazione Desametasone )
- Netilmicina; (associazione Desametasone)

**Cloramfenicolo** : associazione con betamethasone

## Fluorochinolonici :

- Levofloxacin +desametasone
- Moxifloxacin (4° generazione)



## ....Quando inviare all'Oculista ?

- Marcata secrezione purulenta
- Mancata risoluzione dopo circa 10 giorni
- Sospetto interessamento corneale (dolore)



Caratterizzate da fotofobia, **abbondante lacrimazione**, **follicoli** sulla congiuntiva tarsale

Eziologia più frequente: ADENOVIRUS

**Adenopatia pre-auricolare**

**Molto contagiosa** “da un occhio all’altro”

Frequente interessamento corneale con infiltrati sottoepiteliali (**cheratite punctata**)

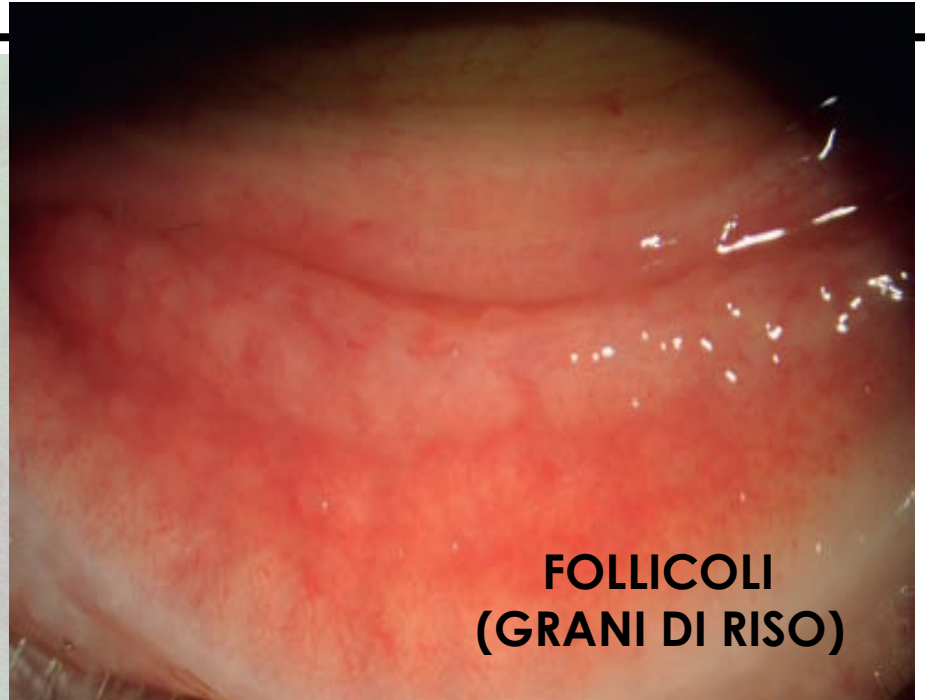
Terapia: antibiotica ??+ lacrime artificiali, non utilizzare cortisonici

**PREVENZIONE RISCHIO CONTAGI !!!**

Necessario controllo oculista per valutare interessamento corneale

**Guarigione di norma dopo 7-10 gg**

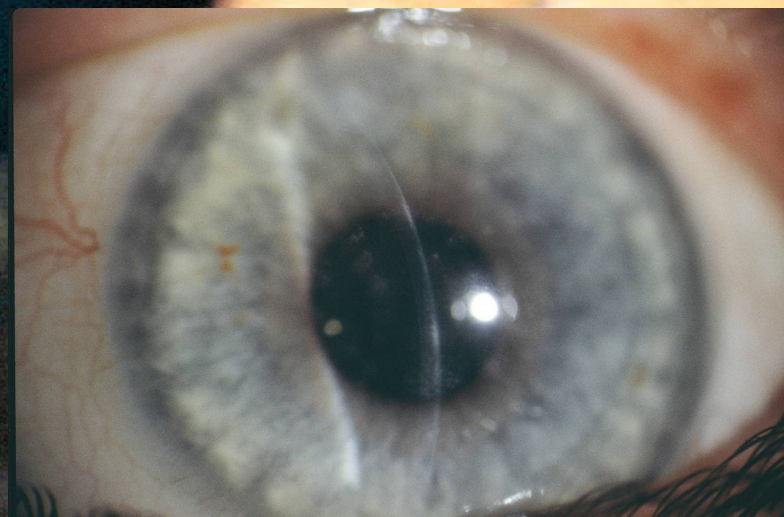




**FOLLICOLI  
(GRANI DI RISO)**



**INFILTRATI SUB-EPITELIALI**



# CONGIUNTIVITI ALLERGICHE ACUTE

**FOTOFOBIA, PRURITO, Secrezione sierosa  
IPERTROFIA PAPILLE TARSALI**

- ◆ ketotifene (Zaditen/Ketoftil 2vv/die - dai 3 anni)
- Disodiocromoglicato (Visuglican 4vv/die)
- ◆ Acido spaglumico (Naaxia 4vv/die)
- ◆ Lodoxamide

**evitare esposizione all'allergene specifico.**

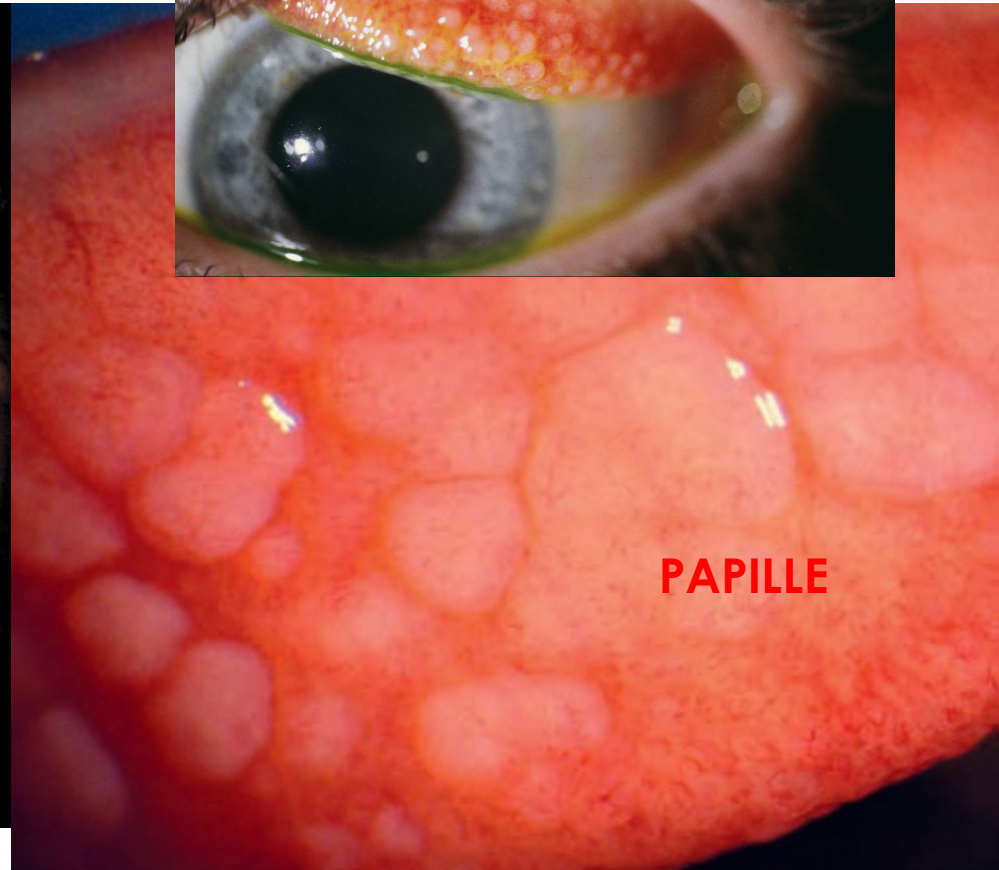
In fase acuta utilizzare antistaminici via generale . Associare coricosteroidi locali fluorometolone a cicli nelle stagionali /perenni



# Congiuntiviti allergiche



**CHEMOSI**

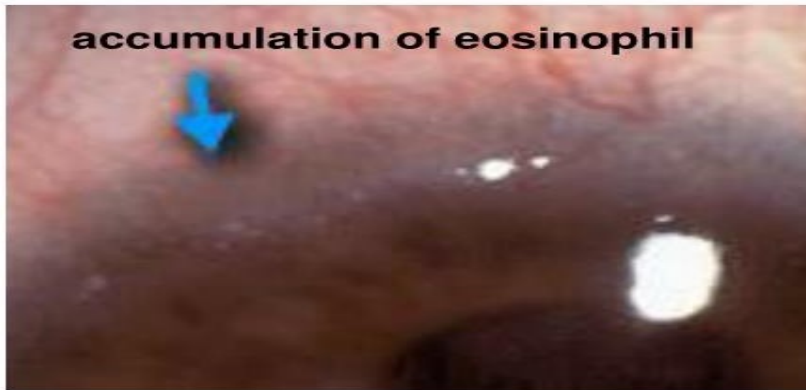


**PAPILLE**



# Vernal conjunctivitis

**Common profile: Male, brown skin, under 20, lives at equatorial region.**



**Treatment: Topical antihistamines, mast cell stabilizers, corticosteroids**

**FOR SHORT TERM; self-limiting**

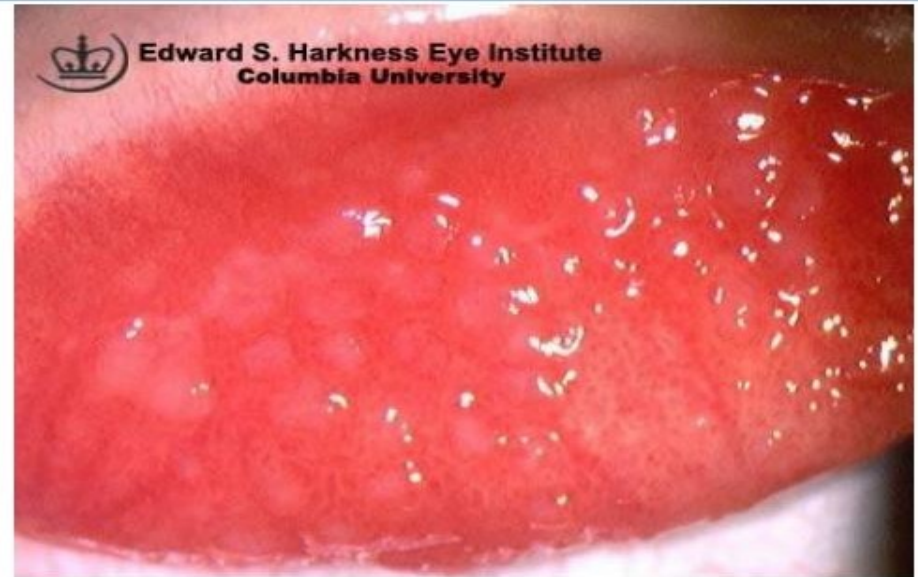
**La cheratocongiuntivite primaverile (Vernal) interessa soprattutto maschi in età pediatrica, sfumando poi in concomitanza con lo sviluppo puberale**





## Giant Papillary Conjunctivitis

**Usually occurs in soft contact lens wearers:  
Contact lens material,  
solution, debris**

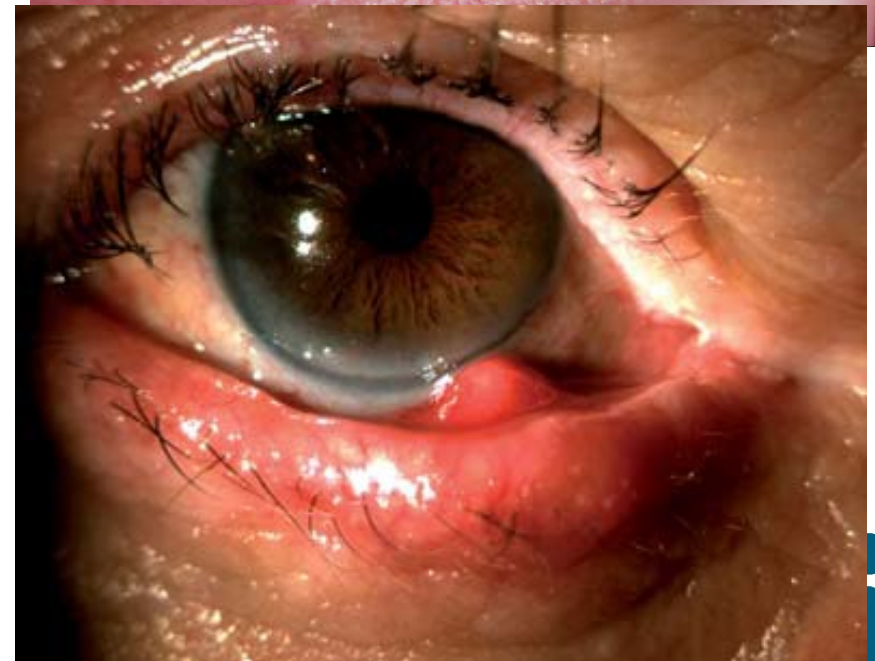
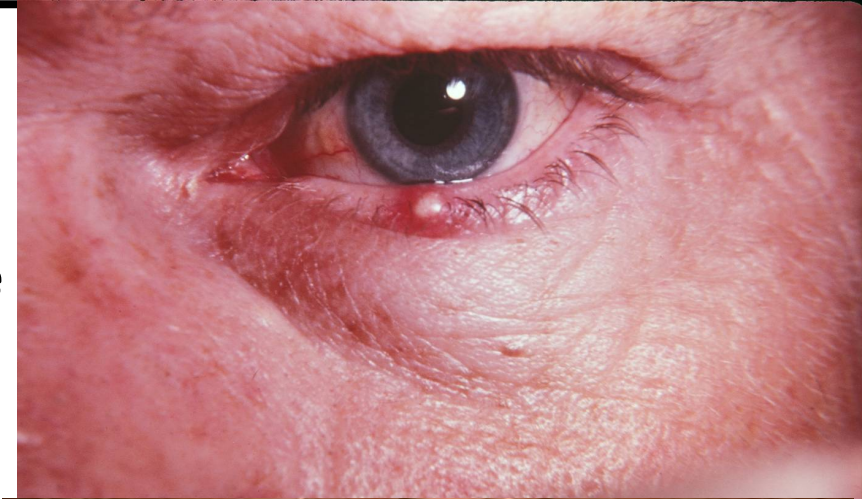


**Treatment: Discontinuation of  
contact lens, topical  
antihistamine, mast cell  
stabilizers, shift to disposable  
lenses.**



**Processi infettivi o infiammatori a carico di margini palpebrali o di ghiandole sebacee annesse alle ciglia palpebrali generalmente causato da stafilococchi. Il paziente ha dolore persistente con sensazione di gonfiore. Si forma poi un ascesso, o un granuloma, che talvolta si apre spontaneamente**

**Terapia:** impacchi caldo-umidi e pomata antibiotica associata a steroidi (Tobradex – Alfatex). Talvolta è necessaria una pulizia chirurgica



Orzaiolo



Calazio



...Quando il paziente chiama il medico specie in piena notte riferendo un forte dolore oculare molto spesso si tratterà di:

**ABRASIONE CORNEALE**



FREQUENTE NEI PORTATORI DI **LENTI A CONTATTO**.

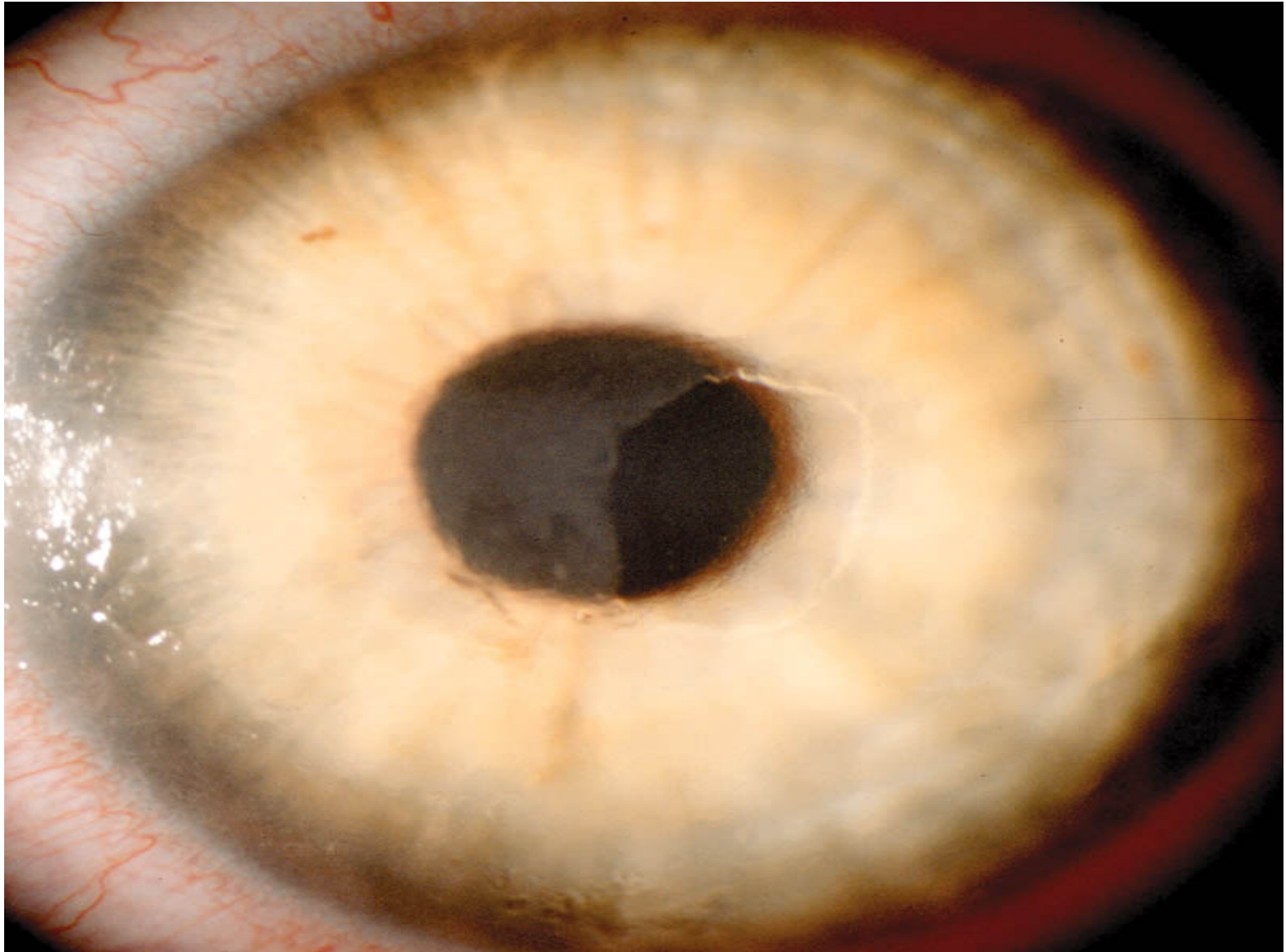
**DISEPITELIZZAZIONE** CON ESPOSIZIONE DELLE TERMINAZIONI NERVOSE TRIGEMIALI=FORTE **DOLORE**, IPEREMIA CONGIUNTIVALE, FOTOFOBIA.

SEMPRE INVIARE DALL'OCULISTA POSSIBILI **COMPLICANZE CORNEALI** INFETTIVE.

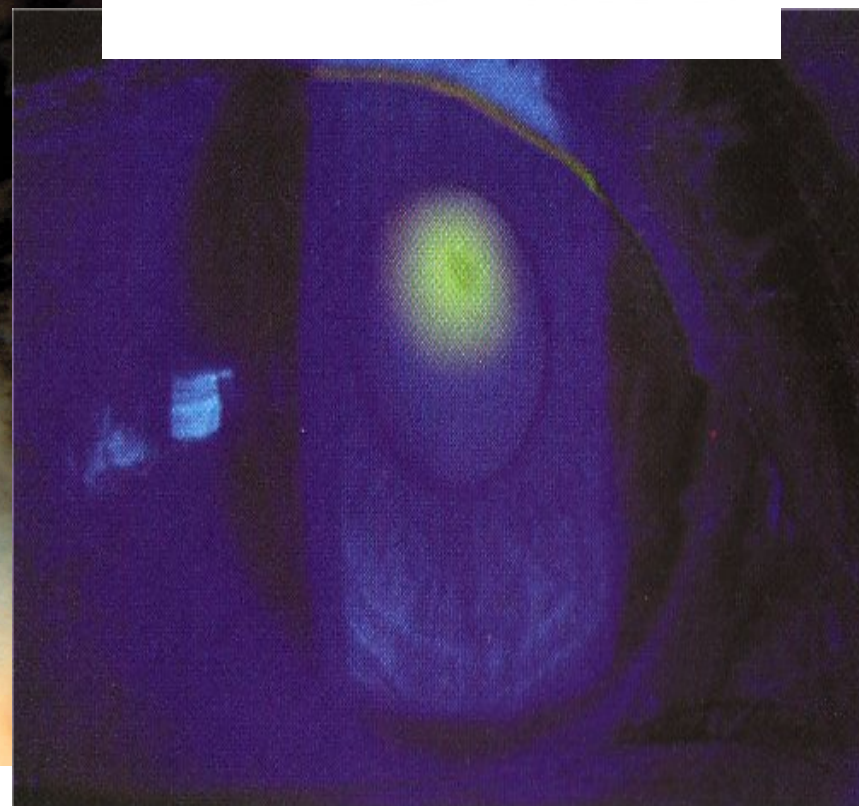
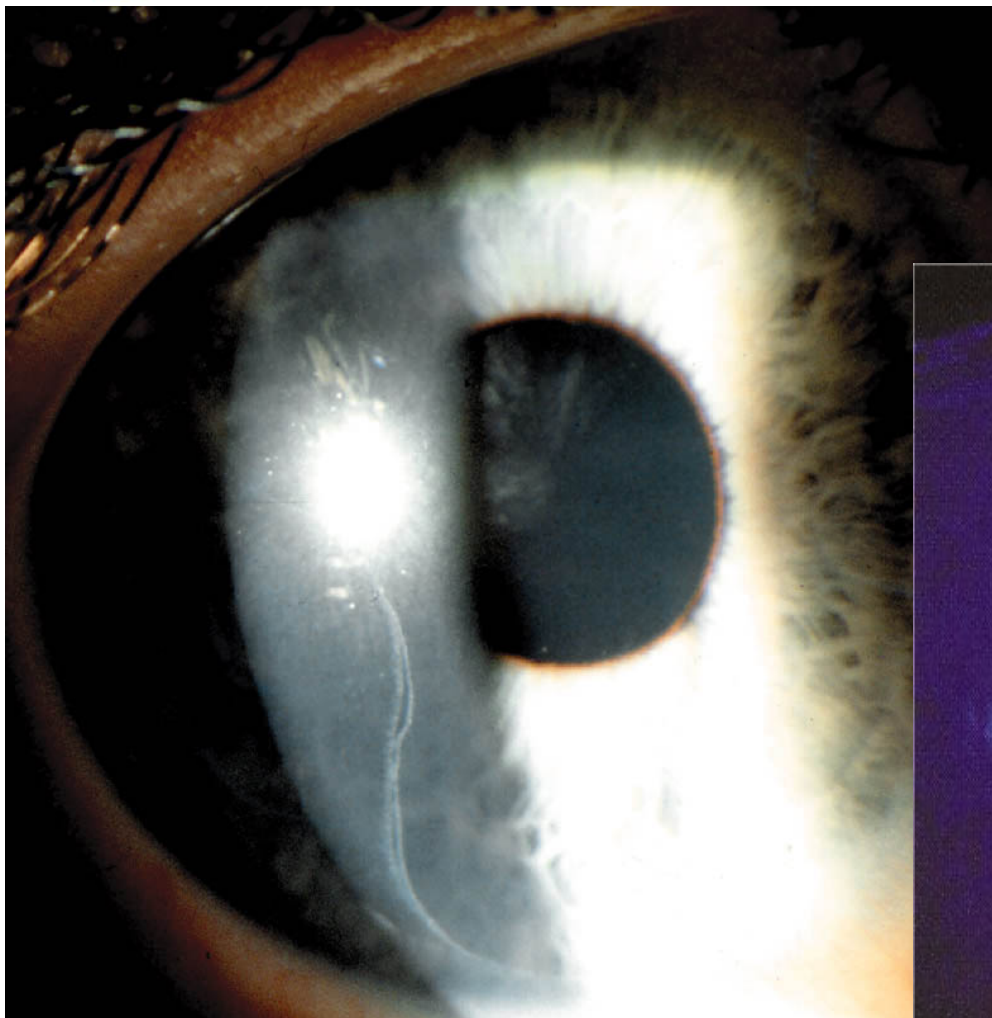
TERAPIA: POMATA ANTIBIOTICA-MIDRIATICI, **MAI CORTISONICI ED ANESTETICI LOCALI** (RALLENTANO LA RIEPITELIZZAZIONE). **BENDAGGIO**,VIETARE L'USO DELLE L.A.C.

PROGNOSI: **GUARIGIONE DOPO 24-48 h.**

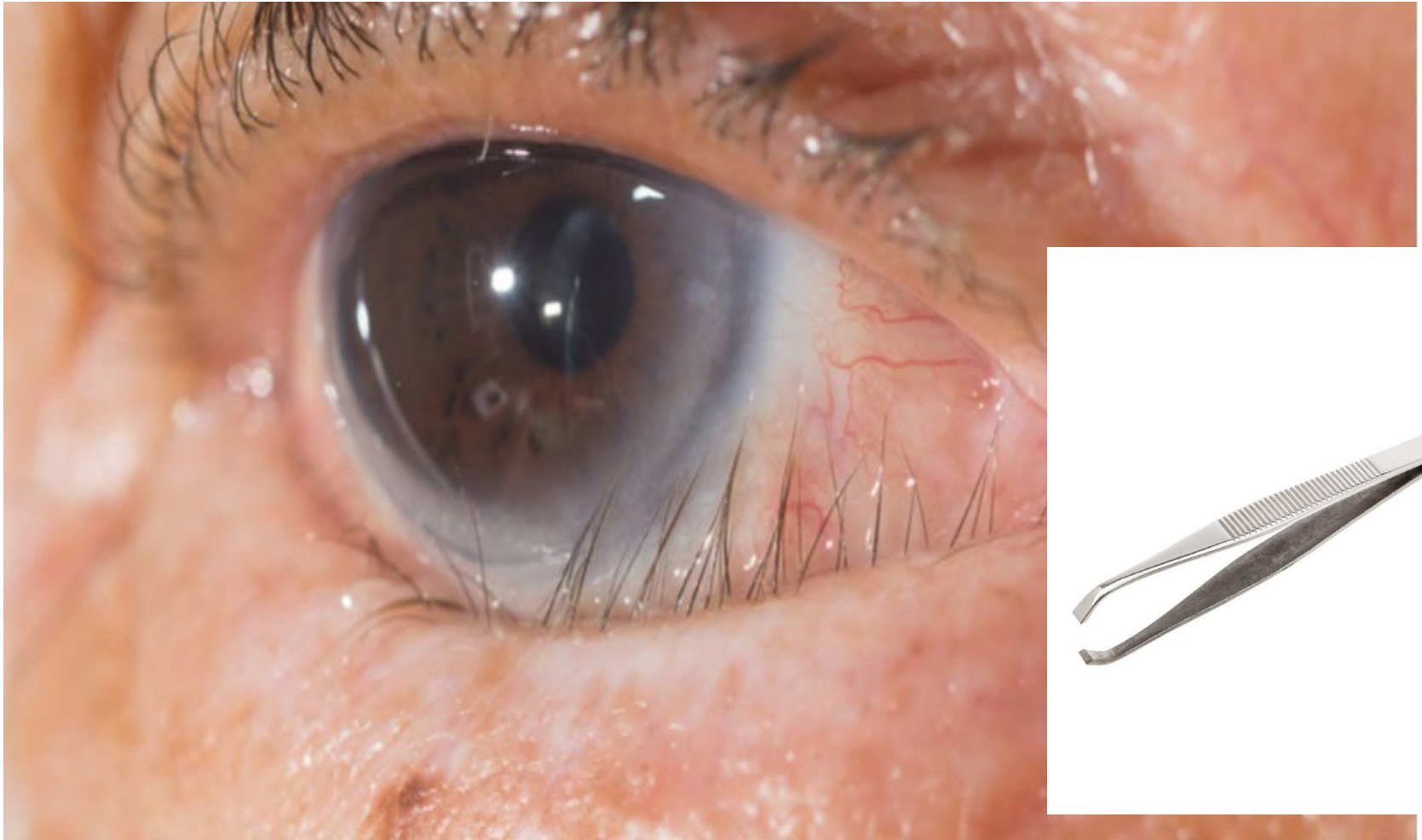




## FLUORESCINA SODICA

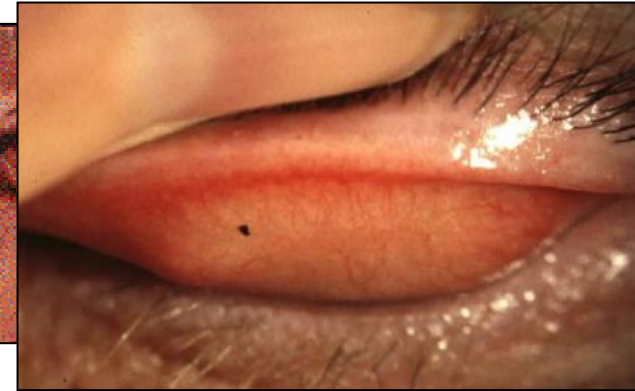
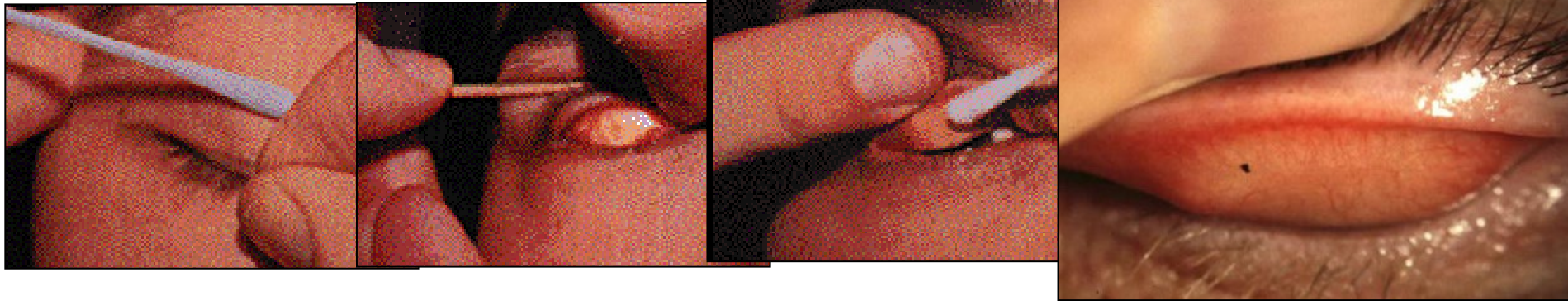


# TRICHIASI: frequente causa di dolore oculare conseguenza di entropion palpebrale





**VANNO SEMPRE RICERCATI EVENTUALI CORPI ESTRANEI**



● **POMATA ANTIBIOTICA (COLBIOCIN – EXOCIN)**

● **BENDAGGIO COMPRESSIVO 24 H**



Tipica del week-end è la congiuntivite binoculare da **raggi ultravioletti**.

Per uso di **saldatori** ma anche villeggianti o per lampade abbronzanti senza adeguata protezione di lenti.

Marcato **dolore** che compare dopo alcune ore dall'esposizione.

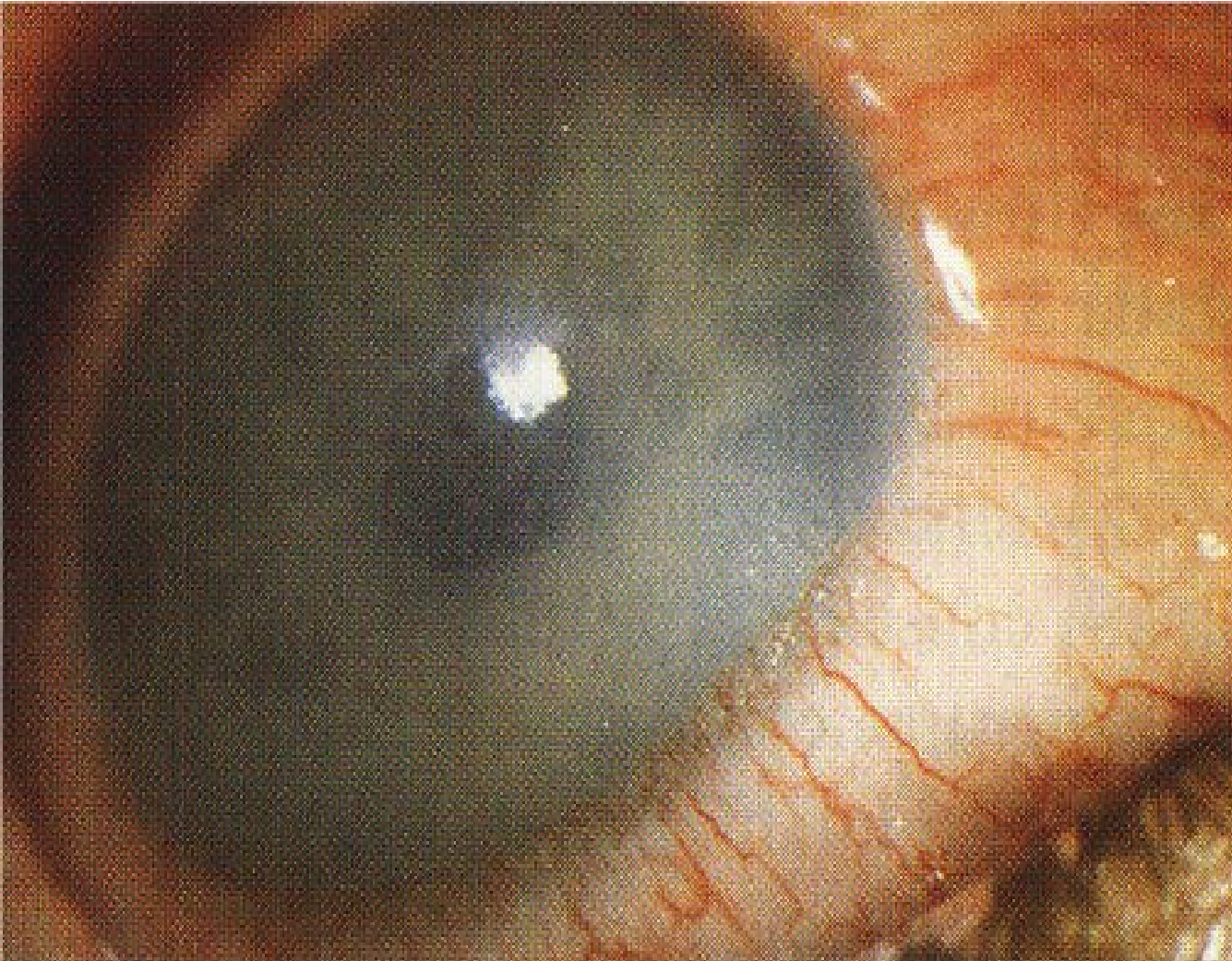
VA **SEMPRE INVIATA ALL'OCULISTA** per valutare la situazione corneale

Terapia: **bendaggio** binoculare, pomata antibiotico-cortisone, midriatici.

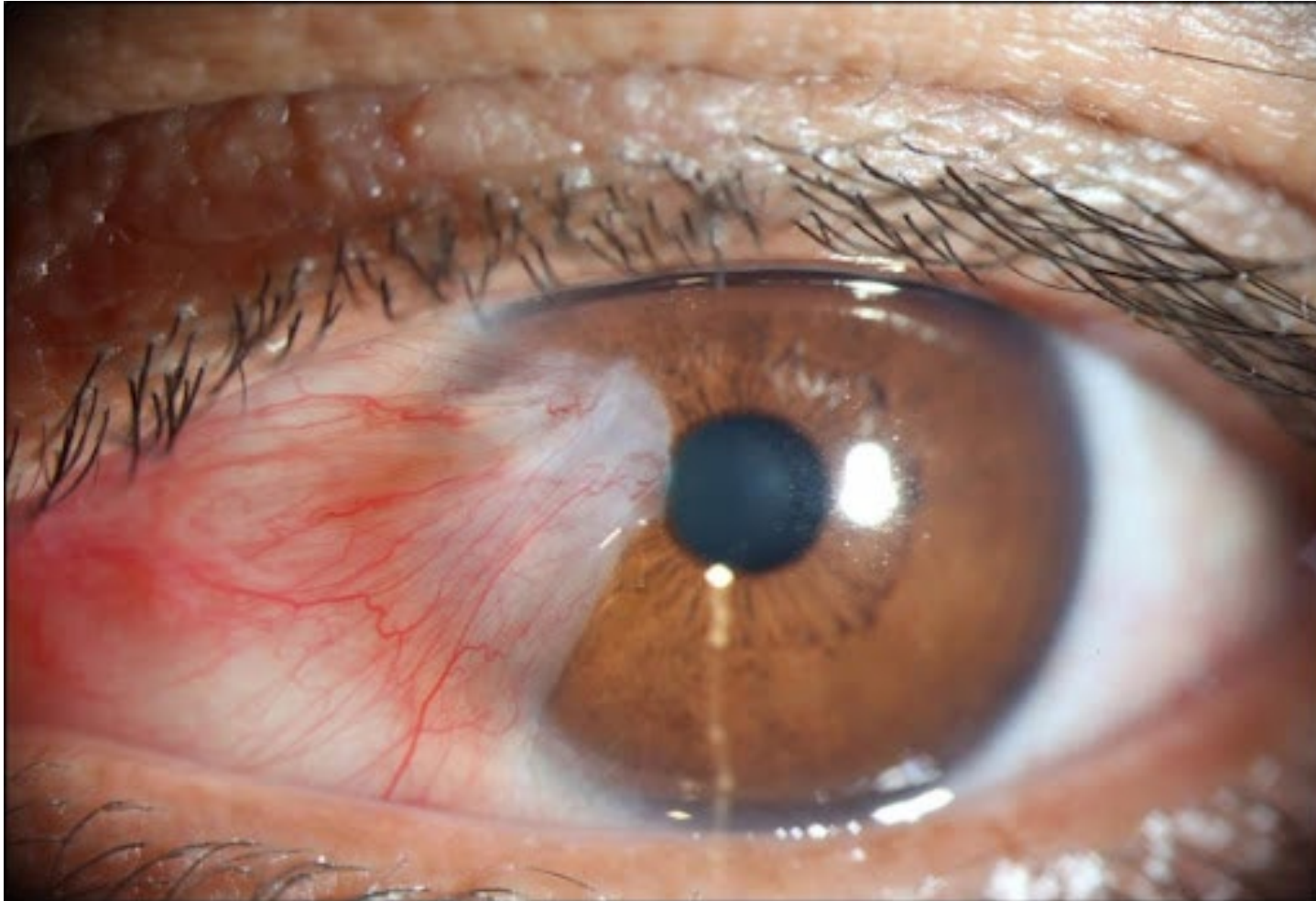
Prognosi: **guarigione completa** dopo 3-5 gg.



# Cherato-congiuntivite attinica



**PTERIGIO: PATOLOGIA CRONICA,  
NEOFORMAZIONE FIBROVASCOLARE BENIGNA CHE  
TENDE AD INFIAMMARSI.  
TERAPIA CHIRURGICA**



DI FREQUENTE OSSERVAZIONE PRESSO IL P.S.  
DI DIMENSIONI MOLTO VARIABILE

SOLITAMENTE IDIOPATICA MONOLATERALE, assenza dolore

BISOGNA VALUTARE:

- ▶ -NON PREGRESSO TRAUMA
- ▶ -IPERTENSIONE ARTERIOSA, EMOPATIE

GUARIGIONE SPONTANEA DOPO 10 GG. SPESSO RECIDIVE

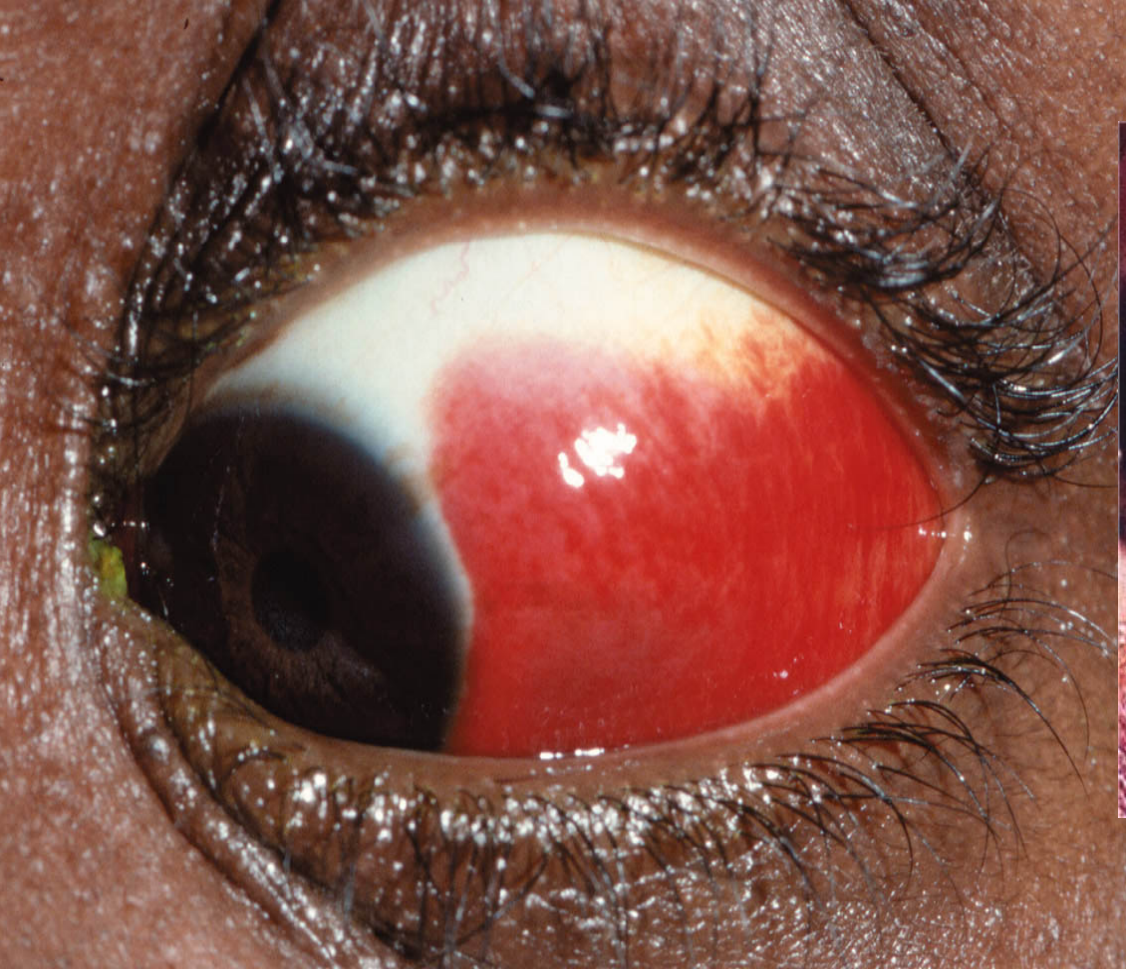
Nessuna terapia eventualmente collirio (eparina)

Nei casi ricorrenti è utile emocromo completo e studio della coagulazione.

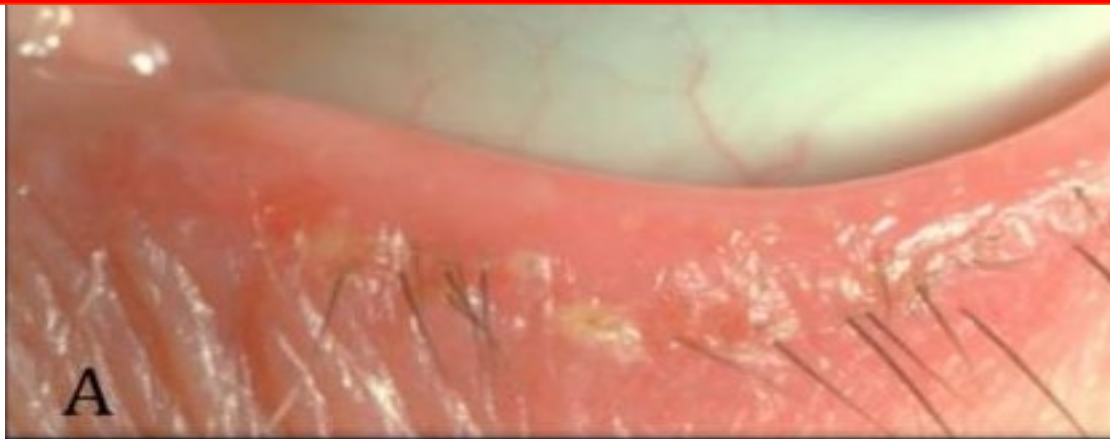
NON E' NECESSARIO INVIO AL P.S.



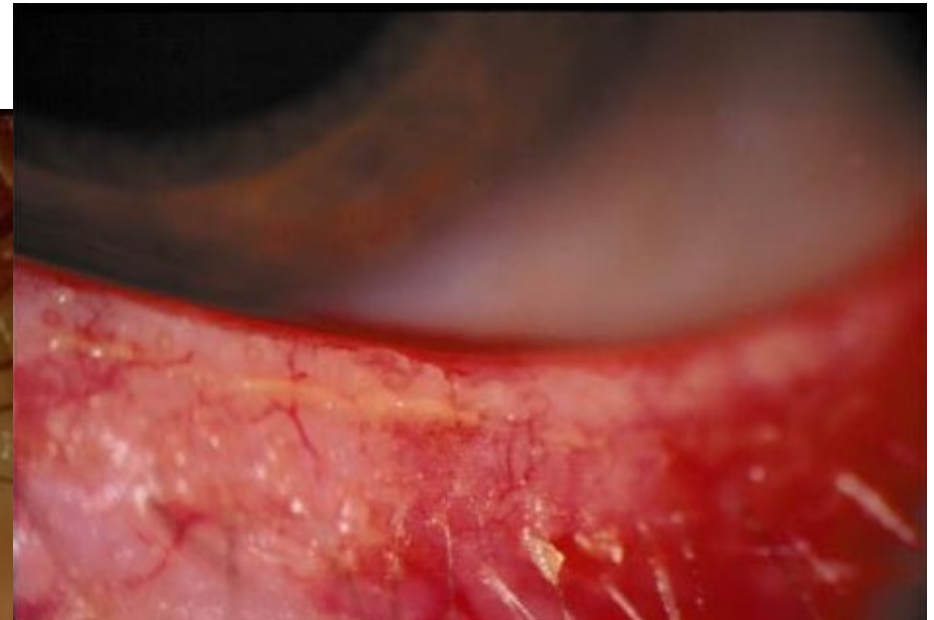
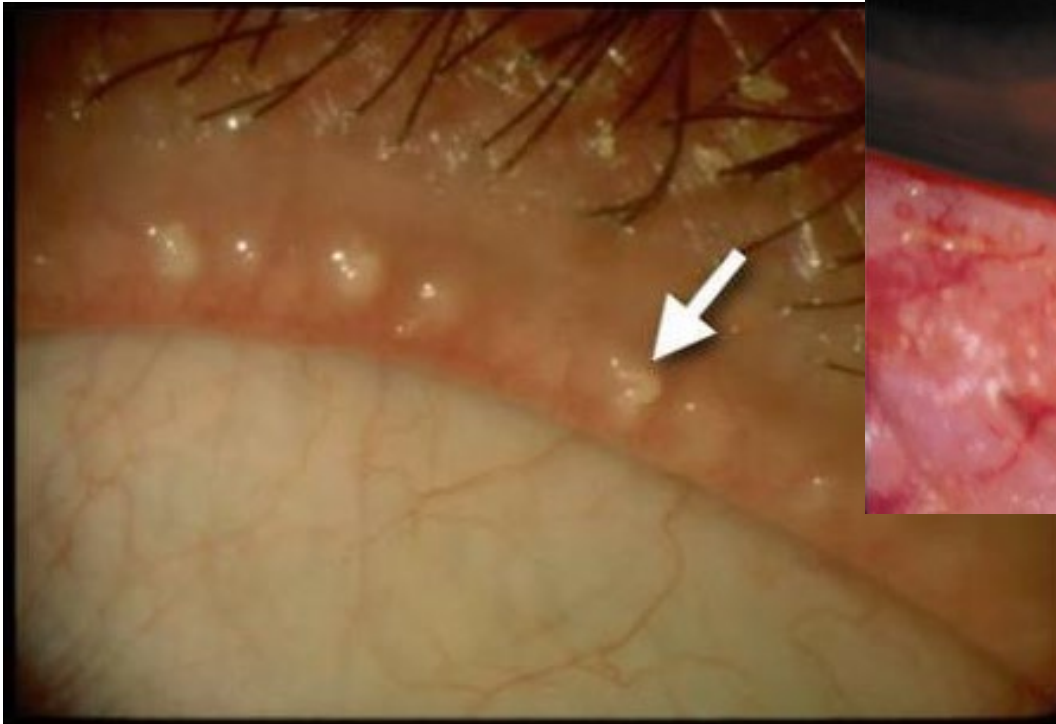
# EMORRAGIA SOTTOCONGIUNTIVALE



# BLEFARITE ANTERIORE da stafilococco o seborroica



## BLEFARITE POSTERIORE: secondaria a una disfunzione delle ghiandole di Meibomio





# Blepharitis

Condition	Clinical Findings	Treatment
<b>1) Anterior Blepharitis</b>	Lid margin erythema, ulceration, fibrin, collarettes (fibrin coating lashes), crusts at base of lashes, sty (pustules forming at the base of hair follicles)	Lid hygiene, warm compresses, bactericidal ointment, anti-staphylococcal antibiotics
<b>2) Posterior Blepharitis</b>	Chronic burning, foreign body sensation, conjunctival redness,	Warm compress, oral tetracycline, doxycycline or erythromycin, topical corticosteroids



## CONGIUNTIVITI ACUTE BATTERICHE *FORME PARTICOLARI*

### ▶ CONGIUNTIVITE PSEUDO-MENBRANOSA

SI FORMANO DELLE PSEUDO-MENBRANE GRIGIASTRE SULLA CONGIUNTIVA TARSALE CHE ALL'ASPORAZIONE DETERMINANO ULCERAZIONI SANGUINANTI

### ▶ CONGIUNTIVITE GONOCOCCICA DEI BAMBINI

(DI FREQUENTE OSSERVAZIONE NEI P.S.) SPESSO ASSOCIATA A DACRIOCISTITE E LEGATA A STENOSI DELLE VIE LACRIMALI, SPREMITURA SACCO, MASSAGGI, TERAPIA ANTIBIOTICA TOPICA

### ▶ CONGIUNTIVITE ANGOLARE

DIPLOCOCCO DI MORAX-AXENFELD LOCALIZZATA AGLI ANGOLI DELLE PALPEBRE





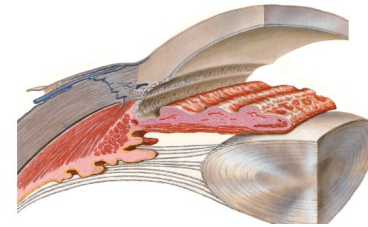
# OCCHIO ROSSO CON DOLORE

- **GLAUCOMA ACUTO**
- **IRIDO-CICLITI ACUTE (UVEITI ANTERIORI)**
- **CHERATITI/ULCERE CORNEALI**
- **CORPI ESTRANEI CORNEALI (VEDI TRAUMATOLOGIA)**
- **SCLERITI ED EPISCLERITI**

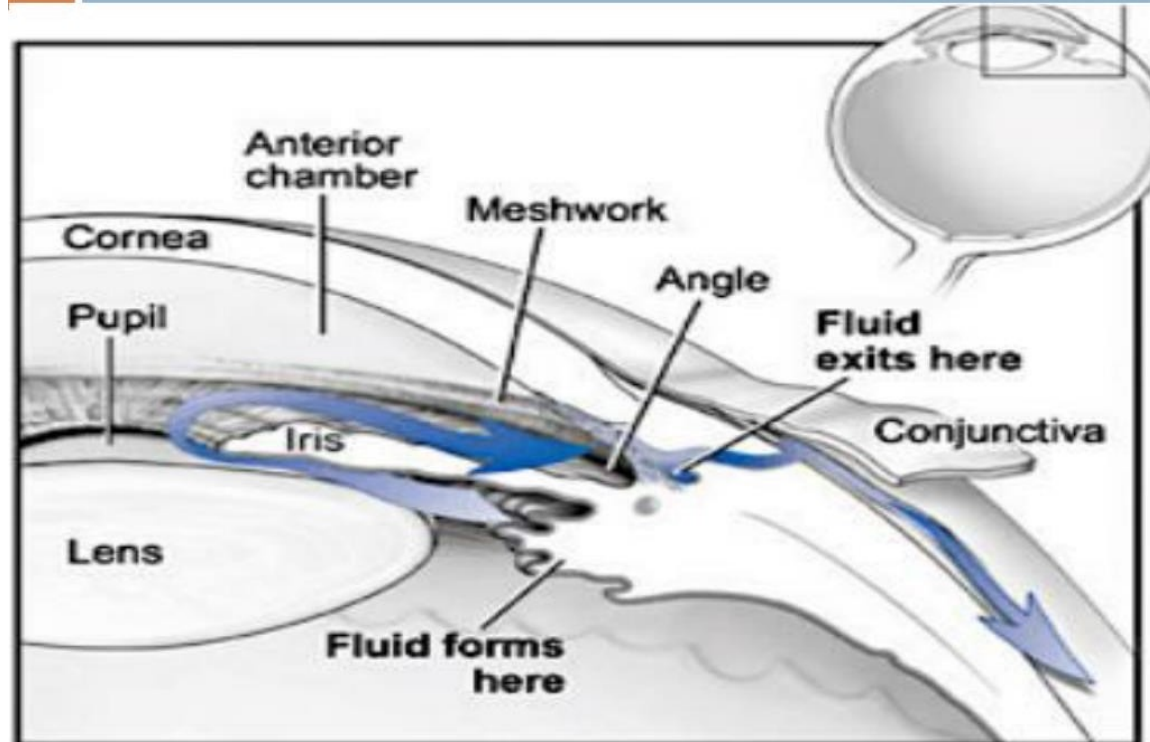


# GLAUCOMA ACUTO

**PATOGENESI:** RIDUZIONE  
MARCATA DEL  
DEFLUSSO  
DELL'UMORE ACQUEO  
CON CONSEGUENTE  
IMPROVVISO  
AUMENTO DELLA  
**PRESSIONE  
ENDOCULARE**



## Acute Angle Closure Glaucoma



SINTOMATOLOGIA: **DOLORE VIOLENTO** PERIORBITARIO,  
GRAVATIVO SPESSO CON VOMITO BRIVIDI, BRADICARDIA.

Pa.già con diagnosi di glaucoma

MARCATA RIDUZIONE DEL VISUS CERCHI INTORNO ALLE  
SORGENTI LUMINOSE

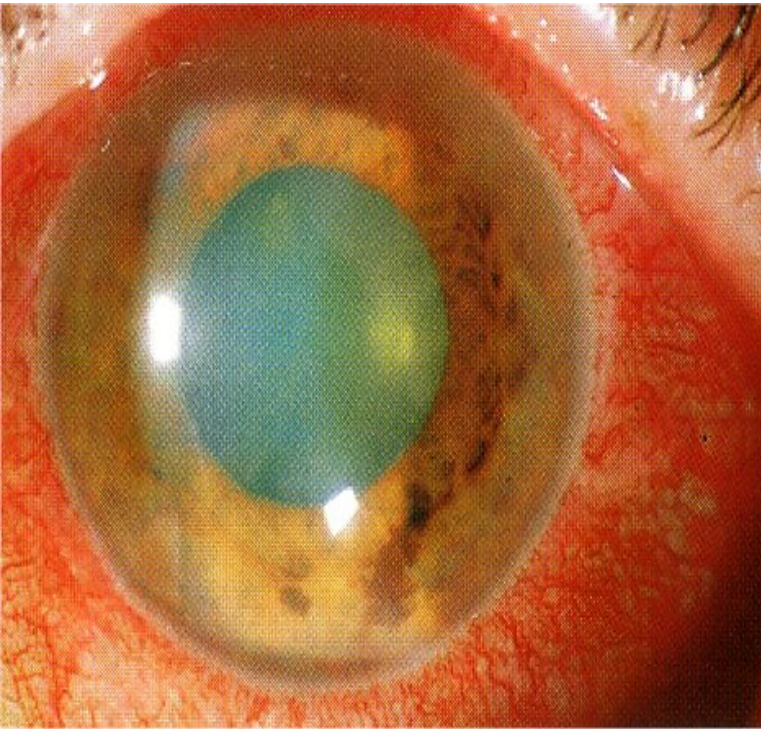
EDEMA CORNEALE, INIEZIONE PERICHERATICA, C.A. DI  
PROFONDITA RIDOTTA, **MEDIA MIDRIASI FISSA.**

## MARCATO IPERTONO

VALORI >50 mm/Hg



# Attacco di glaucoma acuto



TERAPIA: DEVE MIRARE A RIDURRE RAPIDAMENTE LA  
PRESSIONE ENDOCULARE

- **INIBITORI DELL'ANIDRASI CARBONICA**  
(ACETOZOLAMIDE) fino a 1 gr/die
- **PRODOTTI AD AZIONE OSMOTICA** (MANNITOLO)
- **PILOCARPINA** COLLIRIO (MIOTICO)

DECUBITO SUPINO

INVIO PRESSO P.S. OCULISTICO

TRATTAMENTO RISOLUTIVO: IRIDOTOMIA LASER





# IRIDOCICLITI ACUTE (UVEITI ANTERIORI)

**FLOGOSI DELL'IRIDE E DEL CORPO CILIARE, VASTA GAMMA DI  
SINDROMI NELLA MAGGIORANZA EZIOLOGIA SCONOSCIUTA  
(AUTOIMMUNI)**

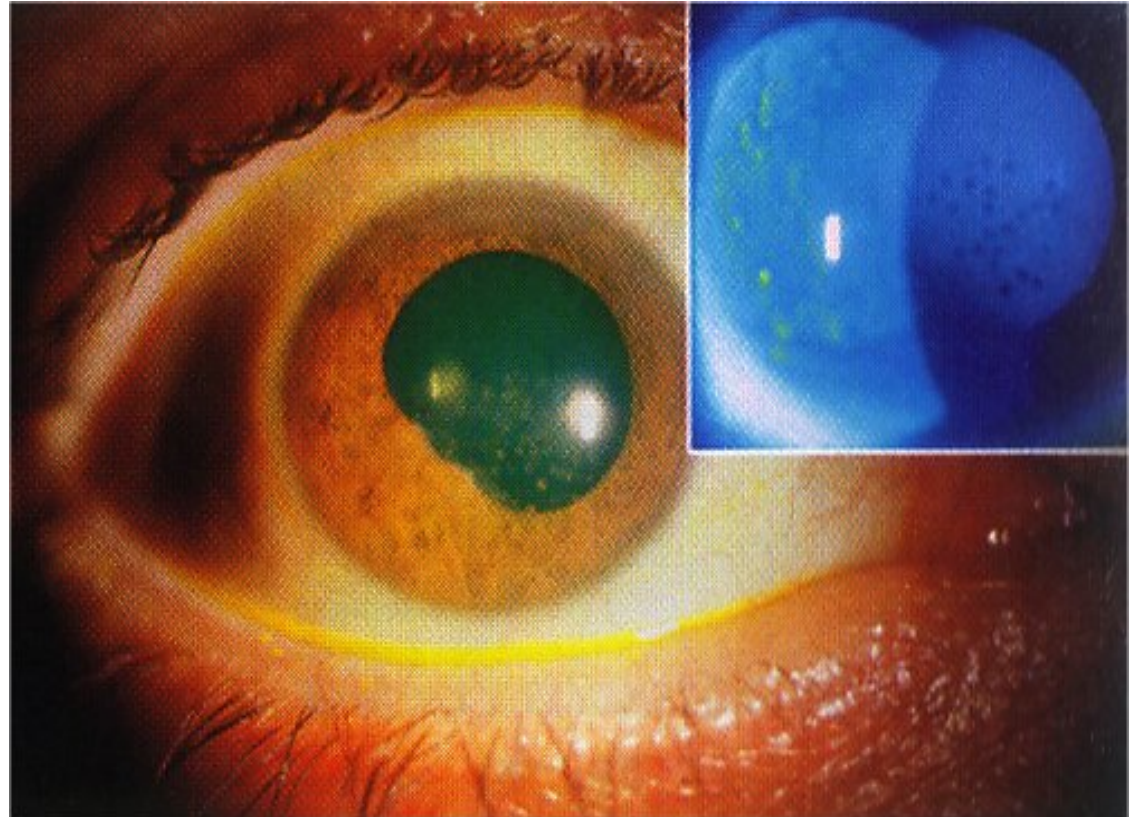
**SINTOMATOLOGIA: FOTOFOBIA, LACRIMAZIONE, INIEZIONE  
PERICHERATICA, DIMINUZIONE DEL VISUS, PUPILLA MIOTICA,  
ESSUDAZIONE NELL'ACQUEO, IPOPION, SINECHIE**

**ATTENZIONE ANAMNESI !!!  
GENERALMENTE **RECIDIVANTI****



TRATTAMENTO:

- CORTISONICI
- MIDRIATICI



**NECESSARIO INVIO PRESSO REPARTO OCULISTICO PER FREQUENTI  
COMPLICANZE**



INFEZIONI CON INFILTRATI ED ULCERE CORNEALI LA CUI  
GRAVITA' E' DETERMINATA DALL'ESTENSIONE E DALLA  
PROFONDITA' DELL'EROSIONE (PERDITA  
DI TRASPARENZA-VASCOLARIZZAZIONE)

**DOLORE**, FOTOFOBIA, REAZIONE PERICHERATICA, RIDUZIONE  
DEL VISUS

DISTINGUIAMO:

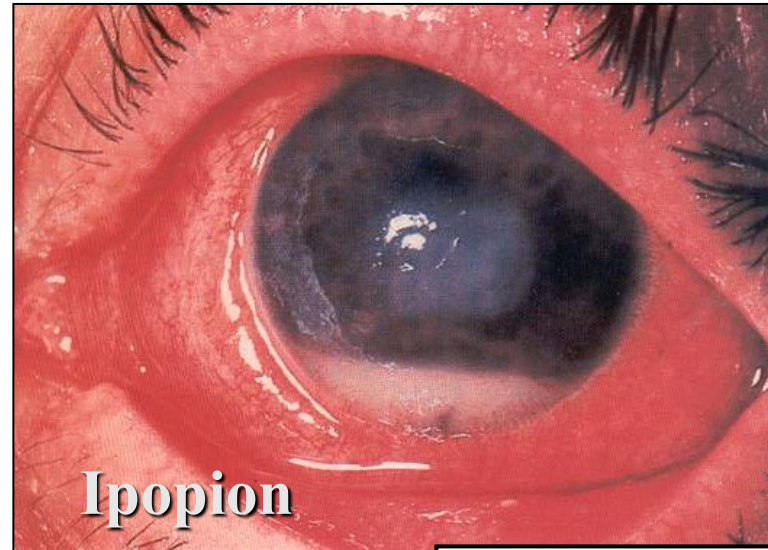
- **ULCERA CORNEALE SETTICA**
- **CHERATITI VIRALI**



FOCOLAIO GRIGIASTRO (ASCESSO CORNEALE) A LIMITI INDISTINTI CON  
EDEMA CIRCOSTANTE

ESSUDAZIONE NELL' UMOR ACQUEO CON POSSIBILE RACCOLTA IN  
CAMERA ANTERIORE (IPOPION )

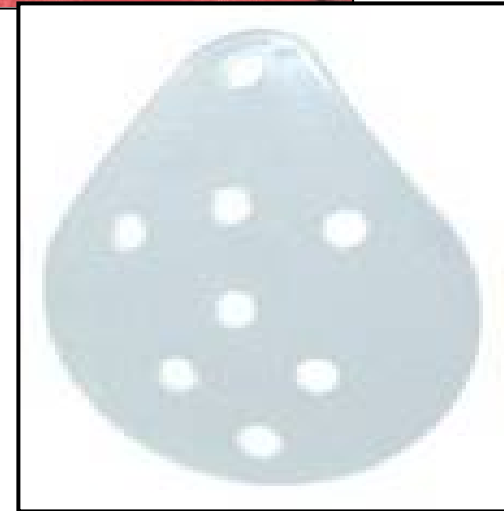




Bendaggio con scudo in plastica

Eventualmente Iniziare Terapia antibiotica topica  
preferibilmente fluorochinolonic

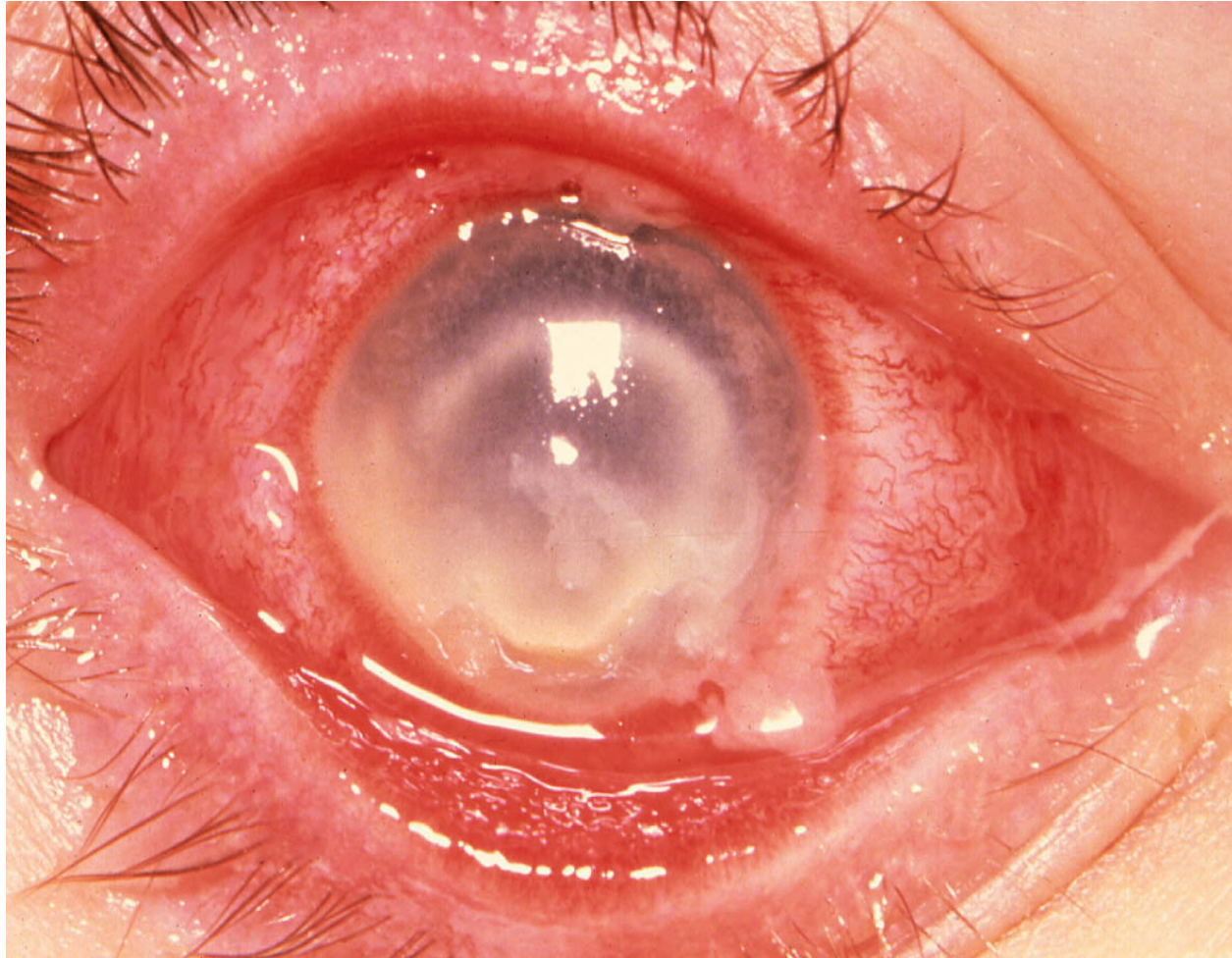
(no steroidi, no anestetici locali , sì midriatici)



**INVIARE SEMPRE ALL'OCULISTA IL PRIMA POSSIBILE**



# Cheratite micotica



## Cheratite da herpes-virus:

lacrimazione, fotofobia, sensazione di corpo estraneo, **dolore oculare** e trigeminale

**Forma dendritica:** lesione ulcerativa **arborescente**  
Ulcera a carta geografica: ulcerazione più ampia



# Cheratite herpetica dendritica

più comune

## Colorazione con fluorescina

terapia:

Ganciclovir gel 0,15% 5 v/die

Acyclovir unguento 3% 5v/die

utilizzo di antivirali sistemici può associarsi al farmaco  
topico (IMMUNODEPRESSI).

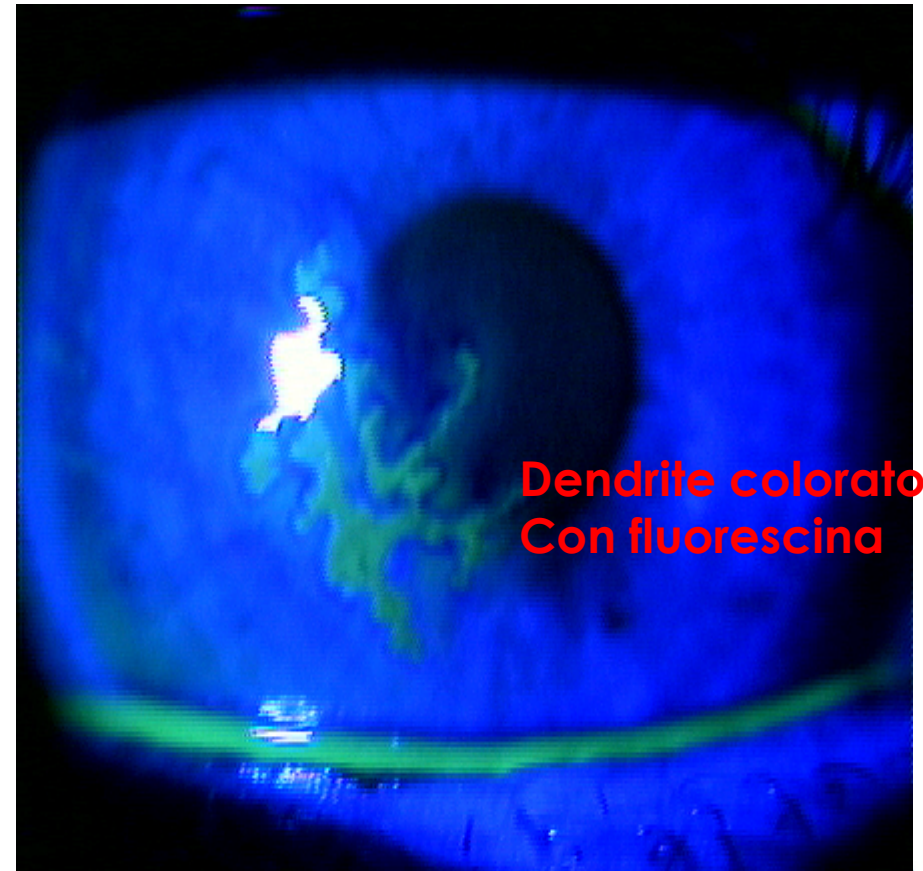
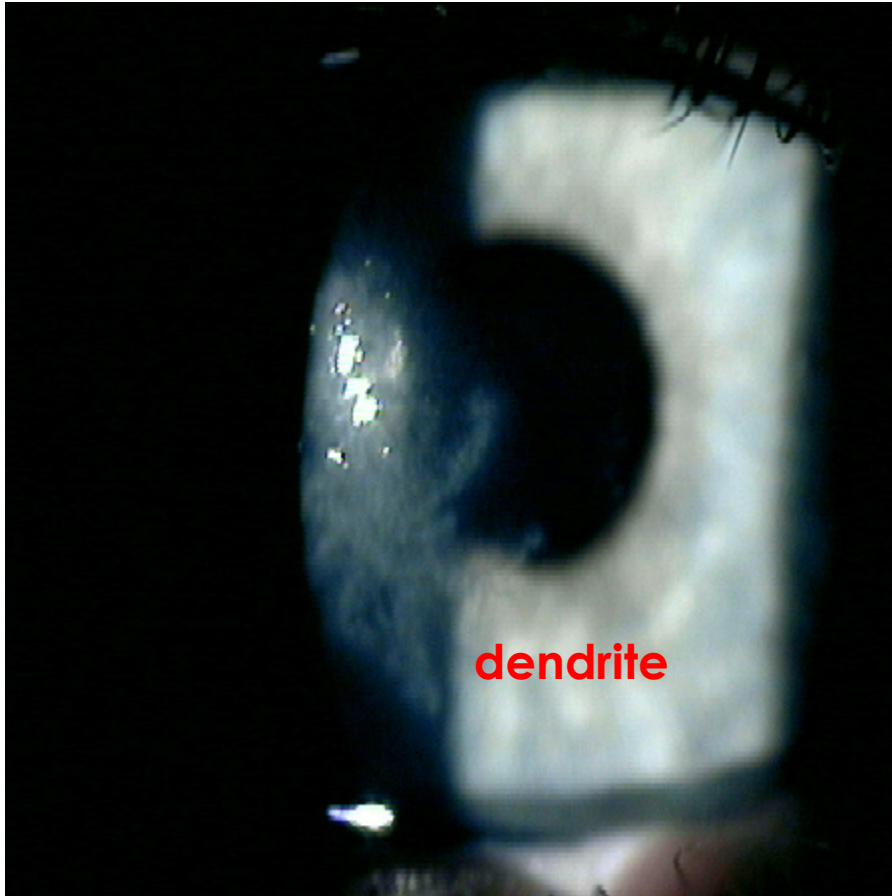
no steroidi , no anestetici, eventualmente midriatici

**INVIARE ALL'OCULISTA PRIMA POSSIBILE**





## Colorazione con fluorescina



Si accompagna alle manifestazioni cutanee

Dolore oculare e dolore trigeminale sul territorio della 1° branca.

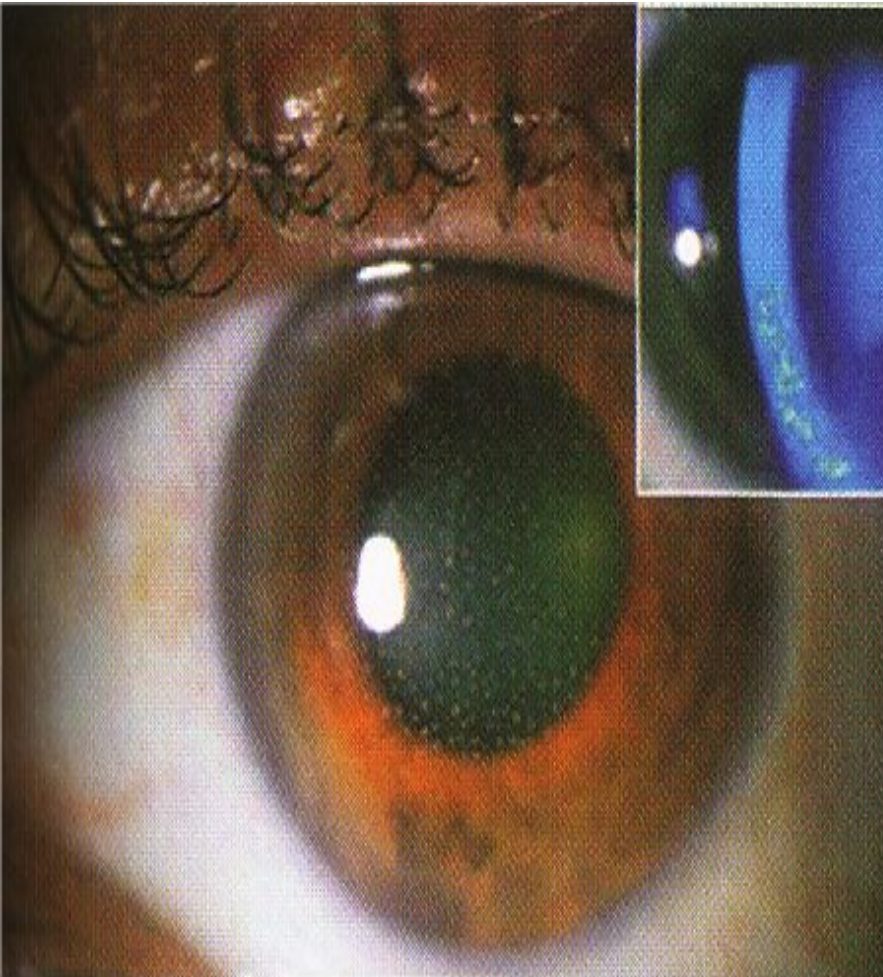
**Vescicole cutanee** a contenuto torbido

**Possibile interessamento corneale inviare ad oculista per controllo**

La terapia generale deve essere iniziata entro 72 ore dai prodromi:

- Aciclovir 800 mg 1 cpr per 5 volte al giorno per 7-10 gg
- Aciclovir crema per 6 volte al giorno
- Aciclovir unguento oft. 5 vv/die se interessamento corneale





La forma tipica si manifesta con **nodulo sulla sclera** forte dolore, iperemia e lacrimazione /pa.con patologie connettivali.



Terapia: FANS e cortisonici  
collirio (diclofenac –  
fluorometolone)

Guarisce dopo 7-10 gg.  
Frequenti recidive



**Infezione del sacco lacrimale** (streptococchi, pneumococchi)

**Tumefazione** della regione del sacco lacrimale e della palpebra inferiore **molto dolente** alla palpazione.

Terapia antibiotica locale +

Amoxicillina-Acido Clavulanico cpr 250-500 mg per 3 volte al giorno negli adulti



*Inviare all'oculista per drenaggio  
possibili complicanze (cellulite orbitaria)*



**Cellulite orbitaria: (settale e presettale)** complicanze di infezioni lacrimali dei seni paranasali, dentarie  
NECESSITANO OSPEDALIZZAZIONE



# Punture d'insetto





# TRAUMATOLOGIA NON CHIRURGICA

- **Corpi estranei congiuntivali**
- **Corpi estranei corneali**
- **Abrasioni corneali**
- **Causticazioni da agenti chimici**
- **Ustioni da agenti fisici**
- **Contusioni del bulbo** - dirette  
- indirette



## **SONO LA CAUSA N°1 DI ACCESSO AL P.S.**

Generalmente infortuni sul lavoro.

Sensazione di corpo estraneo, dolore, fotofobia  
lacrimazione

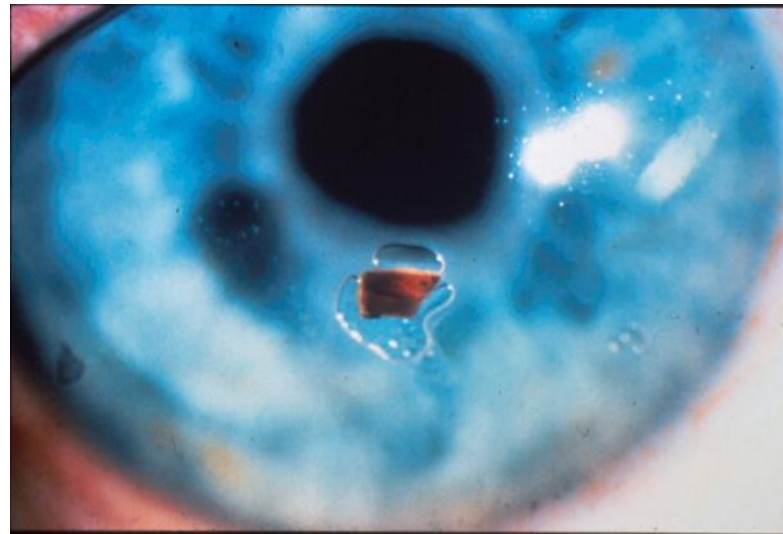
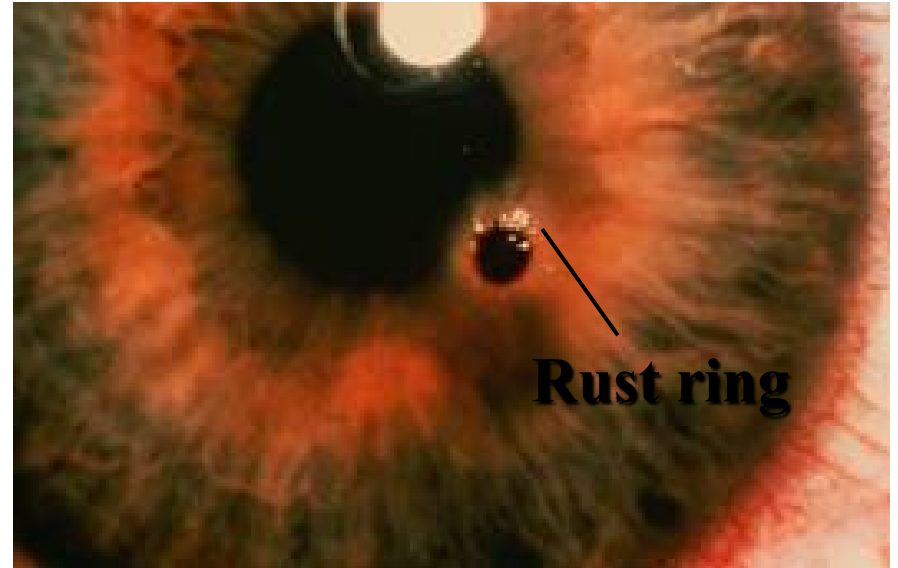
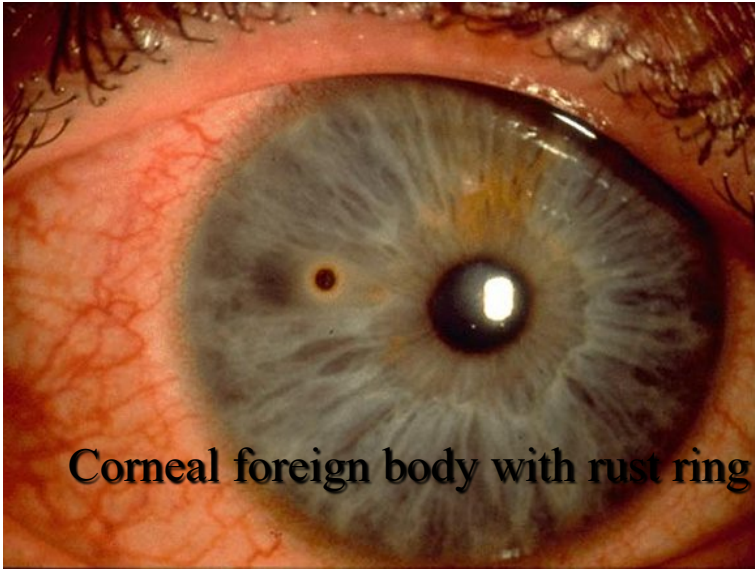
I più comuni: ferro (ruggine), pietre, spine  
vegetali, insetti.

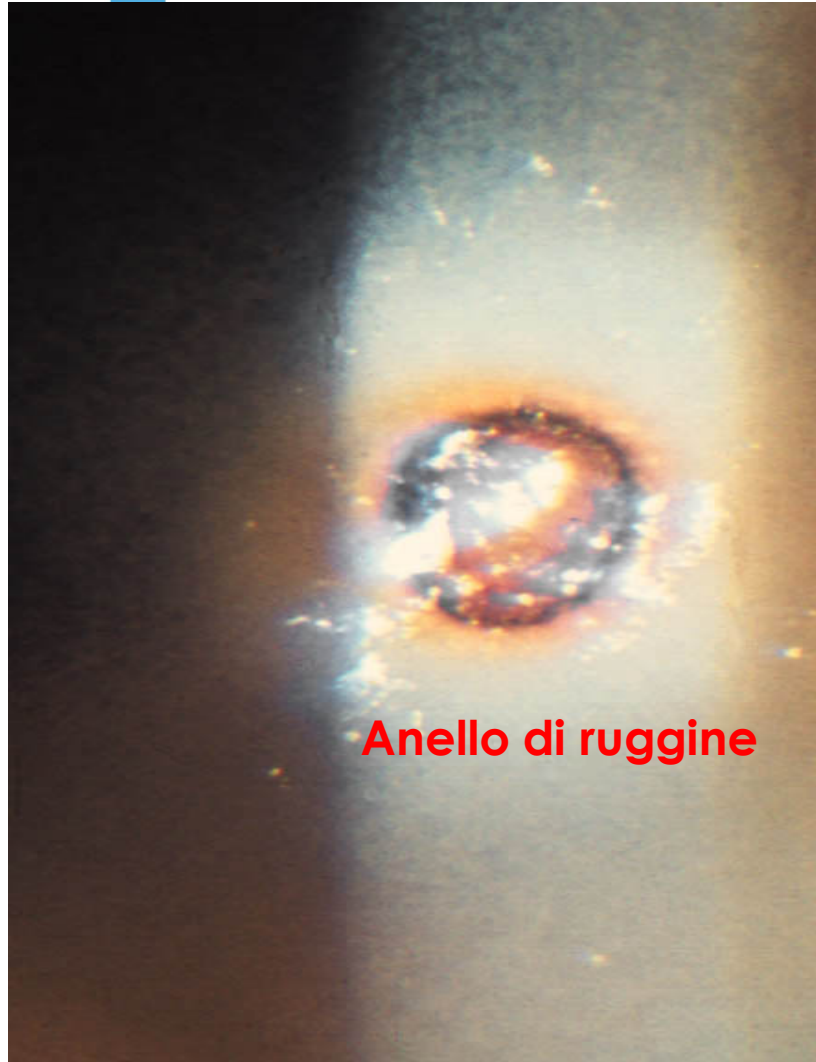
## **PROFONDI E SUPERFICIALI**

## **ASPORTARE RAPIDAMENTE PER COMPLICANZE INFETTIVE**

TERAPIA CON POMATA ANTIBIOTICA (cloramfenicolo -  
Colbiocin e BENDAGGIO- EVITARE CORTISONICI !!



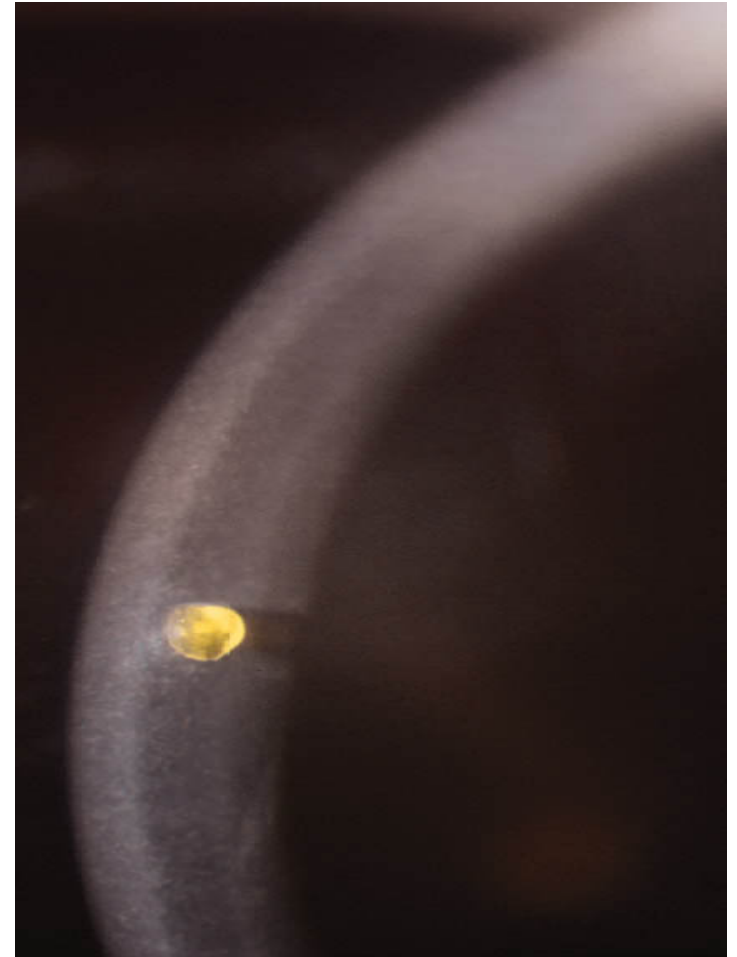
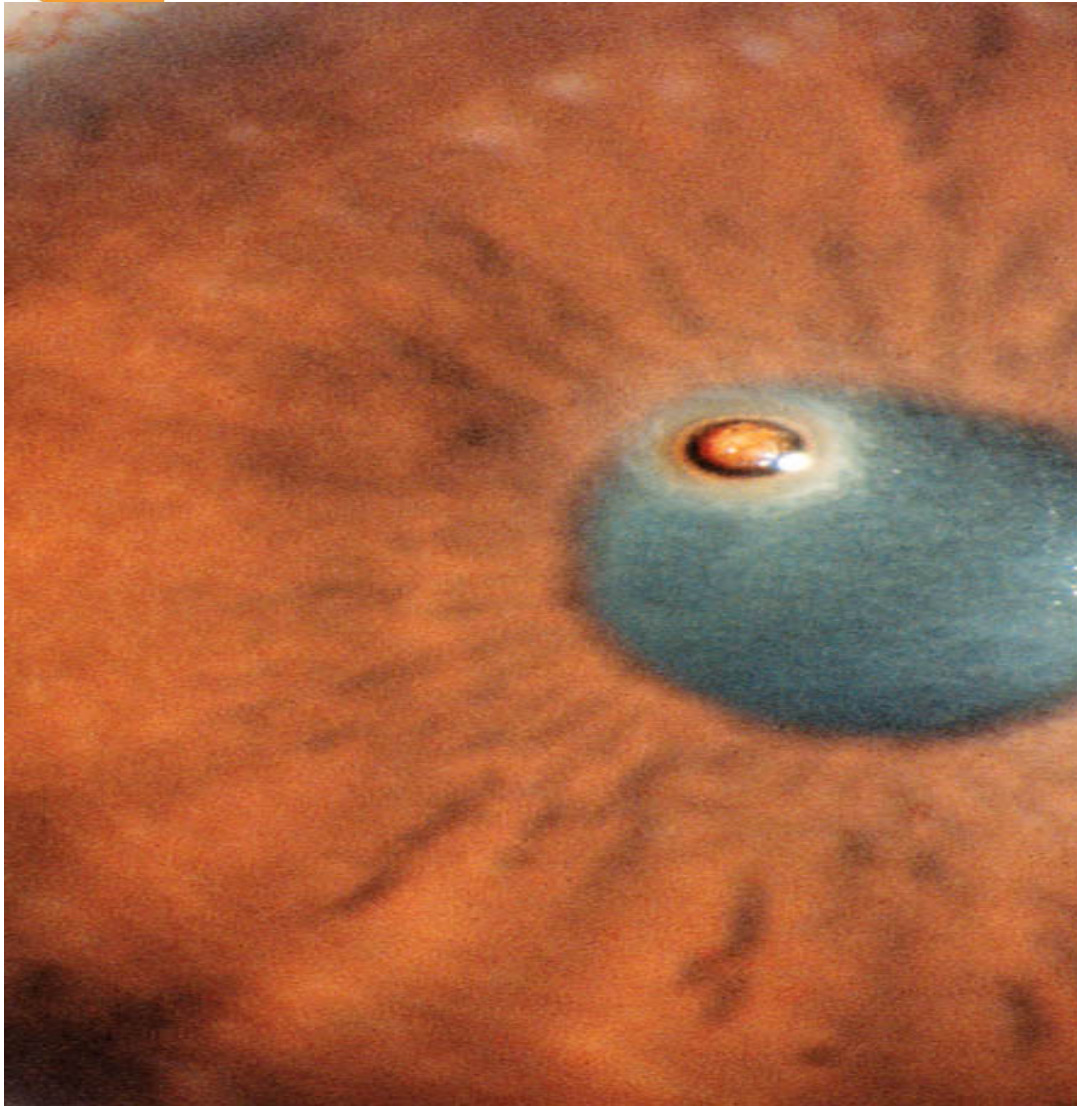




**Anello di ruggine**

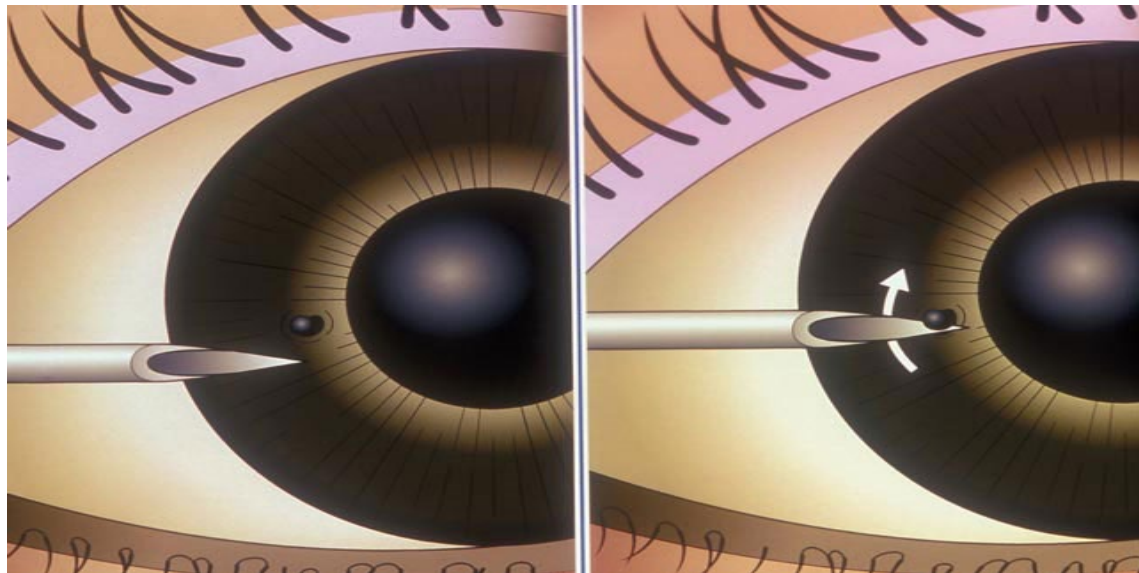


c.e. profondo



## corpo estraneo corneale

- Rimuovere con lente ingrandimento con ago 25 G o cotton fioc
- Eversione palpebra superiore – ev. altri C.E.
- Inviare dall'oculista il giorno successivo per rimuovere l'anello di ruggine



Le causticazioni da agenti chimici sono frequenti sia lavorative che domestiche

**VERE EMERGENZE !!**

I più comuni: calce, ammoniaca, soda caustica, acido solforico, acido nitrico.

**Possono essere da acidi o da alcali generalmente > è il PH più sarà profonda la lesione e più gravi gli esiti cicatriziali.**

Si osserva: spasmo palpebrale, chemosi congiuntivale, **necrosi tissutale**



- Immediata, copiosa, ripetuta IRRIGAZIONE con almeno 1-2 litri soluzione salina (latte, birra, ecc....normalizzare PH 7.3-7.7)
- Instillare anestetico topico
- Eversione delle palpebre
- Bendaggio con scudo in plastica
- INVIARE d'urgenza al PS Oculistico

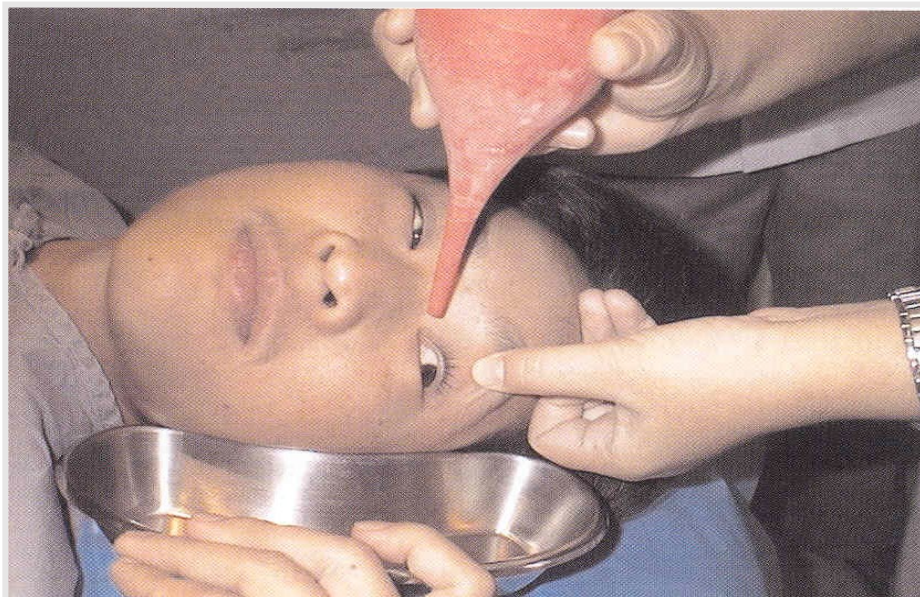


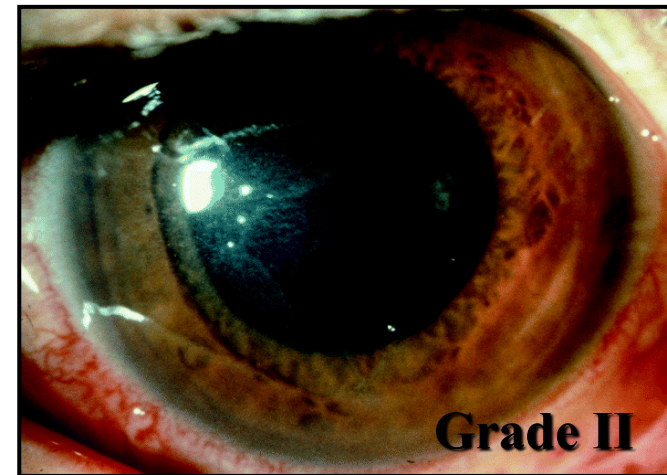
Figure: Courtesy of Bruce M. Zagelbaum, MD

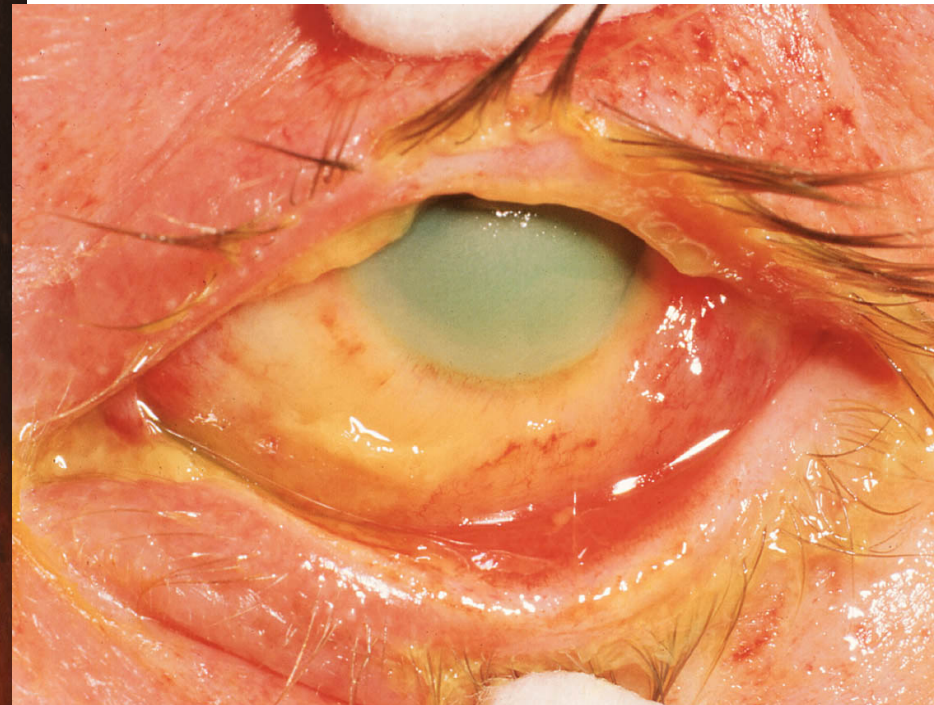


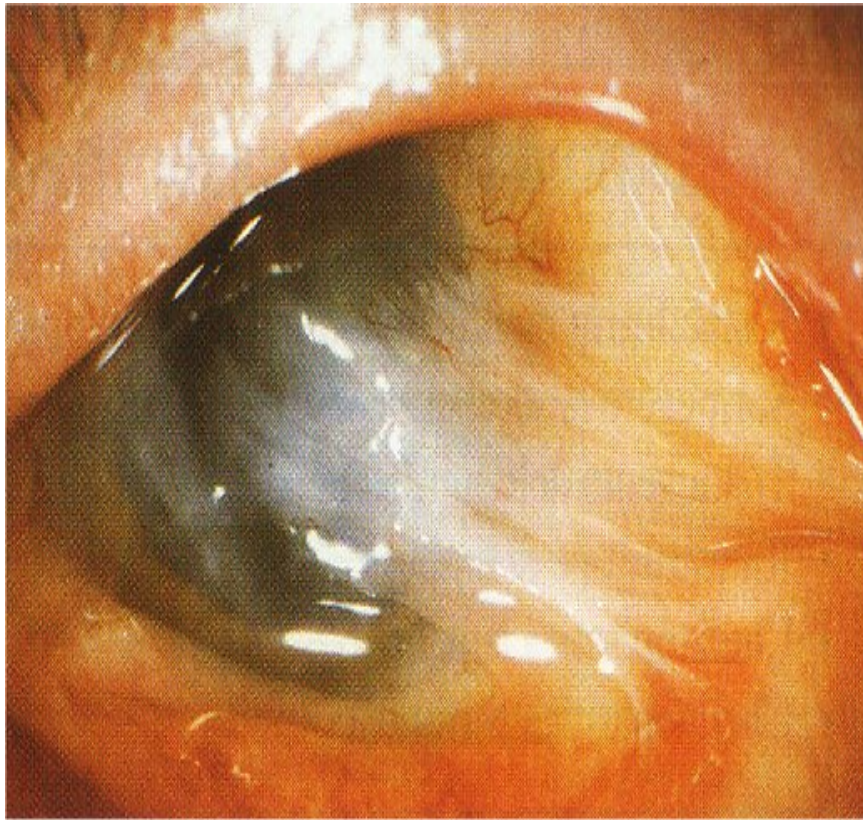
Figure 4. When a corneal laceration is suspected, a rigid shield should be applied with tape, and the patient should be immediately referred to an ophthalmologist.



# CAUSTICAZIONI : Classificazione







Sono più frequenti quelle a carico della cute palpebrale.

Quando interessano il bulbo provocano una necrosi tissutale solitamente superficiale.

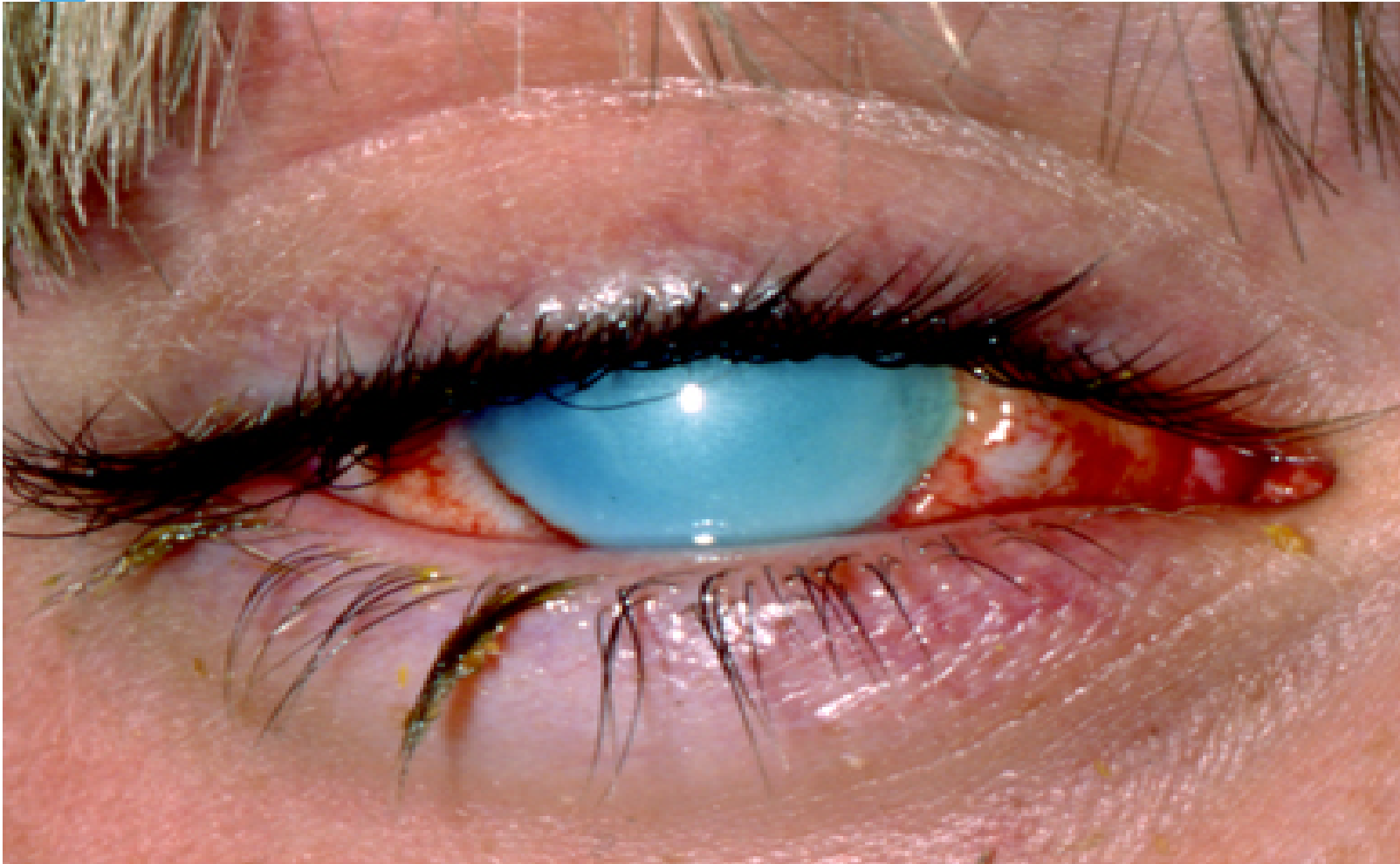
(metalli in fusione, sigarette, fiamma)

La necrosi appaiono con aspetto biancastro (molto impressionanti) normalmente vengono eliminate in pochi giorni senza postumi

**Lavaggio abbondante**, unguento antibiotico

Cloramfenicolo/tetraciclina (colbiocin)





- non raro
- si asporta facilmente , ma deve essere fatto dall'oculista

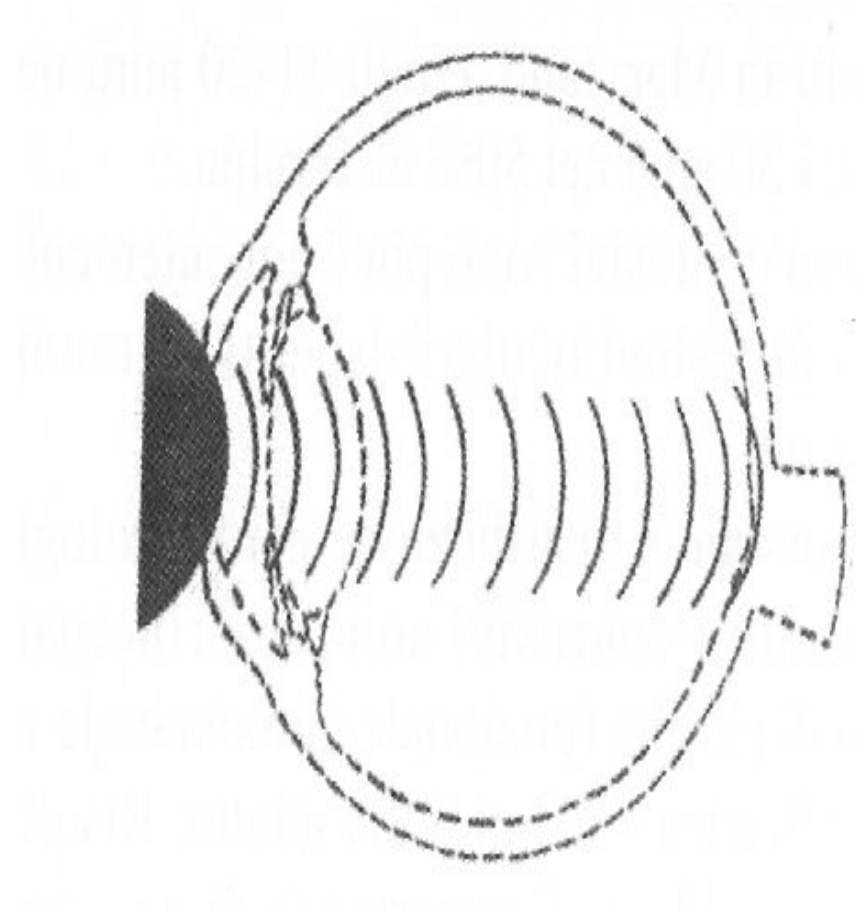
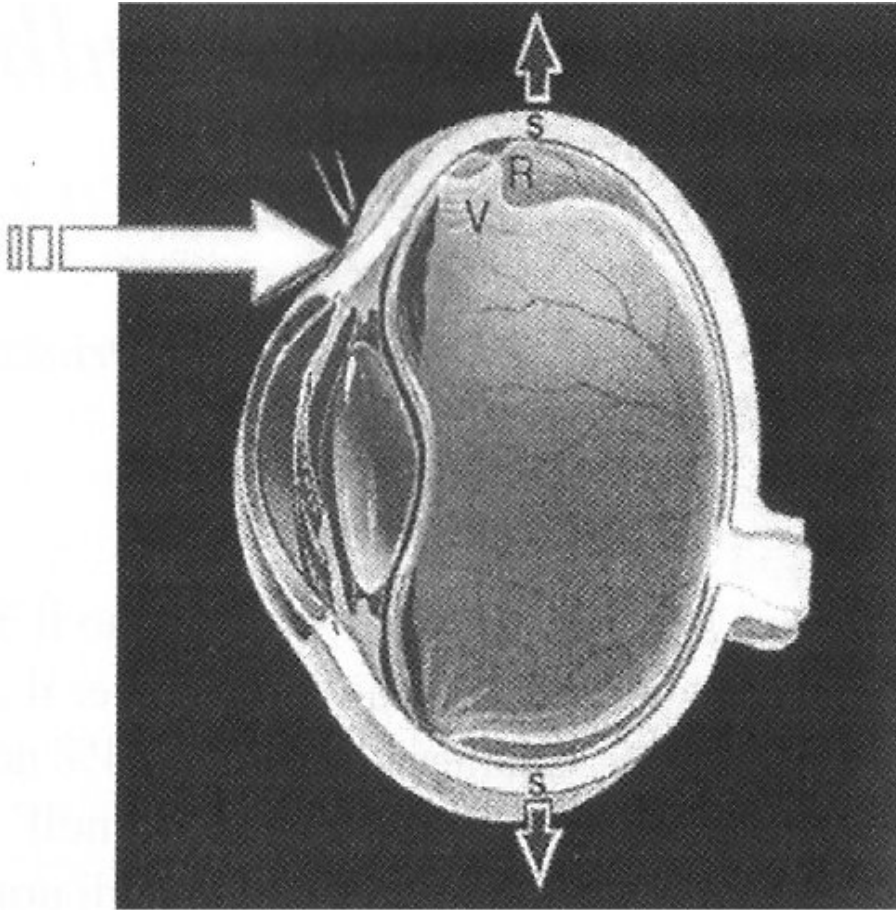


Le lesioni bulbari contusive possono essere:

- ▶ **Lesioni dirette:** quando il corpo contundente (**palla, tappo, pugno**) ha un'azione diretta dall'avanti all'indietro con depressione della cornea, ipertensione, seguita a depressione secondaria.
- ▶ **Lesioni indirette:** da soffio per spostamento d'aria dovuto a esplosioni oppure trasmesse per contusioni orbitarie o toraciche (il meccanismo è la rapida successione d'iperpressione ed ipo-pressione secondaria)



# Contusioni bulbari





In seguito a contusione si possono osservare i seguenti quadri clinici spesso in associazione tre loro:

- ▶ Emorragia sottocongiuntivale
- ▶ Ematoma peri-orbitario
- ▶ Danni corneali (abrasione, pieghe, edema)
- ▶ **Ipoema**
- ▶ Lesioni dell'iride
- ▶ Cataratta con lussazione della lente
- ▶ **Emorragie vitreali**
- ▶ Occlusione post-traumatica della vena o dell'a. centrale
- ▶ Emorragie retiniche
- ▶ **Distacco di retina**
- ▶ Rottura della coroide
- ▶ Lesioni del nervo ottico
- ▶ Edema retinico post-traumatico (di Berlin)
- ▶ Rottura del bulbo
- ▶ Sindrome di Purtscher
- ▶ **Fratture orbitarie**



**Ematoma peri-orbitario ed emorragia sotto-congiuntivale** : TC  
cranio –orbite + visita oculistica /MOTILITA' OCULARE

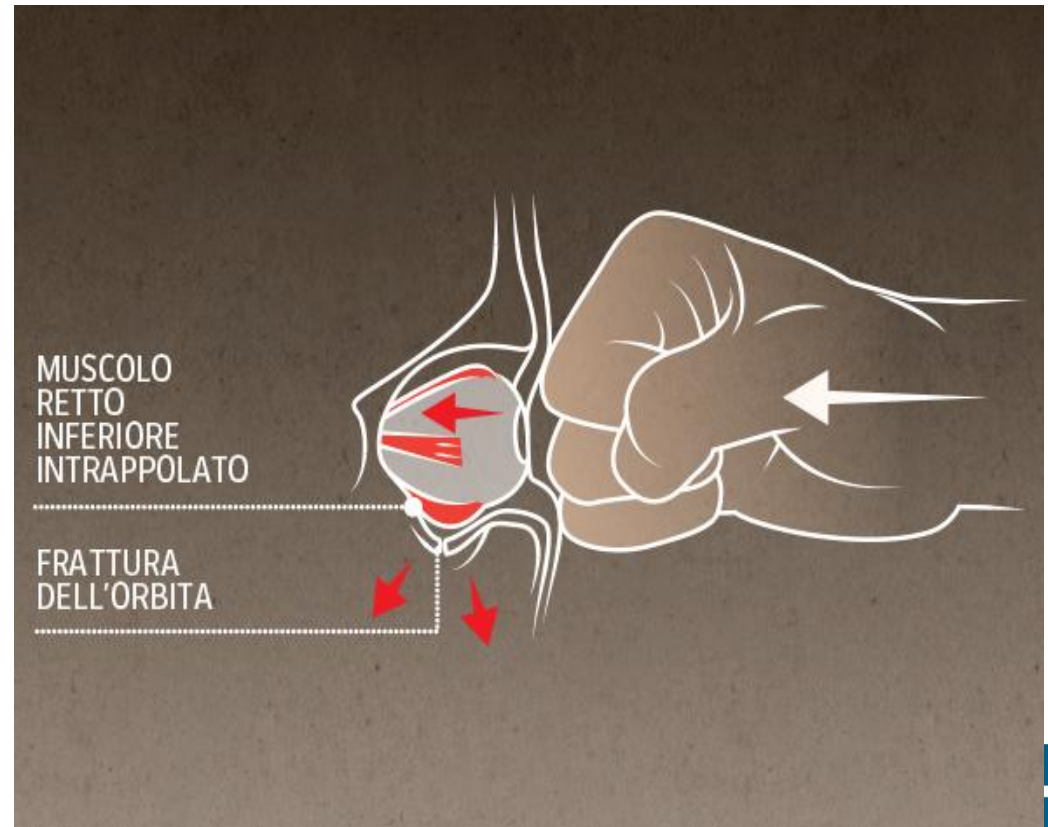


## Blow-Out

TRAUMA PER CONTUSIONE BULBARE, PIU' COMUNE

SINTOMI:

- **DIPLOPIA**
- MOVIMENTI OCULARI  
RIDOTTI
- IPOESTESIA
- ACCUMULO ARIA
- CREPITIO

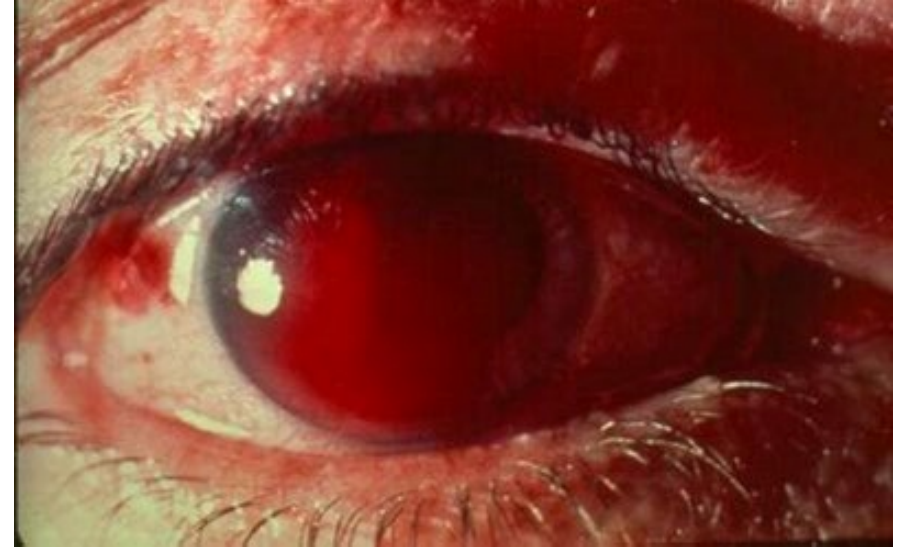
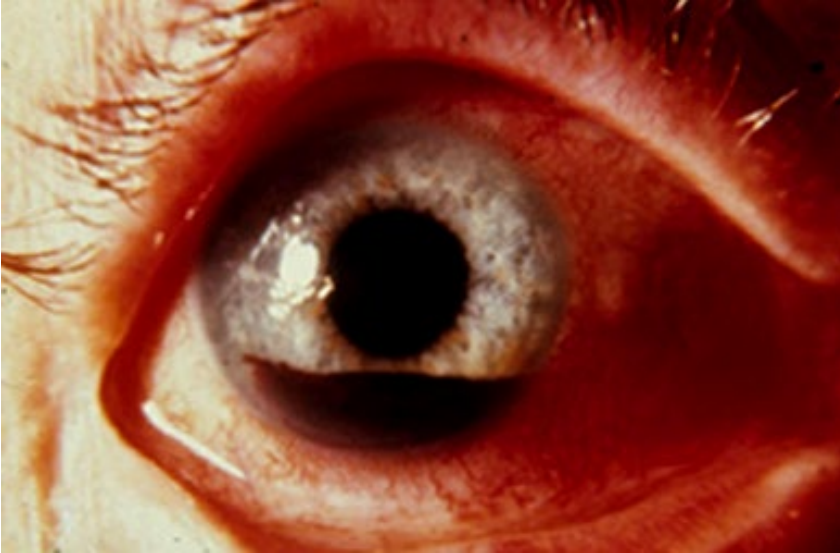


## COSA FARE:

- ▶ EVENTUALE ANTIBIOTICO GENERALE AMPIO SPETTRO
- ▶ **GHIACCIO ice pack**

**INVIO AL PS PER CONSULENZA OCULISTICA E  
MAXILO FACCIALE**





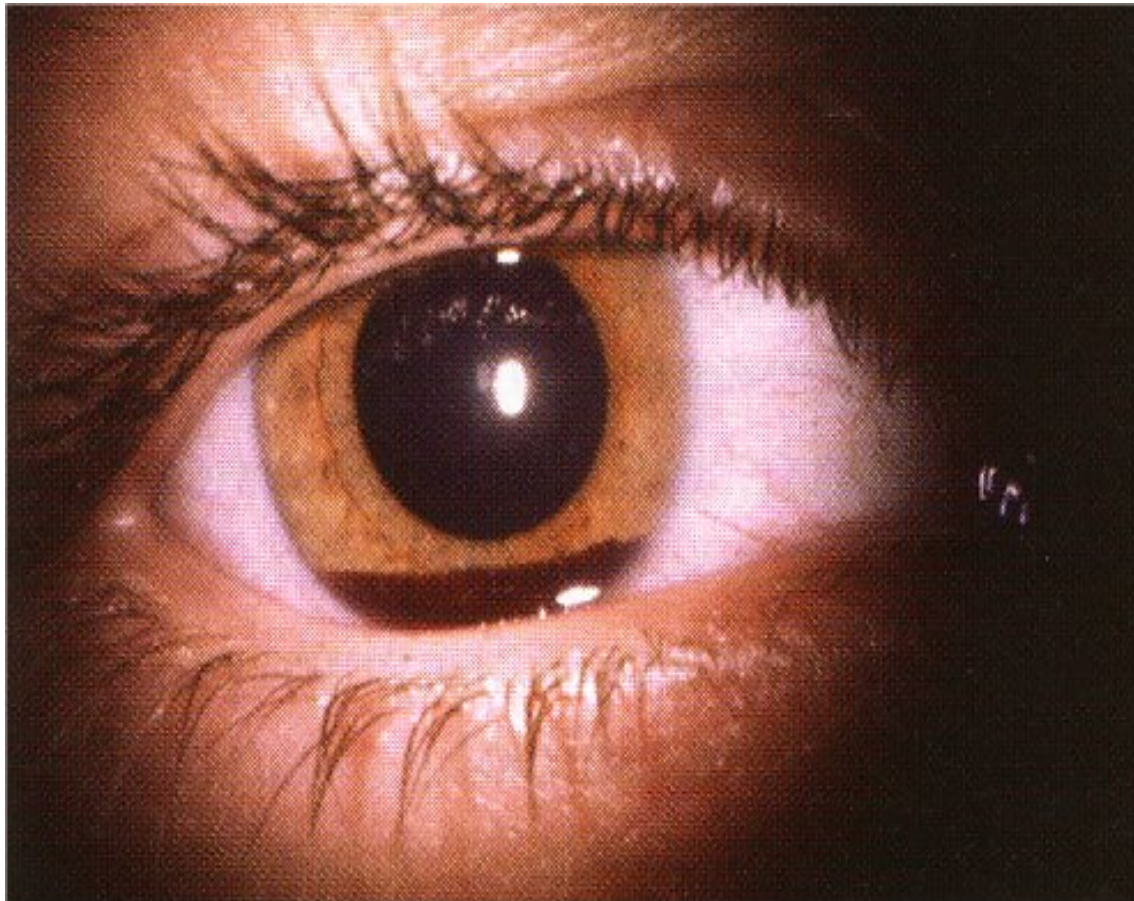
**ROTTURA DEI VASI IRIDEI E CORPO CILIARE**



**SANGUE IN CAMERA ANTERIORE**



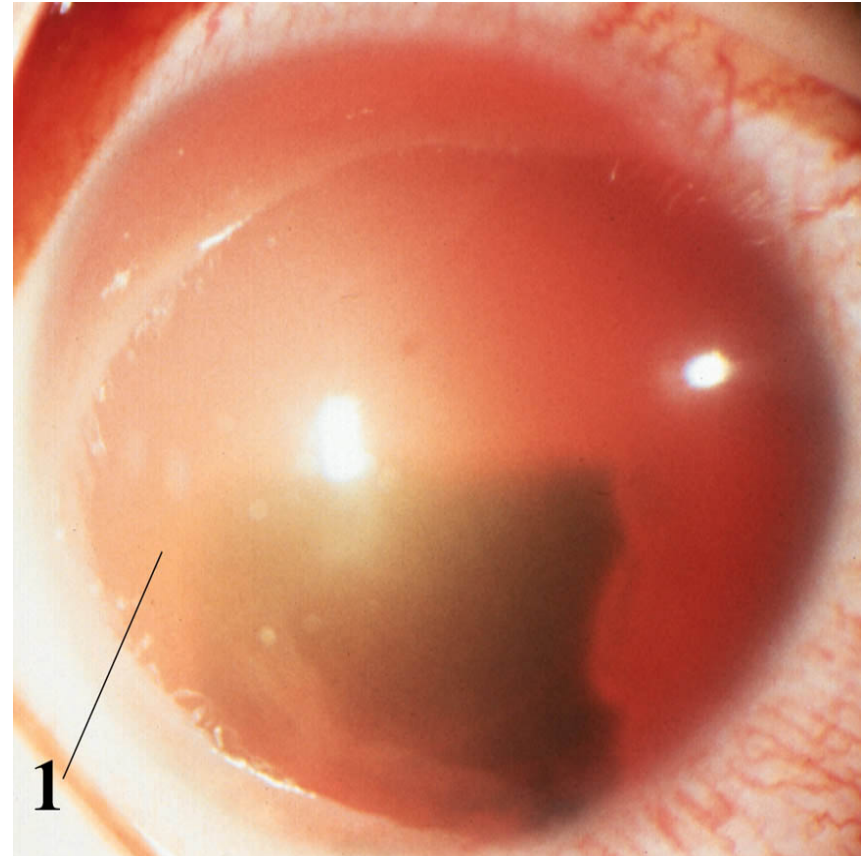
RIPOSO – DECUBITO SEMI SEDUTO  
antiemorragici+midriatici



Provoca improvvisa  
perdita del visus

Deve fare pensare ad una  
rottura o distacco di  
retina, se interessa tutto  
il bulbo:

**EMOFTALMO**



Molto frequente , comporta una riduzione del visus di gravità conseguente all'estensione ed alla localizzazione dell'area interessata.

## Area retinica biancastra(EDEMA)

Tende a ridursi dopo 10-15 gg

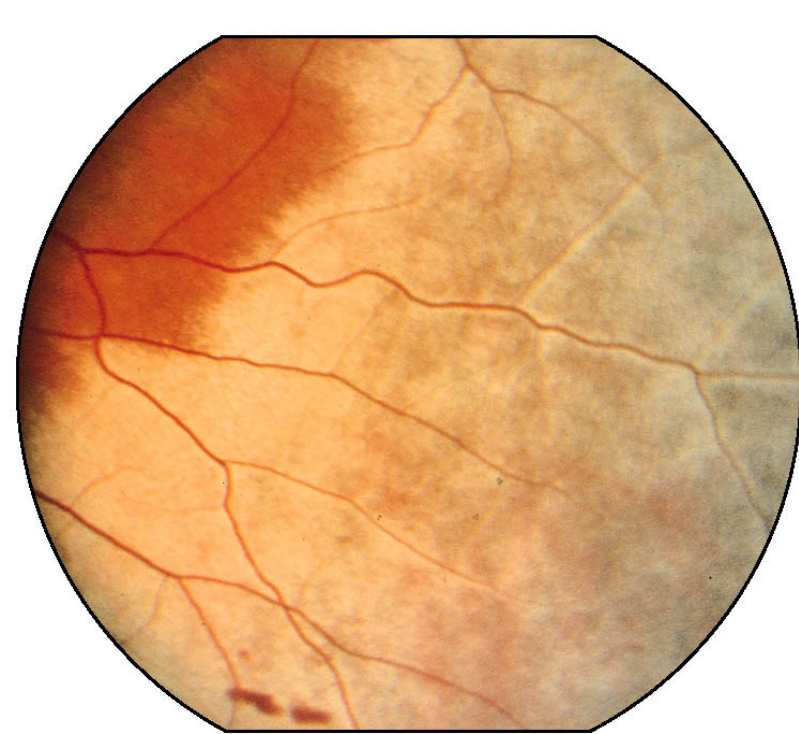
Può lasciare postumi

Terapia cortisonica GENERALE





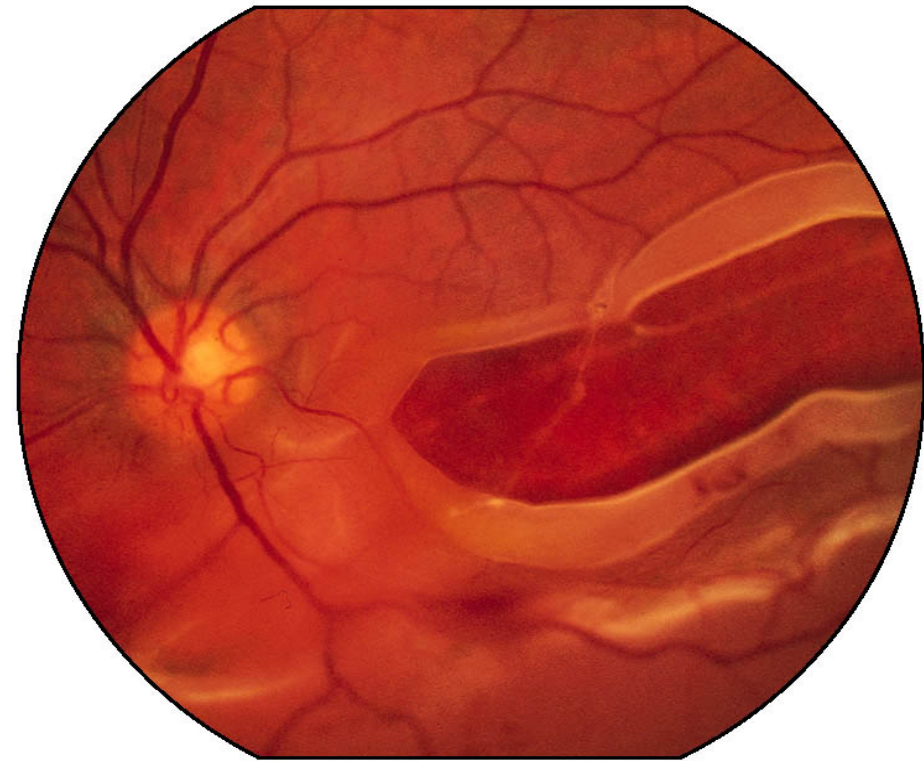
## Edema di Berlin



# Distacco di retina

Complicanza sia precoce  
ma più spesso **tardiva**.

I D.R. traumatici sono di  
solito molto estesi e il  
**trattamento chirurgico**  
**più complesso**



# PRINCIPALI URGENZE TRAUMATICHE A CARATTERE CHIRURGICO

▶ LACERAZIONI PALPEBRALI

▶ FERITE NON PERFORANTI (congiuntiva, sclera)

▶ FERITE BULBARI PERFORANTI

CON PROLASSO IRIDEO

CON RITENZIONE DI CORPO ESTRANEO



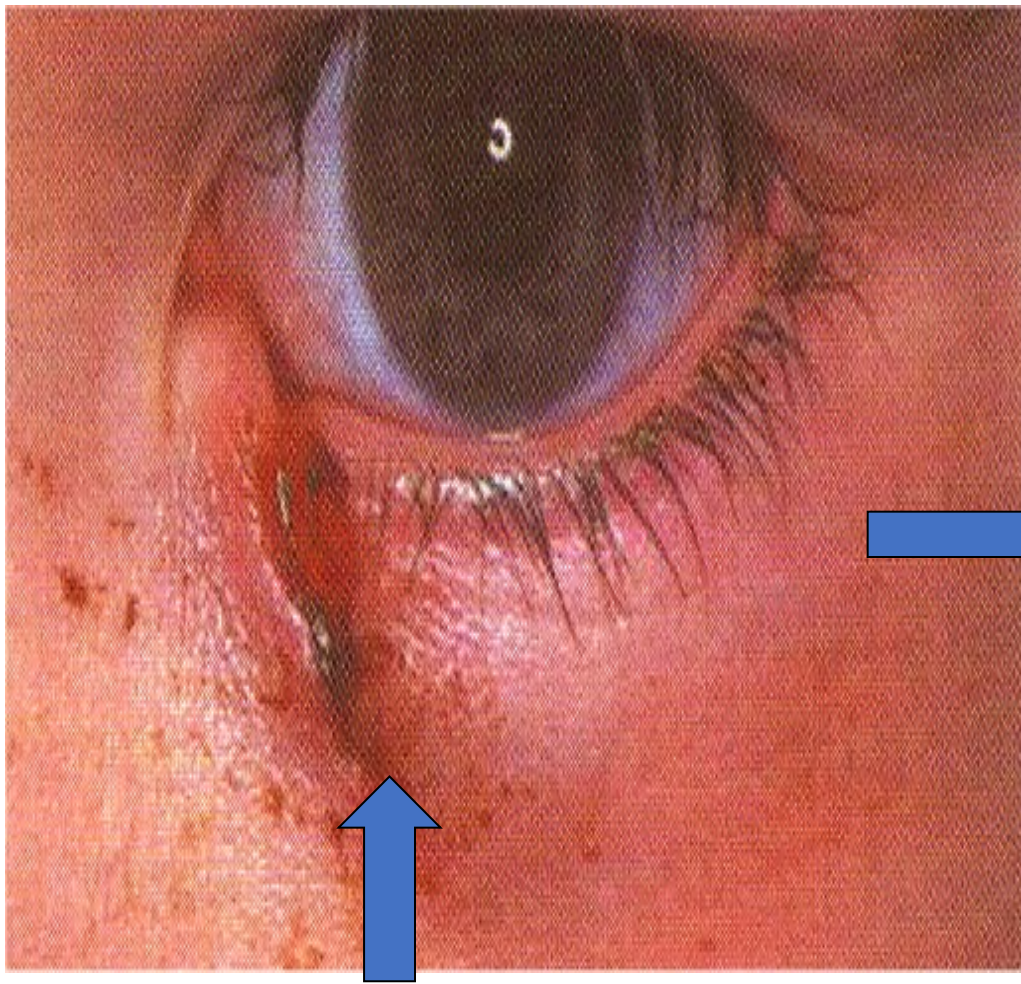
PER LACERAZIONI PALPEBRALI ESTESE (SPECIE SE INTERESSANTI I PUNTINI LACRIMALI) E' NECESSARIO INTERVENTO URGENTE 24H., L'EDEMA RENDE PIU' COMPLESSA LA RICOSTRUZIONE.

**INVIARE AL PS IL PRIMA POSSIBILE**

LACERAZIONI MENO ESTESE POSSONO ESSERE PROCRASTINATE



## FERITE PALPEBRALI



SI EVIDENZIANO PER **L'IPOTONIA BULBARE**, IL POSSIBILE **PROLASSO DELL'IRIDE** ATTRAVERSO LA FERITA, PUPILLA IRREGOLARE.

**VANNO OPERATE RAPIDAMENTE POSSIBILMENTE ENTRO 12 h.**

NORME DI COMPORTAMENTO:

NON APPLICARE **POMATE**

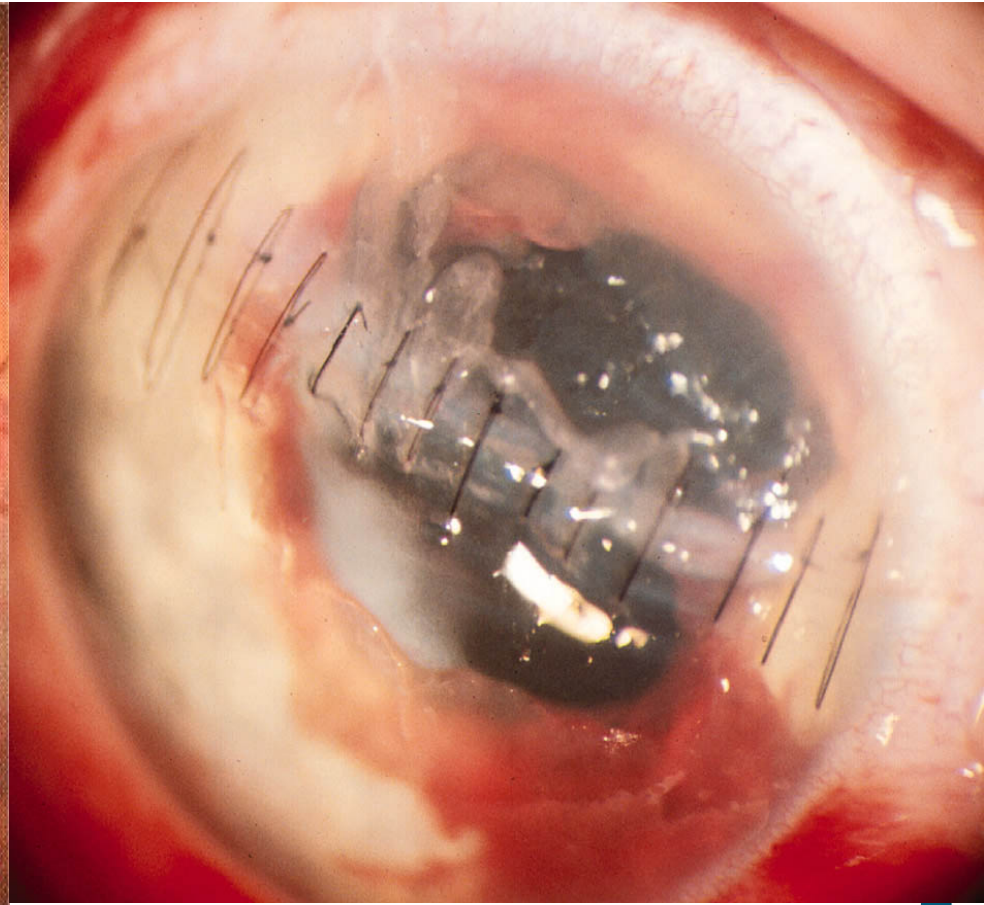
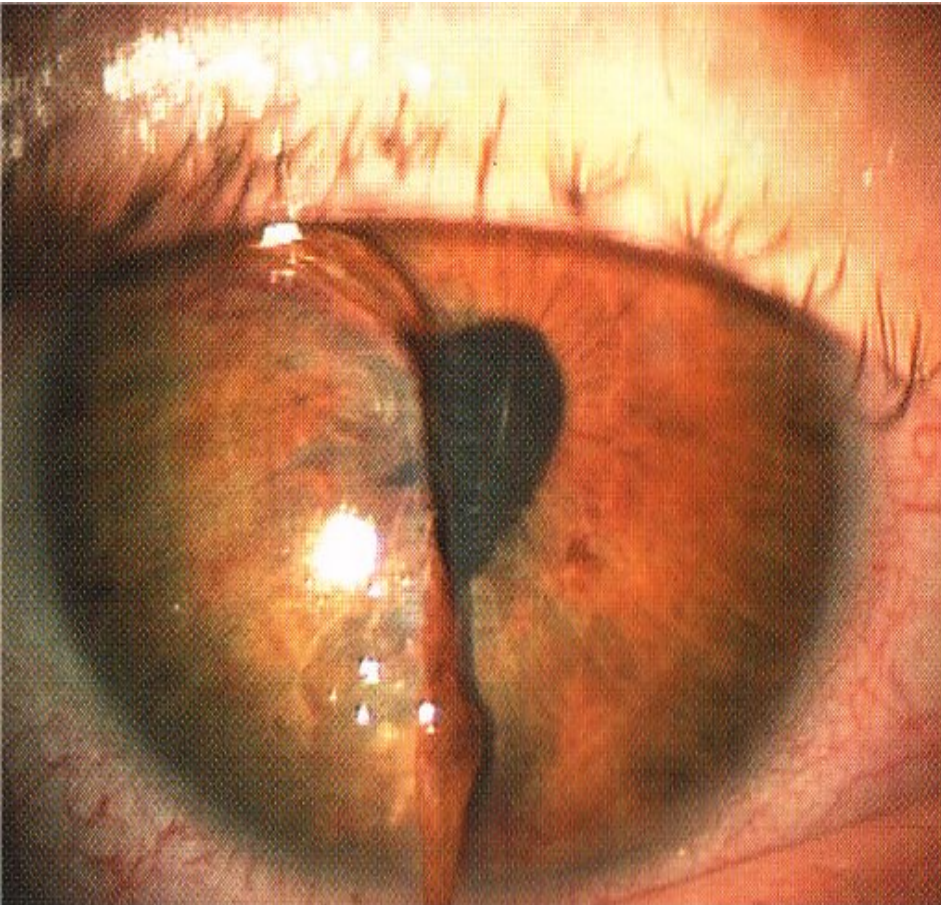
BENDAGGIO CON SCUDO DI PLASTICA, INVIO D'URGENZA PRESSO STRUTTURA D'EMERGENZA

**ANAMNESI PER EVENTUALE PRESENZA DI RITENZIONE DI CORPO ESTRANEO**

RAPPRESENTA UN ULTERIORE DIFFICOLTA,

LA DIAGNOSI SI FA CON RX-T.C.-RMN-ECOGRAFIA





## *Riduzione del visus:*

Una improvvisa alterazione del visus è un comune motivo che spinge il paziente a recarsi presso una struttura d'emergenza, essa può essere lieve o marcata, spesso isolata, non accompagnata da altri sintomi

E' fondamentale una **DIAGNOSI** rapida perché a volte è solo il **trattamento tempestivo** che può permettere il recupero della funzione



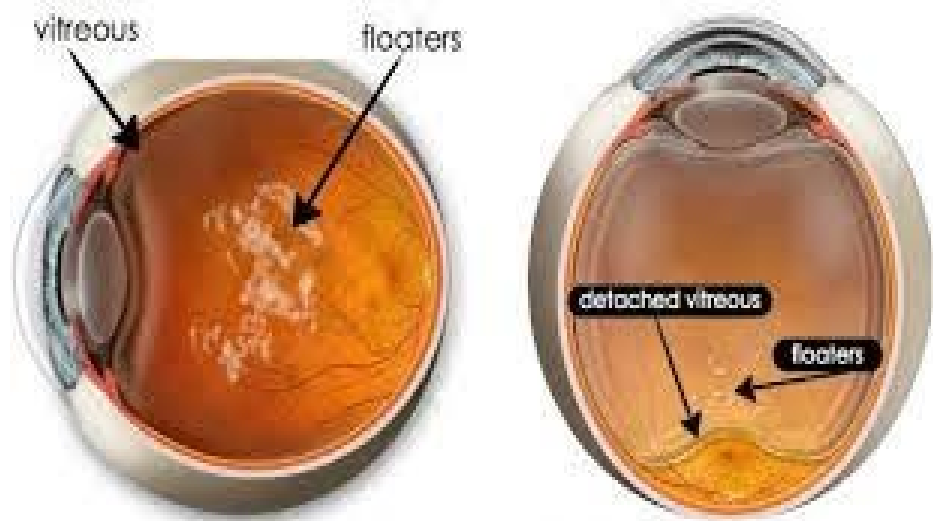


Anamnesi: determinare il momento dell'insorgenza, assenza di trauma, pregressi episodi o altri sintomi oculari, caratteristica della perdita del visus (parziale, totale, bilaterale), patologie generali in atto.

...VALUTARE SE LA RIDUZIONE E' DAVVERO ACUTA, SPESSO PATOLOGIE CRONICHE COME CATARATTA O VIZI DI REFRAZIONE VENGONO SCAMBIATE PER ACUTE QUANDO OCCASIONALMENTE SI OCCLUDE L'OCCHIO SANO!!!



- È una condizione clinica piuttosto frequente e che interessa la quasi totalità degli occhi in età senile – **comune accesso P.S. oculistico**
- improvvisa separazione/distacco del vitreo dalla retina
- Fosfeni segnali luminosi simili a dei “lampi”
- **Miodesopsie ( mosche volanti )** con acuità visiva conservata
- Consigliato bere molto 1.5 L al giorno + integratori
- Controllo ambulatoriale Fundus Oculi per eventuale rischio di distacco retinico



Posterior Vitreous Detachment



## PRINCIPALI CAUSE DI RIDUZIONE IMPROVVISA DEL VISUS

### 1) CAUSE VASCOLARI

- OCCLUSIONE DELL'ARTERIA CENTRALE DELLA RETINA
- OCCLUSIONE DELLA VENA CENTRALE DELLA RETINA O DI UN RAMO

### 2) EMORRAGIA MASSIVA DEL VITREO

- TROMBOSI DELLA VENA CENTRALE RETINICA (T.V.C.R.)
- DIABETE (RETINOPATIA DIABETICA EVOLUTA)
- MALFORMAZIONI VASCOLARI RETINICHE
- EMOPATIE
- ROTTURE E/O DISTACCHI RETINICI

### 3) CAUSE INFIAMMATORIE

- CORIORETINITI ACUTE

### 4) DISTACCO DELLA RETINA

### 5) NEURITE OTTICA (TOSSICA O INFETTIVA)

### 6) LESIONI NELLE VIE OTTICHE CENTRALI (EMORRAGIE O TROMBOSI CELEBRALE)

### 7) DOPO INTERVENTO CHIRURGICO: PER TOSSICITA' DA ANESTESIA, PER ANEMIA ACUTA, IPOSSIA PROLUNGATA

### 8) GLAUCOMA ACUTO

### 9) INTOSSICAZIONI ACUTE

### 10) CAUSE FUNZIONALI

### 11) SIMULAZIONI



**VERA URGENZA IN OFTALMOLOGIA, RICHIEDE UN  
INTERVENTO TERAPEUTICO DELL'OCULISTA IN POCHI  
MINUTI**

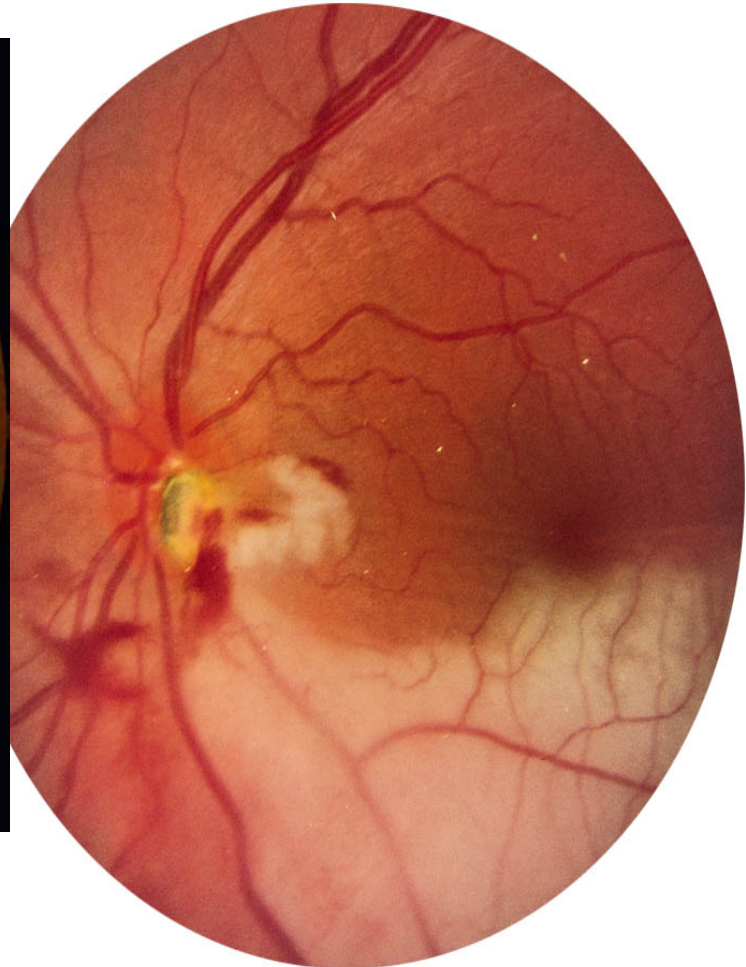
*MAGGIOR INCIDENZA NEGLI ANZIANI (ARTERIOSCLEROSI) E NEI CARDIOPATICI  
(EMBOLI)*

*A VOLTE PRODROMI DI AMAUROSIS TRANSITORIA, RIDUZIONE PRESSOCHÉ TOTALE  
DEL VISUS MONOLATERALE IN ASSENZA DI ALCUN ALTRO SINTOMO*

**URGENZA PRESSO REPARTO OCULISTICO**



## Occlusione a. centrale retinica



# OCCLUSIONE COMPLETA O DI BRANCA DELLA VENA CENTRALE DELLA RETINA (T.V.C.R. T.B.V.C.R.)

## ***MENO DRAMMATICO MA PIU' FREQUENTE"***

MASSIMA INCIDENZA NEGLI ANZIANI PER  
ARTERIOSCLEROSI, IPERTENSIONE ARTERIOSA DIABETE.

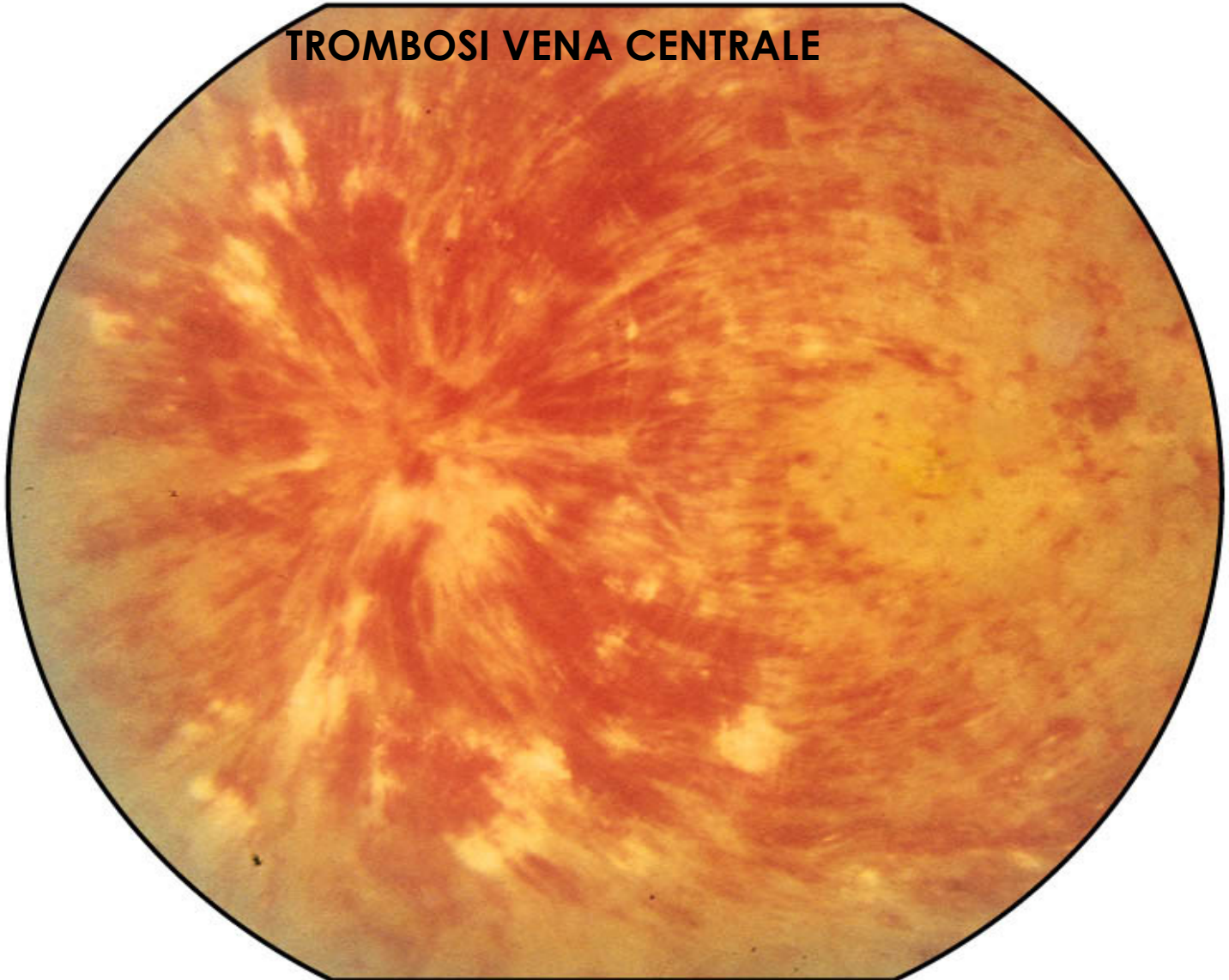
RIDUZIONE IMPROVVISA DEL VISUS MOLTO VARIABILE A SECONDA  
SE INTERESSATA L'AREA MACULARE (retina centrale), ASSENZA DI  
ALTRA SINTOMATOLOGIA.

E' NECESSARIO invio reparto oculistica

TERAPIA: EPARINA BASSO PESO MOLECOLARE



## TROMBOSI VENA CENTRALE



# EMORRAGIA MASSIVA DEL VITREO (EMOVITREO)

LE CAUSE PIU' FREQUENTI:

- TROMBOSI DELLA VENA CENTRALE
- RETINOPATIA DIABETICA
- IPERTENSIONE ARTERIOSA
- EMOPATIE
- ROTTURA DI RETINA, DISTACCO DI RETINA
- TRAUMI





DIMINUZIONE DEL VISUS  
IMPROVVISA, INDOLORE, MONOLATERALE, SONO SPESSO RECIDIVANTI  
NEL QUADRO DELLE

## **RETINOPATIE DIABETICHE**

IL FONDO DELL'OCCHIO NON SI ESPLORA  
(SOLO IN CASI DI EMOVITREO PARZIALE).

INDISPENSABILE L'ECOGRAFIA, PER INDIVIDUARE LE CAUSE E L'ENTITA'

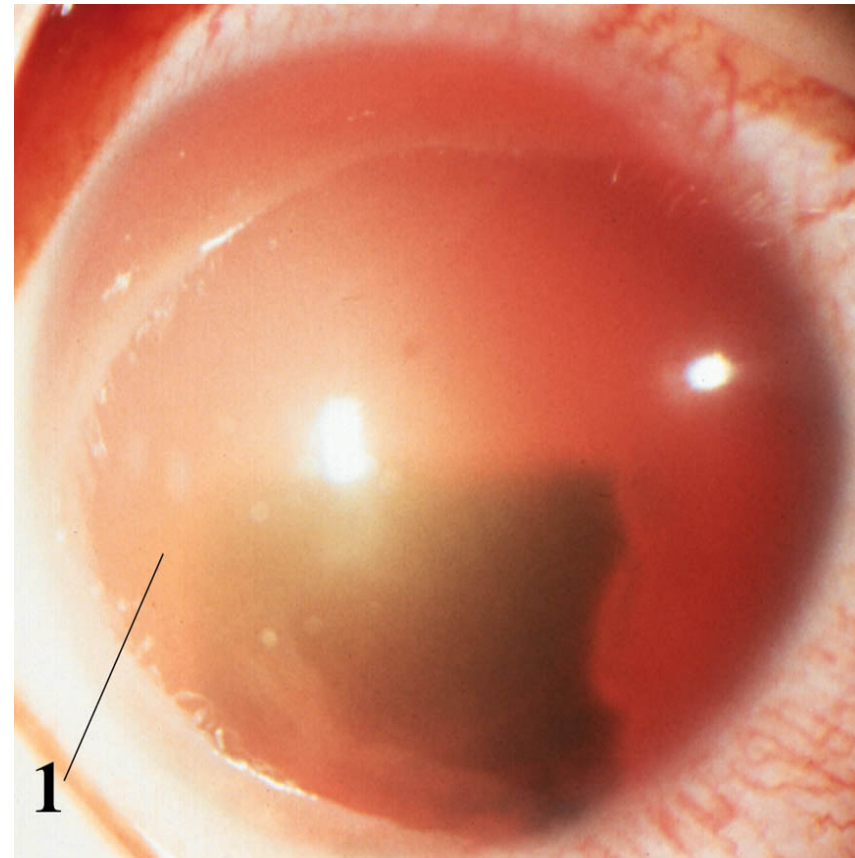


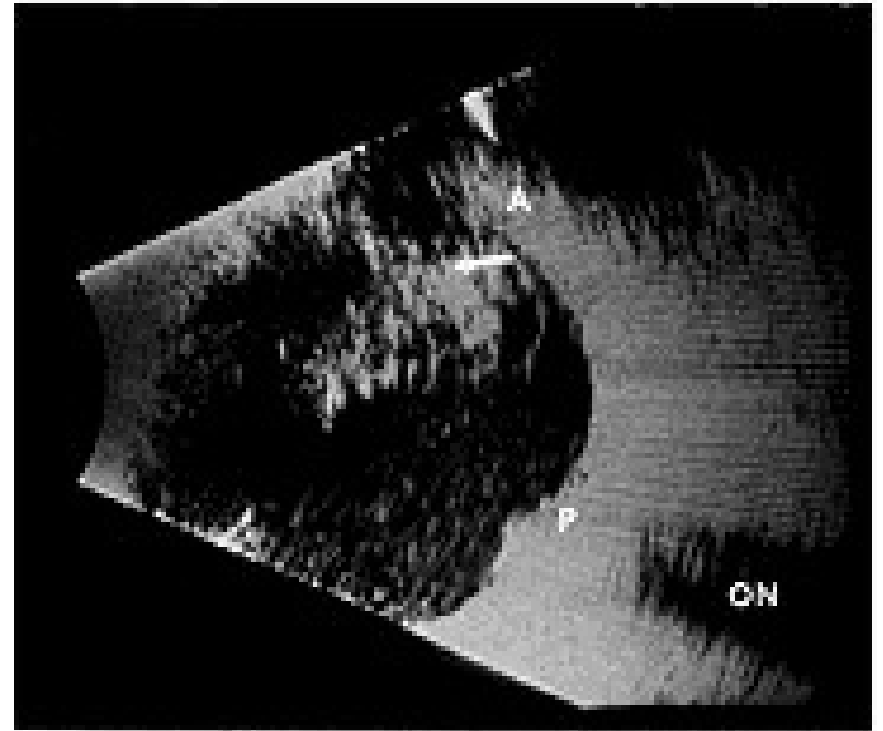
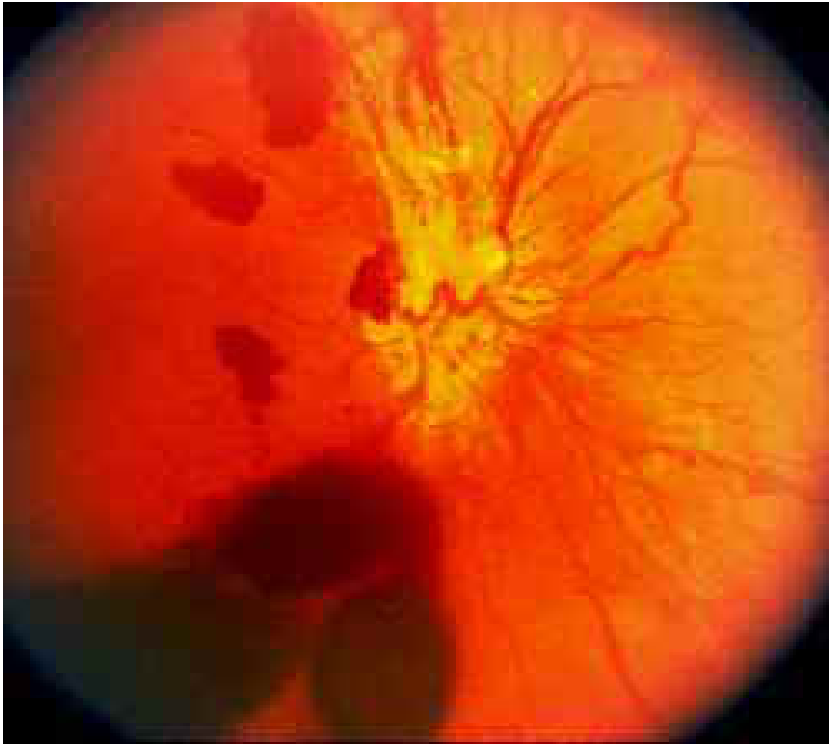
▶ **RIPOSO ASSOLUTO**

▶ **DECUBITO SEMISEDUTO**

▶ **ANTIEMORRAGICI**

SE L'EMOVITRO E' MASSIVO  
ORIENTAMENTO VERSO  
L'INDICAZIONE CHIRURGICA  
(VITRECTOMIA), SE PARZIALE SI  
ATTENDE MONITORANDO  
L'EVOLUZIONE





*Quando viene riferito una diminuzione progressiva della vista (tendina) accompagnata dalla comparsa di lampi di luce si deve sempre sospettare un DISTACCO DI RETINA*

NELLA MAGGIORANZA DEI CASI E' **REGMATOGENO** (PROVOCATO DA UNA PRECEDENTE ROTTURA DI RETINA) E SI MANIFESTA PIU' SPESSO IN OCCHI MIOPI.



## *DIAGNOSI PRECOCE*

**IL PAZIENTE SPECIE SE MIOPE DEVE ESSERE INVIATO  
RAPIDAMENTE DALL'OCULISTA QUANDO:**

- RIFERISCE IMPROVVISA COMPARSA DI LAMPI DI  
LUCE(fosfeni)
- CORPI MOBILI COMPARSI IMPROVVISAMENTE  
(MIODESOPSIE)
- ANNEBIAMENTI SETTORIALI DEL CAMPO VISIVO
- QUALSIASI ALTERAZIONE VISIVA IN PRESENZA ANAMNESI  
POSITIVA PER ROTTURA O DISTACCO DI RETINA



## TRATTAMENTO

SE DIAGNOSI PRECOCE ( ROTTURA RETINICA-SOLLEVAMENTO  
LIMITATO E' POSSIBILE TRATTAMENTO LASER  
( **FOTOCOAGULAZIONE RETINICA** )

SE DIAGNOSI TARDIVA INDICAZIONE CHIRURGICA:

- CHIRURGIA EPISCLERALE** (AB-ESTERNO)
- CHIRURGIA INTRAVITREALE** (vitrectomia)



*chimiche, vegetali, animali caratterizzate da riduzione improvvisa del visus transitoria o permanente*

- ▶ PIOMBO (lavoratori vernici, tipografi) spasmi vascolari retinici
- ▶ Tallio: atrofia ottica, annebbiamenti, ptosi palp.
- ▶ Solfuro di carbonio (lavoratori gomma): neuriti
- ▶ tricloroetilene (solventi): neurite ottica
- ▶ Naftalina: neurite ottica
- ▶ Nicotina (tabagisti < alcolisti): neurite ottica
- ▶ Alcool metilico: neurite ottica
- ▶ Insetticidi: neuriti ottiche + diplopia
- ▶ Segale cornuta: neurite ottica + cataratta
- ▶ Botulismo: paralisi accomodativa + ptosi



## *ASPETTI PUPILLARI ED ALTRE MANIFESTAZIONI OCULARI PER INTOSSICAZIONE DA STUPEFACENTI*

- ▶ **ALLUCINOGENI:** NORMALI O LIEVE MIDRIASI  
ALLUCINAZIONI VISIVE
- ▶ **CANAPA INDIANA:** NORMALI, IPEREMIA  
CONGIUNTIVALE
- ▶ **OPPIACEI (EROINA, MORFINA):** MIOTICHE (MIDRIASI  
IN ASTINENZA)
- ▶ **STIMOLANTI (COCAINA, ANFETAMINE):** MEDIA MIOSI,  
MIDRIASI IN CASO DI GRAVE AVVELENAMENTO
- ▶ **SEDATIVI:** MIDRIASI NORMOREAGENTI
- ▶ **ANTICOLINERGICI:** MIDRIASI FISSA





*TRATTASI DI UNA RIDUZIONE MOMENTANEA DEL VISUS, IL PAZIENTE GIUNGE ALL'OSSERVAZIONE CON UNA FUNZIONALITA' COMPLETAMENTE RISTABILITA ED UN ESAME OBIETTIVO NORMALE.*

*E' NECESSARIA UN ACCURATA ANAMNESI GENERALE per problematiche cardiologiche, vascolari*



## PRINCIPALI CAUSE:

- ▶ SPASMO DELL'ARTERIA CENTRALE DELLA RETINA: +frequente giovani donne, spesso associata ad ipertensione art. sconosciuta, durata da 30 sec. a 1 min., recidivante
- ▶ Occlusione carotidea incompleta
- ▶ Eemicrania oftalmica: causa + frequente, caratteristico scotoma scintillante, di solito da 10 a 25 min., segue una tipica emicrania

## Cause:

- tossiche: streptomina, litio, indometacina, digitale, vit. A, ibuprofen, ecc.
- ▶ Spasmi accomodativi: molto frequenti, in giovani donne



# Urgenze neurooftalmologiche

## PAPILLA DA STASI:

Edema **BILATERALE** non infiammatorio della papilla ottica correlato ad **ipertensione endocranica** : **cefalea** , **vomito**, disturbi visivi soggettivi (offuscamenti transitori) ma visus conservato, edema **bilaterale**, rare emorragie

## PAPILLITI:

Edema infiammatorio della papilla.

Marcata riduzione del visus, generalmente monolaterale



# NEURITE OTTICA ACUTA

...un'improvvisa marcata riduzione del visus, senza altra sintomatologia con esame obiettivo negativo deve far pensare alla neurite ottica posteriore acuta.

Cause più frequenti:

- **SCLEROSI MULTIPLA (50%)**
- Forme infettive
- Diabetiche
- Tossica (+ frequente alcool-tabagica)
- Idiopatiche



# Paralisi del N. Faciale

## No chiusura delle palpebre (lagofthalmo)

- “Segno di Bell”
- Scarso controllo della lacrimazione







# Prevenzione delle complicanze corneali con **sostituti lacrimali**: collirio di giorno gel di notte



- **CONGENITE** rare e/o sindromiche
- **INFIAMMATORIE “a frigore” da h. simplex , zoster** (S. di Ramsey Hunt) , otiti croniche
  - **TRAUMATICHE** fratture delle rocche
  - **TUMORALI** neurinomi, angiomi, colesteatomi
    - **IATROGENE**
    - TAC / RNM/ EMG



**Diplopia:** La comparsa di una diplopia improvvisa non va mai sottovalutata (cause vascolari, infiammatorie, neoplastiche o idiopatiche) necessita sempre un approfondimento radiologico

NERVE PALSY	MUSCLE(S) "OFF"	SYMPTOMS	EXAM FINDINGS
Normal	N/A	N/A	
Oculomotor (CN III)	Medial, inferior, and superior rectii muscles <ul style="list-style-type: none"> <li>Inferior oblique muscle</li> <li>Levator palpebrae (eye lid)</li> <li>Ciliary and constrictor pupillae muscles (pupil)</li> </ul>	Multidirectional horizontal and vertical diplopia, except on lateral gaze to the affected side <ul style="list-style-type: none"> <li>eyelid "droop"</li> </ul>	 <p>Ptosis Pupillary dilation "Down and out"</p>
Trochlear (CN IV)	Superior oblique muscle	Rotational diplopia that worsens on looking down and toward the nose	 <p>Extorsion on downward gaze</p>
Abducens (CN VI)	Lateral rectus muscle	Horizontal diplopia on gaze toward the affected side	 <p>Lateral gaze palsy</p>



## bibliografia

- ▶ Kanski, J. (2007). *Clinical Ophthalmology*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- ▶ Marsden, J. (2000). *Telephone Triage in an Ophthalmic A & E Department*. London: Whurr.
- ▶ Chan, W., Michaelades, R., Ohri, H. and Towler, M. (2005). *Acute Assessment and Management of Chemical Trauma to the Eye*. Royal College of Ophthalmologists Annual Conference, Birmingham: RCO.
- ▶ Gandhewa, R. and Kamath, G. (2005). Acute Glaucoma Presentations in the Elderly. *Emergency Medicine Journal*, 22(4): 306–307.
- ▶ Ehlers JP, Shah CP. The Wills Eye Manual. Lippincott & William&Wilkins Ed. 2008.
- ▶ American Academy of Ophthalmology. Neuro-Ophthalmology. LEO, 2012.
- ▶ Gerstenblith AT, Rabinowitz MP. The Wills Eye Manual. Office and emergency room diagnosis and treatment of the eye disease. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 6th Edition, 2012.
- ▶ Fontana L, Parente G, Tassinari G. La Cheratite erpetica. I.N.C. Ed., 2008;49-63.
- ▶ Jabs DA, Nusseblatt RB, Rosebaum JT. Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group .Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol* 2005;140:509-16.
- ▶ Rossi T, Boccassini B, Iossa M, Mutolo MG, Lesnoni G, Mutolo PA. Triage and coding ophthalmic emergency: the Rome Eye Scoring System for Urgency and Emergency (RESCUE): a pilot study of 1,000 eye-dedicated emergency room patients. *Eur J Ophthalmol* 2007;17(3):413-7.





GRAZIE  
PER L'ATTENZIONE

