



Virtual Round Table

Comuni infezioni oculari,
degli annessi e recidive.
Superare l'antibiotico-resistenza

Registrazione del Tribunale di Milano
n. 812 del 24/10/2005

Direzione, redazione e amministrazione
Via Filippo Turati, 8 - 20121 Milano

Progetto grafico
InfoDyn™ srl

Coordinamento editoriale
InfoDyn - Milano
Tel. +39 02 89693750
Fax +39 02 201176
info@medicinamultidisciplinare.it

Stampa
Grafismi

Sito Internet
www.medicinamultidisciplinare.it

Editore
InfoDyn™ srl. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata o riprodotta anche parzialmente senza l'autorizzazione dell'editore.

Norme per gli Autori
Gli Autori dei contributi sono gli unici responsabili del loro contenuto e della riproduzione nelle immagini allegate.
L'accettazione dei contributi è comunque subordinata alla revisione del comitato scientifico, all'esecuzione di eventuali modifiche dettate da esigenze redazionali ed al parere del direttore responsabile.

Norme generali
Il contenuto del testo va redatto utilizzando un programma di videoscrittura e salvato con estensione .doc o .txt. Il testo, compresa la bibliografia, eventuali illustrazioni (tabelle, grafici, figure) nel numero che l'Autore ritiene necessario va inviato in un file ad alta risoluzione (con le illustrazioni salvate in formato pdf, jpg o eps). L'articolo deve essere composto in lingua italiana e strutturato come segue: 1. Titolo, 2. Nomi per esteso degli autori e istituto di appartenenza, indirizzo e recapito telefonico dell'Autore cui è destinata la corrispondenza 3. Bibliografia essenziale. Il materiale da pubblicare va indirizzato a: Medicina - Multidisciplinare c/o InfoDyn - Via Filippo Turati, 8 - 20121 Milano.

Avvertenze ai lettori
L'Editore declina ogni responsabilità derivante da errori od omissioni in merito a dosaggio ed impiego di prodotti eventualmente citati negli articoli, ed invita il lettore a controllare personalmente l'esattezza, facendo riferimento alla bibliografia relativa.

Si ringraziano i moderatori che hanno partecipato alle tavole rotonde:

Igor Di Carlo
Guido Lesnoni
Massimo Mammone
Marcello Prantera
Vito Turco
Giovanni Vito



Virtual Round Table

INDICE

- CASO CLINICO 01** 05 **Ulcera corneale batterica**
Simone Ambrogio
- CASO CLINICO 02** 09 **Caso di sovrainfezione batterica su herpes**
Giuseppe Coppola
- CASO CLINICO 03** 13 **Congiuntivite in paziente sottoposta a chirurgia refrattiva**
Domenico Porfido
- CASO CLINICO 04** 17 **Congiuntivite batterica infettiva**
Claudia Guarracino
- CASO CLINICO 05** 21 **Blefarite anteriore**
Lino Guarracino
- CASO CLINICO 06** 25 **Ulcera corneale in portatore di LAC: un favorevole decorso per un caso clinico con grave esordio**
Alessia Mollo
- CASO CLINICO 07** 29 **Infezioni palpebrali e ulcere corneali**
Marco Messina

INDICE

- CASO CLINICO** 35 **Perchè non subito**
08 *Maria Grazia Mirijello*
- CASO CLINICO** 39 **Errare è umano, perseverare è diabolico**
09 *Ariana Sgheri*
- CASO CLINICO** 45 **Che confusione!!! (Sarà perchè ti amo?)**
10 *Francesco Nasini*
- CASO CLINICO** 49 **Cheratite in portatrice di LAC**
11 *Maurizio Ragusa*
- CASO CLINICO** 53 **Gioventù canaglia**
12 *Pietro Maria Talli*
- CASO CLINICO** 57 **Pseudoendoftealmite in esiti IVT**
13 **Anti-VEGF**
Andrea Greco
- CASO CLINICO** 61 **“Pseudo” endoftealmite**
14 *Alessio Franco*
- CASO CLINICO** 65 **Infezione post cataratta o...?**
15 *Alessandro Missolungi*
- CASO CLINICO** 71 **Un coinquilino scomodo... l’inizio**
16 **con collirio da banco di una cheratite**
complessa
Mario Troisi
- CASO CLINICO** 79 **Un’infezione grave in un paziente**
17 **problematico...**
Maria Vittoria Turco

Ulcera corneale batterica

01

Dott. **Simone Ambrogio**

UOC Oculistica GOM Reggio Calabria

INFORMAZIONI GENERALI

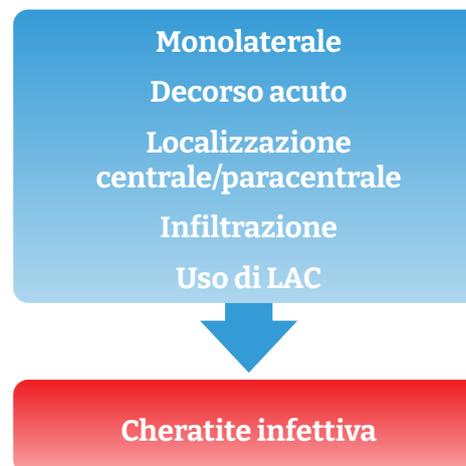
Età	36 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Impiegata

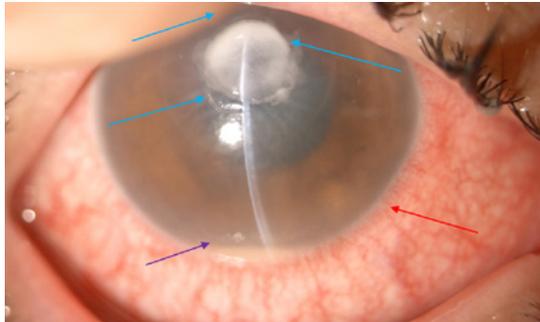
ANAMNESI

- Nega patologie sistemiche, nega traumi, nega chirurgia oculare
- Dry eye disease, trattata con colliri lubrificanti a base di acido ialuronico
- Utilizzo di LAC giornaliero 10 h/die
- Riferisce da 2 giorni fotofobia, lacrimazione, dolore oculare e calo del visus

ESAME OBIETTIVO

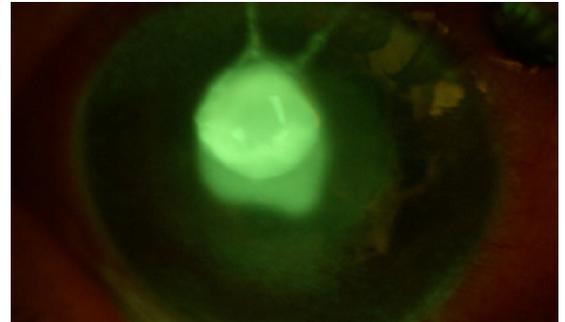
- Iperemia congiuntivale
- Densi infiltrati corneali paracentrali, haze ed edema corneale diffuso
- Lieve ipopion
- AV: conta dita
- FO: nei limiti
- Normale sensibilità corneale
- Buona chiusura palpebrale
- Occhio controlaterale: nei limiti





► Foto basale 1

- Densi infiltrati stromali, haze e edema corneale diffuso
- Iperemia congiuntivale
- Lieve ipopion



► Foto basale 2

Staining con fluoresceina:
ulcera paracentrale rotonda
ben circoscritta

ESAMI STRUMENTALI E MICROBIOLOGICI

CULTURE	SCRAPING CORNEALE IMMEDIATO DELLA LESIONE	OCT SEGMENTO ANTERIORE:
LAC + Soluzione salina + Box LAC	Gram+ Dopo 3 giorni: Staphylococcus epidermidis Negativo per acanthamoeba	Ulcera profonda fino al 30% dello spessore: assenza di perforazione corneale, di estensione sclerale e di diffusione intraoculare
	PATOGENO IDENTIFICATO	

TERAPIA

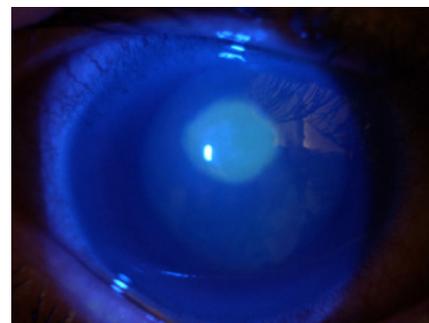
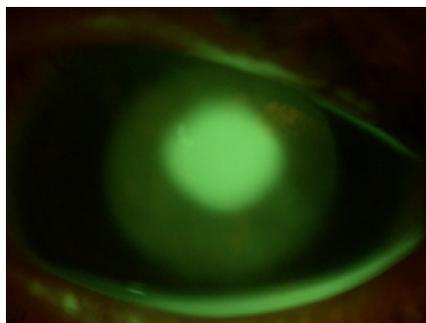
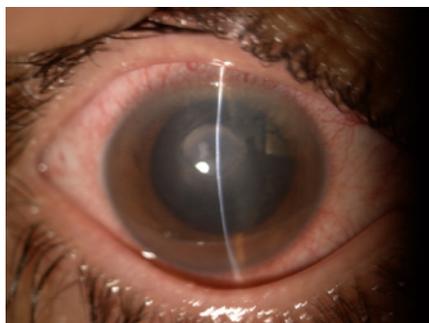
- Cloramfenicolo collirio 1 gtt ogni ora
- Levofloxacin collirio 1 gtt ogni ora
- Ciclopentolato 1 gtt 4 volte al dì

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Controlli giornalieri. **Miglioramento clinico e soggettivo a 48-72 ore.**

FOLLOW UP A 3 GG

- Diminuiti infiltrati stromali, haze stromale e edema corneale diffuso
- No ipopion
- Fluoresceina: ulcera corneale paracentrale ben circoscritta e diminuita



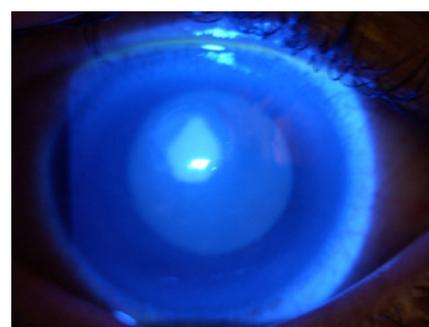
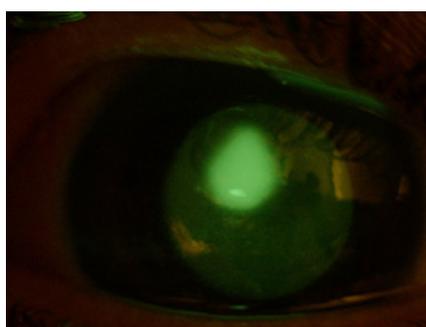
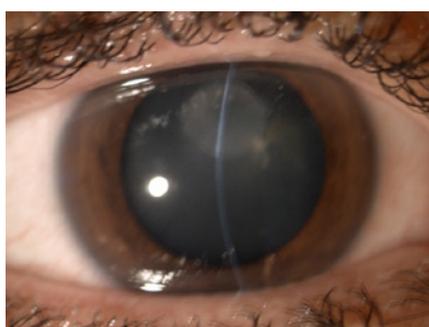
TERAPIA SUCCESSIVA A PRIMO FOLLOW UP A 3 GIORNI

- Cloramfenicolo collirio 1ggt ogni 2 ore
- Ciclopentolato 1 gtt 2 volte al dì
- Levofloxacin collirio 1 gtt ogni 2 ore
- Desametasone coll 1 gtt x 2 volte al dì

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

- Scraping corneale fondamentale nell'**identificazione del patogeno**
- Miglioramento della sintomatologia e dell'esame obiettivo consente un **adeguamento della terapia**
- **Terapia antibiotica ad ampio spettro**
- **Cortisone topico** (dopo identificazione del patogeno e buona risposta agli antibiotici)
- **Ciclopentolato**: riduzione della reazione in CA, dolore e sinechie

FOLLOW UP A 15 GG



- Nubecola corneale residua
- Assenza di iperemia congiuntivale
- Fluoresceina: ulcera corneale paracentrale ben circoscritta e diminuita

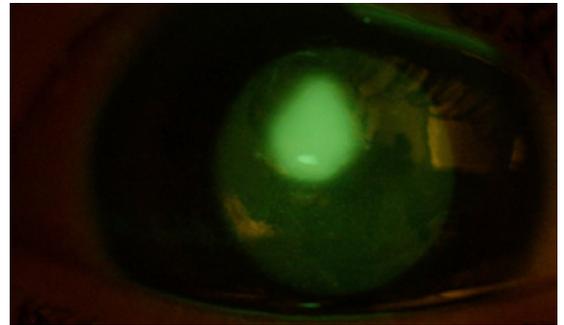
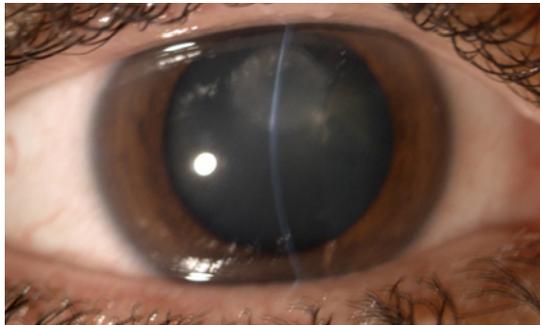
TERAPIA SUCCESSIVA A SECONDO FOLLOW UP A 15 GIORNI

- Cloramfenicolo collirio 1ggt ogni 4 ore
- Desametasone coll 1 gtt x 2 volte al dì
- Levofloxacin collirio 1 gtt ogni 4 ore
- Acido ialuronico 0,15% con Trealosio ogni 3 ore

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

- Riduzione dell'estensione e della profondità della lesione con conseguente miglioramento della sintomatologia e dell'esame obiettivo
- Miglioramento dell'acuità visiva
- Si aggiunge sostituto lacrimale **a base di Acido Ialuronico e Trealosio**
- La terapia antibiotica e cortisonica viene ridotta nei controlli successive

FOLLOW UP A 30 GG



- Nubecola corneale residua
- Fluoresceina: Non più difetti epiteliali corneali

CONCLUSIONI

- Dopo 30 gg dall'esordio è esitata una nubecola corneale, con completa chiusura del difetto epiteliale
- All'esordio lo stretto follow-up associato all'individuazione precoce del patogeno hanno consentito una modulazione efficace della terapia
- L'OCT del segmento anteriore ci consente uno studio preciso dell'estensione della lesione

TAKE HOME MESSAGE

- È fondamentale un'anamnesi accurata per individuare i fattori di rischio
- La tempestività del trattamento consente dei risultati clinici migliori
- La raccolta dei campioni per coltura è essenziale per un trattamento ad hoc
- L'identificazione precoce del patogeno è fondamentale
- Per una corretta diagnosi è necessario un esame completo, integrato con OCT del segmento anteriore
- Follow up con controlli ravvicinati

Caso di sovrainfezione batterica su herpes

Dott. **Giuseppe Coppola**

ASL Isili (Cagliari)

02

INFORMAZIONI GENERALI

Età	62 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Casalinga

ANAMNESI

- La paziente presenta buone condizioni generali
- Ipertensione
- Ipercolesterolemia
- Diabete tipo II
- Si reca al PS generale per una recidiva di infezione erpetica in regione tempiale destra

TERAPIE IN ATTO

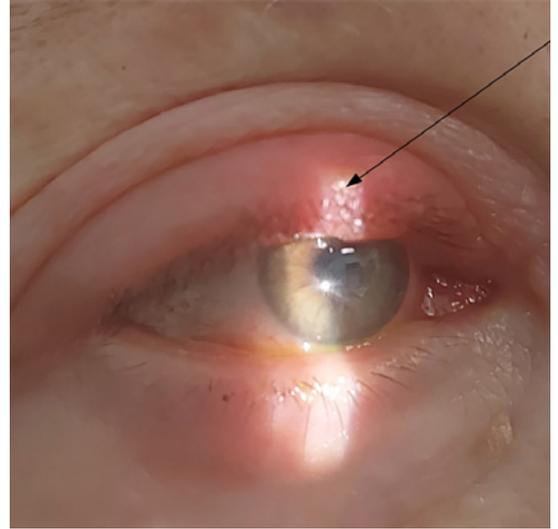
- Terapia sistemica per IA
- Ipoglicemizzanti orali
- Ha sospeso la statina
- Il collega di PS ha prescritto Aciclovir CP e pomata

ESAME OBIETTIVO

La paziente si presenta alla nostra attenzione dopo due giorni dall'inizio della terapia per edema palpebrale destro, segni tipici dell'infiammazione e secrezione



▶ Foto basale 1



▶ Foto primo follow Up

VISITA OCULISTICA

- OD congiuntivite con secrezione
- OD lieve sofferenza epiteliale
- Non sono presenti lesioni dendritiche corneali colorabili
- CA otticamente vuota
- ODV 8/10 cc
- ODT 12 mmHg
- ODF non segni di RD

TERAPIA

- **Ganciclovir unguento 1,5 mg/g** - 1 appl 5 volte al di per 7 giorni
- **Cloramfenicolo monodose 5 mg/ml** - 1 gtt ogni 2 ore per i primi 2 giorni
- **Poi 1 gtt 4 vv/dì**

PRIMO FOLLOW UP A 7 GIORNI

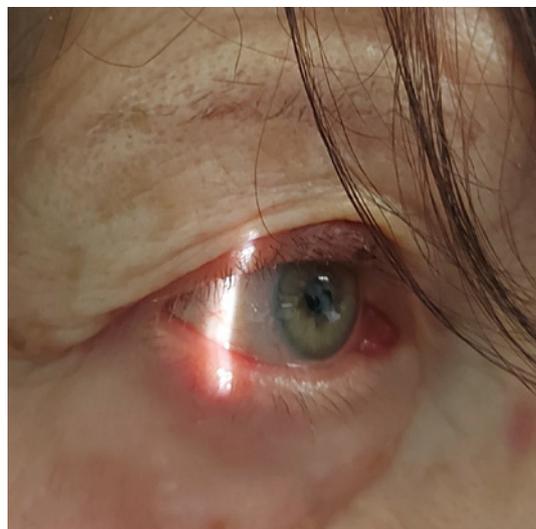
Al settimo giorno, possiamo sospendere l'antivirale e continuare con **Cloramfenicolo collirio 4 volte al giorno**.

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

È visibile la vescicola herpetica in palpebra superiore, ma nonostante questo la palpebra appare meno infiammata e la congiuntiva presenta meno infiammazione e assenza di secrezione.



► Foto secondo follow up 1



► Foto secondo follow up 2

SECONDO FOLLOW UP

14 giorni

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

Ai 14 giorni può sospendere la terapia antibiotica e continua con una lacrima riepitelizzante come **Trealosio 3%**, **Acido ialuronico 0,15%**, **NAAGA 2,45%** per ristabilire l'omeostasi della barriera lacrimale.

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

- Restituito ad integrum
- Completa assenza di dolore e fastidio oculare
- Recupero funzionale visivo

CONCLUSIONI

Il **cloramfenicolo** si è dimostrato un valido farmaco nella cura della sovrainfezione batterica da una originale infezione erpetica, nei casi in cui non vogliamo usare una associazione per evitare il rischio che la terapia steroidea possa aumentare la replicazione virale.



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Congiuntivite in paziente sottoposta a chirurgia refrattiva

Dott. **Domenico Porfido**

Ospedale di Terlizzi (BA)

03

INFORMAZIONI GENERALI

Età	44 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Assistente dentista

ANAMNESI

- Sottoposta a chirurgia refrattiva femtolasik nel 2023
- Diagnosi di congiuntivite da una settimana
- Nega patologie degne di nota
- Nega allergie a farmaci

TERAPIE IN ATTO

- Tobramicina collirio per 3 volte al giorno da 7 giorni

ESAME OBIETTIVO

- Edema palpebrale
- Iperemia e chemosi congiuntivale
- Microemorragie congiuntivali
- Cornea trasparente
- C.A. otticamente vuota
- Pupilla rotonda, centrata, reagente
- Tono 16



▶ Foto basale 1



▶ Foto basale 2



▶ Foto basale 3

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

- Esame biomicroscopico alla LAF
- Tonometria (a soffio)
- Oct segmento anteriore
- Pachimetria
- Topografia corneale
- Tampone congiuntivale

TERAPIA

- **Betametasone, Cloramfenicolo gel**: 4 volte al giorno per 5 giorni, sia nel fornice congiuntivale, sia esternamente sulle palpebre
- **Trealosio 3%, Acido Ialuronico 0,15% collirio**: 4 volte al giorno

PRIMO FOLLOW UP A 5 GIORNI

- Riduzione dell'edema palpebrale, della chemosi e dell'iperemia palpebrale
- Riduzione della fotofobia e del dolore
- Cornea trasparente speculare avascolare
- Tono 18 (tonometria ad appianazione)

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

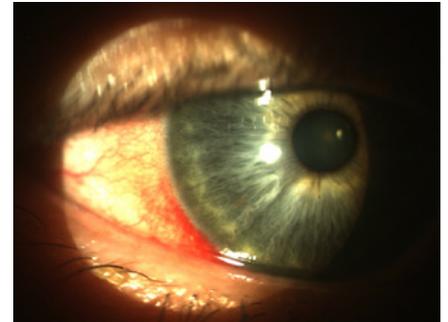
- **Betametasone e Cloramfenicolo gel**: 3 volte al giorno per 5 giorni
- **Trealosio 3%, Acido Ialuronico 0,15%**: 4 volte al giorno
- **Timololo collirio**: 1 volta al giorno



▶ Foto primo follow up 1



▶ Foto primo follow up 2



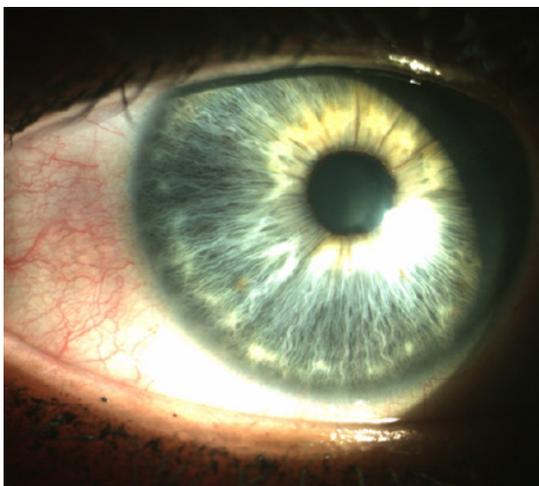
▶ Foto primo follow up 3

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

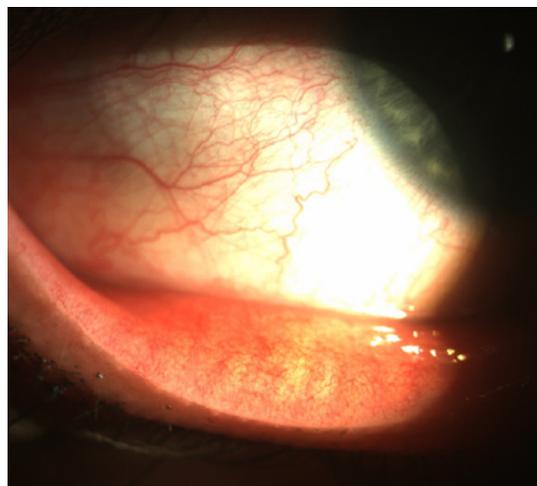
- Monitoraggio pressione oculare in paziente sottoposta in passato ad un trattamento di chirurgia refrattiva
- Tampone congiuntivale negativo
- Attento esame biomicroscopico
- Pachimetria 480 micron
- Target pressure 16 mmHg

SECONDO FOLLOW UP A 5 GIORNI

- Riduzione dell'edema palpebrale, della chemosi e dell'iperemia palpebrale
- Riduzione della fotofobia e del dolore
- Cornea trasparente speculare avascolare
- Tono 21 (tonometria ad applanazione)



▶ Foto secondo follow up 1



▶ Foto secondo follow up 2

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

- Sospensione del **Betametasome + Cloramfenicolo gel**
- **Cloramfenicolo 5mg/ml collirio**: 3 volte al giorno
- **Idrocortisone collirio**: 3 volte al giorno
- Timololo collirio: 1 volta al giorno
- **Trealosio 3%, Acido Ialuronico 0,15% collirio**: 3 volte al giorno

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

Monitoraggio pressione oculare in paziente sottoposta in passato ad un trattamento di chirurgia refrattiva.

CONCLUSIONI

- Risoluzione del quadro clinico con scomparsa dell'iperemia e dell'edema palpebrale e congiuntivale
- Cornea trasparente
- CA otticamente vuota
- Visus naturale 10/10
- Tono 14 mmHg

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

- Farmacoresistenza
- Pazienti cortico-responders
- Pachimetria e target pressure
- Tampone congiuntivale

Congiuntivite batterica infettiva

Dott.ssa **Claudia Guarracino**

Clinica Salus (Battipaglia)

04

INFORMAZIONI GENERALI

Età	47 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Impiegata

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

Artrite reumatoide in trattamento con immunosoppressori. Miopia elevata bilaterale.

TERAPIE IN ATTO (TOPICHE E SISTEMICHE)

Anticorpo monoclonale. Netilmicina e Desametasone da 10 gg.

ESAME OBIETTIVO

- Annessi oculari: sani
- Congiuntiva: iperemia marcata – secrezione mucopurulenta
- Tonometria : 19-19 mmHg
- Cornea: trasparente
- Fondo oculare: indenne
- Test al verde di lissamina:+++ (---)

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

- Test fluoresceina
- Tampone oculare: **Staphylococcus aureus**



► Foto basale 1



► Foto basale 2

TERAPIA

Cloramfenicolo per 7 giorni 4 volte al giorno – **Trealosio 3%**, **Acido Ialuronico 0,15%** x3 – pulizia delle palpebre con salvietta disinfettata.

Il **Cloramfenicolo** è un antibiotico batteriostatico con ampio spettro antibatterico, comprendente batteri Gram-positivi e Gram-negativi, micoplasmi, rickettsie e clamidie.

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

7 giorni.

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

Trealosio 3%, **Acido Ialuronico 0,15% collirio** – 3 volte al giorno.

SECONDO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

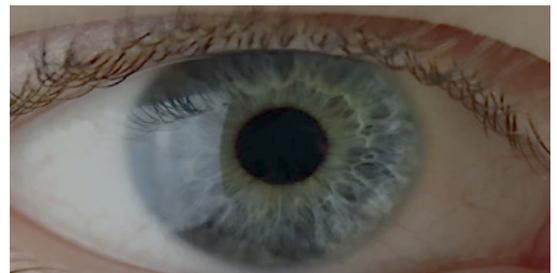
15 giorni.

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

Trealosio 3%, **Acido Ialuronico 0,15% collirio** 3 volte al giorno.



► Foto primo follow up



► Foto secondo follow up

CONCLUSIONI

Il **Cloramfenicolo** è un antibiotico batteriostatico, cioè inibisce la moltiplicazione di batteri Gram +, Gram -, micoplasmi, rickettsie, clamidie.

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

Quanto è importante il tampone oculare e una attenta biomicroscopia nella lotta contro l'antibiotico resistenza?



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Blefarite anteriore

05

Dott.ssa **Lino Guarracino**

Clinica Salus (Battipaglia)

INFORMAZIONI GENERALI

Età	62 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Odontoiatra

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

- Ipertensione arteriosa
- Allergica agli acari della polvere

TERAPIE IN ATTO (TOPICHE E SISTEMICHE)

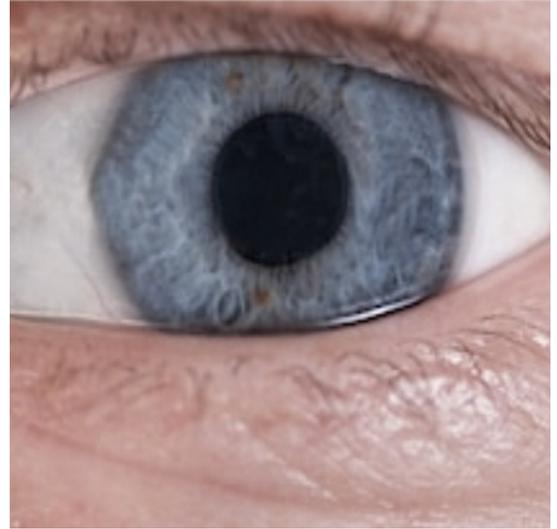
- Antiipertensivo
- Antistaminico all'occorenza
- Netilmicina + desametasone collirio da 15 gg

ESAME OBIETTIVO

- Iperemia congiuntivale diffusa di grado moderato
- Secrezione mucosa lieve
- Blefarite anteriore
- Cornea trasparente CA otticamente vuota
- Pupilla reagente
- Visus 8-9/10



► Foto basale



► Foto secondo follow Up

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

- Esegue tampone oculare con antibiogramma che documenta infezione da *s. epidermidis*
- sensibile a: levofloxacin, ofloxacin, cloramfenicolo

TERAPIA

Associazione Antibiotico-steroidica a base di **Cloramfenicolo e Betametasone** (0,5% e 0,2%) 1x3x7 gg + igiene mattina e sera con **garze sterili contenenti tea tree oil + sostituti lacrimali** 1x4.

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

5 giorni.

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

- Continua terapia in atto per 2 gg
- All'ottavo giorno sospende associazione e continua igiene + sostituti lacrimali

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

Si assiste ad un miglioramento della sintomatologia e del quadro clinico.

SECONDO FOLLOW UP A QUANTI GIORNI?

15 giorni.

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

Trealosio 3%, Acido Ialuronico 0,15% collirio 3 volte al giorno.

CONCLUSIONI

L'associazione di **collirio antibiotico/steroidi + garze sterili medicate + sostituti lacrimali** ha potenziato gli effetti della terapia, permettendo di raggiungere l'eradicazione dell'infezione.

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

L'esecuzione di un tampone oculare in caso di infezione, è sempre consigliabile quando possibile, poiché la terapia empirica, seppur ragionata, potrebbe favorire l'ulteriore incremento delle antibiotico-resistenze.



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Ulcera corneale in portatore di LAC: un favorevole decorso per un caso clinico con grave esordio

Dott.ssa **Alessia Mollo**

Azienda Ospedaliera Universitaria OO. RR. Di Salerno
U.O.C. di Oculistica

INFORMAZIONI GENERALI

Età	43 anni
Sesso	M
Attività lavorativa	Impiegato

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

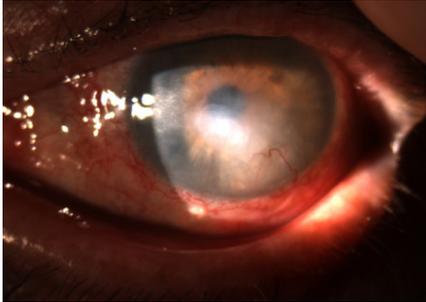
- In apparente buona salute
- Portatore di LAC. Da circa 3 gg bruciore, dolore puntorio, senso di corpo estraneo, riduzione progressiva e marcata del visus in occhio sinistro. Aveva notato nei giorni precedenti lieve bruciore e senso di corpo estraneo, soprattutto dopo l'utilizzo delle LAC
- Ha sospeso l'uso delle LAC ed ha utilizzato associazione Tobramicina + Desametasone in collirio fornito dal Farmacista. Dopo l'inizio della terapia ha notato un ulteriore peggioramento dei sintomi e della capacità visiva

TERAPIE IN ATTO (TOPICHE E SISTEMICHE)

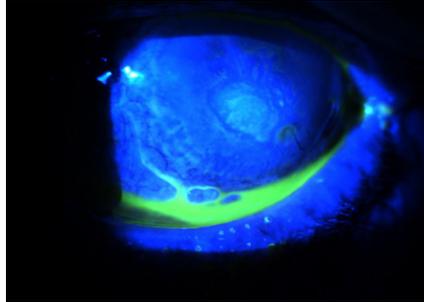
- Tobramicina + desametasone collirio: **1 goccia 4 volte al dì**
- Sostituto lacrimale contenente: **Acido ialuronico 0,15% per 3-4 volte al dì** (prodotto venduto dall'ottico al momento dell'acquisto delle LAC)

ESAME OBIETTIVO

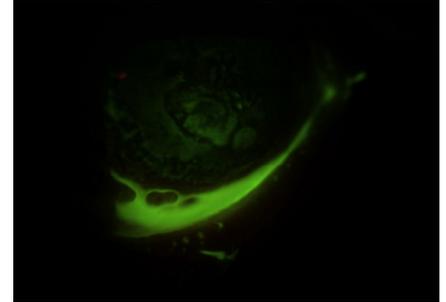
- Iperemia congiuntivale diffusa con sub-chemosi ed iniezione ciliare
- Vasta ulcera corneale centro paracentrale, con infiltrato stromale
- Neovascolarizzazione della cornea
- Tyndall in c.a. +/-



▶ Foto basale 1



▶ Foto basale 2
fluotest +



▶ Foto basale 3
Lyssamine green +

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

- Effettuare prelievo tampone congiuntivale per ricerca colturale batterica con ABG e ricerca miceti
- l'invio in laboratorio è stato corredato da informazioni cliniche relative al recente utilizzo di Tobramicina, al fine di utilizzare metodiche atte a favorire lo sviluppo di germi in coltura nonostante tale limitazione

TERAPIA

In attesa dei risultati:

- **Cloramfenicolo coll:** 1 goccia ogni 2 ore
- Tropicamide 1% coll: 2 gocce ogni 6 ore
- Collirio a base di clorexidina + Tetraciclina e Sulfametiltiazolo pom: 1 gtt + una applicazione nel fornice della pomata dopo 10' ogni 4 ore
- Ceftriaxone fl im: 1 fl al dì

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

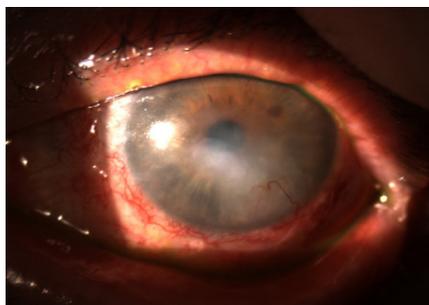
Data l'importanza del quadro clinico, si programma controllo a 48 ore.

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

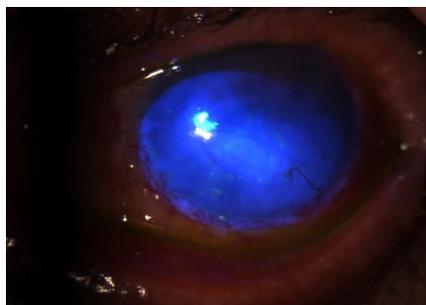
Si osserva un miglioramento clinico, che induce a proseguire il regime terapeutico già impostato. Si conferma la medesima posologia.

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

- Si osserva riduzione dell'ampiezza dell'ulcera e della profondità dell'infiltrato corneale
- Parallelamente si osserva riduzione dell'iperemia congiuntivale ed iniziale regressione dei neovasi corneali



▶ Foto primo follow up 1



▶ Foto primo follow up 2



▶ Foto secondo follow up

- Al fluotest, l'area della lesione corneale appare ridotta, con minore grado di impregnazione del colorante

SECONDO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Si programma controllo a distanza di 4 gg.

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

- Perviene il risultato del tampone, che evidenzia la presenza di Pseudomonas, sensibile a Cloramfenicolo, Moxifloxacina e Gentamicina
- Buona sensibilità al Ceftriaxone
- Si decide di proseguire la terapia già impostata con Cloramfenicolo, Tropicamide, Dropsept per altri 6 gg, poi a scalare
- Si sospende il Ceftriaxone al 6° giorno e si sostituisce Tetraciclina e Sulfametiltiazolo con Gentamicina solfato pomata, da utilizzare per 3 volte al di per 6 gg

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

- La terapia impostata con antibiotico ad ampio spettro (Cloramfenicolo, Ceftriaxone) si è rivelata efficace sia dal punto di vista clinico che per quanto riguarda il dato microbiologico laboratoristico (antibiotico-sensibilità)
- Si è proceduto alla sostituzione della pomata

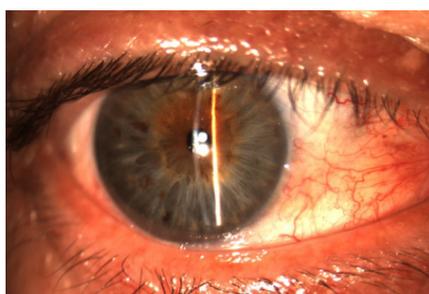


FOTO AL CONTROLLO A 6 MESI

Dopo risoluzione dell'episodio acuto, viene impostata terapia con **sostituto lacrimale** (Trealosio 3%, Acido Ialuronico 0,15%), **Idrocortisone sodio fosfato** a scalare e pomata oftalmica multivitaminica

CONCLUSIONI

Le infezioni in portatori di LAC sono potenzialmente gravi, per il frequente coinvolgimento della cornea. In presenza di lesioni corneali andrebbero sempre eseguiti esami microbiologici e test di sensibilità agli antimicrobici per poter effettuare una terapia mirata e realmente efficace.

In attesa dei risultati la terapia andrebbe effettuata con prodotti ad ampio spettro utilizzati a dosaggio pieno, in modo da ottenere la massima efficacia e ridurre il rischio di sviluppo di resistenze batteriche.

I rischi maggiori derivano dalla sottovalutazione dei sintomi iniziali e dalle terapie effettuate senza un esame specialistico adeguato. La gestione «oculata» dei casi clinici e un serrato follow up consentono spesso di ottenere risultati significativi anche in situazioni difficili, come quella di questo caso.

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

- Evitare l'automedicazione
- Effettuare terapia «mirata» ogni qualvolta sia possibile
- In assenza di isolamento dell'agente eziologico, preferire antibiotici poco utilizzati dal punto di vista sistemico; evitare, inoltre, terapie antibiotiche «sottodosate» o eseguite per un lasso di tempo insufficiente per il rischio dello sviluppo di antibiotico-resistenze
- Adattare la strategia terapeutica all'andamento delle condizioni cliniche e ai risultati degli esami microbiologici

Infezioni palpebrali e ulcere corneali

07

Dott. **Marco Messina**

Dipartimento di Medicina e Chirurgia. Sezione di Oftalmologia.
Università di Perugia. Ospedale S. Maria della Misericordia.

INFORMAZIONI GENERALI

Età	80 anni
Sesso	M
Attività lavorativa	Pensionato

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

Un uomo, di 80 anni, viene inviato alla nostra attenzione con il sospetto di una cheratite erpetica refrattaria a terapia.

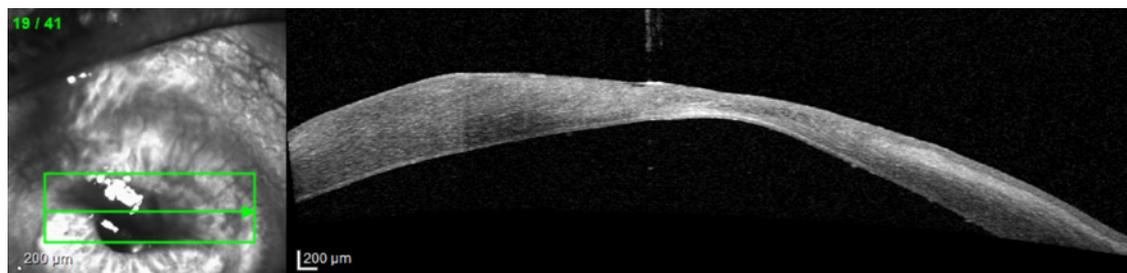
Sintomatologia riferita di fastidio, dolore e lacrimazione in os, presente da molto tempo.

TERAPIE IN ATTO (TOPICHE E SISTEMICHE)

- Trattamento sistemico a base di aciclovir compresse 800 mg (1 cp 5 volte al dì)
- Trattamento topico a base di aciclovir unguento oftalmico (1 applicazione 5 volte al dì)

ESAME OBIETTIVO

- Ulcera corneale arciforme, con marcato assottigliamento corneale
- Intensa iperemia congiuntivale con iniezione pericheratica



DIAGNOSI DIFFERENZIALI

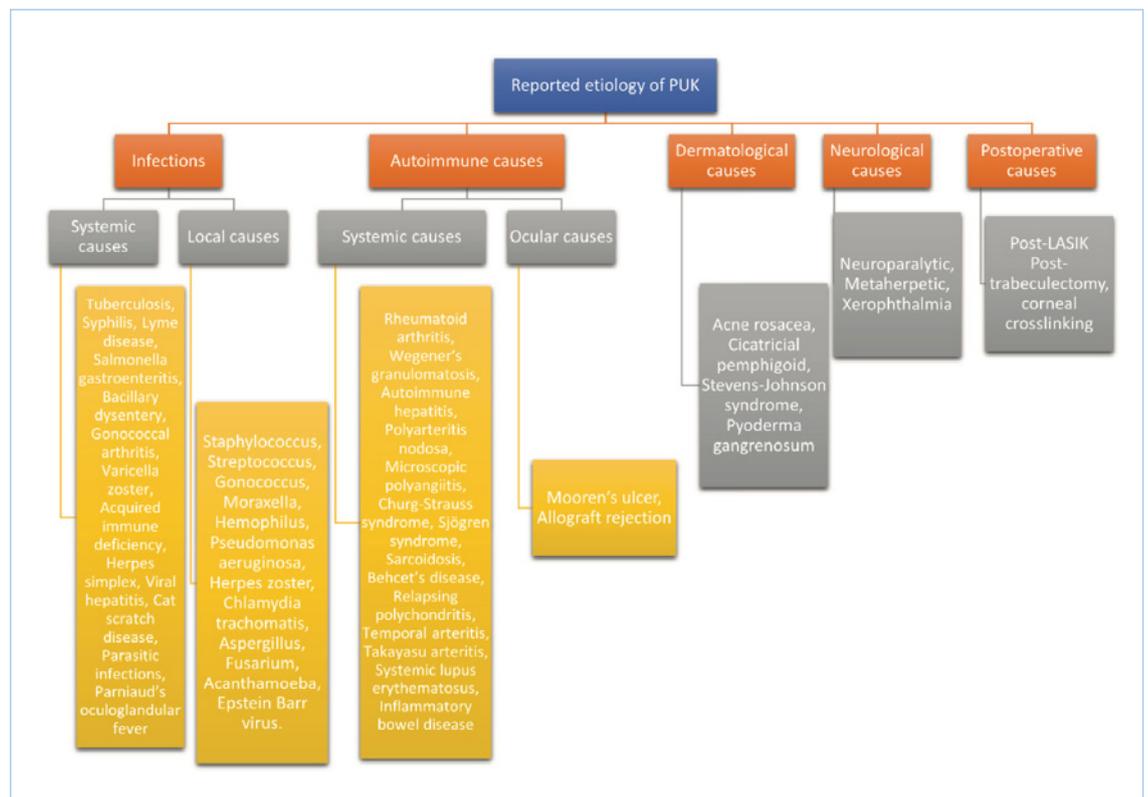
- Cheratite ulcerativa periferica
- Cheratite microbica
- Cheratite erpetica
- Cheratite marginale

TERAPIA

- Lente a contatto terapeutica
- Terapia topica
 - Lubrificanti oculari PF
 - Terapia antibiotica
- No terapia topica steroidea
 - In attesa dell'esito degli esami microbiologici

WORK-UP DIAGNOSTICO

- Escludere diagnosi differenziali
- Ottenere una diagnosi eziologica

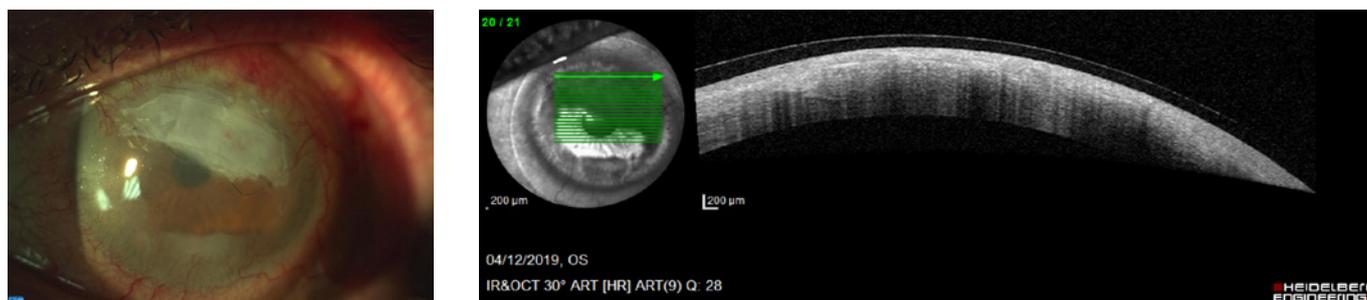


OUTCOME

- Screening negativo per cause infettive topiche (esame colturale da scraping)
- Screening negativo per cause infettive sistemiche (TB, lue, borrelia, neisseria, bartonella, ...)
- Screening negativo per auto-anticorpi (FR, ANA, ANCA, ENA)
- HRTC negativa per lesioni linfonodali
- Valutazione reumatologica negativa per patologie di interesse

FOLLOW UP

Ulteriore assottigliamento corneale con perforazione imminente.

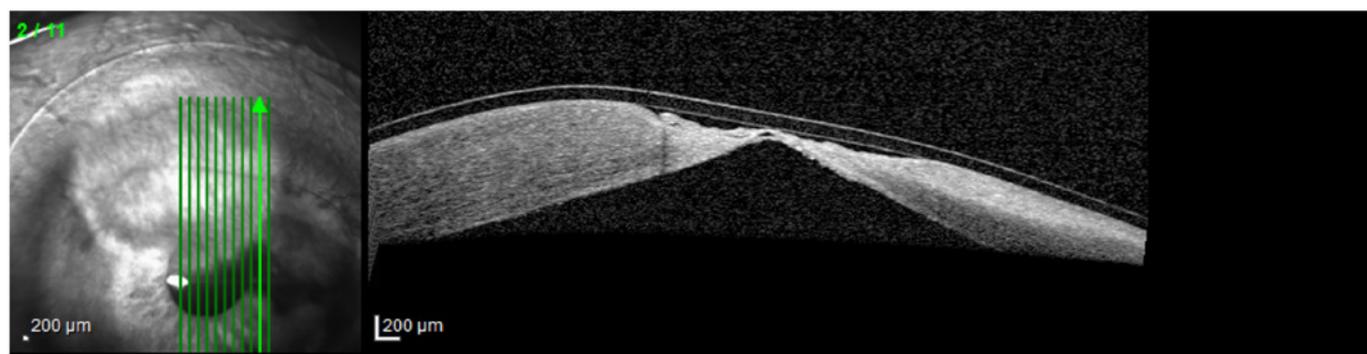


COME PROCEDERE?

- Terapia topica antibiotica
- Terapia steroidea
- Stretto follow-up

PAZIENTE NON COMPLIANTE

- Rivalutazione urgente a circa 1 mese dalla procedura. Nuovo assottigliamento con descemetocel
- Ricoprimento congiuntivale del descemetocel. Riconsiderare la diagnosi?



CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

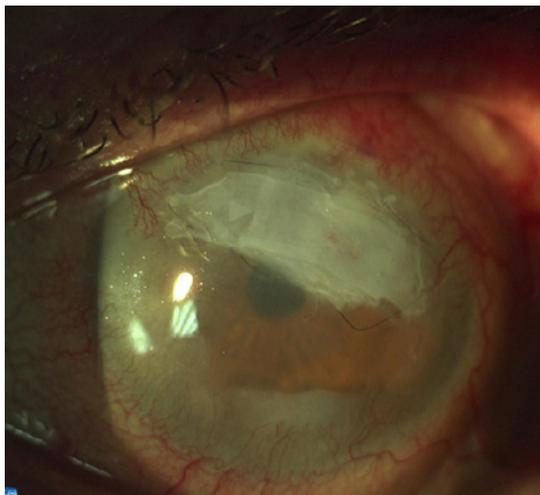
- Ulcera corneale arciforme nei settori superiori
- No beneficio da terapia
- Nessuna diagnosi eziologica
- E se fosse altro?

RICONSIDERARE LE DIAGNOSI DIFFERENZIALI

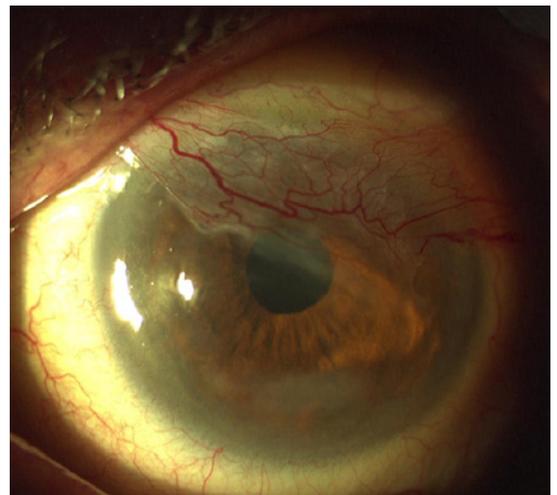
- Cheratite ulcerativa periferica
- Cheratite microbica
- Cheratite erpetica
- Cheratite marginale

NUOVO TRATTAMENTO

- Trattamento topico
 - Terapia steroidea
 - Terapia antibiotica
 - Accurata igiene palpebrale con massaggi e impacchi
- Trattamento sistemico: Doxiciclina 100 mg



▶ Fase acuta



▶ Remissione

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

Cheratite marginale.

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

The top section contains three panels illustrating different eye conditions:

- DRY EYE:** A diagram of the eye showing the tear film layers: strato lipidico (lipid layer), strato muco-acquoso (mucous layer), and ghiandole di Meibomio (Meibomian glands). Labels also point to the congiuntiva (conjunctiva) and ghiandola lacrimale (lacrimal gland).
- FRIZIONE MECCANICA:** A cross-sectional diagram of the eye showing mechanical friction on the cornea.
- SOVRAINFEZIONE:** A scanning electron micrograph (SEM) showing spherical bacteria, likely Staphylococcus aureus.

A close-up photograph of a human eye. Two red arrows point to specific areas:

- SEDE:** Colpisce primariamente le sedi di intersezione palpebrale (Affects primarily the sites of palpebral intersection).
- DISTANZA DAL LIMBUS:** 1-2 mm di distanza dal limbus (1-2 mm distance from the limbus).

TRATTAMENTO	
CHERATITE	BLEFARITE
	terapia steroidea topica
	terapia antibiotica topica
lubrificanti oculari PF	
	misure di igiene palpebrale
terapia antibiotica sistemica con tetraciline	

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

- Considerare sempre l'occhio nel suo insieme
- Non rimanere bloccati su una diagnosi iniziale
- In caso di mancata risposta, considerare sempre diagnosi differenziali

REFERENZE

- Mannis M., Holland E.: *Cornea*. Elsevier Health Sciences. 2016; 1079-1081.
- Smolin G. Hypersensitivity reactions. In: Smolin G, editor. *Ocular immunology*. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1986.
- Mondino BJ. Inflammatory disease of the peripheral cornea. *Ophthalmology* 1988;95:463-72.
- Cohn H, Mondino BJ, Brown SI, et al. Marginal corneal ulcers with acute beta streptococcal conjunctivitis and chronic dacryocystitis. *Am J Ophthalmol* 1979;87:541-3.
- McCulley JP, Dougherty JM, Deneau DG. Classification of chronic blepharitis. *Ophthalmology* 1982;89:1173.

Perchè non subito

Dott.ssa **Maria Grazia Mirijello**

AUSL Reggio Emilia

08

INFORMAZIONI GENERALI

Età	51 anni
Sesso	M
Attività lavorativa	Impiegato

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

- Il paziente gode di ottima salute
- Non portatore di LAC
- Riferisce di aver subito 4 giorni prima un leggero trauma oculare in occhio destro con annesso non specificato corpo estraneo a cui non ha dato nessuna importanza

TERAPIE IN ATTO (TOPICHE E SISTEMICHE)

- Terapia suggerita dal medico di famiglia/farmacista: Tobramicina 4 volte al dì per 10 giorni
- Dopo 3 giorni ha un peggioramento del quadro clinico
- Prenota visita oculistica

ESAME OBIETTIVO

- L'occhio era visibilmente congestionato con infezione batterica in atto
- Disepitelizzazione 1mm settore para centrale/nasale
- Iperemia congiuntivale od scala mc monnies grado 3
- Fotofobia



► Foto basale 1



► Foto basale 2

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

- Lampada a fessura
- Fluorescina sodica con luce blu
- Lavaggio con isotonica

TERAPIA

SOSTITUITO TERAPIA IN ATTO INEFFICACE CON:

- **Betametasona, Cloramfenicolo gel** con posologia 4 al dì per i primi 2 giorni per poi seguire altri 7 giorni bis in die
- Gel a base di **Trealosio 3%, Acido Ialuronico 0,15%** per lenire il fastidio da somministrare al bisogno ma distante dalla terapia medica (almeno 15 minuti)

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Il giorno dopo!

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

COME PRESCRITTO:

- **Betametasona, Cloramfenicolo gel** con posologia 4 al dì
- **Trealosio 3%, Acido Ialuronico 0,15% gel** al bisogno

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

Il quadro clinico si è risolto brillantemente considerando che il paziente riferiva un progressivo peggioramento fino all'accesso in ambulatorio in 1^a visita.

Riepitelizzazione completata al 90% visibile 1 piccolo puntino dopo colorazione con fluoresceina.



▶ Foto primo follow up



▶ Foto secondo follow up

SECONDO FOLLOW UP A QUANTI GIORNI?

1 Settimana.

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

- Proseguire con **Betametasone**, **Cloramfenicolo gel** ma scalando la posologia a bis in die
- Proseguire con il **Trealosio 3%**, **Acido Ialuronico 0,15% gel** per completare la riepitelizzazione

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

- Il quadro clinico si è risolto definitivamente
- Il paziente non lamentava più alcun disturbo, epitelio integro e compatto e assenza fotofobia
- Lacrimazione corretta con ampia black line OO
- Schirmer test 18 mm OD 20mm OS

CONCLUSIONI

Credo sia più vantaggioso, a seguito di un trauma oculare, andare subito dall'oculista, anziché affidarsi a chi, un po' per carenza di mezzi e di casistica, può esacerbare una situazione di facile gestione nei nostri ambulatori.



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Errare è umano, perseverare è diabolico

Dott.ssa **Ariana Sgheri**

Nuovo Ospedale S. Stefano di Prato

09

INFORMAZIONI GENERALI

Età	53 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Videoterminalista

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

- Paziente con **1° accesso** presso il **PS Oculistico** dell' Ospedale Santo Stefano di Prato, in data 13-5-24
- Miope di **-9D**, portatrice di **LAC rigide**, con ultimo rinnovo oltre 10 mesi fa
- Riferisce **sospetta allergia ad Amoxicillina**
- APR: La paziente riferisce episodi di **Neurite Ottica Retrobulbare**, nel 2019 in OS e nel 2021 in OD, sottoposta a plasmaferisi e boli di cortisone, attualmente seguita a Careggi. (No documenti al seguito)
- **APP: da circa 2gg lamentava marcata oculodinia OS>>OD**

TERAPIE IN ATTO (TOPICHE E SISTEMICHE)

Nella prima valutazione presso il PS Oculistico:

- **NO terapie sistemiche in atto**
- Instilla Gentamicina Solfato 0,3% collirio 2/die, su indicazione dell'optometrista che l'aveva valutata nel suo studio 2 giorni prima e che le aveva consigliato di recarsi in PS Oculistico per sospetto infiltrato corneale in OS

ESAME OBIETTIVO

13 maggio 2024

- **OO**: CA medio-profonda, OD infiltrato di circa 1 mm in formazione, debolmente F+ paracentrale, OS infiltrato corneale di 1,5 mm con edema stromale circostante F+. In OO moderata reazione pericheratica
- **OOT**: 13-14 mm hg (soffio)
- **OOF**: nei limiti
- **Terapia in dimissione**:
 - Levofloxacin coll ogni 2 ore nella veglia + netilmicina coll 5 volte al gg + lacrime artificiali
 - ASTENSIONE dall'uso di LAC e loro adeguata disinfezione!

17 maggio 2024 (4 gg dopo)

Rivalutazione programmata in PS Oculistico.

- **OD**: cornea **F -**, non si apprezzano opacità residue
- **OS**: permane infiltrato paracentrale, **F -/+**
- **Terapia Aggiornata**:
 - OD: prosegue con Levofloxacin + Netilmicina entrambi 4/die
 - OS: invariata

20 maggio 2024 (7 gg dopo)

Rivalutazione programmata in PS Oculistico.

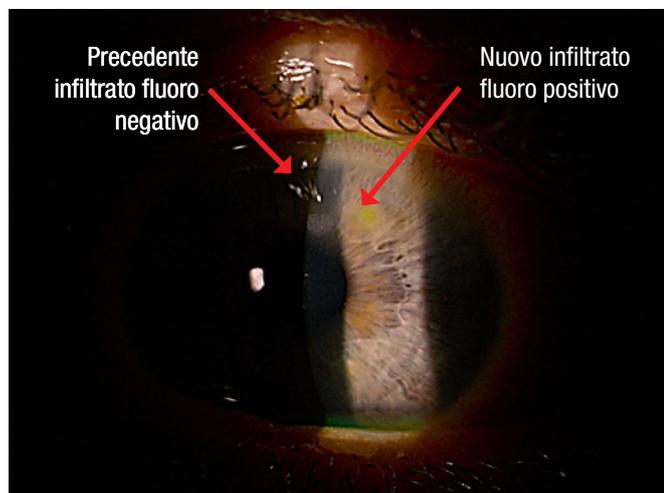
- **OD**: cornea **F -**, non si apprezzano opacità residue
- **OS**: Cornea con opacità residua in sede dell'infiltrato, F-
- **Terapia Aggiornata**:
 - Stop Netilmicina in OO, prosegue solo Levofloxacin 4/die fino a controllo

23 maggio 2024 (10 gg dopo)

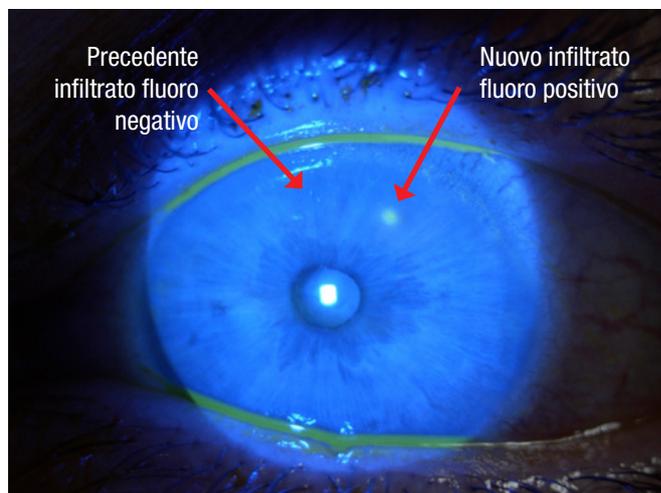
- **OO**: cornea **F -**, persiste in OS infiltrato sub-epiteliale F-
- Prosegue con Levofloxacin 3 volte al gg per 3 giorni e poi sospende. Lacrime art. al bisogno, e si sconsiglia ancora l'uso di LAC

27 maggio 2024 (14 gg dopo)

- **Quadro invariato**
- Pz asintomatica
- Si consiglia di proseguire ancora con lacrime art e di attendere almeno 7-10 giorni per l'uso delle LAC rigide previa loro accurata disinfezione...



▶ Foto basale 1



▶ Foto basale 2

02 luglio 2024 (35 gg dopo)

- **2° Accesso in PS Oculistico**, senza alcuna documentazione antecedente
- Riferisce oculodinia e fotofobia in OS da meno di 24h
- **OS**: ca media, RFM + e valido
- **Cornea con infiltrato F + ore 2** con reazione pericheratica, ed adiacente precedente infiltrato F-
- Moderata iperemia congiuntivale

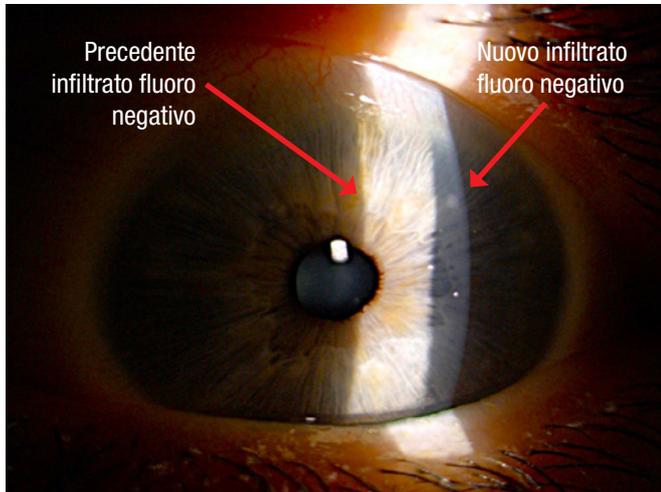
TERAPIA

- **Cloramfenicolo** 5 mg/ml collirio **5 volte al giorno** fino a controllo
- **Lacrima artificiale** con PoliEsaMetilenBiguanide: 0,0003%, ogni 3 ore
- **Schiuma detergente** perioculare a base di olio ozonizzato liposomiale mattina e sera
- **ASTENSIONE DALL' USO DI LAC RIGIDE e verifica della sua effettiva disinfezione**

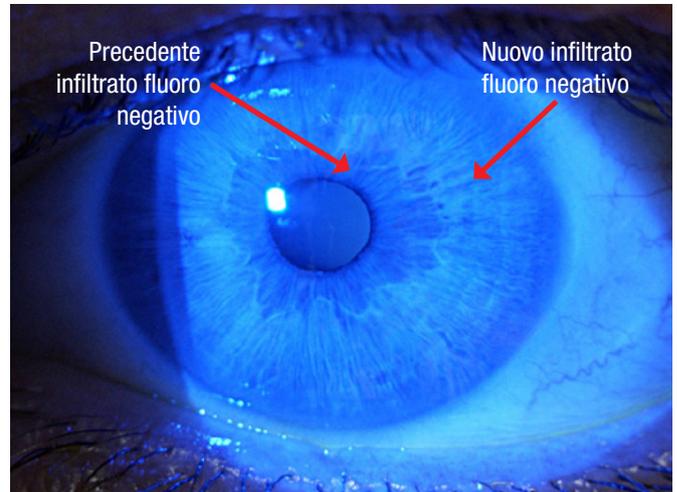
PRIMO FOLLOW UP A QUANTI GIORNI?

8 luglio 2024 (6 gg dopo):

- Soggettivamente meglio. Quasi scomparsa la sensazione di oculodinia
- **OS**: ca media, RFM + e valido
- **Cornea F - , con infiltrato non più captante fluoresceina**
- Congiuntiva normoemica



► Foto follow up 1



► Foto follow up 2

TERAPIA FOLLOW UP

- **STOP Cloramfenicolo** collirio
- **Prosegue con la lacrima artificiale** con PoliEsaMetilenBiguanide: 0,0003%, almeno 2-3 volte al giorno per **10 giorni**
- **Schiuma detergente** perioculare a base di olio ozonizzato liposomiale **tutte le mattine**
- Raccomandazione per **accurata igiene delle LAC rigide** con uso concomitante di lacrime artificiali
- In caso di peggioramento recarsi in PS Oculistico

CONSIDERAZIONI FOLLOW UP

- **Ottima e rapida risposta** alla terapia con **Cloramfenicolo**
- Valutazione di **fattori di rischio associati** quali Dry Eye e/o Blefarite
- Raccomandazione assoluta sul **trattamento disinfettante** adeguato delle **LAC rigide** con sostituzione di **contenitori e liquidi associati**
- Per motivi personali, non è stato possibile concordare ulteriori follow-up

		CLORAMFENICOLO	AMINOGLICOSIDI		FLUOROCHINOLONICI		
			TOBRAMICINA	NETILMICINA	NORFLOXACINA	OFLOXACINA	CIPROFLOXACINA
G	Staphylococcus aureus**	•	•	•	•	•	•
R	Staphylococcus epidermidis**	•	R	R	R	R	R
A	Streptococcus spp**	•	R	R	—	○	○
M	Pneumococcus spp	•	R	R	—	○	○
M	Enterococcus spp	•	R	R	R	R	R
+	Corynebacterium (bacillo)	•	—	•	—	○	○
G	Neisseria gonorrhoeae	•	+	—	•	•	•
R	Haemophilus influenzae**	•	•	•	•	•	•
A	Pseudomonas aeruginosa	R	•	•	•	•	•
M	Enterobacter	•	•	•	•	•	•
M	Escherichia coli	•	•	•	•	•	•
-	Serratia	R	•	•	•	•	•
	Chlamydia trachomatis	•	R	R	•	○	—

● Sensibile ○ Moderatamente sensibile R Resistente

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

- Raccomandarsi di non usare colliri autoprescritti
- LAC, se possibile, fare ricerca microbiologica
- Tampone su scraping corneale, se indicato
- Considerare tutti i fattori di rischio associati
- Non si scala la terapia antibiotica
- La giusta terapia per il giusto tempo



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Che confusione!!! (Sarà perchè ti amo?)

Dott.ssa **Francesco Nasini**

ospedale Sant'Anna AOU Ferrara

10

INFORMAZIONI GENERALI

Età	52 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Professoressa scuole medie

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

- AG: abs
- AS: da 3 giorni arrossamento e gonfiore in OS (ma in parte anche in OD) che non migliora nonostante collirio con TOBRAMICINA (3 vv/die) consigliato dal sostituto del medico curante

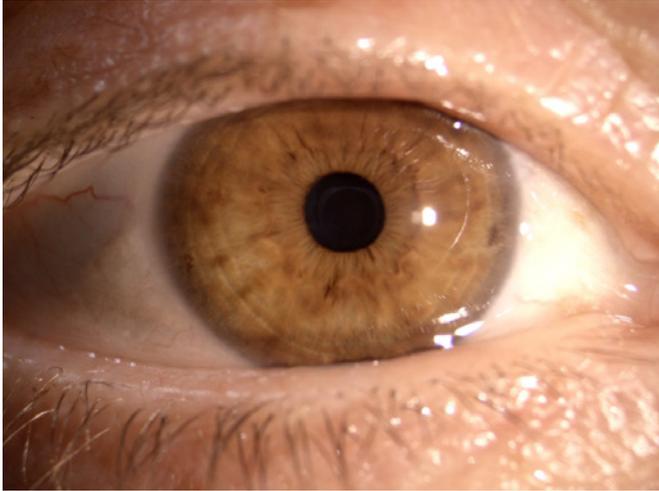
Forse dopo contatto con fumi tossici non meglio precisati? Forse dopo contatto con moscerino (ma era a piedi)? Forse dopo giardinaggio e sospetta autoinoculazione?

TERAPIE IN ATTO (TOPICHE E SISTEMICHE)

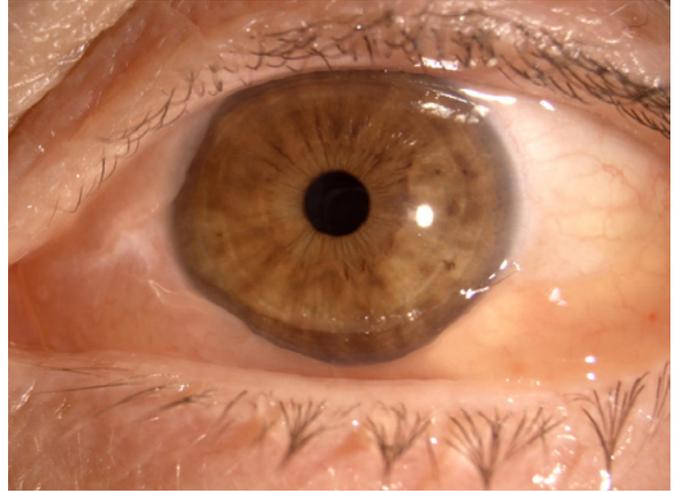
- TOBRAMICINA: 1 goccia per 3 vv/die da 3 giorni

ESAME OBIETTIVO

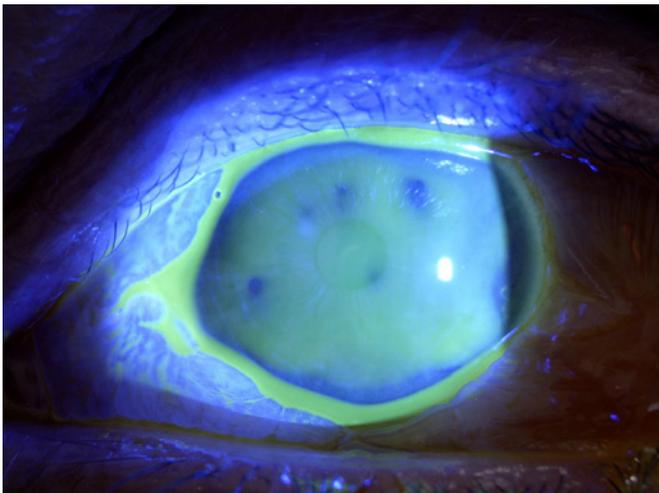
- OD:
 - Lieve iperemia congiuntivale, cornea fluo-
 - Modeste secrezioni nel fornice inferiore
- OS:
 - Moderata iperemia congiuntivale, cornea fluo-
 - Chemosi congiuntivale diffusa



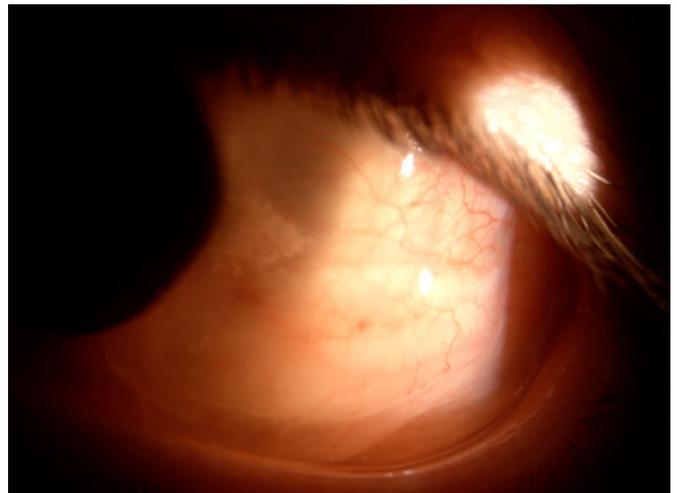
► Foto basale 1: OD



► Foto basale 1: OS



► Foto basale 2: OS



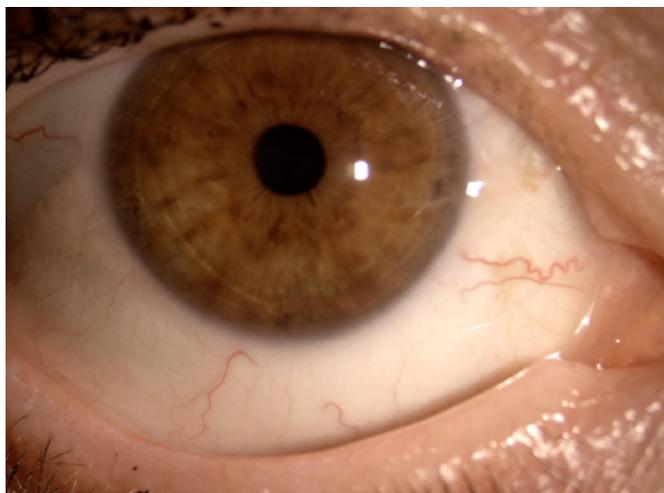
► Foto basale 2: OS

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

Nessun esame eseguito.

TERAPIA

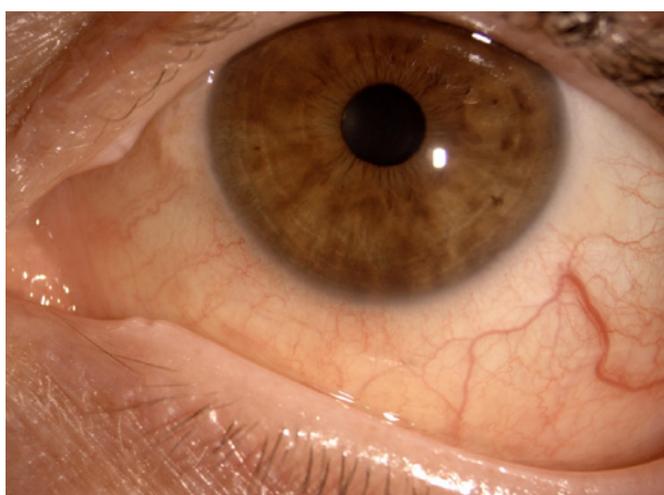
- Sospende Tobramicina
- Inizia **Cloramfenicolo + Betametasone**:
1 goccia 4 vv/die per 4 giorni + 1 goccia 2 vv/die per 4 giorni



► Foto follow up: OD



► Foto follow up: OS



► Foto follow up: OS



► Foto follow up: OS

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Primo follow up concordato 4 giorni dopo l'accesso in PS.

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

Miglioramento del quadro. La paziente riferisce di stare meglio e per difficoltà logistiche rinuncia ai controlli successivi.

Si raccomanda alla paziente di proseguire la terapia come indicato al momento del primo accesso in ps.



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Cheratite in portatrice di LAC

Dott. **Maurizio Ragusa**

Ospedale di Belluno

INFORMAZIONI GENERALI

Età	60 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Casalinga

ANAMNESI

- Paziente in buono stato di salute generale
- Portatrice di lenti a contatto
- Riferisce da alcuni giorni: sensazione di corpo estraneo; intensa fotofobia; rossore oculare e lacrimazione; dolore oculare

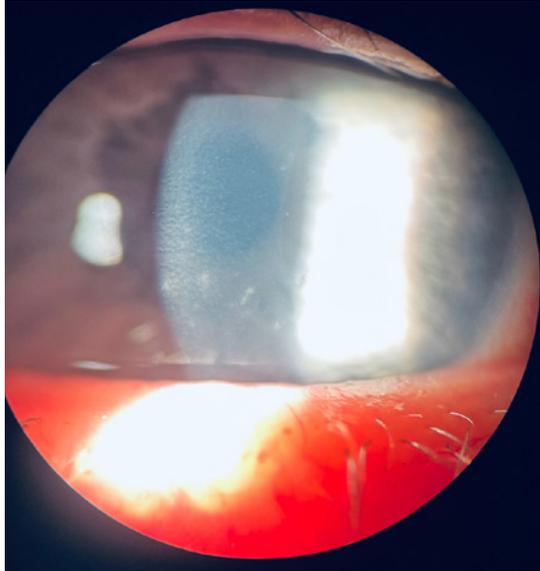
TERAPIE IN ATTO

- Utilizzo di lacrime artificiali
- No utilizzo di terapie antibiotiche

ESAME OBIETTIVO

Alla LAF:

- Iperemia e chemosi congiuntivale
- Iperemia pericheratica
- Multipli infiltrati epiteliali corneali
- Camera anteriore in quiete



► Foto basale 1



► Foto basale 2



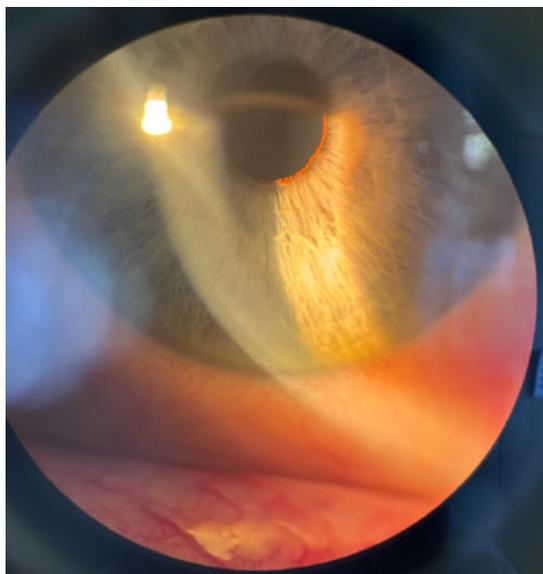
► Foto basale 3

TERAPIA

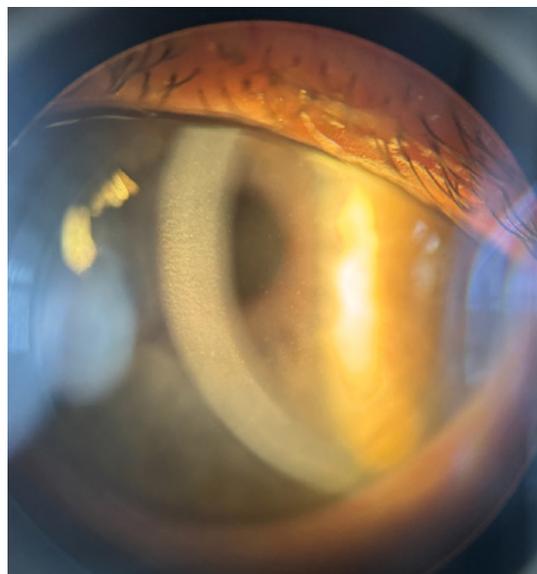
- **Cloramfenicolo collirio**, 1 goccia x 5 volte al giorno x 7 giorni

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

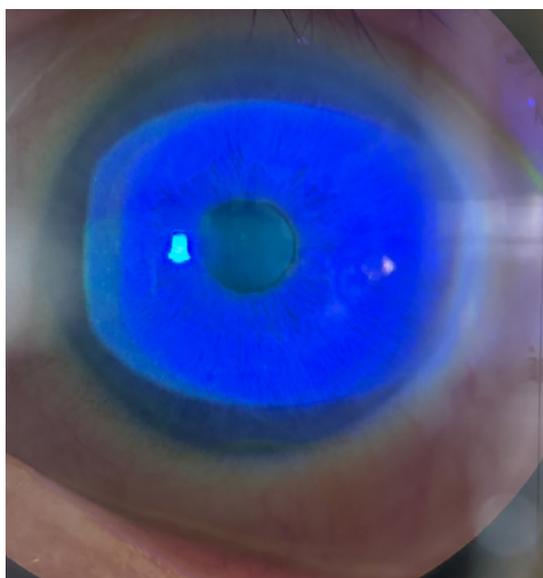
Primo follow up concordato a 7 giorni



► Foto primo follow up 1



► Foto primo follow up 2



► Foto primo follow up 3

CONSIDERAZIONI

Cloramfenicolo si è dimostrato:

- Efficace
- Ad azione rapida
- Molto ben tollerato
- Buona compliance

TAKE HOME MESSAGE

- Considerare **Cloramfenicolo antibiotico di prima scelta**
- **Valida alternativa ai più comuni fluorochinolonici**
- Basso impatto sull'antibiotico-resistenza
- Attività antibiotica ad ampio spettro
- Buon profilo di sicurezza



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Gioventù canaglia

Dott. **Pietro Maria Talli**

Ospedale Sant'Anna AOU Ferrara

INFORMAZIONI GENERALI

Età	16 anni
Sesso	F
Attività lavorativa	Studente

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

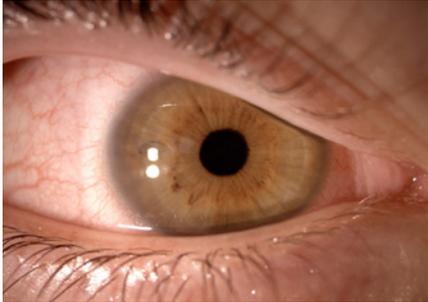
- Abs, non assume farmaci, non allergie a farmaci
- Non stato di gravidanza
- Si presenta in ps oculistico per od forte dolore e fotofobia da almeno 3 giorni
- Tornata la sera precedente da settimana di campeggio
- Ha perso la lac in od circa 3 giorni fa

TERAPIE IN ATTO

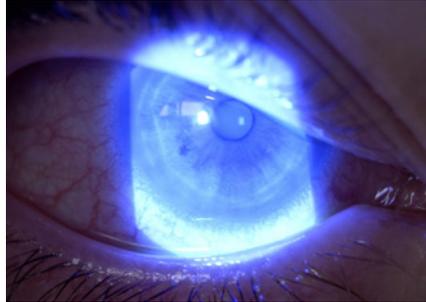
- Lacrime artificiali più volte al giorno per lenire il fastidio

ESAME OBIETTIVO

- VOD incredibilmente migliorato senza occhiali
- OD: intensa iperemia congiuntivale con reazione tarsale, congiuntiva iperemica, cornea trasparente fluo neg, CA presente e profonda otticamente vuota, lente in sede e trasparente
- Lente a contatto in sede
- OD in quiete
- Si rimuove la LAC e si fotografa



▶ Foto basale 1



▶ Foto basale 2



▶ Foto basale 3

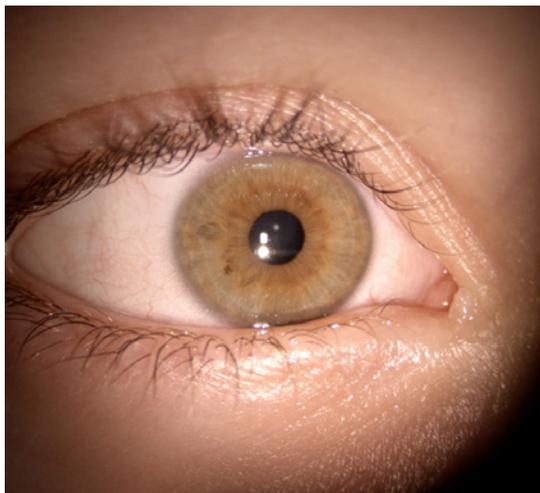
TERAPIE IN ATTO

Considerata la permanenza della lac da circa 3 giorni e l'assenza di infiltrati corneali si procede a:

- **Cloramfenicolo collirio**, 1 goccia 4 volte al giorno
- **Idrocortisone collirio**, 1 goccia 2 volte al giorno

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

CONTROLLO SUCCESSIVO A 5 GIORNI per assenza di infiltrati corneali.



▶ Foto primo follow up 1



▶ Foto primo follow up 2

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

- Antibiotico topico ad ampio spettro ha evitato l'insorgenza di congiuntivite batterica ed è stata una utile profilassi per evitare un peggioramento del quadro clinico
- Steroide topico di superficie ha permesso la risoluzione della reazione infiammatoria e un miglioramento della sintomatologia

CONCLUSIONI

Perchè **Cloramfenicolo**?

- Ampio spettro con buona copertura su gram + e gram-
- Scarse resistenze per scarso utilizzo sistemico
- Ad alto dosaggio ha effetto battericida



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Pseudoendoftealmite in esiti IVT Anti-VEGF

Dott. **Andrea Greco**

Azienda ospedaliera Santa Croce e Carle Cuneo

INFORMAZIONI GENERALI

Età	71 anni
Sesso	M
Attività lavorativa	Pensionato

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

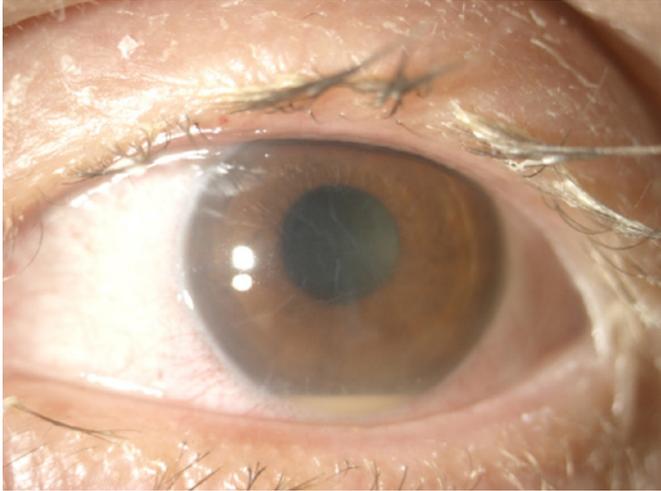
- Iperteso in terapia
- Spondilite Anchilosante in terapia

TERAPIE IN ATTO

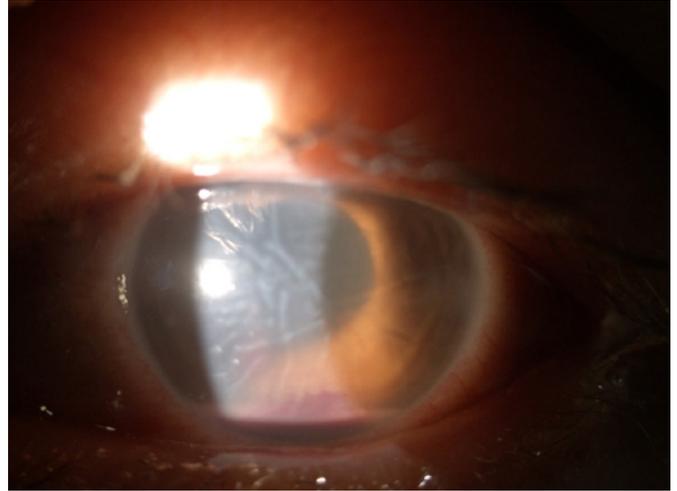
- Antipertensivo
- Farmaci Biologici

ESAME OBIETTIVO

- Si reca dopo 5 IVT in OS con sensazione di appannamento o nebbia, non dolore riferito
- Visus in riduzione a 2/10 con sue lenti
- Tono oculare 14 GAT
- Fundus parzialmente esplorabile e compatibile con CNV OS, non lesioni corioretiniche in atto



► Foto basale



► Foto primo follow up

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

- Si opta per ricovero
- OCT invariato (ridotta qualità dell'immagine rispetto a precedente)

TERAPIA

- Terapia con moxifloxacina topica con buffer iniziale ed in seguito ogni ora di veglia
- Nel sospetto di un endoftalmite fungina (dolore) si evita cortisone topico

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Dopo 1 giorno, evidente peggioramento

- Visus sceso a 1/20 con ricerca
- Tono 24 GAT
- Fundus non esplorabile

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

Si aggiunge ipotonizzante (dorzolamide / timololo 2 volte al dì) e netilmicina collirio 4 volte al dì.

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

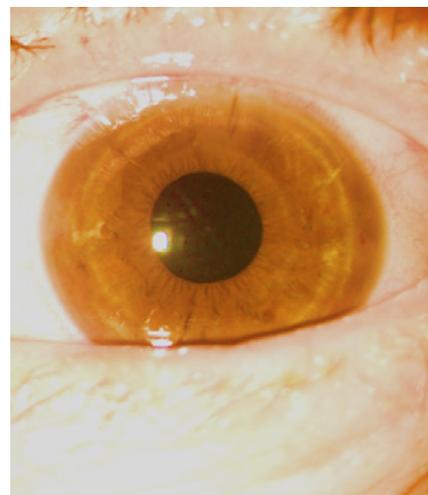
- Terapia non ottimale
- Mancanza di dolore non associata a mancata severità del quadro clinico



▶ Foto secondo follow up 1



▶ Foto secondo follow up 2



▶ Foto secondo follow up 3

SECONDO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Controllo a 2 giorni.

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

- Sostituita netilmicina collirio con **Cloramfenicolo** collirio 6 volte al dì
- Prelievo acqueo e vitreo in sala operatoria

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

- Atteso antibiogramma
- Permane assenza di dolore

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

- Miglioramento dopo introduzione antibiotici a largo spettro ed amikacina collirio
- Calo visivo rapido poco tipico da endoftalmite
- Subito dopo prelievo ipopion sostituito rapidamente da ipoema, anch'esso poco suggestivo di endoftalmite
- Pseudoendoftalmite ha possibilità di restitutio ad integrum



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

“Pseudo” endoftalmite

Dott. **Alessio Franco**

Ospedale Oftalmico di Torino

14

INFORMAZIONI GENERALI

Età	65 anni
Sesso	M
Attività lavorativa	Pensionato

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

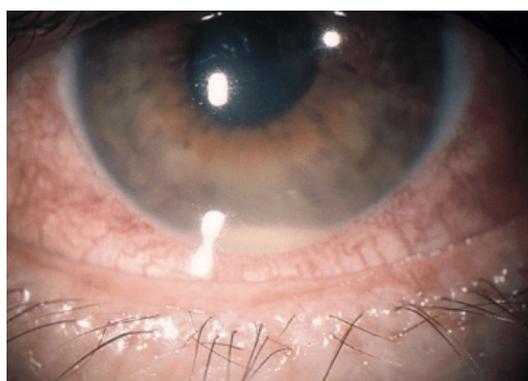
- Il paziente si presenta in pronto soccorso con sintomi acuti iniziati circa 24 ore dopo un intervento di cataratta in OS
- Riferisce forte dolore oculare, fotofobia e visione offuscata
- Non ha una storia di patologie oculari significative

TERAPIE IN ATTO

- Associazione Antibiotico/Cortisonica collirio 1 goccia 6 volte al dì

ESAME OBIETTIVO

- Acuità visiva OS: 1/10 non migliorabile
- SA OS: iperemia congiuntivale significativa, subedema stromale con pieghe della desmet, ipopion di 1 mm, tyndal 3+ e fibrina in CA
- FOS: Non valutabile nel dettaglio per opacità dei mezzi diottrici, retina sul piano



► Foto basale

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Caratteristica	TASS	Endoftalmite Post-Chirurgica
Dolore	Brucione Lieve-Moderato	Intenso
Riduzione della vista	Temporanea, lieve-moderata	Improvvisa e significativa
Esame obiettivo	Iperemia congiuntivite Edema corneale Irite CA: coinvolgimento Infiammatorio con fibrina ed ipopion sterile FO: generalmente non coinvolta la CV	Iperemia congiuntivite Edema corneale e melting Irite Camera anteriore: coinvolgimento infettivo con fibrina ed ipopion purulento FO: vitreite e retinite
Complicazioni	Glaucoma, cataratta secondaria	Perdita della vista, eviscerato

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

- Ecografia Oculare: OS Vitreo normoecogeno, no segni vitreite
- Esami microbiologici (tamponi congiuntivali) per escludere infezioni

TERAPIA

SCHEMA POSOLOGICO		
	TASS	ENDOFTALMITE
Antibiotico Topico	Posologia fissa per 7 giorni Es cloramfenicolo coll. 1 goccia 4 volte al giorni	Posologia fissa da protrarre secondo il quadro clinico
Corticosteroide Topico	Posologia a scalare secondo la condizione clinica	Posologia fissa da protrarre secondo il quadro clinico
Terapia sistemica	Eventuale corticosteroide peribulbare	Antibiotici sistemici ed intravitreali

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

1 giorno

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

- Continua schema posologico impostato
- Monitoraggio ravvicinato della visione e della pressione intraoculare ed eventuale introduzione ipotonizzante

SECONDO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

1 giorno

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

Continua schema posologico dedicato

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

La mancata progressione conferma il sospetto diagnostico

CONCLUSIONI

- Escludere sempre una TASS nel sospetto di endoftalmite post chirurgica prima di iniziare terapie invasive per il paziente
- Differenza tra schema posologico della TASS e dell'endoftalmite
- Prognosi

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

- Il paziente è stato informato sull'origine della sindrome e sulle possibili complicazioni a lungo termine
- È stato eseguito un audit dell'intervento chirurgico per identificare potenziali punti di contaminazione



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Infezione post cataratta o...?

Dott. **Alessandro Missolungi**

Promea di Torino

INFORMAZIONI GENERALI

Età	75 anni
Sesso	M
Attività lavorativa	Pensionato

ANAMNESI (GENERALE E OCULARE)

- Buona salute generale
- No allergie note
- OO FACO + IOL OD 2022 OS Luglio 2024
- Riferito pregresso CME in OD trattato favorevolmente con FANS (no documentazione) dopo diversi mesi di terapia

TERAPIE IN ATTO

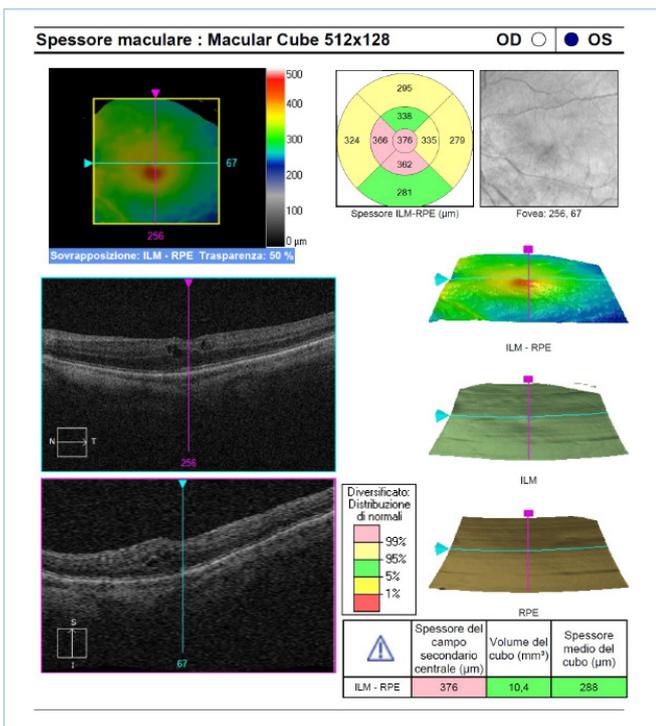
- Ipertensione Arteriosa in terapia
- Nessuna terapia topica in atto

ESAME OBIETTIVO - CONTROLLO POST OP A 30 GIORNI

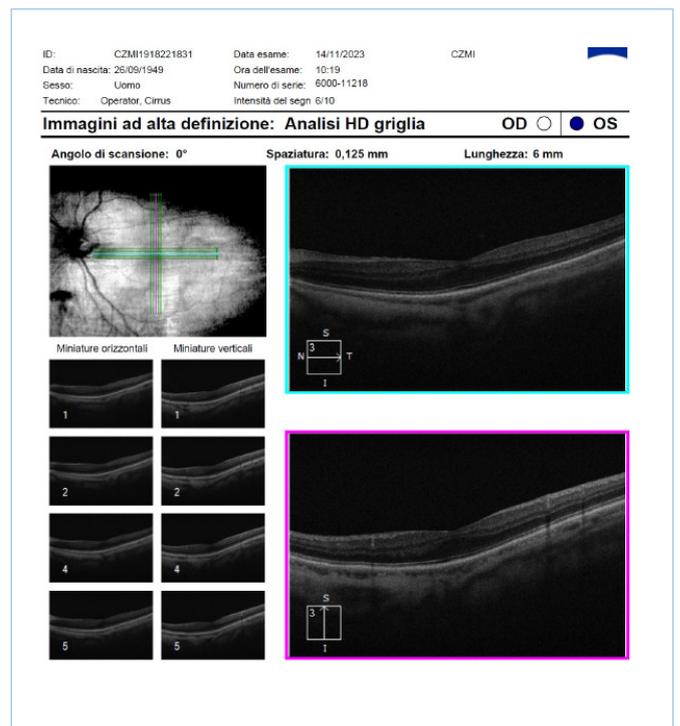
- Iperemia congiuntivale
- Cornea trasparente flu – con distrofia di Cogan
- CA in quiete
- Pupilla centrata, IOL in CP ben posizionata
- Fondo e vitreo di norma
- OSV : cc 3/10 ???; OST : 13 mm Hg (G)



► Foto alla LAF



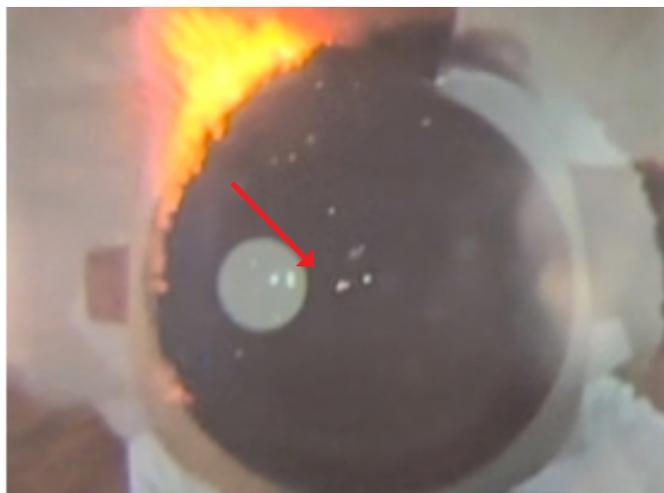
► OCT



► OCT PRE OP

TERAPIA CON FANS - CONTROLLO A 28 GIORNI

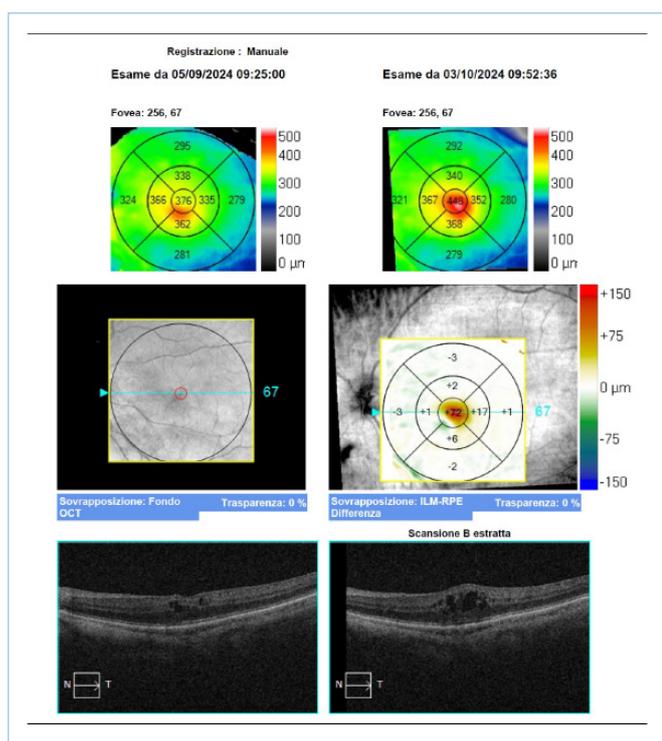
- Visus non migliorato
- Lieve iperemia congiuntivale e...
- Sorpresa in CA e nel vitreo



▶ Foto follow up 1



▶ Foto follow up 2

**COSA ABBIAMO ?**

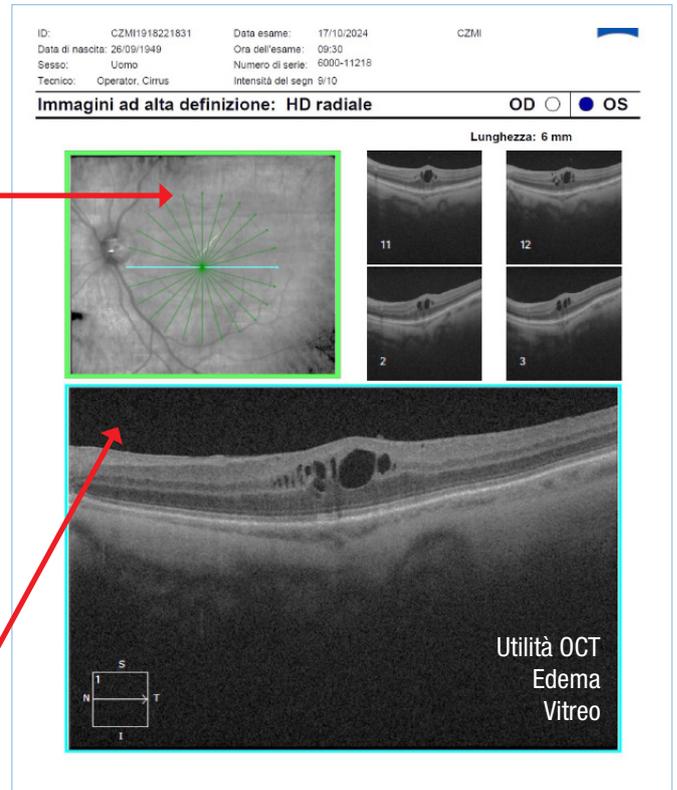
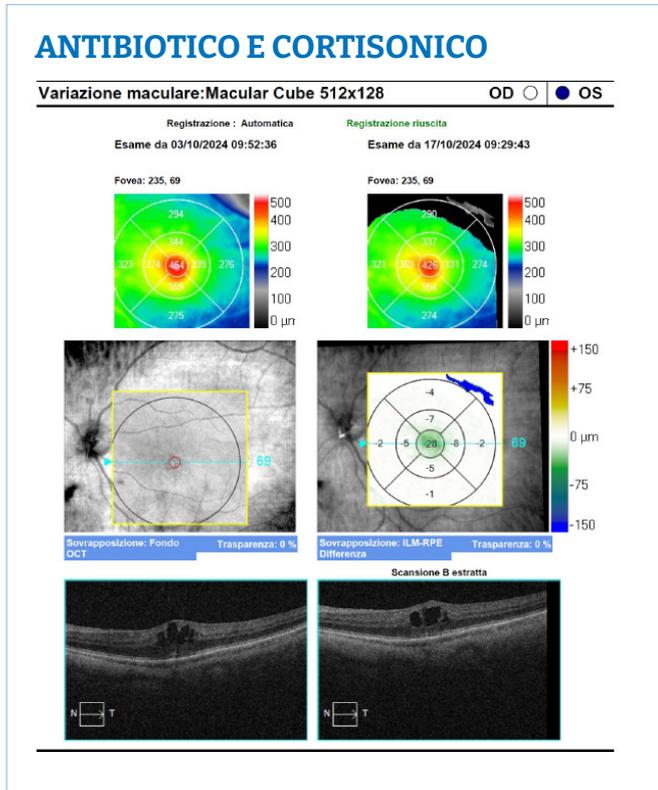
Calo visus
Corpuscolatura e Tyndall
Torbidità vitreale
Edema cistoide
in aumento

COSA NON ABBIAMO

Secrezione
Iniezione pericheratica
Edema corneale
Dolore
Ipop

COSA DARE?

- Antibiotico singolo
- Antibiotici ad ampio spettro e ad alto dosaggio (6 volte/die)
- Antisettici
- Associazione Antibiotico e Cortisonico



SECONDO FOLLOW UP A QUANTI GIORNI?

- Controllo frequente per paura di infezioni?
- Controllo a 30 giorni?

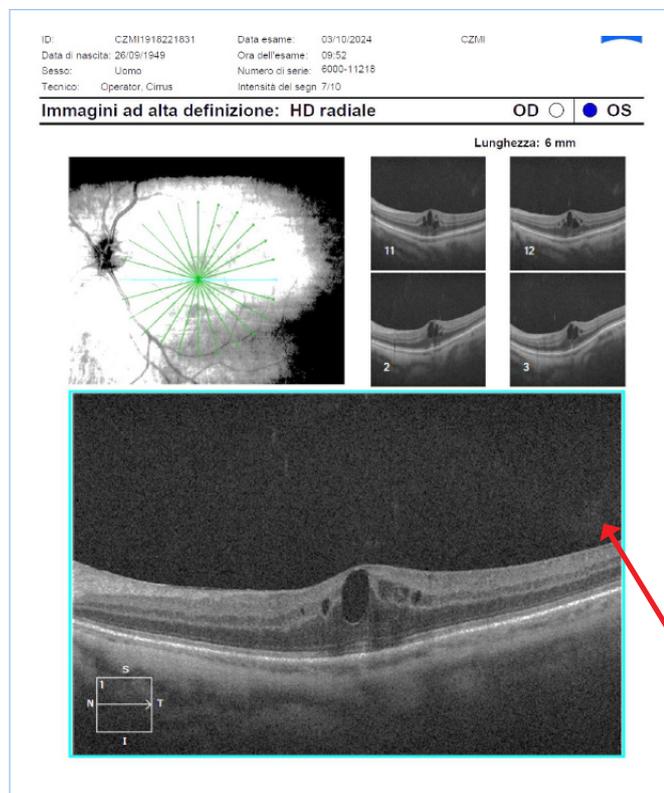
CONSIDERAZIONI

- Timing dell'infezione / infiammazione
- Cornea tunnel principale e servizio integri
- Assenza Ipopion
- Escludiamo una TASS

TERAPIA AL PROSSIMO FOLLOW UP?

Se risolto edema:

- Interrompiamo la terapia?
- Interrompiamo solo l'associazione per paura di «esagerare» con l'antibiotico e causare resistenze?
- Scaliamo il cortisonico?



COSA ABBIAMO FATTO

- Scalato associazione
- Mantenuto FANS
- Controllo a 20 giorni

CONSIDERAZIONI

Quale approccio la prossima volta?

- Iniziare subito con associazione?
- Usare solo i FANS ma effettuare un monitoraggio più frequente?

CONCLUSIONI

- In assenza di strumenti disponibili e rapidi (colture, PCR, etc) il monitoraggio post operatorio e il colloquio con il paziente è fondamentale
- Esami pre operatori utili sia dal punto di vista medico legale che da quello terapeutico



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Un coinquilino scomodo... l'inizio con collirio da banco di una cheratite complessa

Dott. **Mario Troisi**

Università di Napoli Federico II – U.O.C. di Oculistica

16

INFORMAZIONI GENERALI

Età	47 anni
Sesso	M
Attività lavorativa	Insegnante

ANAMNESI GENERALE

- Ipertensione arteriosa
- Lieve ipercolesterolemia

ANAMNESI OCULARE

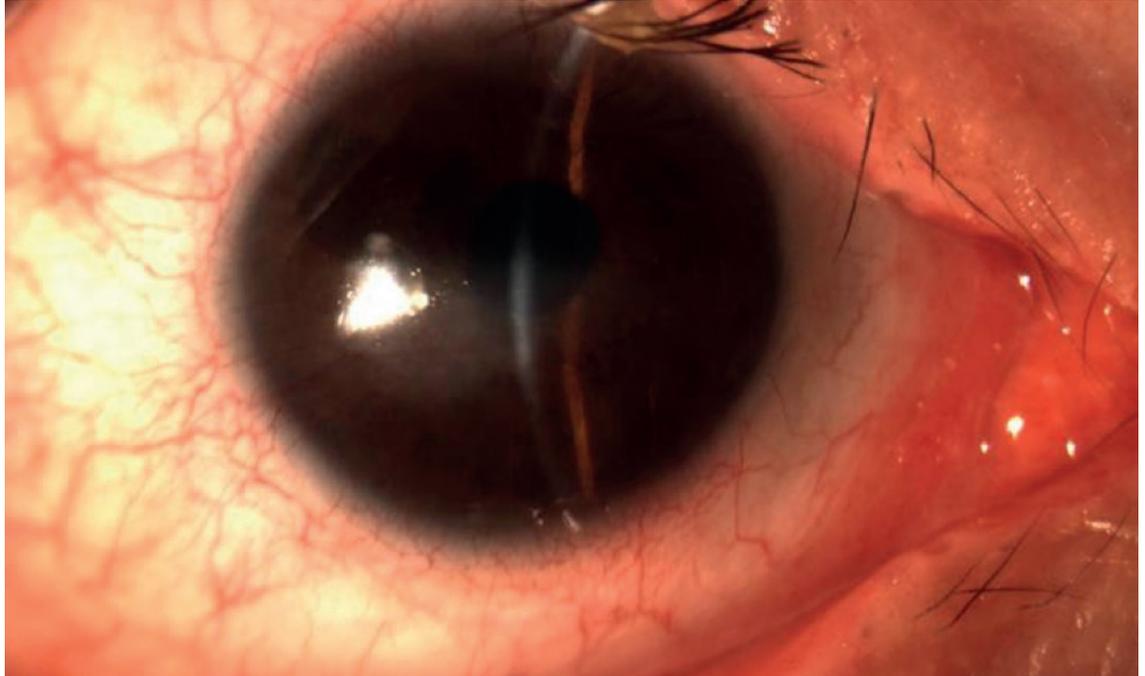
- Astigmatismo miopico composto. Utilizzo sporadico di LAC morbide settimanali (sport, fine settimana)
- Da circa 10 giorni rossore, bruciore, senso di corpo estraneo OD; recente comparsa di secrezione muco-purulenta (6 giorni), dolore e fotofobia, con peggioramento del quadro infiammatorio e del visus. Ha iniziato da 5 giorni terapia antibiotica consigliata dal farmacista senza alcun beneficio

TERAPIA SISTEMICA

- ACE inibitori, diuretico
- Ezetimibe cp

TERAPIA TOPICA

- Tobramicina coll: 1 goccia due volte al dì



► Foto basale ODX

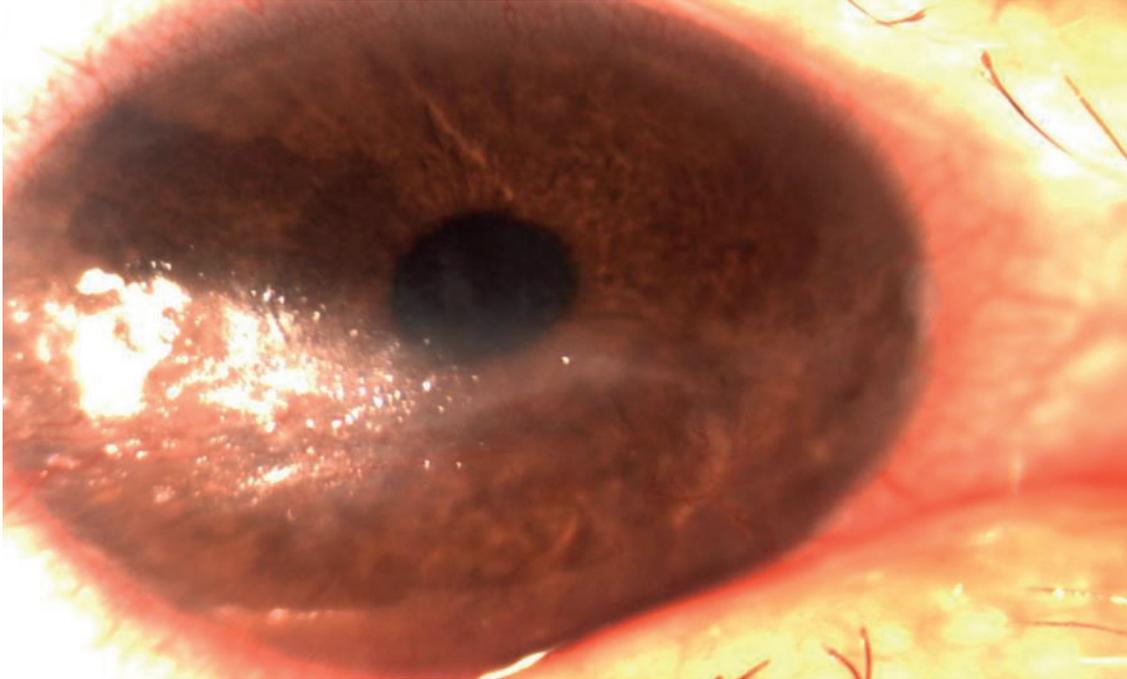
ESAME OBIETTIVO

- OD:
 - AVN: 1/20 (2/10 con sf-1,75 = cyl-0,75 x 170°)
 - Annessi: iperemia congiuntivale con reazione ciliare; segni di blefarite anteriore; filamenti di muco
 - S.A.: infiltrato corneale paracentrale con edema e difetti epiteliali puntiformi; tyndall negativo
 - T.O.: 14 mmHg (t. a soffio). Fundus: per quanto valutabile, retina sul piano; d.o. a margini netti non sollevati; riduzione del calibro arteriolare; polo posteriore nei limiti della norma
- OS:
 - AVN: 1/10 (10/10 con sf- 1,5= cyl -1 x 0°)
 - Annessi: lieve iperemia congiuntivale; rivo lacrimale ridotto. S.A.: sano
 - T.O.: 15 mmHg. Fundus: retina sul piano; d.o. a margini netti non sollevati; riduzione del calibro arteriolare

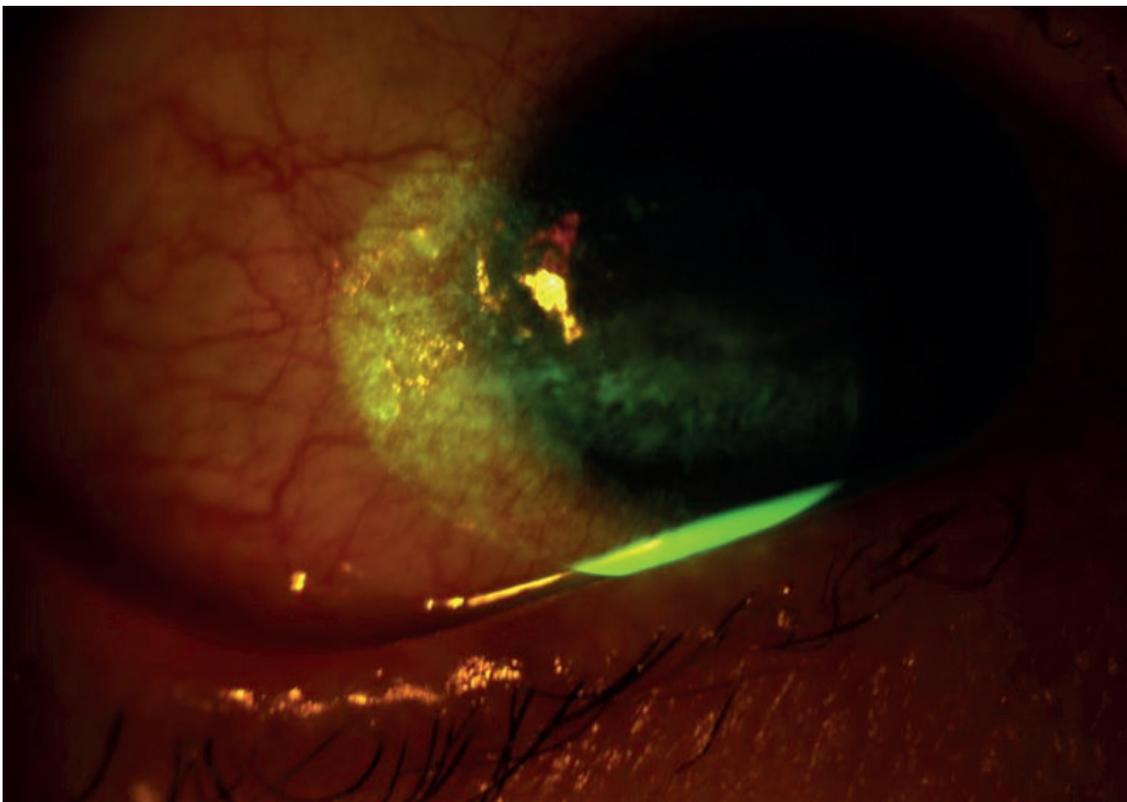
EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

Tampone corneo-congiuntivale in entrambi gli occhi per ricerca colturale batterica con ABG e ricerca miceti (viene richiesto l'impiego di resine adsorbenti per la Tobramicina precedentemente utilizzata).

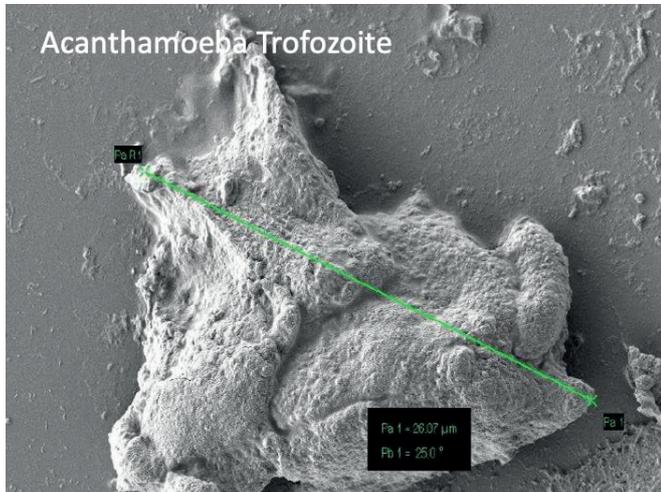
Fluotest corneale OD: positivo (area di cheratopatia puntata).



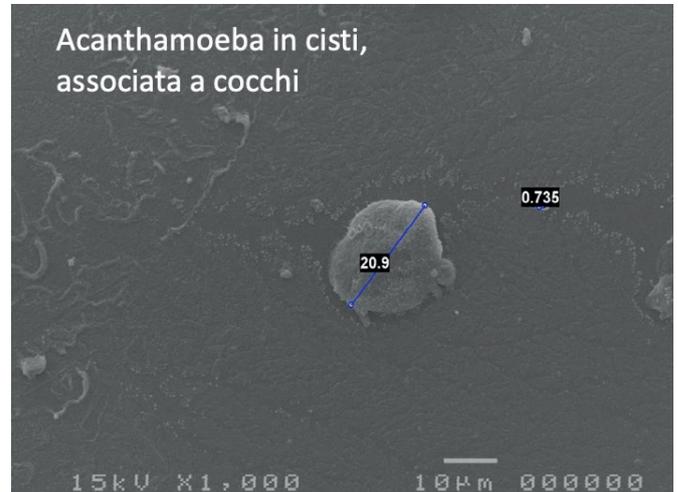
► Foto primo follow up 1



► Foto primo follow up 2



▶ Foto secondo follow up (risultati SEM) 1



▶ Foto secondo follow up (risultati SEM) 2

TERAPIA (IN ATTESA DEI RISULTATI DEI TAMPONI)

- Levofloxacin coll: 1 goccia ogni 2 ore durante le prime 48 ore
- Netilmicina coll: 1 goccia ogni 4 ore
- Salviette a base di **terpinen-4-olo** e **ialuronato di sodio**: impacchi e pulizia delle palpebre mattina e sera

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

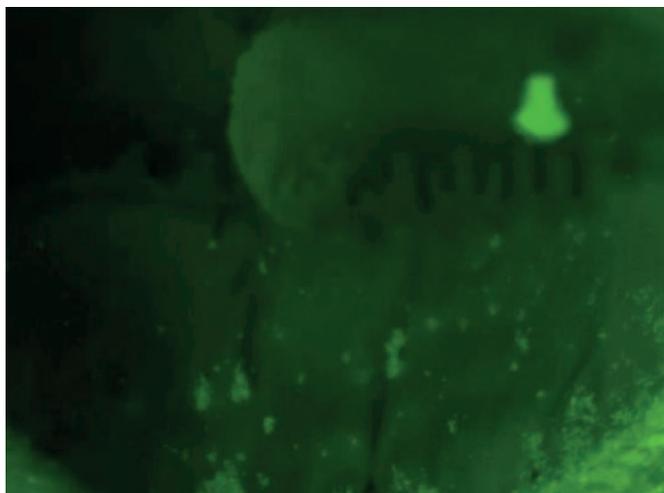
Due giorni. La presenza di infiltrato corneale di incerta origine e di lesioni epiteliali suggerisce un controllo a breve distanza

CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

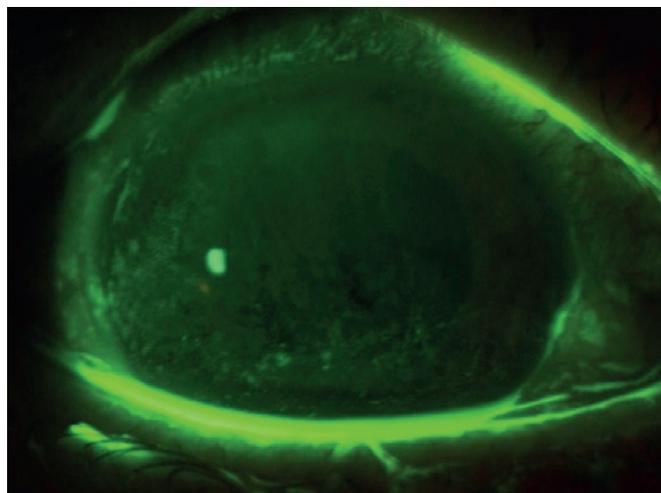
- Il paziente presenta un lieve miglioramento dell'iperemia congiuntivale e della blefarite, ma un peggioramento dell'infiltrato corneale
- Nel sospetto di una infezione da Acanthamoeba si effettua uno scraping della congiuntiva tarsale superiore per approfondimento diagnostico in Microscopia Elettronica a Scansione (SEM)
- In attesa dei risultati, si aggiunge alla terapia PHMB 0,02% e viene proseguita ed incrementata la terapia antibiotica topica

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

- PHMB 0,02% (galenico): 1 gtt ogni 2 ore
- Levofloxacin collirio: 1 gtt ogni 2 ore
- Netilmicina collirio: 1 goccia ogni 2 ore
- Salviette a base di **terpinen-4-olo** e **ialuronato di sodio**: impacchi e pulizia delle palpebre mattina e sera



► Foto secondo follow up 3



► Foto terzo follow up

SECONDO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Viene programmato controllo a 3 giorni e verifica dal laboratorio dei risultati dei tamponi e della valutazione in SEM dello scraping .

Il timing viene definito anche in base alla disponibilità dei risultati degli esami effettuati

ESAME COLTURALE

- **Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA)**
- All'ABG:
 - Moxifloxacina: non sensibile
 - Netilmicina: intermedio
 - Daptomicina: intermedio
 - Cloramfenicolo: intermedio
 - Vancomicina: sensibile
 - Linezolid: sensibile
 - Tigeciclina: sensibile
 - Altri antibiotici testati: non sensibili

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

- PHMB 0,02% (galenico): 1 gtt ogni 2 ore
- Vancomicina collirio (galenico rinforzato): 1 gtt ogni 2 ore
- Netilmicina collirio: 1 goccia ogni 2 ore
- Garze a base di **terpinen-4-olo** e **ialuronato di sodio**: impacchi e pulizia delle palpebre mattina e sera

TERZO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

5 giorni. L'iniziale miglioramento dell'interessamento corneale consente un allungamento del timing dei controlli.

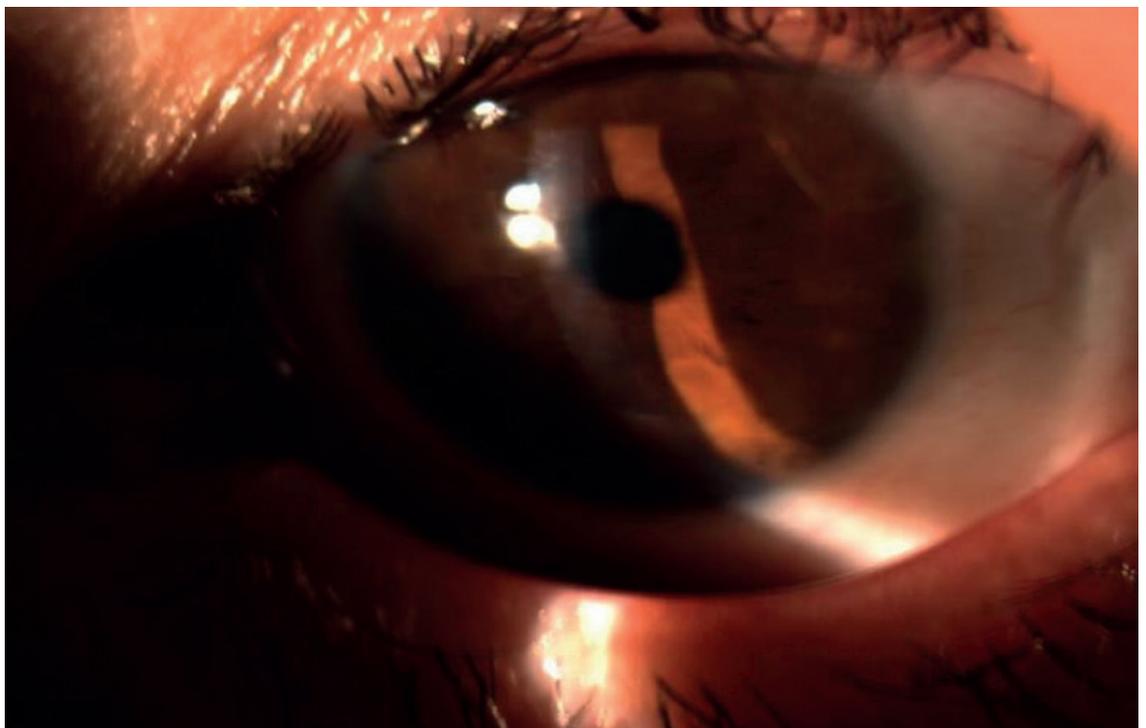
La terapia con PHMB viene confermata e proseguita per tre settimane; ci si riserva integrazione con Clorexidina o Diamidina (al momento non disponibili).

TERAPIA TERZO FOLLOW UP

- **Vancomicina collirio rinforzato:** 1 goccia ogni 4 ore per altri 5 giorni
- **PHMB 0,02% collirio:** 1 goccia ogni 2 ore per 5 giorni, poi ogni 3 ore per altri 15 giorni

CONSIDERAZIONI TERZO FOLLOW UP (OCCHIO DESTRO)

- AVN: 1/15; 4/10 con correzione
- S.A.: Riduzione dell'infiltrato corneale; ulteriore riduzione della sofferenza epiteliale (fluo +/-); C.A. normale; tono 14 mmHg; Fundus invariato
- Si programma nuovo tampone per esami microbiologici e scraping per osservazione in SEM a 20 giorni (dopo 5 giorni di wash out)



- ▶ **Foto a due mesi**
(dopo secondo ciclo di trattamento con PHMB per la persistenza di cisti)

CONCLUSIONI

- L'infezione da Acanthamoeba nelle forme iniziali può causare quadri atipici e meno evidenti; inoltre tende spesso ad associarsi ad altri microorganismi, che possono essere erroneamente ritenuti gli unici responsabili del quadro clinico
- È importante pertanto pervenire ad una diagnosi precisa e circostanziata, che costituisce il presupposto per una terapia mirata e realmente efficace
- Nel caso in esame, il quadro iniziale non era patognomonico di una forma da Acanthamoeba ed era mascherato da una concomitante infezione batterica, peraltro di difficile trattamento per le numerose antibiotico-resistenze
- Paradossalmente la mancata risposta alla terapia antibiotica ad ampio spettro è stato uno degli elementi che ha suggerito un approfondimento diagnostico con esami più sofisticati, quali la valutazione dello scraping in SEM
- L'antibiogramma eseguito sulle colture ha consentito di valutare le resistenze antibiotiche, che, nel caso di MRSA, possono comprendere anche tutti i prodotti topici in commercio
- Inoltre, se ci fossimo limitati ai classici esami colturali, non avremmo avuto modo di individuare la presenza dell'ameba, se non in seguito all'evoluzione verso forme più gravi, con conformazione tipica asessuale ed infiltrati perineurali
- L'introduzione dell'antibiotico specifico (Vancomicina) in formulazione galenica ed il concomitante trattamento dell'infezione amebica ha consentito la risoluzione del complesso quadro patologico
- In questi casi va anche verificata l'effettiva eradicazione del protozoo, che in molti casi persiste in forma silente di cisti, per poi provocare una riaccensione dell'infezione

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

- **Evitare l'automedicazione** in presenza di sintomi di infezione e l'utilizzo di antibiotici con posologia insufficiente
- **Valutare sempre il dato anamnestico** (nella fattispecie: l'uso di LAC, i sintomi, l'evoluzione, la risposta alla terapia...) **e l'interessamento delle varie strutture**
- Cercare di pervenire ad una **diagnosi specifica**, per una terapia mirata
- Tenere presente la **possibilità di infezioni concomitanti**
- Porsi come **obiettivo finale l'eradicazione del germe**, che va verificata in caso di microorganismi che possono persistere in forma inapparente ed il ripristino di condizioni di omeostasi del sistema superficie oculare



Virtual Round Table

RACCOLTA CASI CLINICI

Un'infezione grave in un paziente problematico...

Dott.ssa **Maria Vittoria Turco**

Università Tor Vergata di Roma – U.O.C. di Oculistica

17

INFORMAZIONI GENERALI

Età	52 anni
Sesso	M
Attività lavorativa	Disoccupato

ANAMNESI GENERALE

- HIV + , HBC +
- Disuria e secrezione genitale nelle due settimane precedenti
- Utilizzo regolare di stupefacenti

ANAMNESI OCULARE

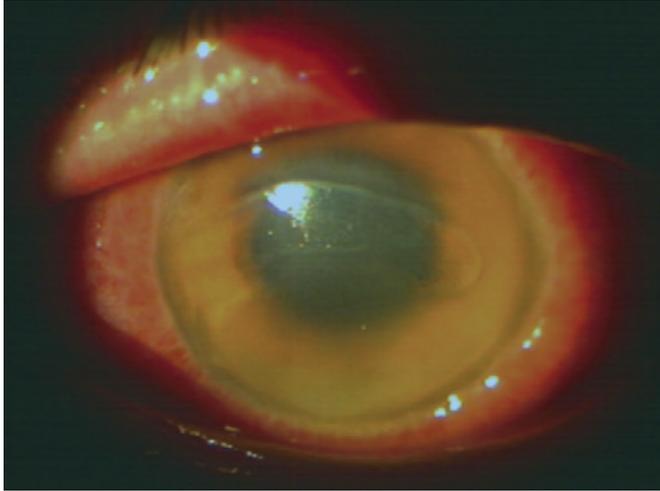
- Riferisce da circa 7 giorni rossore oculare OD; progressiva comparsa di secrezioni muco purulente. Edema palpebrale, dolore, fotofobia e calo visivo da 2 giorni, con peggioramento del quadro infiammatorio

TERAPIA SISTEMICA

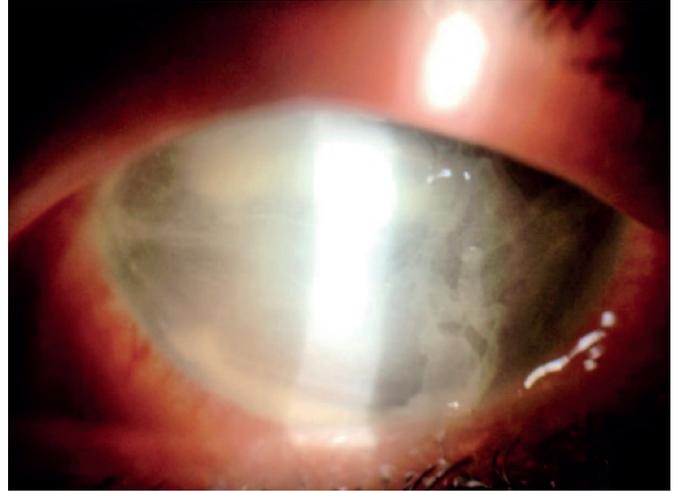
- Darunavir
- Cobicistat
- Emtricitabina
- Tenofoviralfenamide

TERAPIA TOPICA

- Desametasone/Tobramicina coll: 1 goccia tre volte al dì



► Foto basale ODX



► Foto primo follow up 1

ESAME OBIETTIVO

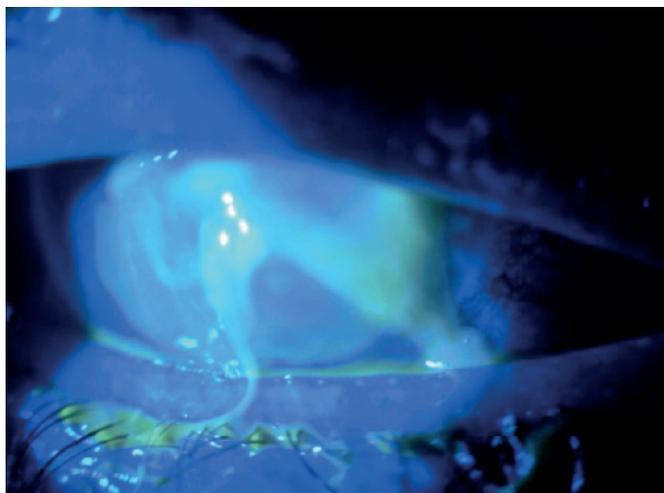
- OD:
 - AVN: Motu manu, n.m.c.l.
 - Annessi: Edema palpebrale dolente, iperemia, reaz. ciliare, chemosi emorragica
 - S.A.: edema epiteliale corneale diffuso con difetti epiteliali puntiformi; tyndall ++/-
 - T.O.: 11 mmHg (t. a soffio). Fundus: per quanto valutabile, retina sul piano
- OS:
 - AVN: 8/10 (10/10 con cyl -0,75 x 80°)
 - Annessi: lieve iperemia congiuntivale; rivo lacrimale ridotto. Lieve facosclerosi
 - T.O.: 14 mmHg. Fundus: d.o. e vasi nei limiti; alterazioni distrofiche e.p.r.

EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

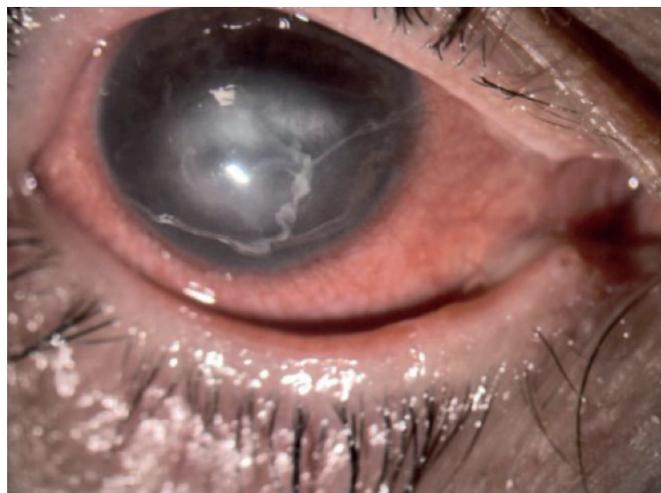
- Tampone corneo-congiuntivale in entrambi gli occhi per ricerca colturale batterica con ABG e ricerca miceti;
- Consulenza urologica e Tampone uretrale + PCR delle urine
- Ecografia occhio destro

TERAPIA

- Gentamicina solfato collirio + Moxifloxacin coll: 1-2 gocce di ciascun prodotto ogni 2 ore durante le prime 48 ore
- Lavaggi oculari frequenti con soluzioni saline sterili per rimuovere secrezioni purulente
- Prescrizione sistemica concordata con l'Urologo: Ceftriaxone fl: 1 fl im. X 24



► Foto primo follow up 2



► Foto secondo follow up

PRIMO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Il quadro suggestivo di infezione presumibilmente batterica corneo-congiuntivale in soggetto immunodepresso induce a programmare un primo controllo entro 48 ore.

TERAPIA PRIMO FOLLOW UP

- Cefotaxime 1 g intramuscolo ogni 12 ore
- Moxifloxacina collirio: 1-2 gocce ogni ora
- Gentamicina solfato collirio rinforzato: 1 goccia ogni ora
- Azitromicina: 1 g per via orale in dose singola

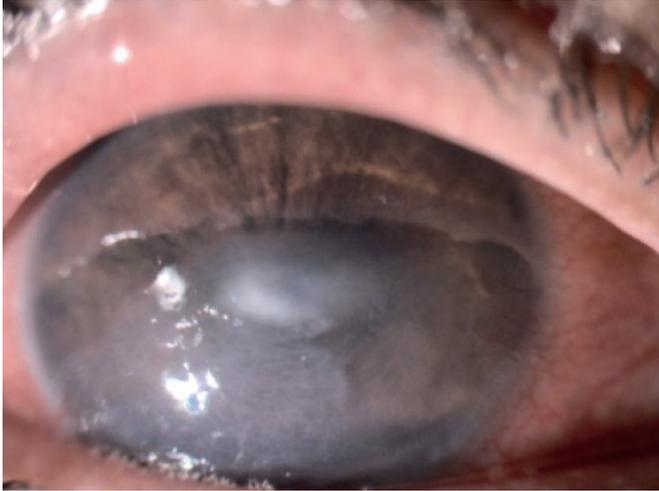
CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

Nonostante la terapia impostata il paziente presentava un'ulcera corneale estesa con ipopion, edema corneale diffuso, le altre strutture mal valutabili.

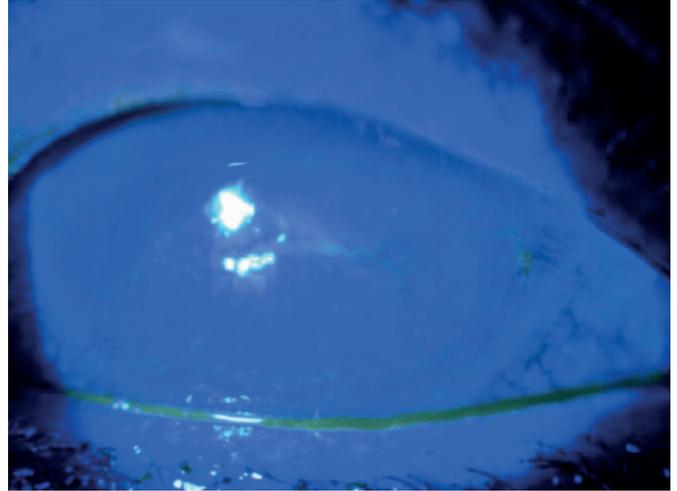
La prima valutazione su piastra è indicativa di infezione da **Neisseria gonorrhoeae**; viene incrementata la posologia della terapia topica e viene intensificata la terapia sistemica; si procede all'esecuzione di un test di sensibilità agli antibiotici per identificare le resistenze specifiche del ceppo in questione.

SECONDO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

Programmato controllo a 2 giorni e verifica in laboratorio dei risultati dell'ABG.



► Foto terzo follow up 1



► Foto terzo follow up 2

TERAPIA SECONDO FOLLOW UP

- **Spectinomycin fl** 1 g intramuscolo una volta al giorno
- **Gentamicina** collirio rinforzato: 1 goccia ogni ora
- **Doxiciclina** 100 mg cp: 1 cp due volte al giorno per 7 giorni

CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

- AVN: CD 10 cm
- S.A. : riduzione dell'edema corneale, opacità corneale centrale, modica epiteliopatia punctata settore inferiore; C.A. formata, assenza di ipopion; tono dgt nei limiti; fundus mal valutabile.

TERZO FOLLOW A QUANTI GIORNI?

3 giorni.

TERAPIA TERZO FOLLOW UP

- **Gentamicina** collirio rinforzato: 1 goccia ogni 4 ore
- **Doxiciclina** 100 mg: due volte al giorno per altri 4 giorni

CONSIDERAZIONI TERZO FOLLOW UP (OCCHIO DESTRO)

- AVN: CD 40 cm; 1/20 con foro
- S.A.: Opacità corneale stabile con epitelio integro, irregolare, C.A. formata, per quanto valutabile, otticamente vuota; mal valutabili le altre strutture.
- La riduzione della reazione flogistica, con stabilizzazione dell'epitelio corneale e detersione della c.a. consente di ridurre la terapia antibiotica e di allungare la tempistica del follow up.
- Concomitante risoluzione dell'interessamento uro-genitale

CONCLUSIONI

Il trattamento della cheratite gonococcica richiede una combinazione di **antibiotici sistemici, trattamento topico** e un monitoraggio continuo. La coesistenza di interessamento uro-genitale richiede la consulenza di altri specialisti.

La chiave del successo terapeutico è un **trattamento precoce e mirato** per evitare complicazioni gravi e danni permanenti alla vista.

Si raccomanda l'esecuzione precoce di **esami microbiologici** e di un test di sensibilità agli antibiotici per guidare il trattamento.

PUNTI DI DISCUSSIONE/TAKE HOME MESSAGE

- È opportuno concordare il trattamento con lo **specialista che gestisce le problematiche di base** e l'**infettivologo** per esplorare ulteriori approcci terapeutici e per impostare la combinazione di antibiotici ad ampio spettro più idonea al caso in questione
- Se la cheratite gonococcica progredisce verso ulcere corneali gravi o perforazione, può essere necessario un intervento chirurgico come il **trapianto di cornea**
- Poiché la gonorrea è trasmessa sessualmente, è fondamentale il **trattamento del focolaio primario** ed il simultaneo trattamento del partner sessuale per evitare reinfezioni

Con il contributo incondizionato di

