

Virtual Round Table

Infezioni della superficie oculare e recidive
Superare l'**antibiotico-resistenza**

UN CASO DI ULCERA CORNEALE SU LEMBO DI CHERATOPLASTICA IN BULBO PLURIOOPERATO

Alberto Lamantia

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello - Palermo

PAZIENTE

Età Paziente	81
Sesso	Femmina

ANAMNESI

■ Miopia estrema (lunghezza assiale > 30mm)
■ Monocola funzionale (occhio adelfo ipovedente per distacco retinico inveterato sottoposto a multiple chirurgie)
■ Ambliopia
■ Afachia
■ Glaucoma parzialmente compensato in terapia topica
■ Esiti di distacco retinico regmatogeno sottoposto a chirurgia episclerale complicata a deiscenza di vecchia ferita sclerocorneale da estrazione intracapsulare di cataratta
■ Successiva vitrectomia (cheratoprotesi temporanea di Eckardt), cheratoplastica perforante, retinopessia e tamponamento con olio di silicone
■ Limitato recupero funzionale dopo rimozione dell'olio di silicone a causa di subatrofia ottica
■ Paziente già in terapia con associazione Timololo + Dorzolamide collirio, 1 goccia 2 volte al dì e Loteprednolo collirio, 1 goccia ogni 12 ore
■ Da circa 1 settimana prescritta, da parte di altro specialista, terapia antibiotica topica ad ampio spettro con aminoglicoside (Tobramicina) per sospetta congiuntivite batterica in OS. Dopo iniziale lieve miglioramento il quadro clinico ha mostrato segni di regressione con peggioramento della sintomatologia
■ Giunta alla nostra osservazione, la paziente lamenta calo del visus, progressivo aumento del rossore associato ad intenso dolore bulbare e secrezioni mucopurulente

ESAME OBIETTIVO

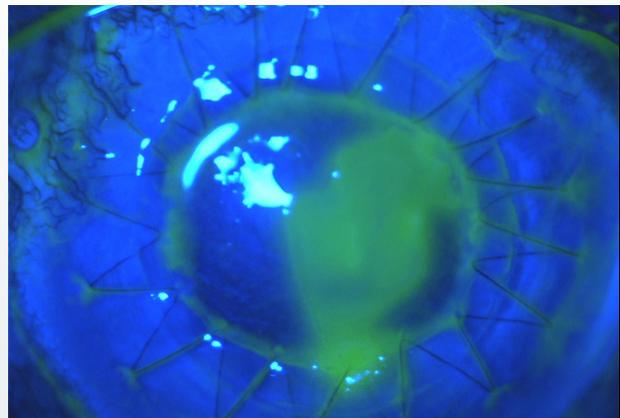
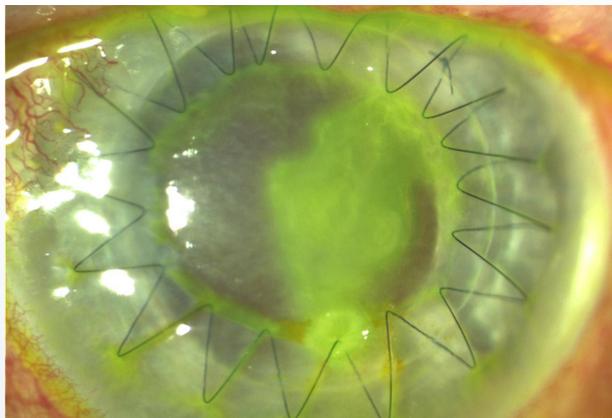
■ Visus naturale 1/100
■ Tono normale digitalmente
■ Blefarite posteriore cronica con edema palpebrale

Virtual Round Table

Infezioni della superficie oculare e recidive
Superare l'**antibiotico-resistenza**



- Secrezioni mucopurulente nel sacco congiuntivale
- Iperemia congiuntivale con rinforzo pericheratico
- Estesa neo vascolarizzazione perilimbare
- Sutura corneale continua (Nylon 10-0) in situ
- Lembo corneale diffusamente edematoso con area di minus ovalare di circa 6mm sul suo asse maggiore (verticale) che colora con Fluoresceina. La stessa appare originare da focolaio verosimilmente settico in corrispondenza del passaggio del sopraggitto ad h6.



ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

Nessuno

TERAPIA

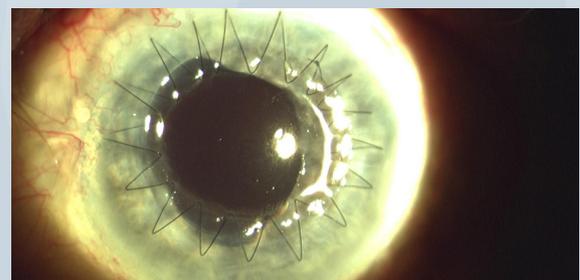
Switch terapeutico con collirio in sospensione a base di betametasona 2mg/ml e cloramfenicolo 5mg/ml da instillare 5 volte al giorno + collirio riepitelizzante a base di Trealosio ed Acido ialuronico da instillare ogni 2 ore.

PRIMO FOLLOW UP A 1 GIORNO

Terapia invariata

SECONDO FOLLOW UP A 14 GIORNI

Sospensione della terapia in associazione, passaggio a collirio a base di desametasone con graduale tapering del dosaggio nei giorni successivi, confermato collirio riepitelizzante con riduzione del dosaggio ad 1 goccia ogni 3 ore.





Virtual Round Table

Infezioni della superficie oculare e recidive
Superare l'**antibiotico-resistenza**



CONSIDERAZIONI SECONDO FOLLOW UP

- Il quadro clinico è suggestivo di infezione verosimilmente determinata da agente resistente alla Tobramicina.
- L'anamnesi di pregresse multiple procedure chirurgiche in quest'occhio potrebbe giustificare la selezione di ceppi resistenti all'aminoglicoside visto l'utilizzo comune di tali colliri nel postoperatorio.
- La terapia prolungata con steroide potrebbe aver inoltre soppresso la risposta immunitaria locale e limitato la sintomatologia che ha successivamente indotto la paziente a recarsi dall'oculista.

CONCLUSIONI

Lo switch precoce ad associazione Cloramfenicolo + Desametasone adiuvata dal riepitelizzante ha permesso di evitare un ulteriore aggravamento del quadro clinico.

CONSIDERAZIONI FINALI

Non sottovalutare il rischio dell'antibiotico-resistenza specie in caso di occhi sottoposti a numerose procedure chirurgiche ed in terapia cronica con colliri steroidei.