

Virtual Round Table

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



INFILTRATO CORNEALE RESISTENTE IN PAZIENTE PORTATRICE DI LAC

Alessandro Pupino

Unità Operativa di oculistica, Ospedale di Sassuolo SpA, Sassuolo (MO)

PAZIENTE

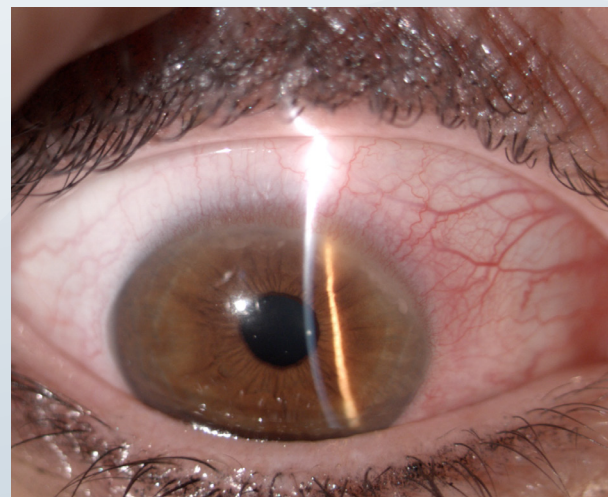
Età Paziente	48
Sesso	Femmina

ANAMNESI

Medico della lungodegenza, giunta all'osservazione di un mio collega di reparto perché, da alcuni giorni lamenta occhi rossi, ma viene perché dopo aver tolto la LAC, indossata per numerose ore, ha cominciato ad avvertire una sensazione di CE e intenso bruciore oculare.

ESAME OBIETTIVO

All'esame obiettivo emergeva una marcata iperemia congiuntivale, con iniezione pericheratica e lesione biancastra perilimbare superiore, compatibile con infiltrato flogistico.



ESAMI STRUMENTALI E/O MICROBIOLOGICI

L'esame con fluoresceina non mostrava difetti epiteliali evidenti, non erano presenti segni di flogosi in camera anteriore.

TERAPIA

Il mio collega nel dubbio di un danno da lente a contatto imposta una terapia a base di Tobramicina collirio e Ribomicina pomata con bendaggio compressivo.

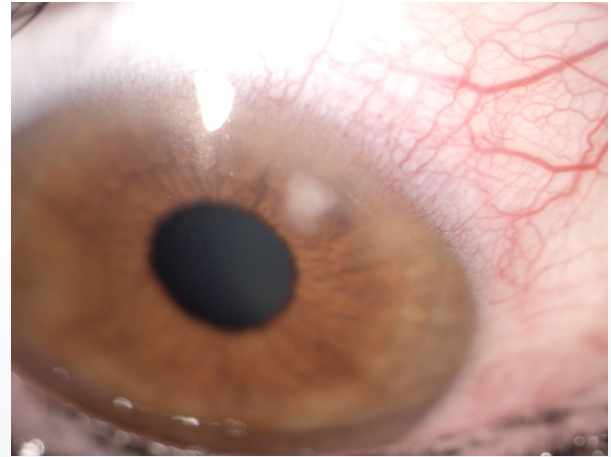
Virtual Round Table

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



PRIMO FOLLOW UP A 3 GIORNI

La paziente torna alla mia attenzione perché, se anche la sintomatologia dolorosa sembra attenuata, avverte più marcata la sensazione di corpo estraneo, infatti alla LAF appare ridotta l'iperemia congiuntivale, ma si è presentato un vero e proprio infiltrato stromale biancastro, a limiti netti, in periferia corneale ore 1-2, fortunatamente non colorabile alla fluoresceina, che attribuisco alla flora oculare saprofitica.

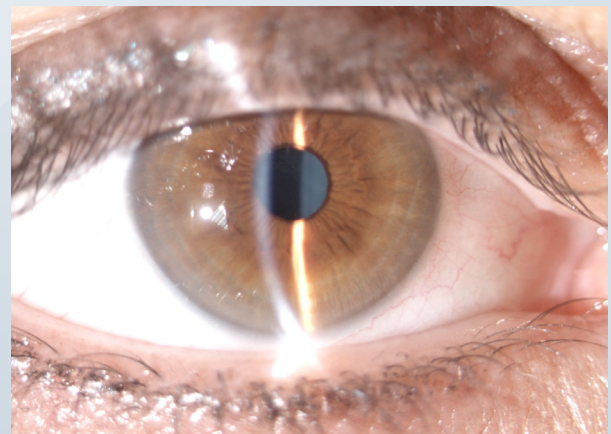


CONSIDERAZIONI PRIMO FOLLOW UP

Dato il nuovo quadro clinico, ritengo opportuno di passare ad una terapia con un antibiotico con minori resistenze e soprattutto associato ad uno steroide. Quindi propongo una terapia con una miscela di Carbomer gel e Betametasone fosfato 0,13% + Cloramfenicolo 0,25% gel per 4 volte al dì per 10gg e chiedo alla paziente di tornare direttamente da me per il prossimo controllo.

SECONDO FOLLOW UP A 10 GIORNI

Essendo la lesione completamente risolta, propongo di proseguire la terapia con betametasone + cloramfenicolo gel per 2 volte al dì per altri 5gg, di mantenere la sospensione della LAC ancora per 10gg e di inserire una lacrima artificiale da mettere almeno 2 volte al dì e da proseguire regolarmente quando avrà reintrodotta l'uso della LAC.



CONCLUSIONI

Ritengo che l'uso del Cloramfenicolo, avendo pochissime applicazioni per via sistemica, abbia il pregio di rimanere molto efficace su diversi ceppi batterici, compresi quelli saprofitici, che qui hanno colonizzato il tessuto corneale lesa; l'associazione con il Betametasone aggiunge il beneficio antifiammatorio e di riduzione nello sviluppo della cicatrice corneale; il veicolo di Carbomer gel, rende il prodotto particolarmente persistente sulla superficie oculare ed uniformemente distribuito su di essa, potenziandone l'efficacia.



Virtual Round Table

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



CONSIDERAZIONI FINALI

Spesso ci capita di vedere infezioni della superficie oculare che per fretta trattiamo con terapie standardizzate a base di colliri o pomate antibiotiche; di certo non abbiamo il tempo di eseguire esami microbiologici né tantomeno antibiogrammi. Questo modo di lavorare può aver portato allo sviluppo di numerose resistenze da parte di ceppi batterici che magari anni fa erano piuttosto innocui. Basta indirizzare la nostra scelta terapeutica su molecole che, pur esistendo da vari decenni, non siano state tanto sfruttate da indurre resistenze, mantenendo, almeno in campo oculare, un'elevata efficacia.