

# L'oculista come alleato del clinico medico: le uveiti auto-immuni

**Dott. Piergiorgio Neri**

Clinica Oculistica, Università Politecnica delle Marche  
Honorary Research Fellow, University of Aberdeen, Scotland  
doctor\_blacks@hotmail.com

Nell'immaginario collettivo l'Oftalmologo è stato spesso considerato una figura molto lontana dalla vera e propria medicina: non è raro, infatti, che il paziente sia fermamente convinto che un problema afferente alla visione possa essere risolto banalmente attraverso la prescrizione di lenti, ed ancor meno raro è trovare persone che, nonostante siano a conoscenza di condizioni cliniche di estrema gravità, abbiano in cuore la speranza di poter migliorare la propria condizione visiva attraverso l'ausilio di occhiali.

Purtroppo, pur se l'occhiale rimane il simbolo della professione medico-oculistica, vi sono delle patologie che questi non è in grado di poter risolvere.

L'oculistica moderna è assolutamente ben lungi dal poter essere paragonata a quella dei precedenti decenni: il sostrato culturale, e le recenti scoperte in campo medico, ci hanno permesso di comprendere come l'oculistica, in particolari sue branche, non possa assolutamente prescindere dalla così detta "Medicina tradizionale", e come un oftalmologo, che in particolar modo si occupa di infiammazioni del distretto oculare, abbia la reale necessità di avere forti basi culturali in materia di immunologia, microbiologia, malattie infettive e medicina interna.

Proprio le flogosi delle strutture interne oculari, in particolar modo dell'uvea, che costituisce il "letto vascolare profondo" dell'occhio, sono un ampio capitolo dell'oftalmologia che funge da anello di congiunzione tra la medicina interna e l'oculistica propriamente detta.

La complessità dell'uvea, che si estende dalle porzioni più anteriori dell'occhio fino a quelle più posteriori, ha spinto gli esperti del settore a classificare le infiammazioni secondo dei criteri anatomici che la distinguono in 3 settori:

- 1- Uvea anteriore, che comprende iride e "pars placata" del corpo ciliare
- 2- Uvea intermedia, che si estende dalla "pars plana" del corpo ciliare fino all'emergenza delle vene vorticosi
- 3- Uvea posteriore che viene rappresentata dalla coroide, letto vascolare profondo che anatomicamente si trova al di sotto della retina

La flogosi di questi distretti viene definita uveite, divisibile quindi in:

- 1- Uveite anteriore (Ciclite, Iridociclite)
- 2- Uveite intermedia (Pars planite, vasculite periferica)

### 3- Uveite Posteriore (Coroidite, retinite, vasculite centrale)

Alle uveiti infettive, che quindi riconoscono una ben documentata causa di franca matrice microbiologica, vi sono le uveiti auto-immuni, che sono invece delle patologie che ancora oggi presentano una patogenesi non ancora ben codificata.

In questa grande famiglia si distinguono poi due sottogruppi: il primo presenta un esclusivo interessamento oculare, il secondo gruppo è invece caratterizzato da uveiti in corso di malattie sistemiche auto-immuni.

Ma quali possono essere i sintomi che contraddistinguono un'uveite?

In primis vi è un **calo del visus** che potrà essere più o meno marcato, rapido od estremamente lento nel tempo; la **fotofobia**, caratterizzata dall'impossibilità di poter sostenere illuminazioni anche modeste, con **dolore** associato allo stimolo luminoso, tipica di un coinvolgimento del segmento anteriore; altra caratteristica spesso associata alle uveiti è la comparsa di **miodesopsie**, corpi mobili opachi che spesso hanno un esordio rapido e sottendono un coinvolgimento vitreale.

Nella gestione del paziente internistico, le uveiti autoimmuni rivestono un ruolo di primaria importanza e costituiscono un avversario temibile che deve essere affrontato con serenità, ma con tutta la consapevolezza della sua severità: appare ragionevole avere un approccio a tali patologie di tipo multidirezionale, comprendendo il coinvolgimento dell'oftalmologo sin dalle prime battute nelle indagini di base.

#### **Uveiti Auto-immuni in corso di malattia sistemica**

---

Uveite associata a Spondiloartropatia Siero Negativa

Uveite associata a positività HLAB27+

Uveite associata a Artrite cronica giovanile

Uveite associate a Sclerosi Multipla

Uveite associate a connettivite

Uveite associate a vasculite sistemica

Sindrome di Vogt-Koyanagi-Harada

---

#### **Uveiti Auto-immuni con esclusiva manifestazione oculare**

---

Coroidopatia tipo “Birdshot”  
Ciclite eterocromica di Fuch’s  
Multiple evanescent white dot syndrome (MEWDS)  
Coroidite multifocale  
Epitelite acuta  
Sindrome da presunta Hystoplasmosi oculare  
Coroidite Serpiginosa  
Oftalmia Simpatica  
Uveite idiopatica

---

**Tab.1 Uveiti di matrice autoimmune**

Ogni malattia infiammatoria sistemica che presenta un coinvolgimento oculare, come le patologie reumatologiche o le connettiviti, ha la tendenza a colpire specifiche zone dell’uvea, con caratteristiche spesso riproducibili nei pazienti afferenti alla medesima categoria.

Esempi paradigmatici sono le uveiti anteriori associate ad **artrite cronica giovanile (ACG)**, associate a **positività HLA-B27** ed alle **spondiloartropatie sieronegative**. Nel primo caso, i soggetti che in giovane età sviluppano ACG, soprattutto con il coinvolgimento di poche articolazioni e con anticorpi ANA positivi, hanno altissimo rischio di sviluppare un’iridociclite indolente, spesso con indici clinici di flogosi estremamente modesti, che in maniera silente deteriora le strutture oculari anteriori alterando la normale fisiologia della visione, basata sull’armonia delle varie componenti anatomiche dell’occhio. La giovane età dei soggetti, il lento incedere del danno e l’assenza di sintomi particolarmente violenti rendono la prognosi dell’uveite associata ad artrite cronica giovanile estremamente infausta se non curata adeguatamente. In caso di spondiloartropatia sieronegativa e di uveite HLA-B27 positiva correlata, abbiamo un quadro estremamente simile per paucisintomaticità e per pericolosità: diverse possono essere le caratteristiche cliniche, ma l’azione dell’uveite a carico del segmento anteriore porta alle stesse devastanti conseguenze dell’Artrite Cronica Giovanile.

Le **connettiviti**, tra le quali il Lupus Eritematosus Sistemico costituisce il principale rappresentante, le **vasculiti sistemiche**, quali la Malattia di Behçet, l’Arterite di Takayasu, la Malattia di Churg-Strauss, la Granulomatosi di Wegener, sono un importante capitolo delle patologie auto-immuni complesse nella loro estrinsecazione

clinica sistemica ed eclettiche nel caso di coinvolgimento oculare: l'uveite in corso di connettivite può interessare esclusivamente il segmento anteriore, può colpire vasi retinici di piccolo calibro posizionati alla periferia della retina stessa, o coinvolgere massicciamente le strutture più centrali del polo posteriore dell'occhio. Come si può desumere da cui sopra, non vi è una precisa tipologia di manifestazione della flogosi oculare in corso di connettivite, e questo obbliga lo specialista a prestare particolare attenzione all'eventuale sintomatologia lamentata dal paziente, cercando poi, durante la biomicroscopia, lesioni di tipo sub-clinico non ben individuabili con un esame di screening.

Nella **sindrome di Vogt-Koyanagi-Harada**, malattia auto-immune dove gli auto-anticorpi sono diretti contro distretti provvisti di melanociti, abbiamo un quadro estremamente suggestivo e peculiare, dove si verificano distacchi multipli dell'epitelio pigmentato, spesso accompagnati da neurite ottica retro-bulbare.

Una citazione a parte merita la l'uveite in corso di **Sclerosi Multipla**, malattia demielinizzante che nella gran parte dei casi si estrinseca con una neurite ottica retro-bulbare, ma che nel 41% dei casi può estrinsecarsi con una periflebite retinica che spesso risulta sub-clinica, cioè non lamentabile da parte del paziente con sintomi significativi; risulta quindi raccomandabile prestare attenzione allo studio della periferia della retina, soprattutto dei soggetti giovani, richiedendo per sicurezza uno studio radiologico con RMN che può evidenziare lesioni a livello del nevrasso che sarebbero dirimenti per una eventuale diagnosi e, quindi, per un'efficace terapia.

Risulta peraltro importante notare come in realtà non sempre il quadro uveale sia necessariamente accompagnato dal quadro sistemico, e come talvolta l'esordio della malattia oculare sia il prodromo della patologia sistemica.

Cosa fare per la terapia di queste patologie? La tradizione imporrebbe un controllo della flogosi tramite l'impiego di farmaci cortisonici, che, purtroppo, contemplan effetti collaterali di grande importanza clinica qualora questi venissero impiegati per periodi particolarmente prolungati; il moderno approccio alla terapia delle uveiti avviene tramite un sinergismo di farmaci cortisonici associati a nuove molecole ad azione immunosoppressiva o immunomodulativa: ben lontano risulta nel tempo il primo impiego della Ciclosporina A nella terapia delle uveiti, mentre più giovane è l'utilizzo del Micofenolato Mofetile, del Tacrolimus, o di anticorpi Monoclonali come l'Infliximab ed il Daclizumab. Questa nuova strategia terapeutica consente di minimizzare gli effetti dannosi dell'impiego di lunga data del cortisone, e consente un eccellente controllo della flogosi stessa a distanza di vari mesi, finanche alla remissione completa.

Da tutta questa analisi si può dunque evincere come sia davvero importante una strettissima e mutua collaborazione da parte del clinico medico con il collega oftalmologo, sia per prevenire l'insorgenza di complicanze oculari, e per questo sono raccomandabili controlli semestrali per i soggetti a rischio, sia per pianificare una più appropriata ed efficace strategia terapeutica per coloro che già siano stati colpiti da uveite.

**Dott. Piergiorgio Neri**

**U.O. Clinica Oculistica, Azienda Ospedaliera Umberto I, Ancona**  
**Tel. 3293610122**