Keratita bacteriană (Evaluare iniţiala)

Anamneza

- Simptome oculare (gradul durerii, hiperemie, secreţii, vedere înceţoşată, fotofobie, durata simptomelor, circumstanţele în care au apărut simptomele ş.a.)
- Anamneza pacienţilor purtători cronici de lentile de contact (orar de purtare a lentilelor, purtarea lentilelor în timpul nopţii, tipul lentilelor, tipul soluţiei pentru lentile, protocolul de îngrijire zilnică a lentilelor de contact, înot, utilizarea lentilelor în cadă sau în duş)
- Revizuirea antecedentelor personale patologice oculare, incluzând factori de risc precum: keratita cu virus herpes simplex, keratita cu virus varicelo-zoosterian, keratite bacteriene în antecedente, traumatisme, sindrom de ochi uscat şi antecedente de chirurgie oculară, inclusiv chirurgie refractivă
- Revizuirea altor probleme medicale
- Medicaţie oculară folosită în prezent sau recent
- Alergii medicamentoase

Examen clinic iniţial

- Acuitate vizuală
- Aspectul general al pacientului, incluzând starea tegumentului
- Examinare facială
- Poziţia globului
- Închiderea pleoapelor
- Conjunctiva
- Aparatul nasolacrimal
- Sensibilitate corneană
- **Examen biomicroscopic**:

- Pleoape
- Conjunctiva
- Sclera
- Cornee
- Camera anterioară - profunzime, prezenţa inflamaţiei, incluzând celule, hipopion, fibrină, hifemă
- Vitros anterior
- Ochiul congener pentru indicii privind etiologia, dar şi pentru a diagnostica o patologie asemănătoare

Teste diagnostice

- Majoritatea cazurilor dobândite comunitar beneficiază de o conduită terapeutică empirică, nefiind nevoie de frotiu sau cultură.
- Când este indicat să se efectueze frotiu sau cultură:
  - când este ameninţată vederea sau este o keratită severă şi se suspectează o etiologie bacteriană înainte de iniţierea tratamentului
  - când este un infiltrat cornean mare situat central ce se extinde în profunzime spre mijlocul stromei
  - când evoluţia are caracter cronic
  - când nu apare răspuns la tratamentul cu antibiotice cu spectru larg
  - când există suspiciunea clinică de infecţie fungică, cu amoeba sau cu micobacterii
- Hipopionul care apare la ochii cu keratita bacteriană este, de obicei, steril; frotiuri din vitros sau umor apos se efectuează doar în cazul în care se suspectează o endoftalmită microbiană.
- Raclajul cornean pentru culturi trebuie inoculat direct pe un mediu de cultură adecvat pentru a mării randamentul culturii. Dacă acest lucru nu este posibil, specimenul se aşează pe un mediu de transport. În oricare dintre situaţii, se incubează imediat culturile sau se duc repede la laborator.

Conduita terapeutică

- Metoda de preferat în majoritatea cazurilor este reprezentată de tratamentul local cu antibiotice sub formă de coliruri.
- Tratamentul iniţial al keratitei bacteriene este empiric folosind coliruri cu antibiotice cu spectru larg.
- În cazul keratitelor centrale sau severe (afectare stromală profundă, infiltrat mai mare de 2 mm cu supuraţie extinsă) se foloseşte o doză de încărcare (la fiecare 5-15 minute în primele 30-60 minute), urmat de aplicări frecvente (la fiecare 30 minute sau 1 oră pe parcursul întregii zile). În cazul keratitelor mai puţin severe un tratament local cu o administrare mai puţin frecventă este adecvat.
- În cazul keratitei gonococice este indicat tratamentul sistemic.
- Pacienţii care la prezentare urmează un tratament topic pe bază de corticosteroizi scad sau opresc administrarea acestora până când infecţia este controlată.
- Dacă infiltratul cornean compromite axul optic, se pot adauga corticosteroizi topici, ce urmează unui tratament de cel puţin 2-3 zile cu antibiotice topice. Se continuă tratamentul antibiotic topic la nivele înalte şi se scade doza progresiv.
- Se examinează pacientul la 1-2 zile după iniţierea tratamentului local cu corticosteroizi.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, translation September 2014, www.aao.org

Keratita bacteriană (Recomandări de conduită)

Educarea pacientului

- Informaţi pacienţii în legătură cu factorii de risc ce îi predispun la keratita bacteriană, în legătură cu semnele şi simptomele infecţiei şi să consulte de urgenţă un medic oftalmolog dacă apar astfel de semne şi simptome.
- Instruiţi pacienţii despre natura distructivă a keratitei bacteriene şi despre nevoia unei complianţe stricte la tratament.
- Discutaţi posibilitatea pierderii permanente a acuităţii vizuale şi despre nevoia unei viitoare recuperări vizuale.
- Instruiţi pacienţii purtători de lentile de contact în legătură cu riscul crescut de infecţie asociat utilizării lentilelor de contact, a purtării lor nocturne şi cu importanţa unei igiene riguroase.
- Îndrumaţi pacienţii nevăzători sau cu deteriorarea semnificativă a vederii, care nu sunt candidaţi pentru chirurgie, către recuperare vizuală.

Tratamentul antibiotic în keratita bacteriană

Microorganism	Antibiotic	Concentraţie administrare topică	Doza administrare subconjunctivală
Niciunul sau mai multe microorganisme identificate	Cefazolin cu Tobramicina *sau* Gentamicina Fluorochinolone*	50 mg/ml 9 – 14 mg/ml Variat †	100 mg în 0.5ml 20 mg în 0.5ml
Coci Gram pozitiv	Cefazolin Vancomicina ‡ Bacitracina ‡ Fluorochinolone*	50 mg/ml 15 – 50 mg/ml 10.000 UI Variat †	100 mg în 0.5ml 25 mg în 0.5ml
Bacili Gram negativ	Tobramicina *sau* Gentamicina Ceftazidime Fluorochinolone	9 – 14 mg/ml 50 mg/ml Variat †	20 mg în 0.5ml 100 mg în 0.5ml
Coci Gram negativ§	Ceftriaxone Ceftazidime Fluorochinolone	50 mg/ml 50 mg/ml Variat †	100 mg în 0.5ml 100 mg în 0.5ml
Mycobacterii non-tuberculoase	Amikacina Claritromicina Azitromicina‖ Fluorochinolone	20 – 40 mg/ml 10 mg/ml 10 mg/ml Variat †	20 mg în 0.5ml
Nocardia	Sulfacetamide Amikacina Trimetroprim Sulfametoxazol	100 mg/ml 20-40 mg/ml 16 mg/ml – 80 mg/ml	20 mg în 0.5ml

* Un număr mai mic de coci gram pozitiv sunt rezistenţi la Gatifloxacin şi Moxifloxacin faţă de alte Fluorochinolone.

† Besifloxacin 6mg/ml; Ciprofloxacin 3mg/ml; Gatifloxacin 3mg/ml; Levofloxacin 15mg/ml; Moxifloxacin 5mg/ml; Ofloxacin 3mg/ml; toate valabile comercial la aceste concentraţii.

‡ Pentru enterococi şi speciile de stafilococi rezistente şi alergii la penicilină. Vancomicina şi Bacitracina nu au activitate gram negativă şi nu ar trebui utilizate că monoterapie în tratamentul empiric al keratitei bacteriene.

§ Terapia sistemică este necesară dacă se suspectează o infecţie gonococică.

‖ Date din Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. *Am J Ophthalmol* 2001;132:819–30.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, translation September 2014, www.aao.org