

Cheratite Batterica (Valutazione Iniziale)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Nicole Balducci e Dott.ssa Cecilia Benedetti
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi

- Sintomi oculari (per es., dolore, rossore, secrezione, visione annebbiata, fotofobia, durata dei sintomi, esordio dei sintomi)
- Uso delle lenti a contatto (per es., calendario di utilizzo, uso durante la notte, tipo di lenti a contatto, tipo di soluzione per lenti, igiene, lavaggio con acqua di rubinetto, utilizzo per nuotare, in vasca idromassaggio o sotto la doccia)
- Anamnesi oculare, inclusi fattori di rischio come la cheratite erpetica, pregresse cheratiti batteriche, traumi, occhio secco e pregressa chirurgia oculare inclusa la chirurgia refrattiva
- Anamnesi patologica generale
- Farmaci oculari attuali e recenti
- Farmacoallergie

Esame obiettivo

- Acuità visiva
- Aspetto generale del paziente, comprese le condizioni della cute
- Esame del volto
- Posizione del bulbo oculare
- Palpebre e loro chiusura
- Congiuntiva
- Apparato nasolacrimale
- Sensibilità corneale
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
 - Margini palpebrali
 - Congiuntiva
 - Sclera
 - Cornea
 - Camera anteriore, valutandone la profondità e la presenza di flogosi
 - Vitreo anteriore
 - Occhio controlaterale per ricercare una possibile patologia sottostante

Test diagnostici

- Gestire la maggior parte dei casi acquisiti in comunità con la terapia empirica, senza strisci o colture
- Indicazioni per strisci e colture:
 - Cheratite severa o minacciosa, di sospetta origine microbica, prima di iniziare la terapia
 - Un grande infiltrato corneale centrale che si estende fino alla metà dello stroma profondo
 - Di natura cronica
 - Non responsiva alla terapia antibiotica ad ampio spettro
 - Caratteristiche cliniche suggestive di cheratite fungina, amebica o micobatterica
- L'ipopion, che si verifica in occhi con cheratite batterica, di solito è sterile, e non dovrebbe essere eseguito il prelievo di acqueo o vitreo a meno che non vi sia un sospetto elevato di endoftalmite microbica
- Gli scraping corneali per la coltura dovrebbero essere inoculati direttamente su terreni di coltura appropriati per massimizzare la resa della coltura. Se questo non è fattibile, posizionare il campione in mezzi di trasporto. In entrambi i casi, incubare immediatamente le colture o portarle tempestivamente al laboratorio.

Gestione

- I colliri antibiotici rappresentano il trattamento di scelta nella maggioranza dei casi
- Usare inizialmente antibiotici topici ad ampio spettro nel trattamento empirico di presunte cheratiti batteriche
- Per cheratiti centrali o gravi (per es., coinvolgimento stromale profondo o infiltrato più grande di 2 mm con vasta suppurazione), utilizzare una dose di carico (per es., ogni 5-15 minuti per le prime 30-60 minuti), seguita da applicazioni frequenti (per es., ogni 30-60 minuti circa). Per cheratiti meno gravi, è appropriato un regime di dosaggio meno frequente.
- Usare la terapia sistemica per le cheratiti gonococciche
- Al momento della presentazione della sospetta cheratite batterica, per i pazienti in trattamento con corticosteroidi topici oculari, ridurre o eliminarne l'utilizzo fino a quando l'infezione non sia stata controllata
- Si può aggiungere un corticosteroide topico quando l'infiltrato corneale compromette l'asse visivo, dopo almeno 2-3 giorni di progressivo miglioramento in seguito al trattamento con antibiotici topici. Continuare gli antibiotici topici ad alto dosaggio e scolarli gradualmente.
- Esaminare i pazienti entro 1-2 giorni dopo l'inizio della terapia con corticosteroidi topici

Cheratite Batterica (Raccomandazioni per la Gestione)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Nicole Balducci e Dott. Giuseppe Giannaccare

Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Educazione del paziente

- Informare i pazienti con fattori di rischio predisponenti a cheratiti batteriche riguardo al loro rischio relativo, ai segni e sintomi di infezione, e raccomandare loro di consultare immediatamente un oculista qualora si manifestassero segni o sintomi di allarme
- Educare sulla natura distruttiva della cheratite batterica e sulla necessità di un rigoroso rispetto della terapia
- Informare circa la possibilità di perdita visiva permanente e la necessità di una futura riabilitazione visiva
- Educare i pazienti portatori di lenti a contatto circa l'aumentato rischio di infezione associato al loro utilizzo, all'uso durante la notte, e all'importanza di seguire le tecniche di igiene delle lenti a contatto
- Riabilitazione visiva, se non sono candidati alla chirurgia (vedi www.aao.org/smartsight)

Terapia antibiotica della cheratite batterica ^[A:III]

Organismo	Antibiotico	Concentrazione topica	Dose sottocongiuntivale
Nessun organismo o più tipi di organismi indentificati	Cefazolina	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	con Tobramicina o gentamicina	9-14 mg/ml	20 mg in 0.5 ml
	o fluorochinoloni *	Variabile †	
Cocchi Gram-positivi	Cefazolina	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Vancomicina ‡	15-50 mg/ml	25 mg in 0.5 ml
	Bacitracina ‡	10.000 UI	
	Fluorochinoloni *	Variabile †	
Bastoncelli Gram-negativi	Tobramicina o gentamicina	9-14 mg/ml	20 mg in 0.5 ml
	Ceftazidime	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Fluorochinoloni	Variabile †	
Cocchi Gram-negativi §	Ceftriaxone	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Ceftazidime	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Fluorochinoloni	Variabile †	
Micobatteri non tubercolari	Amikacina	20-40 mg/ml	20 mg in 0.5 ml
	Claritromicina	10 mg/ml	
	Azitromicina	10 mg/ml	
	Fluorochinoloni	Variabile †	
Nocardia	Sulfacetamide	100 mg/ml	20 mg in 0.5 ml
	Amikacina	20-40 mg/ml	
	Trimetoprim/ Sulfametossazolo:		
	Trimetoprim	16 mg/ml	
	Sulfametossazolo	80 mg/ml	

* Pochi cocchi gram-positivi sono resistenti a gatifloxacina e moxifloxacina rispetto agli altri fluorochinoloni.

† Besifloxacina 6 mg / ml; ciprofloxacina 3 mg / ml; gatifloxacina 3 mg / ml; levofloxacina 15 mg / ml; moxifloxacina 5 mg / ml; ofloxacina 3 mg / ml; tutte disponibili in commercio a tali concentrazioni.

‡ Per le specie di Enterococcus e Staphylococcus resistenti e per i pazienti con allergia alla penicillina. Vancomicina e bacitracina non hanno alcuna attività verso i gram-negativi e non dovrebbero essere utilizzate come agente singolo nel trattamento empirico della cheratite batterica.

§ La terapia sistemica è necessaria per sospetta infezione da gonococco.

|| Dati tratti da Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. Am J Ophthalmol 2001; 132:819-30.