

L'Occhio e l'Artrite Reumatoide



Salvatore D'Angelo

Dipartimento Regionale di Reumatologia
Ospedale San Carlo – Potenza
salvatore.dangelo@ospedalesancarlo.it

L'Artrite Reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria sistemica, cronica ed evolutiva, con prevalente coinvolgimento articolare caratterizzato da sinovite erosiva, che rappresenta una causa di importante morbilità e disabilità.

La principale manifestazione consiste nell'infiammazione cronica di numerose articolazioni (poliartrite), ma diversi distretti dell'organismo possono essere coinvolti (manifestazioni extra-articolari). L'occhio rappresenta una delle sedi extra-articolari più frequentemente interessata dall'AR.

L'occhio è l'organo di senso che ci permette di vedere e la sua struttura ricorda quella di una macchina fotografica. La luce che entra nei nostri occhi attraversa una serie di lenti naturali, che sono in sequenza la cornea, l'umor acqueo, il cristallino ed il corpo vitreo e va ad "impressionare" la retina. La retina eccitata dalla luce che la colpisce trasmette le informazioni al cervello (figura 1).

La comparsa di una patologia oculare nel corso dell'AR può essere: 1) una manifestazione extra-articolare della malattia; 2) una conseguenza degli effetti collaterali dei farmaci usati. Nel primo gruppo rientrano: l'occhio secco, l'episclerite, la sclerite e l'uveite anteriore acuta. Del secondo gruppo vanno menzionate la cataratta ed il glaucoma, possibili conseguenze del trattamento con corticosteroidi, e la retinopatia secondaria al trattamento con antimalarici.

OCCHIO SECCO

È causato da un processo infiammatorio che coinvolge il sistema ghiandolare preposto alla lubrificazione della superficie del bulbo oculare mediante la produzione delle lacrime.

Si manifesta con la sensazione di un corpo estraneo ("sabbia negli occhi"), aumentata frequenza nell'ammiccamento, sensazione di bruciore e fotofobia, arrossamento della congiuntiva, filamenti muco-epiteliali spessi a livello dell'angolo interno dell'occhio. Nei casi avanzati evolve verso una cheratocongiuntivite con formazione di ulcere corneali e con possibile compromissione della vista.

Il test di Schirmer (misura della secrezione lacrimale) è utile per la diagnosi. La terapia si basa sull'applicazione di lacrime artificiali e sull'assunzione di farmaci che stimolano la se-

crezione ghiandolare (pilocarpina).

EPISCLERITE E SCLERITE

Si caratterizzano per l'infiammazione della parte bianca della tunica esterna dell'occhio (sclera). La sclerite si manifesta con rossore e dolore costante. Può essere complicata da glaucoma ed uveite. L'episclerite si presenta con: rossore e dolore transitorio e non ha complicanze. Il trattamento può essere locale (colliri) o generale con anti-infiammatori e steroidi.

UVEITE ANTERIORE ACUTA

È l'infiammazione della parte anteriore della tunica intermedia dell'occhio (uvea). È tipica dell'artrite reumatoide giovanile. Si manifesta con rossore, dolore, fotofobia, alterata visione. Il trattamento consiste nell'applicazione di colliri a base di steroidi ed anti-infiammatori.

GLAUCOMA

È caratterizzato da un aumento della pressione intraoculare. Può essere conseguenza di processi infiammatori o farmaci (steroidi) che possono alterare il sistema di drenaggio dell'occhio. Il rischio maggiore si associa ad una terapia steroidea locale (colliri, infiltrazioni). Le manifestazioni cliniche sono caratterizzate da dolore e riduzione/disturbi del visus. Il trattamento si basa sulla somministrazione di colliri o farmaci orali che abbassano la pressione intraoculare. In alcuni casi può essere necessario un intervento chirurgico.

CATARATTA

È caratterizzata dalla perdita di trasparenza del cristallino. Può essere causata da: processi infiammatori (es. uveite) o da farmaci (steroidi). La cataratta da steroide è tipicamente sottocapsulare posteriore, bilaterale e lentamente progressiva ed è correlata alla dose ed alla durata del trattamento. Da un punto di vista clinico, inizialmente la cataratta è asintomatica, poi si verifica un progressivo "annebbiamento della vista". L'unico trattamento efficace è quello chirurgico che consiste nell'asportazione del cristallino con il successivo impianto di una lente artificiale.

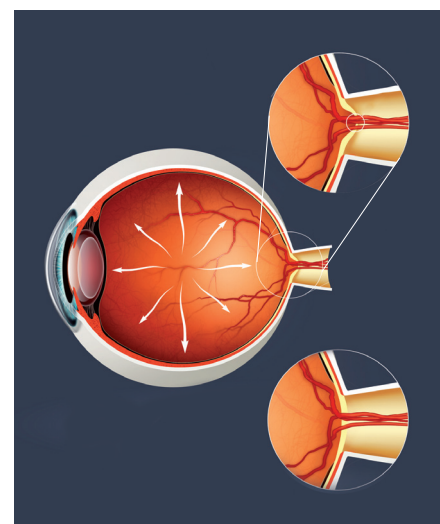
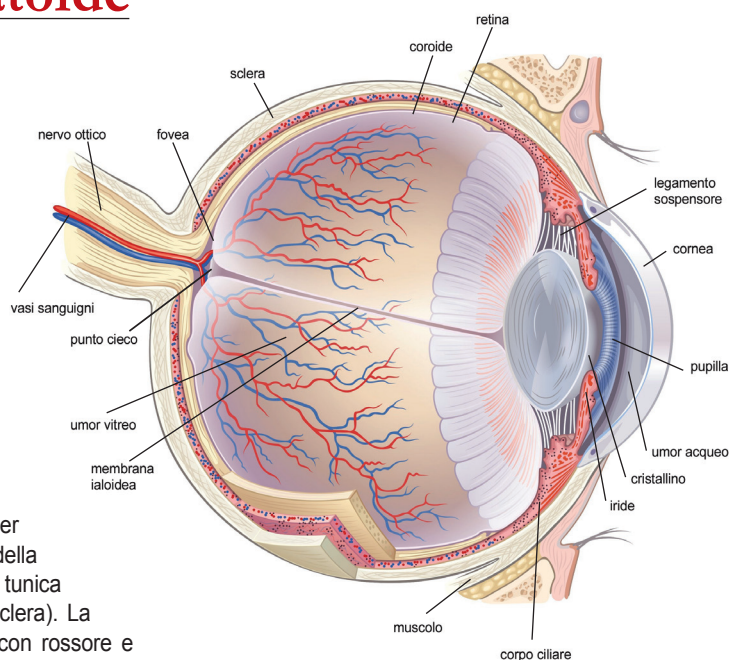


Figura 1: Occhio e glaucoma

DANNI OCULARI DA ANTIMALARICI

L'utilizzo di tali farmaci (cloroquina, idrossicloroquina) può associarsi a disturbi transitori della visione (difetti accomodativi, visione offuscata) che si risolvono spontaneamente. Un uso prolungato a dosaggio elevato può determinare, invece, una retinopatia da deposito (accumulo del farmaco a livello dei pigmenti retinici). Si ha la cosiddetta maculopatia ad "occhio di bue" con iniziale calo del visus, della capacità di discriminare i colori e comparsa di scotomi (zone d'ombra) al centro del campo visivo. Va, comunque, sottolineato che la maculopatia è rara ai dosaggi abituali.

Nei pazienti che assumono antimalarici si consiglia un monitoraggio (solitamente semestrale) del fondo oculare e del campo visivo. In caso di retinopatia da deposito, il trattamento consiste nella sospensione del farmaco. ■