

## LE CONGIUNTIVITI ALLERGICHE

di Vincenzo Pagliara

L'argomento di questa settimana riguarda le **congiuntiviti allergiche**, che non sono infettive, di solito interessano entrambi i gli occhi e sono sempre in aumento, per la familiarità e per l'inquinamento atmosferico.

Le forme allergiche, in genere bilaterali, si associano spesso a rinite, asma, orticaria, in quanto tutte sono manifestazioni diverse dello stesso problema, l'allergia o atopia.

La sintomatologia è caratterizzata da edema palpebrale, chemosi congiuntivale (arrossamento e gonfiore della congiuntiva), iperemia, lacrimazione profusa associata al sintomo caratteristico che è rappresentato dal prurito.

Sono determinate da numerosi agenti, tra cui i più frequenti sono proteine animali e vegetali, polvere di casa, piume di materassi, cosmetici, per cui è tipica la stagionalità o l'insorgenza dopo il contatto con l'allergene al quale si è sensibilizzati

### ANATOMIA DELLA CONGIUNTIVA

E' una membrana mucosa che "congiunge" il globo oculare alle palpebre; riveste il segmento anteriore del globo oculare e la superficie posteriore delle palpebre.

Nella congiuntiva si distingue tre parti: 1) palpebrale, che riveste le palpebre; 2) bulbare, che riveste la superficie anteriore della sclera; 3) del fornice, la porzione intermedia tra le due precedenti..

Importante è l'irrorazione, in quanto la congiuntiva, essendo molto ben vascolarizzata, va facilmente incontro ad irritazioni caratteristiche.

### CONGIUNTIVITI GIGANTOPAPILLARI

Caratteristica nei portatori di lenti a contatto che insorge per gradi passando da un primo stadio, caratterizzato da aumento della secrezione di muco e dall'insorgenza di prurito al momento di togliere le lenti a contatto, a stadi successivi, in cui questi sintomi si aggravano associandosi ad annebbiamenti visivi per accumulo di muco sulle lentine e per l'intolleranza sempre più marcata all'uso delle lenti stesse.

Le papille ipertrofiche regrediscono sospendendo l'uso delle lenti a contatto, che presentano all'esame microscopico depositi di proteine e di muco sulla lac.

Si differenziano dalle forme allergiche per l'assenza di stagionalità e per l'assenza di associazione con l'atopia.

### DIAGNOSI E TERAPIA

E' indispensabile l'uso di apparecchiature specialistiche come il biomicroscopio o lampada a fessura che, consentendo vari ingrandimenti della visione dell'occhio, consente all'oculista una diagnosi differenziale tra le varie forme, spesso simili tra loro e dalle **congiuntiviti** batteriche e virali, entrambe infettive. Per differenziarle è importante ricordare che le forme **batteriche** sono quasi sempre bilaterali e sono caratterizzate da secrezione mucosa o mucopurulenta, che determina il tipico incollamento delle ciglia al risveglio, nonché per la presenza di sintomi irritativi, come iperemia (occhio arrossato), bruciore e lacrimazione

Le forme **virali** sono per lo più monolaterali, cioè interessano un solo occhio, hanno una sintomatologia infiammatoria più accentuata e raramente presentano secrezione. Spesso sono interessati i linfonodi preauricolari e sottomandibolari ed a volte si complicano con infezioni della cornea (cheratiti), specialmente se l'agente infettivo è l'Herpes Simplex.

Ricordiamo che le congiuntiviti **allergiche** sono caratterizzate tipicamente dal prurito e spesso dalle riacutizzazioni stagionali, non sono infettive ma possono diventarlo se si complicano con sovrapposizioni batteriche o, più raramente, virali.

A volte si analizza il liquido lacrimale, dove c'è un aumento delle Ig E, tipiche delle manifestazioni allergiche, che sono aumentate anche nel sangue.

Spesso è consigliabile una consulenza allergologica, per conoscere gli allergeni responsabili (acari presenti nella lana o nella polvere, pollini, ecc.) e per valutare l'opportunità di un vaccino desensibilizzante, specialmente in caso di oculo-rinite e di asma bronchiale.

La terapia si basa su colliri al cortisone nelle fasi acute, prescritti dall'oculista per i possibili effetti collaterali e le controindicazioni che possono avere, e su colliri antistaminici o stabilizzatori di membrana per la terapia di mantenimento, molto importante perché riduce la frequenza delle fasi di riacutizzazione. A volte si utilizzano associazioni di colliri antibiotico-cortisonici e pomate oftalmiche in caso di sovrapposizioni batteriche.

In conclusione, in caso di occhi arrossati, prurito, bruciore, lacrimazione, è bene rivolgersi ad un medico oculista che, dopo opportuni esami strumentali, effettuerà la corretta diagnosi e terapia.

Infine volevo rendervi partecipi di un attestato di benemerenzza che è stato conferito all'Oculista Vincenzo Pagliara presso l'Ordine dei Medici di Salerno per la disponibilità dimostrata in un progetto specialistico di rilevanza sociale. Si tratta di alcune centinaia di visite effettuate gratuitamente in una scuola elementare per la prevenzione dell'occhio pigro (ambliopia).

Sono riconoscimenti che fanno piacere quando ci si impegna nel proprio lavoro con passione ed amore, a dimostrazione che anche con gli studi privati, rinunciando ad alcune giornate di visite a pagamento per effettuare controlli gratuiti, si può fare del bene nel modo più limpido e concreto.

Buona Vista a tutti e ricordate che conoscere aiuta a curarsi meglio!