

a cura di Maria Pia Paroli e Claudia Fabiani

L'uveite intermedia, secondo una classificazione topografica, è definibile come un'inflammatione intraoculare coinvolgente soprattutto il vitreo anteriore, la pars plana e la periferia retinica in corrispondenza della base vitreale. E' più comune nei bambini e nei giovani adulti. Altri termini utilizzati in letteratura per definire questo tipo di uveite sono ciclite cronica, uveite periferica, pars planite. Sono ora considerate un'entità clinica a se stante, caratterizzata dalla spiccata cronicità, dal decorso subdolo ed insidioso fino alla comparsa delle complicanze. Anche se la maggior parte dei casi di uveite intermedia sono idiopatici, una significativa associazione tra alcune malattie sistemiche come la sclerosi multipla e la sarcoidosi è stata riportata, suggerendo il ruolo determinante dell'autoimmunità nella patogenesi dell'uveite intermedia. Sono stati descritti dei casi sporadici a trasmissione familiare ed è stata riportata un'associazione con l'antigene di istocompatibilità HLA DR2, antigene associato anche alla sclerosi multipla. Non sembra esserci una predilezione di sesso o razza.

L'uveite intermedia rappresenta il 20% dei casi di uveite del bambino; nell'adulto l'esordio è in genere fra la 2° e la 4° decade di vita. E' un'uveite prevalentemente bilaterale, in cui la severità del quadro clinico può essere diversa fra i due occhi. I pazienti possono essere asintomatici o più comunemente possono lamentare sensazione di annebbiamento variabile e/o la presenza nel proprio campo visivo di "corpi mobili, mosche volanti o ragnatele", soprattutto in ambienti ben illuminati e osservando superficie chiare. Sono assenti dolore, fotofobia e congestione. L'esordio è subacuto e l'andamento clinico è subdolo con esacerbazioni cicliche e tendenza alla stabilizzazione dopo un certo periodo di anni.

L'occhio è tipicamente "bianco" ma si può riscontrare una lieve infiammazione del segmento anteriore, espressione di uno spill-over cioè di un passaggio di cellule vitreali in camera anteriore. L'iride non è mai congesta e non c'è la tendenza alla formazione di aderenze irido-lenticolari, dette sinechie. La vitreite è il segno più costante di uveite intermedia; si può dire che ne è il segno principe. L'umor vitreo può diventare torbido a tal punto da rendere difficoltoso l'esame del fondo oculare e tali opacità possono arrivare a compromettere l'acuità visiva del paziente. Le cellule e l'essudazione vitreali hanno la tendenza a migrare verso la periferia retinica inferiore formando essudati vitreali preretinici con aspetto a uova di formica o a palla di neve, e bande collagene (snowballs e snowbanks, degli autori anglosassoni) organizzati

anteriormente alla pars plana. Un altro segno caratteristico dell'uveite intermedia è la vasculite periferica, che solitamente si presenta come periflebite segmentaria delle venule retiniche. Il processo vasculitico raramente si estende al polo posteriore e all'albero arterioso.

L'edema maculare cistoide è la complicanza più temibile di questa flogosi intraoculare in quanto rappresenta la causa principale di perdita visiva e può manifestarsi all'esordio o nel corso del follow-up. Oltre l'edema maculare cistoide, che si riscontra nel 30% circa dei casi, le complicanze più comuni dell'uveite intermedia sono la cataratta (42%), seguita in ordine decrescente di frequenza dal glaucoma secondario, distacco di retina, retino schisi, emorragie vitreali, neovascolarizzazione retinica e del nervo ottico. Nonostante l'alta incidenza di complicanze la prognosi è generalmente favorevole: l'80% dei pazienti conserva un'acuità visiva uguale o superiore a 5/10 dopo 10 anni dalla diagnosi

La diagnosi di uveite intermedia è essenzialmente clinica. Generalmente il paziente riferisce la comparsa di annebbiamento visivo o miodesopsie di entità variabile a seconda della gravità del quadro clinico. In presenza di edema maculare cistoide si rileverà all'esame obiettivo un decremento dell'acuità visiva, soprattutto nella visione per vicino, con metamorfopsie. Anche le opacità vitreali e la cataratta possono essere responsabili di un disturbo variabile del visus

Non esistono tests di laboratorio utili per l'inquadramento eziologico dell'uveite intermedia, la maggior parte delle quali rimane idiopatica. Gli esami strumentali ed ematologici verranno richiesti in maniera mirata e molto selettiva sulla base di un sospetto clinico e dell'anamnesi, sia per motivi economici sia perché una pletora di esami inutili può fuorviare la diagnosi.

Utili per una corretta e più approfondita definizione dello stato infiammatorio endoculare sono la fluorangiografia retinica (vasculite retinica, edema papillare e maculare), la tomografia a coerenza ottica (OCT) (edema maculare) e l'ecografia oculare (vitrite, trazioni vitreoretiniche, emorragie, distacco di retina)

La terapia dell'uveite intermedia prevede l'utilizzo di steroidi per via peribulbare o sistemica, a seconda del prevalente interessamento mono o bilaterale. In caso di femmineo do di risposta parziale alla terapia steroidea sono indicati gli immunosoppressori e, in ultima analisi, quando le opacità vitreali sono la causa se non unica, ma almeno prevalente, di una cospicua riduzione dell'acuità visiva, la vitrectomia