



ETEROCROMIA DI FUCHS

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

COS'E'

La sindrome di Fuchs, o ciclite eterocromica di Fuchs è un uveite anteriore cronica , non granulomatosa ad esordio insidioso. L'eterocromia (differenza di colore dell'iride) può essere assente o difficile da identificare, in particolare in iridi marrone scuro, a meno che il paziente non sia esaminato alla luce del giorno con le pupille non dilatate.

ORIGINI E DIFFUSIONE:

Colpisce tipicamente un solo occhio, nelle persone giovani adulte, benché possa anche insorgere nell'infanzia e possa raramente essere bilaterale. Sebbene la Fuchs rappresenti il 4% circa di tutti i casi di uveite, viene frequentemente misdiagnosticata e ipertrattata. Può essere dovuta ad un fattore tossico-allergico non specifico, che agisce nel periodo prenatale o in quello infantile; secondo altri è una lesione degenerativa o abiotrofica; ne è stato sottolineato pure l'elemento ereditario.

CRITERI DIAGNOSTICI

Sintomi:

1. L'offuscamento graduale del visus secondario a cataratta è la forma più comune
2. Miodesopsie croniche
3. Differenza tra il colore dell'iride nei due occhi
4. Riscontro casuale

Segni generali:

1. PRECIPITATI CHERATICI: sono caratteristici e probabilmente patognomonici. Sono piccoli, rotondi, stellati, di colore grigiobianco e diffusi su tutto l'endotelio corneale. Possono essere evanescenti, andare e venire, ma non diventano mai confluenti o pigmentati.
2. UMORE ACQUEO: mostra un debole flare e non più di 2+ cellule

3. Vitreite e opacità vitreali: sono comuni e possono essere il sintomo di esordio
4. GONIOSCOPIA: può essere normale o può mostrare uno dei seguenti segni piccoli vasi radiali dell'angolo. Inoltre sono possibili delle sinechie periferiche, anteriori, piccole, non confluenti ed irregolari

Segni iridei:

1. Non vi sono sinechie posteriori
2. ATROFIA IRIDEA stromale diffusa. Il segno precoce è la perdita delle cripte. L'atrofia avanzata rende l'iride affetta piana e vellutata e le dà un aspetto come lavato, in particolare nella zona pupillare
3. ATROFIA DELLO STRATO PIGMENTATO POSTERIORE dell'iride è a zone, e si evidenzia meglio con retroilluminazione
4. NODULI IRIDEI: possono essere presenti
5. RUBEOSIS IRIDEA: consiste in neovascolarizzazioni fini, irregolari sulla superficie dell'iride
6. MIDRIASI: può essere presente, dovuta ad atrofia dello sfintere pupillare
7. ETEROCROMIA IRIDEA: è un segno importante e comune
 - Molto frequentemente l'occhio affetto è eterocromico, anche se nel 10% circa dei casi è iperpigmentato
 - In una piccola percentuale di casi l'eterocromia è congenita
 - L'entità dell'eterocromia è determinata dall'atrofia dell'iride e dello strato pigmentato posteriore, così come dal colore naturale dell'iride del paziente

Complicanze

La Fuchs ha un decorso cronico che dura molti anni. Le due principali complicanze sono la cataratta ed il glaucoma, che possono essere peggiorate dall'uso improprio di steroidi topici.

- CATARATTA: è estremamente comune e non è diversa dagli altri tipi di uveite. L'esito di intervento con impianto di IOL è buono
- GLAUCOMA: è il maggior pericolo per la visione ed è frequente quando il periodo del follow-up è prolungato

DIAGNOSI DIFFERENZIALI

Oltre all'eterocromia ciclitica si distinguono altre quattro forme di eterocromia iridea:

1. L'ETEROCROMIA SEMPLICE, dovuta ad un difetto di sviluppo, talora trasmessa come carattere dominante e caratterizzata da ipopigmentazione ed ipoplasia dell'iride
2. ETEROCROMIA ATROFICA, esito di un trauma o di un processo infiammatorio oppure espressione di senescenza
3. ETEROCROMIA SIMPATICA che può stabilirsi dopo l'asportazione del ganglio cervicale superiore o dopo lesioni paralitiche del simpatico cervicale legate a traumi, interventi chirurgici, e malattie varie (spesso è associata alla sindrome di Horner)
4. L'ETEROCROMIA associata ad alterazioni generali di tipo degenerativo o abiotrofico, quali la sindrome dell'emiatrofia facciale di Romberg, lo stato disrafico.

INDAGINI SPECIALISTICHE

Esami sierologici di esclusione per sifilide, radiogramma standard del torace per escludere l'evidenza di malattie granulomatose o infiltrative, test di reazione cutanea per tubercolosi

CONTROLLI

Sono necessari controlli periodici per valutare la presenza di una patologia in fase attiva (esame obiettivo e tonometria)

TRATTAMENTO

- Steroidi topici: non sono efficaci
- Midriatici: non sono necessari poiché non vi sono sinechie posteriori
- Iniezioni sotto-tenoniane: a lento rilascio, come il triamcinolone acetonide, possono essere utili per i pazienti che hanno vitreite, anche se il miglioramento è temporaneo
- Vitrectomia: può essere presa in considerazione nei casi di opacità vitreali gravi, che non rispondono alle iniezioni pericoculari di steroidi

Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP
ASUGI su testo fornito dalla Clinica Oculistica, approvato dalla Società
Oftalmologia Italiana

Unità Clinica Operativa CLINICA OCULISTICA

Direttore: Prof. Daniele Tognetto

Tel: 040 – 399 2243; Fax: 040 – 772 449

e-mail: tognetto@units.it

Coordinatore Infermieristico Reparto: Elena Kiss

Tel: 040 – 399 2536; Fax: 040 – 399 2572

e-mail: elena.kiss@asugi.sanita.fvg.it

Revisione 01 – maggio 2022