



April 2007

International Council of Ophthalmology

ICO International Clinical Guidelines

Malattie Oculari legate a HIV/AIDS (Valutazione Iniziale e Follow-up)

(**Classificazione:** A: Massima importanza, B: Moderatamente importante, C: rilevante ma non critico. **Forza dell'evidenza:** I: Forte, II, Sostanziale ma mancante di alcuni elementi del livello I, III: consenso degli esperti in assenza di evidenza del tipo I e II)

Generale - Anamnesi Iniziale

- Età (B: III)
- Sintomi oculari incisi annessi (A: III)
- Sintomi sistemici (A: III)
- Esame completo dell'organismo (A: III)
- Precedente anamnesi oculare (A: III)
- Precedente anamnesi medica (A: III)
- Precedente anamnesi operatoria (B: III)
- Precedenti di altre malattie a trasmissione sessuale (A: III)
- Precedenti di malattie o complicazioni facenti parte della diagnosi di AIDS (A-III)
- Modalità dell'acquisizione di HIV (B: III)
- Durata dell'infezione da HIV (A: III)
- Passati e presenti fattori di rischio – comportamento sessuale, abuso di droga, precedenti di trasfusioni (A: III)
- Attuale regime anti-HIV – durata e “compliance” (A: III)
- Terapie attuali (A: II)
- Attuale conta CD4 (A: II)
- Attuale quota virale (A: II)
- Allergie a medicinali (B: III)

Generale - Esame obiettivo iniziale

- Aspetto generale (A: III)
- Esame esterno – viso, annessi oculari (A: III)
- Linfonodi – preauricolari e sottomandibolari (A: III)
- Acuità visiva (A: III)
- Motilità extraoculare (A: III)

- Campo visivo per confronto (A: III)
- Palpebre - chiusura, altezza della fessura interpalpebrale (B: III)
- Ghiandole lacrimali (B: III)
- Esame del film lacrimale - Schirmer, colorazione con rosa bengala e fluoresceina (A: III)
- Funzionalità nasolacrimale (B: III)
- Esame con lampada a fessura:
 - Bordi palpebrali (A: III)
 - Congiuntiva (A: III)
 - Sclera (A: III)
 - Cornea (A: III)
 - Camera anteriore (A: III)
 - Iride (A: III)
 - Cristallino (A: III)
 - Vitreo anteriore (A: III)
- Esame oftalmoscopico in midriasi
 - Vitreo - cellule/Tyndal, sangue, addensamenti (A: III)
 - Dischi ottici (A: III)
 - Vascolarizzazione retinica (A: III)
 - Macula/fovea (A: III)
 - Retina periferica con indentazione sclerale (A: III)
 - Coroide (A: III)

Generale - Test Diagnostici

Infezione da HIV - per popolazione a rischio aumentato e/o sospetta infezione

- Anti- HIV ELISA screening per infezione, seguita da conferma con "Western blot" (A: II)

AIDS

- Presenza di malattia(e) inquadrabili in AIDS (A: III)
- CD4 (<200 cellule/microlitro, per CDC criteri) (A:II)

Pazienti con accertato HIV/AIDS

- Conta CD4 (A:II)
- Quota virale (A: II)

Generale - Gestione terapeutica

- La gestione di HIV/AIDS deve coinvolgere un team multidisciplinare, che comprende uno specialista in malattie infettive e un oftalmologo (A: III)
- Terapia Anti-Retrovirale (ART) e Altamente attiva terapia Anti-Retrovirale (HAART), dove disponibile (A: II)
- Enfasi sulla prevenzione della trasmissione del virus (A: III)

- Identificazione e trattamento delle patologie e infezioni associate a HIV/AIDS (in particolare tubercolosi e sifilide) (A: II)

Retinopatia da HIV - Esame iniziale

- Conta CD4 (A: II)
- Sintomi oculari - solitamente asintomatico (B: III)

Retinopatia da HIV - Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva (A: III)
- Esame con lampada a fessura (B: III)
- Esame oftalmoscopico in midriasi (A: II)
- Screening per altre patologie/infezioni collegate a HIV/AIDS (B: III)

Retinopatia da HIV - Gestione terapeutica

- Trattare la compromissione immunitaria con HAART (A: II)
- Valutare terapia cortico-steroidica (B:III) oppure laser focale per edema maculare (A:II)

Retinopatia da HIV - Follow up

- Le lesioni in genere si risolvono in settimane o mesi (A:II)
- L'esame del fondo oculare in midriasi da eseguire ogni tre mesi in caso di conta CD4 costantemente al di sotto di 50 cellule per microlitro (A: II)

Retinite da Citomegalovirus (CMV) - Esami iniziali

- Intervallo di tempo dalla diagnosi di AIDS (A:II)
- Complicazioni sistemiche correlate a CMV (A: II)
- Sintomi oculari - annebbiamento visivo, miodesopsia, fotopsia, scotomi (A:II)

Retinite da Citomegalovirus (CMV) - Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva (A:II)
- Biomicroscopia della cornea per ricerca di fini depositi endoteliali (B:III)
- Biomicroscopia della camera anteriore per ricerca di segni di infiammazione (A:II)
- Esame del fondo in midriasi in entrambi gli occhi - comprendente disco ottico, macula e retina periferica. La coroide dovrebbe essere esaminata per escludere co-infezioni da parte di altri agenti (A:II)

Retinite da Citomegalovirus (CMV) - Tests diagnostici

- Conta CD4 - tipicamente inferiore a 50 cellule per microlitro (A:II)

Retinite da Citomegalovirus (CMV) - Esami accessori

- La fotografia del fondo oculare può essere utile a documentare la progressione della malattia o la risposta al trattamento; la fluorangiografia è indicata per valutare la presenza di edema maculare o ischemia (A:III)
- Test per la sifilide e biopsia vitreale per cercare altre cause di retinite necrotizzante (virus Varicella-Zoster, virus Herpes Simplex, Toxoplasmosi) quando la diagnosi è incerta (A:II)

Citomegalovirus - Gestione terapeutica

- I principali obiettivi includono il trattamento diretto della retinite da CMV con farmaci anti-CMV e il miglioramento delle condizioni immunitarie mediante inizio o ottimizzazione della HAART nel caso in cui non sia in corso una terapia anti-retrovirale (A:II)
- Per ridurre la possibilità di uveiti da recupero della risposta immunitaria i pazienti con nuova diagnosi di retinite da CMV che non sono in HAART devono essere trattati con farmaci anti-CMV fino a che la retinite sia inattiva o almeno meno attiva. HAART può essere iniziata a questo punto (A:II)
- Nei casi di attesa persistente deficienza immunitaria (per es. cattiva risposta a HAART o sua indisponibilità) è indicato il trattamento immediato (A:II)
- La terapia locale anti-CMV con iniezioni intravitreali di Ganciclovir o Foscarnet può essere iniziata immediatamente quando la retinite attiva coinvolge il o si avvicina al disco ottico o alla macula (A:II)
- In caso di persistente depressione immunitaria si inizia l'induzione seguita da terapia di mantenimento per tempo indefinito (A:II)
- Ganciclovir
 - Endovenoso - 5 mg/kg ogni 12 ore per 2-3 settimane, poi 5 mg/kg/giorno 5-7 volte alla settimana per tempo indefinito (A:I). Monitorare la conta leucocitaria: il rischio di leucopenia può essere ridotto somministrando fattori stimolanti i leucociti come il fattore "granulocyte colony-stimulating (A:II)
 - Intraoculare - 2-2,5 mg/0,1ml in iniezione intravitreale 2 volte alla settimana fino a raggiungere la inattività della patologia, quindi proseguire settimanalmente (A:I)
 - Impianto intravitreale a rilascio prolungato (Vitrasert) - impianto da 4,5mg che rilascia un microgrammo per ora per 8 mesi. Questa terapia dovrebbe essere combinata con terapia orale con Valgan Ciclovir allo scopo di una copertura sistemica (A:I)
- Foscarnet
 - Endovenoso - 60 mg/kg ogni 8 ore oppure 90 mg/kg ogni 12 ore per 14 giorni, quindi 90-120 mg/kg/giorno. Monitorare la funzionalità renale (A:I)
 - Intraoculare - 1,2 mg/0,05 ml (oppure 2,4 mg/0,1 ml) (A:I)

- Valganciclovir
 - Orale – 900 mg 2 volte al giorno per 2 settimane, A:I, quindi 900 mg/giorno a tempo indefinito (A:II). Monitorare la conta leucocitaria per leucopenia (A:II)

Citomegalovirus - Follow up

- La recidiva è molto frequente e i pazienti trattati con farmaci anti-CMV devono essere rivalutati mensilmente (A:II)
- Gli intervalli possono essere allungati quando la conta CD4 è elevata, i farmaci anti-CMV sono sospesi e quando la malattia rimane inattiva con un quadro di recupero immunitario (A:II)
- Sintomi visivi (A:II)
- Conta CD4 e quota virale HIV (A:II)
- Valutazione sistemica alla ricerca di complicazioni sistemiche collegate a CMV o di effetti indesiderati iatrogeni (A:II)

Citomegalovirus - Esame di controllo

- Acuità visiva (A:II)
- Biomicroscopia (B:II)
- Oftalmoscopia sia macula che retina periferica (A:II)
- Fotografia seriale del fondo (B:II)

Citomegalovirus - Gestione dei controlli

- Nessun trattamento può eliminare il CMV dall'occhio (A:II). L'educazione del paziente sui sintomi di retinite da CMV è fondamentale.
- In caso di recidive la terapia di prima istanza è una reinduzione con la stessa terapia in assenza di effetti secondari o evidenza di resistenza ai farmaci (A:II)
- Una retinite persistente o progressiva dopo 6 settimane di terapia a livello di induzione implica resistenza o una errata diagnosi (A:II)
- Le mutazioni UL97 e UL54 nel DNA CMV sono associate con relativa resistenza al Ganciclovir (A:II)
- I farmaci anti-CMV possono essere sospesi in pazienti in HAART in assenza di segni di retinite attiva da CMV e in cui la conta cd4 sia superiore a 100-150 cellule per microlitro per almeno 3-6 mesi.

Tubercolosi - Esami iniziali

- Conta CD4 (tipicamente <200 cellule per microlitro) (A:II)
- Sintomi visivi e oculari (A:II)
- Anamnesi di infezione da M. Tuberculosis, complicazioni sistemiche o esposizione all'infezione (A:II)

Tubercolosi - Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva (A:III)
- Esame esterno - comprendente palpebre e annessi (B:III)
- Biomicroscopia (B:III)
- Tonometria (B:III)
- Oftalmoscopia in midriasi - comprendente disco ottico, macula, retina periferica e coroide (A:II)

Tubercolosi - Tests diagnostici

- Diagnosi presuntiva mediante esame clinico unito a test cutaneo PPD e RX del torace (A:II)
- Necessario un alto indice di sospetto clinico (B:III)
- Valutare i test basati sulla stimolazione leucocitaria ove disponibili, in particolare quando il test cutaneo PPD non è affidabile (QuantiFERON-TB Gold Test; T. SPOT-TB test) (A:II)
- La diagnosi definitiva richiede la biopsia e l'esame isto patologico (A:III)

Tubercolosi - Tests accessori

- Fluorangiografia per valutare il sospetto di vasculite retinica (A:III)
- Angiografia con verde di indocianina (ICG) per scoprire interessamento coroideale subclinico (A:III)
- OCT per diagnosticare e monitorare un edema maculare cistoide (A:III)

Tubercolosi - Gestione terapeutica

- Il trattamento sistemico è indicato con Rifampicina (500 mg/giorno se il peso è inferiore a 50 kg oppure 600 mg/giorno se superiore a 50 kg), Isoniazide (5 mg/kg/giorno), Pirimetanina (25-30 mg/kg/giorno) e Etambutolo (15 mg/kg/giorno) per 2 mesi. Poi Rifampicina e Isoniazide per altri 4-7 mesi (A:II)
- Prednisone orale (1 mg/kg/giorno), ridurre progressivamente in base alla risposta clinica (A:II)
- Iniziare o ottimizzare HAART nel caso in cui il paziente non stia assumendo alcun farmaco anti-retrovirale (A:II)
- Coordinare la terapia insieme con lo specialista infettivologo (A:III)

Tubercolosi - Follow up

- Monitorare tutti i pazienti per gli effetti tossici iatrogeni (A:II)
- Esaminare i pazienti mensilmente fino a un significativo miglioramento clinico (A:III)

Toxoplasmosi (T. gondii) - Esame iniziale

- Conta CD4 (tipicamente <200 cellule per microlitro) (A:II)
- Sintomi visivi e oculari
- Infezione da T. gondii, complicazioni sistemiche o esposizione al virus (A:III)

Toxoplasmosi - Esame obiettivo

- Acuità visiva (A:II)
- Tonometria (B:II)
- Biomicroscopia (C:II)
- Oftalmoscopia in midriasi (A:II)

Toxoplasmosi - Tests diagnostici

- La diagnosi è principalmente clinica (A:III)
- Tests sierologici per anticorpi anti-T toxoplasma IgM/IgG (A:II).
- Nei casi incerti è possibile eseguire una PCR sull'acqueo o sul vitreo per DNA toxoplasmosico (B:II)

Toxoplasmosi - Gestione terapeutica

- Il trattamento iniziale è basato su anti microbici orali per 4-6 settimane. Le opzioni includono:
 - Trimethoprim/Sulfametoxazolo (800/160) 500 mg per via orale 2 volte al giorno (A:II)
 - Pirimetanina (dose iniziale di carico 100 mg nelle 24 ore seguito da 25-50 mg al giorno) e Sulfadiazina (1 g. 4 volte al giorno) per 4-6 settimane. L'acido folinico (3-5 mg 2 volte alla settimana va prescritto per prevenire la leucopenia e la trombocitopenia (B:II)
 - Clindamicina (300 mg per via orale ogni 6 ore) per 3 settimane o più (B:II)
 - Atovacuone (750 mg per bocca 4 volte al giorno) per 3 mesi (B:II)
 - Valutare l'utilizzo di Azitromicina in pazienti con allergia ai sulfamidici (B:III)
- Si raccomanda una terapia di mantenimento con almeno uno dei farmaci citati nei pazienti con toxoplasmosi oculare che rimangono marcatamente immuno soppressi (A:III)
- La terapia orale cortico-steroidea può essere presa in considerazione quando l'infezione contribuisce alla perdita visiva (vitrite, vasculite, distacco retinico sieroso, lesione che coinvolge o minaccia il disco ottico o la macula) - 0,5 mg/kg/giorno da ridurre progressivamente; iniziare e terminare in coincidenza con la terapia antimicrobica (A:III)
- Terapia corticosteroidea topica in collirio in caso di significativa infiammazione in camera anteriore.

Toxoplasmosi - Follow up

- Il follow up iniziale va eseguito una settimana dopo l'inizio della terapia, quindi in base agli esami e alla risposta al trattamento (A:III)
- Le lesioni impiegano tipicamente vari mesi per risolversi (A:III)

Sifilide - Esame iniziale

- Conta CD4 (spesso <200 cellule per microlitro). La sifilide oculare in caso di HIV - AIDS può presentarsi con qualsiasi conta CD4 (A:II)
- Sintomi visivi e rapidità di insorgenza (A:III)
- Infezione pregressa sifilidica, complicazioni correlate o esposizione (A:III)
- Anamnesi di altre malattie a trasmissione sessuale (B:III)

Sifilide - Esame obiettivo

- Acuità visiva (A:II)
- Tonometria (B:II)
- Biomicroscopia (B:III)
- Oftalmoscopia in midriasi (A:II)

Sifilide - Tests diagnostici

- Eseguire tests non treponemici (VDRL o RPR) e treponemici (FTA-ABS o MHA-TP). Un terzo dei pazienti con uveite sifilidica presenta test non treponemici negativi (A:II)
- I pazienti con profonda depressione immunitaria possono presentare una sifilide siero negativa (A:II)
- L'esame del liquido cefalo-rachidiano (VDRL oppure RPR) da eseguire in tutti i casi di HIV/ AIDS con sifilide oculare (A:II)

Sifilide - Gestione terapeutica

- Trattare come se fosse neurosifilide (A:II)
- Coinvolgere uno specialista infettivologo per coordinare la gestione sistemica (A:III)
- La terapia di attacco consiste in penicillina G endovena (18-24 milioni di unità per 14 giorni) (A:II)
- Il peggioramento dell'infezione oculare conseguente a inizio della terapia penicillinica può indicare una reazione Jarish-Herxheimer (A:II)

Sifilide - Follow up

- Dosaggio anticorpale nel siero e nel liquido cefalo rachidiano da eseguire ogni mese per 3 mesi poi ogni 6 mesi fino a normalizzazione della conta cellulare nel liquido cefalo-rachidiano e la VDRL oppure RPR sul liquido cefalo-rachidiano diventa non reattiva (A:III)

- Verifica del quantitativo nontrepomenico nel siero ogni 3 mesi per un anno, poi ogni anno (A:III)
- La terapia di mantenimento non è necessaria né raccomandata (B:II)

Prefazione alle linee guida

Le linee guida cliniche internazionali sono preparate e distribuite dal Concilio internazionale di oftalmologia.

Queste linee guida servono di supporto ed educazione per gli oftalmologi nel mondo. Queste linee guida servono a migliorare la qualità delle cure oculari ai pazienti. Esse sono in molti casi adattamenti di simili documenti (Benchmark of Care) creati dall'American Academy of Ophthalmology, basate sulle loro Preferred Practice Patterns.

Anche se si è tentati di considerare questi come Standards, è impossibile e inappropriato farlo. Le molteplici circostanze geografiche, disponibilità di strumenti, variabilità di pazienti e pratiche preclude la possibilità di un unico standard.

Le linee guida d'altro canto sono una chiara affermazione di aspettative. Esse includono indicazioni del livello di performance richiesto, assumendo condizioni che permettano l'uso dei migliori strumenti, farmaci e circostanze operatorie.

Perciò vi è una aspettativa di base e se la situazione è ottimale, possono essere impiegate ottimali diagnosi, trattamenti e follow up. Cure eccellenti, appropriate e di successo possono essere fornite anche dove non vi sono condizioni ottimali.

Seguire semplicemente le linee guida non garantisce un risultato di successo. E' comprensibile che, data la unicità di ogni paziente e delle sue condizioni, deve essere impiegato il giudizio del medico. E ciò può tradursi in una modifica nell'applicazione di una linea guida in base alla situazione individuale.

La preparazione di queste linee guida si basa sull'esperienza della medicina e dove possibile su evidenza di prove. Ciò significa che queste linee guida sono basate sulle più recenti informazioni scientifiche a disposizione. L'ICO si impegna a fornire aggiornamenti di queste linee guida regolarmente (approssimativamente ogni 2 o 3 anni)

(vedi anche l'Introduzione all'ICO International Clinical Guidelines al sito www.icoph.org/guide/guideintro.html e la lista delle altre linee guida al sito www.icoph.org/guide/guidelist.html).

Traduzione a cura di:

Dr. Anna Chiara Cimetta
Medico in formazione specialistica
Scuola di Specializzazione in Oftalmologia
Alma Mater Studiorum- Università di Bologna
Bologna - Italia

Revisione a cura di:

Dr. Emilio C. Campos
Professore Ordinario di Oftalmologia – Malattie dell'Apparato Visivo
Direttore,
Scuola di Specializzazione in Oftalmologia
Alma Mater Studiorum- Università di Bologna
Bologna - Italia



International Council of Ophthalmology
945 Green Street
San Francisco, CA 94133
United States of America
Fax: (415) 409-8403
Web: www.icoph.org

Patologia	Conta CD4	Anamnesi	Esame	Ritrovamenti chiave	Lavoro diagnostico	Gestione	Follow-up
Herpes Zoster Oftalmico	<200 cell/ μ l (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> • Precedente infezione zoster (A:II) • Età 	<ul style="list-style-type: none"> • Periorbita • Palpebre • SLE • Sclera • AC • DOE 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatire vescicolobollosa con distribuzione CN V1 (A:II) • Complicanze includono cheratiti, uveiti, scleriti, retiniti, neuriti ottiche (A:II) • Ipopion emorragico (B:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esame clinico • Si può confermare la diagnosi con cultura virale, striscio di Tzanck, PCR (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acyclovir IV 10 mg/Kg ogni 8 ore per 7gg (A:II) • Alternative: valacyclovir (1g PO 3 volte/di) o acyclovir orale (800 mg PO 5 volte/di); stretto follow-up per i segni di infezione disseminata che includono le encefaliti (A:II) • Pazienti che ricevono alte dosi di valacyclovir dovrebbero essere monitorati per TTP/HUS (A:II) • Alternativamente, si può mantenere famciclovir o valacyclovir orale • Corticosteroidi topici per iridociclit e/o cheratiti stromali (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Osservazione per nevralgia post-erpetica • DOE seriali
Sarcoma di Kaposi	<200 cell/ μ l (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità di acquisizione dell' HIV (sessuale la più comune) (B:II) • Sintomi di occhio secco (B:II) • Dolore (raro) (B:II) • Visione ridotta (raro) (C:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esame esterno • Linfonodi • Cavità orale • SLE • Palpebre • Ghiandola lacrimale • Cute o viso e parte superiore del corpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumori altamente vascolarizzati della pelle o delle membrane mucose (A:II) • Può coinvolgere le palpebre e/o la congiuntiva (A:II) • Lesioni palpebrali possono apparire come noduli purpurei (A:II) • Lesioni congiuntivali possono mimare SCH (B:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esame clinico • Biopsia con esame istopatologico delle lesioni sospette (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricostituzione dell'immunità (A:II) • Indicazioni per il trattamento: 1)perdita della normale funzione palpebrale, 2)discomfort, 3)cosmesi • Trattamento dipende dalla grandezza e dalla localizzazione della lesione (A:II) • Opzioni terapeutiche includono: vinblastina intralesionale o interferone-alfa, radioterapia locale, escissione, crioterapia (A:II) • Chemioterapia sistemica se malattia disseminata (A:II) • Ridurre la grandezza delle lesioni estese prima dell'escissione 	<ul style="list-style-type: none"> • Recidive sono comuni (A:II)
Mollusco contagioso	Qualunque (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> • Storia di esposizione al mollusco (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Periorbita • SLE • Tronco e genitali (B:III) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatiti papulonodulari della cute e delle membrane mucose (A:II) • Multiple piccole lesioni ombelicate 	<ul style="list-style-type: none"> • Esame clinico 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricostituzione dell'immunità (A:II) • Agenti topici: nitrogene liquido, acido tricloroacetico, cantaridina (A:II) • Incisione con curretage, escissione o crioterapia (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni palpebrali comunement e ricorrono entro 6-8 settimane (A:II)
Carcinoma a cellule squamose (SCC) e neoplasia congiuntivale	Qualunque (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> • Localizzazione geografica - rischio più alto in Africa (A:II) • Storia di infezione da HPV (B:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • VA • Esame esterno • SLE • Gonioscopia 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni papilliformi, gelatinose o leucoplachiche al limbus interpalpebrale (A:II) • SCC: la lesione è più ampia, i vasi nutritizi più comuni (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia con esame istopatologico (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampia escissione con crioterapia per lesioni non-invasive (A:II) • Esame di sezioni patologiche congelate (A:II) • Alternative includono MMC,5-FU, e interferone (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazioni pre e post operatorie di routine

Carcinoma a cellule squamose (SCC) e neoplasia congiuntivale intraepiteli ale (CIN)	Qualunque (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> Localizzazione geografica – rischio più alto in Africa (A:II) Storia di infezione da HPV (B:II) 	<ul style="list-style-type: none"> VA Esame esterno SLE Gonioscopia 	<ul style="list-style-type: none"> Lesioni papilliformi, gelatinose o leucoplachiche al limbus interpalpebrale (A:II) SCC: la lesione è più ampia, i vasi nutritizi più comuni (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Biopsia con esame istopatologico (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Ampia escissione con crioterapia per lesioni non-invasive (A:II) Esame di sezioni patologiche congelate (A:II) Alternative includono MMC,5-FU, e interferone (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazioni pre e post operatorie di routine
Linfoma congiuntivale o cutaneo	Qualunque (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> Presenza/storia di linfoma sistemico (A:II) Sintomi oculari 	<ul style="list-style-type: none"> VA Esame estremo SLE DOE (C:III) 	<ul style="list-style-type: none"> Lesioni eritematose della congiuntiva o della palpebra (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Biopsia (A:II) Valutazione sistemica (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Radiazione (A:II) Chemioterapia (A:II) Rivolgersi ad un oncologo 	<ul style="list-style-type: none"> Come richiesto dal trattamento in accordo con l'oncologo
Microvasculopatia congiuntivale	Qualunque (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> Tipicamente asintomatico (B:II) 	<ul style="list-style-type: none"> SLE DOE (B:III) 	<ul style="list-style-type: none"> Perilimbus inferiore (A:II) Dilatazione e restringimento vascolare segmentario (A:II) Frammenti vascolari a forma di virgola (A:II) Microaneurismi (A:II) Granulosità della colonna vascolare (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Esame clinico 	<ul style="list-style-type: none"> Non indicato 	<ul style="list-style-type: none"> Non necessario
Congiuntiviti	Qualunque (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> Sintomi di irritazione e secrezione (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> VA SLE 	<ul style="list-style-type: none"> Eritema congiuntivale (A:II) Secrezione acquosa, purulenta o mucoide (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Esame clinico Cultura e colorazione di Gram della secrezione (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Guidata dai risultati della colorazione di Gram e della cultura Esame clinico dovrebbe essere usato per iniziare una terapia empirica 	<ul style="list-style-type: none"> Ogni 5 o 7 gg fino alla risoluzione
Dermatite atopica	Qualunque (A:II)	<ul style="list-style-type: none"> Storia di triade atopica: dermatiti, riniti, asma Sintomatologia tipica (B:II) Fattori scatenanti (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Esame esterno Palpebre 	<ul style="list-style-type: none"> Prurito e modificazioni eritematose della cute periorbitaria (A:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Esame clinico 	<ul style="list-style-type: none"> Corticosteroidi topici (p.e. idrocortisone 0,5% crema) (A:II) Inibitori topici della calcineurina, Elidel (pimecrolimus) e Protopic (tacrolimus) sono controindicati nei pazienti immunosoppressi (B:II) 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazioni periodiche fino alla risoluzione

Tabella 1. Manifestazioni annesse di HIV/AIDS (A:III senza che altro sia indicato)

SLE= esame allampada a fessura, AC= camera anteriore, DOE= esame oftalmoscopico in midriasi, PCR= reazione polimerasica a catena, PO= per os (per bocca), IV= endovena, TTP/HUS= porpora trombotica-trombocitopenica/sindrome uremico-emolitica, HIV= virus dell'immunodeficienza umana, SCH= emorragia sottocongiuntivale, HPV= papilloma virus umano, VA= acuità visiva, MMC= mitomicina C, 5-FU= 5 fluorouracile, FBS= sensazione di corpo estraneo

Tabella 2. Manifestazioni corneali e del segmento anteriore di HIV/AIDS (A:III senza che altro sia indicato)

Patologia		Conta CD4	Anamnesi	Esame	Ritrovamenti chiave	Lavoro diagnostico	Gestione	Follow-up
Cheratocongiuntivite secca		Qualunque (A:II)	Storia tipica Storia di encefalopatia da HIV (B:III) Durata dell'infezione da HIV (B:III)	VA Periorbita (B:III) Ghiandola lacrimale (C:III) Palpebre (A:II) SLE con fluoresceina	Lagoftalmo e ridotto ammiccamento (B:II) Diminuito menisco lacrimale (B:III) Rapido TBUT (A:II) Colorazione interpalpebrale con rosa bengala o fluoresceina (A:II)	Esame clinico Test di Schirmer (A:II) TBUT (B:II) Colorazione con rosa bengala o fluoresceina (A:II)	Lacrime artificiali Lubrificanti a lunga durata Considerare l'occlusione dei puntini lacrimali nei casi resistenti	Come indicato dalla valutazione
Cheratiti virali	VZV	Qualunque (B:II)	Visione ridotta Sintomi oculari Presenza oreciente storia di dermatite da zoster (A:II) Precedente storia di infezione da zoster o herpes (A:II)	VA IOP Periorbita Palpebre/ciglia Sensibilità corneale SLE con fluoresceina DOE con pressione sclerale	Cheratite epiteliale dendritica (A:II) Ridotta sensibilità corneale (A:II) Aumento IOP (B:II) Atrofia iridea (B:II) Si può presentare con una lieve congiuntivite o un'uveite anteriore (B:II) 1/3 sviluppa un coinvolgimento stromale (B:II)	Esame clinico Sensibilità corneale (A:II) Si può confermare con la cultura virale, DFA, PCR (B:II)	Acyclovir 800 mg PO 5 volte=di o 10 mg/kg IV 3 volte al giorno (A:II) Foscarnet IV per i casi resistenti (A:II) Considerare una dose di mantenimento di acyclovir (600 mg PO 3 volte al giorno) (A:II) Infezioni dendritiche possono essere trattate con farmaci antivirali orali (come descritto precedentemente) o topici (trifluridina 1% 9 volte/di) (A:II)	Ogni 1- 7 gg fino alla risoluzione, poi ogni 6 mesi Osservazione per cheratiti stromali e/o neurotrofiche e nevralgia postherpetica (B:III)
	HSV				Cheratite epiteliale dendritica, che può essere più grande nei pazienti HIV+ (A:II) Coinvolgimento limbare (B:II)		Trifluridina topica 1% 9 volte/di o Acyclovir unguento 5 volte/di (A:II) Si può trattare con acyclovir orale da solo(400-800 mg PO 5 volte/di) (A:II) Considerare il debridement della lesione(B:III) Soppressione a lungo termine con acyclovir 400 mg PO 2 volte al giorno per 1 anno (A:I)	Ogni 1- 7 gg fino alla risoluzione HSV sembra recidivare più frequentemente nei pazienti con HIV/AIDS (A:II)
Cheratiti fungine o batteriche	Gonorrea	Qualunque (B:II)	Visione ridotta Secrezione Momento dell'inizio dei sintomi (B:III)	VA SLE con fluoresceina DOE (C:III)	Difetto epiteliale con infiltrato stromale (A:II) Tende a essere più severae bilaterale nei pazienti HIV+ (A:II)	Esame clinico Cultura e colorazione di gram (A:II)	Guidata dai risultati culturali (B:II) Trattamento aggressivo con antibiotici topici fortificati e/o farmaci antifungini (A:II)	Follow-up giornaliero fino ad un miglioramento sostanziale Alto rischio di perforazione corneale (A:II)
	Sifilide							
	Tuberculosi							
	Criptococco							

Cheratiti microsporidiali	< 100 cell/ μ l (A:II)	Visione ridotta Sintomi oculari - FBS, irritazione, fotofobia	VA SLE con fluoresceina	Cheratopatia puntata epiteliale (A:II) Lieve congiuntivite papillare (A:II) Lieve infiammazione in AC (A:II)	Scraping o biopsia delle lesioni sospette corneal o congiuntivali (A:II) Colorazione di Giemsa (A:II)	Ricostituzione dell'immunità (A:II) Opzioni terapeutiche dirette includono: isetionato propamide topico, fumagillina topica, albendazolo orale, itraconazolo orale (A:II) Considerare il debulking (B:III)	Valutazioni periodiche fino alla risoluzione
Cheratopatia a vortice (Fosfolipidosi)	Qualunque (B:II)	FBS Anamnesi farmacologica (p.e. amiodarone, cloroquina, clorpromazina, ganciclovir, acyclovir) (A:II)	VA SLE	Caratteristico pattern a spirale di depositi corneal subepiteliali grigio-bianchi (A:II)	Anamnesi ed esame clinico	Ridurre o sospendere i farmaci dannosi, se possibile (A:II)	Le lesioni si risolvono lentamente
Uveiti farmaco-associate Cidofovir Rifabutin Terbinafina	Qualunque (A:II)	Visione ridotta Anamnesi farmacologica, includendo i dosaggi giornalieri (A:II) Stato immunitario (B:III) Durata dell' HAART (B:III) Storia di retinite da CMV (A:II)	VA SLE IOP (B:III) DOE (B:III)	Infiammazione in AC (A:II) Ipopion associato alla Rifabutin (A:II)	Anamnesi ed esame clinico	Corticosteroidi topici con o senza la riduzione della dose del farmaco dannoso (A:II) Solitamente non è necessario sospendere il farmaco dannoso (B:III) Farmaci midriatici	Periodiche valutazioni ogni 1-2 settimane fino alla risoluzione
<p>HIV = virus dell'immunodeficienza umana, VA = acuità visiva, SLE = esame alla lampada a fessura, TBUT = breakup time del film lacrimale, VZV = virus varicella zoster, HSV = virus herpes zoster, IOP = pressione intraoculare, DOE = esame oftalmoscopico in midriasi, DFA = anticorpi fluorescenti diretti, PCR = reazione polimerasica a catena, PO = per os (per bocca), IV = endovena, AIDS = sindrome dell'immunodeficienza acquisita, FBS = sensazione di corpo estraneo, AC = camera anteriore, HAART = terapia antiretrovirale altamente attiva, CMV = citomegalovirus</p>							

Tabella 3. Manifestazioni posteriori di HIV/AIDS (A:III senza che altro sia indicato)							
Patologia	Conta CD4	Anamnesi	Esami	Dati fondamentali	Lavoro diagnostico	Gestione	Controlli
Retinopatia HIV	< 50 cell/ μ l (A:II)	Sintomi visivi e oculari (tipicamente asintomatico) (B:III)	VA BM (B:III) DOE (A:II)	Modificazioni microvascolari congiuntivali (B:II) CWS (A:II) IRH (A:II) MAs (A:II) Ischemia retinica (A:II) CME (A:II)	Diagnosi clinica	Migliorare lo stato immunitario con HAART (A:II) Vagliare altre infezioni/malattie Considerare i corticosteroidi (B:III) o il laser focale (A:II) per l'edema maculare	Le lesioni si risolvono spontaneamente in settimane o mesi (A:II) DOE ogni 3 mesi per conta CD4 counts persistentemente < 50 cell/ μ l (A:II)
Retinite CMV	< 50 cell/ μ l (A:II)	Durata dell' AIDS (A:II) Storia di infezione sistemica da CMV (A:II) Sintomi oculari che includono visione offuscata, graduale perdita del campo visivo, fotopsia e miodesopsia (A:II)	VA (A:II) SLE (B:II) DOE (A:II)	Assottigliamento geografico e opacizzazione della retina (A:II) Lieve infiammazione in camera anteriore nel vitreo (B:II) Depositi endoteliali caratteristici lineari o stellati (B:II) 3 tipi principali: retiniti granulari con lesioni satellite, retiniti emorragiche con edema cospicuo, o retiniti perivascolari (A:II)	Primariamente una diagnosi clinica Conta CD4 (A:II) Escludere sifilide o altre cause di retinite (A:II) Considerare la biopsia del vitreo nei casi che si modificano	Migliorare lo stato immunitario, benchè si debba considerare un ritardo della HAART nei pazienti HAART-naive, fino a che la retinite non sia migliorata allo scopo di ridurre il rischio di IRU (A:II) Trattamento immediato se ci si aspetta una persistente immunosoppressione (A:II) Induzione seguita dal mantenimento (A:II) Ganciclovir: IV (5 mg/kg ogni 12 ore per 3 settimane, poi 5 mg/kg/dì) (A:I); IO (2-2.5mg/0.1ml 2 volte alla settimana fino all'inattività) (A:I); impianti intraoculari (A:I), combinare con farmaci anti-CMV orali per una copertura sistemica (A:II) Foscarnet: IV (60 mg/kg ogni 8 ore o 90 mg/kg ogni 12 ore per 14 gg, poi 90- 120 mg/kg/dì) (A:I); IO (1.2 mg/0.05 ml) (A:I) Valganciclovir: PO (900 mg 2 volte al giorno per 2 settimane, poi 900 mg giornalmente). Monitorare la leucopenia (A:II)	CMV non può essere eliminato dall'occhio (A:II); l'educazione del paziente per le recidive è cruciale Rivalutare i pazienti ogni mese durante il trattamento con i farmaci anti-CMV (A:II) Aumentare gli intervalli tra le visite quando: il numero di CD4 è elevato, i farmaci anti-CMV sono sospesi e quando la malattia rimane inattiva in un quadro di recupero immunitario (A:II) Programmare periodiche fotografie del fondo oculare (B:II) Trattare le recidive con la reinduzione della stessa terapia, a meno che non sia controindicata a causa degli effetti collaterali o della resistenza (A:II) Si può sospendere la terapia di mantenimento nei pazienti senza retinite da CMV attiva e almeno 6 mesi di conta CD4 sopra 150 cell/ μ l (A:II)
Toxoplasmosi	< 200 cell/ μ l (A:II)	Sintomi visivi (A:II) Esposizione a carne non cotta o gatti (A:II)	VA (A:II) IOP (B:II) BM (C:II) DOE (A:II)	Infiammazione da lieve a grave in camera anteriore e nel vitreo (B:II) Retinocoroidite con una relativa mancanza di emorragie retiniche (A:II) Margine di progressione lineare senza lesioni satellite (B:II) Una rara causa di uveite anteriore isolata (C:II)	Diagnosi clinica IgM/IgG Anti- <i>Toxoplasma</i> (A:II) PCR dell'acqueo nei casi non chiari (B:II)	Trimetoprim/sulfametossazolo (800/160) 500 mg PO 2 volte al giorno per 4- 6 settimane (A:II) Primetamina and sulfametossazolo per 4 -6 settimane (eventualmente in combinazione con azitromicina) (B:II) Clindamicina (300 mg PO ogni 6 ore) per 3 o più settimane (B:II) Atovaquone (750 mg PO per 4/dì) per 3 mesi (B:II)	Inizialmente ogni 3-5 gg poi come indicato dalla valutazione Mantenere la terapia con almeno un farmaco è raccomandato per tutti i pazienti con una persistente grave immunodeficienza

Tabella 3. Manifestazioni posteriori di HIV/AIDS (A:III senza che altro sia indicato)							
Patologia	Conta CD4	Anamnesi	Esami	Dati fondamentali	Lavoro diagnostico	Gestione	Controlli
Tuberculosi	< 200 cell/μl (A:II)	Sintomi visivi (A:II) Storia di infezione da <i>M. Tuberculosis</i> , complicanze sistemiche, o esposizione (A:II)	VA Valutazione esterna (B:III) BM (B:III) IOP (B:III) DOE (A:II)	Vitreiti (A:II) Tubercoli coroideali e tuberculomas (A:II) Valutare distacchi retinici essudativi (B:II) Perifлебити retiniche (A:II)	Diagnosi presuntiva combinata con test cutaneo PPD e CXR (A:II) Considerare IGRA (p.e. QuantiFERON®-TB Gold; T.SPOT-TB®) (B:II) FA, ICG, e OCT quando indicato (vedi testo) (B:III)	Trattamento sistemico con rifampicina (500 mg/dì per peso > 50 kg e 600 mg/dì for peso < 50 kg), isoniazide (5 mg/kg/dì), pirimetamina (25 - 30 mg/kg/dì, e etambutolo (15 mg/kg/dì) per 2 mesi poi rifampicina e isoniazide per altri 4-7 mesi (A:II) prednisone PO (1 mg/kg/dì), riduzione progressiva in base alla risposta clinica (A:II) Ricostituzione immunitaria (A:II) Coinvolgere un infettivologo	Monitorare tutti i pazienti per tossicità farmacologica(A:II) Esaminare I pazienti ogni mese fino ad un significativo miglioramento
Sifilide	Spesso < 200 cell/μl, ma può variare (A:II)	Sintomi visivi (A:II) Anamnesi sessuale (B:II)	VA (A:II) IOP (B:II) BM (B:II) DOE (A:II)	Iridociclite o infiammazione diffusa (A:II) Retinite necrotizzante (A:II) Placche sottoretiniche (B:II) Papilliti, neuritis ottiche, o neuroretiniti (A:II)	RPR o VDRL (A:II) FTA-ABS o MH-ATP (A:II) Considerare sifilide sieronegativa (B:II) valutazione CSF (A:II)	Trattare come neurosifilide (A:II) coinvolgere uno specialista in malattie infettive Penicillina G IV, 18- 24 milioni di unità per 14 gg (A:II)	Periodici livelli di anticorpi sierici e CSF - ogni mese per 3 mesi, poi ogni 6 mesi fino a che la conta CSF si normalizza e CSF VDRL diventa non reattiva (A:III) Terapia di mantenimento non è raccomandata (B:II) Monitorare i pazienti per la reazione Jarish-Herxheimer (A:II)
Retinite erpetica necrotizzante non-CMV	PORN: < 50 cell/μl (A:II) ARN: > 50cell/μl (A:II)	Storia di HZO o dermatiti (A:II) Storia di encefalite erpetica (B:II) Sintomi visivi (dolore, perdita visiva, nuove miodesopsie o scotomi) (A:II)	VA (A:II) IOP (B:III) BM (B:III) DOE (A:II)	Imbiancamento retinico con emorragie occasionali (A:II) Multiple ampie confluenti aree di retinite (A:II) Rapida progressione (A:II) Prominente (ARN) o minima (PORN) infiammazione vitreale (B:II)	Diagnosi clinica Biopsia dell'acqueo o del vitreo per analisi PCR basale possono aiutare nella diagnosi (B:II) Segnare la localizzazione e l'estensione della retina coinvolta	Induzione con acyclovie endovena ad alte dosi (15 mg/kg ogni 8 ore) (A:II) Ganciclovir intraoculare (2-2.5mg/0.1ml 2 volte a settimana) o foscarnet (1.2 mg/0.05ml) come indicato (A:II) Mantenimento con valaciclovir orale a lungo termine può essere preso in considerazione (B:II) Pazienti che ricevono alte dosi di valaciclovir dovrebbero essere monitorati per TTP/HUS (A:II) Pazienti che ricevono valganciclovir dovrebbero essere monitorati per leucopenia (A:II)	Può progredire rapidamente (A:II) Giornalmente fino a un significativo miglioramento, poi settimanalmente
Uveite da recupero immunitario	>100 cell/μl o 50 cell/μl in aumento (A:II)	Storia/ estensione della retinite da CMV (A:II) Storia di uso di cidofovir (B:II)	VA (A:II) IOP (B:II) BM (A:II) DOE (A:II)	Panuveiti con predominante coinvolgimento vitreale (A:II) Può essere complicate da TRD, RNV, formazione di ERM, o CME (A:II)	Diagnosi basata sulla storia e sull' esame clinico Considerare FA per riconoscere un CME (B:III)	Corticosteroidi topici, perioculari o intraoculari (A:II) PPV per VMTS, ERM, cataratta, PVR (A:II)	Settimanalmente fino alla risoluzione

Tabella 3. Manifestazioni posteriori di HIV/AIDS (A:III senza che altro sia indicato)							
Patologia	Conta CD4	Anamnesi	Esami	Dati fondamentali	Lavoro diagnostico	Gestione	Controlli
Coroiditi <i>Pneumocystis</i>	< 200 cell/ μ l (A:II)	Storia di utilizzo di penta midia aerosolizzata (A:II)	VA (A:II) BM (C:III) DOE OU (A:II)	Multiple ben demarcate lesion coroidali giallastre al polo posteriore (A:II) Mancanza di iriti, vitreiti o vasculiti (A:II)	Diagnosi clinica Considerare la malattia sistemica includendo CXR, analisi ABG, CT addominale , e test della funzione epatica	TMP-SMX o pentamidine (4 mg/kg/di) (A:II)	Mensilmente fino alla risoluzione - in genere in 1-3 mesi Dopo un regime di induzione IV per 3 settimane, mantenere un trattamento profilattico orale fino al recupero del sistema immunitario (conta CD4 superiore a 200 cell/ μ l) (A:II)
<i>Cryptococcus</i>	< 50 cell/ μ l (A:II)	Sintomi visivi includono perdita della visione, diplopia, e nuovi scotomi (A:II) Cefalea/ meningismo (A:II)	VA BM (B:II) EOM (A:II) DOE (A:II)	Segni e sintomi di infezione del sistema nervosa centrale (A:II) Papilledema (A:II) Neurite ottica retrobulbare (B:II) Coroidite multifocale (A:II) Altri ritrovamenti possono includere iriti, masse iridee, vitreite, retinite necrotizzante, vitritis, necrotizing retinitis, masse palpebrali o congiuntivali (B:II)	Diagnosi clinica Sintomi del CNS - pensare a meningitis criptococciche (A:II) Lesioni cutanee - biopsia (B:II)	Coroiditi isolate: Fluconazolo IV, 400 mg/di e flucitosina IV, 100-150 mg/kg/di per 10 settimane (A:II) Associate a meningiti: Amfotericina B IV, 0.7-1 mg/kg/di e flucitosina IV 100 mg/kg/di per 2 settimane seguite da Fluconazolo IV per almeno 10 settimane (A:II)	Settimanalmente fino alla risoluzione
Retiniti HIV-associate	> 120 cell/ μ l (A:II)	Sintomi visivi (A:II)	VA IOP (C:II) BM (C:III) DOE (A:II)	Retiniti periferiche multifocali (A:II) Vasculiti retiniche (A:II) Lieve infiammazione del vitreo (B:II) Mancanza di emorragie retiniche (B:II) Lenta progressione (B:II)	Diagnosi clinica Considerare altre patologie, particolarmente la sifilide (A:II)	Terapia antiretrovirale dovrebbe portare alla regressione (A:II)	Settimanalmente fino alla risoluzione
Linfoma intraoculare	< 500 cell/ μ l (A:II)	miodesopsie (A:II) Riduzione del visus (A:II)	VA (A:II) DOE (A:II)	Retinite necrotizzante (A:II) Vasculite retinica (B:II) Masse sottoretiniche (A:II) Vitreiti (A:II) Coroidite multifocali (A:II) Scarsa risposta al trattamento (A:II) Sintomi del CNS (A:II)	Diagnosticare e trattare il processo infettivo (A:II) Paracentesi della camera anteriore per ricerca IL-10 (B:II) Biopsia del vitreo con esame citologico (A:II) Considerare la biopsia retinica MRI per un linfoma del CNS (A:II)	Radiazione e chemioterapia (A:II) Coinvolgere un Oncologo Ricostituzione immunitaria (B:II)	DOE mensilmente Scarsa prognosi (A:II)

Tabella 3. Manifestazioni posteriori di HIV/AIDS (A:III senza che altro sia indicato)							
Patologia	Conta CD4	Anamnesi	Esami	Dati fondamentali	Lavoro diagnostico	Gestione	Controlli
Distacco retinico	N/A	Storia/ estensione di retinite necrotizzante (A:II) Storia di trauma (B:II) Storia di miopia (B:II)	VA (A:II) BM (B:II) DOE (A:II)	Distacco retinico regmatogeno (A:II) Fori o microfori in aree di atrofia retinica o retinite croica (A:II) Notare l'estensione del distacco, numero, dimensione, e localizzazione dei fori retinici, e il coinvolgimento della macula (A:II)	Diagnosi clinica Ecografia B-scan se la visualizzazione è scarsa	PPV tamponando con olio di silicone alungo termine e with long-term silicone oil tamponade and cerchiaggio sclerale (A:II)	Follow-up post-operatorio di routine Come richiesto dalle altre alterazioni
<p>HIV = virus dell'immunodeficienza umana, VA = acuità visiva, BM = esame alla lampada a fessura, DOE = esame oftalmoscopico in midriasi, CWS = spots cotonosi, IRH = emorragie intraretiniche, MA = microaneurismi, CME = edema maculare cistoide, HAART = terapia antiretrovirale altamente attiva, CMV = citomegalovirus, AIDS = sindrome dell'immunodeficienza acquisita, KP = precipitate cheratici, IRU = Uveiti da recupero immunitario, IV = endovena, IO = intraoculare, PO = per os (per bocca), IOP = pressione intraoculare, AC = camera anteriore, PCR = reazione polimerasica a catena, IOP = pressione intraoculare, PPD = derivato proteico purificato, CXR = raggi X del torace, IGRA = Interferone-gamma release assay, FA = angiografia con fluoresceina, ICG = angiografia al verde di indocianina, OCT = tomografia a coerenza ottica, RPR = reagine rapide del plasma, VDRL = ricerca di laboratorio delle malattie veneree, FTA-Abs = assorbimento dell'anticorpo del treponema fluorescente, MHA-TP = microemoagulazione-Treponema pallidum, CSF = liquido cerebrospinale, PORN = necrosi retinica esterna progressiva, ARN = necrosi retinica acuta, HZO = herpes zoster oftalmico, TTP/HUS = porpora trombotica trombocitopenica /sindrome uremica emolitica, TRD = distacco retinico trazionale, RNV = neovascolarizzazione retinica, ERM = membrana epiretinica, CME = edema maculare cistoide, FA = angiografia con fluoresceina, PPV = vitrectomia via pars plana, VMTS = sindrome da trazione vitreo maculare, PVR = vitreo retinopatia proliferativa, OU = oculus uterque (entrambi gli occhi), CXR = Raggi X del torace, ABG= gasanalisi del sangue arteriosa, CT = tomografia computerizzata, TMP-SMX = trimetoprim sulfametoxazolo, EOM = motilità extraoculare, CNS = sistema nervoso centrale, MRI = immagini di risonanza magnetica, N/A = non applicabile</p>							

LEGENDA

HIV: Virus dell'immunosoppressione umana

AV: Acuità visiva

BM: Biomicroscopia