



# XLIX CONGRESSO REGIONALE S.O.Si.

**PRESIDENTE: PROF. PASQUALE ARAGONA**

**10-12 APRILE 2025**

**UNAHOTELS - NAXOS BEACH SICILIA (ME)**

**NEURITE OTTICA MONOLATERALE:  
E' SEMPRE FACILE LA DIAGNOSI?**

Olga Leone, Gianfranco Cuttitta, Prof.ssa Maria Vadalà,  
Prof.ssa Vincenza Maria Elena Bonfiglio

# CASO CLINICO:

Donna, 52 anni.

Giunge alla nostra attenzione per riferito improvviso scotoma centrale in OD.

APR: forte fumatrice, pregresso k tiroideo.

APO: OO ipermetropia, nega patologie oculari pregresse.

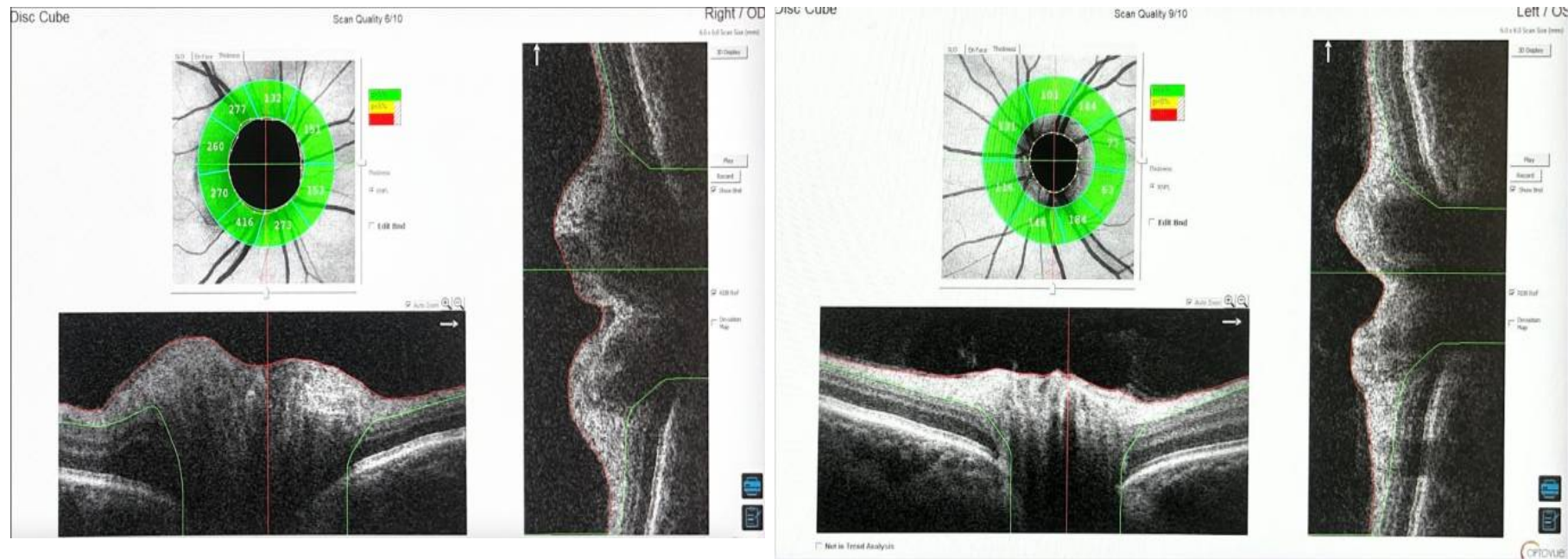
OD: v.c. (con sf:+6.00) 3/10 n.m., t. 15 mmHg (s), bulbo e SA in quiete, Ishihara non attendibile

OS: v.c. 10/10 con sf:+6.50, t. 15 mmHg (s), bulbo e SA in quiete, Ishihara negativo

FOOD: edema della papilla, pieghe coroideali al polo posteriore, schisi retinica in periferia nasale

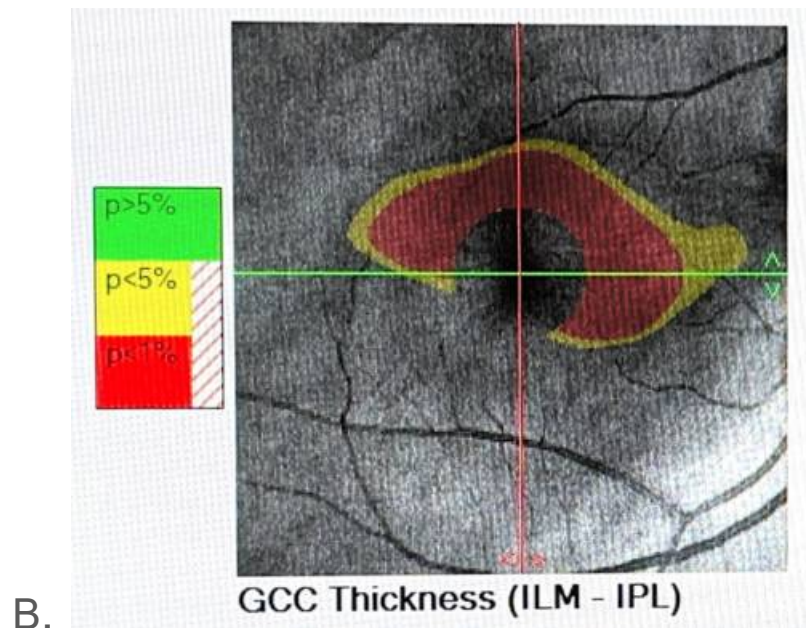
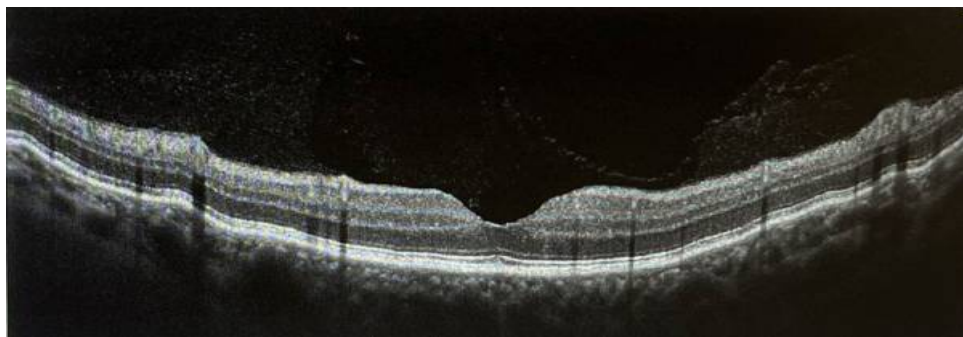
FOOS: papilla apparentemente rilevata, pieghe coroideali al polo posteriore, piccola schisi in periferia nasale

# INDAGINI STRUMENTALI



OCT RNFL al baseline: OD *aumento dello spessore delle fibre peripapillari su tutti i quadranti*

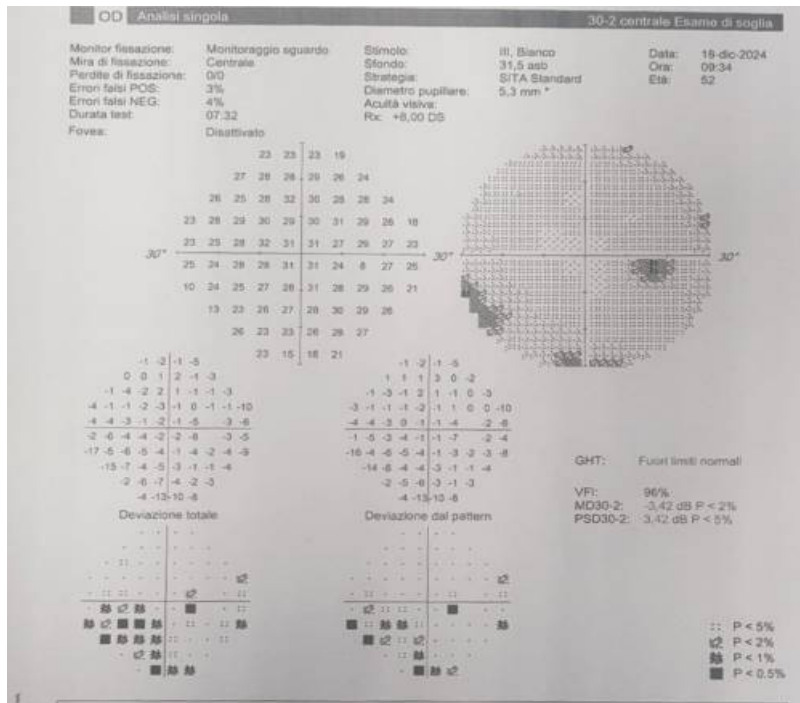
# INDAGINI STRUMENTALI



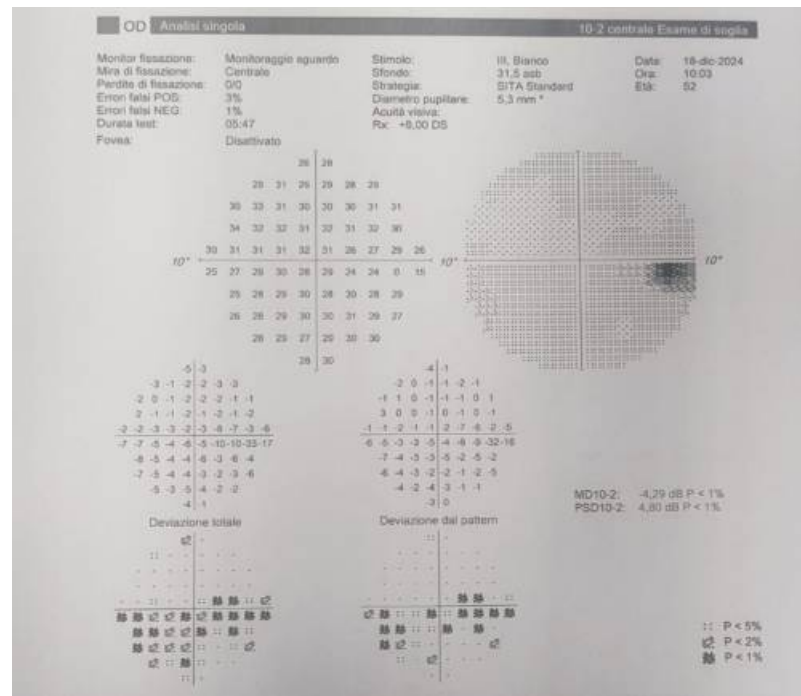
*A: OCT radial lines; B: deviation MAP;*



# INDAGINI STRUMENTALI



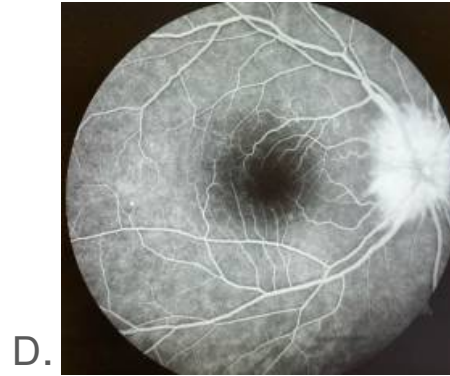
H.



I.

Perimetria: H) Model test 30-2; I) Model test 10-2.

# INDAGINI STRUMENTALI



FAG: C) Foto fundus; D) fase precoce; E) fase artero-venosa precoce; F) fase tardiva.

# WORK UP DIAGNOSTICO

Ricoverata presso la nostra U.O.C. si richiede:

- TAC encefalo;
- RM orbita, encefalo, tronco encefalico e midollo spinale (STIR, FLAIR);

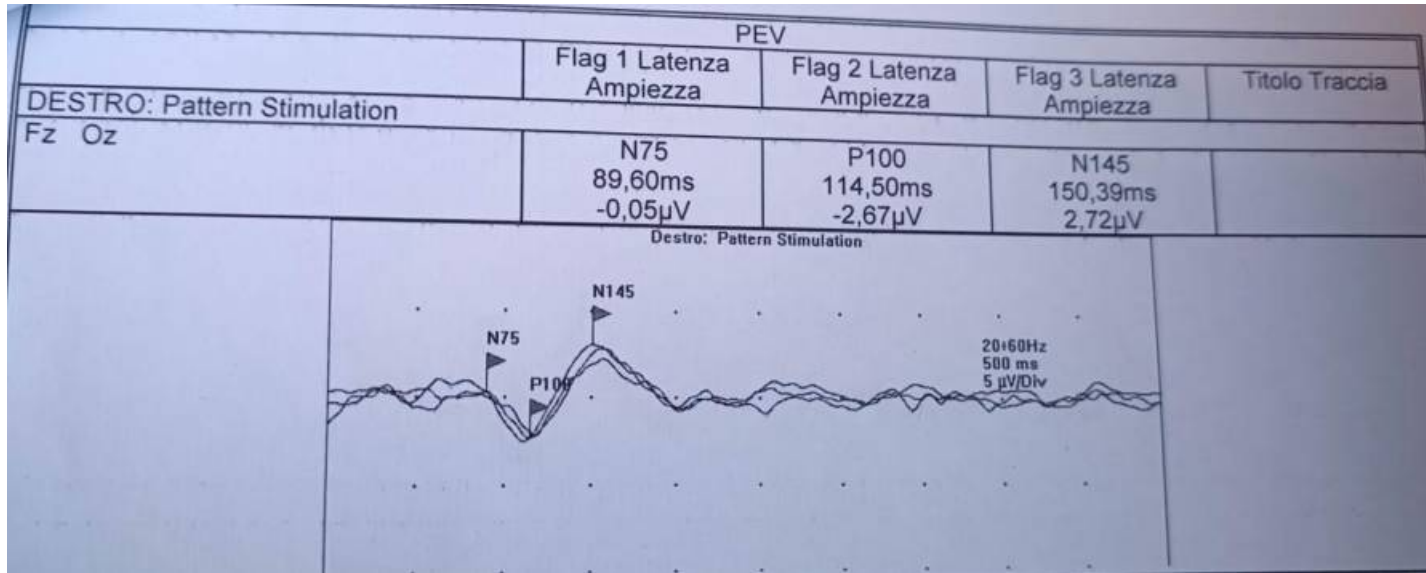
Successivo ricovero presso l'U.O.C. di Neurologia dove si esegue:

- PEV;
- Esami ematochimici e batteria autoanticorpale (IgG anti- ACQ4, - MPO, - GFAP);
- 3 boli di Metilprednisolone (1 g ev/24h) cui non segue una risposta clinica;

Previa consulenza reumatologica:

- Batteria autoanticorpale (LAC, anti-MPO, anti-PR3, anti- gpP2, ACE);

# WORK UP DIAGNOSTICO

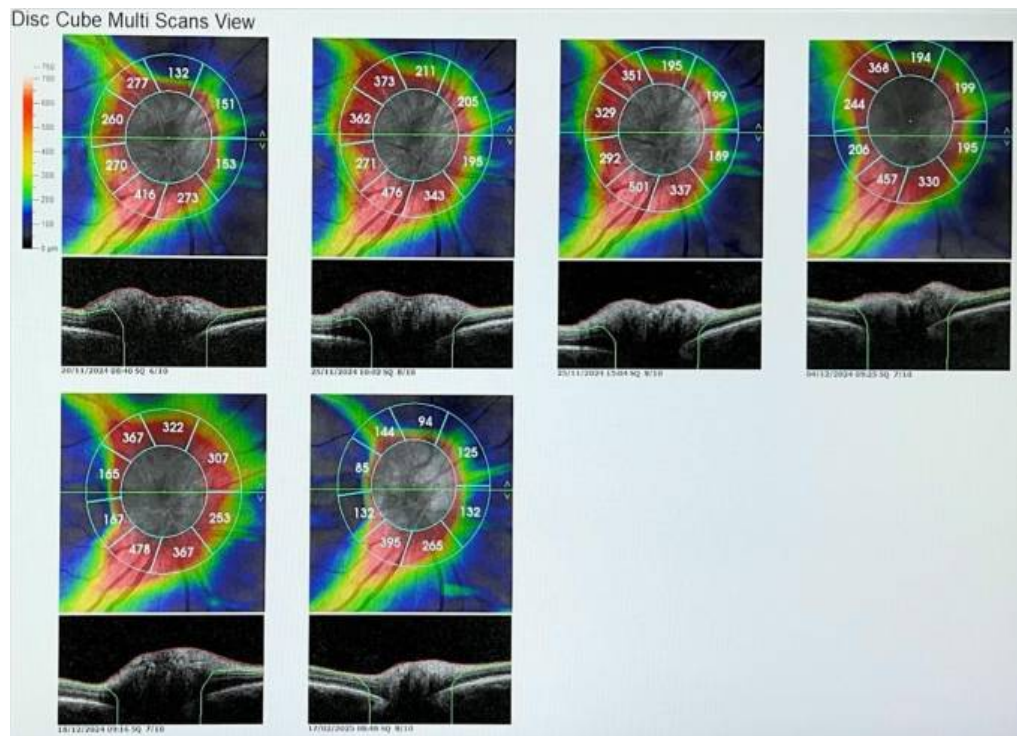




## FOLLOW UP:

A 1, 3 e 5 mesi dall'esordio  
si assiste alla persistenza  
dell'edema papillare.

Nessun miglioramento dell'obiettività  
clinica correlata.



# LE NEURITI OTTICHE ATIPICHE

Forme infiammatorie demielinizzanti:

*NMOSD (NeuroMyelitis Optica Spectrum Disease)*

- (IgG anti- AQP4 degli astrociti +);
- (IgG anti- MOG glicoproteina degli oligodendrociti +);
- (IgG anti- GFAP associata);
- Sieronegative;

Forme infiammatorie non demielinizzanti:

- Neuriti ottiche associate a patologie autoimmunitarie sistemiche (Sjogren, LES);
- Neuriti ottiche associate a patologie granulomatose sistemiche (Sarcoidosi, Wegner);
- Neuriti ottiche secondarie a malattie infettive (virali, batteriche, micotiche, parassitarie);
- Paraneoplastiche;

## ***Take home message***

*L'edema della papilla ottica può rappresentare un'entità clinica di difficile interpretazione ed, escluse le cause di più frequente riscontro (AION, otticopatia compressiva), le neuriti ottiche atipiche dovrebbero essere prese in considerazione tenendo a mente che:*

- *I deficit campimetrici esulano dal classico scotoma centrale/centro-cecale;*
- *L'età d'esordio può essere variabile;*
- *La negatività agli anticorpi ad oggi noti non esclude la diagnosi;*

***Grazie per l'attenzione!***