

Cheratocono e LAC: cosa bisogna sapere

(A. Manganotti)

*Dal CAPITOLO 9 de "IL CHERATOCONO" Fabiano Ed. (Relazione Ufficiale SOI 2004)
AGGIORNAMENTO 2011*

1. luci e ombre sulla correzione a contatto.

Solo una quota modesta dei pazienti affetti da cheratocono vanno incontro a cheratoplastica. E' altrettanto vero che sono pochi quelli che ricorrono esclusivamente alla correzione temporale con soddisfazione (almeno fra quelli in cui viene fatta diagnosi). La restante parte pazienti porta, spesso in modo "accanito", le lenti a contatto. La recente introduzione del cross-linking corneale ridurrà ancora di più il numero dei pazienti che finiscono alla cheratoplastica.

Sappiamo come le LAC rappresentino molto spesso l'unico mezzo correttivo efficace. La soddisfazione funzionale, ottenibile anche con applicazioni non corrette, fa sì che molti soggetti vengono seguiti troppo spesso da applicatori con competenza insufficiente.

L'applicazione non corretta (soprattutto quando è a LAC è piatta), l'accanimento all'uso, la progressione del difetto (che rende una LAC piatta ne non sostituita a tempo debito) e talora anche la scarsa compliance del paziente, determinano la principale complicanza a cui incorre il paziente con cheratocono che porta lenti rigide: **la fibrosi apicale!**

Essa dipende da ripetuti meccanismi microtraumatici ("scarring" secondo gli autori anglosassoni), legati all'eccessivo appoggio apicale di una lente rigida a cui consegue la liberazione di collagenasi che innescano un fenomeno produttivo fibrotico. Il cheratocono evolve quindi verso una forma "cicatrizziale" e ciò avviene a qualsiasi stadio della malattia.

La fibrosi apicale è sicuramente la principale causa di ridotta tollerabilità all'uso di LAC, del progressivo calo del visus e della conseguente indicazione chirurgica della malattia. Quanti cheratoconi bilaterali trapiantati magari molti anni fa per la presenza di opacità centrali in un occhio, nella realtà non hanno mai avuto una significativa evoluzione ectasica nel secondo occhio?

Un buon specialista è in grado spesso di distinguere le opacità corneali apicali dovute all'uso di LAC da quelle tipiche della progressione agli ultimi stadi della malattia.

L'evento cicatrizziale ha indotto molti chirurghi a considerare le LAC come un fattore di rischio di "peggioramento" della malattia.

2. Le nuove filosofie applicative:

Per evitare la fibrosi apicale da LAC rigide legata a meccanismi microtraumatici sull'apice del cono, negli ultimi anni si sono evolute molte nuove tecniche e sono fiorite vere e proprie nuove filosofie applicative.

Purtroppo a tutt'oggi coloro che beneficiano di queste tecniche sono ancora la minoranza dei pazienti con cheratocono che adoperano le LAC. La conoscenza di queste tecniche per una informazione adeguata del paziente, rappresenta quindi un fondamentale bagaglio dell'oculista.

Già da alcuni decenni, dalle prime esperienze dello **studio CLEK** (Contact Lens Evaluation in Keratoconus) si evidenziava che il creare uno spazio fra lente e cornea ("clearance" corneale apicale o TLT: tears layer thickness) diminuisce notevolmente i fenomeni di "scarring". Alla luce di queste evidenze, per salvaguardare l'apice del

cheratocono, sono state proposte varie tecniche applicative definite **“a risparmio apicale”** che qui riportiamo:

- lenti rigide gas-permeabili custom-made a massima corneoconformità apicale o con clearance centrale,
- lenti a contatto gemellate (morbida e rigida sovrapposte) e
- lenti morbide a correzione aberometrica
- lenti a contatto spessorate.
- lenti a contatto miste (morbide e rigide),

Questo nuovo trend si muove in maniera un po' diversa rispetto ai tradizionali concetti applicativi di LAC rigide che vedono la scelta della lente su misura (tetracurva o asferiche), con un certo appoggio apicale sul cono, sia pur lieve, mantenendo l'appoggio prevalente sull'area paracentrale della cornea.

Per saperne di più si possono consultare i documenti del sito di questo paragrafo. Si consiglia inoltre di leggere l'articolo: **Lenti a contatto RGP “custom-made” con link topografico a “risparmio apicale” nel cheratocono. Nostra esperienza e confronto con lenti tradizionali.** (*vedi: Confronto fra LAC Calco e tradizionali*)

3. il ruolo terapeutico delle LAC rigide gas-permeabili nel cheratocono.

Ovviamente le ectasie a franca evoluzione, hanno una prognosi segnata e il microtraumatismo dell'apice fa precipitare il cheratocono verso la forma cicatriziale. Alcuni applicatori si muovono controcorrente e, grazie a delle LAC rigide a geometria inversa (LAC ortocheratologiche da cheratocono) sostengono che si può ridurre il grado dell'ectasia. Crediamo di poter interpretare l'opinione della stragrande maggioranza degli esperti del settore, affermando che tale aspettativa sia ben lungi dall'essere dimostrata.

D'altro canto nel bagaglio d'esperienza di ciascuno, vi è sicuramente un certo numero di casi dove, una volta applicata una LAC in modo corretto, si è visto una significativa riduzione della progressione dell'ectasia. Per questo teorico “rallentamento” però le valutazioni (generalmente topografiche) sono inficiate da un gran numero di variabili prima fra tutte il tempo di sospensione delle LAC per l'esame.

Comunque sappiamo che una LAC è sicuramente in grado di modificare un profilo corneale, volutamente, come accade nell'ortocheratologia refrattiva moderna e nel “molding corneale” (applicato, quest'ultimo, soprattutto in caso di sfiancamento ectasico secondario ad una cicatrice corneale traumatica o chirurgica fotoablativa o incisionale) oppure non volutamente, come accade nel warpage cronicizzato.

Chi ci impedisce allora di pensare che una buona LAC rigida, applicata con un fitting ideale che eviti microtraumatismi, non possa avere almeno una valenza “contenitiva”?

In qualsiasi caso l'introduzione del cross-linking corneale ha notevolmente modificato la prospettiva evolutiva della malattia. Spetta agli oculisti, con una attenta valutazione dell'applicazione delle LAC. Ed evitare che la malattia viri verso al fibrosi apicale solo per una non corretta applicazione delle LAC.