

# Se l'allergia riduce la tollerabilità delle Lac

La collaborazione tra ottico optometrista e oculista può cambiare radicalmente la prognosi dei disturbi allergici della congiuntiva. Permettendo al paziente di portare ancora le lenti

**di Alberto Manganotti\***

\*Oculista, appartenente alla Società Italiana di Contattologia Medica (S.I.Co.M), [www.manganottioculista.it](http://www.manganottioculista.it)

**L**e moderate forme allergiche croniche della congiuntiva, che talora non vengono riconosciute, rappresentano una delle cause più frequenti di riduzione della tollerabilità all'uso delle lenti a contatto. Saperle riconoscere precocemente instaurando degli adeguati provvedimenti terapeutici, può evitare abbandono dell'uso delle lenti stesse. La collaborazione fra ottico e oculista in questi casi può drasticamente cambiare la prognosi.

## 1. L'intolleranza di origine allergica: quando sospettarla, quali i sintomi e i segni precoci

Le congiuntiviti allergiche si possono dividere in acute (atopiche) e croniche (primaverile, giganto-papillare). Nei portatori di lenti a contatto (LAC) possono essere presenti tutte le forme e molto frequentemente la reazione allergica è anche legata, all'uso stesso delle LAC.

La vera forma allergica totalmente causata dall'uso delle lenti a contatto è la congiuntivite giganto-papillare da LAC (CoGP).

Questa affezione, legata ad una complessa reazione immunitaria mista (tipo immediato e tipo cellulo-mediata), ed è la stessa che si riscontra anche in presenza di protesi oculari o fili di sutura esposti sulla superficie oculare. La CoGP conclamata è oggi, in realtà, sempre più rara grazie all'uso di LAC a cambio frequente, ad una sempre più efficace manutenzione e al cambio LAC comunque programmato. Essa è principalmente dovuta alle proteine lacrimali denaturate trattenute dalla lente; può presentarsi quindi con le morbide (con incidenza fino al 5% dei portatori a cambio infrequente), le gas permeabili (1% circa dei portatori) e, molto raramente, con le rigide rovinare per reazione alle proteine depositate nei graffi o nella siglatura.

Le allergie acute sono tipiche di un periodo dell'anno, sono presenti con e senza LAC e sono dominate dal prurito e lacrimazione intensa e spesso associate a rinite e ad altre manifestazioni allergiche. È il paziente stesso a riconoscere i sintomi tipici e la diagnosi è quindi agevole.

Purtroppo molto spesso le congiuntiviti allergiche croniche per lo più di origine mista (da LAC e da altri fattori) sono poco evidenti e talora i sintomi riferiti dal portatore di

LAC vengono considerati quasi "normali disturbi" di un normale portatore. Queste forme rappresentano una importante causa di riduzione di tollerabilità e abbandono dell'uso di LAC.

Accorgersi dei sintomi e dei segni iniziali di una reazione allergica cronica può essere importante per consentire di mantenere elevata la tollerabilità alla LAC e non perdere definitivamente un buon numero di portatori. Talora, come vedremo, semplici provvedimenti possono essere risolutivi nei casi iniziali senza dover ricorrere a trattamenti farmacologici.

Nella tabella 1 sono segnati i sintomi precoci che possono essere ricondotti ad una congiuntivite allergica cronica. Fra questi tipica è la comparsa di secrezione biancastra al mattino (piccole crosticine al canto interno) che deriva da un aumento della componente muco-proteica del film lacrimale. Ad essa consegue la comparsa di altri sintomi come le lenti a contatto che si sporcano, il senso di sabbia o di corpo estraneo e che spesso si associa a secchezza oculare.

La secchezza non deriva da una scarsa produzione della componente acquosa, ma da un aumento di quella muco-proteica

**Tabella: sintomi precoci che possono essere ricondotti ad una congiuntivite allergica cronica**

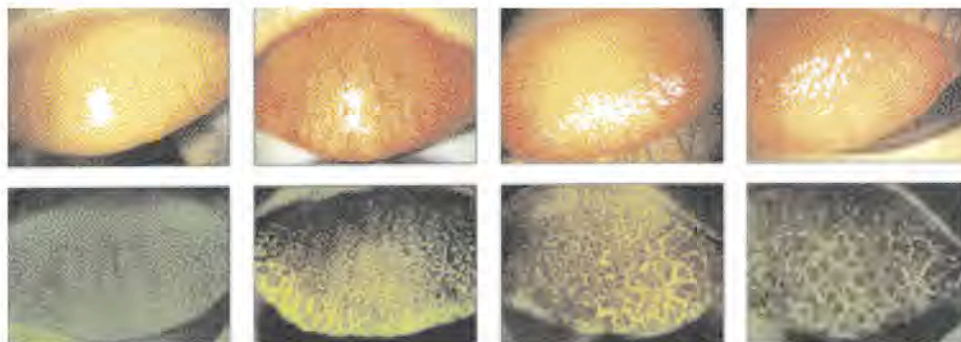
Secrezione (muco) ai canti al mattino
necessità di pulite le LAC
ricorrente senso di sabbia o di corpo estraneo
sensazione della lente, sensazione del bordo
occhio secco al mattino
episodi transitori di intolleranza o ridotta tollerabilità
lente che si sposta in alto con l'ammiccamento
necessità d'uso di sostituti lacrimali con le LAC (ipolacrimia relativa)

(ipolacrimia relativa). In presenza di una lente a contatto, che viene di fatto immersa all'interno di questo liquido, si alterano i fragili equilibri necessari a mantenere funzionalmente utile il film lacrimale stesso, determinando evaporazione del film presente all'esterno della LAC e conseguente disidratazione della stessa, con la comparsa di senso di occhio secco.

I sintomi vanno spesso ricercati con una anamnesi guidata al paziente in quanto talora, se non particolarmente evidenti, vengono considerati dal paziente come una normale condizione d'uso delle LAC.

L'assenza di adeguata profilassi alla congiuntivite allergica cronica, può determinare la graduale perdita di tollerabilità fino al completo abbandono dell'uso delle LAC.

**Segni clinici precoci vanno ricercati con l'eversione della palpebra superiore. Il quadro classico è dominato dall'ipertrofia e infiammazione di tipo papillare della congiuntiva tarsale. Purtroppo i segni obiettivi in fase precoce sono scarsi e aspecifici e le**



papille sono solamente lievemente ipertrofiche. Una lieve ipertrofia papillare talora è presente in soggetti normali non portatori di LAC. Le papille di 0,1-0,2 mm. di diametro, che presentano sempre un grociolo vascolare, non devono essere confuse con i microfollicoli normalmente presenti nel giovane e in alcuni adulti questi soprattutto verso i canti. (Fig 1.)

**U**na attenta classificazione delle papille della congiuntiva tarsale alla visita oculistica preapplicativa sarebbe sempre auspicabile: la comparsa o l'aumento delle papille deve far sospettare la presenza di fenomeni allergici cronici anche in assenza di sintomatologia marcata. Si possono adottare varie metodiche per la classificazione delle papille della tarsale con particolare attenzione all'area centrale (area 1 e 2 della scala di CCLRU, per esempio: Fig. 2)

Nel caso che si sospettino i primi disturbi di

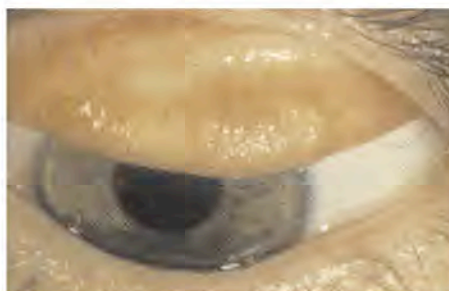


Fig 1: Modesta ipertrofia papillare della congiuntiva tarsale in portatore di LAC morbide. Si notano piccole papille e una scarsa iperemia. Se un quadro simile non era presente prima dell'applicazione delle lenti, si deve sospettare, una reazione di tipo allergico iniziale.

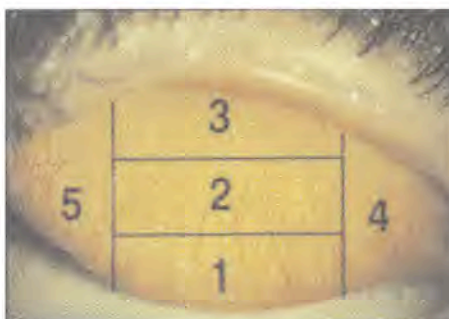


Fig. 2: Una classificazione della congiuntiva tarsale in fase per applicativa, come ad esempio quella della C.C.L.R.U. (Cornea and Contact lens Research Unit, School of Optometry, University of New South Wales), può essere utile per individuare una lieve ipertrofia della papillare e sospettare una iniziale forma allergica.

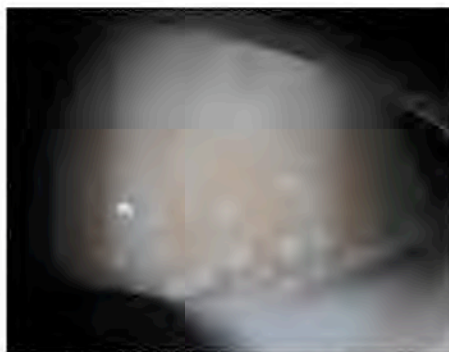


Fig. 3: La presenza di papille grandi, anche se la congiuntiva è scarsamente iperemica, è tipica di un modesto ma persistente stimolo cronico allergico.

una forma allergica, l'Ottico deve prendere alcuni provvedimenti di cui parleremo a seguito e, se la sintomatologia non viene rapidamente dominata, inviare il paziente allo specialista. È buona norma comunque far presente al paziente che deve descrivere l'episodio di ridotta tollerabilità alla visita periodica dall'Oculista.

Se lo stimolo irritativo persiste cronicamente, l'eversione della palpebra evidenzia papille più grandi, talora biancastre per la presenza di molte cellule dell'infiammazione. (fig 3)

I sintomi di secrezione al mattino e prurito aumentano. In genere la tollerabilità diminuisce di poco e il paziente si lamenta solamente delle lenti che si sporcano e, paradossalmente, ha più disturbi quando le toglie.

Quando le papille sono enormi, la tensione palpebrale aumenta e la lente viene dislocata (si sposta in alto). Non è raro che un vecchio portatore, già assuefatto ai disagi della fase iniziale della congiuntivite papillare, giunga alla nostra osservazione solamente perché la lente si sposta in alto nell'occhio.

Vanno considerate giganti, (congiuntivite giganto-papillare), le papille il cui diametro supera un millimetro. Sono più osservabili nella congiuntiva tarsale superiore dove assumono il tipico aspetto poligonale prodotto dalla mutua compressione. In caso di forma conclamata la diagnosi è agevole.

Nelle fasi particolarmente attive, oltre alle papille giganti si trova spesso una marcata iperemia, secrezione, spesso una sofferenza puntata superficiale corneale e depositi proteici sulle LAC. (Fig. 4)

Le forme conclamate di allergia cronica come la forma di congiuntivite a papille giganti o quelle che presentano lesioni infiammatorie della congiuntiva bulbare (flittene e noduli), necessitano di un trattamento farmacologico e sono di esclusiva pertinenza dell'Oculista.

## 2. Come prevenire le forma conclamate: il ruolo dell'Ottico, dell'Oculista e dell'Allergologo

In presenza di modesti disturbi oculari e di una ridotta tollerabilità alla lenti a contatto che possono essere ricondotti ad una fase iniziale di reazione papillare cronica, si possono prendere alcuni provvedimenti che talora possono essere risolutivi.

Se lo stimolo allergico deriva dall'accumulo sulle LAC delle proteine lacrimali e dalla loro denaturazione, ove è possibile, adottare lenti a ricambio giornaliero è talora



risolutivo. Dove non è possibile il cambio giornaliero, l'utilizzo di manutenzione a base di perossido d'idrogeno al 3% e ad un programma di cambio più frequente è spesso altrettanto utile.

Anche le lenti confezionate con materiali a bassa adesività proteica (come le lenti alla fosforilcolina) possono talora essere utili.

Per le lenti a cambio infrequente (comprese le rigide gas-permeabili) oltre a raccomandare una accurata manutenzione, può talora tornare ancora utile una frequente proteolisi enzimatica.

Comunque il cambio deve essere programmato più spesso possibile.

È un errore invece tentare di risolvere il solo sintomo di occhio secco con l'apporto di sostituti lacrimali che, pur agevolando l'uso delle LAC, non risolvono il problema.

Se i sintomi iniziali non regrediscono o se essi recidivano, è assolutamente necessario inviare il paziente dall'Oculista per evitare quadri clinici che possono compromettere definitivamente l'uso delle LAC. Purtroppo questi eventi sono stati, negli ultimi decenni tutt'altro che infrequenti.

Anche la diagnosi dell'Oculista talora non è agevole a causa di possibili altri fattori che possono produrre riduzione di tollerabilità alla LAC con quadri clinici simili (dalle infezioni virali, a quelle da Clamidia, all'acne rosacea).

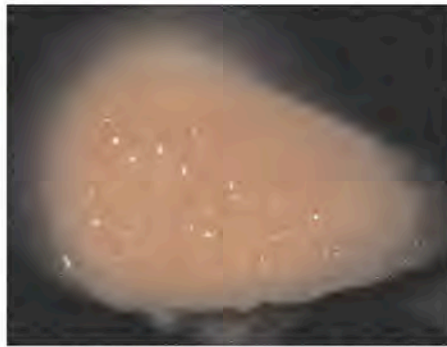
Il trattamento terapeutico della congiuntivite allergica cronica si avvale di molti farmaci locali e generali come gli antistaminici, gli antiallergici antinfiammatori non cortisonici e cortisonici.

Raramente è necessario sospendere l'uso delle LAC per lunghi periodi.

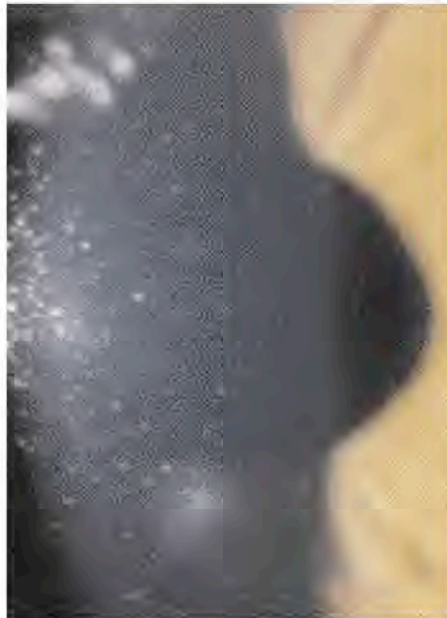
Nelle forme a componente allergica multipla può essere utile anche una visita dall'Allergologo il quale, dove è possibile, intraprenderà un trattamento desensibilizzante.

### 3. Le forme particolari ma non troppo rare.

Una forma diversa dalla congiuntivite papillare da LAC e probabilmente legata a dei fattori reattivi di tipo allergico, è la cosiddetta congiuntivite acuta da liquidi. Essa è caratterizzata da reazione prevalentemente follicolare ai prodotti di disinfezione delle lenti a contatto, ai colliri e ai loro conservanti. La sintomatologia generalmente dura



**Fig. 4:** Una congiuntivite papillare in fase conclamata. In una forma come questa è necessario l'intervento terapeutico con cortisonici.



**Fig. 5:** Infiltrati sottoepiteliali corneali di tipo nummulare (del tutto simili alla infezione da adenovirus) in un caso di reazione tossico-allergica al thimerosal presente in un prodotto di manutenzione delle lenti a contatto.

solo 10-30 minuti dopo applicate le lenti o istillato il collirio ed è spesso dominata dal prurito bruciore e lacrimazione. Cambiando i prodotti di manutenzione o usando colliri monodose o multidose senza conservanti o, infine con conservanti di ultima generazione come i SOC (stabilized oxicrolo complex), spesso si risolve totalmente il problema.

La maggior parte di reazioni ai liquidi di manutenzione delle lenti a contatto e ai colliri e loro conservanti, sono però forme subacute o croniche. Esse vengono inquadrare come delle affezioni su base tossico-allergica e presentano vari quadri clinici.

I segni e sintomi di sofferenza oculare sono per lo più aspecifici e sono più evidenti la prime ore d'uso delle LAC attenuandosi durante la giornata: vengono descritte sensazioni di modesto bruciore, senso di corpo

estraneo, ed episodi di iperlacrimazione. All'esame obiettivo si rileva un'iperemia congiuntivale diffusa, soprattutto dell'area esposta della congiuntiva bulbare (la bulbare sottopalpebrale, la tarsale e i fornici sono spesso in quiete), e un'epiteliopatia puntata superficiale della congiuntiva e della cornea.

Tipiche sono le reazioni a ripetuto contatto con benzalconio cloruro, clorexidina, perossido d'idrogeno e talora anche alle biguanidi. In caso di dubbio si può consigliare un accurato risciacquo con soluzione fisiologica e valutare l'eventuale miglioramento di sintomi.

Il protrarsi di questi stimoli irritativi può determinare la forma conclamata dell'affezione. Essa tende invece a durare per più tempo e persiste anche sospendendo le LAC. L'obiettività è dominata da una marcata sofferenza epiteliale della cornea e della congiuntiva, associata a congiuntivite di tipo follicolare. Il quadro clinico rientra nelle ben conosciute cheratocongiuntiviti tossiche che troviamo, del tutto simili, anche come reazioni ai colliri e ai loro conservanti.

Più raramente i quadri clinici sono meno tipici e la diagnosi differenziale risulta più complessa. Per esempio, gli infiltrati sottoepiteliali corneali di tipo nummulare (del tutto simili alla infezione da adenovirus) oppure una cheratocongiuntivite limbica superiore, si riscontrano anche in corso di tossicosi da thimerosal. (fig. 5)

Anche qui una attenta anamnesi dei disturbi oculari, può già far sospettare la cheratocongiuntivite tossica. Appropriate indicazioni dell'Ottico, possono agevolare la diagnosi dell'Oculista. Talora però si rendono necessari test clinici per confermare la presenza di reattività a un determinato prodotto.

Il trattamento terapeutico, una volta individuata la causa della sofferenza da disinfettanti, si basa sulla sostituzione del prodotto e l'eventuale terapia antinfiammatoria con cortisonico di superficie.

Lecture consigliate e riferimenti

- 1) *Contattologia Medica. Capitolo 4,5,6,24,28. Edizioni SOI, Fabiano editore 2003.*
- 2) S. Bonini. *Le Congiuntiviti allergiche. Ghedini editore. 1990*
- 3) CCLRU Grading Scales Cornea and Contact Lens Research Unit, School of Optometry of New South Wales. Johnson & Johnson Vision Product, INC