

Di Edoardo Marani –Optometrista*- FBCLA – FIACLE e Francesco Sala – Optometrista*

**Docente di Contattologia c/o Istituto Superiore di Ottica ed Optometria B. Zaccagnini – BO*

La comparsa della prima lente sclerale risale al 1887 quando l'Oftalmologo Adolf Eugene Fick fece costruire ed applicò tale tipologia di lente su se stesso.

Tuttavia i limiti risultarono ben presto evidenti poiché le lenti erano costruite mediante soffiatura di capsule di vetro (blown type).

Da allora le tecniche costruttive si sono continuamente affinate e la disponibilità di materiali altamente permeabili all'ossigeno permette oggi a questa tipologia di lente di tornare ad avere un ruolo molto importante e sicuro.

La C.L.A.O (*Contact Lens Association of Ophthalmology*) definisce la lente sclerale come *"la lente più valida in contattologia"* indicandola come la scelta più efficace nel caso in cui la superficie corneale evidenzi importanti irregolarità.

In queste circostanze potrebbe risultare impossibile applicare una lente corneale per problematiche relative all'appoggio e al centraggio.

La lente sclerale rappresenta una valida soluzione nei casi di cheratocono avanzato e in tutti i casi in cui sia necessario applicare lenti in seguito ad alcuni interventi (Es cheratoplastica, PRK, LASIK, LASEK ecc) o per correggere difetti post traumatici.

Una idea molto semplice e comprensibile che i non addetti ai lavori si possono fare circa le lenti sclerali fa riferimento alle sue dimensioni. Fig 1 in quanto il loro diametro risulta decisamente maggiore rispetto al diametro medio di una lente corneale; quasi al pari di una lente a contatto morbida.

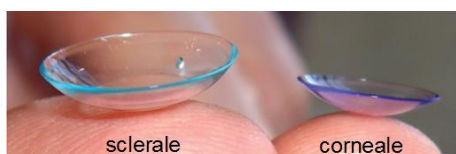


Figura 1.

Il loro punto di appoggio è localizzato sulla sclera (parte bianca dell'occhio) e non vi è alcun contatto con la cornea Fig.2

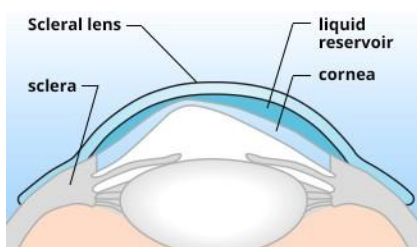


Figura 2.

Questa opzione risulta particolarmente utile in quanto, al fine di preservare l'integrità della cornea, è necessario evitare qualsiasi contatto meccanico con la cornea stessa.

Adottare lenti ad appoggio sclerale significa quindi evitare il rischio di cicatrici corneali poiché queste lenti superano "a ponte" la cornea. Fig.3 e Fig.4

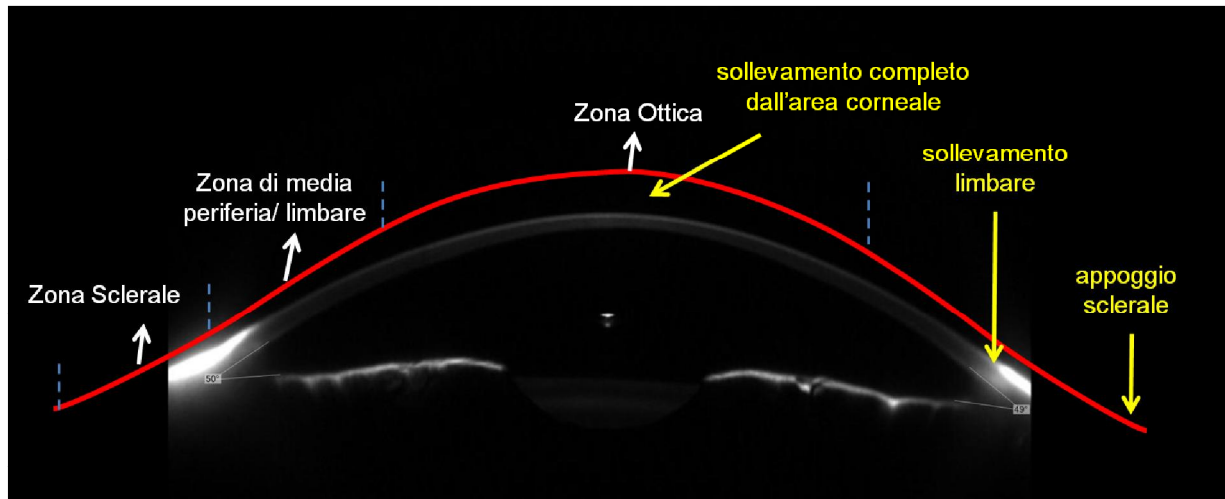


Figura 3. Profilo della lente rispetto alla superficie oculare.

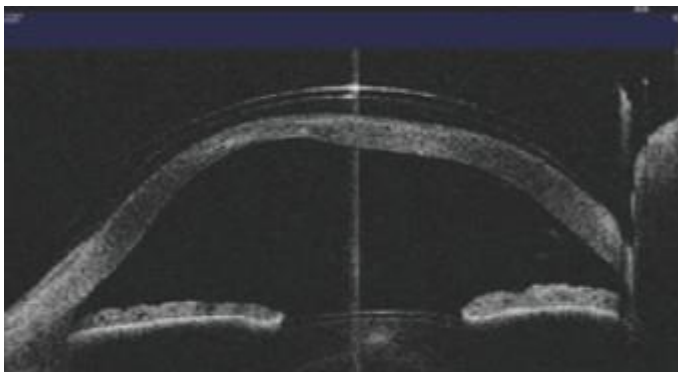


Figura 4. Profilo della lente rispetto alla superficie oculare rilevata con OCT

Ovviamente ,anche in questo caso, l'applicazione di queste lenti necessita di competenze molto elevate e di strumentazioni all'avanguardia e solitamente il paziente che le adotta per correggere importanti difetti visivi ne apprezza immediatamente gli enormi vantaggi.

Tra i tanti vi è senza dubbio il comfort che, con queste lenti, è immediato tanto che la lente è difficilmente percepita.

Nella Tabella 1 riportiamo il confronto con le lenti corneali.

Confronto tra lenti sclerali su cornee a morfologia irregolare rispetto a lenti corneali "convenzionali"		
	Sclerali	Corneali Convenzionali
Comfort iniziale	√	
Comfort a lungo termine	√	
Semplicità INIZIALE nelle manovre di inserzione e rimozione		√
Semplicità A LUNGO TERMINE nelle manovre di inserzione e rimozione	=	=
Stabilità della visione	√	
Qualità della visione (aloni, immagini fantasma ecc)	√	
Efficacia se utilizzate durante attività sportive	√	
Sensazione di occhio secco	√	
Protezione corneale	√	
Costi		√

Tabella 1. Confronto tra Lenti Sclerali e Lenti Corneali.

Presso il nostro Studio le lenti ad appoggio Sclerale sono applicate da molto tempo con risultati a volte sorprendenti e inattesi.

Ricordiamo che l'Analisi Contattologica non equivale e non sostituisce la Visita del Medico Oculista alla quale consigliamo di sottoporsi con la frequenza che è stata suggerita dallo specialista stesso.

Presso il nostro Studio si svolge l'attività di Ottico-Optometrista come da Regio Decreto 31 maggio 1928 N.1334 e successive modificazioni e non si svolge l'attività Medico-Oculistica