

Il rigetto nella KPL

Francesco Valtorta - Albino Rapizzi



Per consultazione prendere contatto con:

Dott. Francesco Valtorta

Treviso - Rivale Castelvechio, 6 - Tel. 0422 55322

Venezia - Campo SS. Apostoli, 4436 - Tel. 041 5209403

E-mail: segoculisticatv@ulss.tv.it

Il rigetto immunologico rappresenta la più importante causa di insuccesso tardivo del trapianto corneale.

Caratteristiche generali

- Incidenza = 20-30%
- Ricadute = 35% (in media 2 episodi)
- Periodo di insorgenza =
- Minimo 20-30 gg. Post-KPL
- > rischio tra 4 e 12 mesi
- Notevole variabilità (possibile 1° episodio anche a distanza di anni)

Quadro clinico

A) Rigetto epiteliale (10-30%)

- epiteliopatia puntata
- linea di rigetto epiteliale
- scarsa pericolosità

B) Rigetto sottoepiteliale (10-20%)

- infiltrati 0,2-0,5 mm (di aspetto nummulare)
- numero variabile
- localizzati soltanto sul lembo
- in genere FLVO - negativi
- scarsa pericolosità

C) Rigetto endotelio-stromale (20-50%)

- iniezione pericheratica
- edema corneale
- precipitati endoteliali
- linea di khodadoust
- reazione in CA
- effetto citotossico sulle cellule endoteliali con rischio di depauperamento del patrimonio cellulare endoteliale e di scompenso corneale tardivo.

Sintomi

- diminuzione del visus
- dolenzia
- fotofobia
- lacrimazione

Prevenzione

- corretta indicazione all'intervento
- individuazione fattori di rischio
- adeguato monitoraggio e informazione del paziente

Fattori di rischio:

- istocompatibilità
- neovascolarizzazione
- pregressa sensibilizzazione
- ampio diametro del lembo/decentramento
- patologie oculari infiammatorie
- associazione ad altre patologie oculari
- chirurgia complessa

Terapia del rigetto:

Verranno date soltanto delle indicazioni di massima in quanto la terapia deve essere valutata caso per caso a seconda del quadro clinico locale e generale, dell'età del paziente, della presenza o meno dei fattori di rischio e di eventuali controindicazioni all'uso dei farmaci prescelti.

Nel *rigetto lieve-moderato* (forme epiteliali, sottoepiteliali ed endoteliali di scarsa entità) è in generale sufficiente la terapia locale:

- Beta-Desametazione almeno 6 volte/die
- a scalare
- minimo per 1 mese
- eventuale cicloplegico
- sostituire con fluometolone fino a raggiungere la dose minima efficace

Nel *rigetto grave* (endotelio-stromale) è opportuno associare a quella locale, eventualmente intensificata, una terapia per via generale:

- bolo di cortisone endovenoso (metilprednisolone 125 mg)
- Prednisone per os (1mg/kg - minimo per 5 giorni)

Ciclosporina

- Azione immunosoppressiva sui linfociti T
- azione preventiva (>) e curativa
- vie di somministrazione:
- generale
- topica

Via generale

- Azione preventiva nei trapianti a rischio (2-3 mg/kg/die-ciclosporinemia 200-300 mg/ml a scalare
- effetti collaterali:
- nefro, epato, neurotossicità, infezioni, linfomi
- valutare rapporto rischio, benefico
- gestione impegnativa del paziente

Topica

- 4-6 somministrazioni/die (a scalare)
- scarsa penetrazione
- più adatta nei rigetti superficiali
- in caso di controindicazioni al cortisone (eventuale associazione con Fans)
- non importanti effetti collaterali

Bibliografia

1. WILMELNUS K. ET AL.: *Primary corneal graft failure* - Arch Ophthalmol 1995, 113: 1497-1502
2. MERLIN U. ET AL.: *Reazioni di rigetto*. da "Chirurgia della cornea" - Atti SOI 93
3. OMGURO ET AL.: *Effects of penetrating keratoplasty rejection on the endothelium of the donor cornea and the recipient peripheral cornea*. AMY Ophthalmol 2000 apr. 127 (4): 468-71
4. KA ET AL: *Pathology of late endothelial failure: late endothelial failure of penetrating keratoplasty: Study with light and electron microscopy*. Cornea 2000 San; 19 (1): 40-6
5. LARKIN D.E.P.: *Corneal Allograft Rejection*. British Journal of Ophthalmology 1994; 78: 649-652
6. *The Collaborative corneal transplantation studies (CCTS)*. Arch. Ophtalmology Vol 110 October 92
7. WARING G.O. III^o ET AL: *The Corneal endothelium*. Ophthalmology vol 89, Number 6, June 82
8. WILSON S. ET AL.: *Graft Failure after penetrating keratoplasty*. Survey of ophthalmology vol 34 number 5, March-April 1990.