

Bambini e lenti a contatto - Parte 1



THE VISION CARE INSTITUTE™

Johnson & Johnson
MEDICAL DEVICE

di Caroline Christie e David Ruston

Come spesso ci viene ricordato, viviamo in una società in cui la popolazione invecchia sempre più e il numero dei pensionati del paese è in costante aumento. Non dobbiamo tuttavia dimenticare che una seconda generazione di baby boomer è stata concepita negli Anni Novanta. Secondo statistiche governative, nel Regno Unito vi sono circa 14 milioni di persone fra i 5 e i 19 anni¹. Circa il 17% dei bambini fra i 5-15 anni necessita di una correzione visiva, percentuale che sale al 29% se consideriamo la fascia di età compresa fra i 16 e i 19 anni². Ci sono quindi milioni di giovani che potrebbero potenzialmente trarre giovamento da una correzione visiva eseguita con lenti a contatto, eppure applichiamo lenti solo nell'8% di questi casi³. Nonostante il fatto che i giovani fra i 16 e i 24 anni costituiscono la fascia d'età della popolazione che cresce più in fretta per quanto riguarda le lenti a contatto e che negli ultimi due anni ha evidenziato un aumento del 7%⁴, il mercato britannico delle lenti a contatto per teenager è notevolmente sottosviluppato⁵.

Secondo le recenti previsioni della ricerca TNS VisionTrak i giovani al di sotto dei 25 anni rappresenterebbero il gruppo di età più importante, in futuro, per quanto concerne le lenti a contatto⁶.

I giovani sono entusiasti di indossare le lenti a contatto ed è quattro volte più probabile che vogliano provarle rispetto alla popolazione adulta laddove venga data loro tale opportunità⁷. Eppure un numero significativo di contattologi professionisti (ECP) continua ad avere dei preconcetti riguardo all'applicazione delle lenti a contatto nei più giovani. Lo scopo di questa serie di articoli è quello di descrivere alcuni dei miti da sfatare e dei fraintendimenti più comuni nonché passare in rassegna parte della recente letteratura scientifica sull'argomento dell'uso delle lenti a contatto nell'infanzia e nell'adolescenza. Questi recenti studi mettono a disposizione dati che supportano il concetto di applicare le lenti a contatto ai giovani. Confidiamo che le informazioni che andremo a presentare incoraggino i contattologi professionisti a prendere in considerazione le lenti a contatto per i ragazzi e i bambini ed aiutino a comprendere le opportunità attualmente a disposizione per rafforzare la fiducia, le prestazioni e la soddisfazione all'interno di questa fascia di età.



Perché applicare le lenti a contatto ai bambini?

Esistono molte ragioni per le quali i bambini di tutte le età possono trarre beneficio dall'uso delle lenti a contatto. Oltre ai vantaggi ovvi in termini di percezione visiva, le lenti a contatto possono avere un impatto psicologico tale da aumentare la fiducia rispetto all'uso degli occhiali. Di conseguenza, è più probabile che il bambino porti la propria correzione visiva ed è altrettanto probabile che prenda parte alle attività fisiche senza timore di perdere, danneggiare o rompere gli occhiali.

Errore refrattivo

La miopia si sviluppa normalmente nell'infanzia, spesso nella fascia d'età della scuola primaria. La correzione ottica attuata con gli occhiali, specialmente nelle prescrizioni più elevate, determinerà una contrazione della visione periferica e immagini retiniche rimpicciolite. Ciò non rappresenta un problema con le lenti a contatto e i miopi nella visione da lontano si trovano spesso più a proprio agio con le lenti a contatto rispetto agli occhiali. Circa il 6% dei bambini più piccoli ha un'ipermetropia di +3.00 DS o superiore ed è destinato a ricevere una correzione ottica a lungo termine che riduca il rischio di sviluppare uno strabismo o che controlli gli strabismi accomodativi esistenti. Le lenti per occhiali

con poteri positivi elevati sono spesso pesanti, scomode e limitano la visione periferica. Le lenti a contatto possono offrire i vantaggi della correzione ottica senza gli svantaggi degli occhiali.

Anisometropia

L'anisometropia, se non corretta, nell'infanzia può inibire lo sviluppo binoculare e determinare un'ambliopia.

Gradi elevati di anisometropia possono dare ancora problemi anche se corretti con lenti per occhiali.

Un'anisometropia refrattiva provoca una differenza di dimensione delle immagini retiniche (aniseiconia). La correzione eseguita con le lenti a contatto riduce l'effettiva differenza di dimensione delle immagini retiniche consentendo una fusione più confortevole e una migliorata binocularità. Gli effetti prismatici differenziali indotti per fissazioni fuori dall'asse ottico possono provocare la comparsa di sintomi astenopici, affaticamento visivo e mal di testa.

L'effetto prismatico indotto dalle lenti oftalmiche, non costituisce più un problema se la correzione avviene con le lenti a contatto, le quali rimangono centrate sulla cornea durante i movimenti oculari. In presenza di anisometropia le lenti a contatto possono permettere di ottenere una migliore integrazione tra visione periferica e visione centrale⁸.

Visione binoculare

Nella maggior parte dei deficit visivi binoculari, la prima fase di trattamento prevede la completa correzione dell'errore refrattivo. Anche una sola ora al giorno senza correzione refrattiva può avere un impatto negativo sullo sviluppo della visione binoculare. I bambini riluttanti a indossare gli occhiali possono ottenere una compliance assai migliore con le lenti a contatto. Per gli ipermetropi che utilizzano le lenti a contatto l'accomodazione richiesta si riduce rispetto a quando portano gli occhiali, incoraggiando quindi l'accettazione delle lenti a contatto.

Analogamente, portando le lenti a contatto si determina un minor stimolo alla convergenza in seguito alle minori dimensioni delle immagini retiniche, il che potrebbe risultare vantaggioso in caso di tendenza del soggetto verso una sovraconvergenza (ad esempio esoforie da eccesso di convergenza) e migliorare la binocularità. I giovani affetti da ambliopia di solito sono in trattamento presso l'assistenza oculistica ospedaliera che può sottoporli a una terapia di occlusione normalmente praticata utilizzando una speciale benda adesiva. Essendo sovente molto riluttanti a portare la benda, per incoraggiarne la compliance, è possibile applicare ai bambini, in alternativa alla benda, una lente a contatto con la pupilla opaca oppure utilizzare una lente ad elevatissimo potere positivo.

Aspetto fisico

Attualmente molti bambini considerano il portare gli occhiali come una novità o una tendenza della moda e l'uso degli occhiali è oggi connotato da minore stigma sociale. Vi sono tuttavia ancora alcuni bambini riluttanti a portare gli occhiali per paura di essere derisi o presi in giro con nomignoli a scuola.

Le lenti positive per la correzione dell'ipermetropia possono essere spesse e pesanti e ingrandiscono gli occhi, facendo quindi apparire il bambino che le indossa diverso dai propri compagni. I bambini miopi che trovano difficile partecipare alle attività sportive e alle attività fisiche più intense senza una correzione visiva possono sentirsi isolati dal resto del gruppo. Le lenti a contatto possono aiutare i bambini a unirsi e a partecipare più fiduciosi alla vita scolastica quotidiana e ad interagire a livello sociale e nel proprio gruppo di amici.

Possono anche elevare lo stato del bambino all'interno del proprio gruppo di amici in quanto il portare le lenti a contatto viene considerata una cosa "da grandi".

Convenienza

Nelle mani dei bambini gli occhiali hanno spesso una durata piuttosto limitata.

Nel mondo turbolento e senza regole della media dei ragazzi, gli occhiali si piegano, si graffiano e si sporcano. Tendono a scendere e si rompono regolarmente. Avere gli occhiali può essere particolarmente scomodo per i giovani più attivi che amano prendere parte alle attività spor-

A che età ritiene più appropriato prescrivere per la prima volta le lenti a contatto per l'uso di routine

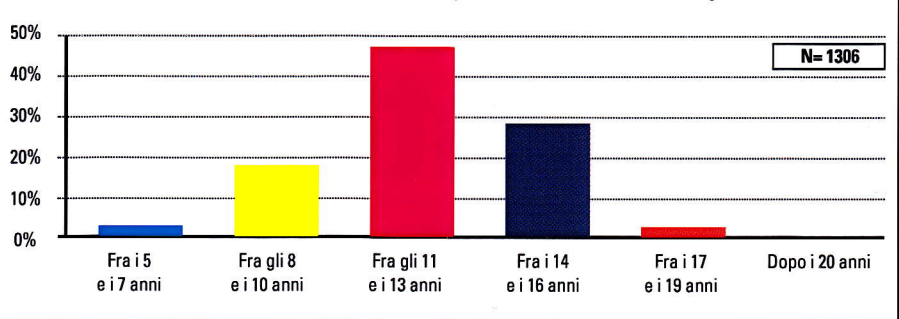


Tabella 1: Dati acquisiti nell'ambito di recenti roadshow di Johnson & Johnson in risposta alla domanda 'A che età ritiene più appropriato prescrivere per la prima volta le lenti a contatto per l'uso di routine?' N=1306

tive ma che sono riluttanti a parteciparvi a meno che non siano sicuri di non perdere o di non rompere gli occhiali. Gli insegnanti a scuola dicono ancora ai bambini di togliere gli occhiali prima di dedicarsi allo sport. Per i bambini che normalmente li portano a tempo pieno, prendere parte alle attività sportive senza occhiali potrebbe condurli ad umilianti conseguenze nelle loro performance atletiche ed escluderli completamente dallo sport. Le lenti a contatto permettono di risolvere molti problemi di questo tipo consentendo ai bambini di praticare sport, ballare e svolgere altre attività fisiche.

Le lenti a contatto non migliorano soltanto la fiducia nelle attività sportive ma possono anche migliorare le prestazioni. Permettono inoltre al piccolo atleta di indossare occhiali protettivi e offrono un livello superiore di protezione contro le radiazioni ultraviolette se dotate di apposito filtro anti-UV.

Quel è l'età migliore per cominciare ad applicare le lenti a contatto?

È abbastanza comune per gli ottici-optometristi professionisti sentirsi rivolgere la domanda 'A che età mio figlio può mettere le lenti a contatto?'

La risposta a questa domanda sembra dipendere dal singolo professionista. Come illustrato nella Tabella 1, tendono ad esserci due scuole di pensiero. Il primo gruppo tenderebbe a sottrarsi all'applicazione delle lenti a contatto nei bambini e sarebbe maggiormente incline ad attendere sino alla fine dell'adolescenza o all'età adulta. Il secondo gruppo ha tendenza a mostrare un atteggiamento assai più proattivo nell'applicare le lenti ed è pronto a prendere in considerazione l'idea di applicare le lenti a contatto nei bambini nel momento stesso in cui essi esprimono il proprio interesse in tal senso. La Figura 1 riporta i dati raccolti da ECP britannici in occasione di recenti roadshow educativi proposti da Johnson & Johnson Vision Care circa il loro attuale pensiero riguardo al momento migliore per prescrivere per la prima volta le lenti a contatto per l'uso di routine.

Quasi l'80% dei professionisti era disposto a prendere in considerazione la prescrizione delle lenti a contatto nel momento in cui i ragazzi

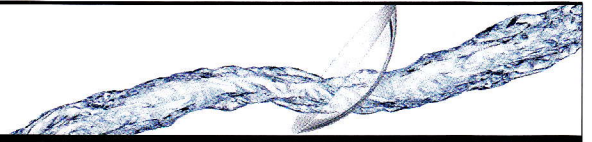
avessero raggiunto l'età della scuola secondaria. Tuttavia soltanto circa il 20% dei professionisti le prescriverebbe nella fascia di età inferiore, ovvero quella della scuola primaria. Negli Stati Uniti l'età media in cui si cominciano ad applicare per la prima volta le lenti a contatto ai bambini è di 13,8 anni. In confronto, in Giappone, è di 14,3 anni⁶.

Spesso la decisione se il bambino è pronto o meno per le lenti a contatto dipende dal singolo ragazzo più che dalla sua età. Ci sono bambini che a cinque anni sono più maturi per portare le lenti a contatto di alcuni quindicenni! La maggior parte degli studi di contattologia non prenderebbe in considerazione l'applicazione delle lenti a contatto in bambini di età inferiore ai due anni, giustamente considerati casi da specialisti e pertanto preferibilmente rinviati all'ambulatorio della struttura ospedaliera o agli specialisti con un'adeguata esperienza pediatrica.

Tipicamente insorgono complicanze quali l'afachia che rendono preferibile per questi soggetti essere visitati in un ambiente in grado di comprendere bene le esigenze dei soggetti e delle loro famiglie.

Tuttavia, al raggiungimento dell'età scolare, la decisione di applicare o meno le lenti a contatto al bambino è condizionata da una serie di fattori di cui occorre tenere conto. La maturità del bambino è probabilmente il fattore che riveste maggiore importanza. Se abbastanza maturi per capire che i problemi igienici connessi alla manutenzione delle lenti a contatto e i rischi cui si può andare incontro a causa di una scadente compliance alle indicazioni fornite, questi bambini possono essere considerati buoni candidati per le lenti a contatto.

Una valutazione di questo tipo va fatta dal professionista che segue il bambino con il coinvolgimento dei genitori. Anche il sostegno e la comprensione da parte dei genitori rientrano fra i fattori chiave da valutare nel decidere se un bambino sia o meno idoneo all'uso delle lenti a contatto. Molti genitori sono attuali o ex portatori di lenti a contatto che apprezzano integralmente i benefici che si possono acquisire dall'uso delle lenti, oltre alle misure di igiene e cura richieste. Il professionista deve valutare se il bambino possiede la coordinazione e la destrezza richie-



ste per manipolare le lenti a contatto e inserirle e rimuoverle. Una ricerca ha dimostrato che i bambini nella fascia di età compresa fra gli 11 e i 14 anni sono in grado di manipolare in modo adeguato le proprie lenti nonché di inserirle e toglierle correttamente. Essi riescono inoltre a capire i sistemi di cura e manutenzione ed hanno fiducia nella propria capacità di prendersi cura delle lenti a contatto⁷.

Molti bambini cominciano a portare gli occhiali verso i nove anni. L'interesse per le lenti a contatto subentra spesso nei successivi tre anni⁸. Può trattarsi di una decisione congiunta presa di comune accordo dal bambino e dal genitore, anche se l'idea può essere influenzata dal parere di fratelli, amici o parenti. Le ragazze mostrano spesso un interesse nei confronti delle lenti a contatto prima dei ragazzi, interesse spesso motivato dall'aspetto fisico. L'interesse per le lenti a contatto manifestato dai ragazzi tende ad essere motivato dal loro desiderio di praticare uno sport senza la scomodità degli occhiali. È interessante notare che non vi è alcuna differenza nella percentuale di successo nell'uso delle lenti a contatto fra ragazze e ragazzi.

Miti da sfatare sull'applicazione delle lenti a contatto nei bambini

La Tabella 2 evidenzia alcune delle ragioni più spesso addotte per giustificare la mancata applicazione delle lenti a contatto nei bambini:

- **Richiede che l'errore refrattivo sia stabile**
- **Impone tempi di seduta troppo lunghi**
- **I costi sono troppo elevati**
- **Potenziale scarsa compliance**
- **I bambini hanno bisogno di più ossigeno**
- **Maggiori rischi di cheratite microbica**

Tabella 2:

'Richiede che l'errore refrattivo sia stabile'

Per alcuni professionisti l'applicazione delle lenti a contatto è motivo di preoccupazione se la prescrizione non è ancora stabilizzata. C'è il presupposto che le lenti RGP rappresentino l'unica scelta di lente possibile e che sia inappropriato eseguirne l'applicazione nei bambini al di sotto dei 12 anni la cui prescrizione potrebbe cambiare prima che possano portarle per un certo periodo di tempo. Si possono addurre motivazioni quali 'gli occhi sono ancora in crescita' o 'gli occhi sono troppo piccoli'. Ma quando si stabilizza l'errore refrattivo - a 16 anni? A 25? Benché la crescita dell'occhio tenda ad arrestarsi verso i 15 anni⁹ molti soggetti, in particolare i miopi, trovano che la loro prescrizione continui a progredire anche verso la fine della media adolescenza e nella tarda adolescenza (dai vent'anni in su). Con l'ampia disponibilità di lenti monouso e di lenti RGP a sostituzione programmata, attendere sino al momento in cui le modificazioni della forma corneale o della refrazione si siano stabilizzate non ha più un'impor-



tanza rilevante.

Collegando la fornitura delle lenti all'intervallo di tempo tra un controllo e l'altro, le eventuali variazioni apportate alla prescrizione possono essere soddisfatte con la nuova fornitura. Studi hanno dimostrato che quando vengono applicate le lenti a contatto ai bambini, non si riscontrano differenze significative in termini di forma o dimensione corneale rispetto ai soggetti adulti e pertanto l'applicazione non deve essere limitata a causa della disponibilità dei parametri.

'L'applicazione richiede troppo tempo'

Alcuni professionisti ritengono che applicare le lenti a contatto ai bambini richieda più tempo e possa costare allo studio un prezioso tempo di seduta supplementare.

Una ricerca ha dimostrato che in effetti la differenza che si riscontra nei tempi necessari per l'applicazione delle lenti a contatto ai bambini o per il completamento dei loro appuntamenti di follow-up è molto modesta¹⁰. La differenza più macroscopica si ravvisa nel fatto che i portatori più piccoli tendono a richiedere un tempo lievemente superiore per imparare a inserire e rimuovere le lenti, circostanza che tuttavia non esercita un impatto sulla produttività dello studio. Molti ECP hanno fornito la necessaria formazione ai membri del personale di supporto che erogano ai portatori consulenza riguardo alla manipolazione e alle misure igieniche richieste dalla lente.

Quando si esegue l'applicazione nei soggetti più piccoli questa sessione didattica potrebbe essere delegata a un membro del personale di supporto appositamente designato onde ridurre il tempo di seduta supplementare.

'Troppo caro'

I ragazzi, soprattutto i teenager, sono 'consumatori precoci' di tecnologia e di tutte le ultime novità. Molti bambini desiderano pantaloni e scarpe sportive firmati. La maggior parte usa il telefonino, il lettore MP3 e usa giochi elettronici. Se venisse a crearsi il desiderio e la necessità di utilizzare le lenti a contatto, la maggior parte dei genitori ne sosterebbe tranquillamente la spesa. I benefici che si possono acquisire in termini di 'qualità della vita' oltre ai vantaggi per la visione possono essere esaminati insieme ai genitori

unitamente ai costi associati alle lenti. È in effetti improbabile che le lenti a contatto costino molto di più di un paio di occhiali di marca - specialmente se il bambino ha la tendenza a rompere regolarmente gli occhiali!

'I bambini potrebbero non mostrare una buona compliance'

Senza dubbio la compliance da parte del bambino è un requisito essenziale per l'utilizzo sicuro delle lenti a contatto.

Ma è probabile che i bambini mostrino una minor compliance rispetto agli adulti? Qual è il grado di compliance dei nostri portatori adulti? È stato condotto uno studio per valutare la compliance dei bambini fra gli 11 e i 13 anni portatori di lenti a contatto⁷.

I bambini partecipanti allo studio hanno completato un questionario sulla compliance alle lenti a contatto al momento della distribuzione iniziale delle lenti, in sede di follow-up dopo una settimana e di nuovo al follow-up dopo sei mesi. Dopo sei mesi di utilizzo delle lenti a contatto, l'85% dei bambini ha correttamente individuato lo scopo delle soluzioni per la cura e la manutenzione delle lenti a contatto. Il 90% sapeva che era necessaria una pulizia giornaliera. Il 96% ha capito l'importanza della disinfezione e il 99% ha espresso fiducia nella propria capacità di prendersi cura delle proprie lenti. Gli autori di questo studio sono giunti alla conclusione che se la compliance fosse considerata uno dei fattori critici ai fini dell'uso di successo delle lenti a contatto e se l'ottico-optometrista professionista e i genitori partecipassero attivamente all'educazione del bambino non vi sarebbe in tal caso ragione di suggerire che i bambini saranno meno compliant rispetto alla rispettiva controparte adulta.

I bambini possono effettivamente prendersi meglio cura delle proprie lenti a contatto rispetto agli adulti.

È probabile che i più piccoli ricevano la supervisione dei propri genitori, i quali vorranno naturalmente garantire che i rischi associati all'uso delle lenti a contatto siano ridotti al minimo. I bambini hanno grande capacità di adattamento e una volta stabilite buone abitudini, esse vengono spesso mantenute anche nell'età adulta. È forse giusto dire che i teenager potrebbero rappresentare un problema diverso. Tutti i dubbi circa la compliance in questa fascia di età possono essere ridotti al minimo limitando l'impatto della non-compliance. La linea di condotta più sicura consiste in tal caso nel prendere in considerazione l'applicazione di lenti monouso giornaliere o di assicurare che vengano scelti regimi di cura e manutenzione delle lenti semplici ma efficaci.

'I bambini hanno bisogno di più ossigeno'

Non è vero che gli occhi dei bambini hanno bisogno di una maggiore quantità di ossigeno. La fisiologia corneale è simile a quella di un adulto



ad eccezione del fatto che i bambini hanno un maggior numero di cellule endoteliali.

Molti bambini possono voler usare le lenti a contatto solo part-time o per fare sport. Le monouso giornaliere sono le lenti più adatte per questi bambini ed è improbabile che possano compromettere la salute a lungo termine dei loro occhi a causa dell'ipossia. Ove siano auspicabili tempi di porto più lunghi, di 12 ore o un tempo superiore, le RGP o i materiali in silicone idrogel con valori Dk/t elevati apporteranno una quantità di ossigeno sufficiente a garantire nel tempo un rischio minimo di complicanze correlate all'ipossia. Le RGP e le lenti in silicone idrogel sono disponibili in un'ampia gamma di parametri e possono essere utilizzate per le prescrizioni più elevate dove lo spessore al centro o lo spessore al bordo può ridurre la trasmissione dell'ossigeno. Vi è una ricca evidenza che dimostra che le complicanze correlate all'ipossia possono essere risolte utilizzando lenti a Dk/t elevato.

'I bambini sono esposti ad un maggiore rischio di cheratite microbica'

La cheratite microbica (MK) non è una preoccupazione che riguarda soltanto i bambini. È l'unica grave reazione avversa correlata all'uso delle lenti a contatto in quanto potenziale causa di perdita di acuità visiva. Il rischio assoluto di MK con qualunque modalità d'uso delle lenti a contatto è basso. L'incidenza risulta minima con le lenti RGP e le monouso giornaliere¹¹. Il rischio massimo (x5) di sviluppare una cheratite microbica o un grave evento infiammatorio della cornea è associato all'uso delle lenti durante il sonno. Per ridurre al minimo il rischio di sviluppo di una MK associata all'uso delle lenti a contatto nei bambini, è probabilmente più sicuro raccomandare di non dormire mai con le lenti a contatto.

Alcuni miti da sfatare

Vi sono molti argomenti razionali che confutano i falsi miti sui bambini e le lenti a contatto. Esiste anche una ricerca basata sull'evidenza che dimostra chiaramente che l'uso delle lenti a contatto offre ai bambini e agli adolescenti vantaggi sovrapponibili in termini di miglioramento della qualità della vita.

Lo studio CLIP (Contact Lenses In Paediatrics) condotto da Walline et al.¹⁰ è uno studio multicentrico della durata di tre mesi al quale hanno partecipato 84 bambini tra gli 8 e i 12 anni e 85 adolescenti fra i 13 e i 17 anni, nessuno dei quali aveva in precedenza portato lenti a contatto. Si tratta del primo studio clinico che pone a confronto bambini e adolescenti che utilizzano lenti a contatto in silicone idrogel. A ognuno dei partecipanti sono state applicate lenti sferiche o toriche disponibile a ricambio quindicinale in silicone idrogel.

I risultati dello studio sono illustrati nella tabella 3. Lo studio ha dimostrato l'effettiva esistenza di una minima differenza nei tempi di seduta complessivi tra i bambini più piccoli e gli adolescen-

	BAMBINI (8-12 ANNI)	ADOLESCENTI (13-17 ANNI)
Età media	11,0 + 1,3 anni	14,7 + 1,2 anni
Tempo richiesto per eseguire l'applicazione	43,3 + 9,3 min	41,3 + 9 min
Tempo richiesto per insegnare al bambino a inserire e rimuovere le lenti	41,9 + 32 min	30,3 + 20,2 min
Tempo richiesto per il follow-up alla 1.a settimana	14,3 + 4,7 min	13,6 + 4,9 min
Tempo richiesto per il follow-up al 1.o mese	14,1 + 9,5 min	11,6 + 3,1 min
Tempo richiesto per il follow-up al 3.o mese	11,4 + 3 min	10,6 + 2,4 min
Tempo di seduta totale	110,6 + 39,2 min	95,3 + 25,2 min

Tabella 3: I dati desunti dallo studio CLIP evidenziano l'esistenza di una minima differenza per quanto riguarda i tempi di seduta associati ai bambini più piccoli e agli adolescenti più grandi

ti più grandi. Il tempo di seduta medio è risultato circa 15 minuti superiore per i bambini rispetto agli adolescenti, con la massima differenza in termini di tempo riscontrabile nella fase in cui al bambino viene insegnato come inserire e togliere le lenti. Tutte le altre procedure hanno richiesto tempistiche analoghe.

Ogni partecipante allo studio insieme ai propri genitori è stato valutato ad ogni visita, rispondendo a domande su una serie di punti relativi alla 'qualità della vita' correlata all'uso delle lenti a contatto e degli occhiali. Le aree esaminate nell'ambito di queste domande includevano:

- Quanto è piaciuto al bambino (o al ragazzo) portare le lenti a contatto o gli occhiali
- Quanto è stata nitida la sua visione con le lenti a contatto o con gli occhiali
- Come sentiva fisicamente i propri occhi quando portava le lenti a contatto o gli occhiali
- Reazioni degli amici all'uso delle lenti a contatto
- Quanto sono risultate facili da manipolare le lenti a contatto
- Quanto si sono dimostrate pratiche le lenti a contatto nello svolgimento delle attività

I risultati hanno evidenziato¹² che complessivamente sia i bambini sia gli adolescenti manifestavano maggior soddisfazione verso l'uso delle lenti a contatto rispetto all'utilizzo degli occhiali. Entrambi i gruppi hanno percepito dei miglioramenti in aree simili. In particolare è stato notato che i bambini e gli adolescenti hanno riportato un notevole aumento della soddisfazione verso le lenti a contatto che ha permesso loro di prendere parte ad attività e sport.

In modo interessante, è risultato meno probabile che la vanità rappresentasse nell'uno o nell'altro gruppo un fattore motivante per quanto riguarda la soddisfazione verso le lenti a contatto. La conclusione alla quale lo studio è sinora pervenuto è che il gruppo composto da bambini fra gli 8 e i 12 anni e gli adolescenti nella fascia di età compresa fra i 13 e i 17 anni reputano le lenti a contatto una modalità di correzione della visione più pratica e che i bambini più piccoli sono altrettanto esperti dei teenager nella manipolazione e nell'uso delle lenti. Pertanto ai bam-

bini deve essere offerta la possibilità di usare le lenti a contatto nel caso in cui sia necessaria una correzione della visione.

Nel secondo articolo prenderemo in esame i vantaggi e gli svantaggi delle diverse modalità d'uso delle lenti a contatto in relazione alla loro applicazione nei bambini e negli adolescenti. Parleremo inoltre delle tecniche di comunicazione da utilizzare per questa fascia di età e i loro genitori, fattore che spesso si dimostra uno degli elementi chiave alla base di un'applicazione di successo.

Bibliografia

1. UK National Statistics, www.statistics.gov.uk
2. Eyecare facts and figures www.eyecare-trust.org.uk
3. Bansal S. Fitting youngsters with contact lenses: from children to teenagers. *Optometry Today* 2004; Sept 24: 38-43.
4. TNS VisionTrak 2006.
5. Thomas H. Teenage Opportunities Optician 2003; 226 (5917): 30-31.
6. Data on file: Johnson & Johnson 2006.
7. Soni PS, Horner DG, Jimenez L, Ross J, Rounds J. Will young children comply and follow instructions to successfully wear soft contact lenses. *CLAO J* 1995; 21(2): 86-92.
8. Walline J, Jones L, Chitkara M, Coffey B, Jackson J, Manny R, Rah M, Prinstein M, Zadnik K. The adolescent and child health initiative to encourage vision empowerment (ACHIEVE) study design and baseline data. *Optom Vis Sci* 2006; 83(1): 37-45.
9. Logan NS, Gilmartin B. Myopia: Development and control in children. *Optometry in Practice* 2005; 6(4): 149-162.
10. Walline J. Contact Lens In Paediatrics (CLIP) Study: Chair Time and Ocular Health. *Optom Vis Sci* 2007; 84(9): 896-902.
11. Stapleton F, Edwards K, Keay L, Naduvilath T, Dart J, Brian G, Sweeney D, Holden B. The incidence of contact lens related microbial keratitis in Australia. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2005; 46: E-Abstract 5025.
12. Walline J Contact Lenses are an option for children as young as eight. *Refractive EyeCare* 2007; May: 1-2.