

# AZIENDA OSPEDALIERA "S. ELIA" CALTANISSETTA

U.O. OCULISTICA  
PRIMARIO: DR. G. BONA

Congresso S.O.S.I.

Terrasini, 15-16-17 Aprile 2010



"Vitrectomia transcongiuntivale 23 Gauge: nostra esperienza"

A. Vasco, E. Ridola, V. Petitto, G. Bona



# Trasformazione della chirurgia della retina :

25 e 23 gauge senza suture

Obiettivo :

- approccio meno invasivo = ridotto trauma chirurgico
- incisioni più piccole = recupero post-operatorio più rapido
- risultati uguali e migliori rispetto alle tecniche esistenti



# Vitrectomia trans congiuntivale senza suture 25 G

Introdotta nel 2002

*Fujii GY, De Juan E, Ophthalmology 2002*

## Vitrectomia trans congiuntivale senza suture 25 G

### Indicazioni:

- patologie vitreo retiniche non complicate

### Limiti:

- Elevata flessibilità degli strumenti
- Troppo piccoli per essere efficaci nei casi complessi

# Tecnica chirurgica 23 Gauge senza suture

Introdotta da Eckard nel 2005

*Eckardt C. Transcongiuntival sutureless 23-gauge vitrectomy.*

*Retina 2005; 25:208-11*

- Chirurgia mini-invasiva
- Via di transizione tra il 20 e il 25 Gauge
- Strumentazione più solida versus 25 Gauge  
(meno flessibilità )
- Maggiore vantaggio per chi da tempo utilizza 20 Gauge
- Maggiori indicazioni

# Tecnica chirurgia

Fase fondamentale della chirurgia 23 Gauge

senza suture:

## Inserimento dei trocar

**Incisione 2 step** ( sistema di Eckardt)

**Incisione 1 step** (unica incisione obliqua)

**Incisione corretta:** previene il leakage a fine intervento

*Lopez-Guajardo L. Am J Ophthalmol 2006, Eckardt Retina 2005, Shimada H. Am J Ophthalmol 2006*

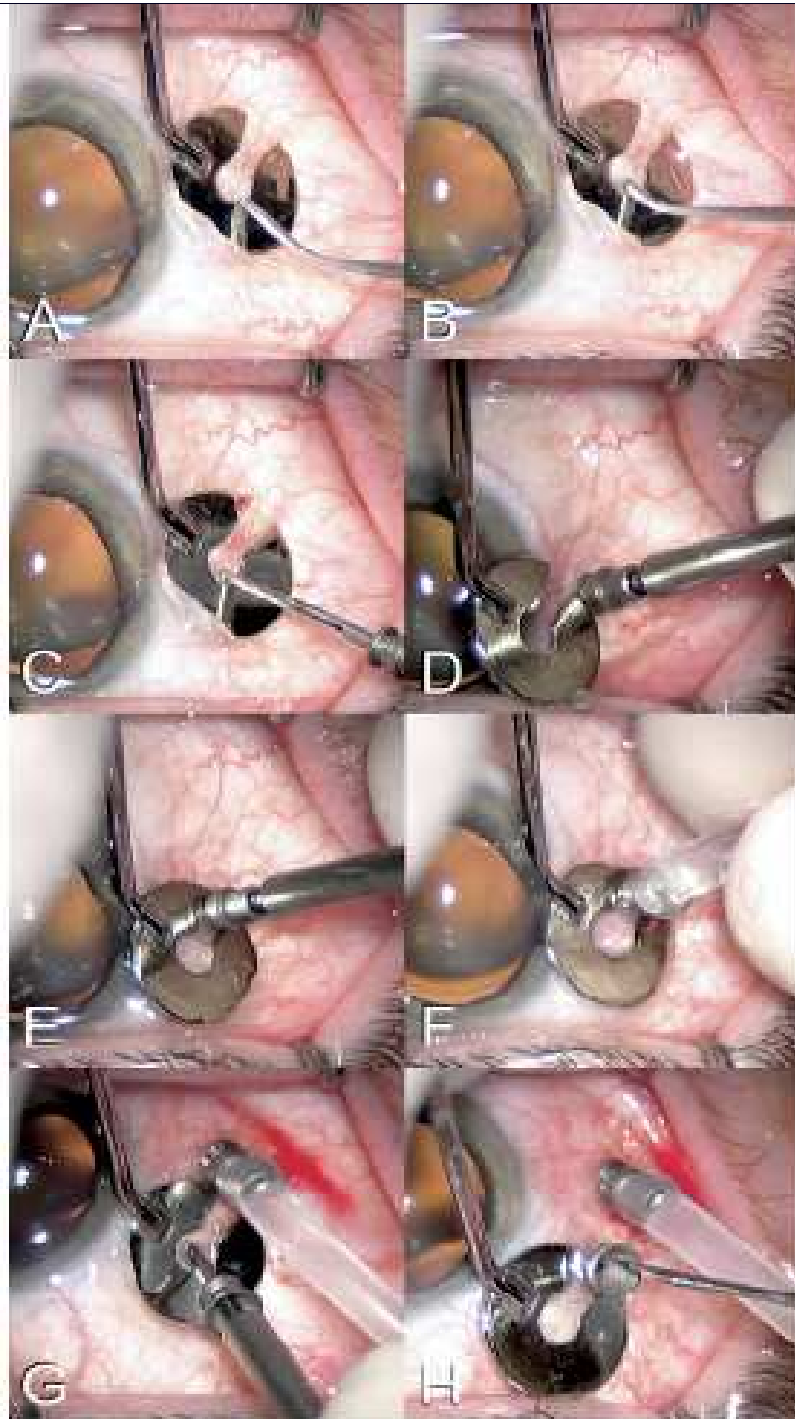


*Fine HF.*

*Ophthalmology 2007*

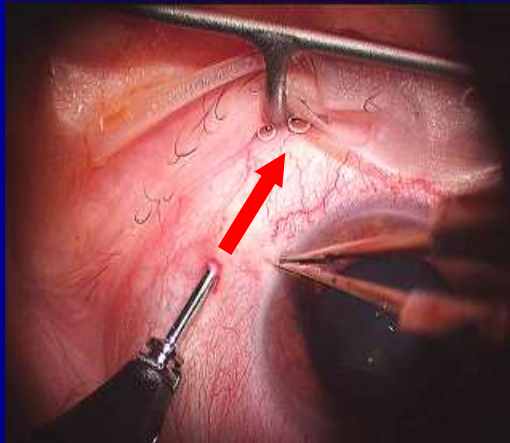
*Incisione 2 Step*

- *Piastra di pressione congiuntivale*
- *Bisturi "stiletto"*
- *Inserimento trocar*



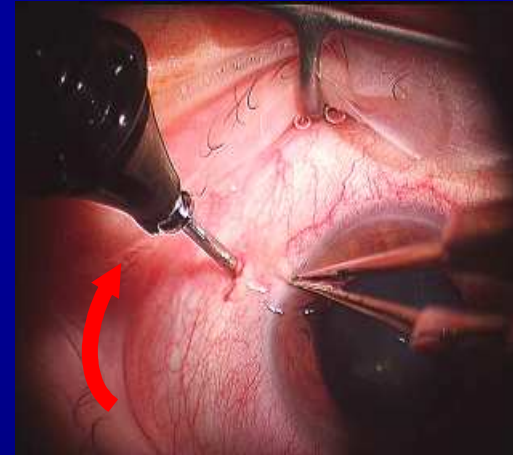
# Incisione "Single Step" - Sistema Alcon 23 Gauge

A



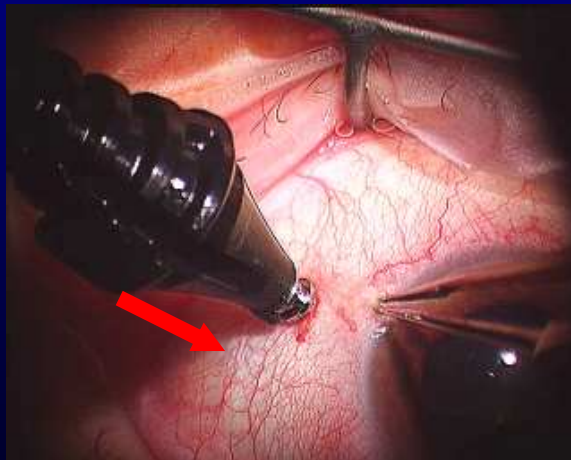
Stabilizzare il bulbo, iniziare parallela al limbus l'incisione angolata. Approssimativamente 20-30° rispetto alla superficie sclerale. inserire il trocar-cannula.

B



Prima l'interfaccia "Trocar/Cannula", Subito dopo inclinare perpendicolarmente il trocar e dirigersi verso il polo posteriore

C



Non è necessaria la rotazione se la manovra è corretta. La fase "A" - "C" con movimento fluido.

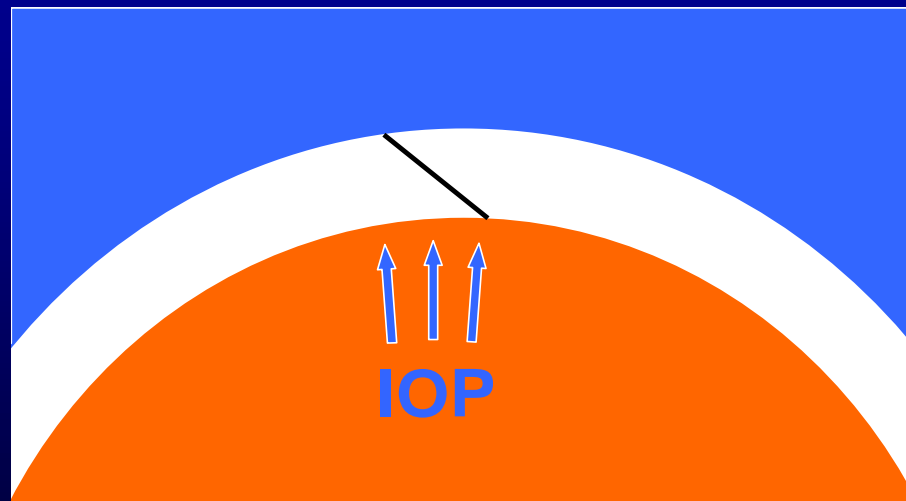
D



Rimozione del trocar e tenere il perno con le pinze se c'è una resistenza

## Incisione angolata

- Creare un'incisione autosigillante
- Dopo rimozione della cannula
  - IOP produce una spinta dall'interno che mantiene chiusa la ferita



*Rizzo S. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2007, Singh A Retina 2008,  
Taban M. Ophthalmology 2008, Taban M. Ophthalmology 2009*



## INDICAZIONI

- Pucker maculare
- Edema maculare diabetico di tipo microtrazionale
- Emovitreo non complicato
- Foro maculare

Pazienti operati con vitrectomia transcongiuntivale 23

G senza suture: 32

19 pucker maculare

7 edema maculare diabetico microtrazionale

3 fori maculari

3 emovitreo non complicato

## Inconvenienti e complicanze legate alla tecnica

### Apposizione suture:

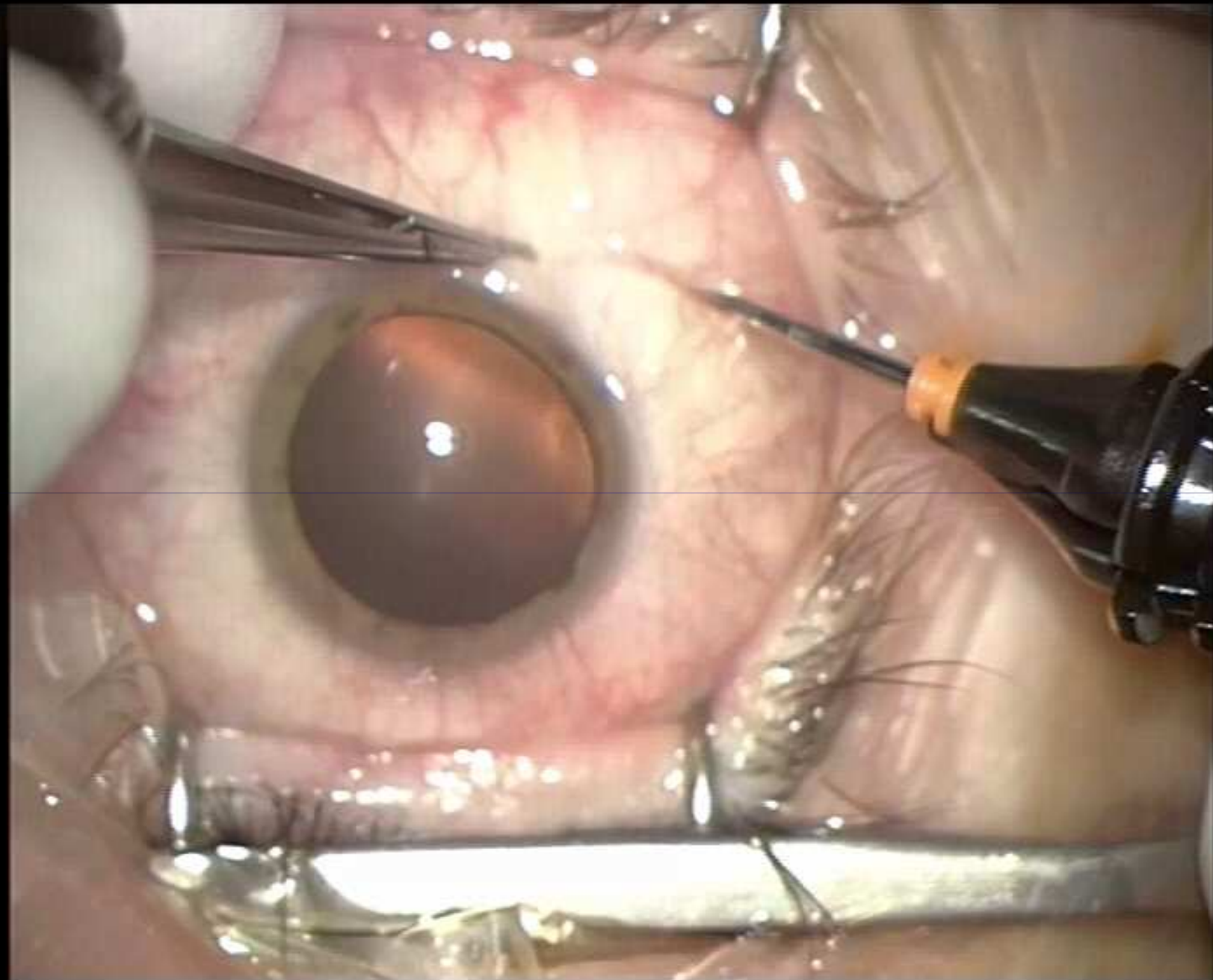
- pucker maculare : 1 /19
- edema maculare diabetico microtrazionale: 1 / 7
- fori maculari : 1/3
- emovitreo (estrusione delle cannule per vitrectomia allargata): 3/3

### Distacco di retina:

- pucker maculare : 0
- edema maculare diabetico non trazionale: 0
- foro maculare: 1
- emovitreo : 0

### Endoftalmiti: 0

**Ipotonie** : 3 casi, risolti dopo 3-6 giorni (2 distacco coroideale piano)



# Vantaggi:

Precoce recupero post-operatorio ( minimo trauma per congiuntiva e la sclera)

**Il sistema cannulato protegge maggiormente dal rischio rotture iatrogene (tramite per il passaggio degli strumenti) e riduce lo sfiancamento della sclerotomia durante il passaggio degli strumenti**

Maggiore velocità dell'intervento

Più agevole e meno invasivo per chirurgia combinata

Efficacia paragonabile al 20 gauge

## Svantaggi

- Curva di apprendimento nell'eseguire le incisioni e nel familiarizzare con la nuova strumentazione
- Ipotonia post-operatoria (rischio endoftalmite)
- Difficoltà nel reperire la sclerotomia in caso di sutura
- Più difficoltoso il distacco della ialoide posteriore  
( < nuovi strumenti)

## Conclusioni

- Tecnica ideale per il pucker maculare e la chirurgia del polo posteriore
- Da valutare nei casi complessi ( poco indicata)
- Minore rischio di distacco di retina per < trazione sulla base del vitreo e < incarceramento del vitreo nelle sclerotomie a fine chirurgia
- > sviluppo della strumentazione > indicazioni



*GRAZIE PER L'ATTENZIONE*

