

# Fissazione sclerale con microincisione



TRINGALI C, CIRONE M, MAIONE B, DI STEFANO G, ARAGONA MG, PRANTERA M.

PRESIDIO OSPEDALIERO "G.FOGLIANI" DI MILAZZO, U.O.C. DI OCULISTICA,  
DIRETTORE DOTT. M.PRANTERA



**È risaputo che dopo estrazione di cataratta senza conservazione del supporto capsulo-zonulare né impianto di IOL, la riabilitazione visiva del paziente è difficile sia con occhiali che con lenti a contatto.**



- Gli occhiali determinando aniseiconia nell'afachia monoculare, distorsione spaziale e aberrazioni cromatiche, sono mal tollerati.

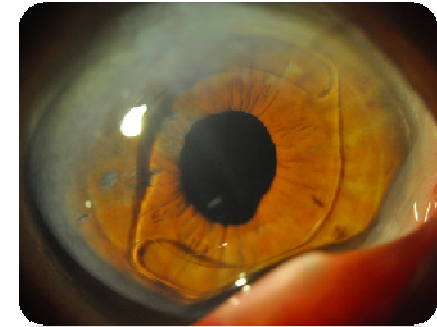


- Le LAC permettono un miglior recupero funzionale ma possono dare problemi di intolleranza e infezioni.

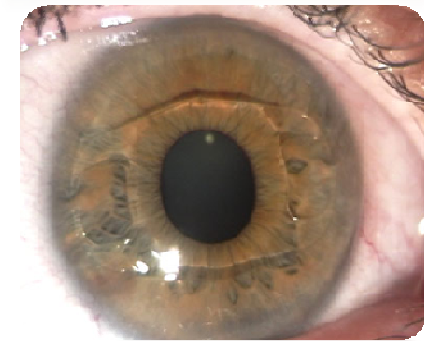
***Oggi si utilizzano diverse tecniche di impianto secondario***

Le numerose complicanze degli impianti in camera anteriore con IOL di prima generazione (ad anse chiuse) hanno favorito il moltiplicarsi di nuove tecniche di impianto secondario.

Impianto in CA a supporto angolare (anse aperte tipo Kelmann)



Impianto a fissazione iridea di Worst (faccia anteriore o posteriore dell'iride)



Impianto in camera posteriore a fissazione sclerale



## Perché preferire la fissazione sclerale

Ricrea una situazione più simile a quella del cristallino naturale, posizionandosi vicino al punto nodale dell'occhio

In generale, in assenza di un supporto capsulare, la fissazione sclerale offre alcuni vantaggi rispetto alle altre tecniche, riducendo l'incidenza di alcune complicanze

- Scompenso corneale
- Flogosi cronica
- Sinechie anteriori periferiche
- Glaucoma
- CA bassa
- EMC

Heidemann D et al. Am J Ophthalmol, 1992;113:619-25.  
Schechter RJ. J Cataract Refract Surg, 1990;16:755-6.  
John T et al. J Cataract Refract Surg, 2000;26:1786-91.  
Wong SK et al. J Cataract Refract Surg, 1987;13:17-20.  
Lubniewski AJ et al. Am J Ophthalmol, 1990;110: 237-43.

# Complicanze più temibili



- Decentramento e tilting della IOL
- Emorragia intravitreale
- Erosione delle suture
- Distacco di retina
- Edema maculare cistoide

# Quale IOL per la fissazione sclerale?



Le IOL a fissazione sclerale più frequentemente utilizzate negli ultimi 20 anni sono state le IOL rigide da CP (Alcon CZ 70 BD).

L'impianto di questo tipo di IOL richiede incisioni corneali o corneosclerali ampie e numerose manovre in CA con il rischio di collasso della stessa e di emorragie (coroideali, vitreali o di altro tipo).

Le IOL pieghevoli, introdotte attraverso una piccola incisione, ci consentono di eseguire manovre meno traumatiche per il bulbo oculare evitando il collasso della CA.

## Akreos MI60

Il disegno dell'ottica è equiconvesso per mantenere i piani principali sempre nella stessa posizione al variare del potere.

L'ottica asferica assicura un'elevata qualità dell'immagine anche in caso di decentramento o inclinazione della lente

- Materiale: acrilico idrofilo con il 26% di contenuto acquoso
- Ottica: asferica biconvessa, square edge
- Anse: monopezzo, angolate di  $10^\circ$ , con 4 punti d'appoggio
- Corpo ottico: 6.2-5.6 mm a seconda del potere diottrico
- Diametro totale: 11-10.5 mm
- Potere diottrico: da 0 a 30 D
- Costante: US 118.4, ottimizzata per IOLmaster 119.4





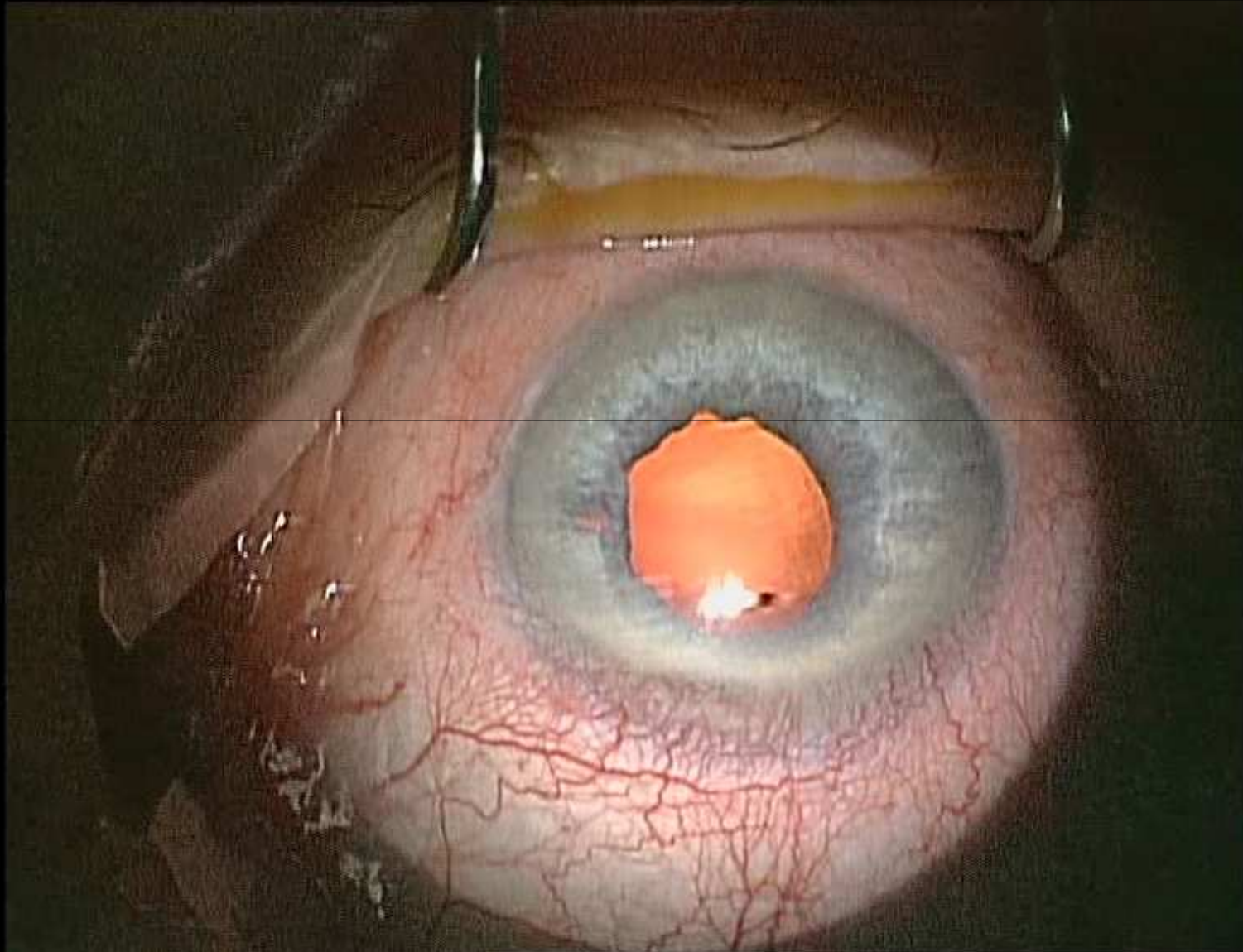
## Akreos MI60

È una IOL molto versatile che consente di approcciarsi in maniera diversa alla chirurgia con impianto a fissazione sclerale

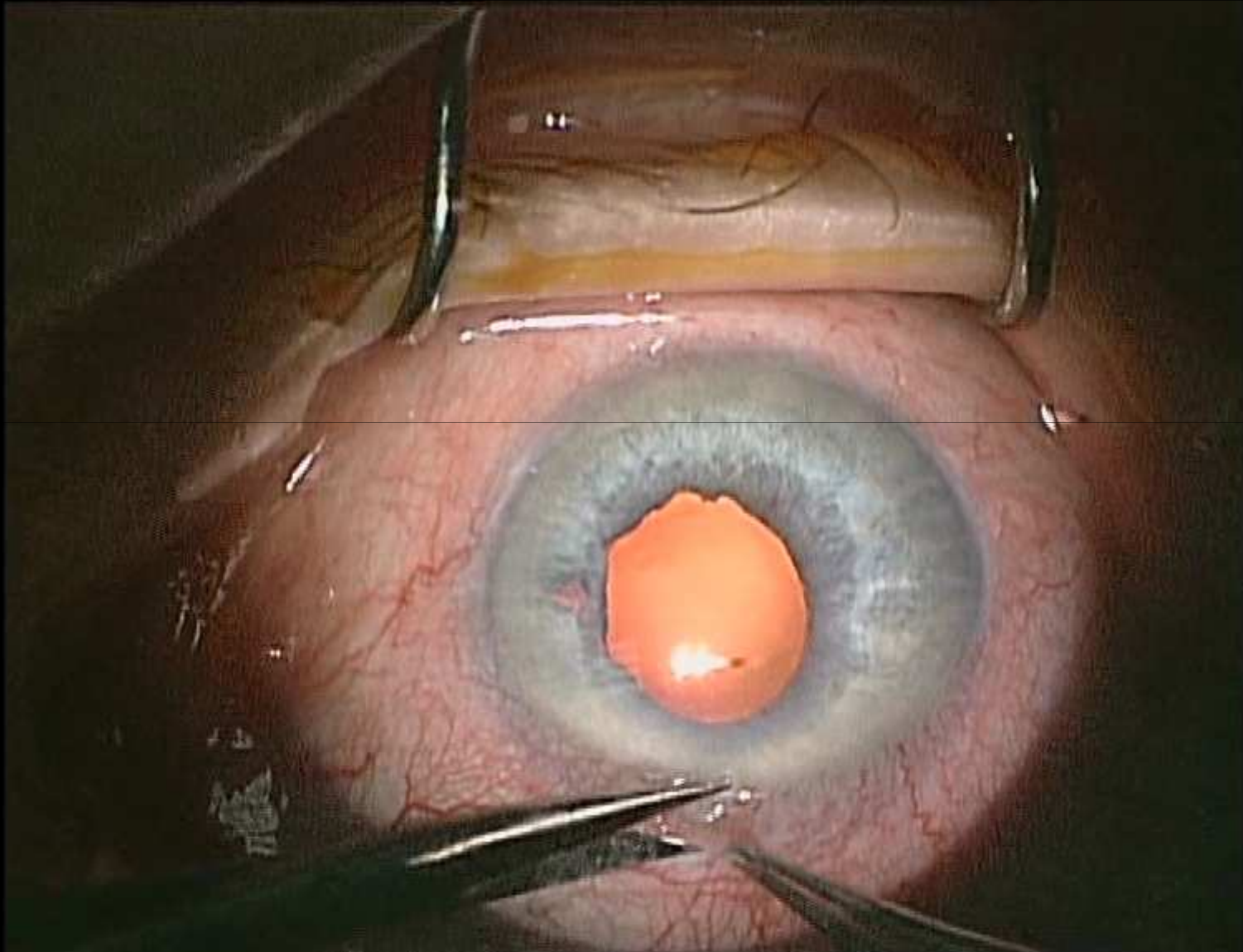
- Microincisione 2.2-1.8 mm vs 7 mm
- Assenza di astigmatismo corneale iatrogeno
- Rapido recupero post-operatorio
- Minori complicanze intra- e post-operatorie
- Minore incidenza di decentramento e tilting



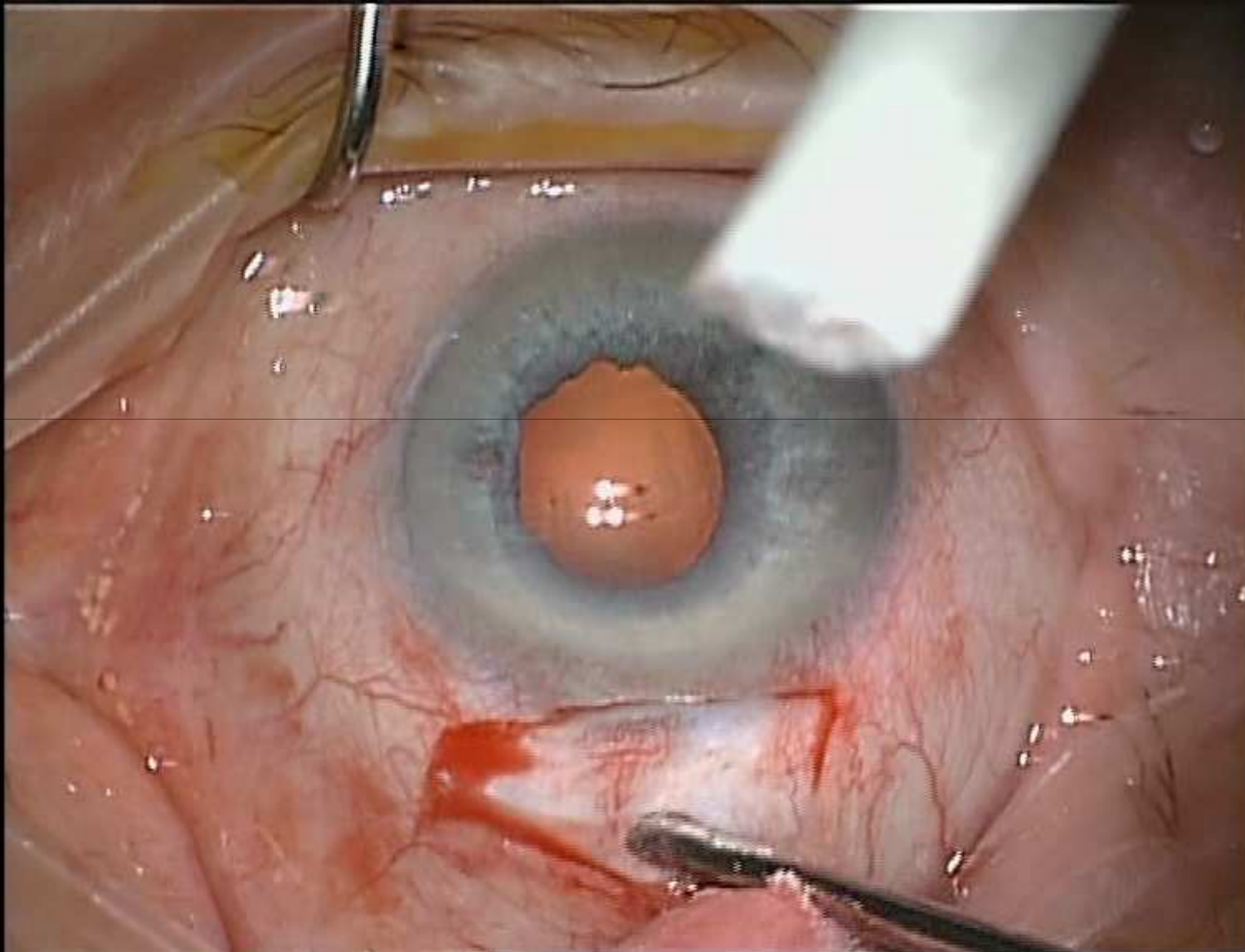
# Afachia post-traumatica



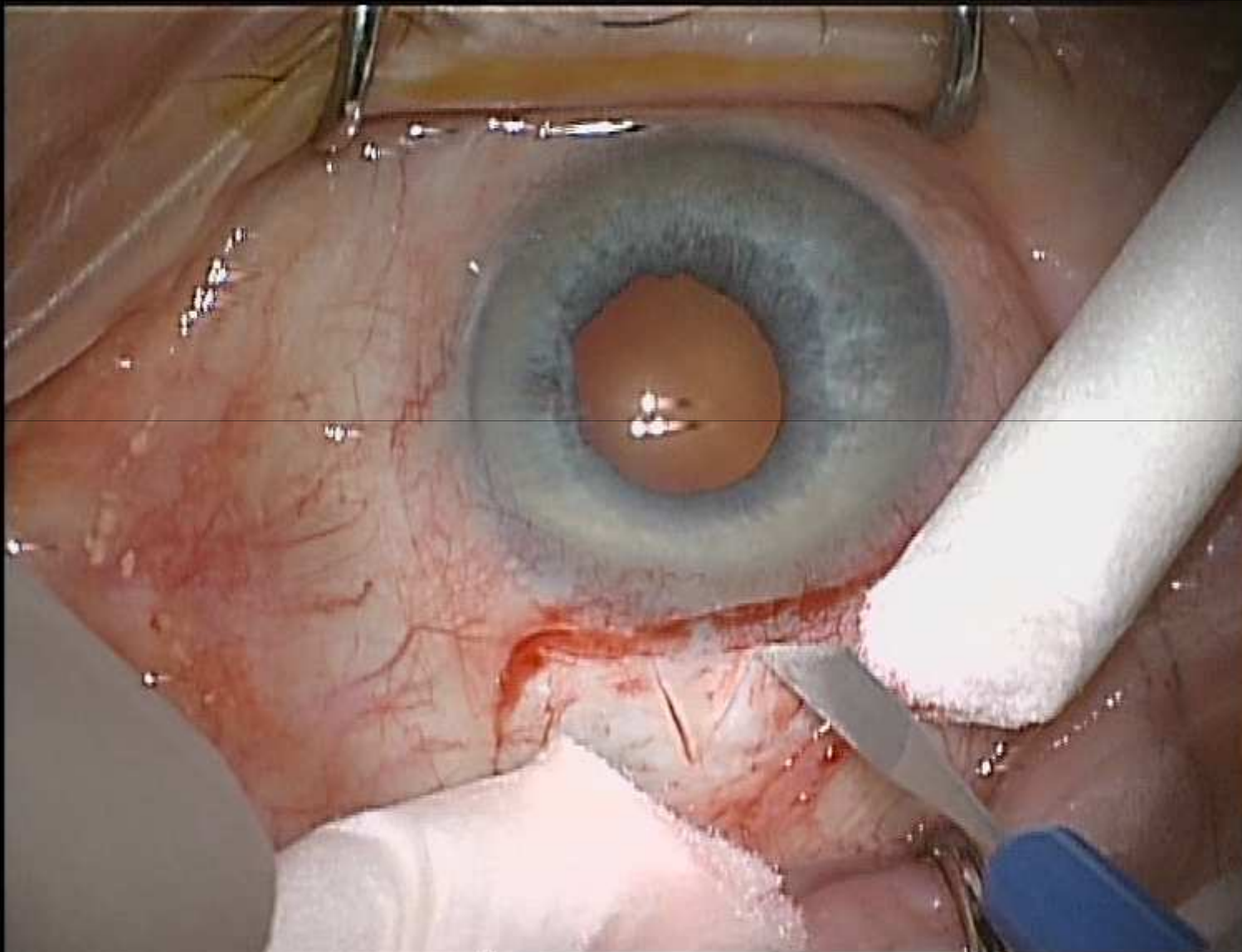
# Preparazione lembo congiuntivale ore 12



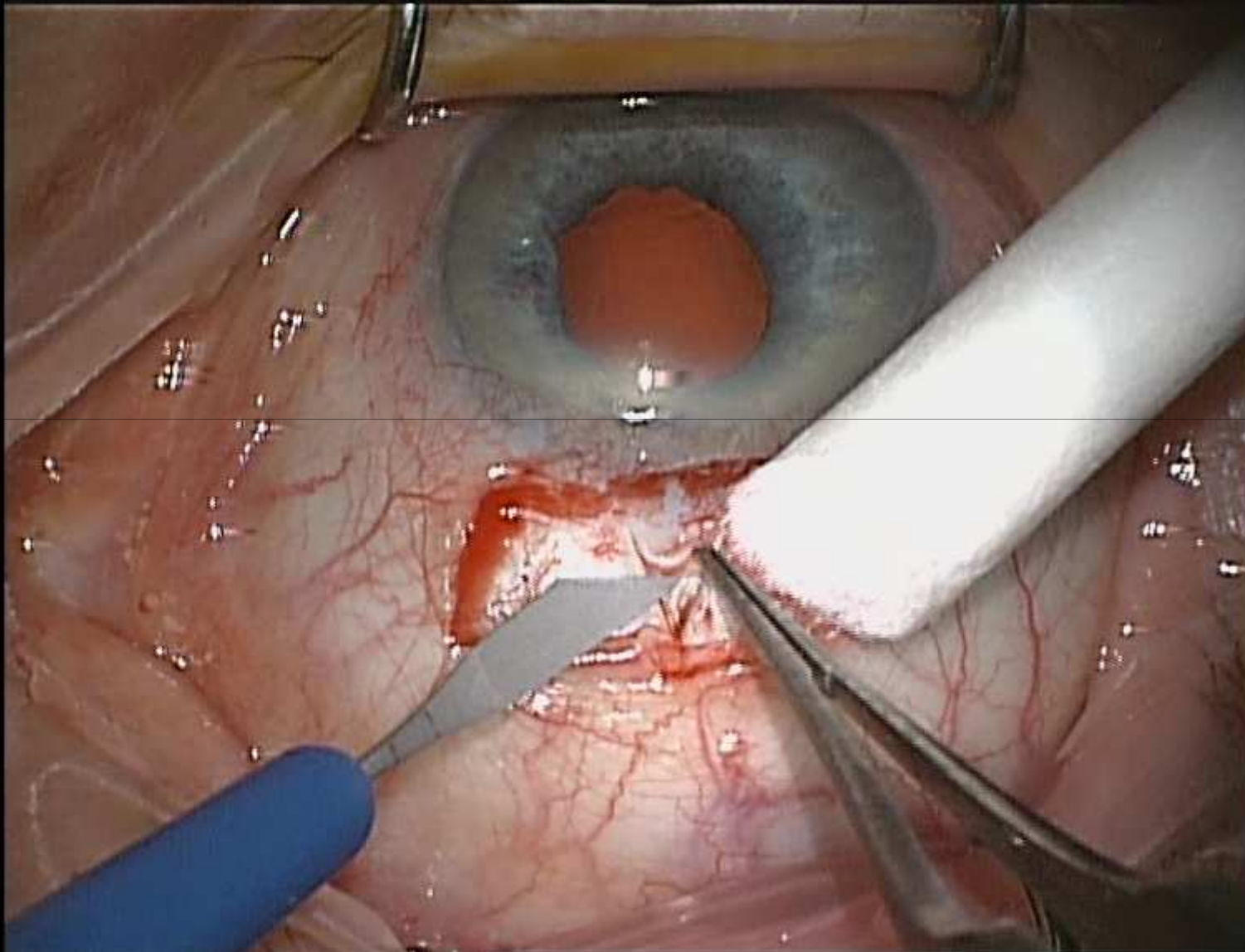
## Cauterizzazione letto sclerale



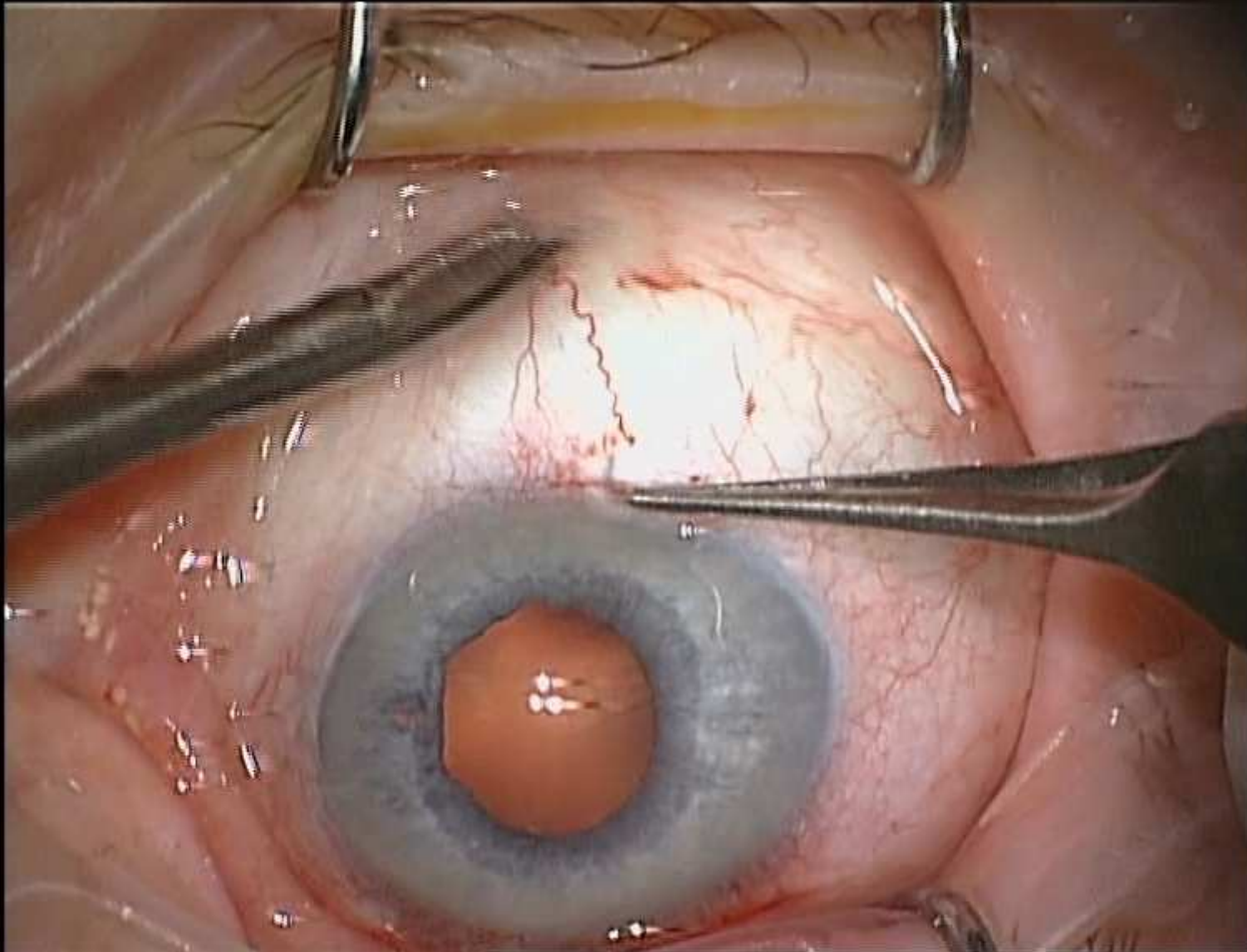
## Preparazione sportello sclerale



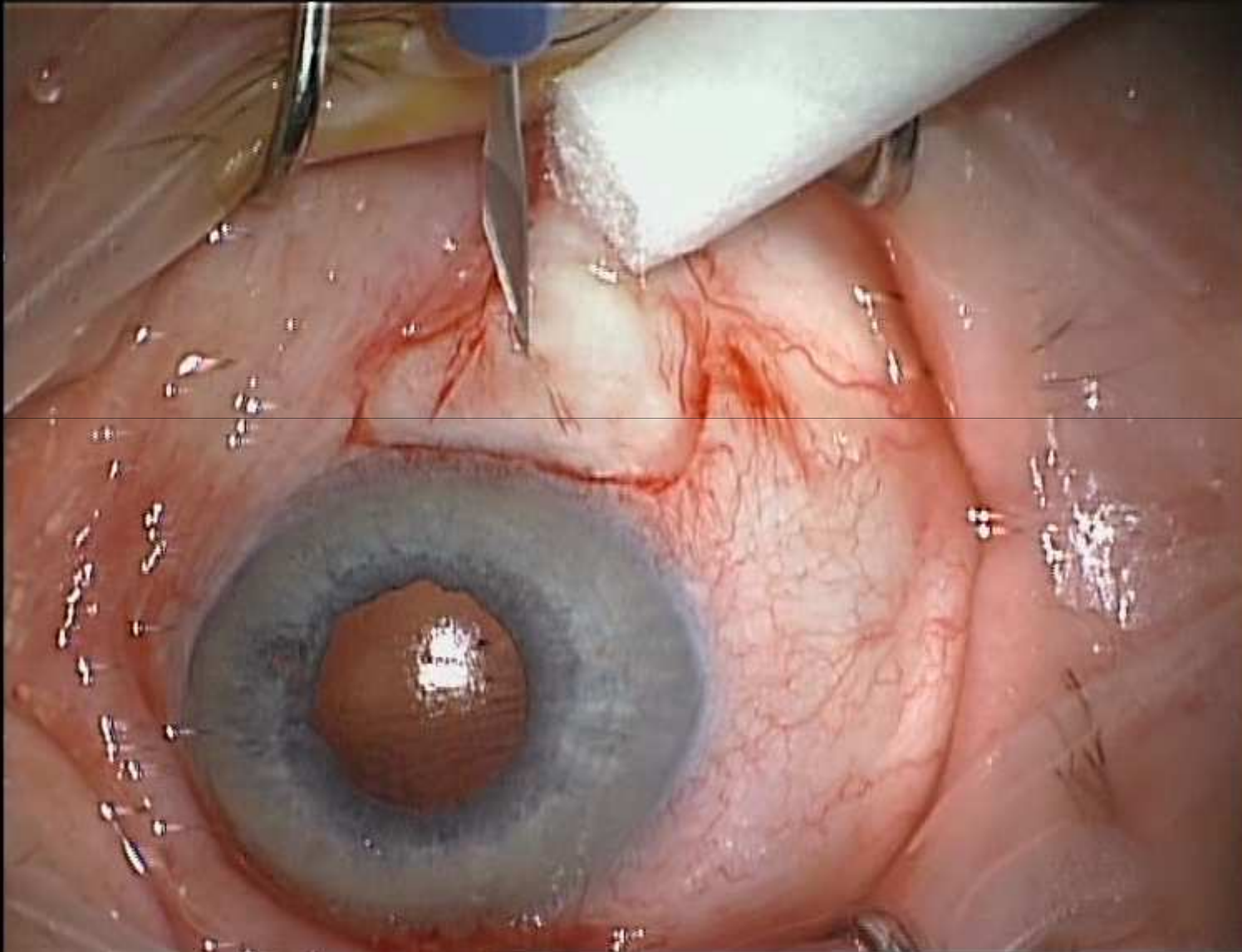
# Sollevamento sportello sclerale



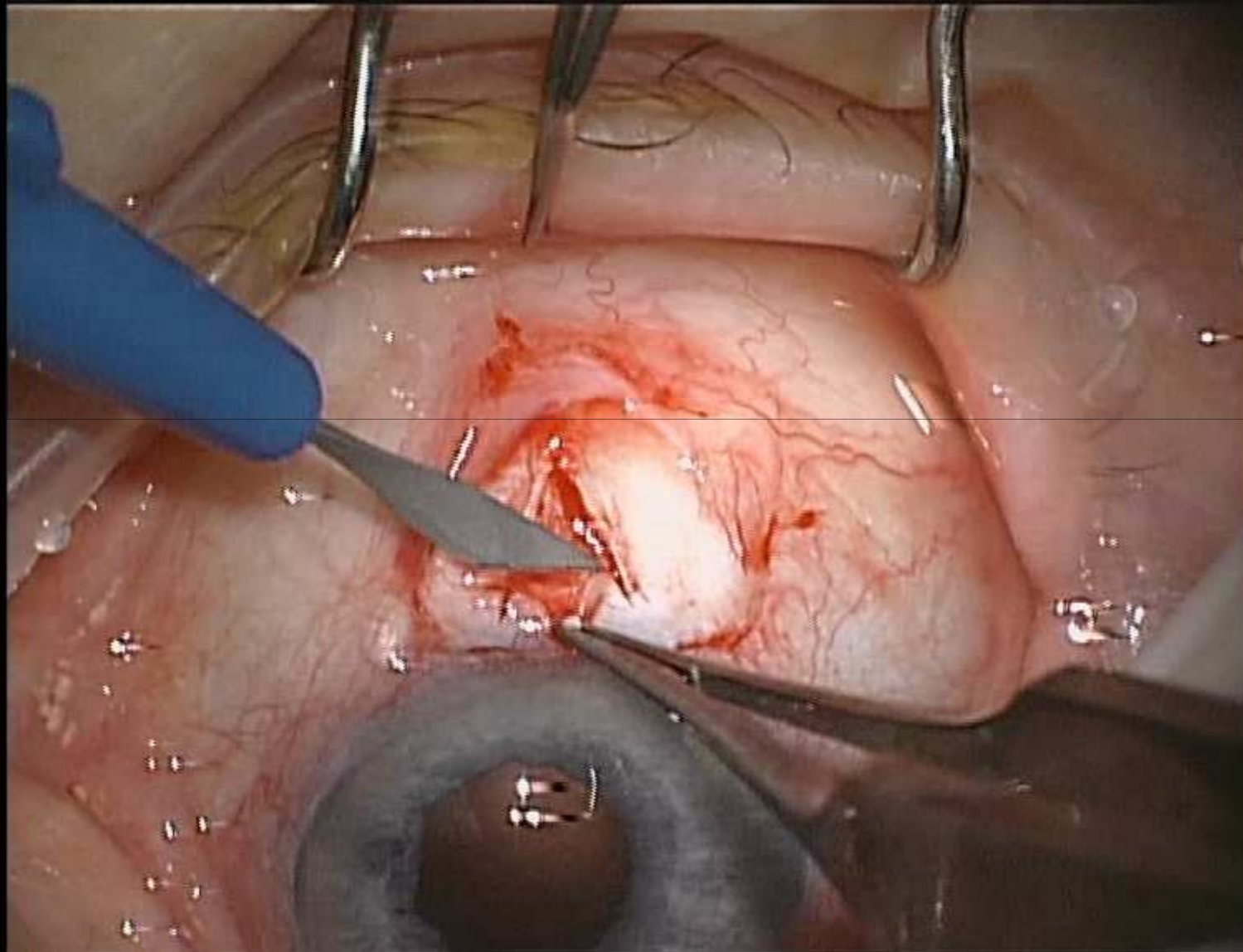
## Lembo congiuntivale ore 6



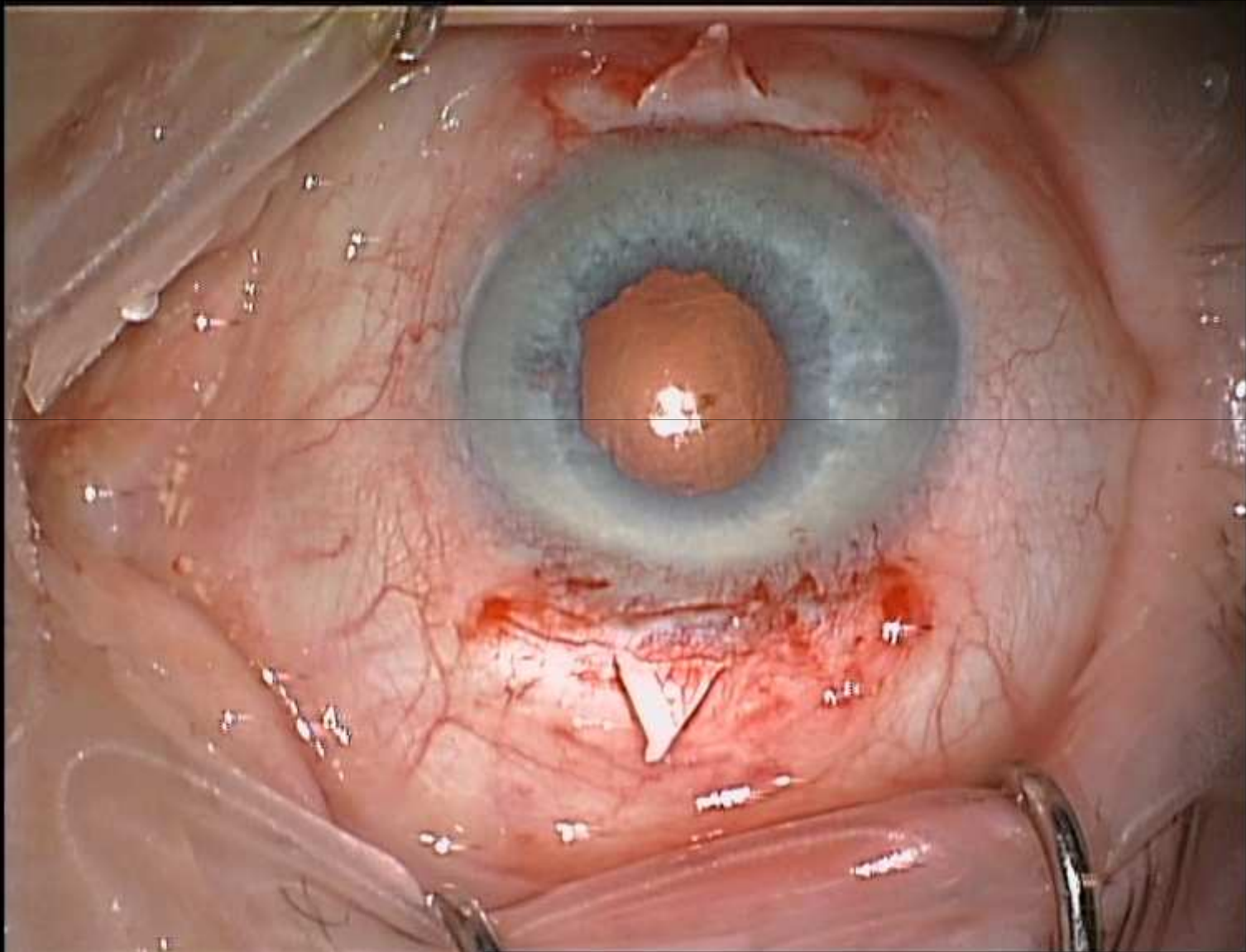
## Sportello sclerale ore 6



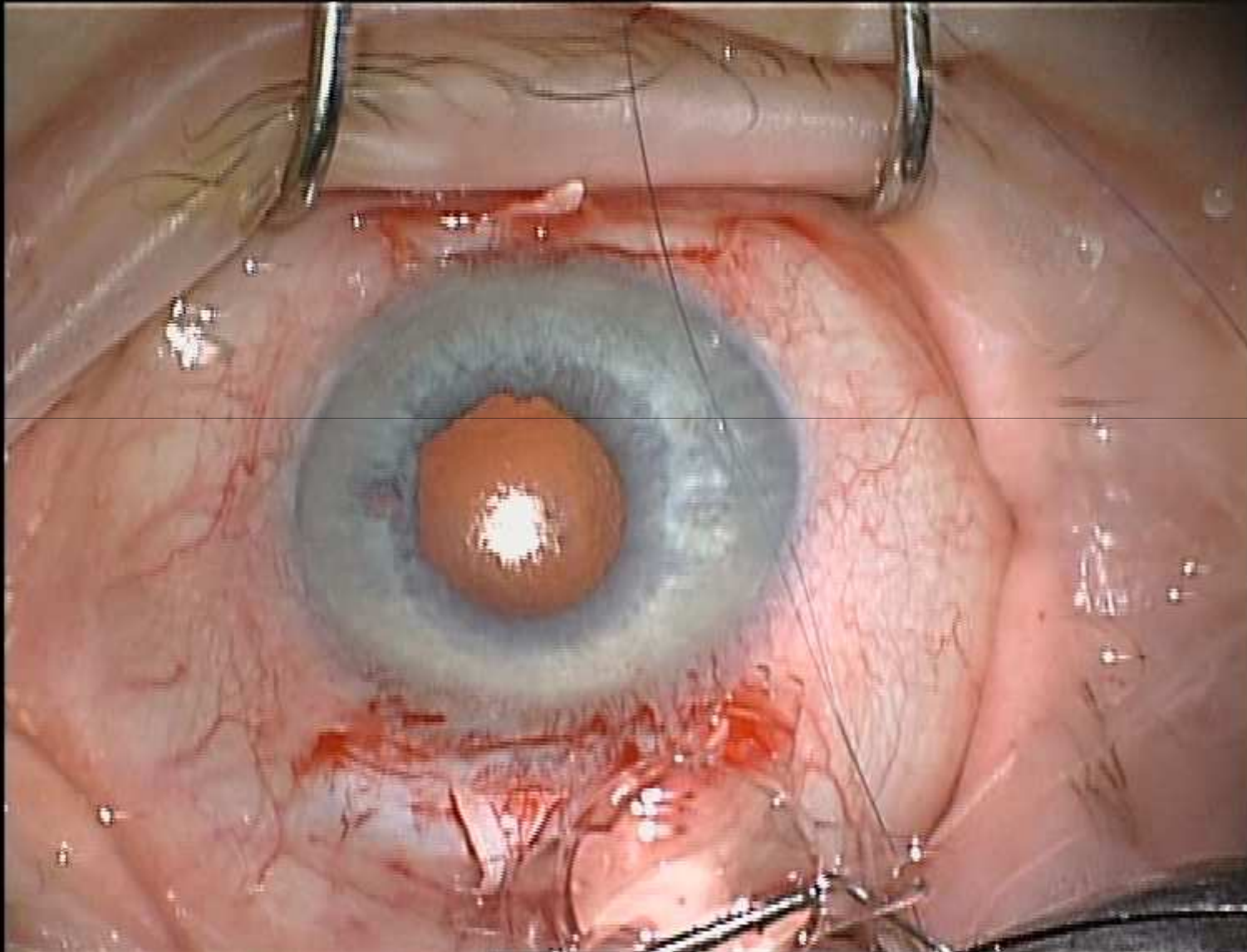
Si solleva lo sportello sclerale



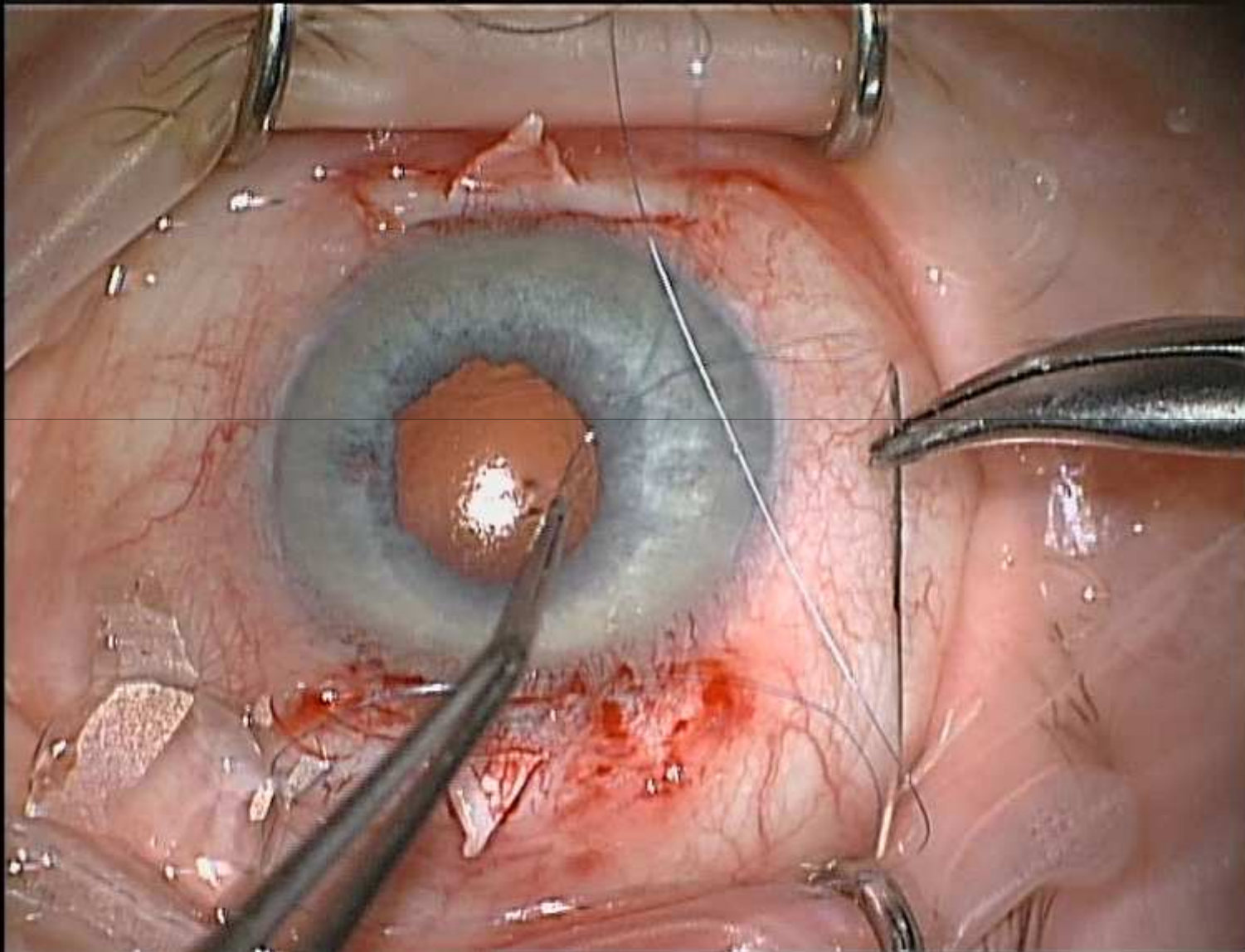




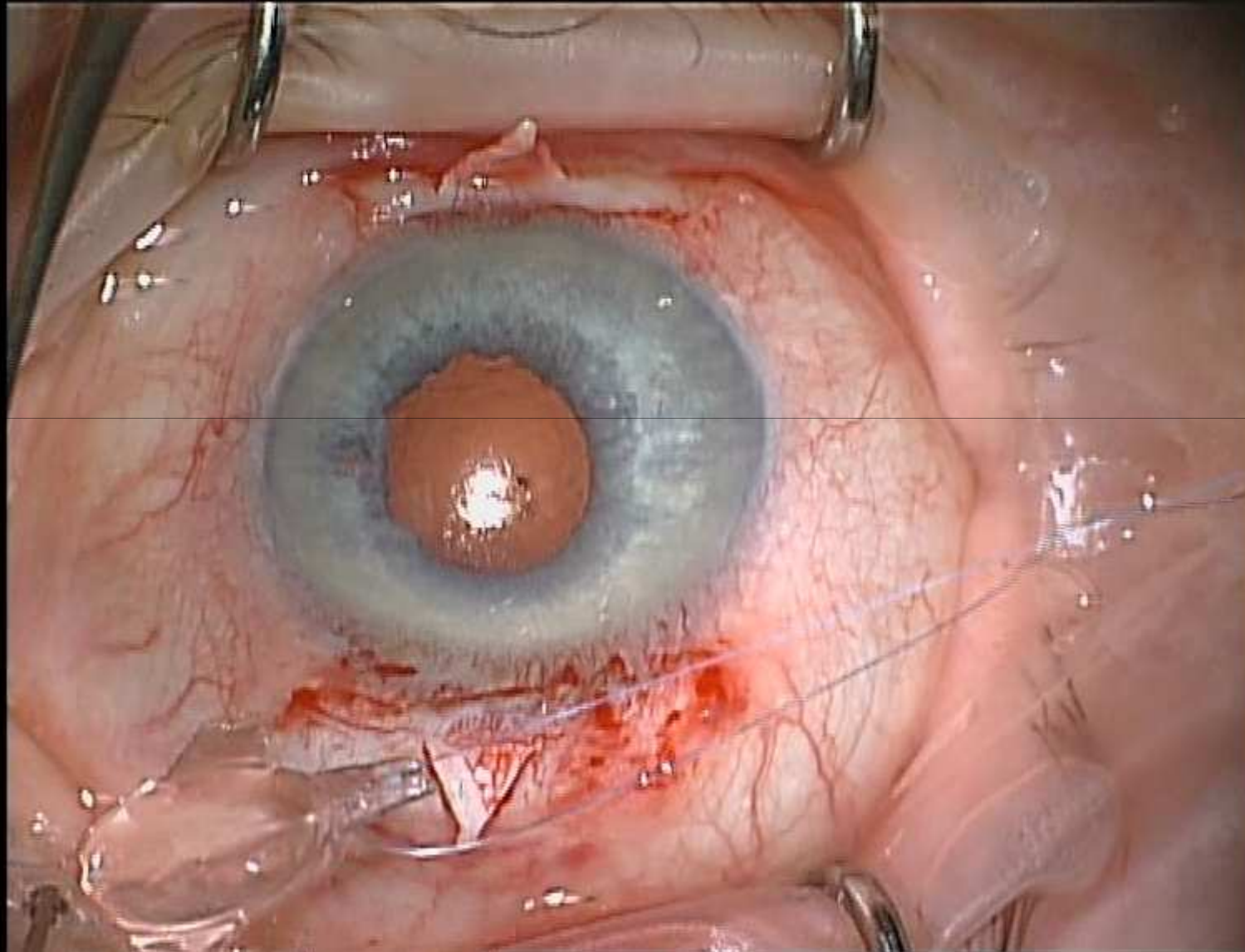
Si passa l'ago attraverso una loop



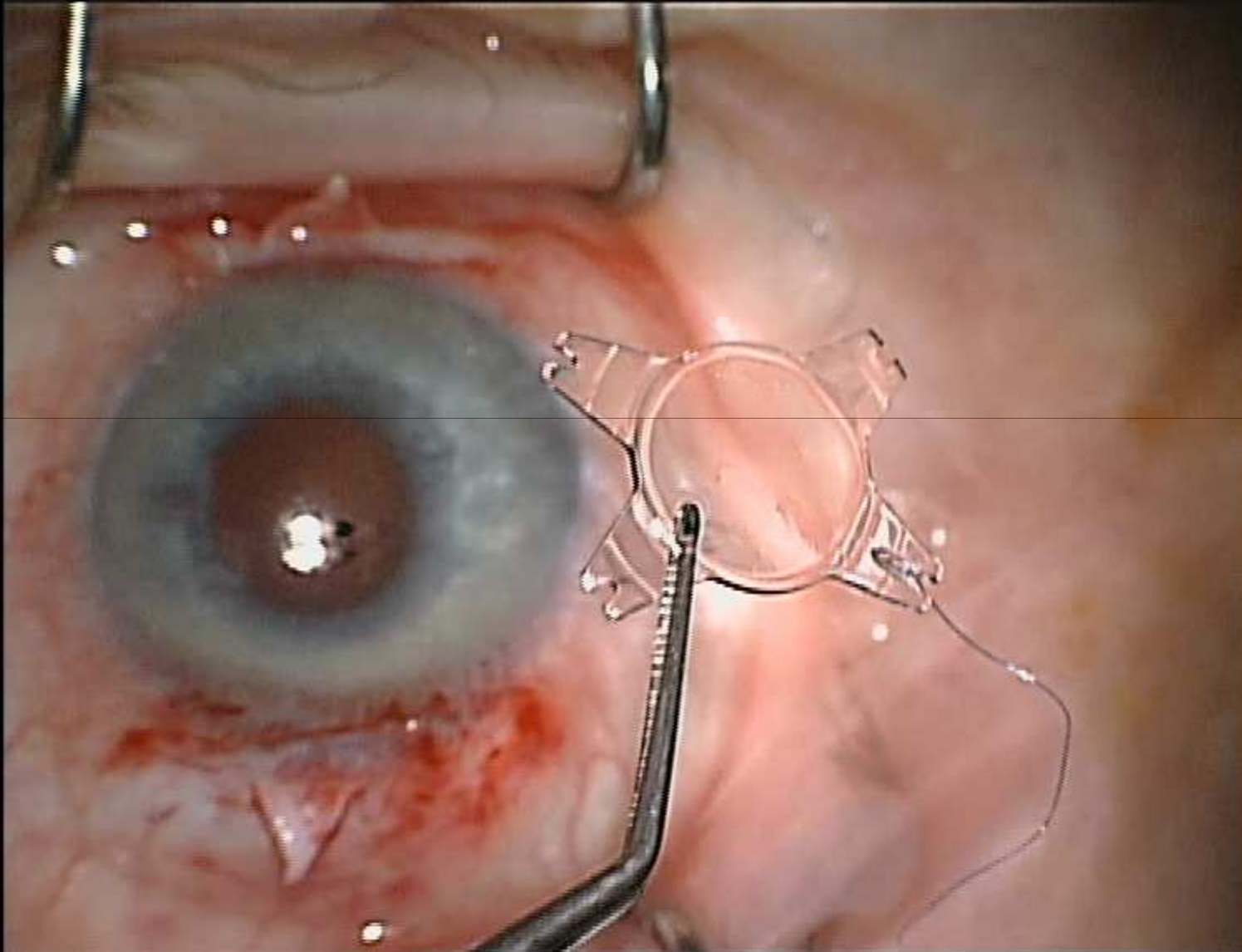
...e attraverso il cappio



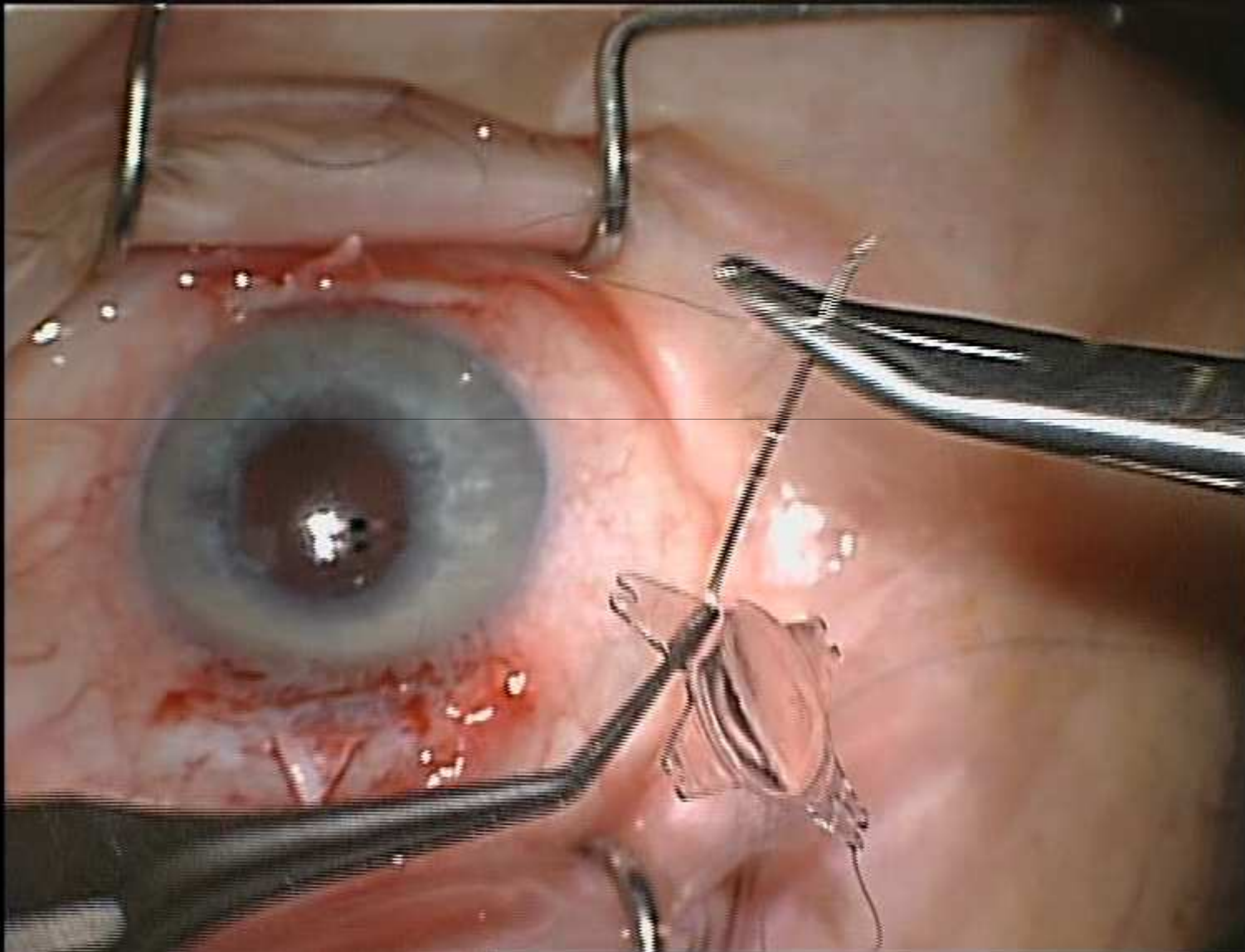
Si annoda il filo di sutura alla loop

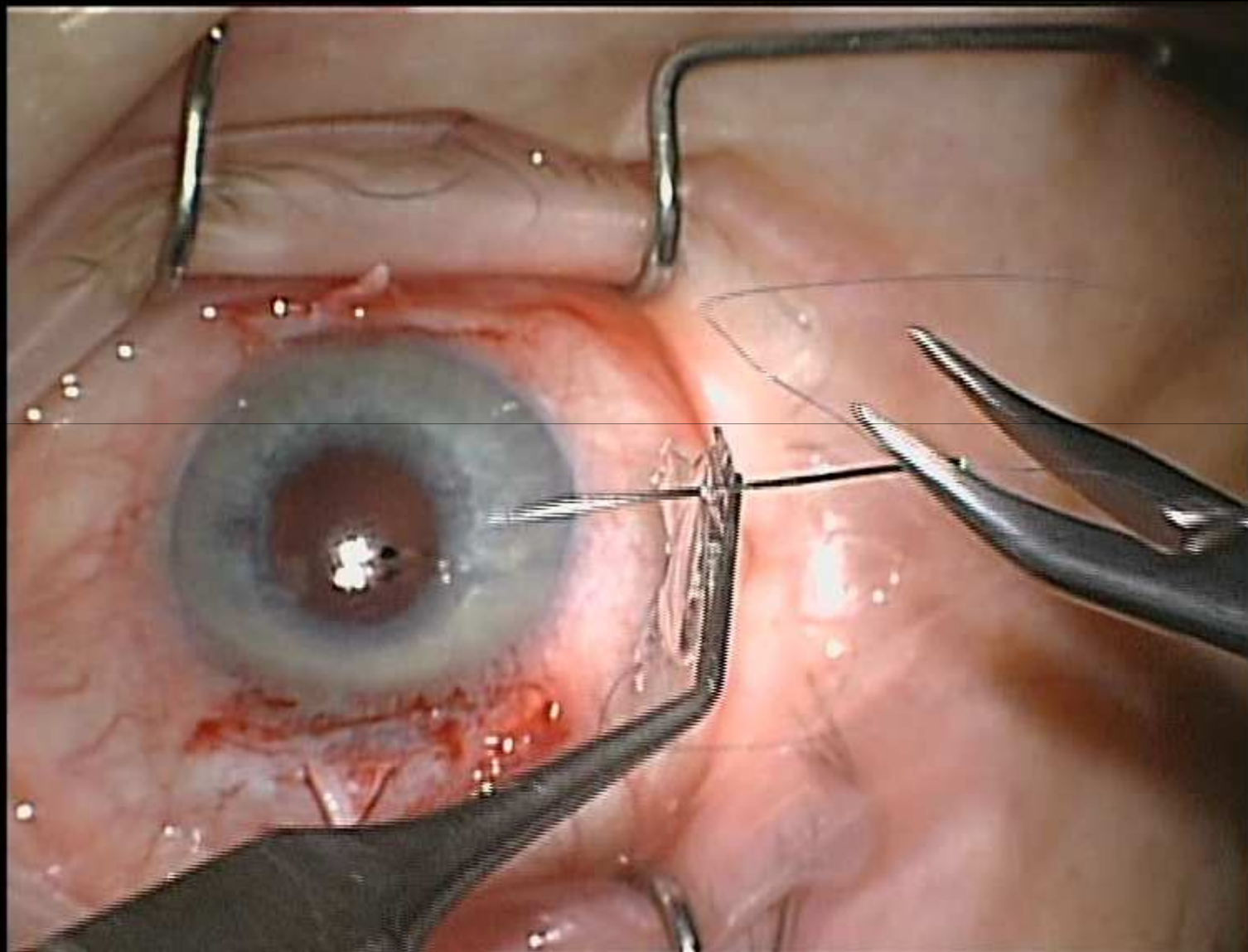


Non corriamo il rischio di rompere la loop

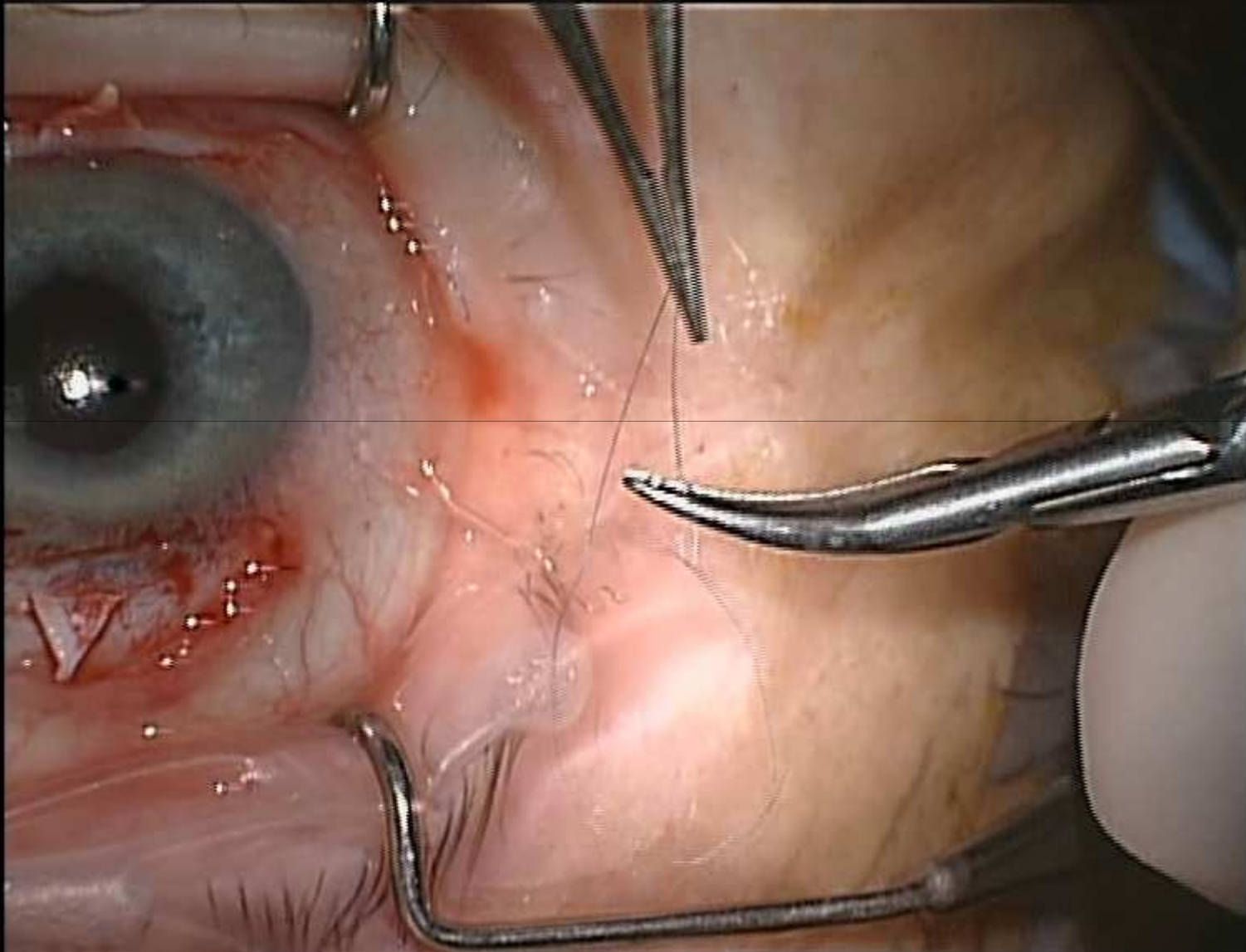


Stesso procedimento sulla loop opposta

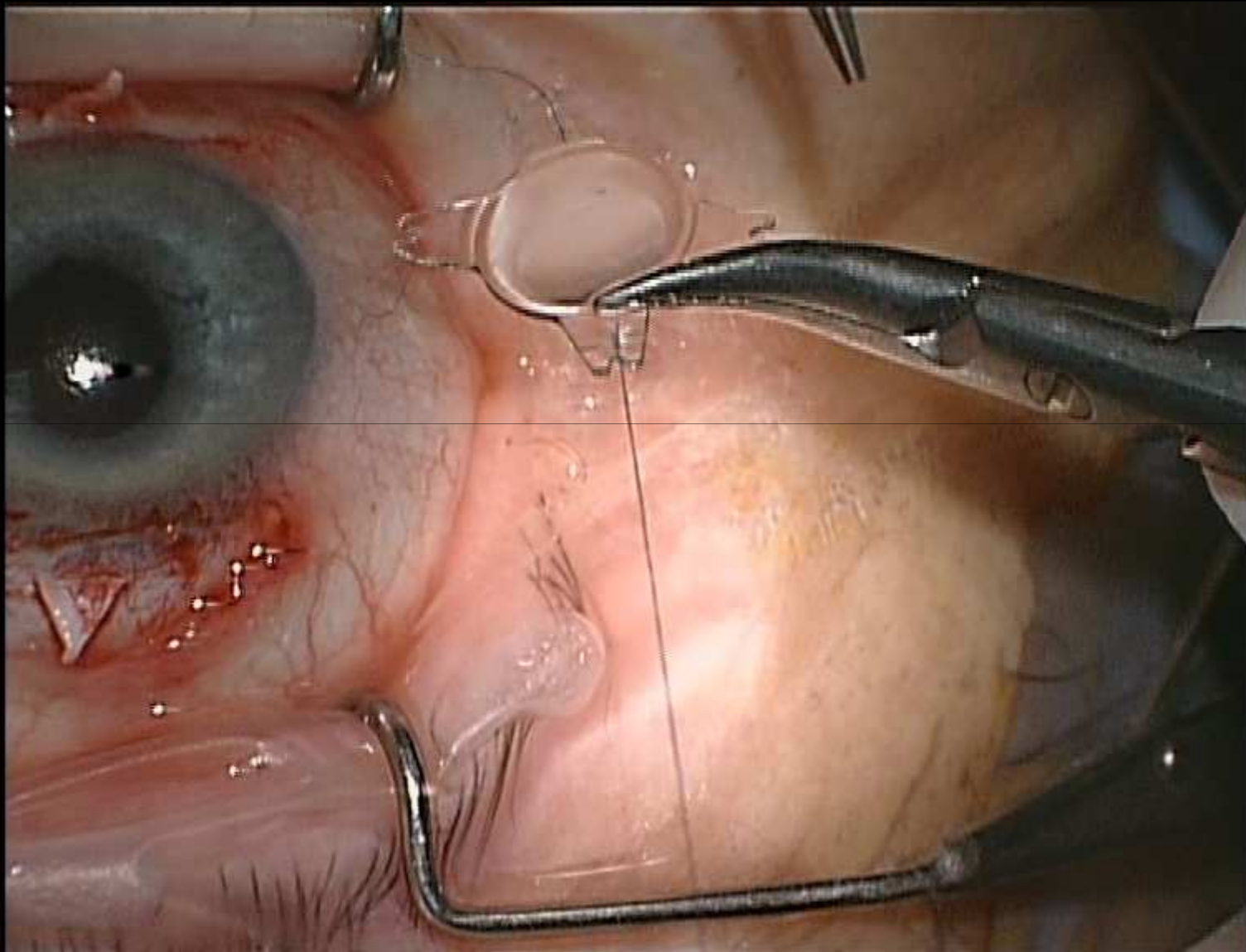


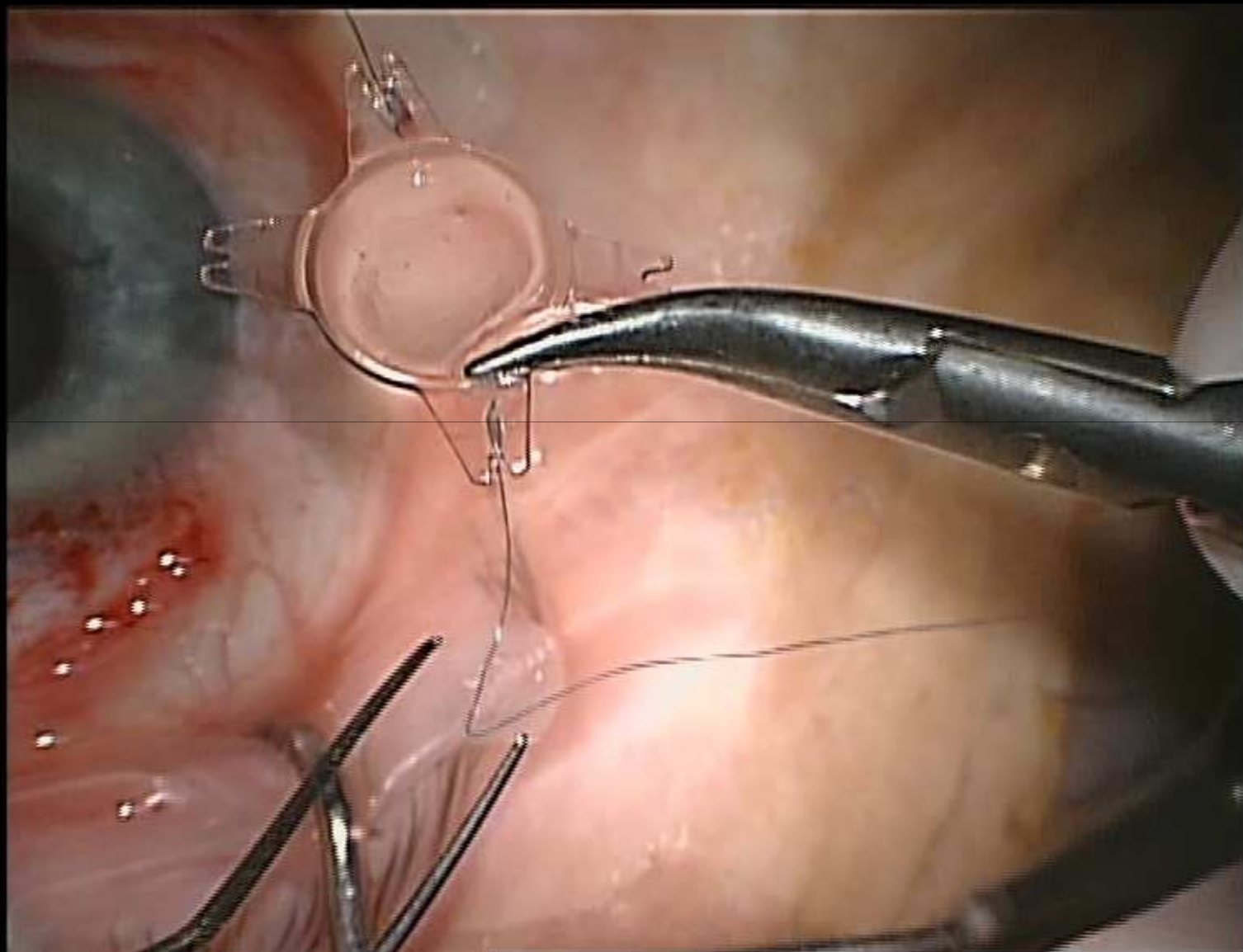


Si annoda

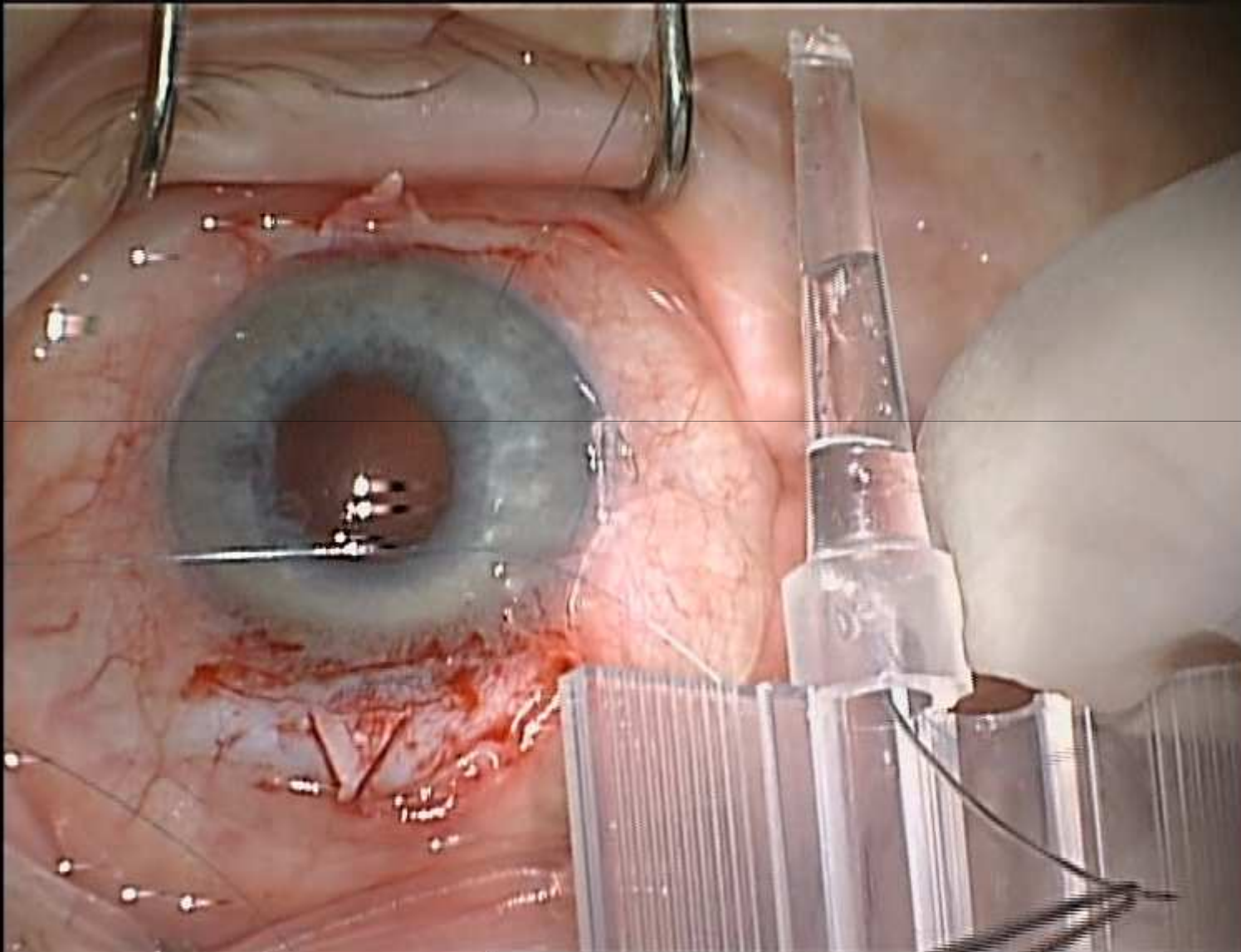




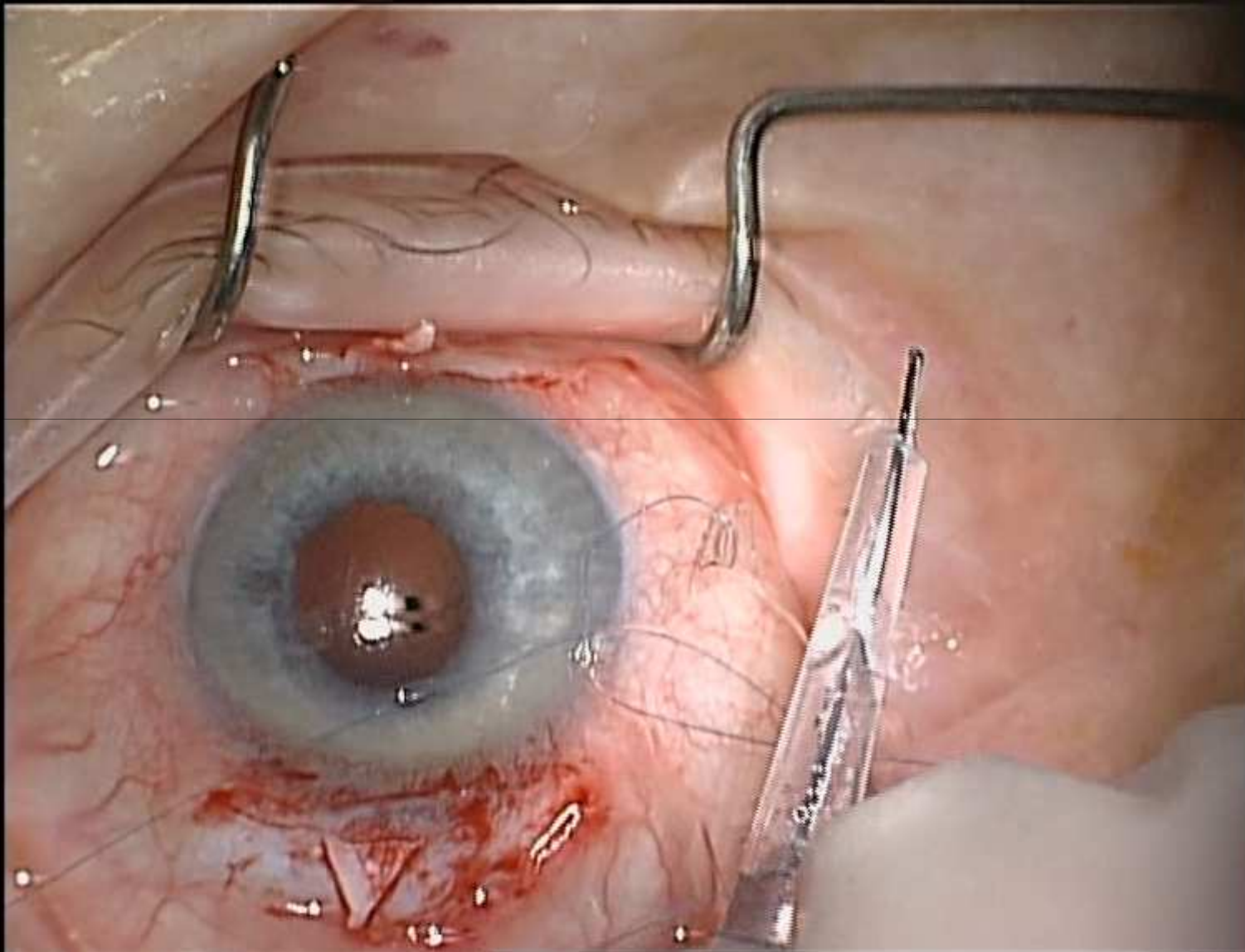


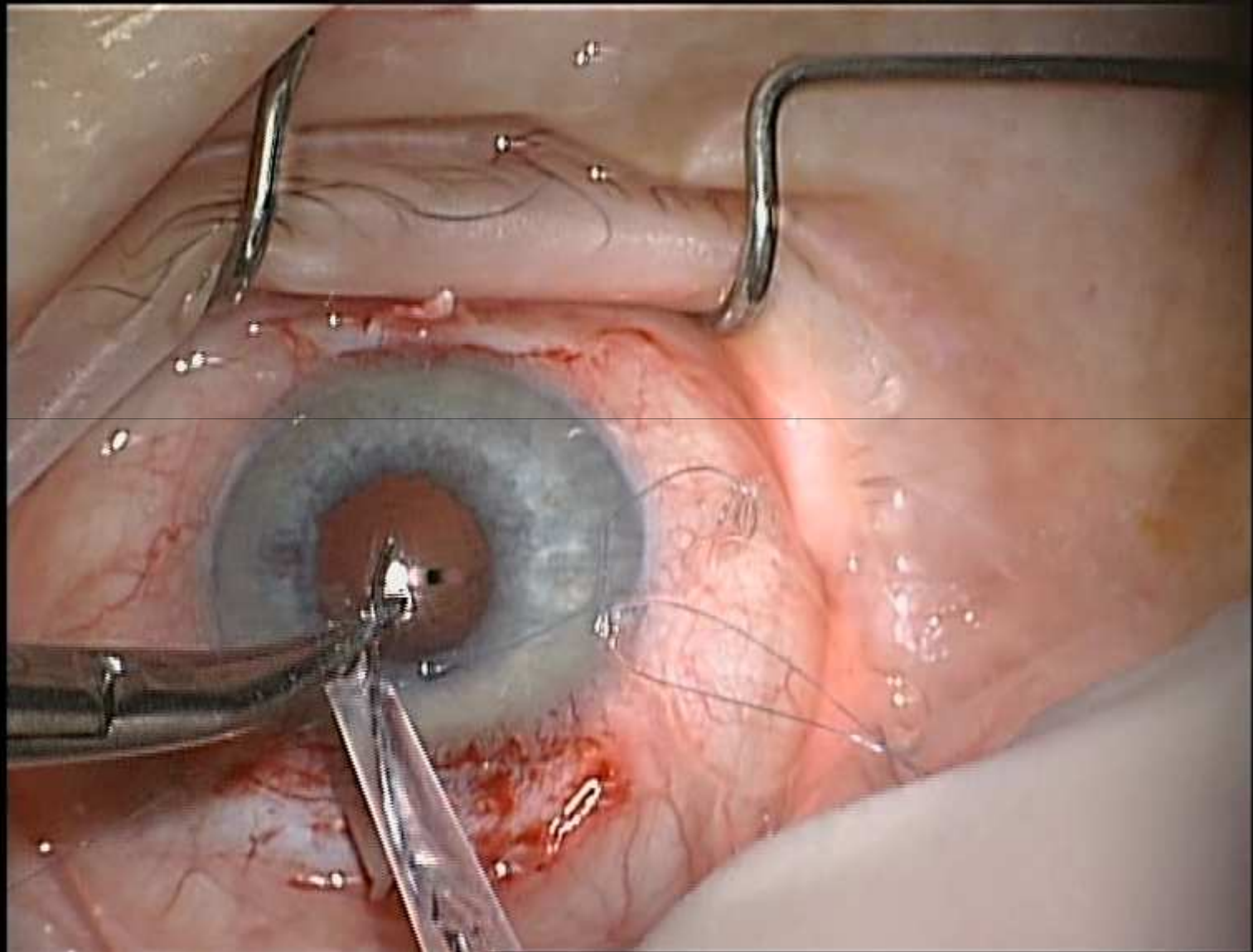


Si passa l'ago attraverso il cartridge

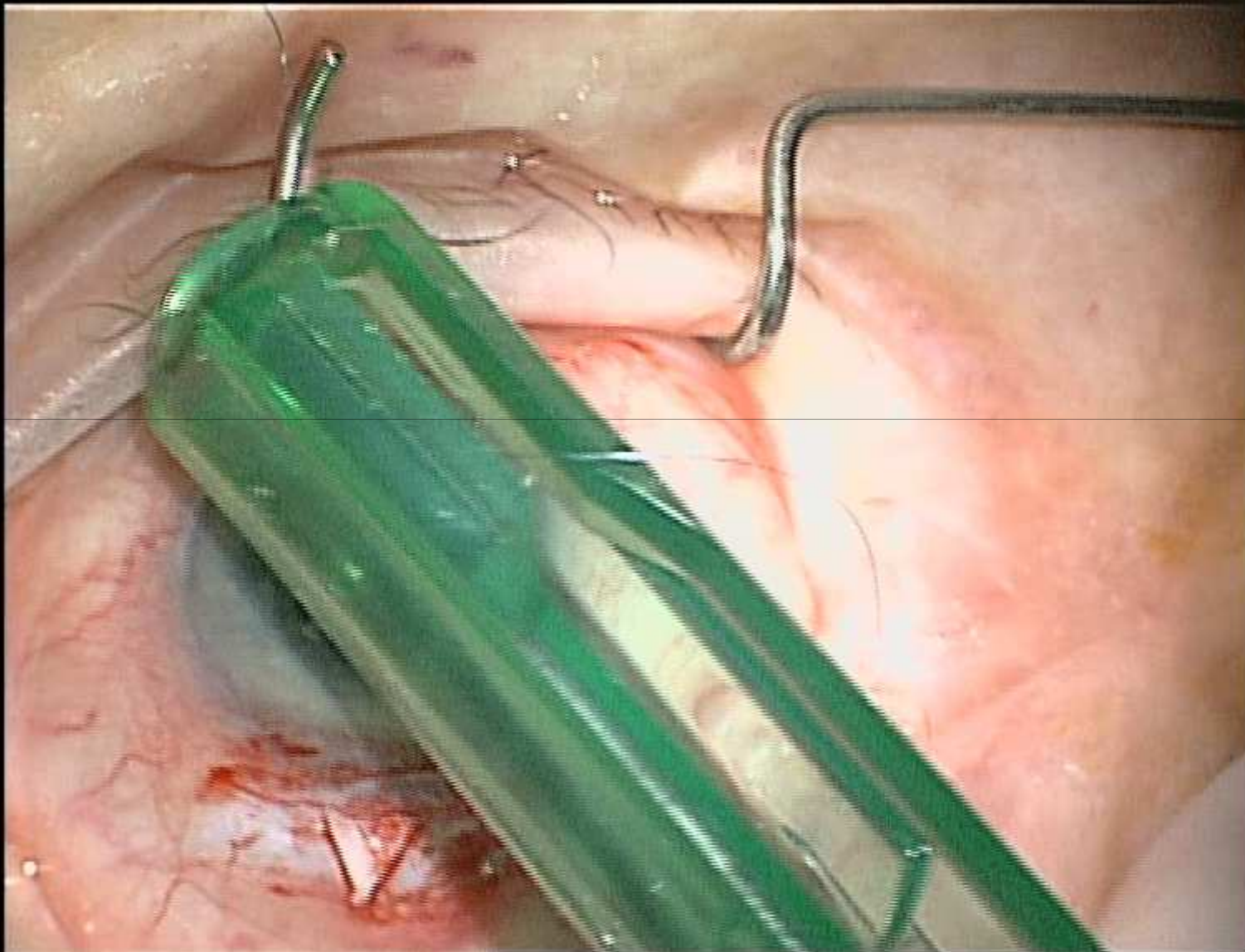


...avendo cura di non rovinarne la punta

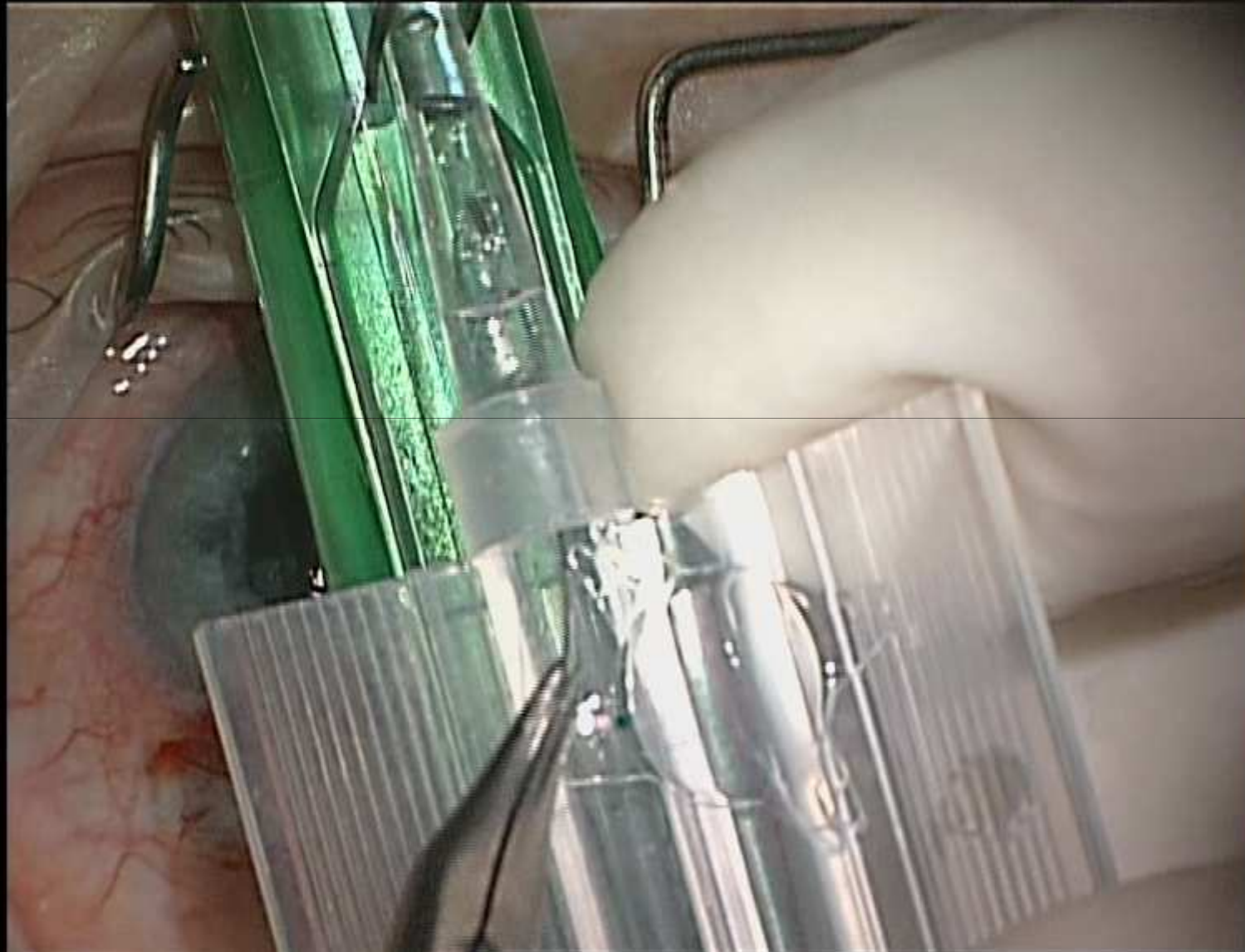




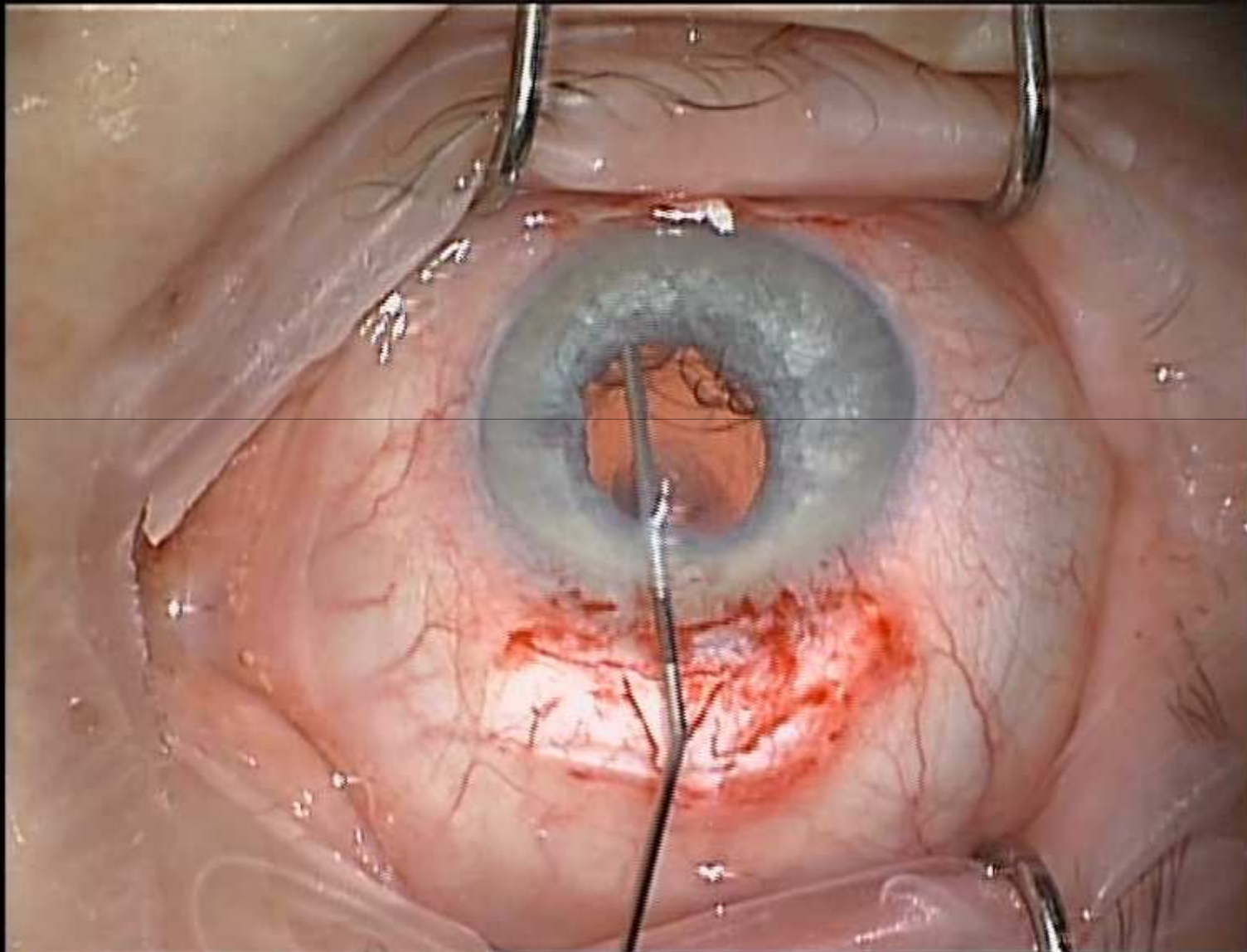
...e attraverso l'iniettore



Si sistema la IOL nel cartridge

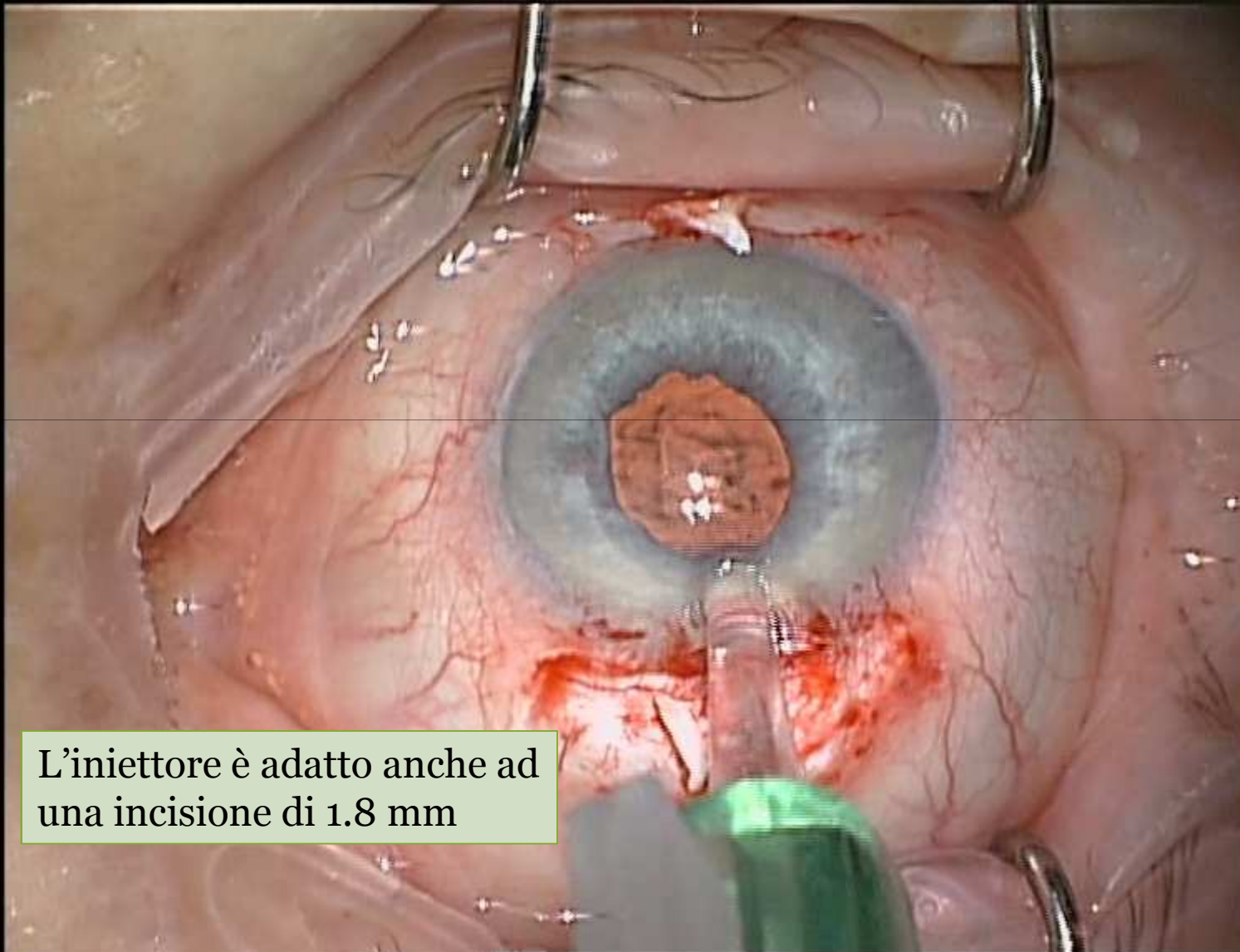


# Viscoelastico in CA

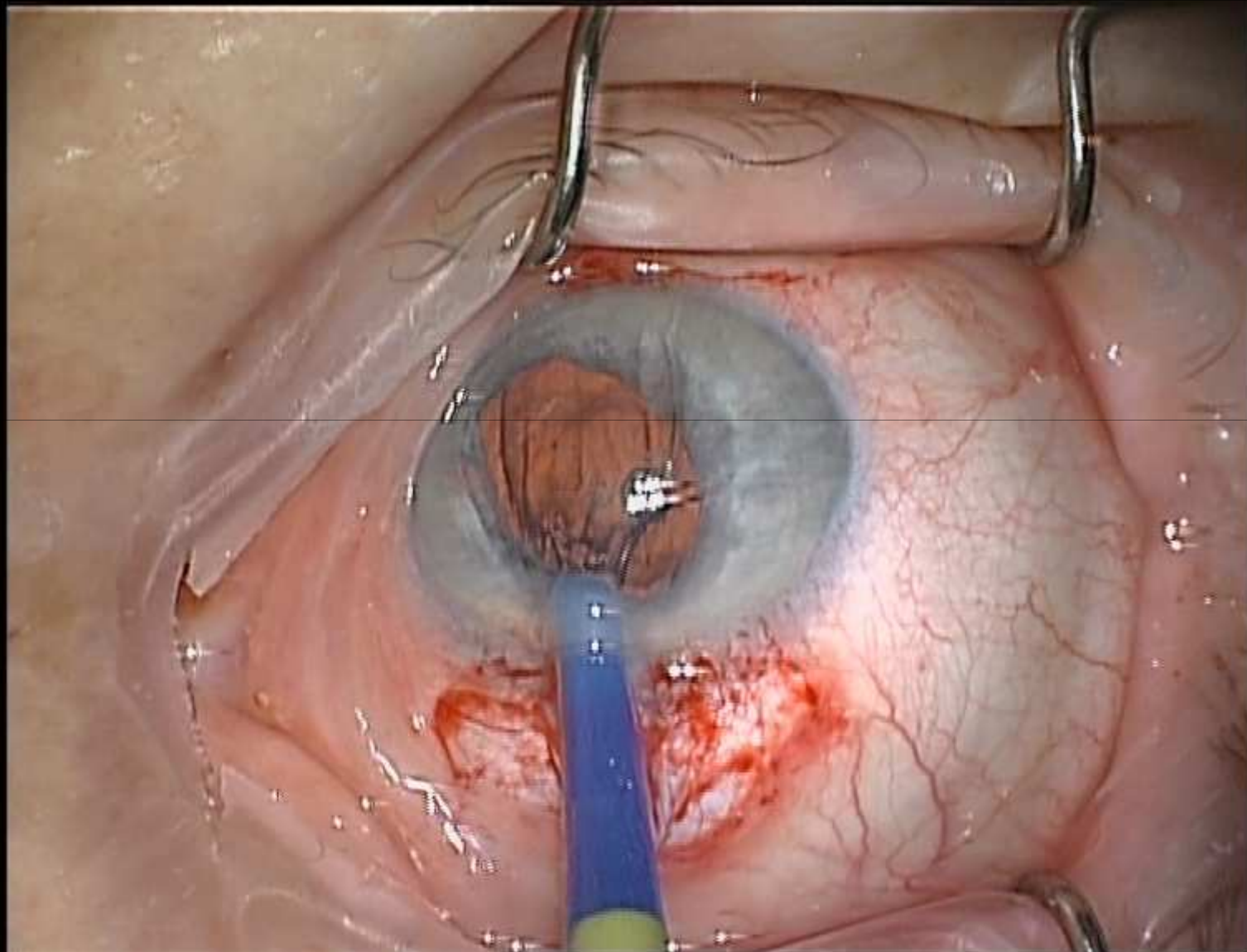




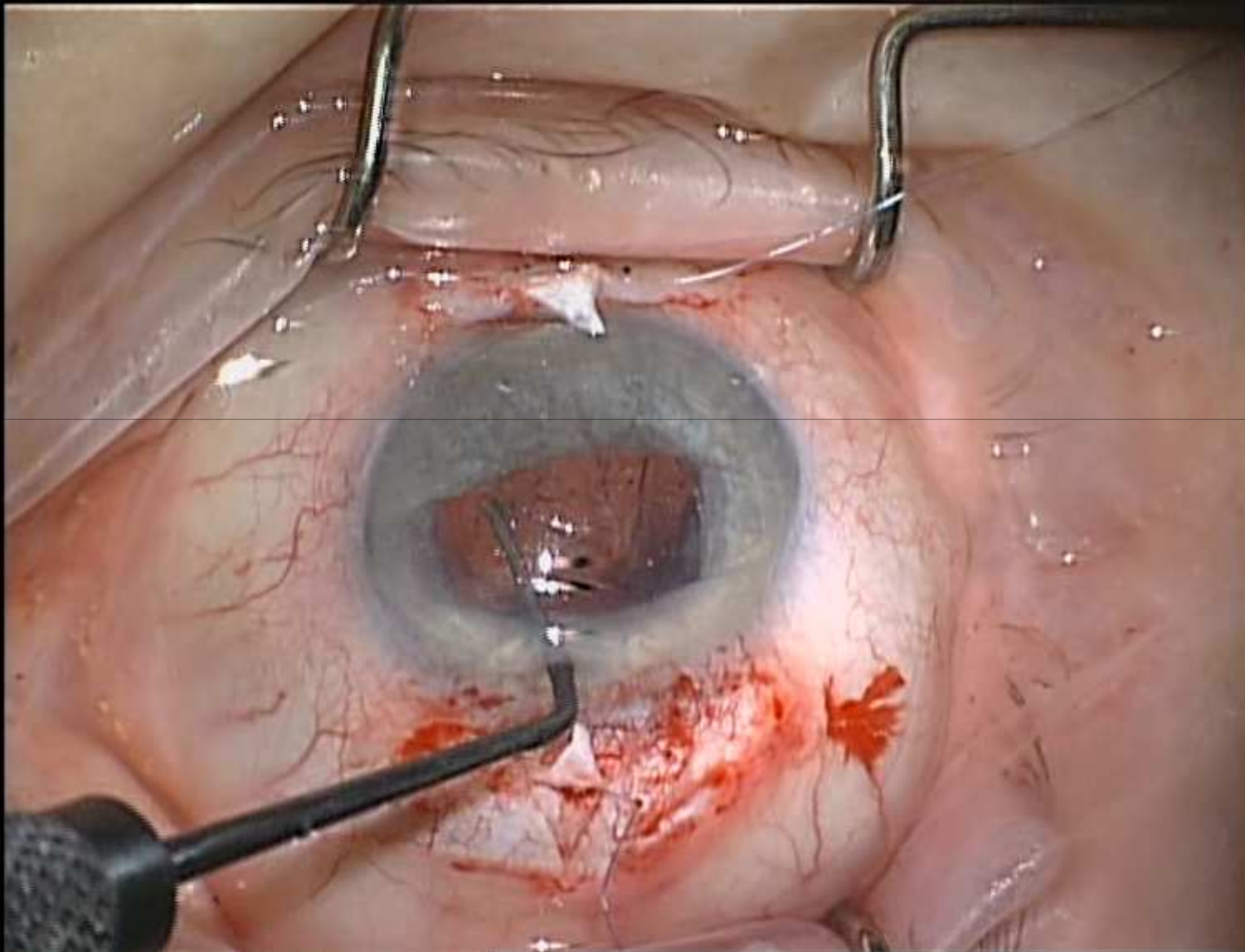
Si inserisce la IOL pieghevole da una  
microincisione di 2.2 mm

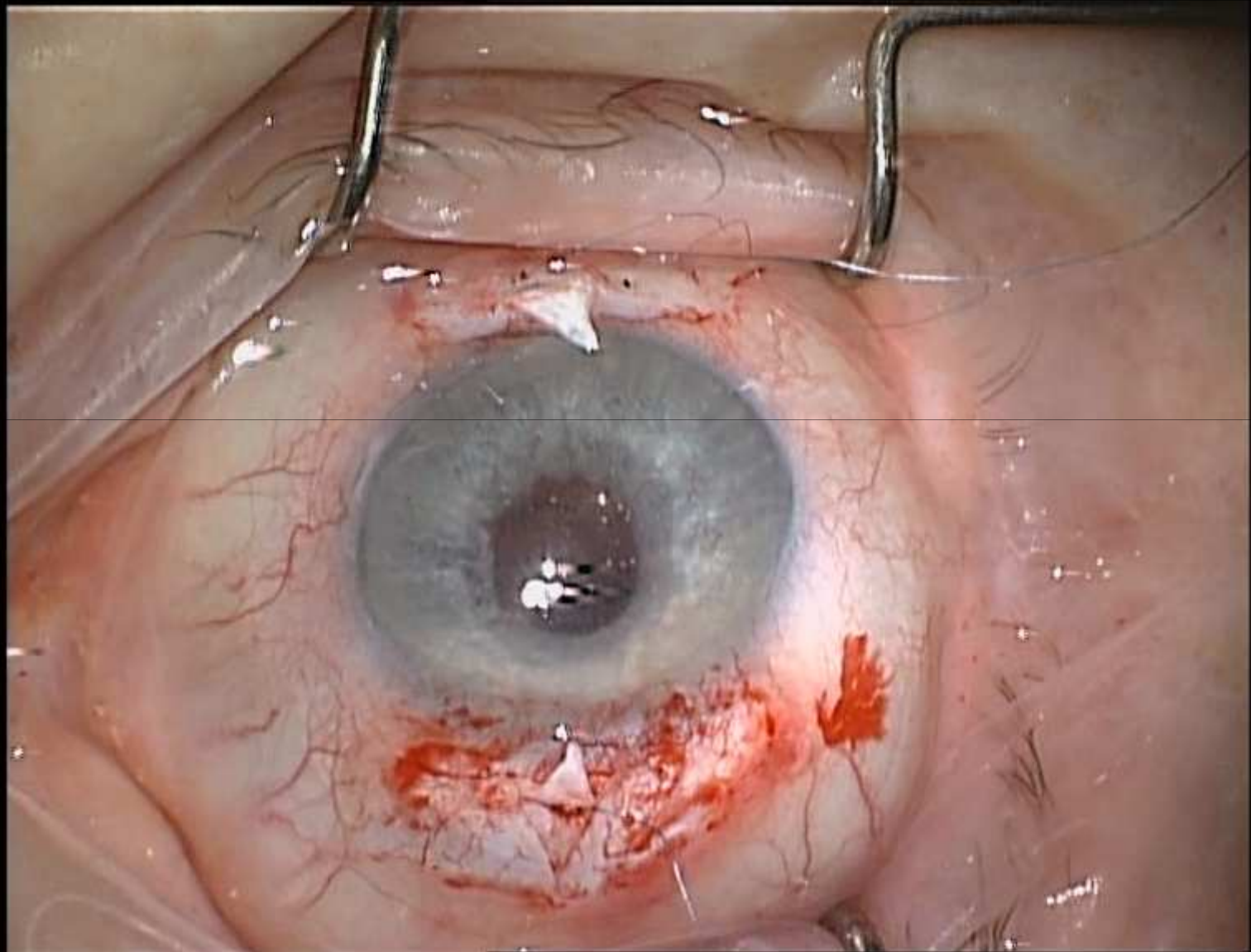


L'iniettore è adatto anche ad  
una incisione di 1.8 mm

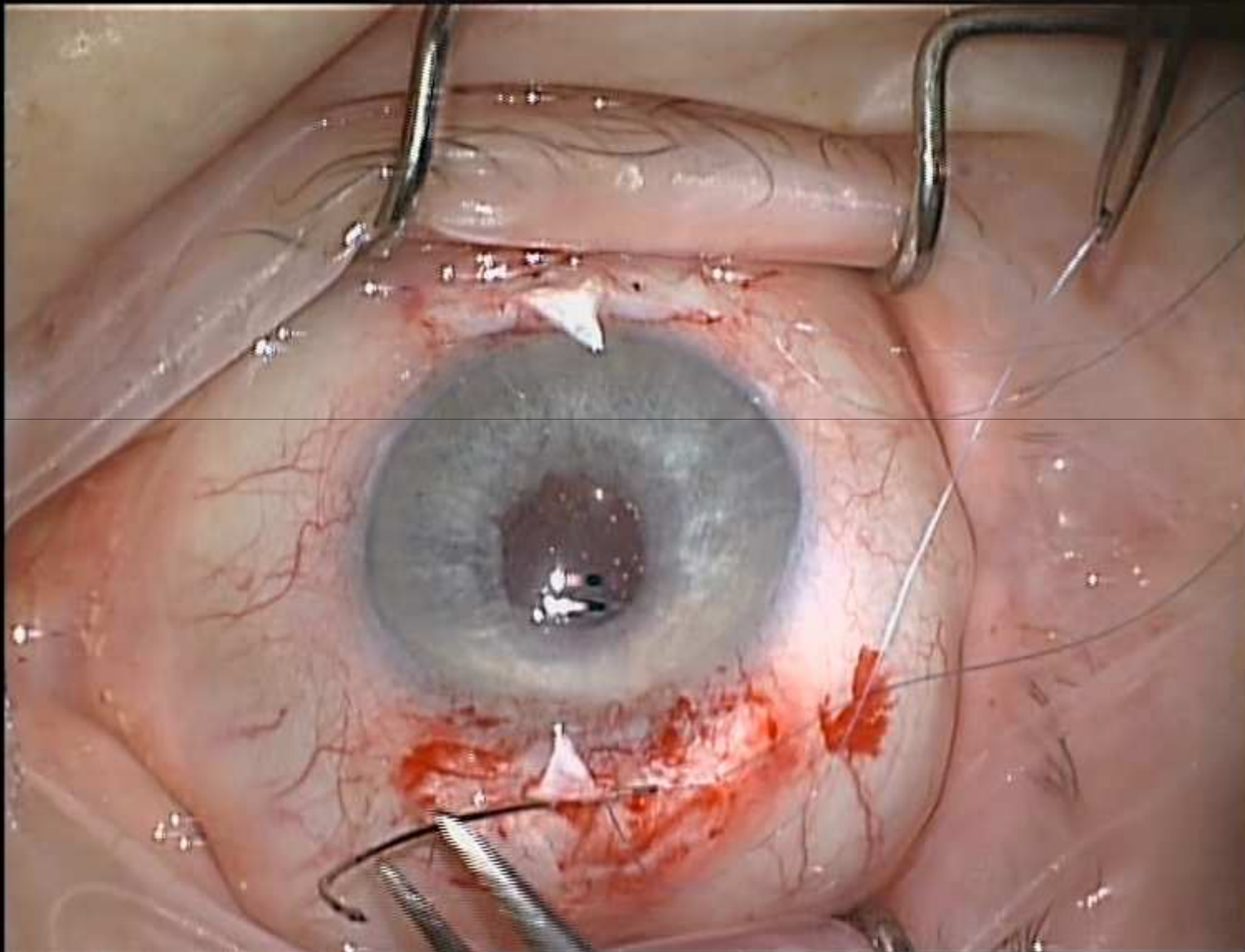


Si posizionano le loop

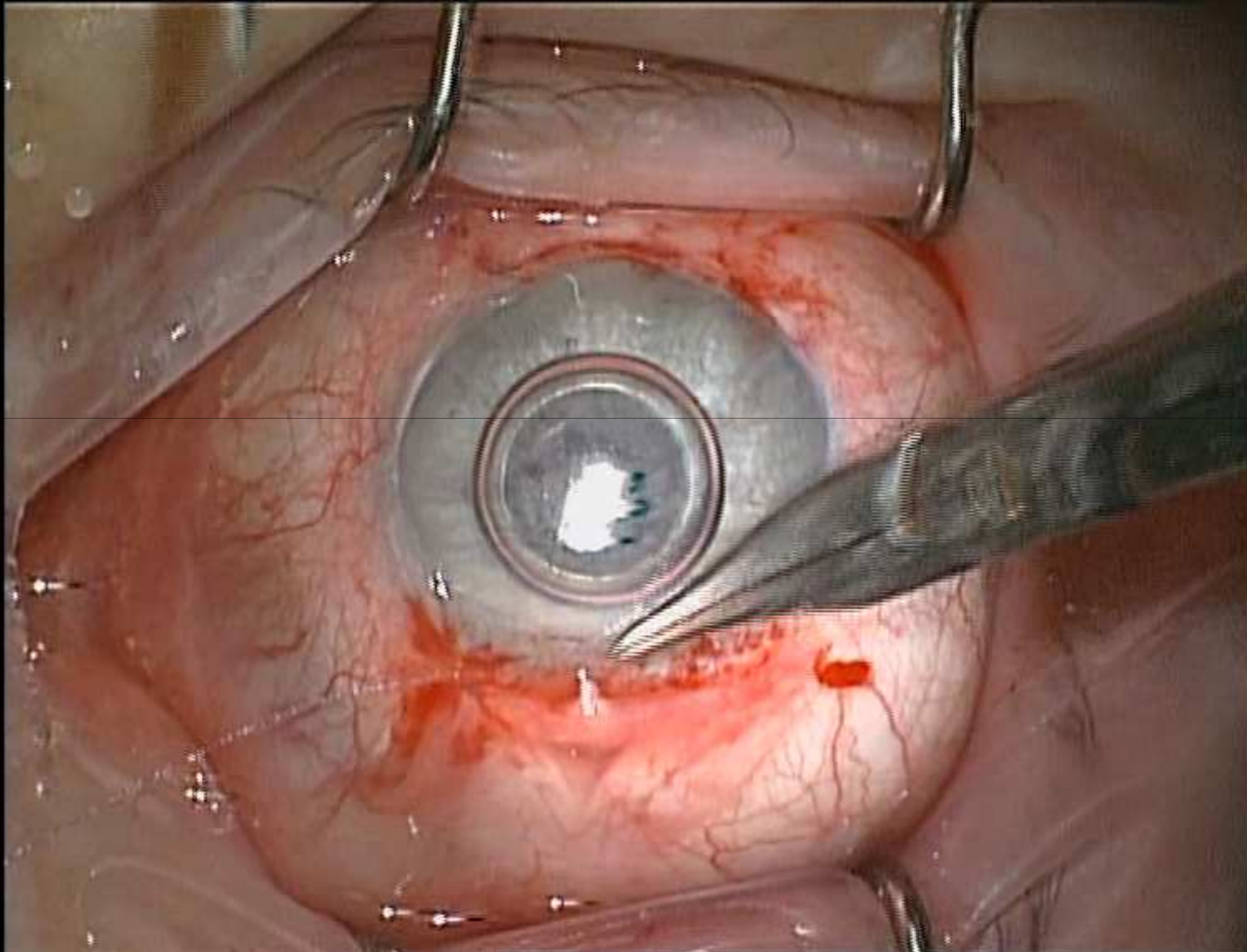




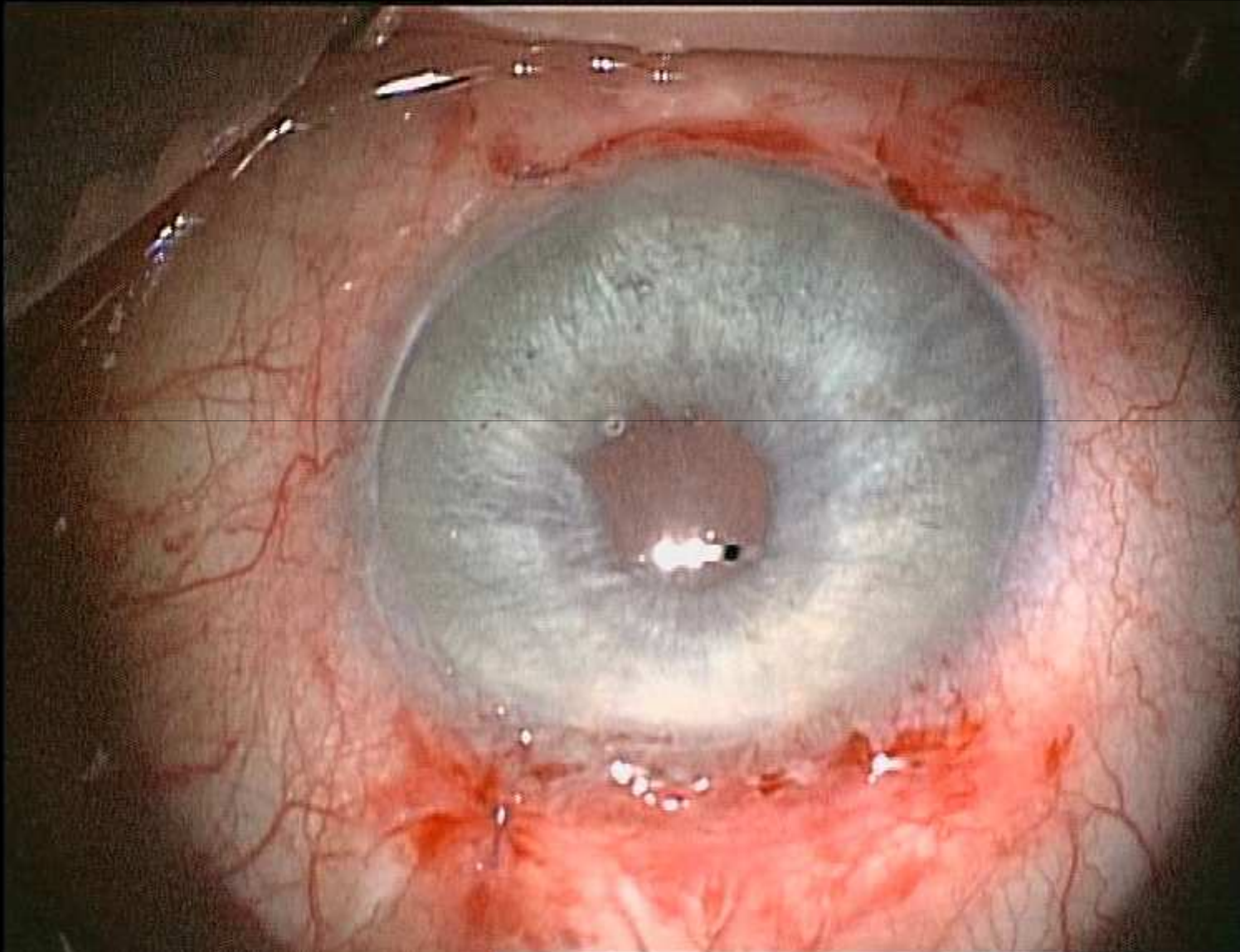
# Sutura sclerale



# Sutura congiuntivale



La IOL è perfettamente centrata



# Le tecniche chirurgiche si sono affinate progressivamente



## Prima

- Incisione limbare di 10 mm
- ICCE, ECCE
- IOL rigide in PMMA

## Oggi

- Microincisione in cornea chiara (1.8 mm)
- Facoemulsificazione
- IOL equiconvesse in materiale acrilico idrofilo HEMA+PMMA



# TAKE HOME MESSAGE



Perché non applicare tutti questi progressi anche alla tecnica di impianto secondario con fissazione sclerale?

