



di Michele Enrico Bellino, Marco Zagari, Silvio Antonio Zagari

Utilizzo di IOL monopezzo a sospensione sclerale "sutureless" in un caso di afachia post traumatica

I danneggiamento del sacco capsulare e delle fibre zonulari possono essere complicanze della chirurgia della cataratta o dei traumi oculari. Esistono diverse opzioni per il management chirurgico in condizioni di Afachia quando il supporto capsulare risulta essere inadeguato o assente. Tale condizione può essere affrontata nella chirurgia primaria o secondariamente¹.

Le tecniche tradizionali di impianto secondario di IOL fino ad ora utilizzate sono diverse tra cui l'impianto in Camera Anteriore che ha mostrato nel tempo diverse complicanze tra cui lo scompenso endoteliale, l'uveite, il glaucoma secondario², e l'edema maculare cistoide; la Fissazione sclerale tradizionale con punti di sutura che risulta essere tra le più utilizzate anche nei casi complessi³, l'impianto di IOL a enclavazione iridea anteriore o posteriore (retropupillare) che risulta essere una tecnica sicura ed efficace per la riabilitazione degli occhi afachici⁴, la tecnica "Glued IOL" che non richiede suture sclerali e rappresenta una valida alternativa alle precedenti tecniche⁵. La fissazione sclerale senza punti di sutura descritta da Gabor include l'impianto di una IOL a 3 pezzi con esternalizzazione delle anse e loro apposizione all'interno di tunnel intrasclerali⁶; sono state recentemente sviluppate delle varianti della tecnica sutureless ancora non ben supportate da letteratura scientifica; tra queste l'utilizzo di IOL monopezzo sutureless a sospensione sclerale (SSS) impiantata con tecnica "handshake"⁷. Questa tecnica risulta essere più facile e più veloce da eseguire e presenta diversi vantaggi rispetto a tutte le precedenti tecniche poiché con minor rischio di complicanze quali decentramento/tilting del piatto della IOL, incarceration pupillare delle anse, erosione e degenerazione delle

anse della IOL, edema maculare cistoide; ipotono ed endoftalmite sono riportate in egual modo anche nella tecnica sutureless⁸.

Descrizione del caso

Riportiamo il caso di un uomo di 42 anni giunto alla nostra osservazione con diagnosi di afachia in occhio sinistro in esiti di trauma corneale perforante già sottoposto ad intervento chirurgico di sutura di ferita corneale, asportazione della cataratta traumatica e vitrectomia posteriore per emovitreo (Figura 1). Il paziente presentava sutura corneale in situ e afachia con assenza di supporto capsulare adeguato ed è stato da noi sottoposto ad impianto di IOL monopezzo sutureless a sospensione sclerale con tecnica handshake.

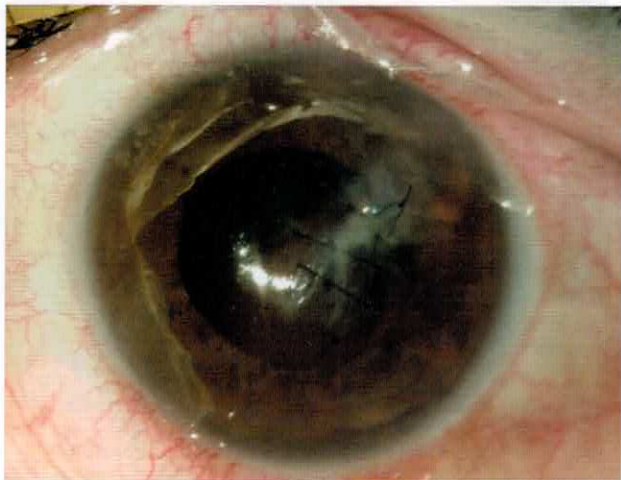


Figura.1. Afachia in esiti di trauma corneale perforante e cataratta traumatica

Tecnica chirurgica

Valutazione dei diametri corneali, immissione del cannello di infusione posteriore 23G ad ore 5, apertura della congiuntiva e preparazione con crescent di due sportelli sclerali prematrcati ad ore 0-180°, sclerotomie con meringotomo da 23G ad 1,5 mm dal limbus, tunnel corneale con lancia precalibrata da 2.4 mm ad ore 2 ed immissione della IOL monopezzo con estrazione bimanuale del plug trans-sclerale distale della IOL attraverso la sclerotomia ad ore 9 con pinza a coccodrillo; posizionamento del plug trans sclerale prossimale con tecnica bimanuale e sua estrazione attraverso la sclerotomia ad ore 3 con pinza a coccodrillo. La IOL appariva centrata per cui non sono state necessarie manovre chirurgiche per la centratura. Sutura degli sportelli sclerali con 3 punti in Nylon 10/0 e sutura della congiuntiva in Vicryl 8/0; sutura

del tunnel corneale in Nylon 10/0, edemizzazione delle entrate di servizio (Figura 2).

IOL: SOLEKO FIL SSF Carlevale Lens

La Iol pieghevole monopezzo Acrilica, 25%H2O e filtri UV ha un diametro ottico di 6.5 mm, un diametro totale di 13.2 mm e presenta 2 plugs trans sclerali alle estremità che come degli arpioni garantiscono l'ancoraggio al tessuto sclerale senza l'applicazioni di punti di sutura (Figura 4). Esiste anche la versione torica di questa Iol con l'asse del cilindro impostato in laboratorio al momento della costruzione e che deve essere posizionata a 0°-180°.

Risultati

Nel primo giorno post operatorio l'occhio appariva in calma, con la IOL ben centrata, senza alcuna reazione flogistica a carico del segmento anteriore e poste-

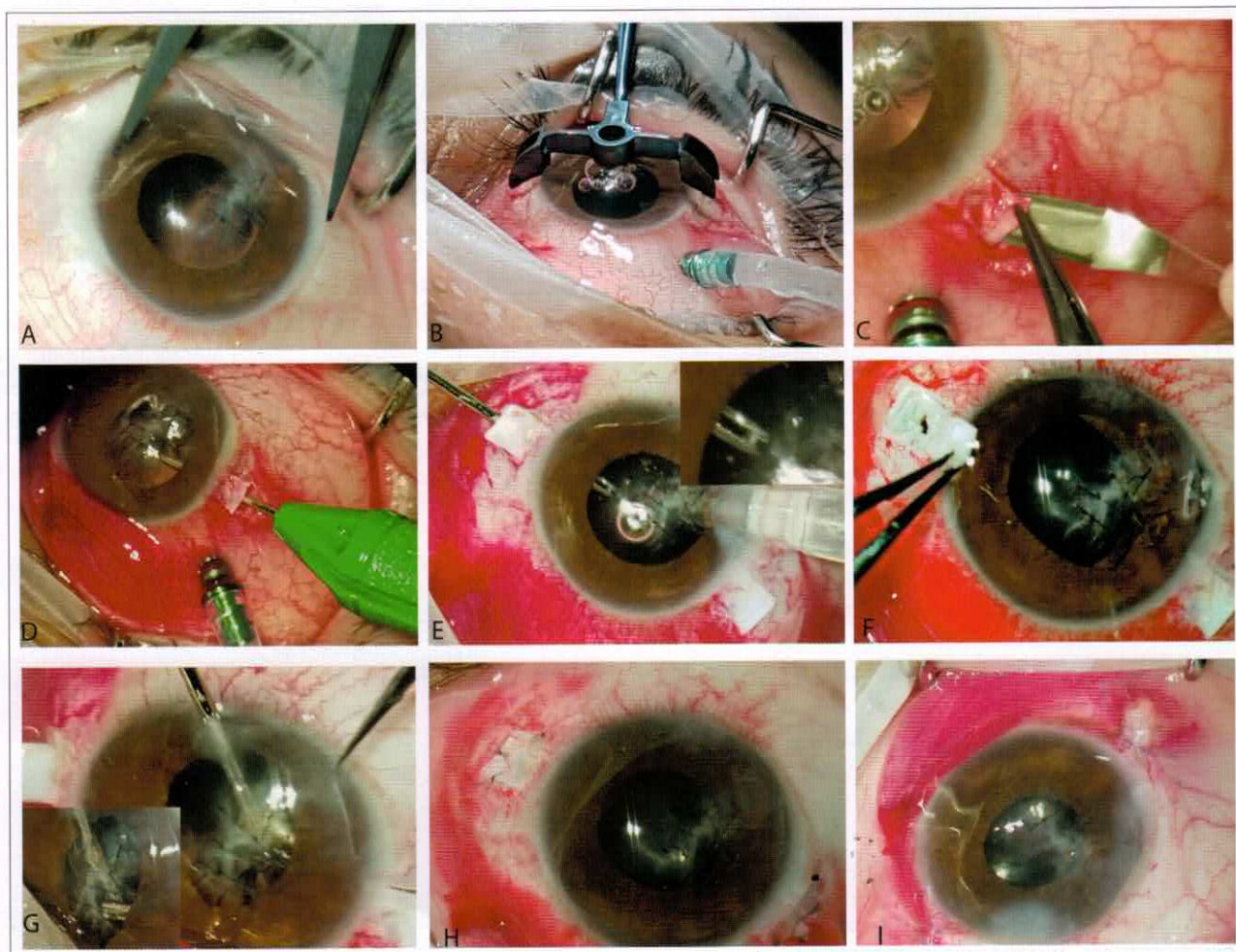


Figura 2. A. misurazione dei diametri corneali. B. Marcatore di Agarwal per la preparazione degli sportelli sclerali. C. Flap sclerali. D. Breccia da 23 G. E. Immissione della IOL monopezzo ed estrazione del plug distale. F. Verifica del Plug distale estratto. G. Aggancio del plug prossimale ed estrazione con tecnica bimanuale. H. Verifica della centratura della IOL e sutura degli sportelli sclerali. I. Sutura della congiuntiva, sutura del tunnel, edemizzazione dei servizi.



Figura 3. 1 giorno post operatorio

riore (Figura 3); il tono riscontrato era di 12 mmHg; a una settimana il visus corretto BCVA era 20/50, non migliorabile e chiaramente inficiato dall'elevato astigmatismo indotto dalla cicatrice corneale con suture in situ in esiti del pregresso trauma corneale perforante; non sono state riscontrate complicanze nei follow up successivi, la lente è rimasta ben centrata, camera anteriore normoprofonda, assenza di variazioni patologiche della IOP e assenza di reazioni infiammatorie.

Discussione e conclusione

Oggigiorno molte sono le tecniche valide per la correzione dell'Afachia in assenza di supporto capsulare; la tecnica bimanuale da noi utilizzata in questo caso con l'impianto di lol mono pezzo sutureless a sospensione sclerale risulta essere a nostro parere di semplice esecuzione, con basso tasso di complicanze postoperatorie rispetto alle altre tecniche. Non sono state riscontrate complicanze infatti come uveite anteriore, distorsione pupillare, depigmentazione dell'iride, dislocazione della lol, ipertensione oculare, edema maculare cistoide e distacco di retina. Nonostante il diametro totale della lol sia di 13,2 mm grazie alla particolare costruzione della lente con i plugs sclero corneali flessibili alle estremità della stessa è possibile adattare la lol mono pezzo anche in pazienti con diametri corneali (WTW) elevati. In conclusione a nostro parere questa tecnica appare sicura ed efficace per la correzione dell'afachia con scarso o senza supporto capsulare anche in casi complessi. Sono certamente necessari ulteriori studi e follow-up più lunghi.

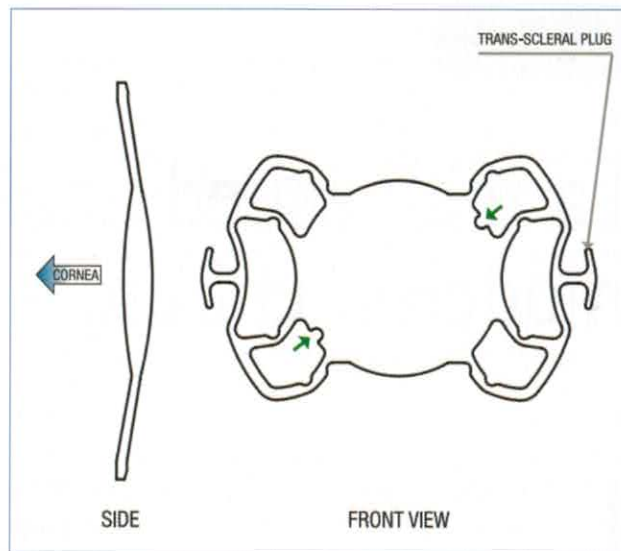


Figura 4. IOL

Bibliografia

1. Wagoner MD, Cox TA, Ariyasu RG, Jacobs DS, Karp CL. Intraocular lens implantation in the absence of capsular support; a report by the American Academy of Ophthalmology (Ophthalmic Technology Assessment). *Ophthalmology* 2003; 110:840-859
2. Evreklioglu C, Er H, Bekir NA, Borazan M, Zorlu F. Comparison of secondary implantation of flexible open-loop anterior chamber and scleral-fixated posterior chamber intraocular lenses. *J Cataract Refract Surg* 2003; 29:301-308
3. Kwong YYY, Yuen HKL, Lam RF, Lee VYW, Rao SK, Lam DSC. Comparison of outcomes of primary scleral-fixated versus primary anterior chamber intraocular lens implantation in complicated cataract surgeries. *Ophthalmology* 2007; 114:80-85
4. Retropupillary fixation of iris-claw lens in visual rehabilitation of aphakic eyes. Jayamadhury G, Potti S, Kumar KV, Kumar RM, Divyansh Mishra KC, Nambula SR. *Indian J Ophthalmol.* 2016 Oct;64(10):743-746. doi: 10.4103/0301-4738.195012.
5. Kara N. A Modified Glued Transscleral Intraocular Lens Implantation: Suture-Assisted Sutureless Technique. *J Refract Surg.* 2015 Jul;31(7):488-91. doi: 10.3928/1081597X-20150623-08.
6. Gabor SGB, Pavlidis MM. Sutureless intrascleral posterior chamber intraocular lens fixation. *J Cataract Refract Surg* 2007; 33:1851-1854
7. Narang P1, Agarwal A2. The "correct shake" for "handshake" in glued intrascleral fixation of intraocular lens. *Indian J Ophthalmol.* 2016 Nov;64(11):854-856. doi: 10.4103/0301-4738.195613.
8. Abbey AM, Hussain RM, Shah AR, Faia LJ, Wolfe JD. Williams G a. Sutureless scleral fixation of intraocular lenses: Outcomes of two approaches. The 2014 Yasuo Tano Memorial Lecture. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2014; 253:1-5