

SPECIALE LAVORO AICCCER

RIVISTA
SCIENTIFICA
DI INFORMAZIONE

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI CHIRURGIA DELLA CATARATTA E REFRAATIVA

Direttori Editoriali e Scientifici
Scipione Rossi, Daniele Tognetto

Vice-Direttore Editoriale
Dario Aureggi

Direttore Responsabile
Ferdinando Fabiano

Comitato di Redazione
Giovanni Alessio, Aldo Caporossi,
Alessandro Franchini, Simonetta Morselli,
Vincenzo Orfeo, Riccardo Sciacca,
Giorgio Tassinari, Paolo Vinciguerra

Redazione
Segreteria AICCCER
c/o AIM Group - AIM Congress Srl
Via G. Ripamonti, 129 - 20141 Milano
tel. 02 56601.1 - fax 02 56609045
e-mail: segreteriaaiccer@aimgroup.eu

Dott. Scipione Rossi
e-mail: s.rossi@idi.it

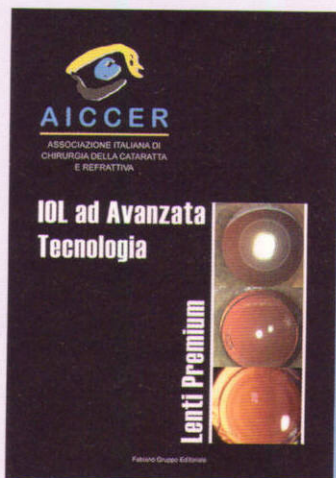
Prof. Daniele Tognetto
e-mail: tognetto@univ.trieste.it

Segreteria di Redazione
Segreteria AICCCER

Pierpaola Eraldi
tel. 0141 827836
e-mail: p.eraldi@fgeditore.it

Grafica e Impaginazione
Fabiano Gruppo Editoriale

Stampa
Fabiano Gruppo Editoriale
Reg. S. Giovanni 40 - 14053 Canelli (AT)
tel. 0141 827801
e-mail: info@fgeditore.it



ISSN 1973-9419

Registrazione presso il Tribunale di Asti
n°5/98 del 15/12/1998

Chiuso in redazione: Marzo 2012

Il contenuto degli articoli pubblicati è di esclusiva responsabilità degli autori. la riproduzione di articoli o parte di essi deve essere autorizzata dall'Editore

Per la grafica della copertina si ringrazia la signora Patrizia Bigarella



Figura 8.

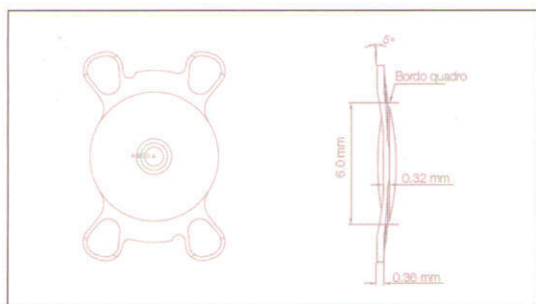


Figura 9.

essere utilizzata come lente per impianto secondario oppure per un Mix & Match in pazienti in cui nel primo occhio operato è stata impiantata una IOL multifocale e nel secondo occhio si verifici un inconveniente chirurgico che non consenta un impianto nel sacco capsulare.

FIL 611PV Soleko

È una lente monopezzo in acrilico idrofilo con quattro punti d'appoggio nel sacco capsulare. Ha una zona da vicino centrale circondata da un anello per la distanza intermedia per un totale del 17% della superficie. Il restante 83% periferico è destinato alla visione da lontano.

Il disegno dell'ottica consente una buona visione da vicino in condizioni mesopiche e fotopiche. In condizioni scotopiche la visione da lontano è privilegiata con scarsi disturbi soggettivi ma con riduzione della sensibilità al contrasto nella visione da vicino.

Caratteristiche tecniche:

- diametro ottica 6.0 mm
- square edge 360°
- diametro totale 11.0 mm
- stile ansa quattro appoggi
- angolazione anse 5°
- materiale acrilico idrofilo
- costante "A" consigliata 118.3
- profondità C.A. 5.26
- diametro incisione: 2.0 mm
- griglia poteri multifocali: +10.0 a 34.0 (step 0.5)
- addizionale +3.75 corrispondente a + 3 in occhiali
- possibilità di superficie posteriore torica standard, cioè l'asse del cilindro coincide con l'asse della lente, o customizzata, cioè la lente va sempre impiantata sull'asse 0-180 dell'occhio e la toricità è lavorata sull'asse richiesto.

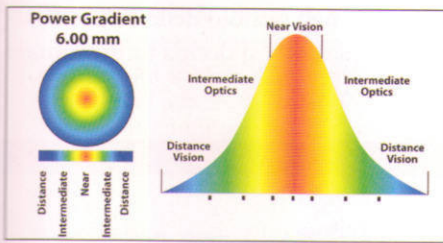


Figura 10.

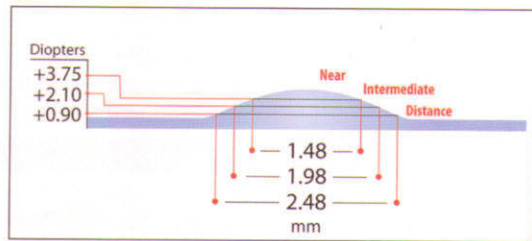


Figura 11.

Considerazioni

In tutte le lenti multifocali l'energia luminosa viene divisa in due o più fuochi: uno di questi fornirà l'immagine l'altro, o gli altri, rappresenteranno una fonte di disturbo. Questo concetto va sempre tenuto ben presente perché dobbiamo considerare che se l'immagine retinica sarà molto definita e con sufficiente quantità di energia luminosa otterremo un buon risultato, se invece sono presenti altre fonti di disturbo dell'immagine, anche lievi, il risultato sarà compromesso.

Quando pensiamo ad un impianto di IOL multifocale dovremo avere un approccio più da chirurgo refrattivo, considerando dei parametri che per la chirurgia della cataratta con impianto monofocale sono insoliti.

La topografia è indispensabile. Il primo punto da valutare è la distanza fra asse visivo, centroide pupillare ed apice corneale. Se sono coincidenti avremo la possibilità di ottenere un risultato splendido, tanto più sono distanti fra loro tanto peggiore sarà il risultato.

La regolarità dell'astigmatismo e l'assenza di aberrazioni corneali sono fattori indispensabili per il successo. L'asfericità corneale va sempre considerata e sommata a quella della MIOL che intendiamo impiantare. Meglio avere più possibilità e scegliere la lente che meglio risolva questo problema.

Le lenti che abbiamo visto hanno delle caratteristiche differenti come differenti sono le pupille dei nostri pazienti e le loro esigenze. Per un paziente che ha una pupilla piccola, si potranno ottenere migliori risultati con una lente con zona addizionale centrale, per una pupilla media o larga si ottengono migliori risultati con una lente a zone concentriche o ad ottica asimmetrica.

L'emmetropia gioca un ruolo fondamentale nella qualità dell'immagine e nella soddisfazione del paziente. Un astigmatismo, anche lieve, deve essere considerato per una correzione con MIOL torica; in particolar modo se è nello stesso verso dell'astigmatismo indotto dalla nostra chirurgia.

È importante ricordare che:

- in questi occhi la biometria è importante almeno quanto la chirurgia;
- è indispensabile una corretta selezione dei pazienti cui impiantare tali IOL, in relazione alle attitudini di vita, le attività lavorative, le aspettative postoperatorie, oltre alle condizioni anatomico-funzionali degli occhi.

Ma di tutto questo si è già ampiamente parlato nel capitolo delle IOL diffrattive, perché sono considerazioni da farsi ogni qualvolta si decida di impiantare una IOL multifocale, sia essa refrattiva o diffrattiva.

IOL multifocali refrattive		
Prodotto	Potere aggiuntivo lente intraoculare/occhiali	Range diottrico
Abbott Medical Optics ReZoom NGX1	+3.50 D/+2.85 D	Da +6,0 a +30,0 D (intervalli di 0,5 D)
Alfa Intes PMS Presbionicx	Da +2.0 D/ +1.6 D a +5.0 D/ + 4.0	Da +10 a +30 D (intervalli di 0,5 D) Da +0 a +10, da +30 a +40 D (intervalli di 1,0 D)
TOP CON Oculentis LENTIS LS-313 MF Mplus LENTIS LU-313 MFT	+3.0 D/ +2.4 D	Da 0,0 a +36,0 D (intervalli di 0,5 D) Sf +0.0 a +36,0 D Cyl da 0 a +12 (entrambi intervalli di 0,01 D)
SOLEKO Fil 611 pv Fil 611 pvt	+3.75 D/ +3 D + 3.75D/ +3 D	Da +10,0 a +34,0 D Sf da -5 D a + 36D Cyl Da da 0 a + 8D

Autore di riferimento

Prof. Giovanni Alessio

Clinica Oculistica Università degli Studi di Bari

Dipartimento di Neuroscienze ed Organi di Senso, Sezione di Oftalmologia

Tel. 080 5593577

g.alessio@oftalmo.uniba.it

Bibliografia

- PEARCE JL. Multifocal intraocular lenses. *Cur Opin Ophthalmol.* 1996;7:2-10
- AUFFARTH GU, DICK HB. Multifocal intraocular lenses: a review. *Ophthalmology* 2001; 98:127-137
- KEATES RH, PEARCE JL, SCHNEIDER RT. Clinical results of the multifocal lens. *J Cataract Refract Surg* 1987;13:557-560
- RABSILBER TM. Multifocality over the years. *Catar & Refr Surg today* 2011;vol 6,n 3:54-56
- FUJIMOTO K, HONDA K, WADA YR, TANAKA M, IRIE T. Four-year experience with a silicone refractive multifocal intraocular lens. *J Cataract Refract Surg.* 2010 Aug; 36(8):1330-5
- AUFFARTH GU, RABSILBER TM, KOHNEN T, HOLZER MP. Design and optical principles of multifocal lenses. *Ophthalmology* 2008;105:522-526