

Cheratotomia Radiale per miopie elevate

Author: Marco Abbondanza

L'uomo e la Medicina, vol. 4, no. 2.

1988

RIASSUNTO

In questo lavoro gli autori spiegano quali indagini espletare per poter correggere, tramite la cheratotomia radiale, miopie elevate ed astigmatismi miopici elevati, ritenuti erroneamente non correggibili con questa metodica di chirurgia refrattiva. E' tuttora opinione diffusa, anche tra alcuni colleghi medici, che la Cheratotomia Radiale sia una tecnica di chirurgia refrattiva capace di correggere la refrazione miopica quando questa non superi le -5, -6 diottrie.

Noi abbiamo già avuto modo in passato di confutare questa supposizione non a parole, bensì portando come prova la nostra ampia casistica operatoria (1).

Oggi siamo in grado di poter confermare quanto affermavamo allora dall'alto di un numero decisamente superiore di pazienti operati e soprattutto di un follow-up molto accurato e prolungato nel tempo.

Visto il sempre crescente numero di colleghi che attualmente applica la metodica della Cheratotomia Radiale con risultati raggiunti ci dicono entro le -6 diottrie -8 diottrie diamo per certo il raggiungimento della correzione ottica entro questi limiti e possiamo dimostrare la possibilità di superare abbondantemente la presunta barriera delle -10D. Prendendo in considerazione miopie comprese tra le -10D e le -26D complessive sommando cioè la parte sferica alla parte cilindrica, abbiamo cercato di correggere l'ametropia miopica ed astigmatica con un solo atto chirurgico, riservandoci di trattare l'eventuale difetto residuo, ove il paziente lo richieda, in un secondo tempo a distanza di 6 mesi ed oltre dall'intervento.

MATERIALI E METODI

Abbiamo utilizzato come apparecchi di rilevazione dati:

1. Oftalmometro Haag-Streit
2. Pachimetro ottico Haag-Streit
3. Tonometro ad appianazione di Goodmann
4. Compasso di Castroveyo
5. Ecobiometro Bio comp
6. Ottotipo di proiezione Muller
7. Autorefrattometro Nidek 1600

Come apparecchiature chirurgiche abbiamo usato:

1. Microscopio Zeiss OPM 1-16, munito di livella per il controllo della coassilità
2. Cheratometro intraoperatorio Terry
3. Markers dell'Istituto Fyodorov
4. Bisturi di diamante sempre ottimamente affilati dell'Istituto Fyodorov, della casa inglese Micra e della casa francese Moria

Le incisioni in numero di 12, oppure 16 nei primi casi trattati dal gennaio '85 a febbraio '86, sono state eseguite secondo la tecnica dell'Istituto Fyodorov, dalla periferia verso il centro, con diverse profondità anche superiori al 90% dello spessore corneale, e con zone ottiche indenni di almeno 3 mm.

Prima dell'intervento abbiamo medicato gli occhi dei pazienti con 2-3 gocce di Ossibuprocaina 0,4% senza instaurare alcuna terapia farmacologica generale. Al termine dell'intervento abbiamo medicato gli occhi dei pazienti con gentamicina e fluorometozolone.

Dal 1985 ad oggi abbiamo operato 567 occhi: di questi 369 erano di sesso maschile e 198 di sesso femminile.

L'età dei pazienti era compresa tra i 19 ed i 61 anni.

Per un corretto sviluppo del programma operatorio abbiamo valutato i seguenti parametri:

1. Sesso
2. Età
3. Difetto visivo complessivo rivelato in ciclopegia tramite schiascopia e tramite autorefrattometro automatico
4. Diametri corneali orizzontali e verticali
5. Cheratometria
6. Tonometria oculare di base e sotto carico
7. Pachimetria
8. Ecobiometria A-Scan
9. Coefficiente di elasticità corneale

I dati di riscontro sono stati rilevati a 6, 12, 24, 36 mesi.

Le miopie sono state divise in quattro gruppi:

- Un primo gruppo da -10D a -14D composto da 325 casi
- Un secondo gruppo da -14,25D a -18D composto da 144 casi
- Un terzo gruppo da -18,25D a -22D composto da 80 casi
- Un quarto gruppo da -22,25D a -26D composto da 18 casi

RISULTATI

I risultati rilevati nel corso dell'ultimo controllo effettuato 36 mesi dopo l'intervento sono stati i seguenti:

Nel primo gruppo composto da 325 occhi abbiamo avuto: (tabella 1)

- 179 casi di emmetropia (pari a circa il 55%) con $\pm 0,75D$
- 16 casi di ipermetropia che non hanno superato le $+3D$
- 130 casi di miopia residua compresa tra $-0,75D$ e $-3D$

Nel secondo gruppo composto da 144 occhi abbiamo avuto: (tabella 2)

- 64 casi di emmetropia (pari a circa il 44%) con $\pm 0,75D$
- 1 caso di ipermetropia pari a $+1,25D$
- 79 casi di miopia residua compresa tra $-0,75D$ e $-5,25D$

Nel terzo gruppo composto da 80 occhi abbiamo avuto: (tabella 3)

- 32 casi di emmetropia (pari a circa il 40%) con $\pm 0,75D$
- 0 casi di ipermetropia
- 48 casi di miopia residua compresa tra $-0,75D$ e $-3,50D$

Nel quarto gruppo composto da 18 occhi abbiamo avuto: (tabella 4)

- 5 casi di emmetropia (pari a circa il 26%) con $\pm 0,75D$
- 0 casi di ipermetropia
- 13 casi di miopia residua compresa tra $-0,75D$ e $-7D$

Nell'ultimo controllo abbiamo potuto constatare come ad una correzione totale o comunque sostanziale della ametropia iniziale sia corrisposto un effettivo miglioramento dell'acuità visiva.

Più precisamente il miglioramento è stato:

- Nel 1° gruppo dai 2/10 ai 4/10 paragonando l'acuità visiva del dopo intervento con quella precedente eseguita con gli occhiali
- Nel 2° gruppo il miglioramento è stato compreso tra i 2/10 e 3/10
- Nel 3° e 4° gruppo il miglioramento è stato compreso tra 1/10 e 2/10

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Sui 567 occhi presi in considerazione e operati di cheratotomia radiale secondo la tecnica sovietica rielaborata, in ben 280 casi è stata raggiunta la totalità della correzione ottica (circa il 50%), ma la cosa più importante è che nei restanti 287 casi l'ametropia residua era inferiore a $-1,50D$ in 153 occhi e compresa tra $-1,50D$ e $-4D$ in altri 125 occhi. Nei restanti 9 casi si è avuta una miopia residua compresa tra $-4D$ e $-7D$, ma questo non è un insuccesso calcolando che ciò è avvenuto in pazienti portatori di difetti superiori alle 18 diottrie e con un'età particolarmente giovane.

Abbiamo avuto come complicazioni post operatorie esattamente le stesse che si hanno in interventi di cheratotomia radiale meno estensivi, cioè:

a breve termine: fotofobia, lacrimazione, senso di corpo estraneo, presenza di raggi notturni ("glares") a medio termine: visione fluttuante e comunque stabilizzazione

della cornea a distanza variabile tra i 3 ed i 6 mesi.

Le uniche differenze rilevabili rispetto ad interventi più routinari riguardano la durata del periodo post operatorio che viene ad allungarsi di circa 45-60 giorni.

Da tutto quanto sopra esposto emerge chiaramente come sia oggi possibile correggere miopie fino ed oltre le 22 diottrie ed, in alcuni casi particolari, superarli.

L'équipe, a tale scopo, pratica uno scrupoloso esame del paziente ed un'accurata analisi di dati rilevati per evidenziare la presenza di alcuni particolari fattori i quali, interagendo tra loro, consentono un aumento dell'effetto dell'intervento. Oggi possiamo poi affermare che l'effetto stesso, a distanza di oltre tre anni dall'intervento, è certamente stabile e definitivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbondanza M, Cheratotomia Radiale in miopie elevate: Acta Medica Latina, vol. 9, no. 1, -1986.
2. Levy, Shachar: Keratorefraction.
3. Shachar, Black, Huang: Understanding radial keratotomy.
4. Neumann A.C., Osher R.H., Fenzi R.E.: Radial Keratotomy: a comprehensive evaluation.