

CRISTALINELE PREMIUM: SATISFAȚIA PACIENTULUI

KARIN HORVÁTH¹, DIANA CONSTANTINESCU², FLORINA VULTUR³, GHEORGHE MÜHLFAY⁴

^{1,2,3}Clinica de Oftalmologie, Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș, ⁴Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Cuvinte cheie: cataractă, chirurgie refractivă, cristaline artificiale Premium, presbiopie

Rezumat: În ultima perioadă, tehnologia avansată a operației de cataractă atrage după sine așteptări crescute din partea pacienților. Apariția cristalinelor artificiale Premium, datorită calităților excepționale pe care acestea le au, implică realizarea unei operații perfecte din punct de vedere chirurgical. Aceste tipuri de lentile se implanțează numai la recomandarea unui oftalmolog cu experiență, obligatorie fiind o atență consilieră preoperatorie a pacienților.

Keywords: cataract, Premium intraocular lenses, presbyopia, refractive surgery

Abstract: Recently, advanced technology of cataract surgery entails high expectations from the patients. The appearance of Premium intraocular lenses, due to their exceptional qualities, involves a perfect surgery. They are implanted only on the recommendation of an experienced ophthalmologist and after careful preoperative counselling of patients.

Intervenția chirurgicală pentru cataractă a devenit cea mai frecventă operație pe plan mondial. Limita de vîrstă de 60-70 de ani considerată cea obișnuită pentru operația de cataractă a scăzut actualmente la 40 de ani. Operația de cataractă devine astfel "clear lens extraction" în scopuri refractive.(1) Presbiopia este o tulburare fiziologică a acomodației care apare în jurul vîrstei de 40-45 ani, pentru vederea de aproape, datorită scăderii elasticității cristalinului cu diminuarea progresivă a amplitudinii acomodative. Problema presbiopiei este un subiect actual pentru generația "postwar babyboomers" în Statele Unite ale Americii, dar și pentru cea mai mare parte a populației active din România.(1,2) Trecând în revistă alternativele corecției chirurgicale a presbiopiei, am aminti: facoemulsificarea cu implante multifocale (Restore, Rezoom) și acomodative (Cristalens) sau cu implant monofocale monovision; LASIK (laser stromal in situ keratomileusis) monovision cu corecția ochiului dominant la distanță și a celui nedominant la aproape; LASIK multifocal (PresbyLASIK); IntraCor (tehnică noninvazivă cu laser cu femtosecunde aplicat intrastromal cornean); Corneal Inlays (lentile subțiri inserate în cornee) de tip Kamra (cu același principiu de funcționare ca al aparatului foto), InVue, Flexivue; Corneal Onlays (implante collagenice superficiale).

Cristalinele artificiale denumite Premium au calități deosebite și se împart în: Cristaline multifocale (care permit pacientului, în 99% din cazuri, să nu mai poarte ochelari după operație, nici la distanță, nici la aproape; au structura asferică și filtru galben de protecție); Cristaline multifocale torice (care, pe lângă caracteristicile celui anterior menționat, corectează și astigmatismul preoperator); Cristaline acomodative (care simulează procesul natural de acomodație ajutând și la corecțarea presbiopiei). În Statele Unite ale Americii, 14,7% dintre pacienți preferă implanțele Premium, cu tendință de creștere în anumite clinici până la 25-30%, în timp ce în Europa procentajul este mai scăzut (7,8%).(3) Tendința actuală este de a

ofi pacientului presbiop mai degrabă extracția cristalinului cu implantarea unui cristalin Premium decât alternativă refractivă de LASIK, deoarece, pe termen lung oferă avantaje maxime.

Consultul preoperator este similar cu cel din chirurgia refractivă corneană și constă în: examen obiectiv oftalmologic, tomografie în coerență optică maculară, keratometrie, topografie corneană, testarea aberației corneene (Wavefront analysis), numărarea celulelor endoteliale, biometrie. Metoda chirurgicală de facoemulsificare și implantare a cristalinelor Premium nu diferă de cea uzuală (anestezie, sideporturi, incizie corneană principală, capsulorexis, hidrodiseție, hidrodelineație, facoemulsificare, implantarea cristalinului). La pacienții mai tineri cu "Clear Lens Exchange" este importantă centrarea cristalinului și stăpânirea tehnicilor de extracție a nucleului moale. Incizia corneană trebuie să fie etanșă, altfel dehiscența plăgii riscă să modifice poziția corectă a cristalinului acomodativ, la nevoie aplicându-se fir la plagă. De asemenea, trebuie atenție la curățarea sacului capsular, la centrarea multifocalului în axul vizual, nazal de centru corneei, care s-ar realiza prin plasarea pseudofakului la ora 6-12, la diagnosticarea pseudoexfolierii cu apariția pericolului decentrării. Se acordă o atenție deosebită preventiei edemului macular cistoid postoperator administrându-se antiinflamatoare nesteroidiene topice timp de trei zile preoperator și trei luni postoperator, opacifieri sau fibrozei capsulei posterioare, tratamentului preoperator al blefaritei cu Azitromicină (4) și al sindromului de suprafață oculară cu Ciclosporină pre și postoperator.(5-8) Dintre complicațiile postoperatorii ne vom referi la opacificarea capsulei posterioare și la apariția disfotopsiilor. Opacificarea capsulei posterioare apare oricum la 40% dintre implanțe, indiferent de tip, variind doar perioada de instalare.(9) La cristalinele multifocale opacificarea capsulei posterioare va scădea mai mult sensibilitatea la contrast.(10-12) La cristalinele acomodative fibrozarea capsulei va favoriza shiftul miopic; poziționarea corectă impune plasarea hapticelor la nivelul

¹Autor corespondent: Vultur Florina, Str. Marton Aron, Nr. 26, 540082 Tîrgu-Mureș, România, Tel: +40723 564399 Email: florina_doc@yahoo.com

Articol intrat în redacție în 17.02.2014 și acceptat spre publicare în 04.04.2014

ACTA MEDICA TRANSILVANICA Iunie 2014;2(2):76-78

ASPECTE CLINICE

ecuatorului sacului, iar partea optică arcuită către capsula posteroară. Capsulotomia laser-YAG se va efectua de îndată ce apar acuze legate de capsulă, dar nu mai repede de trei luni postoperator, pentru prevenirea edemului macular cistoid. Practic, fiecare dintre pacienții cu cristaline artificiale multifocale va avea într-o oarecare măsură disfotopsii, glare și halouri postoperatorii. De aceea, pacientul se informează preoperator asupra acestui aspect, totodată se explică tendința de atenuare în timp și se exclud alte cauze ce ar putea înrăutăți aceste acuze: descentralizarea pseudofakului, opacificarea capsulei posteroare, refracția reziduală, probleme de suprafață oculară, aplicându-se tratamentul adecvat. În ultimă instanță se demonstrează pacientului cum ar fi fost vederea cu un pseudofak monofocal setat la distanță, fără vedere la aproape, punându-i o corecție de -2,5Dsp. Incidenta disfotopsiilor diferă dramatic: dacă pacienții sunt întrebați de prezența lor, aproximativ 20-77% dintre ei confirmă, pe când doar 0,2-1,5% raportează spontan. Se pare că totuși aproximativ 10% dintre pacienți rămân cu aceste acuze supărătoare.(13-18)

Corecția refracției reziduale este extrem de importantă. Un astigmatism rezidual minim de 0,5 dioptrii poate perturba vederea unui pacient cu implant Premium. Dioptrii sferice reziduale relativ mici îl deranjează pe unii pacienți (unii se simt foarte bine cu refracții reziduale de +0,75 dioptrii, chiar +1 dioptrii, alții sunt profund nemulțumiți la +0,25 dioptrii). Corecția LASIK sau PRK (keratectomie fotorefractivă) trebuie să fie o opțiune accesibilă oricărui chirurg ce utilizează implante Premium, de unde derivă recomandarea: "cine nu a investit încă în chirurgia refractivă corneană este timpul să facă", sau măcar să se asigure că are în spate un specialist în acest domeniu, deoarece circa 10 % dintre implante necesită o reajustare.(19) Totuși, înainte de a trece la corecția refractivă chirurgicală, este important de a exclude toate celelalte cauze posibile de nemulțumire (opacificarea capsulei posteroare, descentralizarea lentilei, sindrom de suprafață oculară). Pentru siguranță, unii recomandă chiar o probă de corecție cu purtare de lentile contact timp de una sau două zile pentru simularea refracției după LASIK sau PRK.

În ceea ce privește managementul finanțier al acestor intervenții chirurgicale se recomandă ca prețul intervenției să fie unul realist, având în vedere efortul, precizia impusă de intervenție și riscurile ca pacientul să nu fie totuși pe deplin mulțumit. Pentru evitarea neplăcerilor legate de costul corecției refractive ulterioare, unii includ în preț de la bun început corecția refractivă. Consilierea preoperatorie a pacienților rămâne factorul crucial în succesul operației. Indiferent de experiența chirurgului, întotdeauna va exista un grup mic, dar "vocal" de pacienți nemulțumiți. Un studiu efectuat pe postările de internet ale pacienților operați, arată o predominantă masivă a celor cu implante multifocale versus implante monofocale. Este bine de adoptat o strategie preoperatorie utilă: "promite mai puțin și oferă mai mult!". Steven Dell propune un mod de a ajuta pacienții să înțeleagă că nici o lentilă artificială nu-i poate promite totul, prin completarea unui chestionar.(20,21) Chestionarul lui Dell are unele secrete ascunse de care trebuie să se țină cont (R. Tipperman, 2013): pacientul care nu dorește completarea chestionarului ridică semne de întrebare cu privire la complianța ulterioară; un mare avantaj al chestionarului este faptul că obligă pacientul să-și pună întrebări cu privire la preferințele sale vizuale; scala personalității poate induce în eroare uneori. Perfectionistul, conform testului nerecomandat pentru implante Premium, poate fi un candidat ideal atunci când primește explicații tehnice plauzibile. Pacientul îngăduit relaxat poate fi de la început influențat de factori subiectivi (informații mass media) și extrem de motivat (factorul finanțier nefiind o problemă la aceștia) "pre-sold". Nu este interesat de

prea multe explicații, dar dacă rezultatul nu este cel scontat e nemulțumit. Totodată, problemele postoperatorii sunt mai ușor de rezolvat la ei, comparativ cu perfecționistii. Pacienții tratați cu antidepresive, chiar dacă sunt compensați pe moment, constituie o contraindicație pentru implante Premium.(3) Pentru a crește rata implantării cristalinelor Premium, doctorul John Hovanesian, la care 75% dintre pacienți aleg varianta Premium, recomandă: încredere în această nouă tehnologie deoarece un chirurg cu reticențe nu va reuși niciodată să recomande cu convingere aceste cristaline; înțelegerea importanței discuției preoperatorii: niciodată nu se începe cu oferta Premium, mai întâi se explică avantajele acestora; adaptarea lentilei la nevoile pacientului (multifocal versus acomodativ); consilierea se începe de către operator (nu de la prezentări video, broșuri sau informații de la alți membri ai echipei); explicațiile trebuie să fie simple, fără termeni tehnici și ancorate în rutina zilnică a pacientului ("există o lentilă nouă, care nu vă garantează independența totală de ochelari, dar vă poate ajuta să vedeați bine la distanță și la computer"); cunoașterea diferitelor tipuri de lentile accesibile și prezentarea lor comparativ; ajustarea postoperatorie a refracției reziduale se include în prețul intervenției inițiale sau există un acord cu un chirurg în specialitate în acest sens, de asemenea, necesitarea corecției să nu fie perceptată ca un eșec postoperator; explicarea clară a limitelor implantului (de ex. "nu așteptați perfecționare, mulți oameni pot citi un articol de ziard fără ochelari, nu însă și întreg ziarul"); explicarea clară a costurilor; ce tip de cristalin îl-ați recomandat unui membru al familiei.(20)

Concluzii:

În cazul implantelor Premium, chiar dacă pacientul vine deja decis și aparent informat despre aceste cristaline (accesul la internet, Formula AS sau mass media), consilierea preoperatorie rămâne factorul cheie, aceasta necesitând însă timp și condiții. Chestionarul lui Dell este totuși unul util, dar recunoașterea personalității unui pacient nu se poate efectua doar cu ocazia unei singure discuții. Consimțământul operator trebuie să fie unul special. Ajustarea refracției reziduale rămâne o măsură accesibilă operatorului. Asistența și sprijinul din partea firmei producătoare de cristaline artificiale Premium este esențială deoarece acestea sunt considerate un lux și nu o necesitate medicală.

REFERINȚE

1. Johnston J. Five pearls for successfully co-managing the Premium IOL patient. Doc. Ophtalmol 2013;March 25.
2. Lori Baker Schena. Working to make the Premium IOL patient happy. Doc. Ophtalmol; 2009.
3. Refractive cataract surgery. At the multifocal junction, by Maxine Lipner Senior, EyeWorld Contributing Writer, Doc. Ophtalmol; September 2012.
4. Luchs J, Buznego C, Trattler W. Prevalence of blepharitis in patients scheduled for routine cataract surgery. Poster presented at ASCRS Symposium on Cataract, IOL and Refractive Surgery. Boston, MA April 11 2010.
5. Donnenfeld E, Solomon R, Roberts CW et al. Cyclosporine 0.05% to improve visual outcomes after multifocal intraocular lens implantation. J Cataract Refract Surg 2010;36:1095-1100.
6. Trattler W, Goldberg D, Reilly C. Incidence of concomitant cataract and dry eye: Prospective health assessment of cataract patients. Presented at World Cornea Congress, Boston, MA. 2 April 8 2010.
7. The Gallup Organization Inc. The 2008 Gallup Study of Dry Eye Sufferers. Princeton, NJ: Multi-Sponsor Surveys Inc.

ASPECTE CLINICE

8. Donnenfeld ED, Roberts CW, Perry HD et al. Efficacy of topical cyclosporine versus tears for improving visual outcomes following multifocal intraocular lens (IOL) implantation. Presented at: 79th Annual Meeting of the Association for Research in Vision and Ophthalmology; Fort Lauderdale 2007;May 6-10.
9. Hsu I, Jardim D, Soloway BD, Starr CE. The role of posterior capsule opacification with the Crystalens accommodating IOL. Poster presented at: The Association for Research in Vision and Ophthalmology; Fort Lauderdale. 2005;May
10. Hovanesian JA. FDA study results of the Crystalens HD IOL: contrast sensitivity and near vision compared to the predecessor lens. Poster presented at: The American Academy of Ophthalmology Annual Meeting San Francisco,CA 2009;October 24-27
11. Hofmann T, Zuberbuhler B, Cervino A, et al. Retinal straylight and complaint scores 18 months after implantation of the AcrySof monofocal and ReSTOR diffractive intraocular lenses. *J Refract Surg.* 2009 Jun;25(6):485-92.
12. Palmer A, Faina P, Albelda A, et al. Visual function with bilateral implantation of monofocal and multifocal intraocular lenses: a prospective, randomized, controlled clinical trial. *J Refract Surg.* 2008 Mar;24(3):257-64.
13. Hovanesian J.A. Take a stepwise approach to postoperative issues with premium lens implants. Primary care optometry news. *Doc. Ophtalmol* 2011;January
14. Maskit S, Fram N. Pseudophakic negative dysphotopsia: surgical management and new theory of etiology. *J Cataract Refract Surg* 2011;37(7):1199-1207.
15. Cooke DL. Negative dysphotopsia after temporal corneal incisions. *J Cataract Refract Surg.* 2010;36(4):671-672.
16. Tester R, Pace NL, Samore M, Olson RJ. Dysphotopsia in phakic and pseudophakic patients: incidence and relation to intraocular lens type(2). *J Cataract Refract Surg* 2000;26(6):810-816.
17. Osher RH. Negative dysphotopsia: long-term study and possible explanation for transient symptoms. *J Cataract Refract Surg* 2008;34:1699-1707.
18. Vamosi P, Casakany B, Nemeth J. Intraocular lens exchange in patients with negative dysphotopsia symptoms. *J Cataract Refract Surg* 2010;36(3):418-424.
19. Ocular Surgery News U.S.Edition. Premium IOLs a challenge to adopt into cataract practice. *Doc. Ophtalmol.* 2011;December 10.
20. Owen J. A patient-centric view of Premium IOLs, oct.2009-oct.2012. *Doc. Ophtalmol.*
21. <http://www.crstoday.com/Pages/DellIndex.doc>.