

ReSure Adherent Ocular Bandage in un caso di D.S.A.E.K.

CASE REPORT

Scopo del lavoro

Valutare l'efficacia di un nuovo polimero, già sperimentato nella chirurgia della cataratta, per la chiusura degli accessi corneali nell'intervento di D.S.A.E.K.

Materiali e Metodi

Una paziente di 65 anni (A.A.) fachica, è giunta alla nostra osservazione per OD: distrofia endoteliale di Fuchs ormai avanzata con conseguente scompenso corneale. La B.C.V.A. era di 1/10 con refrazione +1.00 +2.00 cil 145°, la I.O.P. 15 mm HG e la conta endoteliale 800 cellule/mm². Alla topografia corneale mediante Scheimpflug

Camera la pachimetria centrale era di 694 microns, l'astigmatismo era di 2.0 D asse 146°, la C.A. presentava buona ampiezza, il cristallino non presentava segni di cataratta (Figura 1).

L'occhio controlaterale manifestava B.C.V.A. pari a 5/10 con refrazione pari a +1.00 +2.25 cil 150°, iniziali segni di guttata con pachimetria pari a 530 microns, I.O.P. 14 mm HG, conta endoteliale nei limiti di norma. Decidemmo pertanto di sottoporla ad intervento di D.S.A.E.K.

L'intervento è stato eseguito con tecnica classica secondo Busin utilizzando un microcheratomo di Moria con testina di 300 micron e diametro del lembo 8.50 mm e praticando l'iridectomia basale nel

Figura 1. Scheimpflug camera pre-operatorio

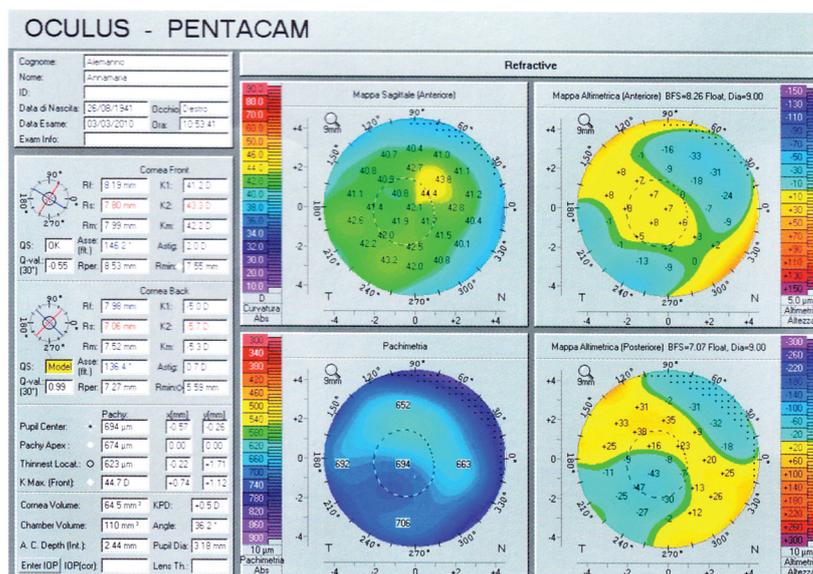




Foto 1. Immagine alla LAF a poche ore da intervento (archivio Re-Sure Bandage)

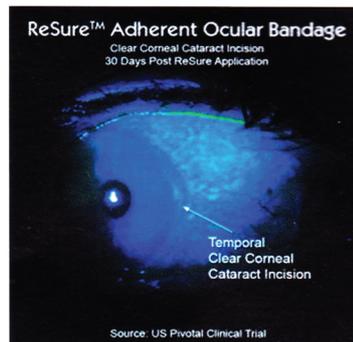


Foto 2. Immagine alla LAF a 30 giorni da intervento (archivio Re-Sure Bandage)

settore inferiore con vitrectomo. Abbiamo effettuato tre tunnel corneali di accesso in C.A., con particolare attenzione per il tunnel di ingresso del Glide (eseguito in cornea chiara su tre piani con lama 3.2). Il lembo è stato inserito sotto irrigazione continua, verificata la sua centratura abbiamo introdotto una bolla d'aria con ago-cannula per stabilizzare il lembo stesso e avere un discreto volume di camera. La colla è stata preparata e distesa sulle linee di taglio. Dopo aver atteso circa 15 secondi, tempo della polimerizzazione, abbiamo introdotto aria in C.A. mediante una paracentesi con ago 30G.

La tenuta della sutura è stata perfetta, senza alcuna perdita di aria dagli accessi corneali. La colla (idrogel al 90% composto da acqua, per il resto da polietilene glicole, materiale inerte e biocompatibile) viene costituita con un precursore blu messo a contatto con un acceleratore, una volta attivata viene applicata con un semplice asciughino lungo il margine della ferita chirurgica (Foto 1).

Il colore blu serve a visualizzare meglio la disposizione della colla sui margini della ferita e presenta il vantaggio di essere dissipato dopo poche ore lasciando l'area otticamente trasparente.

L'azione impermeabilizzante è evidente già dopo pochi secondi dalla sua applicazione garantendo la tenuta della camera anteriore ed evitando infezioni iatrogene. Dopo 4-5 giorni, a riepitelizzazione completa della ferita, il polimero ormai solidificato si stacca (Foto 2). La colla è approvata con marchio CE dalla Comunità Europea e può essere applicata su congiuntiva, sclera e cornea.

Risultati e Conclusioni

A un giorno dall'intervento la paziente presentava Seidel negativo e tono oculare pari a 19 mm HG (Foto 3). Ad un mese dall'intervento la U.C.V.A. era di 4/10, la BCVA era di 5/10 con una correzione pari



Foto 3. Immagine alla LAF del nostro paziente a un giorno da DSAEK

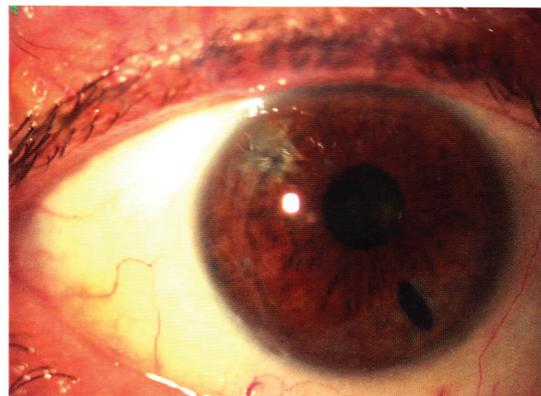
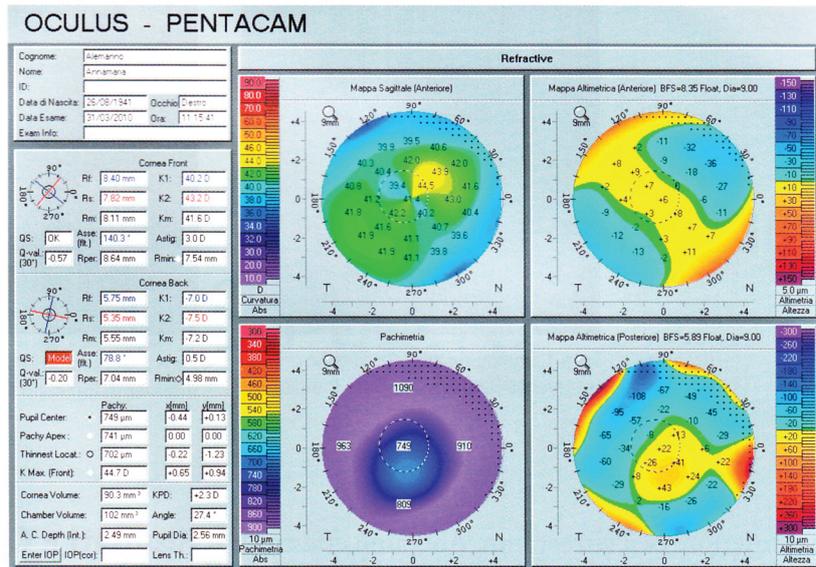


Foto 4. Immagine alla LAF del nostro paziente a 6 mesi da DSAEK

Figura 2.
Scheimpflug camera post-operatorio
a un mese



a +2.00 +3.00 cil 140°, la pachimetria centrale 749 microns, il tono 18 mm HG, la conta endoteliale era di 1525 cellule/mm², l'astigmatismo corneale valutato topograficamente con Scheimpflug Camera era 3.0D asse 52° (Figura 2).

A distanza di 6 mesi non abbiamo notato variazioni significative di pressione intraoculare, conta endoteliale (1500 cell./mm²) nè di astigmatismo corneale, ma una variazione di pachimetria centrale (600 microns), di U.C.V.A. (3/10) e B.C.V.A. (6/10 con +0.50 +3.00 cil 140°) dovuta ad insorgenza di cataratta iniziale (Foto 4).

Il follow up della paziente si è dimostrato analogo a quello di interventi di D.S.A.E.K. condotti con suture tradizionali.

Come tutti sappiamo una delle fasi più delicate della D.S.A.E.K. è la sutura degli accessi corneali per impedire la fuoriuscita della bolla d'aria, utilizzata come effetto tamponante sul lembo trapiantato a conclusione della tecnica classica.

Non è sempre facile suturare, ma soprattutto non sempre la apposizione di pochi punti garantisce

l'ermetica chiusura degli accessi. Nella nostra esperienza l'uso di ReSure bandage rispetto alle suture tradizionali ha dimostrato di essere una metodica sicura perché in grado di garantire velocità di chiusura delle ferite chirurgiche con buona impermeabilizzazione delle stesse e buon controllo della I.O.P. post-operatoria, è facile da applicare, non crea astigmatismo.

Risulta pertanto una valida alternativa alla tecnica classica. Attualmente è in corso un protocollo di studio su una casistica di 20 pazienti.

Bibliografia

1. Hovanesian J.A. *Cataract wound closure with a polymer liquid hydrogel ocular bandage*. Journal of Cataract Refractive Surgery, May 2009, 35(5), 912-916.
2. Busin M. *D.S.A.E.K. for the treatment of endothelial disc results in the initial 100 cases*. Klin. Monbl. Augenheilkd, S 2009, 226(9), 757-60.
3. Kent C. *Update: Liquid Bandages for the eye*. Review of Ophthalmology, 2009, 16(07), 20-21.