

dr n. med. Maria Pomorska
 dr n. med. Marek Szaliński
 lek. Roksana Kręcichwost
 prof. dr hab. n. med. Marta Misiuk-Hojło

Uniwersytecki Szpital Kliniczny
 Katedra i Klinika Okulistyki
 Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
 kierownik : prof. dr hab. n. med. Marta Misiuk-Hojło

CHIRURGIA ZAĆMY U PACJENTÓW PO CHIRURGII REFRAKCYJNEJ ROGÓWKI

CATARACT SURGERY IN PATIENTS AFTER PREVIOUS CORNEAL REFRACTIVE SURGERY

Słowa kluczowe

Chirurgia refrakcyjna rogówki, chirurgia zaćmy po zabiegu refrakcyjnym rogówki, obliczanie mocy soczewki wewnątrzgałkowej, kalkulator ASCRS, śródoperacyjna aberrometria.

Streszczenie

Chirurgia refrakcyjna rogówki od ponad czterdziestu lat jest popularną metodą korekcji wad refrakcji. Także pacjenci poddani zabiegom keratotomii radialnej (RK) czy laserowym procedurom LASIK lub PRK wraz z upływem czasu muszą się poddać chirurgii zaćmy, która w ich przypadku stanowi wyzwanie kliniczne, nawet dla doświadczonego chirurga.

Przed zabiegiem usunięcia zaćmy każdy pacjent powinien zostać poinformowany o trudnościach w kalkulacji mocy soczewki wewnątrzgałkowej, podwyższonym ryzyku komplikacji śródoperacyjnych, dłuższym okresie rehabilitacji wzrokowej, a szczególnie ten, który przeżył zabieg keratotomii radialnej.

Stosowane standardowo w praktyce klinicznej formuły regresji nowszych generacji – Holladay I i SRK/T – służące kalkulacji mocy soczewki wewnątrzgałkowej (w oczach bez wcześniejszych zabiegów okulistycznych) w przypadku tej grupy pacjentów mogą skutkować tzw. „niespodzianką refrakcyjną”.

W artykule przedstawiono przyczyny błędów w kalkulacji mocy soczewki wewnątrzgałkowej oraz metody opracowane w celu poprawy ich dokładności (w zależności od tego, czy dysponujemy retrospektywnymi danymi klinicznymi pacjenta – metoda Holladay’a oraz Double-K), metody niezależne od retrospektywnych danych – Latkany flat K, Masket, Shammas, metody bazujące na badaniu topografii rogówki, jak również najnowszą z technik – śródoperacyjną aberrometrię).

Key words

Corneal refractive surgery, postrefractive cataract surgery, intraocular lens power calculation, ASCRS calculator, intraoperative aberrometry, Scheimpflug imaging.

Summary

Corneal refractive surgery has been a popular method of refractive error correction over the past 40 years. Over time, individuals after previous radial keratotomy (RK) or laser procedures of LASIK/PRK need cataract surgery, which – in these circumstances - poses a clinical challenge, even for an experienced surgeon.

Preoperatively, the patient should be informed about the difficulty calculating appropriate power of intraocular lens (IOL), an increased risk of intraoperative complications and prolonged visual rehabilitation after surgery, especially in cases after prior radial keratotomy.

The newer generation regression formulas used as a standard clinical practice, such as Holladay and SRK / T for the IOL power calculation in eyes without history of previous ocular surgery, may result in a “refractive surprise” in patients after prior corneal surgery.

The paper discusses the causes of IOL power miscalculation and methods developed in order to improve its accuracy, depending on availability of retrospective clinical data (Holladay formula and the Double-K vs. Latkany flat K, Masket formula, Shammas formula, methods based on corneal topography as well as the latest technique – intraoperative aberrometry).

Furthermore, the use of appropriate surgical technique and the risk of intraoperative complications in patients after prior radial keratotomy (RK),

Ponadto omówiono zagadnienia dotyczące wykonywania odpowiednich technik operacyjnych oraz ryzyka komplikacji śródoperacyjnych u pacjentów po zabiegach keratotomii radialnej oraz LASIK lub PRK. Przedstawiono także zasady pooperacyjnego postępowania z tą szczególną grupą pacjentów o wysokich oczekiwaniach wzrokowych.

LASIK or PRK have also been addressed. Finally, postoperative management of patients with high visual expectations, including the possibility of residual refractive error correction has also been presented.