

La cheratoplastica lamellare profonda manuale nel cheratocono

Fernando Trimarchi - Clinica Oculistica dell'Università di Pavia



Per consultazione prendere contatto con:

Prof. Fernando Trimarchi

Via Calchi, 5 - Pavia - Tel 0382 29911

Clinica Oculistica Ospedale S. Matteo - Piazzale Golgi, 2 - Pavia

Tel. 0382 526213, Fax 0382 527006

E-mail: trimarc@unipv.it

Definizione

La cheratoplastica lamellare profonda (Deep Lamellar Keratoplasty o DLKP) è una cheratoplastica lamellare effettuata a livello dell'interfaccia stroma-membrana di Descemet con metodica manuale.

Dato che questo intervento sfrutta un piano di clivaggio anatomico, la superficie ottenuta con la dissezione risulta perfettamente liscia.

Essa va differenziata dalle altre cheratoplastiche lamellari nelle quali il taglio risulta essere effettuato a vari livelli dello stroma, determinando un piano non perfettamente liscio.

Indicazioni

Patologie a carico dello stroma corneale di tipo degenerativo (cheratocono, distrofie stromali), post-traumatico. post-infettivo (leucomi vascolarizzati e non).

Metodica

L'intervento viene condotto in anestesia peribulbare.

Si esegue una trapanazione con trapano a suzione di Hessburg-Barron o di Hanna per la profondità di 2/3 dello spessore corneale precedentemente valutato sulla circonferenza della sede di trapanazione con pachimetro ad ultrasuoni.

Sempre alla stessa profondità si effettuano, con bisturi di diamante a punta arrotondata o con altro tagliente smusso, due tagli perpendicolari alla superficie corneale e tra di loro, da una estremità all'altra del solco della trapanazione corneale (*fig 1*), passando per il centro della cornea e delimitando così 4 quadranti.

Gli estremi dei tagli risultano essere alle ore 3-9, 6-12 sulla circonferenza della trapanazione iniziale.

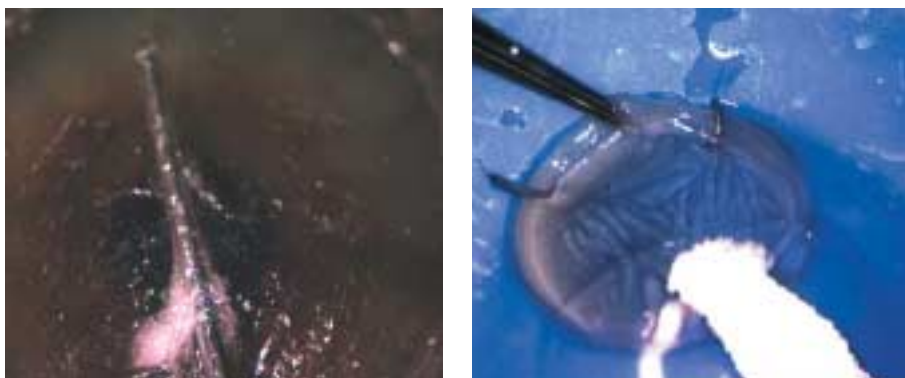
Si asportano con dissezione tangente al piano corneale i quadranti così delimitati, ottenendo una superficie ruvida, simile a quella risultante dopo cheratoplastica lamellare tradizionale (*fig.2*).

Con lo stesso tagliente smusso si incide lo stroma residuo con un taglio radiale- perpendicolare periferico verso le ore '12, fino a raggiungere la membrana di Descemet, riconoscibile per la sua particolare lucentezza.

A questo punto si inserisce una spatola smussa nel piano di clivaggio tra la membrana di Descemet e lo stroma, separandoli con movimenti di lateralità; di progressione verso le ore 6 e poi di lateralità-rispettivamente verso le ore 3 e le ore 9 (*fig.3*).

Se il tono endobulbare non è particolarmente basso, è utile effettuare una paracentesi al limbus prima di procedere alle manovre di separazione con spatola.





Con forbici di Vannas si taglia radialmente lo stroma residuo dissociato, delimitando nuovamente 4 quadranti.

I 4 quadranti ottenuti in questo modo vengono asportati con forbici di Katzin tagliando perifericamente lo stroma sulla traccia circolare della trapanazione iniziale.

A questo punto viene innestato un lembo corneale, di diametro superiore di 0.25 mm al taglio del ricevente e convenientemente preparato asportando la Descemet-endotelio con spugna di merocel (fig.4). L'intervento si conclude suturando il lembo con doppio soprappiglio isoscele antiorario antitorsionale in nylon 10/0.

Risultati

Nei 300 pazienti da noi finora operati di DLKP non è stato riscontrato alcun caso di rigetto, che nella cheratoplastica perforante (PKP) mostra una incidenza del 4-10 % circa.

Il numero di cellule endoteliali non varia in modo significativo tra prima e dopo l'intervento, mentre nella cheratoplastica perforante risulta molto ridotto, l'astigmatismo cheratometrico estremamente più ridotto e l'acuità visiva maggiore rispetto a quanto si riscontra dopo cheratoplastica perforante.

Conclusioni

In considerazione dei risultati ottenuti la DLKP è da preferire alla PKP in tutte le forme patologiche corneali che non determinano alterazioni numeriche o qualitative dell'endotelio.