

Fem års erfaring med ReSTOR

Presbyopes sterke ønske om å se klart på alle avstander er ikke av ny dato. I tidligere tider eksisterte en rekke treningsprogrammer, kosttilskudd og medikamenter som skulle forsinke eller helbrede denne ubehagelige tilstanden.



Af Dr. Askvik, Bergen Øyelegesenter, Norge

I løpet av de siste dekadene har en rekke diffraktive, multifokale og akkomodative IOL blitt introdusert for kirurgisk å kunne redusere eller eliminere behovet for synshjelpemidler på nært hold. De fleste linsene har hatt for mange bivirkninger i forhold til heller beskjedne gevinst, bl.a. har lesesyntet ikke vært godt nok.

Vi har nå fått 3. og 4. generasjons diffraktive IOL på markedet. Med disse har nærvisus kvaliteten økt og bivirkningsfrekvensen blitt redusert, og vi ser at disse linsene øker markedsandeler, samtidig som oftalmologer opplever et krav fra både kataraktpasienter kandidater for refraktiv kirurgi om å få implantert en slik "superlinse".

Oftalmolog har bedt meg om å meddele mine erfaringer med den diffraktive, apodizerte bifokale AcrySof-linsen Restor, ettersom jeg er blant de som har mest erfaring med denne linsen i Skandinavia. Jeg har ikke erfaring med andre diffraktive- eller akkomodative intraokulærlinser, har heller ikke gjennomført systematiske vitenskapelige studier, men har bred erfaring med

linsen etter flere hundre implantasjoner og personlig oppfølging av de fleste pasientene.

I forkant av AAO møtet i 2003 deltok jeg som eneste skandinav på Alcons første Restor sertifiseringskurs. Resultatene som utprøverne Kerry Solomon m.fl. presenterte, overbeviste meg om at dette var en god linse for utvalgte pasienter med ønske om størst mulig grad av brillefrihet etter kataraktoperasjon. Jeg ble ikke minst imponert over hvor lett pasientene kunne lese tekst flytende under gode lysforhold.

Hjemme i Norge tok det ikke lang tid å finne aktuelle kandidater, og min første pasient var den "perfekte" kandidat; en 50 år gammel hypermetrop kvinne med symptomgivende katarakt, som arbeidet som selger i en møbelforretning, og som hadde et meget sterkt ønske om brillefrihet. Etter operasjonene utviste hun en utrolig tilfredshet og takknemlighet, som inspirerte meg til å fortsette å bruke linsen. Hun er nok fortsatt en av mine mest fornøyde pasienter med god ukorrigert synsfunksjon både på avstand og nær uten plag-

somme bivirkninger. Hun har vært en levende Restor-reklame gjennom fem år. Bl.a. har jeg operert flere av hennes slektninger og venner med Restor. For kort tid siden opererte jeg hennes søster for katarakt. Før operasjonen hadde hun en ting helt klart for seg; hun skulle ha den samme linsen som søsteren hadde fått implantert.

I dag utgjør Restor 10-15% av mine linseimplantasjoner, og resultatene er jevnt over gode. Pasientseleksjon er viktig, men ikke uproblematisk, ettersom det alltid vil være noen pasienter som ikke blir fornøyde med resultatet pga sjenerende bivirkninger. Det er ikke mulig å plukke ut disse pasienter på forhånd fordi man ikke kan måle neuroadaptasjonsevnen. Derfor bør man være forberedt på at det kreves linseutskifting hos enkeltpasienter pga "uholdbare" bivirkninger relatert til halos eller glare. Selv har jeg eksplantert ca 1% av mine implanterte Restor, som har blitt erstattet av monofokal, asfærisk PCL. To ganger har det vært tilstrekkelig å utføre linseutskifting i det dominante øyet, det alene har redusert

bivirkningene til et akseptabelt nivå, samtidig som noe lesesyn beholdes.

Store skotoptiske pupiller synes å øke bivirkningsfrekvensen. Samtidig kreves godt lys for å kunne nyttiggjøre nærfokus best.

Implantasjon av Restor krever "perfekt" kirurgi for å kunne oppnå god ukorrigert synsfunksjon; minst mulig temporalt hovedsnitt for å oppnå lavest mulig astigmatisme-påvirkning, 5 mm. kapsulorhexis innenfor linseoptikken, god opprensning av kortikale masser, og god sentrering av linsen i bagen. Det er ikke akseptabelt med postoperativ astigmatisme $> 0.5-0.75$ D eller tilsvarende sfærisk ammetropi som krever brillebruk. Derfor bør IOL-master med siste versjon av bl.a. Haigis-formel benyttes.

Brillekrevende korneal astigmatisme er en relativ kontraindikasjon, men kan elimineres eller reduseres med LRI (Limbic Relaxing Incisions). Da bør man imidlertid kjenne sine personlige resultater og no-

mogrammer, og ha en excimerlaser tilgjengelig for å kunne eliminere utilfredsstillende restastigmatisme. Jeg utfører LRI ved ca. 20% av mine Restorpasienter og oppnår akseptabelt resultat hos de aller fleste.

Ca. 5% av pasientene trenger en excimerlaserablasjon som en "final touch" for å oppnå tilfredsstillende ukorrigert syn, som oftest pga restastigmatisme.

Man må forvente høyre andel YAG-laser-kapsulotomi etter Restorimplantasjon enn ved vanlig kataraktoperasjon. For det første vil Restor-gruppen ha en lavere gjennomsnittsalder, som i seg selv medfører økende etterstærtsfrekvens. Dessuten er den apodizerte, diffraktive optikken mer sårbar for uregelmessigheter i bakre kapsel, selv åpning av en tilnærmet klar bakre kapsel kan gi subjektiv synsforbedring, selv ved visus > 1.0 .

Siden 2003 har linsen blitt modifisert flere ganger fra først sfærisk SA60D3, til SN60D3 med gulfilter

for teoretisk makulabeskyttelse, dernest gul asfærisk SN6AD3, og senest gul asfærisk SN6AD1, som har flyttet nærfokus noen cm. lengre ut. Særlig asfærisitet og mer behagelig leseavstand har vært en betydelig forbedring, spesielt har SN6AD1 gitt klarere mellomavstandssyn og derved mindre behov for briller ved arbeid foran PC-skjerm.

Likevel er det ikke problemfritt å implantere diffraktive linser. Noen pasienter opplever ubehagelige bivirkninger som glare og halos. De fleste pasienten beskrive slike plager umiddelbart postoperativt, og senere i enkeltsituasjoner, men synes ikke at det spiller noen rolle. Ca 15% klager over disse bivirkningene. 10% beskriver moderate plager som er til å leve med, mens 5% føler at bivirkningene er meget sjenerende og til dels svært ubehagelige. Bare en av disse fem velger likevel å skifte linse, når man blir informert om at man da gir fra seg det gode lesesynet. Da velger de heller bort eksempelvis

bilkjøring i mørket. Ca. 90% av pasientene svarer ja på spørsmål om de ville anbefale denne linsen til en nær venn eller slektning.

Jeg skal ikke legge skjul på at de få misfornøyde pasientene har krevd uendelig mange til dels ubehagelige konsultasjonstimer, og to pasienter har vurdert søksmål mot meg for ”dårlig” behandling; angivelig mangelfull informasjon om de meget ubehagelige bivirkningene.

Det regnes fortsatt som kontraindisert å implantere diffraktive linser hos yrkessjåfører. Selv har jeg operert fem yrkessjåfører, to trailersjåfører og tre drosjesjåfører. De hadde alle redusert synsfunksjon relatert til katarakt, og de hadde alle kjennskap til denne ”superlinsen” via kjente, og de ønsket sterkt å få denne linsen implantert i stedet for monofokal linse. Alle fem opplevde betydelig synsforbedring postoperativt uten nevneverdige bivirkninger. Til dags dato har de til sammen kjørt skadefritt hundretusenvis av kilometer på kryss og tvers av Europa til alle døgnets tider, de uttrykker alle stor grad av tilfredshet og anbefaler linsen til andre yrkessjåfører. Diffraktive IOL kan altså være en god løsning også for yrkessjåfører, men man må her være forberedt på muligheten for post.op. linseutskifting pga plagsomme bivirkninger som gjør yrkeskariere vanskelig. Grundig informasjon er selvsagt meget viktig for alle, men spesielt viktig for denne – og lignende grupper.

Spesielt det siste året har jeg

merket en økende pågang fra presbyope pasienter, som er tilnærmet emmetrope, som ønsker operasjon for å slippe lesebriller. Det fraråder jeg sterkt, da skal man i det minste ha tenkt grundig gjennom situasjonen, og være velinformert om den relativt høye bivirkningsfrekvensen (15%). Jeg pleier å si at linsene stadig videreutvikles og forbedres, og at vi kanskje allerede om 5-10 år ser på dagens teknologi som ”gammeldags”. Mange velger da å utsette et evt. inngrep.

Er man derimot 50+ og har et sterkt ønske om refraktiv kirurgi pga moderat hypermetropi eller høygradig myopi, kan CLE med Restor være et godt alternativ i stedet for excimerlaserablasjon eller annen kirurgi.

Det er ingen tvil om at diffraktive linser er kommet for å bli, og at stadig flere pasienter kommer til å ønske denne linsen enten ved kataraktoperasjon eller ved et refraktivkirurgisk inngrep. Det er viktig med grundig informasjon om fordeler, ulemper og ikke minst de potensielt alvorlige bivirkninger. De beste kandidatene er utvilsomt ”unge” presbyope, hypermetrope katarakt-pasienter uten for store skotoptiske pupiller, som ikke er lesehester eller PC-nerder, men som bruker synet vekslende på avstand og nær, og som har sterkt ønske om størst mulig grad av brilleuavhengighet.

Presbyopikorreksjon alene bør frarådes pga fortsatt for høy bivirkningsfrekvens ved diffraktive linser.