

## Augenklinik und Augenlaserklinik Mainfranken

Visusergebnisse bei der Implantation der Bifokalinsse AT-LISA 366 D mit Korrektur des Präoperativen Astigmatismus durch Incision im steilen Meridian

Vortrag im Rahmen der DGII 2009 in München

Dr. med. Harry Domack Johannes Weisensee

## Methoden 1

- 422 Augen mit Implantation einer AT.LISA 366 TD
- CCI-Schnitt im steilen Meridian
- Messung prä-OP und post-OP Astigmatismus mit der pentacam
- Paracentesen 2 0,9 mm

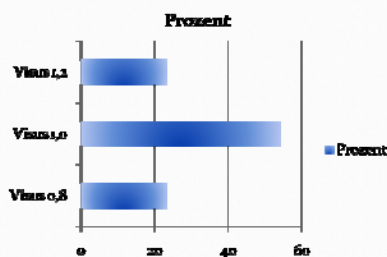
## Methoden 2

- 0 - 0,5 dpt 2,5 mm CCI
- 0,51 - 0,75 dpt 2,75 mm CCI
- 0,76 - 1,11 dpt 2,8 mm CCI
- Standard-Phako, Implantation 2,2 mm Kartuschen

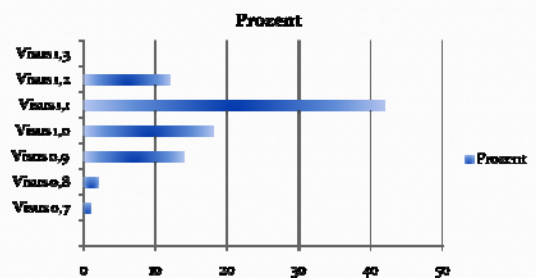
## Verteilung prä-OP Astigmatismus

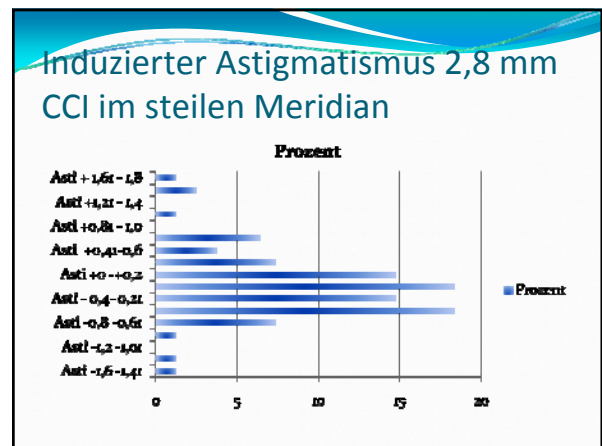
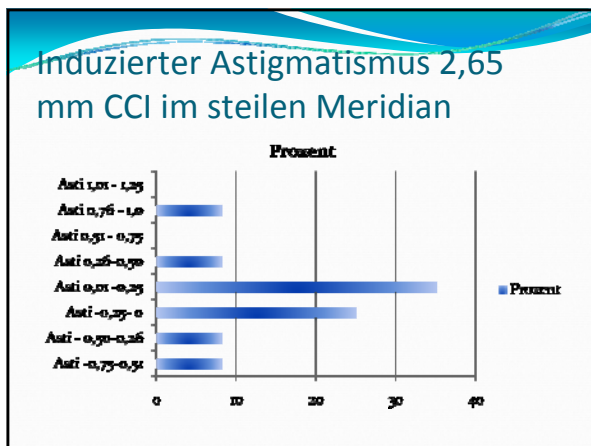
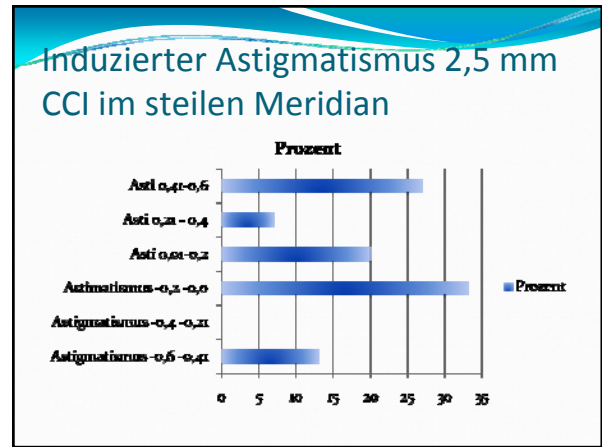
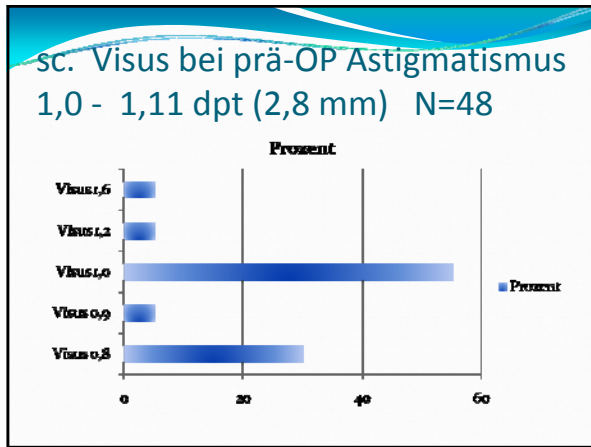
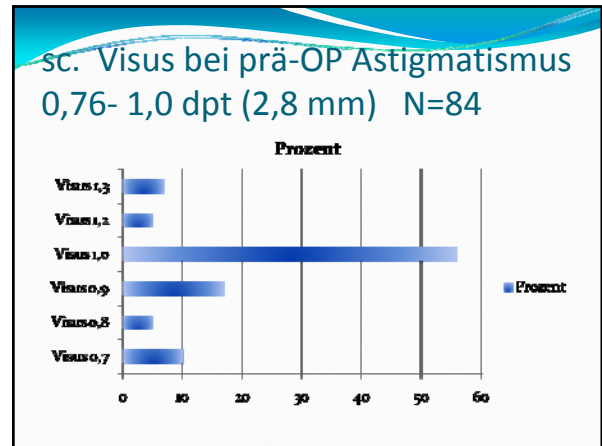
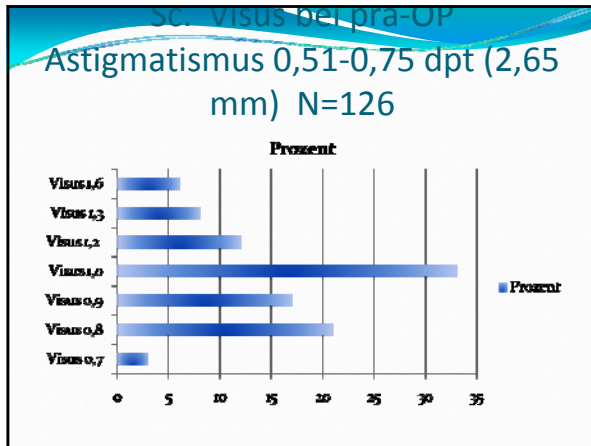
- 422 Augen
- 29 (7%) 0 - 0,25 dpt
- 135 (32%) 0,26 - 0,50 dpt
- 126 (30%) 0,51 - 0,75 dpt
- 84 (20%) 0,76 - 1,00 dpt
- 48 (11%) 1,00 - 1,11 dpt

## sc. Visus bei prä-OP Astigmatismus von 0 - 0,25 dpt(2,5 mm) N=29



## sc. Visus bei prä-OP Astigmatismus 0,26 - 0,50 dpt (2,5 mm) N=135





## Zusammenfassung 1

- Der Monokulare sc Visus nach AT-LISA Implantation liegt bei 0,7 – 1,6 im Mittel bei mit einer Streuung von
- Es zeigt sich keine enge Korrelation des sc. Visus mit dem prä- oder postoperativen Astigmatismus
- Es zeigt sich bei der OP eine deutliche Streuung der Astigmatismusreduktion/Induktion.
- Diese Streuung ist umso kleiner, je kleiner der Schnitt

## Zusammenfassung 2

- HH-Astigmatismen von größer 1,0 sollten mit einer torischen LISA angegangen werden
- Die Vorhersagbarkeit des postoperativen Astigmatismus ist bei Schnitten von 2,5mm dtl. besser als bei größeren Schnitten.
- Schnitte über 2,8 mm sollten nicht verwendet werden.
- Es sollten noch kleinere Incisionen untersucht werden.