

Effects of optimized photorefractive keratectomy (PRK) operation on the asphericity and high-order aberration changes

Ali Zare Joshaghani¹, Alireza Baradaran Rafii², Farhad Adhami Moghaddam³

1. Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch, Tehran, Iran

2. Ophthalmic Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Ophthalmology, School of Medicine, Islamic Azad University Tehran Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: Optimized is a common and important method in which aberrations are created by the device and the surgeon, but high-grade aberrations are out of the surgeon's control and are induced by the device in the patient. The aim of this study was the evaluation of out-of-control high-order aberration changes before and after PRK surgery and these impact on vision outcome.

Materials and methods: In this before and after clinical trial study, we recruited 24 patients consist of 48 eyes. For the patients with myopic astigmatism, before the operation, a complete visual examination (visual acuity, refraction, etc.) and imaging including orbscan, zywave, and topolyzer were performed and tests were repeated six months after surgery. The results were compared before and after surgery.

Results: 24 patients included 8 males (33.3%) and 16 females (66.7%) with a mean age of 29 ± 5 years recruited in the study. The total higher-order aberration increased after operation. There was no significant difference between the third and fourth-order corneal aberrations before and after the operation. The ocular and corneal high-order aberration was increased. Mean asphericity was similar before and after the operation. Also, significant correlations among spherical equivalent, total high order aberration, and ocular aberration were found.

Conclusion: Regarding our study, eye sporadic defect improved after the operation but it would never achieve the optimal goal. According to the findings, it seems that the optimized method with the Allegretto EX500 device, despite its superiority over the conventional method, still induces high-grade aberrations and changes the asphericity from prolate to oblate mode. However, it improves refraction, which affects the quality of patients' vision.

Keywords: Asphericity, High-order aberration, Optimized PRK.

Cited as: Ali Zare Joshaghani, Alireza Baradaran Rafii, Farhad Adhami Moghaddam. Effects of Optimized photorefractive keratectomy (PRK) operation on the asphericity and high-order aberration changes. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2022; 31(4): 425-431.

Correspondence to: Farhad Adhami Moghaddam

Tel: +98 9121301060

E-mail: farhad.adhami@gmail.com

ORCID ID: 0000-0003-4811-443x

Received: 11 May 2021; **Accepted:** 17 Aug 2021

تغییرات آسفریستی و ابیراهی های رده بالا چشم در عمل کراتکتومی فوتورفرکتیو (PRK)

علی زارع جوشقانی^۱، علی رضا برادران رفیعی^۲، فرهاد ادهمی مقدم^۳

^۱ باشگاه پژوهشگران جوان، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران

^۲ بخش چشم، بیمارستان لبافی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ بخش چشم، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: Optimized روش رایجی است که در آن ابیراهی های رده بالا توسط دستگاه در بیمار القا می شود. هدف از انجام این مطالعه بررسی میزان ابیراهی های رده بالا القا شده خارج از کنترل جراح و تاثیر آن بر نتایج بینایی بعد از عمل کراتکتومی فوتورفرکتیو (PRK) بود.

روش بررسی: در کارآزمایی بالینی Before and after treatment، تعداد ۲۴ بیمار شامل ۴۸ چشم وارد مطالعه شدند. برای کلیه بیماران قبل و ۶ ماه بعد از عمل اورب اسکن، اندازه گیری ابیراهی های چشمی، قرنیه و اسفریستی با توپولا زیر ارزیابی شد.

یافته ها: بیماران شامل ۸ مرد و ۱۶ زن با میانگین سنی 29 ± 5 سال بودند. ابیراهی های کلی رده بالای چشمی پس از عمل افزایش پیدا کرد و بین ابیراهی های قرنیه ای و چشمی رده سوم و چهارم زرنیکه قبل و پس از عمل تفاوت معنی داری مشاهده نشد. ابیراهی کروی قرنیه ای و چشمی افزایش یافت. میانگین آسفریستی قبل و بعد از عمل مشابه بود. همچنین رابطه معنی داری بین مقدار اکسی والان اسفر و ابیراهی های رده بالای کل و ابیراهی کروی یافت شد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پس از عمل اختلالات انکساری چشم بیمار بهبود می یابد، ولی با القای ابیراهی های رده بالا به حالت ایده آل و بدون اختلال نمی رسد، هرچند سبب بهبود رفراکشن می شود که بر کیفیت بینایی بیماران اثرگذار است. با توجه به یافته های موجود به نظر می رسد روش optimized علی رغم برتری بر روش مرسوم کماکان موجب القای ابیراهی های رده بالا و تغییر آسفریستی از حالت prolate به oblate می شود.

واژگان کلیدی: عمل PRK، ابیراهی رده بالا، بیمار مایوپ آستیگمات.

مقدمه

۲۳/۹٪ از موارد را در چشم انسان شامل می شود. درمان عیوب انکساری شامل عینک، لنز تماسی و جراحی است. البته ما می توانیم از ترکیبی از این درمان ها نیز استفاده کنیم (۱). جراحی اگزایمر لیزر یک متد مؤثر برای اصلاح خطاهای چشمی اسفروسیلندر است. اگرچه پیشرفت در تکنولوژی ابتدا متمرکز بر بهبود دقت نتایج رفراکتیو است، تلاش های امروزه به سمت بهبود کیفیت اپتیکی دید بعد از جراحی است (۲).

فوتورفراکتیو کراتکتومی (PRK) به طور مؤثر در درمان مقادیر کم تا متوسط مایوپی، مایوپی با آستیگماتیسم و مقادیر کم تا

عیوب انکساری زمانی رخ می دهد که تصویر روی شبکیه فوکوس نشده باشد و شامل نزدیک بینی، دور بینی و آستیگماتیسم است. ۳۰/۶٪ از عیوب انکساری مربوط به نزدیک بینی است، در حالی که دور بینی ۲۵/۲٪ و آستیگماتیسم

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، بخش چشم،

فرهاد ادهمی مقدم (email: farhad.adhami@gmail.com)

ORCID ID: 0000-0003-4811-443x

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۲/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۴/۲۶

متوسط دوربینی بدون آستیگماتیسم استفاده می‌شود (۳). PRK به عنوان یک روش سرپایی با استفاده از بی‌حسی موضعی انجام می‌شود. ابتدا اپیتلیوم قرنیه در ناحیه Ablation برداشته می‌شود یا به کنار رانده می‌شود تا Ablation دقیق‌تر بافت قرنیه امکان‌پذیر باشد. سپس لیزر به استروما تابانده می‌شود (۴). بلافاصله پس از پایان لیزر، چشم‌پزشک، آنتی‌بیوتیک، استروئید و داروهای ضدالتهاب موضعی را استفاده می‌کند. سپس یک لنز تماسی یک‌بارمصرف بانداز بر روی قرنیه گذاشته می‌شود (۵). عیوب انکساری از منفی ۸ دیوپتر تا مثبت ۴ دیوپتر در این جراحی قابل اصلاح است.

چشم یک سیستم اپتیکی است که دارای چندین جزء است. این اجزای اپتیکی باعث فوکوس تصویر بر روی رتین می‌شوند. نقایصی که در این سیستم وجود دارد باعث انحراف نور از مسیر اصلی خود می‌شوند که در نهایت یک تصویر تار را تشکیل می‌دهد. این تاری کارکرد بینایی را کاهش می‌دهد. به این انحرافات ابیراهی می‌گویند (۶). برای تقسیم‌بندی انواع ابیراهی‌ها از چندجمله‌ای‌های زرنیکه استفاده می‌شود. ابیراهی‌ها به دودسته‌ی کلی تقسیم‌بندی می‌شوند. ابیراهی‌های رده پایین (Low Order Aberration) و ابیراهی‌های رده بالا (High Order Aberration). از ابیراهی‌های رده پایین می‌توان به خطاهای اسفریکال (نزدیک‌بینی و دوربینی) و آستیگماتیسم اشاره کرد و همچنین از گروه دوم می‌توان از خطاهای کروی کما و تریفویل و... نام برد (۷).

HOA ها و آسفریسیته اساساً باهم متفاوت‌اند. HOA ها که از لحاظ ریاضی به وسیله چند جمله‌ای‌های Zernike توصیف شده‌اند، نوساناتی در شکل سطحی قرنیه هستند که مشابه سطح کاسه‌ای از آب هستند. آسفریسیته با این حال می‌تواند به صورت ریاضی به وسیله Q Value تعریف شود. این اندازه‌گیری میزان شیب تغییرات شعاع انحنای قرنیه را از محیط به مرکز نشان می‌دهد. قرنیه‌ای با Q صفر کاملاً کروی است. بیشتر قرنیه‌های فیزیولوژیک یک Q منفی دارند که این به این معناست که آن‌ها از مرکز به محیط Flat تر می‌شوند (۸).

یکی از کاربردهای تئوری نور، در آنالیز جبهه موج است (wave Front). با اندازه‌گیری جبهه موج توسط دستگاه‌هایی به نام ابرومتر که مشهورترین روش آن با استفاده از Hartmann-Shack Wave Front Sensor است می‌توان ابیراهی‌ها یا انحرافات اپتیکی را اندازه گرفت (۹).

درمان‌های Wave Front Based به دو گروه تقسیم می‌شود: الگوریتم Optimized و Guide. در روش Optimized عیب

انکساری و کراتومتری هر چشم را قبل از عمل در نظر می‌گیرند. در این روش پالس‌های لیزر به نواحی محیطی قرنیه تابانده می‌شود تا یک‌شکل آسفریک فراهم کند (حفظ شکل آسفریسیته قرنیه) که باعث می‌شود ابیراهی‌های اسفریکال محدودی ایجاد شود (۱۲-۱۰). کاهش ابیراهی اسفریکال القاشده در مقایسه با جراحی‌های مرسوم باعث بهبود کیفیت تصویر رتینال می‌شود (۱۳).

همان‌طور که گفته شد جراحی لیزیک Wavefront Optimized ادعا دارد که سبب می‌شود شکل آسفریک قرنیه بعد از عمل جراحی رفرکتیو، حفظ شود و در نتیجه آن تا حد امکان High-Order Aberration کمتر ایجاد می‌شوند و لذا سیمپتوم‌های بینایی بیمار بعد از عمل کمتر و کیفیت دید وی بهتر خواهد بود. البته معمولاً بین ادعاهای انجام‌شده و آنچه در کلینیک به وقوع می‌پیوندد، تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود و لذا باید مطالعاتی جهت بررسی صحت و سقم ادعاهای صورت گرفته به عمل آید. هدف از انجام این مطالعه بررسی تاثیر عمل کراتکتومی فوتورفرکتیو (PRK) بر تغییرات آسفریسیته و ابیراهی‌های رده بالا در بیماران مایوپ آستیگمات بود.

مواد و روشها

در این مطالعه که از نوع قبل و بعد از درمان بود، تعداد ۲۴ بیمار شامل ۴۸ چشم با بیماری مایوپ آستیگمات که جهت انجام عمل PRK به بیمارستان نگاه مراجعه کرده بودند بررسی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران با بازه سنی ۲۰-۴۰ سال، توپوگرافی منظم، $RMS < 0.3$ (root mean square)، تغییر کمتر از ۰/۵ دیوپتر در رفرکشن در طی یک سال گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل بارداری، ابتلا به آرترید روماتوئید، دیابت، ایدز، خشکی مزمن چشم، کونژکتیویت، کاتاراکت، کراتوکونوس، گلوکوم مهار نشده، عیب انکساری مایوپی بیشتر از ۶ دیوپتر یا آستیگمات بیشتر از ۴ دیوپتر، سابقه قبلی هر گونه جراحی چشمی و استفاده از کورتیکواستروئیدهای سیستمیک بودند.

قبل از جراحی، در هر بیمار ابتدا معاینات مقدماتی شامل گرفتن دید با چارت اسنلن (Dongyang-LCD 700) با و بدون عینک اصلاح، رفرکشن سابجکتیو و سایکلورفرکشن با رتینوسکوپ welch Allyn و اتورفرکتومتر RM8900 TOPCON صورت گرفت. سپس معاینه با اسلیت لمپ SL-3G اعم از سگمان قدمی

یافته‌ها

تعداد ۸ مرد (۳۳/۳٪) و ۱۶ زن (۶۶/۷٪) شرکت کردند. میانگین سنی بیماران 29 ± 5 سال (طیف سنی ۲۱-۴۰ سال) بود.

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، تمام تغییرات اسفر، اکی والان اسفر و سیلندر قبل و بعد از عمل معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین تغییرات flat/steep Simulated keratometry در قبل و بعد از عمل از نظر آماری ارتباط معنی داری داشت ($P < 0/001$).

تمام تغییرات ابیراهی قرنی به استثنا تغییرات کوادریفویل قبل و بعد از عمل معنی دار بودند (جدول ۲). بعد از عمل میانگین ابیراهی کروی و کما قرنیهای و آستیگماتیسم ثانویه افزایش و ابیراهی تریفویل قرنیهای کاهش یافت ($P < 0/001$).

در جدول ۳ که تغییرات ابیراهی چشمی قبل و بعد از عمل را نشان می دهد، ابیراهی کلی و کروی چشم بعد از عمل کاهش و ابیراهی های رده بالا افزایش یافتند ($P < 0/001$). تغییرات ابیراهی های رده بالا بدون ابیراهی کروی به میزان $0/07 \pm 0/19$ افزایش یافت ($P < 0/019$). آسفریستی قرنی نیز بعد از جراحی به طور قابل توجهی افزایش یافت (جدول ۴).

و سگمان خلفی و همچنین فاندوسکوپ با افتالموسکوپ غیرمستقیم انجام شد.

برای کلیه بیماران اورب اسکن (Orbscan II)، اندازه گیری ابیراهی های چشمی با Zywave II و ابیراهی های قرنی و اسفریستی با توپولایزر (ALLEGRO Topolyzer) انجام شد. تمام بیماران توسط یک جراح (ع. ب. ر.) با دستگاه Allegretto EX500 تحت جراحی PRK قرار گرفتند. دوباره ۶ ماه بعد از عمل علاوه بر معاینات کامل چشمی، ابرومتري و تصویربرداری توپولایزر برای تمام بیماران صورت گرفت.

از تمام بیماران رضایت نامه کتبی ورود به مطالعه دریافت شد. این مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران مورد بررسی قرار گرفته و با شماره کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1397.341 ثبت گردیده است.

تمامی داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. سطح معنی داری مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای توصیف داده ها از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و همچنین برای مقایسه نتایج قبل و بعد از عمل از آزمون آماری Paired T-test استفاده شد.

جدول ۱. تغییرات عیوب انکساری و کراتومتري قبل و بعد از جراحی

عیوب انکساری و کراتومتري	قبل از عمل	بعد از عمل	تغییرات	معیار P
اسفر	$-3/16 \pm 1/32$ (-۶/۷۵ - -۰/۵)	$-0/04 \pm 0/17$ (-۰/۵ - ۰/۲۵)	$3/12 \pm 1/33$ (۰/۵ - ۶/۷۵)	$< 0/001$
سیلندر	$-0/55 \pm 0/36$ (-۱/۲۵ - ۰)	$-0/19 \pm 0/2$ (-۰/۷۵ - ۰)	$0/36 \pm 0/36$ (-۰/۵ - -۱)	$< 0/001$
اکی والان اسفر	$-3/43 \pm 1/29$ (-۷/۱۳ - -۱)	$-0/14 \pm 0/19$ (-۰/۷۵ - ۰/۲۵)	$3/3 \pm 1/31$ (۰/۸۸ - ۷/۱۳)	$< 0/001$
کراتومتري محور steep	$44/2 \pm 1/3$ (۴۲/۱ - ۴۶/۴)	$41 \pm 1/6$ (۳۸ - ۴۴/۸)	$-3/28 \pm 1/22$ (-۶/۲ - -۱)	$< 0/001$
کراتومتري محور flat	$43/4 \pm 1/3$ (۴۱/۴ - ۴۶)	$40/3 \pm 1/6$ (۳۷/۳ - ۴۴/۱)	$3/09 \pm 1/21$ (-۶/۳ - -۰/۹)	$< 0/001$

جدول ۲. تغییرات ابیراهی قرنی قبل و بعد از جراحی

ابیراهی قرنی	قبل از عمل	بعد از عمل	تغییرات	معیار P
کوما	$0/000392 \pm 0/000171$ (۰/۰۰۰۰۵۵ - ۰/۰۰۰۹۱۳)	$0/000594 \pm 0/000192$ (۰/۰۰۰۲۰۴ - ۰/۰۰۱۰۲۱)	$0/000202 \pm 0/000247$ (۰/۰۰۰۳۲۶ - ۰/۰۰۰۸۴)	$< 0/001$
تریفویل	$0/000254 \pm 0/00013$ (۰/۰۰۰۰۱۹ - ۰/۰۰۰۵۶۷)	$0/000204 \pm 0/000124$ (۰/۰۰۰۰۰۹ - ۰/۰۰۰۵۶۲)	$-0/00005 \pm 0/000095$ (-۰/۰۰۰۰۲۸۷ - ۰/۰۰۰۱۴۳)	$< 0/001$
ابیراهی کروی	$0/000567 \pm 0/000216$ (۰/۰۰۰۰۵۳ - ۰/۰۰۰۹۷)	$0/000334 \pm 0/0004$ (۰/۰۰۰۱۶۸ - ۰/۰۰۲۱۸۸)	$0/000767 \pm 0/000404$ (-۰/۰۰۰۰۷۰۲ - ۰/۰۰۰۱۸۷۷)	$< 0/001$
آستیگماتیسم ثانویه	$0/000077 \pm 0/000052$ (۰/۰۰۰۰۰۷ - ۰/۰۰۰۲۵۵)	$0/000167 \pm 0/0001$ (۰/۰۰۰۰۰۱ - ۰/۰۰۰۳۶۸)	$0/000091 \pm 0/000091$ (-۰/۰۰۰۰۰۷۸ - ۰/۰۰۰۰۳۰۴)	$< 0/001$
کوادرافیویل	$0/000117 \pm 0/000058$ (۰/۰۰۰۰۰۳ - ۰/۰۰۰۲۳۴)	$0/000126 \pm 0/000056$ (۰/۰۰۰۰۱۳ - ۰/۰۰۰۲۶۳)	$0/000009 \pm 0/000063$ (-۰/۰۰۰۰۱۳۷ - ۰/۰۰۰۰۱۵)	۰/۳۴۶

جدول ۳. تغییرات ابیراهی چشمی قبل و بعد از جراحی

معیار P	تغییرات	بعد از عمل	قبل از عمل	ابیراهی چشمی
<0.001	-3.58 ± 1.42 ($-5.92 - -0.4$)	0.98 ± 0.54 ($0.28 - 2.45$)	4.56 ± 1.59 ($0.97 - 7.19$)	ابیراهی کلی چشم
<0.001	0.12 ± 0.21 ($-0.17 - 1.12$)	0.43 ± 0.2 ($0.16 - 1.42$)	0.3 ± 0.1 ($0.14 - 0.56$)	ابیراهی رده بالا چشم
<0.001	-0.18 ± 0.14 ($-0.65 - 0.4$)	-0.23 ± 0.166 ($-0.78 - 0.6$)	-0.05 ± 0.126 ($-0.34 - 0.29$)	کروی
0.19	0.07 ± 0.19 ($-0.16 - 0.92$)	0.34 ± 0.17 ($0.1 - 1.19$)	0.27 ± 0.1 ($0.11 - 0.52$)	ابیراهی رده بالا بدون کروی چشم
0.132	0.05 ± 0.25 ($-1.01 - 0.42$)	-0.03 ± 0.22 ($0.87 - 0.42$)	-0.058 ± 0.169 ($-0.4 - 0.31$)	کومای عمودی
0.622	0.01 ± 0.16 ($-0.4 - 0.33$)	-0.005 ± 0.164 ($-0.43 - 0.32$)	-0.017 ± 0.082 ($-0.2 - 0.17$)	کومای افقی
0.141	0.03 ± 0.15 ($-0.19 - 0.76$)	0.131 ± 0.143 ($-0.14 - 0.58$)	0.099 ± 0.121 ($-0.18 - 0.36$)	تریفویل عمودی
0.06	-0.02 ± 0.08 ($-0.18 - 0.16$)	0.043 ± 0.099 ($-0.26 - 0.18$)	-0.02 ± 0.094 ($-0.24 - 0.14$)	تریفویل افقی
0.127	-0.01 ± 0.06 ($-0.21 - 0.13$)	-0.004 ± 0.062 ($-0.23 - 0.14$)	0.009 ± 0.047 ($-0.09 - 0.13$)	کوادروفیل عمودی
0.761	0 ± 0.05 ($-0.11 - 0.13$)	0.011 ± 0.044 ($-0.1 - 0.11$)	0.008 ± 0.045 ($-0.13 - 0.09$)	کوادروفیل افقی
0.141	0.01 ± 0.05 ($-0.08 - 0.14$)	0.08 ± 0.049 ($-0.13 - 0.14$)	-0.02 ± 0.035 ($-0.09 - 0.1$)	استیگمات ثانویه عمودی
0.159	-0.02 ± 0.07 ($-0.14 - 0.15$)	-0.012 ± 0.078 ($-0.21 - 0.14$)	0.004 ± 0.061 ($-0.2 - 0.11$)	استیگمات ثانویه افقی

جدول ۴. تغییرات آسفریستی قرنیه قبل و بعد از جراحی

معیار P	تغییرات	بعد از عمل	قبل از عمل	آسفریستی قرنیه
<0.001	0.58 ± 0.26 ($0.08 - 1.3$)	0.28 ± 0.26 ($-0.27 - 0.85$)	-0.3 ± 0.12 ($-0.67 - -0.1$)	معیار Q

بحث

به دلیل عوارض ناشی از روش مرسوم (customized)، روش Optimized به وجود آمد. در روش Optimized شکل Prolate طبیعی قرنیه حفظ شده و القای ابیراهی‌های رده بالا به حداقل می‌رسد، درحالی که ابیراهی‌های چشم قبل از عمل حفظ می‌شود. تابه حال مقایسه‌ای در مورد ابیراهی‌ها و آسفریستی با این پروفایل در دستگاه Allegretto صورت نگرفته است که ما آن را در این مطالعه نتایج بینایی قبل و بعد از عمل PRK با دستگاه Allegretto مورد بررسی قرار دادیم.

عیوب انکساری به طرز معنی‌داری مطابق انتظار کاهش یافت. ابیراهی‌های کلی رده بالای چشمی افزایش پیدا کرد و بین ابیراهی‌های قرنیه ای و چشمی رده سوم و چهارم زرنیکه قبل و پس از عمل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. ابیراهی کروی قرنیه‌ای و چشمی نیز افزایش یافت. میانگین آسفریستی قبل و بعد از عمل به طور معنی‌داری تغییر داشت که از منفی به سمت مثبت بود و بیانگر تغییر شکل قرنیه از حالت prolate به oblate است. همچنین رابطه معنی‌داری بین مقدار اکسی والان اسفر و ابیراهی‌های رده بالای کل و ابیراهی کروی یافت شد.

در مطالعه مشیری فر (۱۴) نیز در دستگاه Allegretto 400 Hz، یک روز، یک هفته، یک ماه و سه ماه بعد از جراحی همه ابیراهی‌ها شامل total higher-order aberration، کوما، تریفویل و اسفریکال با استفاده از دستگاه ابرومتر WaveScan

افزایش یافتند، اما فقط ابیراهی اسفریکال افزایش قابل توجهی را نشان داد.

مطالعه Khan (۱۵) که با پروفایل Optimized و دستگاه Allegretto EX500 انجام شد، پس از یک ماه مقدار ابیراهی‌های رده بالا به طرز چشمگیری افزایش یافت که همچون مطالعه ما میزان تغییرات القاشده در ابیراهی کوما بیشتر از ابیراهی کروی بود. علاوه بر آن، آنها یک رابطه معنی‌داری را بین تغییرات ابیراهی کروی و اکسی والان اسفر یافتند.

در مطالعه Han (۱۶) که عمل لیزیک در 442 چشم انجام شد بین دو دستگاه Eye-Q Allegretto Wave® و Technolas® 210z از نظر حدت دید بدون اصلاح و معادل کروی بعد از عمل تفاوتی مشاهده نشد. همچنین در Allegretto مقدار باقیمانده استیگمات کمتر بود که همه این موارد با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه‌ای دیگر که توسط Stojanovic (۱۷) در ۲۳ بیمار نزدیک بین آستیگماتیسم با دستگاه Allegretto انجام شد کاهش حدت بینایی با بهترین تصحیح سه ماه بعد از عمل وجود نداشت. همچنین همانند مطالعه ما تغییرات اسفریستی همبستگی زیادی با اکسی والان اسفر در پروفایل Optimized داشت.

مطالعه مشابه دیگری که توسط Smadja (۱۸) با دستگاه مشابه این مطالعه انجام شد نیز کل ابیراهی های رده بالا، اسفریکال و کومای قرنیه ای افزایش یافت که با یافته های این مطالعه همخوانی دارد. همچنین آنها نشان دادند که هرچه تغییرات اکسنتریستی بیشتر شود، ابیراهی کروی افزایش می یابد. در مطالعه آنها رابطه بین اکی والان اسفر با ابیراهی کروی قرنیه ای $0/88$ ($P < 0/001$) عنوان شد.

با توجه به ablation ایجاد شده توسط دستگاه Allegretto EX500 ابیراهی های قرنیه ای رده بالا روی قرنیه افزایش یافت. همچنین ابیراهی های کلی چشم بهبود داشت و به طور معنی داری کاهش داشت، اما کماکان ابیراهی های رده بالای چشمی توسط دستگاه القاء شده و افزایش یافته بود. با توجه به یافته های موجود به نظر می رسد روش optimized با دستگاه Allegretto EX500 علی رغم برتری بر روش مرسوم کماکان موجب القای ابیراهی های رده بالا و تغییر آسفریستی از حالت

prolate به oblate می شود. هر چند سبب بهبود فرکشن می شود که بر کیفیت بینایی بیماران اثرگذار است. پیشنهاد می شود مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر انجام شود تا تحلی آماری دقیق تری حاصل شود. جهت بررسی تأثیر جراحی بر حدت بینایی و کیفیت بینایی پارامترهای دیگری مانند حساسیت کنتراست، دید در شب و ... بررسی شود. بررسی ابیراهی در سائزهای مختلف مردمک ارزیابی شود. زمان پیگیری درمان طولانی تر شود تا میزان ثبات یا تغییر یافته ها مشخص شود. ابیراهی های چشمی با دستگاه های دیگری مانند آنالیزر هم برای تأیید یافته ها انجام شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران برای شرکت در این مطالعه تشکر می کنیم.

REFERENCES

1. Wu P-C, Huang H-M, Yu H-J, Fang P-C, Chen C-T. Epidemiology of myopia Asia. *Pac J Ophthalmol* 2016; 5: 386-93.
2. Tiwari NN, Sachdev GS, Ramamurthy S, Dandapani R. Comparative analysis of visual outcomes and ocular aberrations following wave front optimized and topography-guided customized femtosecond laser in situ keratomileusis for myopia and myopic astigmatism: a contralateral eye study. *Indian J Ophthalmol* 2018; 66: 1558.
3. Cennamo G, Menna F, Sinisi F, Cennamo G, Breve MA, Napolitano P, et al. Twenty-Year Follow-Up of Excimer Laser Photorefractive Keratectomy: A Retrospective Observational Study. *Ophthalmol Ther* 2020; 1-11.
4. Seiler T, McDonnell PJ. Excimer laser photorefractive keratectomy. *Surv Ophthalmol* 1995; 40: 89-118.
5. Sharghi A, Oujaghi H, Yavari Saba, Moghadam TZ. Surgical Correction of Different Severities of Astigmatism Using Wavefront-Optimized Photorefractive Keratectomy. *Int J Psychosoc Rehabil* 2020; 42: 7489-505.
6. Schwiegerling J. Theoretical limits to visual performance. *Surv Ophthalmol* 2000; 45: 139-46.
7. Sinjab MM. Five Steps to Start Your Refractive Surgery: A Case-Based Systematic Approach. 1st ed. New Delhi, India: Jaypee Brothers Medical Pub; 2014 .
8. Molchan RP, Taylor KR, Panday VA, Caldwell MC, Reilly CD. Retrospective analysis comparing the preoperative and postoperative "Q" values for 2 different lasers in refractive surgery. *Cornea* 2015; 34: 1437-40.
9. Chandhrasri S, Knorz MC. Comparison of Higher Order Aberrations and Contrast Sensitivity after LASIK, Verisyse phakic IOL, and Array multifocal IOL. *J Refract Surg* 2006; 22: 231-6 .
10. Khalifa MA, Alsahn MF, Shaheen MS, Pinero DP. Comparative analysis of the efficacy of astigmatic correction after wavefront-guided and wavefront-optimized LASIK in low and moderate myopic eyes. *Int J Ophthalmol* 2017; 10: 285.
11. Sáles CS, Manche EE. One-year eye-to-eye comparison of wavefront-guided versus wavefront-optimized laser in situ keratomileusis in hyperopes. *Clin Ophthalmol* 2014; 8: 2229.
12. Sia RK, Ryan DS, Stutzman RD, Pasternak JF, Eaddy JB, Logan LA, et al. Wavefront-guided versus wavefront-optimized photorefractive keratectomy: Clinical outcomes and patient satisfaction. *J Cataract Refract Surg* 2015; 41: 2152-64.
13. Padmanabhan P, Basuthkar SS, Joseph R. Ocular aberrations after wavefront optimized LASIK for myopia. *Indian J Ophthalmol* 2010; 58: 307.
14. Moshirfar M, Betts BS, Churgin DS, Hsu M, Neuffer M, Sikder S, et al. A prospective, randomized, fellow eye comparison of WaveLight® Allegretto Wave® Eye-Q versus VISX CustomVue™ STAR S4 IR™ in laser in situ keratomileusis (LASIK): analysis of visual outcomes and higher order aberrations. *Clin ophthalmol* 2011; 5: 1339.

15. Khan MS, Humayun S, Fawad A, Ishaq M, Arzoo S, Mashhadi F. Effect of wavefront optimized LASIK on higher order aberrations in myopic patients Pakistan. *J Med Sci* 2015; 31: 1223.
16. Han DC, Chen J, Htoon HM, Tan DT, Mehta JS. Comparison of outcomes of conventional WaveLight® Allegretto Wave® and Technolas® excimer lasers in myopic laser in situ keratomileusis. *Clin Ophthalmol* 2012; 6: 1159.
17. Stojanovic A, Wang L, Nitter TA, Jankov MR, Wang Q. Wavefront optimized versus custom-Q treatments in surface ablation for myopic astigmatism with the WaveLight ALLEGRETTO laser. *J Refract Surg* 2008; 24: 779-89.
18. Smadja D, Santhiago MR, Mello GR, Touboul D, Mrochen M, Krueger RR. Corneal higher order aberrations after myopic wavefront-optimized ablation. *J Refract Surg* 2013; 29: 42-8.