



VIVINEX™ TORIC

A ESCOLHA SEGURA
PARA CORREÇÃO DO
ASTIGMATISMO

Nossa LIO tórica monofocal – destinada
a aperfeiçoar a visão dos pacientes

Para uma visão nítida e uma excepcional estabilidade rotacional, escolha Vivinex™ Toric

Projetada para oferecer qualidade óptica excepcional, Vivinex™ Toric possui estabilidade rotacional comprovada para corrigir o astigmatismo com precisão, além de proporcionar aos pacientes com astigmatismo da córnea uma visão nítida. A qualidade do produto, a dedicação e atenção aos detalhes estão profundamente arraigadas em nossas origens japonesas, e, com 4 milhões de lentes já implantadas em todo o mundo, a confiança dos cirurgiões em Vivinex™ é comprovada.

LIO de material acrílico hidrofóbico livre de glistening^{1,2}

Inclui o desenho óptico esférico que compensa parcialmente a aberração esférica da córnea e é mais tolerante a fontes de coma do que os desenhos esféricos padrão^{3,4,5}

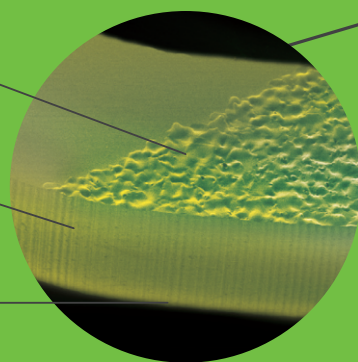
Tratamento com oxigênio ativo, superfície lisa e borda óptica quadrada para redução de opacidade de cápsula posterior (PCO).^{1,6,7,8,9,10,11,12}

Estabilidade rotacional clinicamente comprovada.
Mais de 96% das lentes implantadas apresentaram $\leq 5^\circ$ de rotação, incluindo olhos com eixos longos.^{13,14,15}

Superfície
áspera da alça

Borda da alça
texturizada

Superfície
áspera da alça

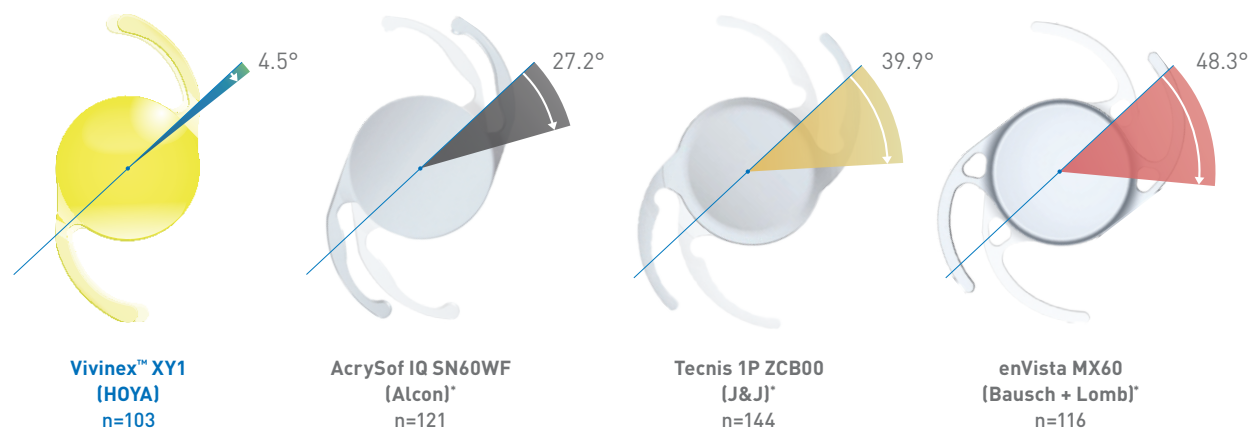


Resultados confiáveis devido à excepcional estabilidade rotacional

Para evitar uma intervenção cirúrgica secundária, as lentes tóricas devem permanecer alinhadas no eixo pretendido.

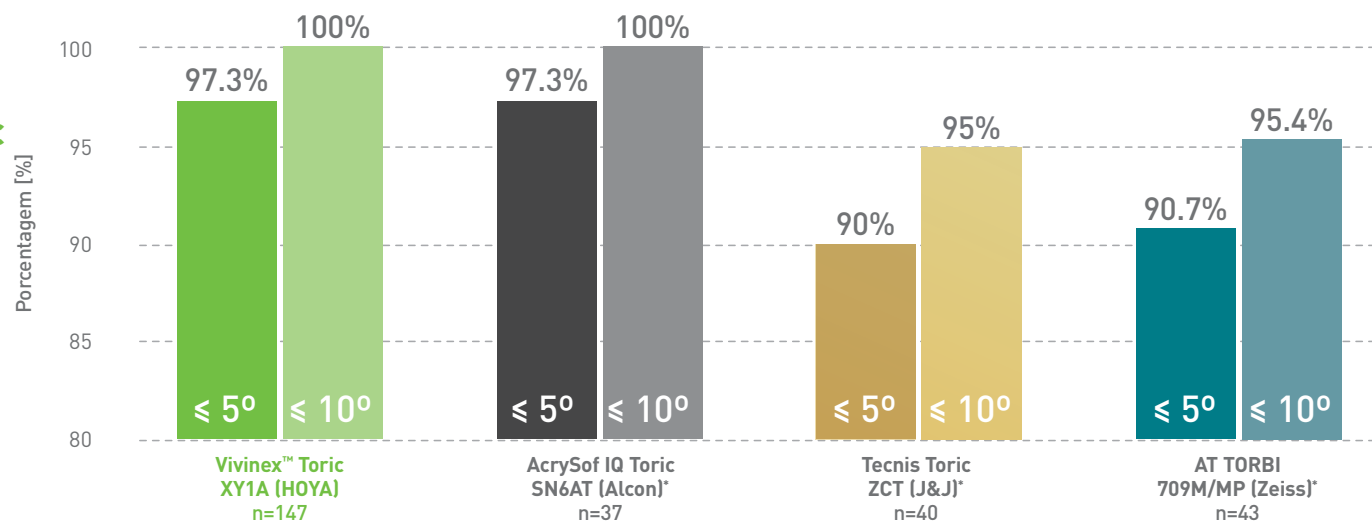
A plataforma de LIOs Vivinex™ demonstra excepcional estabilidade rotacional entre a cirurgia e uma semana de pós-operatório, sem anomalias, quando comparada às lentes AcrySof*, Tecnis* e enVista*. ^{13,16}

Valores máximos de rotação observados na primeira semana após a cirurgia ^{13,16}



Distribuição da rotação absoluta entre o final da cirurgia e 6 meses de pós-operatório

100% das LIOs Vivinex™ Toric apresentaram menos de 10° de rotação entre o final da cirurgia e 6 meses de pós-operatório. ¹⁵



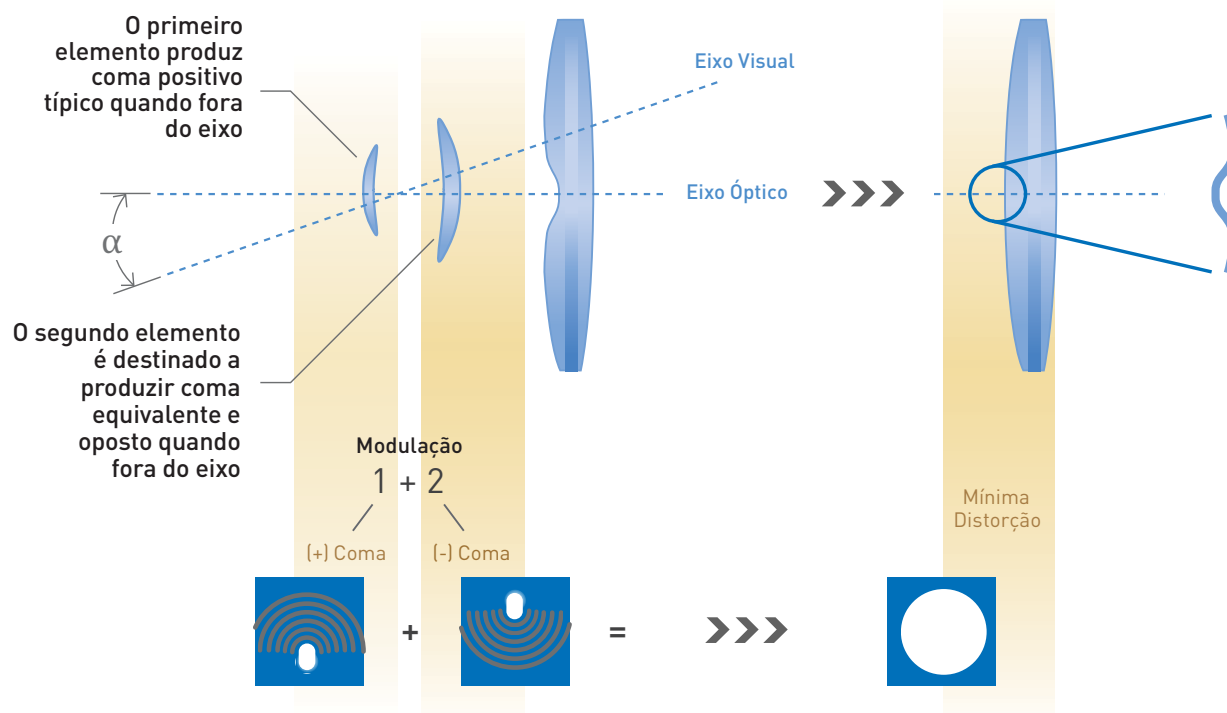
Exclusivo desenho óptico asférico para maior qualidade de imagem

- A zona óptica asférica é projetada para anular o efeito de coma, proporcionando aos pacientes maior qualidade de imagem fora do eixo
- Dois elementos asféricos distintos orientados a reduzir a típica indução de coma
- Estas zonas ópticas na LIO Vivinex™ induzem coma positivo e negativo para compensar a perda de qualidade de imagem causada pelo desalinhamento natural entre o eixo visual e o eixo óptico no olho

A exclusiva zona óptica asférica de Vivinex™ reduz a aberração esférica sem incorrer em maior suscetibilidade a coma relacionado a descentralização.³

Por que isto é clinicamente relevante?

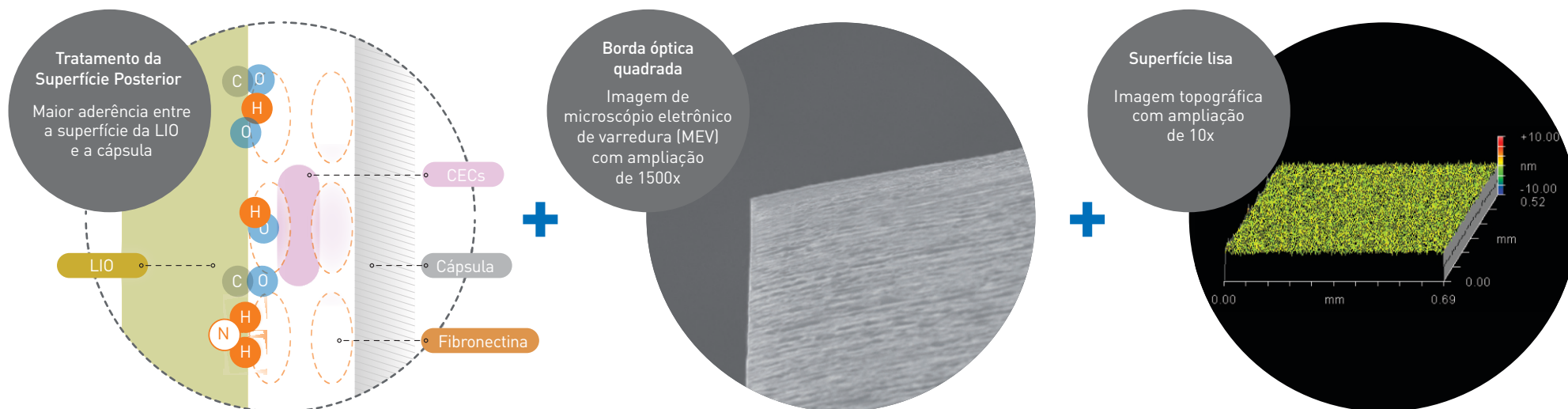
Em olhos com ângulos α grandes, o exclusivo desenho óptico asférico de Vivinex™ tem melhor desempenho, induzindo menos aberrações de alta ordem e mantendo uma relação de Strehl melhor do que com AcrySof IQ* e Tecnis ZCB00*.^{4,5}



Esta imagem foi incluída somente para fins ilustrativos e não necessariamente apresenta uma representação exata do produto.

Redução de PCO clinicamente comprovada

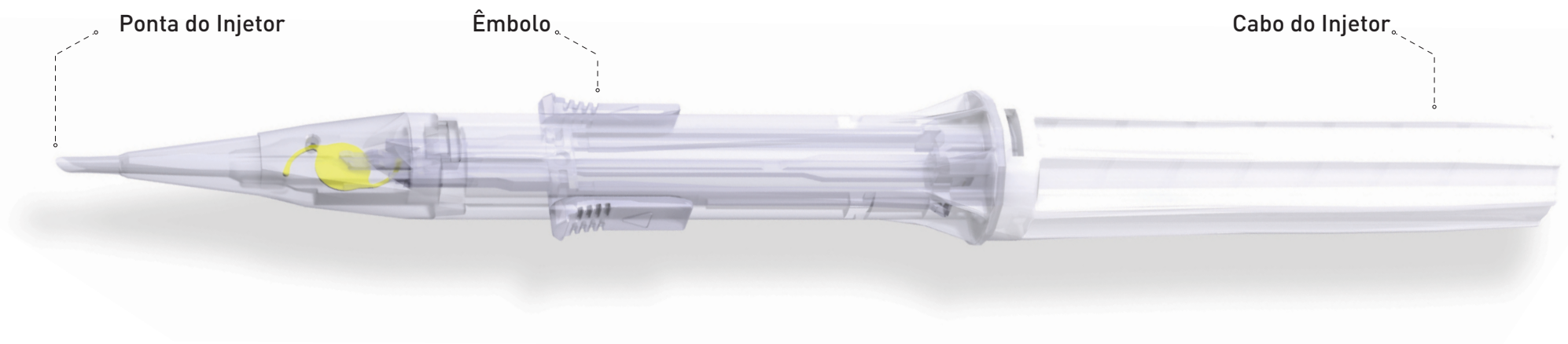
Vivinex™ combina um tratamento com oxigênio ativo e um desenho de borda quadrada e uma das superfícies mais lisas e mais regulares de LIO para proporcionar baixa incidência de PCO.^{1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}



Estudo randomizado multicêntrico ¹		Vivinex™ XY1 (HOYA)			AcrySof IQ SN60WF (Alcon)*	
	Objetivo (escore deEPCO)	0.12 ± 0.19	n = 57	P = .026	0.24 ± 0.46	n = 57
	Índice de Nd: YAG	0.0%	n = 67	P = 1.00	1.5%	n = 67
Estudo randomizado unicêntrico ⁶	Objetivo (escore AQUA)	0.9 ± 0.8	n = 64	P < .001	1.4 ± 1.1	n = 62
	Índice de Nd: YAG	11.4%	n = 70	P = .23	18.6%	n = 70

Em um estudo randomizado multicêntrico e em um estudo randomizado unicêntrico, Vivinex™ demonstrou índices significativamente menores de PCO em relação a AcrySof IQ* após 3 anos.^{1,6}

Implantada através do injetor pré-carregado Vivinex™ iSert®



Implante consistente e previsível da LIO com Vivinex™ iSert®

100%

Todos os implantes de LIO in vivo foram realizados de forma consistente na configuração correta.¹⁷



Injetores pré-carregados são:

Mais fáceis de preparar, elevando a segurança por:^{18,19,20,21,22,23}

- Reduzir o risco de contaminação e infecção
- Reduzir o risco de danos nas LIOs

Mais eficientes no Centro Cirúrgico:^{20,22}

- Minimizam o tempo gasto com a preparação do sistema de implante da LIO
- Gerando menos instrumentos para reprocessar

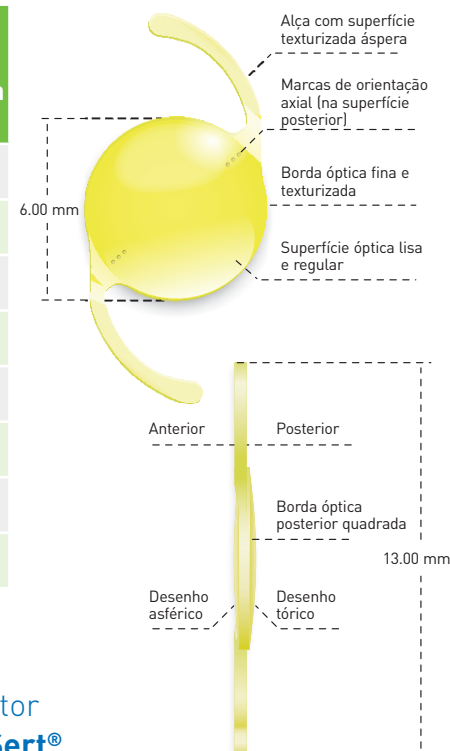
Mais previsíveis:²²

- Melhorando a previsibilidade e a consistência dos implantes de LIOs

Especificações

	Vivinex™ Toric
Nome do Modelo	XY1A
Desenho óptico	Biconvexa com borda óptica quadrada, fina e texturizada Anterior: Desenho asférico Posterior: Desenho tórico
Materiais da zona óptica e das alças	Acrílico hidrofóbico Vivinex™ com filtro de UV e luz azul
Desenho das alças	Superfície texturizada áspera
Diâmetro (z. óptica/ Comprimento Total)	6.00 mm / 13.00 mm
Poder da LIO (Equivalente esférico)	+10.00 a +30.00 D (em intervalos de 0.50 D)
Poder cilíndrico no plano da LIO	1.00 a 6.00 D (T2 a T9) T2 a T3 em intervalos de 0.50 D T3 a T9 em intervalos de 0.75 D
Constante A Nominal**	118.9
Injetor	Vivinex™ iSert® pré-carregado
Diâmetro externo da ponta frontal do injetor	1.70 mm
Tamanho de incisão recomendado	2.20 mm

Modelo XY1A	Poder cilíndrico no plano da LIO	Poder cilíndrico no plano da córnea ²⁵
T2	1.00 D	0.69 D
T3	1.50 D	1.04 D
T4	2.25 D	1.56 D
T5	3.00 D	2.08 D
T6	3.75 D	2.60 D
T7	4.50 D	3.12 D
T8	5.25 D	3.64 D
T9	6.00 D	4.17 D



APONTE PARA O CÓDIGO
PARA VISUALIZAR AS
INFORMAÇÕES DO PRODUTO

Implantada através do injetor
pré-carregado **Vivinex™ iSert®**



2024-11-13_HSOAP_XY1A_BR_EN

1. Auffarth, G. U. et al. (2023). Randomized multicenter trial to assess posterior capsule opacification and glistenings in two hydrophobic acrylic intraocular lenses. In: Scientific reports, 13(1), 2822. 2. Tandogan, T. et al. (2021). In-vitro glistening formation in six different foldable hydrophobic intraocular lenses. In: BMC Ophthalmol 21, 126. 3. Perez-Merino, P.; Marcos, S. (2018): Effect of intraocular lens decentration on image quality tested in a custom model eye. In: Journal of cataract and refractive surgery 44(7), p. 889-896. 4. Chandra et al. (2022): Effect of decentration on the quality of vision: comparison between aspheric balance curve design and posterior aspheric design intraocular lenses. Journal of cataract and refractive surgery 48(5), p. 576-583. 5. Thakur, A. et al. (2024): Effect of decentration on the quality of vision in two aspheric posterior chamber intraocular lenses: A contralateral eye study. In: Indian J Ophthalmol. 72(4), p. 558-564. 6. Leydolt, C. et al. (2020): Posterior capsule opacification with two hydrophobic acrylic intraocular lenses: 3-year results of a randomized trial. In: American journal of ophthalmology 217(9), p. 224-231. 7. Giacinto, C. et al. (2019): Surface properties of commercially available hydrophobic acrylic intraocular lenses: Comparative study. In: Journal of cataract and refractive surgery 45(9), p. 1330-1334. 8. Werner, L. et al. (2019): Evaluation of clarity characteristics in a new hydrophobic acrylic IOL in comparison to commercially available IOLs. In: Journal of cataract and refractive surgery 45(10), p. 1490-1497. 9. Nanavaty, M. et al. (2019): Edge profile of commercially available square-edged intraocular lenses: Part 2. In: Journal of cataract and refractive surgery 45(6), p. 847-853. 10. Matsushima, H. et al. (2006): Active oxygen processing for acrylic intraocular lenses to prevent posterior capsule opacification. In: Journal of cataract and refractive surgery 32(6), p. 1035-1040. 11. Farukhi, A. et al. (2015): Evaluation of uveal and capsule biocompatibility of a single-piece hydrophobic acrylic intraocular lens with ultraviolet-ozone treatment on the posterior surface. In: Journal of cataract and refractive surgery 41(5), p. 1081-1087. 12. Eldred, J. et al. (2019): An In Vitro Human Lens Capsular Bag Model Adopting a Graded Culture Regime to Assess Putative Impact of IOLs on PCO Formation. In: Investigative ophthalmology & visual science 60(1), p. 113-122. 13. Scharfmueller, D. et al. (2019): True rotational stability of a single-piece hydrophobic intraocular lens. In: The British journal of ophthalmology 103(2), p. 186-190. 14. Brar et al. (2024): Clinical outcomes and rotational stability following implantation of a monofocal toric IOL with textured haptics in normal versus high axial lengths. In: Journal of Cataract & Refractive Surgery, 50(7):p 718-723, July 2024. 15. HOYA dados em arquivo. CTM-23-027, HOYA Medical Singapore, Pte. Ltd, 2023. 16. Scharfmueller, D. et al. (2020): Comparison of Long-Term Rotational Stability of Three Commonly Implanted Intraocular Lenses. In: American journal of ophthalmology 220, pp. 72-81. 17. Khoramnia et al. (2021): Preloaded injectors used in a clinical study: videographic assessment and laboratory analysis of injector nozzle damage. In: J Cataract Refract Surg. 47(10):1338-1344. 18. Galor, A. et al. (2013). Management strategies to reduce risk of postoperative infections. In: Current ophthalmology reports, 1(4), 10.1007/s40135-013-0021-5. 19. Bodnar, Z. et al. (2012). Toxic anterior segment syndrome: Update on the most common causes. In: Journal of cataract and refractive surgery, 38(11), p. 1902-1910. 20. Jones, J. et al. (2016). The impact of a preloaded intraocular lens delivery system on operating room efficiency in routine cataract surgery. In: Clinical ophthalmology (Auckland, N.Z.), 10, p. 1123-1129. 21. Park, C. et al. (2018). Toxic anterior segment syndrome-an updated review. In: BMC ophthalmology, 18(1), 276. 22. Chung, B. et al. (2018). Preloaded and non-preloaded intraocular lens delivery system and characteristics: human and porcine eyes trial. In: International journal of ophthalmology, 11(1), p. 6-11. 23. Schmidbauer, J. et al. Rates and causes of intraoperative removal of foldable and rigid intraocular lenses: clinicopathological analysis of 100 cases. In: Journal of cataract and refractive surgery, 28(7), p. 1223-1228. 24. Abulafia, A. et al. (2016): New regression formula for toric intraocular lens calculations. In: Journal of cataract and refractive surgery 42(5), p. 663-671. 25. Com base em um olho humano pseudofático normal. * As marcas comerciais de terceiros utilizadas neste documento são de propriedade de seus respectivos fabricantes. ** A constante A é considerada como ponto de partida para o cálculo do poder da lente. Para calcular o poder exato da lente, recomenda-se que os cálculos sejam realizados individualmente, com base no equipamento usado e na experiência pessoal do cirurgião.

As informações contidas aqui são destinadas a profissionais da saúde, a menos que especificamente destinadas para uso em pacientes. Para uma relação completa de indicações e contraindicações, por favor, consulte as Instruções de Uso. Alguns dos produtos e/ou recursos específicos, bem como procedimentos mencionados neste documento podem não estar aprovados em seu país e, portanto, podem não estar disponíveis em sua região. Os desenhos e especificações estão sujeitos a alterações sem aviso prévio em decorrência de desenvolvimentos técnicos contínuos. Por favor, entre em contato com seu representante local para saber sobre a disponibilidade de cada produto ou recurso em seu país. HOYA, Vivinex e iSert são marcas comerciais de HOYA Corporation ou suas subsidiárias. ©2024 HOYA Medical Singapore Pte. Ltd. Todos os direitos reservados

