

Was tun Sie, wenn nach einer Kataraktoperation der Astigmatismus höher ist als 2 dpt?

Erfahrene Operateure antworten

→ Wie lösen Operateure bestimmte Fragestellungen in der ophthalmochirurgischen Praxis? Um den Lesern ein Meinungsspektrum zu bieten, führt die Zeitschrift OPTHALMO-CHIRURGIE regelmäßig Umfragen bei erfahre-

nen Operateuren durch. Dieses Mal lautet die Frage: „Was tun Sie, wenn nach einer Kataraktoperation der Astigmatismus höher ist als 2 dpt?“

Der häufigste von drei Gründen: Astigmatismus blieb präoperativ unbemerkt

von Martin Wenzel
Trier

→ Es gibt drei Gründe für einen hohen postoperativen Astigmatismus und wir richten unsere Therapie danach aus. Die besten optischen Resultate werden erzielt, wenn ein kornealer Astigmatismus durch refraktive Hornhautchirurgie oder Kontaktlinse behandelt wird und ein lentikulärer Astigmatismus durch Eingriffe an der Linse..

1. Ein präoperativer Hornhautastigmatismus blieb vom Patienten unbemerkt

Die mit großem Abstand häufigsten Ursachen eines postoperativ erstmals bemerkten Astigmatismus sind bei unseren Patienten bereits präoperativ vorhandene Hornhautastigmatismen, die entweder durch einen lentikulären Astigmatismus neutralisiert waren oder die die Patienten nicht bemerkt hatten. Wir haben die Daten der letzten Monate durchgesehen: Etwa 7 % aller Katarakt-Patienten hatten präoperativ bereits einen keratometrisch nachweisbaren Astigmatismus von über 2 dpt, aber nur die Hälfte davon hatte eine entsprechende Korrektur in der Brille. Die andere Hälfte hatte astigmatische Gläser zwischen 0 und 1 dpt in ihren Brillen. Da eine Katarakt die Refraktion beeinflussen kann, war oft nicht festzustellen, ob sich Hornhautastigmatismus und Linsenastigmatismus ausgeglichen haben oder ob der Hornhautastigmatismus den Patienten wegen einer milden Refraktionsamblyopie nicht belastet hat. Nach der Kataraktoperation war bei einem Drit-

tel dieser Patienten der subjektive und der objektive Astigmatismus praktisch unverändert, bei einem weiteren Drittel ließ sich der präoperativ ermittelte Astigmatismus jetzt auch subjektiv nachweisen und beim letzten Drittel hat sich der präoperativ festgestellte Astigmatismus deutlich reduziert, unabhängig von der Schnittlage!

Wenn wir durch die Biometrie einen bis dahin unkorrigierten Hornhautastigmatismus feststellen, führen wir keine limbalen Inzisionen durch, sondern korrigieren ihn postoperativ mit der Brille. Wir haben keinen Fall erlebt, in dem ein Patient damit unzufrieden war. Eher im Gegenteil: Einige Patienten ließen sich danach auf eine Lasik-Therapie ein, konnten dadurch aber keinen Vorteil feststellen.

2. Durch die Operation wurde ein Hornhautastigmatismus induziert

2a. Späte Astigmatismen bei großen Schnitten, Trabekulektomien oder durch Hitze

Besonders unangenehm und ebenfalls häufig sind späte Astigmatismen nach großen Schnitten in Richtung der alten Narbe, verbunden mit deren Überdehnung. So können zum Beispiel 15 Jahre nach Implantation einer 6 mm-PMMA-Linse Astigmatismen von über 3 dpt in Richtung des alten Starschnittes entstehen. Ähnliche Astigmatismen finden wir auch

nach Trabekulektomien mit überschießender Fistulation. Das ist im Rahmen einer intravitrealen AMD-Therapie zu beachten, da ein Visusabfall selten einmal nicht auf die Makula, sondern auf den langsam sich entwickelnden Astigmatismus zurückzuführen ist. Zur Korrektur reicht meist die neue Brille. Jede Form von Hitze im Wundbereich ist zu vermeiden. Das früher übliche Kautern hat die Entwicklung eines Astigmatismus gefördert. Heute noch kann ein „corneal burn“ bei intraoperativen Problemen mit dem Phako-Sleeve zum Astigmatismus führen.

2b. Frühe Astigmatismus-Induktion durch großen Schnitt oder Naht

Aus den Zeiten der extrakapsulären Entbindung oder nach Phakoemulsifikation und Implantation von 6-mm-PMMA-Linsen ist vielen Ophthalmochirurgen das Astigmatismus-Management noch vertraut. Grundsätzlich gilt: Ein Schnitt, der nicht ausreichend fest vernäht worden ist, führt oft zu einem Astigmatismus in Richtung des Schnittes. Solch ein Astigmatismus ist durch das kurzfristige Nachlegen von fester angezogenen Fäden auszugleichen. Bei einem zu fest vernähten Schnitt entsteht ein Astigmatismus senkrecht zur Schnittlage, der sich nach etwa zwei Monaten oft dauerhaft stabilisiert. Da sich Vicryl-Fäden vorher resorbieren, ist mit Vicryl kein dauerhafter Astigmatismus zu induzieren. Falls bei unseren Patienten auch heute noch Entbindungen nötig sind, nähen wir gerne alternierend mit Nylon und Vicryl und streben einen leichten iatrogenen Astigmatismus in Richtung

der Naht an. Falls dieser nach zirka einem Monat noch zu hoch sein sollte, ziehen wir die Nylon-Fäden, damit sich der Astigmatismus nach Auflösung der Vicryl-Fäden zurückbildet. Bei kombinierten Katarakt-Glaukom-Operationen mit Trabekulotomie erzeugen wir regelmäßig passagere postoperative Hornhautastigmatismen mit Werten bis über 5 dpt, da wir den skleralen Deckel nach einer Frown-Inzision fornixbasiert präparieren und mit Vicryl 8 x 0 wasserdicht vernähen. Solche Astigmatismen verschwinden mit Resorption des Vicryl-Fadens innerhalb der ersten beiden postoperativen Monate. Keinesfalls darf ein Anfänger aus Angst vor einem dadurch induzierten Astigmatismus auf eine notwendige Wundnaht verzichten.

3. Durch die Operation wurde ein lentikulärer Astigmatismus induziert

3a. Torische IOL

Die häufigste Variante des lentikulär induzierten Astigmatismus ist die spontane postoperative Rotation einer torischen Linse. Da wir als torische IOL ausschließlich hydrophobe Kapselsacklinsen verwenden, drehen wir die Linse am ersten postoperativen Tag nach und haben damit immer dauerhaft gute Resultate erzielt. Nicht nachvollziehen können wir die Empfehlung anderer Operateure, mit der Nachrotation mehrere Wochen zu warten.

3b. Stauchung von hydrophilen Linsen bei Vorderkapselphimose

Die unangenehmsten postoperativen Astigmatismen sehen wir bei Schrumpfungen des Kapselsackes („Vorderkapsel-Phimose“) nach Implantation von hydrophilen Linsen. Dabei kann die Linse so stark gestaucht werden, dass Astigmatismen von über 3 dpt entstehen. Eine gleichmäßige Eröffnung der Vorderkapselkontraktur mit dem YAG-Laser in vier Quadranten kann den Prozess zum Stillstand bringen. Die Hinterkapsel ist zu schonen, um den eventuellen Austausch der gestauchten hydrophilen Kapselsacklinse gegen eine Sulkus-Linse nicht zu verkomplizieren.

Keine Angst vor der Wundnaht!

- Intraoperativ ist tendenziell ein Astigmatismus in Richtung der Naht anzustreben, da dieser durch Auflösung – oder durch Ziehen – der Naht nach 4 bis 6 Wochen einfach und risikofrei auszugleichen ist. Hierbei gilt: Keinesfalls darf ein Anfänger aus Angst vor einem induzierten Astigmatismus auf eine notwendige Wundnaht verzichten.
- Falls postoperativ ein Astigmatismus senkrecht zur Naht auftritt, muss diese kurzfristig mit einer Nylonnaht korrigiert und dabei eine Überkorrektur akzeptiert werden.
- Die Wundnaht bei korneoskleraler Kleinschnittchirurgie erfolgt mit Vicryl mit Tendenz zur Überkorrektur, um den Patienten das Ziehen des Fadens zu ersparen.



Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Martin Wenzel
Augenklinik Petrisberg
Max-Planck-Str. 14–16
54296 Trier
E-Mail: wenzel@akp-trier.de