
Die Add-On-IOL als Airbag und Joker

Martin Wenzel
Trier

→ Die Add-On-IOL ist eine selten zu verwendende, aber eine wichtige Linse. Für mich ist sie wie ein Airbag: Falls es durch eine postoperative Unzufriedenheit des Patienten zu einem „Unfall“ kommt, kann sie die Situation retten.

Einseitige Katarakt bei Myopie oder Hyperopie

Bei uns wird die Indikation am häufigsten bei auswärts operierten Patienten gestellt. Der Hintergrund: Ein myoper oder hyperoper Patient hatte eine einseitige Katarakt. Viele Kollegen operieren so, dass die präoperativ bestehende Refrak-

tion auch nach der Operation angestrebt wird, um das Binokularsehen zu erhalten. Wenn dann einige Jahre später das zweite Auge zu operieren ist, wissen die Patienten aus dem Freundeskreis, dass Emmetropie möglich ist. Sie erkundigen sich nach einer Revisionsoperation des erstoperierten Auges. Dann ist die Add-On-IOL meist die elegantere Variante, nicht nur, wenn eine Vorderkapselphimose besteht oder eine YAG-Kapsulotomie vorliegt.

Bei eigenen Patienten sprechen wir die Problematik im Vorfeld an. Meist wünschen die Patienten dann Emmetropie und nehmen in Kauf, dass das zweite Auge eventuell vorzeitig operiert wird.

→

Vorsicht bei tiefer Vorderkammer!

Selten sind refraktive Fehler, die zum Beispiel auf eine Ultraschall-Biometrie zurückzuführen sind. Häufiger kommt es zu biometrischen Fehlkalkulationen, weil die postoperative Vorderkammertiefe präoperativ nie sicher zu bestimmen ist. Wenn dann eine Add-On-IOL implantiert wird, ist Vorsicht angebracht: Eine unerwartet tiefe Vorderkammer, die zu einer Hyperopisierung führt, kann auch durch eine Zonulainsuffizienz, zum Beispiel bei Pseudoexfoliationssyndrom (PEX), hervorgerufen werden. Manchmal bestand schon intraoperativ eine sektorielle Zonulolyse. Dann kann es bei der Implantation der großen Haptik zu einem weiteren Zonulaschaden mit Glaskörperprolaps kommen.

Vorsicht aber auch bei flacher Vorderkammer

Jedem Operateur wird es bei den ersten Add-On-Implantationen mit dem Shooter unangenehm auffallen, dass die Implantation irgendwie schwieriger war. Das liegt nicht nur an der etwas größeren Optik und Haptik. Viel störender ist die ungewohnt enge, starre Vorderkammer: Nach einer Kataraktextraktion hat der Operateur durch Vorderkammer und leeren Kapselsack etwa 7 – 8 mm Platz hinter dem Hornhautendothel. Da ist die Entrollung, Positionierung und zur Not auch Kippung der IOL einfach. Bei der Implantation einer Add-On-IOL ist der Platz nur noch halb so groß: Durch die fest eingewachsene Kapselsack-IOL ist die Hinterkapsel geschrumpft, auf einmal wird es dadurch bei der Entrollung eng, der Abstand zwischen Hornhautendothel und IOL beträgt meist nur noch 3,5 – 4 mm. Bei der Add-On-IOL ist das Endothel demnach stärker gefährdet als bei der primären Implantation.

Joker als „Netz und doppelter Boden“ für refraktive Sonderwünsche

Das präoperative Gespräch über die postoperativen Wünsche delegiere ich ungern an Kollegen, weil postoperative Unzufriedenheiten doch wieder beim Operateur landen – bei mir oder beim operierenden Nachbarn. Sehr wichtig ist für mich die Add-On-IOL als Joker für das Gespräch mit postoperativen Nörglern. Es gibt Menschen, für die eine chronische Unzufriedenheit zum Wesen gehört. Wenn ein Patient mit einer geringen Myopie postoperativ unzufrieden sein sollte, kann ich ihm mit bestem Gewissen die einfache Revisions-OP anbieten. Eigentlich kommt dann immer das verlegene Lächeln des Klagenden, so schlimm sei es ja doch nicht, man wollte ja nur mal fragen und eigentlich geht es auch so. Und wenn dann

mit der Operation des zweiten Auges eine geringe Monovision hergestellt ist, werden auch solche Patienten ruhig – glücklich werden sie leider nie.

Ähnlich ist es bei Patienten, die sich ihres refraktiven Wunsches präoperativ eigentlich sicher sind, aber zu den chronischen Zögerern gehören, die sich nicht entscheiden möchten. Mein Standardsatz für solche Patienten ist: „Sie überschlafen die Entscheidung noch einmal, und morgen vor der Operation werden Sie wissen, dass Sie sich richtig entschieden haben. Und falls Sie später mit der Entscheidung unzufrieden werden sollten, könnte ich mit einer anderen Linse einfach revidieren. Aber bei Patienten, die sich so viele Gedanken wie Sie gemacht haben, habe ich noch nie eine Revision vornehmen müssen.“

Patienten sind mit Monovision zufrieden

Eine besondere Untergruppe sind Patienten, die im Fernsehen von multifokalen Linsen gehört haben und glauben, dadurch wieder „wie mit 20 Jahren“ sehen zu können. Wenn ich sie über das optische Prinzip und die systemimmanenten Defizite aufkläre, empfehle ich als ersten Schritt Monovision und biete sekundär eine bifokale Add-On-IOL an, falls sie unzufrieden sein sollten. Leider bin ich mit diesem Verfahren in den letzten Jahren nicht mehr in den Genuss gekommen, eine multifokale IOL implantieren zu können. Alle Patienten waren bisher mit der Monovision zufrieden. Übrigens hat auch mein refraktiv-chirurgisch sehr erfahrener Nachbar keinen von meinen Patienten nachoperiert...

Verlieren wir unseren Joker?

Den präoperativ oft angebotenen Joker „Add-On“ habe ich nie einsetzen müssen. So ist die Add-On-IOL eine leider wenig genutzte Möglichkeit der Intraokularchirurgie. Ihr Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen und liegt jetzt nur noch bei 0,1% aller implantierten Linsen. Bei solch geringen Stückzahlen sind sie nicht im Visier der kostensparenden Krankenkassen. Es ist eher zu befürchten, dass sich die Industrie aus diesem irgendwann einmal nicht mehr lukrativen Gebiet zurückziehen könnte, so wie wir es bei den Medikamenten schon erlebt haben.



Korrespondenzadresse:

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