

Symptome verstehen – und dann konservativ behandeln

Martin Wenzel
Trier

→ Seit dem Jahr 2000 ist die Negative Dysphotopsie (ND) bekannt. Sie tritt als störender schwarzer Schatten im temporalen Gesichtsfeld kurz nach einer Kataraktoperation auf (eigentlich nur nach komplikationslos verlaufenden Eingriffen) und verschwindet meist von alleine nach einigen Wochen. Die Ursache ist nicht immer klar und es gibt viele verschiedene Therapieoptionen. Allen Therapien war allerdings bisher eines gemeinsam: Es wurde etwas behandelt, das nicht verstanden worden ist.

Das Phänomen verstehen

Etwa 10 % der Patienten bemerken postoperativ vorübergehend eine ND und lassen sich meist mit Ausreden wie „Glaskörpertrübungen oder so“ beruhigen. Einige wenige Patienten nur fühlen sich massiv gestört und es besteht die Gefahr, sie als Querulanten abzutun. Olson bezeichnete die ND als „the number one troublesome complaint after uneventful cataract surgery“. Von Operateuren wurden viele Operationsvorschläge zur Behandlung der ND versucht und veröffentlicht. So kam die Negative Dysphotopsie im letzten Jahr zweimal auf die Titelseite eines bekannten internationalen Journals, einmal wurde dabei empfohlen, ein Stück der implantierten Linse im Auge abzuschneiden und zu verwerfen. Wie verzweifelt muss der Operateur gewesen sein, dass er eine solche Operation vorschlägt, wie verzweifelt muss der Patient gewesen sein, dass er einer solchen Operation zustimmt – und wie hilflos der Editor der Zeitschrift, dass er das als Thema aufs Titelblatt bringt.

Negative Dysphotopsie liegt meist im Bereich des blinden Flecks

Bisherige Theorien gingen davon aus, dass die ND am äußeren Linsenrand entstehe und die äußere Peripherie des temporalen Gesichtsfeldes bei 70°–90° betreffe. So vermuten es auch viele Patienten. Das trifft jedoch nicht zu: Die Lage der ND lässt sich auf einfache Weise mit Hilfe eines Goldmann-Perimetriebogens oder mit dem Maddox-Kreuz objektivieren. Dabei zeigt sich, dass die ND von allen Patienten falsch eingeschätzt wird und sich im Mittel bei 17° temporal des Sehentrums befindet, also im Bereich des blinden Fleckes. Wenn Patienten

ihr Fundusbild sehen, erkennen einige von ihnen spontan die großen Gefäße oder den N. opticus als den Schatten, der sie so stört. Die Erklärungsversuche der ND durch den Optikrand der IOL sind damit hinfällig.

Linsenimplantation ändert Abbildungsmaßstab auch im Auge geringfügig

Eher ist zu vermuten, dass die Negativen Dysphotopsien durch eine geringe Veränderung des Abbildungsmaßstabes von der präoperativ phaken zur postoperativ pseudophaken Situation bedingt sind. Jedes Linsenimplantat vergrößert oder verkleinert das Netzhautbild gegenüber dem Status mit der natürlichen Linse geringfügig, meist um weniger als 2%. Es kommt also zu einer geringfügigen Verschiebung des zum blinden Fleck und zu den zentralen Gefäßen korrespondierenden Objektraums. Wahrscheinlich sind die parazentralen Skotome durch diese anatomischen Normalbefunde zerebral gespeichert, so dass sie subjektiv nicht mehr bemerkt werden. Ändert sich jetzt die Größe dieses Musters durch eine Linsenimplantation, so würden diese Patienten mit dem Papillenrand oder den großen Gefäßen etwas sehen, das tatsächlich vorhanden ist, das sie aber eigentlich nicht sehen sollten. Mit dieser Theorie lassen sich 80 % aller negativen Dysphotopsien erklären. Nur zu 6 % liegt die ND jenseits von 30° bis zu 50° temporal des Zentrums. Für diese sind andere neurophysiologische Deutungen zu suchen.

Therapie

1. Aufklären, beruhigen

Der wichtige erste Schritt der Therapie ist es, die Patienten über die wahrscheinlichste Ursache der Beschwerden zu informieren: Wir zeigen unseren „ND-Patienten“ eine Abbildung ihres Augenhintergrundes mit dem N. opticus und den großen Gefäßbögen und erklären, dass sie jetzt den Rand des blinden Fleckes sehen. So wie sie sich als kleines Kind an diese Ausfälle im Gesichtsfeld gewöhnt hatten, werden sie sich auch nach der Operation an die neuen Verhältnisse gewöhnen. Die meisten Patienten sind sehr erleichtert, dass ihr Operateur erklären kann, was sie stört, und dass es nicht Defekte der frisch implantierten Linse sind.

2. Brillenausgleich

Falls die Beschwerden zwei Monate nach der Operation nicht verschwunden sind, sollte ein exakter Refraktionsausgleich mittels Brille angestrebt werden. Erstaunlicherweise kann schon der Ausgleich eines Astigmatismus von 0,5 dpt die ND zum Verschwinden bringen. Bei unseren Patienten verschwanden die ND durch Refraktionsausgleich bei 89 % der untersuchten Augen vollständig, bei 9 % wurde sie so abgeschwächt und zu 2 % änderte sich die ND durch einen Refraktionsausgleich nicht. Der Effekt des Refraktionsausgleiches ist kaum durch die temporale Verschattung durch den Brillenrand erklärbar: Wenn wir das Gesichtsfeld temporal durch unsere Hände verkleinern oder eine Probierbrille mit 0 dpt aufsetzen, verschwindet nur bei 43 % unserer Patienten die ND vollkommen, bei 15 % wird sie dadurch abgeschwächt und bei 42 % bleibt sie unverändert bestehen.

3. Okklusion

Falls Patienten entweder keine Brille tragen möchten oder die ND auch mit dem Refraktionsausgleich nicht verschwunden ist, bieten wir den Patienten eine zwei- bis dreiwöchige strenge 24-Stunden-Okklusionstherapie an. In den letzten 3 Jahren war das nur bei zwei unserer Patienten erforderlich, in beiden Fällen war die ND nach Abnahme der Okklusion verschwunden. Ebenso half sie bei einem von extern zugeführten Patienten, und sie half auch bei drei Patienten des belgischen Kollegen Th. Devoealere. Uns ist kein Patient bekannt, bei dem die ND durch die Kombination von Aufklärung, Beruhigung, bei Bedarf Brille, bei Bedarf Okklusion nicht verschwunden ist.

Bisher keine Operation notwendig

So lange eine konservative Therapie hilft, sollte bei unbekanntem Erkrankungen keine operativen Therapien versucht werden. Bei unseren letzten 10.000 Kataraktoperation haben wir all unseren 150 Patienten mit ND ohne Operation gut helfen können. Wir sind sehr am kollegialen Erfahrungsaustausch interessiert und bitten um Kontaktaufnahme, wenn mit dieser Vorgehensweise kein Erfolg erzielt worden ist.

Literatur

1. Wenzel M, Langenbacher A, Eppig T (2017) Ursachen, Diagnose und Therapie der negativen Dysphotopsie. Klin Monatsbl Augenheilkd DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-112855>



Korrespondenzadresse:

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



XV. Wissenschaftliche Sitzung
Intraokularlinsen
Samstag, 17. Februar 2018
11:10 – 13:00 Uhr, Saal 5