

man bei Belassen der eigenen Linse mit einer beschleunigten Kataraktentwicklung rechnen, so dass einzelne Operateure auch bereits leicht getriebte Linsen entfernen.

Operatives Vorgehen

Die Größe der Vitrektomieinstrumente (20-23 oder 25 Gauge) ist individuell für die Standard 3-Port Pars-Plana Vitrektomie zu wählen, wobei selbstschließende Sklerotomien die Skleranähte vermeiden können. Wie komplett der periphere Glaskörper bei der Makulachirurgie entfernt werden muss, wird von den Chirurgen unterschiedlich gehandhabt. Ebenso wird diskutiert, ob durch eine prophylaktische Kryo- oder Laserkoagulation das Risiko einer postoperativen Ablatio zu reduzieren ist.

Beurteilung der Visusprognose

Ein spezielles Problem der Makulachirurgie ist die präoperative Beurteilung des zu erwartenden Visusanstieges und den hierfür erforderlichen Zeitraum. Entsprechend sollten auch die Erwartungen dem Patienten realistisch dargestellt werden und ihn darüber aufklären, dass die endgültig erreichte Sehschärfe die Lesefähigkeit oder Fahrtüchtigkeit nicht wieder herzustellen vermag. Auch kann im Einzelfall das Aufhalten eines krankhaften Prozesses mit Visusstabilisierung sowie Reduktion

ein höheres Potenzial der Visuserholung erwarten lassen. Zwar lassen sich auch chronische Prozesse, wie sehr große Makulalöcher oder alte subretinale Membranen ebenfalls operieren, die funktionellen Erfolge bleiben aber meist stark limitiert. Damit ist die Indikation zur Operation und die Steuerung der Erwartungshaltung der Patienten bei der Makulachirurgie problematisch, insbesondere wenn nichtinvasive Behandlungsoptionen, wie eine PDT oder die intravitreale Injektionen von Triamcinolon oder VEGF-Hemmern bei der AMD zukünftig konkurrieren. Durch Weiterentwicklung der operativen Techniken und möglicher Kombination mit intravitreal eingebrachten Medikamenten können in Zukunft die Ergebnisse sicher weiter verbessert werden. Insofern macht es auch heute Sinn, noch kontrovers diskutierte Verfahren wie die Makulatranslokation in kontrollierten Studien weiter zu verfolgen, da die so gewonnenen Erfahrungen in Zukunft dazu dienen können, einen makulären Ersatz in Form einer gentechnisch hergestellten Makulastruktur oder eines Makulachips zu implantieren und an das neuronale System anzukoppeln.

Autor:

PD Dr. Jörg C. Schmidt
Klinik für Augenheilkunde
Philipps-Universität Marburg
Robert-Koch-Str. 4, D-35037 Marburg
tel.: +49(0)6421 2862600
fax: +49(0)6421 2865678
e-mail: jc.schmidt@gmx.de

**Keine Nachteile:
Ambulante und stationäre
Makulachirurgie** Seite 12



PD Walkov

**Subretinale Massenblutung:
Chirurgische
Therapie** Seite 13



Dr. Scharloth

Medizin

**Zeit-Kolumne:
Neue Methode zur Ausrichtung
torischer IOL** Seite 15

**Gut toleriert:
Implantate
aus Ganciclovir** Seite 15

**Intraokularlinsen:
Einfluss der Biokompatibilität
auf das OP-Ergebnis** Seite 16