

28

Nicht einzeln im Buchhandel käuflich

Sonderdruck aus „Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde“

Redigiert von *Fritz Hollwich*

165. Band, 2. Heft, 1974

Ferdinand Enke/Verlag/Stuttgart

Die unaufschiebbare Ablatiooperation*

I. Kreissig, H. Lincoff

Univ.-Augenklinik Bonn (Direktor: Prof. Dr. W. Best) und New York Hospital –
Cornell Med. Center, New York

Klin. Mbl. Augenheilk. 165 (1974) 315–318
© F. Enke Verlag, Stuttgart

Zusammenfassung: Die Prognose der Netzhautablösung liegt bei heutiger operativer Behandlung bereits um 80% bis über 90% Heilung, wenn man darunter ihre anatomische Wiederanlegung versteht. Die Prognose der damit wiedererlangten Sehfunktion ist anders und läuft damit nicht parallel. Wir fanden, daß es bei einer über einen sehr eng begrenzten Zeitraum hinaus fortbestehenden Abhebung der Makula zu einer erheblichen Herabsetzung der zentralen Sehschärfe kommt. Es gilt daher, eine drohende Makulaabhebung zu verhindern bzw. die Dauer einer frischen Abhebung des Netzhautzentrums zu verkürzen. Daraus ergeben sich streng indizierte operative Notfälle in der Ablatiochirurgie. Bei Anerkennung

Bekanntlich lauten die Erfolgsstatistiken der 30er Jahre, daß rund 40% der Ablationen operativ wiederangelegt werden können; heute ist dies in 80% bis über 90% der Fälle möglich. Ein durchaus beachtliches Ergebnis von der Sicht derzeitiger operativer Technik, nicht aber immer im gleichen Maße von der Sicht des Patienten. Warum besteht diese Diskrepanz?

Die abgelöste Netzhaut des Patienten ist zwar durch die „erfolgreiche“ Operation wieder zur Anlegung gebracht worden, seine wiedererlangte Sehschärfe – und nur das charakterisiert im wesentlichen für ihn den operativen Erfolg – beträgt jedoch häufig genug nur einen Bruchteil der Sehschärfe von vor der Ablösung.

Die anatomische Heilung und Wiederanlegung der Netzhaut geht demnach nicht ohne weiteres und im selben Maße mit ihrer funktionellen Wiederherstellung parallel.

* Vorgetragen auf der 33. Tagung Nordwestdeutscher Augenärzte in Kiel, Juni 1973.

Urgency in the repair of retinal detachment

Summary: The prognosis for reattachment of the retina has risen to 90%. This figure denotes anatomical reattachment and recovery of peripheral vision. The recovery of central vision is considerably less. This is because of the rapid deterioration of the macula in the detached retina. This implies an urgency in retinal repair if the macula function is to be retained.

und Durchführung dieser speziell indizierten unaufschiebbaren Ablatiooperationen eröffnet sich praktisch für den Patienten eine Möglichkeit, postoperativ eine bessere Sehfunktion zu erlangen.

Bestand bis jetzt das Hauptproblem der Ablatiochirurgie in der anatomischen Heilung, so rückt nunmehr – eigentlich als logische Folge – ein zusätzliches Behandlungsziel in den Vordergrund, nämlich das der bestmöglichen Wiederherstellung der Netzhautfunktion.

Funktioneller Aspekt der Ablatiochirurgie

Gerade dieser neue funktionelle Aspekt bringt eine bis jetzt nicht bekannte Dringlichkeit in die Ablatiochirurgie. Wir (*Lincoff* und *Kreissig* 1971) haben bereits darauf hingewiesen, bestimmte Netzhautablösungen schnellstens zu operieren. Im Mittelpunkt dieser funktionsbezogenen Ablatiochirurgie steht die Erhaltung bzw. weitestmögliche Wiederherstellung der zentralen Sehschärfe. Das wiederum hat zur Folge, daß das operative Vorgehen immer mehr von folgendem Postulat bestimmt wird: der *Erhaltung der Makulafunktion*.

Beeinflußt von *Lincoff* und darin unterstützt von *H. K. Müller* verfolgen wir seit etwa

3 Jahren an der Bonner Augenklinik diesen funktionellen Aspekt in der Ablatiochirurgie. Es ist uns aufgefallen, daß bei einer Ablatio mit einer über Wochen bestehenden höheren Abhebung der Makula postoperativ trotz überall wiederangelegter Netzhaut im allgemeinen eine Sehschärfe von 0,1–0,2 resultiert. Es gilt also, eine drohende Abhebung der Makula zu verhindern. Läßt sich dies nicht realisieren, so sollte versucht werden, die Dauer einer soeben entstandenen Abhebung des Netzhautzentrums zu verkürzen. Im folgenden sollen daher erst einmal die Notaufnahmen in der Netzhautchirurgie definiert werden.

Notaufnahmen in der Netzhautchirurgie

Bis jetzt kennen wir Notfallsituationen vom Glaukomanfall, vom Zentralarterien- bzw. Zentralvenenverschluß oder von einer perforierenden Verletzung. Für Ablationen dagegen bestand bis jetzt keine Eile. So ist es auch verständlich, daß die Forderung und Definierung eines Notfalles in der Ablatiochirurgie zunächst etwas ungewöhnlich klingen mag.

Im Augenblick betrachten wir folgende Befunde als Notfälle mit sofortiger stationärer Aufnahme:

1. *eine akut aufgetretene Ablatio, bei der sich die Abhebung der noch anliegenden Makula nähert*

Hierbei ist eine Ablatio in der oberen Hälfte bedrohlicher für die Makula – da sie ja eine schnellere Progredienz besitzt – als eine in der unteren Hälfte. Eine dringende Operation ist aber in jedem Fall angezeigt; vor allen Dingen dann, wenn in der Anamnese ein schnelles Fortschreiten der Ablösung angegeben wird.

Als genauso akut betrachten wir

2. *eine Ablatio, bei der die Makula teilweise oder soeben vollständig abgehoben worden ist.*

In den ersten Stunden und gelegentlich auch in den ersten Tagen nach Abhebung der

Makula kann nach ihrer Wiederanlegung eine beachtliche Wiederherstellung der zentralen Sehschärfe erfolgen. Bei einer über Wochen bestandenen flachen Makulaabhebung kann es nur im Ausnahmefall zu einer partiellen Wiederherstellung der zentralen Sehfunktion kommen.

Als Notfall mit sofortiger stationärer Aufnahme betrachten wir auch

3. *eine frische Glaskörperblutung.*

Wir stützen uns hierbei auf das Behandlungsschema von Lincoff (1967). Solch ein Patient, bei dem durch die frische Blutung nur ein diffuses Fundus-Rot und keine Einzelheiten in der Netzhaut zu erkennen sind, wird sofort stationär aufgenommen. Er erhält Binokulus und strikte Kopfhochlagerung, die er auch nachts beim Schlafen (Hochstellung des Kopfendes des Bettes auf ca. 30°) einhalten muß. Nur bei einer frischen intraokularen Blutung setzt sich im allgemeinen das im retrohyaloidealen Raum aufgewirbelte Blut bei noch intakter hinterer Glaskörpergrenzmembran bereits in wenigen Stunden nach unten ab. Am nächsten Morgen wird dann häufig schon eine Fundusdiagnostik zum Aufsuchen der Blutungsursache bzw. eines Netzhautloches möglich.

Stellt man ein Loch in der oberen Hälfte mit einer – wenn auch nur sehr kleinen – Ablatio fest, so ist schon in diesem Stadium eine sofortige Operation angezeigt. Es erhebt sich die Frage: Warum? Bestünde keine gleichzeitige intraokulare Blutung, so wäre der Einwand gerechtfertigt.

Die Operation könnte aufgeschoben werden, und unter strenger Flachlagerung und Binokulus übers Wochenende bestünde keine Gefahr für die noch anliegende Makula. Aber im Falle einer gleichzeitigen frischen intraokularen Blutung ist diese Vorsichtsmaßnahme nicht möglich, denn es ist die erwähnte Kopfhochlagerung einzuhalten, die eine Abhebung der Makula zur Folge haben könnte.

Allein aus diesem Grunde ist bei einer frischen intraokularen Blutung bereits bei einer sehr kleinen Ablatio in der oberen Hälfte eine sofortige Operation indiziert. Erst postoperativ kann dann – ohne weiteres Risiko für die Makula, aber zur Wiedererlangung und Erhaltung der Transparenz des Glaskörpers – die unbedingte, u. U. wochenlange Kopfhochlagerung eingehalten werden, um dadurch das erwünschte weitere Absetzen des Blutes nach unten und dort die Ausbildung eines festeren Koagulums zu bewirken.

Fassen wir nochmals zusammen: Derzeitig stellen wir bei folgenden Netzhautablösungen die Indikation zur *sofortigen bzw. unaufschiebbaren Ablatiooperation*

1. bei akut aufgetretener Ablatio, bei der sich die Bulla der anliegenden Makula nähert,
2. bei Ablatio, bei der die Makula teilweise oder soeben vollständig abgehoben ist,
3. bei ausgedehnter frischer Glaskörperblutung mit bereits kleiner Ablatio um Loch in oberer Hälfte.

Und nun noch einige Worte zum *Widerspruch in der Indikationsstellung „unaufschiebbare Ablatiooperation“*:

Ist nun ein Patient als Ablationotfall stationär aufgenommen worden bzw. nach Absetzen einer frischen intraokularen Blutung eine Ablatio festgestellt worden, deren Operation unaufschiebbar ist, so erscheint es zunächst widerspruchsvoll, wenn nicht auch der Patient sofort in den Operationsaal gebracht und operiert wird.

Leider – und das muß zugegeben werden – ist in der Ablatiochirurgie eine Operation nicht immer sofort möglich. Es muß ja erst

das diagnostische Problem der Netzhautablösung selbst hinreichend geklärt werden. Der Operateur muß sich daher zunächst einmal – und das erscheint eben so widerspruchsvoll – ausreichend Zeit und Ruhe für eine exakte Fundusuntersuchung und Netzhautlochsuche nehmen.

Ist diese präoperative Diagnostik abgeschlossen, wird die Ablatio im gleichen Moment zum *edten operativen Notfall*. Unnötiger Aufschub der Operation könnte jetzt den Verlust der zentralen Sehschärfe bzw. der Lesefähigkeit des Patienten bedeuten. Aus diesem Grunde sollte die Operation dann auch am gleichen Tage oder spätestens am nächsten Tage durchgeführt werden.

Was tun, wenn es sich dabei um einen Freitag handelt? – Auch jetzt sollte möglichst nicht diese als notwendig erachtete Operation übers Wochenende aufgeschoben werden. Das sicher nicht, wenn die Makula eines letzten Auges in Gefahr ist. Jetzt sollte diese Ablatio als Notfall erklärt und operiert werden.

Geschieht dies nämlich nicht, so könnte übers Wochenende eine Abhebung der Makula eintreten oder, wenn bereits vorhanden, mit zusätzlichem Funktionsverlust einhergehen. Das würde trotzdem immer noch – auch bei einer späteren erfolgreichen Operation, eben, weil sie zu spät erfolgte – für den Patienten einen gewissen Schaden, und zwar auf Dauer, bedeuten.

Literatur

- Lincoff, H.: Guilty until proven innocent. Arch. Ophthalmol. (Chic.) 78 (1967) 271
 Lincoff, H., I. Kreissig: Towards an improved management of retinal detachment. Trans. Internat. Congr. on Blindness, Jerusalem 1971 (im Druck)
 Müller, H. K.: Persönl. Mitteilung (1973)