

ESCRS London 2014

Prof. Dr. Günther Grabner hielt die „Ridley Medal“ Vorlesung

Auf der heurigen Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Cataract- und Refraktive Chirurgie in London wurde Univ.-Prof. Dr. Günther Grabner, Salzburg, mit der Verleihung der Sir Harold Ridley Medaille der ESCRS ausgezeichnet.

In seinem halbstündigen Vortrag vor ca. 3500 Delegierten des Kongresses gab er sowohl einen Überblick über die Entwicklung der Cataract-Chirurgie der letzten vier Jahrzehnte als auch einen Ausblick in die nähere Zukunft.

Dabei würdigte er in einem Rückblick die frühen Pioniere der Augenheilkunde an der 2. Univ.-Augenklinik in Wien (Abb. 1), wo er seine Ausbildung 1975 begonnen hatte, nämlich Eduard Jäger, den Erstbeschreiber der standardisierten Lese tafeln, Karl Koller, als Erfinder der Lokalanästhesie am Auge und Prof. Ernst Fuchs, den überragenden Lehrer und Verfasser des Standardlehrbuches der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und Erstbeschreiber

vieler Augenleiden, aber auch seinen verehrten Lehrer, Univ.-Prof. Dr. Hans Slezak, Emeritus der ehemaligen Klinik. Erwähnung fanden auch seine persönlichen Lehrer in den USA, Dennis Shepard, Santa Maria, CA und an der UCSF, Proctor Foundation, San Francisco, Phil Thygeson, Richard O'Connor, Gilbert Smolin und Mitch Friedlaender.

In einem Rückblick auf seine frühen Tage der klinischen Ausbildung erwähnte er, dass sich die Cataract-Operation zum damaligen Zeitpunkt von der heutigen Technik radikal unterschied (Abb. 2).

Bei der Intrakapsulären Cataract-Operation, welche in den wesentlichen Schritten über viele Jahre unverändert gelehrt wurde, war ein retrobulbäre Anästhesie und eine Akinesie Routine, es wurde eine 10-minütige Okulopression angewandt, am Anfang auch ohne Mikroskop oder Handschuhe operiert und eine Lupe als Vergrößerungshilfe war der Standard. Nach Setzen einer großen Inzision über 180° mit einer Schere folgten eine enzymatische Zonulolyse und eine Kryoextraktion, es wurde jedoch keine

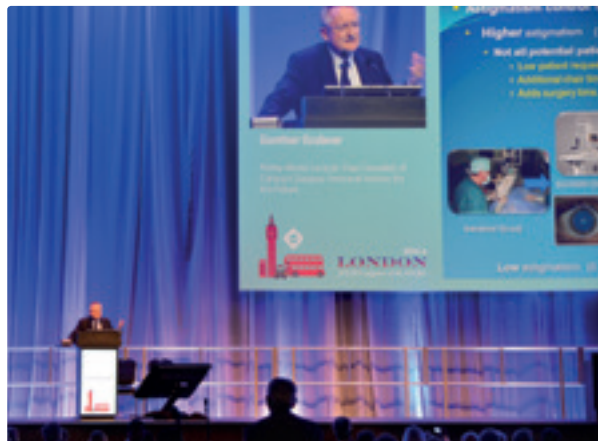
Linse implantiert und die Wunde wurde mit einer bis sieben Seidennähten geschlossen, wobei der Patient typischerweise postoperativ fünf bis sieben Tage im Spital betreut wurde.

Im Verlauf des Vortrages wurden vier aktuelle Fragen zur Cataract-Chirurgie diskutiert.

1. Hat sich die Sicherheit dieser Operation über die letzten 40 Jahre verbessert?

Ohne Zweifel ist dies ganz wesentlich gelungen, die großen Probleme, welche in den 70er und 80er-Jahren noch beobachtet wurden, sind im Großen und Ganzen beherrscht. So war etwa die Aphakie für die Patienten eine große Belastung, im besonderen, wenn nur einseitig operiert wurde, da wegen der schlechten optischen Qualität der Aphakiebrille häufig eine erhöhte Sturzgefahr zu beobachten war. Ein Endothelzellverlust von etwa 20 % im Mittel nach ICCE und eine 10-%-Rate eines Glaskörperverlustes waren Standard, besonders gefürchtet aber war die postoperative Endophthalmitis, welche bei ca. 0,1–0,5 Prozent beobachtet wurde. Diese dauernde Bedrohung konnte durch die Ergebnisse der europaweiten ESCRS-Endophthalmitis-Studie signifikant reduziert werden.

2. Was die Frage einer vollständigen Wiederherstellung des postoperativen Visus betrifft, so wurden ebenfalls große Fortschritte über die letzten Jahre erzielt.



FOTOS: MEDICAL NETWORK / DR. ERICH FEICHTINGER



Die Präzision der Biometrie ist nun exzellent, jedoch ist die Kontrolle des Astigmatismus, die Reduktion des Nachstars und eine postoperativ möglichst weitgehende Brillenfreiheit („Presbyopie-Korrektur“) noch nicht optimal gelöst.

Obwohl etwa 95 Prozent der Patienten mit der postoperativen Präzision der Biometrie sehr zufrieden sind, gibt es doch immer wieder einzelne „Ausreißer“, im besonderen bei Bulbuslängen, welche außerhalb der Norm liegen. Die Lösung mittels einer lichtjustierbaren IOL bezeichnet er als sehr interessant, jedoch sind bei diesem Konzept logistische Probleme nicht immer leicht zu lösen, unter anderem die mehrfach erforderlichen postoperativen Adjustierungen und die Notwendigkeit bis zum endgültigen „lock-in“ dunkle Gläser zu tragen.

Was die Reduktion des präoperativen Hornhaut-Astigmatismus betrifft, so ist der Fortschritt mit den torischen IOL's und den neuen intraoperativen „eye-trackern“ ganz wesentlich und Prof. Dr. Grabner plädierte dafür, alle Hornhautastigmatismen über einer halben Dioptrie zu behandeln, eine Zielsetzung, welche zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur zu einem geringen Teil erfüllt wird, teils wohl aus Kostengründen, teils weil diese „Premium-IOL's“ eine detailliertere Aufklärung der Patienten erfordern und diese häufig auch noch an ihre Brillen gewöhnt sind.

Obwohl bei der Reduktion der *Cataracta secundaria* Fortschritte gemacht worden sind, kann die Forschung auf diesem Gebiet nicht als abgeschlossen betrachtet werden, es ist zu hoffen, dass neue IOL-Materialien und -Designs weitere Verbesserungen bringen können (Abb. 3).

Was nun den Wunsch nach völliger postoperativer Brillenfreiheit betrifft, so sind viele Konzepte in den vergangenen Jahren vorgestellt worden, bei allen jedoch sind hinsichtlich der Funktion und/oder der Nebenwirkungen wesentliche Abstriche zu machen. Als derzeit neuestes Konzept stellte Prof. Dr. Grabner eine neue Intraokularlinse (IC-8 von AcuFocus) mit erhöhter Tiefenschärfe vor, wobei letztere durch das Prinzip der kleinen Apertur erzielt wird. Es ist aber unumstritten, dass bis jetzt noch keine allgemein akzeptierte Lösung für dieses Problem, weder durch multifokale, noch „akkomodierende“ IOL's gefunden worden ist.

3. Profitiert der Patient vom technischen Fortschritt der letzten Jahre? Das neue Prinzip der femtosekundenlaser-assistierten Cataract-Operation (FLACS) wird nach seiner Meinung die Zukunft der Star-Operation bestimmen (Abb. 4), da die chirurgische Sicherheit in Summe wesentlich erhöht werden kann, wobei als Beispiel eine Erfolgsrate von 99,6 % für die fs-Kapsulotomie (bei über 1600 eigenen Operationen) angegeben wird (Abb. 5). Die Sicher-

heit wird aber auch durch Reduktion der Phakoleistung, bessere Demarkation der hinteren Kapsel und optimale Zentrierung der IOL in der vorderen Kapsulotomie verbessert werden. Besonderes Interesse wird in naher Zukunft aber auch die Intrastromale Arkuate Keratotomie (ISAK) zur Korrektur geringer Astigmatismen von + 0,5 Dioptrien bis etwa +2,5 Dioptrien finden, was wesentlich zur Optimierung des unkorrigierten Fernvisus beitragen wird.

4. Was eine rasche visuelle Rehabilitation betrifft, so sprechen derzeit, nach seiner Meinung, nur mehr sehr wenige Gründe gegen eine unmittelbare, sequentielle, beidseitige Cataractoperation, welche zu einer deutlich rascheren Rehabilitation und geringeren Belastung der Patienten führt und von diesen auch sehr gut angenommen wird.

Zum Abschluss seines Exkurses über vier Dezennien (Abb. 6) erinnerte Prof. Dr. Grabner an den Namensgeber der Medaille und der Lecture, Sir Harold Ridley und zitierte dessen Ausspruch: „Auch wenn ein Wunder zur Routine wird, bleibt es doch immer ein Wunder“.



Abb. 1: 2nd University Eye-Clinic, 1883-1995



Abb. 2: II. Augen-Klinik, 1952

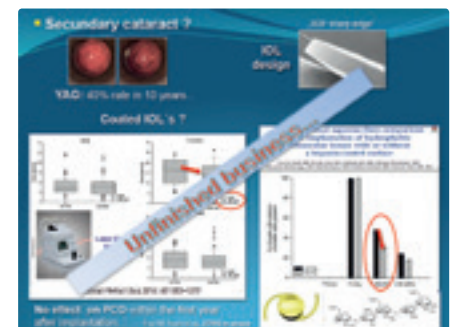


Abb. 3: Unfinished business ...



Abb. 4: Commercially available ...

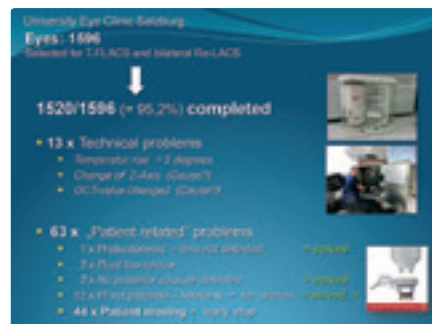


Abb. 5: University Eye Clinic Salzburg

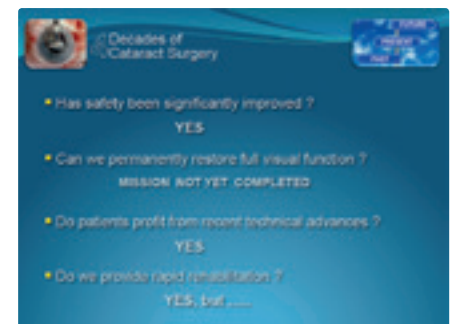


Abb. 6: Conclusio