

Surgery Hack: „Die einfachste und schnellste chirurgische Methode zur Behandlung des therapieresistenten akuten Winkelblocks“

→ An dieser Stelle melden sich erfahrene Ophthalmologinnen und Ophthalmochirurgen zu Wort und geben ganz persönliche Tipps und Tricks, die sie bei ihren Operationen im Laufe der Zeit gesammelt haben, an die Leser weiter.

Archivieren und Nachahmen ist ausdrücklich erlaubt. Den aktuellen Surgery Hack stellen Nataliia Mala und Lutz Hesse (Heilbronn) vor.



Nataliia Mala (FEBO, FEBOS-R) ist als Oberärztin und Augenchirurgin in der SLK-Klinik Heilbronn tätig. Sie deckt ein breites chirurgisches Spektrum ab, wobei ihr Fokus auf der Netzhautchirurgie liegt. Ihre chirurgische Ausbildung erhielt sie an der SLK-Klinik Heilbronn unter der Leitung von Professor Hesse.



Prof. Dr. med. Lutz Hesse leitet seit 2002 die Augenklinik in Heilbronn, sein Schwerpunkt ist die vitreoretinale Chirurgie.

Technologischer Fortschritt hat etablierte chirurgische Verfahren verbessert, sicherer und effizienter gemacht. Manchmal können Instrumente, die typischerweise bei anderen chirurgischen Fragestellungen eingesetzt werden, das herkömmliche Vorgehen vereinfachen. Die Standardtherapie bei einem akuten Winkelblock besteht aus einer topischen und systemischen Therapie zur Senkung des Intraokularsdrucks (IOD), einer Beseitigung des mechanischen Blocks durch eine Laser- oder chirurgische Iridektomie sowie bei den meisten Patienten aus einer zügig durchgeführten Phakoemulsifikation [1]. Wird ein akuter Winkelblock nicht umgehend behandelt, kann der Patient in einen Teufelskreis geraten, bei dem durch einen extrem hohen IOD und den erhöhten Druck im Glaskörperraum eine sekundäre maligne Winkelblockkomponente entsteht, die die Behandlung zusätzlich erschwert [2, 3]. Ist eine Laseriridotomie aufgrund des Hornhautödems nicht möglich, so ist eine chirurgische Alternative gefragt.

Üblich ist die chirurgische Iridektomie, ein kleiner Eingriff, der in wenigen Minuten erledigt ist. Leider nicht bei einer extrem flachen Vorderkammer und einem Hornhautödem. Dann drückt der hydratisierte Glaskörper von hinten die Iris in den kornealen Tunnel, von wo aus sie sich kaum mobilisieren lässt. Die Vorderkammer bleibt flach und der Winkelblock löst sich nicht.

Auch die Kataraktoperation ist in dieser Situation schwierig und komplikationsbehaftet. Eine kombinierte Vorgehensweise aus Phakoemulsifikation und anteriorer Vitrektomie, um das Problem des posterioren Drucks zu bewältigen, wurde bereits von anderen Autoren beschrieben [2, 3]. Dieses Vorgehen löst nicht das Problem des schlechten Einblicks und der ungenauen Biometrie.

In unserer Klinik haben wir einen anderen Ansatz zur Behandlung des therapieresistenten Winkelblocks eingeführt. Diese Methode kombiniert die chirurgische Iridektomie mit einer partiellen anterioren Ein-Port-Vitrektomie, um den



Abbildung 1: Anlage eines Ports über pars plana

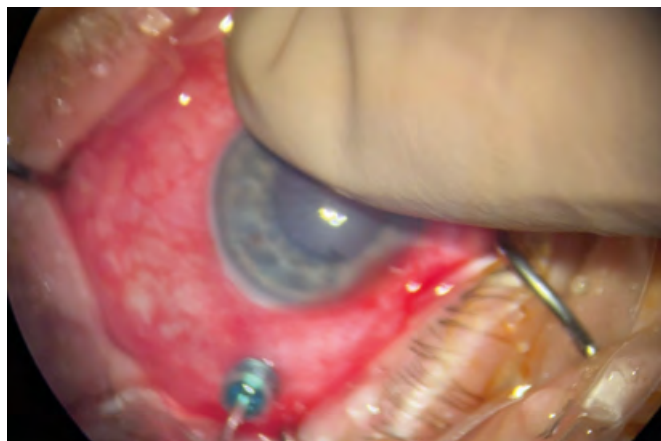


Abbildung 2: Partielle Vitrektomie unter palpatorischer Druckkontrolle

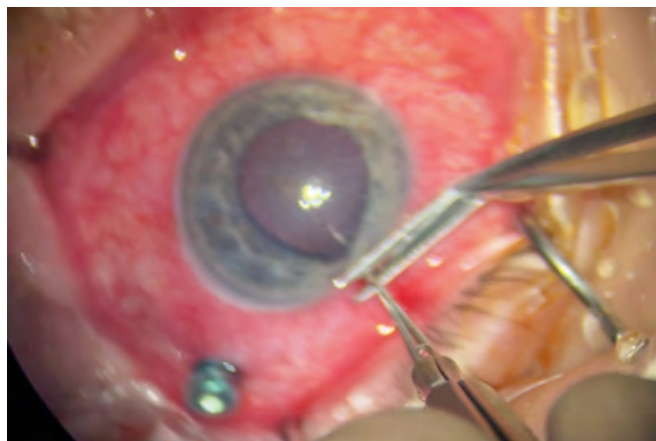


Abbildung 3: Chirurgische Iridektomie

Druck des Glaskörpers zu senken und die Vorderkammer zu vertiefen.

Die Technik besteht aus den folgenden Schritten:

1. Ein Vitrektomie-Port wird 3,5 mm neben dem Limbus eingestochen (Abbildung 1).
2. Ohne Infusion wird das Vitrektom in der Mitte des Glaskörpers platziert, meistens ohne Sichtkontrolle. Ein steiler Winkel von 90° zur Oberfläche der Sklera vermeidet eine Linsenverletzung. Durch die partielle anteriore Vitrektomie sinkt der Druck innerhalb weniger Sekunden, was sich palpatorisch kontrollieren lässt (Abbildung 2). Meist kann

man dabei eine sofortige Vertiefung der Vorderkammer beobachten.

3. Eine chirurgische Iridektomie über einen inversen kornealen Zugang gelingt jetzt leicht und ohne Vorfall der Iris (Abbildung 3). Alternativ wird nur eine Parazentese gelegt und die Vorderkammer mit BSS vertieft, um Kammerwinkelverklebungen zu lösen.
4. Der Port wird entfernt; die Sklerotomie muss in der Regel nicht übernäht werden. Wir nutzen diese chirurgische Methode als einfachste und schnellste Strategie zur raschen Senkung des IOD des therapieresistenten Winkelblocks. Die Vertiefung der Vorderkammer und das rasche

Aufklaren der Hornhaut erlauben eine präzise Biometrie und vereinfachen die nachfolgende Kataraktoperation.

Literatur

1. Pazos M, Traverso CE, Viswanathan A et al (2025) European Glaucoma Society – Terminology and guidelines for glaucoma, 6th Edition. Br J Ophthalmol 109: 1–212
2. Noh HJ, Kim ST (2019) Combined treatment of phacoemulsification and single-port limited pars plana vitrectomy in acute angle-closure glaucoma. Int J Ophthalmol 12: 974–979
3. Yu X, Zhao Z, Zhang D et al (2021) Anterior vitrectomy, phacoemulsification cataract extraction and irido-zonulo-hyaloid-vitrectomy in protracted acute angle closure crisis. Int Ophthalmol 41: 3087–3097