

## Kammerwinkelgestützte VKL - Tips für gute Operationsergebnisse mit einer standby-IOL

Kurzvortrag zur Posterpräsentation

Carl Clemente<sup>1</sup>, Irmgard Neuhann<sup>2</sup>, Thomas F. Neuhann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Praxis Prof. Neuhann & Kollegen, München  
<sup>2</sup>Universitätsaugenklinik Tübingen

## VKL: Probleme durch nicht fachgerechte Implantation



IOL seitenerverteert  
implantiert



Intraoperativ Iridektomie  
versäumt

## VKL: Probleme durch nicht fachgerechte Implantation

Weitere Problempunkte:

- Fehlerhafte Haptikplatzierung (nicht auf Ziliarkörperband platziert) mit Folge Pupillentrübung, Dezentrierung, Iritis
- Ungenügende Vitrektomie mit in der Vorderkammer verbleibenden Glaskörpersträngen
- Ungenügende Diagnostik und Therapie eines postoperativen zystoides Makulaödems

In der Augenabteilung des  
Rotkreuzkrankenhauses langjährige  
eigene Erfahrung mit  
Vorderkammerlinsen



Ziel unseres Posterbeitrages: Entsprechende  
Komplikationen durch eine „Implantationsempfehlung“  
vermeiden helfen

## Implantationsempfehlung: Voraussetzung für die Implantation

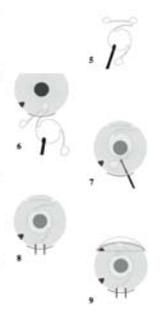
Wichtige Voraussetzungen für die Implantation

- **Übersichtliche Situation**  
Die Hornhaut soll einen ausreichenden Einblick zulassen. Der vordere Augenabschnitt muss sicher frei von Glaskörpersträngen sein. Um einem Prolaps von Glaskörpersträngen durch die Iridektomie vorzubeugen, sollte auch hinter der Iridektomieöffnung vitrektomiert werden. Bei unklaren Verhältnissen ist eine spätere sekundäre Implantation unter kontrollierten Bedingungen vorzuziehen!
- **Intracamerale Gabe eines Miotikums**  
Medikamentöse Miosis erleichtert wesentlich die Durchführung von Iridektomie und Linsenimplantation.
- **Periphere Iridektomie (IE)**  
Zur Vermeidung eines Pupillarblockes ist unbedingt eine periphere Iridektomie erforderlich (z.B. mit Vitrektor oder Scherchen).  
Bei Anlage der IE an spätere Lage der Haptiken denken:  
- Implantation von temporal: IE nasal oder temporal oben anlegen  
- Implantation von oben: IE nasal oben oder temporal oben anlegen.
- **Eingabe eines geeigneten Viskoelastikums**
- **Schnittverweiterung auf etwa 6,0 mm**
- **Wahl der Vorderkammerlinse in passender Stärke**  
Im Vergleich zur Hinterkammerlinse niedrigere A-Konstante beachten!

## Implantationsempfehlung: Durchführung der Implantation

Durchführung der Implantation

- Mit geeigneter Pinzette Linse an Optik fassen (Abb. 5)
- Auf richtige Orientierung achten! Die Haptiklinie (oben rechts) muss in Uhrzeigersinn-Richtung zeigen. Die Haptiken sind nach unten, also zur Iris hin abgewinkelt.
- Mit Doppelhaptik bzw. Haptiklinie voraus einführen (Abb. 6)
- Cave: PMMA ist nicht unzerbrechlich!
- Einzelhaptik unter Schnittspitze gleiten lassen (Abb. 7)
- Mit geeigneten Instrument (z.B. Gabelschen) vor Fußplatte an Rippe ansetzen. Rippe nach innen und posterior führen. Bei Verstoß auf Einklemmung der Haptiken (z.B. durch Pupillenverziehung) Haptik noch einmal mit einem Instrument anheben, damit sich die Iris darüber hebt.
- Schnittadaptation mit Naht (Abb. 8)
- Pupille und Linse sollten bei schlussartigem Auge zentriert sein. Achtung: Die Linsenoptik ist neugetrennt zum Linsenrand, nicht zwangsläufig zur Pupille.
- Ophthalmoskopische Kontrolle (Abb. 9)
- Sitz beider Haptiken kontrollieren! Die Haptikplatte sollte gegenüber Abstand zur IC-Linse haben und auf dem Ziliarkörperband sitzen. Andernfalls die Linse sonst etwas drehen bzw. die Haptik anheben!
- Vorsichtiges Ausspülen des Viskoelastikums



## Kammerwinkelgestützte VKL - Tips für gute Operationsergebnisse mit einer standby-IOL



Vielen Dank!