



Frankfurt am Main Stadt Panorama Foto: © C. Jentsch - stock.adobe.com

Herzlich willkommen zur DGII-Tagung 2024



Thomas Kohnen

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der 38. Kongress der DGII in Kombination mit dem Wintermeeting der „European Society of Cataract and Refractive Surgeons“ (ESCRS) wird, wie bereits in der Septemerausgabe 2023 angekündigt, vom 16. bis 18. Februar in Frankfurt am Main stattfinden und steht somit unmittelbar bevor. Ich freue mich sehr darauf, Sie und fast alle zurzeit maßgeblichen nationalen und internationalen Fachspezialistinnen und -spezialisten begrüßen zu können und schaue erwar-

tungsvoll auf eine sicherlich hochklassige Veranstaltung mit internationalem Flair.

Das deutschsprachige Programm deckt thematisch alles ab, was zurzeit aktuell in der Vorderabschnittschirurgie ist, ergänzt durch ein Programm für ophthalmologisches Assistenzpersonal. Im englischsprachigen Teil erwarten Sie mehrere Hauptsymposien mit folgenden Themen:

1. All about the intermediate
2. Future applications of femtosecond laser technology
3. Corneal refractive surgery: What I did wrong?
4. How to start with premium IOLs

Zur Abrundung des Programms findet am Sonntag eine „Best-of-Session“ statt, in der

innerhalb von zwei Stunden die besten Vorträge des gemeinsamen Kongresses von führenden Persönlichkeiten der DGII und ESCRS noch einmal besprochen werden.

Frankfurt wird so für drei Tage zum „Hotspot“ führender Ophthalmochirurginnen und -chirurgen aus ganz Europa und dies ist insbesondere für die jungen Kolleginnen und Kollegen eine Möglichkeit, die eine oder andere Koryphäe live zu erleben. Vielleicht finden Sie auch noch Zeit, die Stadt selbst mit ihren Sehenswürdigkeiten, wie z. B. Römer, Paulskirche oder die „neue Altstadt“, ein bisschen zu erkunden.

*Herzliche Grüße
Ihr Thomas Kohnen
(DGII-Tagungspräsident 2024)*

Inhalt

Herzlich willkommen zur DGII-Tagung 2024 **1**

„Die Zukunft im Blick“ **2**

Innovative Einblicke: Die „Young DGII“ präsentiert ihre erste eigenständige Sitzung **3**

Korrelation der Pupillengröße mit optischer Qualität nach Implantation einer trifokalen Intraokularlinse **4**

Funktionelle Sehergebnisse nach Implantation der multifokalen Intraokularlinse Acunex Variomax – eine Interimsanalyse **5**

Ein kleiner Schnitt für den Chirurgen – ein großer Schritt für die phake IOL? Neuer Injektor erlaubt die Implantation der IPCL durch 2,4 mm ... **6**

Vorhersagbarkeit des refraktiven Ergebnisses nach Implantation torischer ICL Linsen **8**

Impressum **3**



„Die Zukunft im Blick“



Christopher
Wirbelauer

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
es ist soweit: Der erste große, internationale Kongress des Jahres findet in Frankfurt a. M. unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Kohnen statt!

Internationalität – Joint meeting mit der ESCRS

Die diesjährige DGII-Tagung wird ein besonderes Ereignis sein, denn zum ersten Mal wird die Tagung zusammen mit der Wintertagung der ESCRS stattfinden. Passend dazu ist unser diesjähriges Motto „Katarakt- und refraktive Chirurgie in Europa“.

Natürlich bedeutet dies eine Umstellung unserer üblichen Tagungsgewohnheiten, aber die DGII-Tagung wird deutschsprachig an 2 Tagen stattfinden und eine Auswahl an Kursen und Wetlabs wird es am Donnerstag geben. Trotz einiger organisatorischer Neuigkeiten wird es eine gute Gelegenheit sein, die DGII international zu positionieren und den fachlichen Austausch mit den Augenärzten aus anderen Ländern aufzunehmen. Wie schon angekündigt, wird die DGII im internationalen Kontext als „German Society of Cataract and Refractive Surgery“ (GSCRS) auftreten.

Für mich als DGII-Präsidenten ist es nun am Ende der zweiten Amtszeit die Gelegenheit, auf die vergangenen vier Jahre zurückzublicken.

Corona-Zeit

Es erscheint schon lange her, aber gerade am Anfang meiner Amtszeit standen wir unter dem Einfluss eines winzigen, mikroskopischen Virus. Nach langen Überlegungen im DGII-Vorstand und in Zusammenarbeit mit dem Industriebeirat entschieden wir uns, die DGII-Tagung 2021 erstmals als Online-Veranstaltung im Hybrid-Format aus Dortmund stattfinden zu lassen. Es war das erste Mal seit der Gründung am 20. Juni 1986 und dem ersten Kongress in Gießen im März 1987, dass die Tagung nicht als reine Präsenzveranstaltung stattfand. Es wurde trotz

dem allem eine interessante und kurzweilige digitale Tagung. Im folgenden Jahr tagten wir wieder in Dortmund unter der Leitung von Dr. Peter Hoffmann, diesmal aber mit einem „2G+“-Format. Denn gerade die Stärke der DGII-Tagung – der persönliche interprofessionelle Kontakt – wurde von vielen Kollegen und den Vertretern aus der Industrie vermisst. 2023 konnten wir uns erneut in einer Präsenztagung in Weimar unter der Leitung von Prof. Dr. Marcus Blum treffen und es wurde ein voller Erfolg.

Umwelt und Nachhaltigkeit in der Augenchirurgie

In den letzten Jahren haben wir uns um das Thema des Klimaschutzes und des Ressourceneinsatzes in der Katarakt- und refraktiven Chirurgie gekümmert. So haben wir 2021 zur DGII-Tagung ein erstes Umweltsymposium organisiert, um die aktuellen Themen Nachhaltigkeit, Abfallminimierung, Umweltverschmutzung, Energieverbrauch und Klimaneutralität in der Augenheilkunde anzusprechen. Dies geht uns alle etwas an und betrifft unsere Disziplin durch die Vielzahl von Kataraktoperationen besonders stark. Aus diesem Grund nimmt die DGII am globalen Projekt „EyeSustain“ teil. Dies ist ein Zusammenschluss der nationalen Fachrichtungen, um die Umwelteinflüsse unserer täglichen Arbeit zu prüfen und zu verringern.

Berufspolitische Themen

Neben wissenschaftlichen Themen ist die Abrechnungssituation für unsere tägliche Arbeit relevant. So haben wir als wissenschaftliche Gesellschaft die Gerichtsentscheidungen des BGH zur Femto-Kataraktoperation in Stellungnahmen bewertet und Empfehlungen zur Abrechnung gegeben. Besonders besorgt war der DGII-Vorstand über die veränderte Abrechnung der stationären Kataraktoperation seit der Einführung des neuen AOP-Kataloges anhand der patientenindividuellen Kontextfaktoren. Diese Kontextfaktoren (oder auch Risikofaktoren) sind bekannt für einen erschwerten intra- und postoperativen Verlauf, wobei die Kapselrupturrate als wichtigste Komplikation ansteigen kann. Im Rahmen der Krankenhausreform und der veränderten stationären Abrechnungsgrundlagen hat sich die DGII mit

den anderen wichtigen deutschen Fachverbänden dafür eingesetzt, dass in diesen komplexen Fällen die Möglichkeit einer stationären Kataraktoperation erhalten bleibt.

„Young DGII – Zukunftsweisender Arbeitskreis“

Die DGII will die Attraktivität der Mitgliedschaft sowie die Teilnahme an der Tagung für Assistenzärzte verbessern. Dabei gibt es bereits durch das umfangreiche Kursangebot viele Möglichkeiten für Assistenten und junge Operateure sich während der Tagung weiterzubilden. Diese sind im Programm mit dem Logo „DGII-Akademie“ besonders gekennzeichnet.

Zur letzten Tagung in Weimar hat die „Young DGII“ ihre Arbeit aufgenommen. Die Mitglieder der „Young DGII“ sind dem Vorstand angegliedert und sollen Vorschläge zum Kursprogramm der DGII-Tagung unterbreiten, Fachbeiträge für junge Augenärzte verfassen und über neue Medienkanäle das Angebot der DGII erweitern. In Frankfurt a. M. wird die „Young DGII“ erstmalig eine eigene wissenschaftliche Sitzung abhalten.

Alle Aktivitäten sollten in Zukunft eine Mitgliedschaft in der DGII interessanter machen und so hoffentlich die Teilnehmer- und Mitgliederzahlen erhöhen. Gerne habe ich in meiner Amtszeit versucht dazu beizutragen – Danke für das Vertrauen –, und werde gerne weiter die Geschicke der Gesellschaft in anderer Position begleiten. Aber zunächst freue ich mich, Sie zur nächsten Tagung in Frankfurt a. M. begrüßen zu dürfen.

*Ihr Christopher Wirbelauer
(DGII-Präsident)*

Vorstandsmitglieder

PD Dr. C. Wirbelauer (Präsident)
Prof. Dr. M. Blum (Vizepräsident)
Prof. Dr. G. U. Auffarth (Generalsekretär)
Prof. Dr. H. B. Dick (Schatzmeister)
Prof. Dr. R. Khoramnia
U. Monien
Prof. Dr. S. Priglinger
PD Dr. med. S. Taneri
Dr. Dr. R. D. Gerste
Prof. Dr. T. Kohnen

Innovative Einblicke: Die „Young DGII“ präsentiert ihre erste eigenständige Sitzung



Valentin Hooijer

Die „Young DGII“ freut sich, ihre eigene Sitzung während des kommenden 39. Kongresses der DGII zu präsentieren. Die diesjährige Tagung der DGII in Frankfurt bietet gemeinsam mit dem parallel stattfindenden Wintermeeting der ESCRS eine ideale Gelegenheit für junge Augenärzte, wertvolle Einblicke in die Welt der Ophthalmochirurgie zu gewinnen. Geplant sind interessante Vorträge, Diskussionen und Beiträge, die das Spektrum der chirurgischen Fortschritte abdecken.

Die „Young DGII“ wurde 2023 im Rahmen des 37. Kongresses der DGII in Weimar ins Leben gerufen. Als Junior-Arbeitsgruppe hat sie sich zum Ziel gesetzt, die Deutsche Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie für junge Augenärzte noch zugänglicher zu machen.

Aktuell besteht die „Young DGII“ aus sieben jungen Mitgliedern, darunter sowohl

Assistenzärzte als auch junge Fach- und Oberärzte.

Durch die enge Zusammenarbeit mit dem DGII-Vorstand wurde das Programm des diesjährigen Kongresses noch besser auf die Wünsche junger Augenärzte zugeschnitten.

Die Sitzung der „Young DGII“ umfasst eine breite Palette an Themen, die für angehende Augenchirurgen von großem Interesse sind.

Es wird sowohl Vorträge zu den essenziellen Grundlagen der Kataraktoperation als auch Tipps und Tricks für den beginnenden Augenchirurgen geben. Wertvolle Ratschläge und bewährte Techniken werden geteilt, um angehenden Kollegen einen soliden Start in die Welt der Kataraktchirurgie zu ermöglichen. Auch die verschiedenen Simulatoren für die Kataraktoperation werden erörtert und praktische Einblicke in deren effektive Nutzung vermittelt.

Ebenfalls wird ein eingehender Blick auf die Integration der Femtosekundenlaser in die Ausbildung genommen, um zu beleuchten, welchen Mehrwert diese inno-

vative Technologie für angehende Chirurgen bietet. Desweiteren werden die vielfältigen Möglichkeiten der Aphakiekorrektur, die in der modernen Augenchirurgie zur Verfügung stehen, beleuchtet – mit Fokus auf die individuellen Patientenbedürfnisse.

Abschließend werden die Herausforderungen und Chancen bei der simultanen oder zweizeitigen Durchführung von Kataraktoperationen und DMEK erörtert.

Die Moderation dieser neuen Sitzung übernehmen PD Dr. Tim Schultz und Dr. Petra Davidova, welche hierfür eine dynamische Diskussionsplattform zu den verschiedenen Schwerpunkten schaffen werden.

Zusätzlich wird ein Panel erfahrener Chirurgen eingeladen, um die Diskussion zu bereichern und den Teilnehmern die Möglichkeit zu bieten, direkt von deren umfassenden Erfahrungen zu lernen.

Die „Young DGII“ freut sich darauf, zu dieser neuen und spannenden Sitzung einzuladen, die nicht nur Wissen vermittelt, sondern auch den Austausch und die Vernetzung junger Augenärzte fördert.

Valentin Hooijer, Berlin

DGII Mitgliederinformation für Assistenzärzte – Kostenfreie Mitgliedschaft in der ESCRS



Assistenzärzte, die Mitglied in der DGII sind oder werden wollen, haben die

Möglichkeit kostenfrei Mitglied in der European Society of Cataract and Refractive Surgeons (ESCRS) zu werden.



Mitglied in der DGII und ESCRS werden

Hierin enthalten sind:

- Nutzung des ESCRS On Demand
- Nutzung des iLearn, der CME zertifizierten Online-Lernplattform

- reduzierte Anmeldegebühren für die Kongresse der ESCRS
- Nutzung des EUREQUO, eines Online-registers für die Qualitätsbewertung von Katarakt- und refraktiven Operationen
- Zugang zu ESCRS-Prämien, Zuschüssen und Stipendien
- Wahlrecht bei den ESCRS Vorstandswahlen (nur für europäische Vollmitglieder)

- der Onlinezugang zum Journal of Cataract & Refractive Surgery
- der Zugang zur „Members Only area“ der ESCRS-Homepage
- ein Mitgliedsordner mit dem Zertifikat der Mitgliedschaft, einem Mitgliedsausweis und Passwort und Zugangscode für die „Members Only area“ der ESCRS-Homepage

Der jährliche Beitrag für eine solche Doppelmithliedschaft mit kostenfreiem ESCRS-Anteil beträgt € 95,- (bzw. € 110,-, wenn Sie nicht am Lastschriftverfahren teilnehmen). Der reguläre Preis liegt bei € 195,- (bzw. € 210,-).

Weitere Informationen über

DGII Sekretariat
c/o Congress-Organisation Gerling GmbH
Werftstraße 23, 40549 Düsseldorf
Tel.: 0211-592244, Fax: 0211-593560
info@congresse.de
www.congresse.de

Impressum

DGII aktuell

Erscheinungsweise: 2 x jährlich

Herausgeber: Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie

Sekretariat: Congress Organisation Gerling GmbH, Werftstr. 23, 40549 Düsseldorf
Tel.: 0211-592244, Fax: 0211-593560
info@congresse.de

Redaktion: Katja Lorenz

Grafik und Layout: Alexander Lorenz

Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Stresemannstr. 12, 68165 Mannheim
info@kaden-verlag.de
www.kaden-verlag.de

Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag der DGII enthalten.

Haben Sie einen interessanten Beitrag oder Mitteilungen für die nächste Ausgabe der „DGII aktuell“?

Wenden Sie sich an:
PD Dr. med. C. Wirbelauer
Ärztlicher Direktor
Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH
Brebacher Weg 15, 12683 Berlin
ch.wirbelauer@augenklinik-berlin.de

Korrelation der Pupillengröße mit optischer Qualität nach Implantation einer trifokalen Intraokularlinse



Petra Davidova

Im Laufe der Zeit wurden verschiedene Linsentypen mit unterschiedlichen Technologien entwickelt, um den Patienten bestmögliche Ergebnisse zu liefern. Trifokale Intraokularlinsen (IOL) sollen den Patienten

das Sehen im Fern-, Intermediär- und Nahbereich ermöglichen, bringen jedoch Nachteile wie optische Phänomene mit sich, welche die Patientenzufriedenheit herabsetzen können. Die Pupillengröße wurde im Hinblick auf verschiedene refraktive Verfahren mehrfach als mögliche Variable für optische Phänomene diskutiert [1–4].

Diese prospektive Arbeit analysiert die Zusammenhänge der Pupillengröße und der subjektiven, optischen Qualität 3 Monate nach komplikationsloser, bilateraler Implantation einer diffraktiven, trifokalen Intraokularlinse (AcrySof® IQ PanOptix®, Alcon) (Abbildung 1). Eingeschlossen wurden nur Patienten mit gesunden Augen ohne vorherige Augenoperationen. Insgesamt wurden 52 Patienten, davon 21 Männer, im mittleren Alter von 68,13 Jahren (40–85 Jahren) eingeschlossen. 54 Augen erhielten nicht torische und 50 Augen torische Implantate. Die präoperative Sphäre war $-0,56$ dpt ($-9,50$ bis $+6,75$ dpt), der Linsentorus betrug $1,65$ dpt ($1,00$ – $3,75$ dpt). 3 Monate postoperativ

wurde die Pupillengröße mit einem binokularen, infrarotbasierten Pupillometer (PupilX, Alomed) unter skotopischen (0 lux), mesopischen (1 lux) und photopischen (16 lux) Bedingungen gemessen und ergab im Mittel $5,42$ mm ($2,60$ – $7,50$ mm), $4,24$ mm ($2,60$ – $6,10$ mm) und $3,38$ mm ($1,20$ – $5,60$ mm). Die Achsenabweichung der Linsen lag bei $0,45^\circ$ (bis 7°) mit einem durchschnittlichen Restastigmatismus von $-0,23$ dpt (bis $-1,00$ dpt). Die Patienten füllten zwei Fragebögen aus zur subjektiven optischen Qualität. Zum einen wurde die binokulare Qualität bei verschiedenen Tätigkeiten mithilfe des Schulnotensystems (1–6) bewertet: Fernsehen, Autofahren bei Nacht und Tag, Theateraufenthalt, Kochen, Zeitunglesen, Computerarbeit, Hausarbeiten und die Anzahl der optischen Phänomene erfasst. Für die binokulare Zufriedenheit wurde der Mittelwert der Pupillengröße beider Augen verwendet. In einem weiteren Fragebogen wurde die Beeinträchtigung durch Blendung, das Sehen von Halos, Starbursts, Doppelkonturen und verschwommener Sicht unter hellen, mittleren und schwachen Beleuchtungsbedingungen für jedes Auge separat ermittelt. Die Bewertung erfolgte mithilfe einer visuellen Analogskala von 0 (minimal) bis 100 (maximal).

3 Monate postoperativ ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen skotopischer und mesopischer Pupillengröße und Autofahren bei Nacht, mesopischer

und photopischer Pupillengröße und Fernsehen, Autofahren bei Tag, Kochen, Theateraufenthalt, Computer- und Hausarbeiten. Auch die Anzahl der optischen Phänomene korrelierte weder mit skotopischer, mesopischer noch photopischer Pupillengröße. Nur zwischen dem Zeitunglesen und der mesopischen ($r=0,199$, $p=0,040$) und photopischen ($r=0,192$, $p=0,039$) Pupillengröße ergab sich eine schwache Korrelation. Für die monokulare Auswertung wurden 104 Augen analysiert. Unter schwachen Beleuchtungsbedingungen (Abbildung 2) korrelierte die Wahrnehmung von Halos, Doppelkontur und Verschwommensehen schwach mit der skotopischen ($r=0,239$, $p=0,015$; $r=0,263$, $p=0,008$; $r=0,215$, $p=0,028$) und mesopischen ($r=0,259$, $p=0,009$; $r=0,203$, $p=0,041$; $r=0,194$, $p=0,049$) Pupillengröße. Zwischen mesopischer Pupillengröße und optischen Phänomenen unter mittleren Beleuchtungsbedingungen ließen sich keine signifikanten Ergebnisse nachweisen. Die photopische Pupillengröße korrelierte schwach mit Halos unter mittleren ($r=0,295$, $p=0,003$) und hellen ($r=0,203$, $p=0,041$) Beleuchtungsbedingungen und mit Starbursts unter hellen Beleuchtungsbedingungen ($r=0,194$, $p=0,048$). Eine entsprechende Analyse nur mit nicht torischen IOL ergab signifikante Korrelationen bei skotopischer Pupillengröße und Doppelkontur ($r=0,324$, $p=0,019$) und mesopischer Pupillengröße und Halos ($r=0,296$, $p=0,033$) bei schwacher Beleuchtung und



Abbildung 1: Darstellung der PanOptix IOL der Firma Alcon

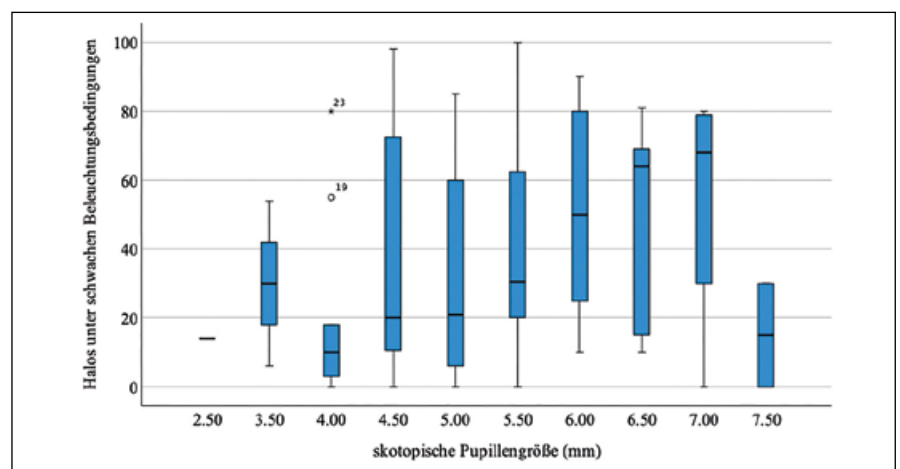


Abbildung 2: Boxplot der skotopischen Pupillengröße und der Wahrnehmung von Halos unter schwachen Beleuchtungsbedingungen 3 Monate postoperativ.

photopischer Pupillengröße und Blendung ($r=0,286$, $p=0,036$) im Hellen. In der multiplen linearen Regression war die skotopische Pupillengröße (3 Monate postoperativ) in Bezug auf Halos ($r=0,326$, $p=0,013$) und Verschwommensehen ($r=0,301$, $p=0,011$), die präoperative Sphäre bei Verschwommensehen ($r=-0,243$, $p=0,049$) und Doppelkonturen ($r=-0,290$, $p=0,033$) und der Linsentorus sowohl bei Halos ($r=0,460$, $p=0,002$), Verschwommensehen ($r=0,560$, $p<0,001$) als auch Doppelkonturen ($r=0,511$,

$p<0,001$) unter schwachen Beleuchtungsbedingungen signifikant. Der Einfluss von postoperativem Zylinder und der Achsenabweichung war nicht signifikant. Zusammenfassend korrelierte die subjektive optische Qualität nach Implantation einer trifokalen, diffraktiven IOL gar nicht oder nur schwach mit der skotopischen, mesopischen oder photopischen Pupillengröße.

Petra Davidova, Klemens Kaiser, Marvin Biller, Eva Hemkepler, Myriam Böhm, Thomas Kohnen, Frankfurt am Main

Literatur

1. Rosen E (2005) The Pupil and Refractive Surgery. In: Kohnen T, Koch D (eds.). Essentials in Ophthalmology: Cataract and Refractive Surgery (Kriegelstein GK, Weinreb, RN). 1. Edition. p 289–302. Springer
2. Rosen ES, Gore CL, Taylor D, Chitkara D, Howes F, Kowalewski E (2002) Use of a digital infrared pupillometer to assess patient suitability for refractive surgery. J Cataract Refract Surg 28: 1433–1438, doi:10.1016/S0886-3350(01)01350-5
3. Kohnen T (2023) Refraktive Chirurgie. 2. Auflage. Springer
4. Kohnen T, Kook D, Morral M, Güell JL (2010) Phakic intraocular lenses: Part 2: Results and complications. J Cataract Refract Surg 36: 2168–2194, doi:10.1016/j.jcrs.2010.10.007.

Funktionelle Sehergebnisse nach Implantation der multifokalen Intraokularlinse Acunex Variomax – eine Interimsanalyse



Myriam Böhm

Die Intraokularlinse Acunex Variomax (Teleon) ist eine multifokale IOL mit segmentalem refraktiven Design (Abbildung 1). Bisher wurden 13 Kataraktpatienten (Alter von $65,6 \pm 9,52$ Jahre)

3 Monate nach bilateraler Implantation untersucht und die Ergebnisse ausgewertet. Evaluiert wurden der binokulare unkorrigierte sowie der korrigierte Visus in 4 m, 80 cm und 40 cm Entfernung, Defokuskurve, Kontrastsensitivität mit dem Pelli-Robson-Test und die Frage nach Brillenunabhängigkeit in Fern-, Intermediär- und Nahbereich. Des Weiteren wurde das

Auftreten von optischen Phänomenen wie Halos und Blendung mittels Fragebogen abfragt.

Binokular und unkorrigiert wurde in 4 m, 80 cm und 40 cm ein Visus von $-0,04 \pm 0,09$ logMAR, $0,1 \pm 0,09$ logMAR und $0,2 \pm 0,08$ logMAR erreicht. Korrigiert liegt der Visus in diesen Entfernungen bei $-0,08 \pm 0,06$ logMAR, $0,12 \pm 0,10$ logMAR und $0,22 \pm 0,09$ logMAR. Die Defokuskurve (Abbildung 2) zeigt 2 Spitzen bei ± 0 dpt ($-0,08$ logMAR) und $-2,0$ dpt ($0,08$ logMAR). Bei photopischen Lichtverhältnissen ergab der Pelli-Robson-Test eine Kontrastsensitivität von $1,46 \pm 0,19$ logCS, bei mesopischen Lichtverhältnissen $1,27 \pm 0,32$ logCS. Bei keinem der untersuchten Patienten besteht die Notwendigkeit einer weiteren Fernkorrektion und je 14% benötigen

eine additional Intermediär- oder Nahkorrektion. Bei der Befragung gaben 43 % der Patienten Halos an und 35 % der Patienten nahmen eine vermehrte Blendempfindlichkeit wahr. Die Wahrnehmung von Doppel- und Geisterbildern wurde einmal angegeben.

Anhand der evaluierten Parameter erzielte die Acunex Variomax gute Sehergebnisse mit hohem Visus in allen Distanzen, eine gute Kontrastsensitivität und eine nahezu vollständige Brillenfreiheit bei geringer Wahrnehmung von optischen Phänomenen.

Myriam Böhm, Jakob Wend, Eva Hemkepler, Zubeida H. Omerovic, Petra Davidova, Annika Klinkenbusch, Thomas Kohnen, Frankfurt am Main

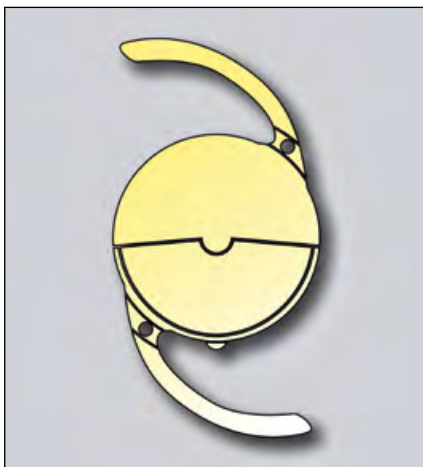


Abbildung 1: Darstellung Acunex Variomax

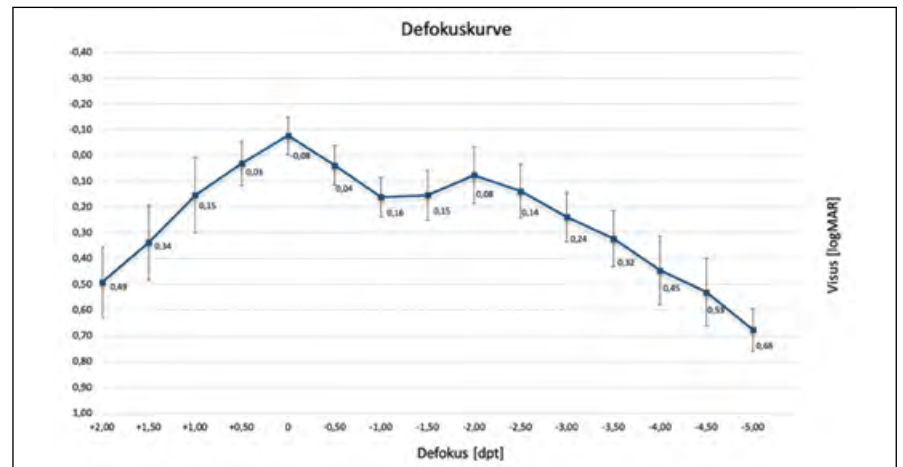


Abbildung 2: Binokulare Defokuskurve der Acunex Variomax mit Distanzkorrektion (3 Monate postoperativ)

Ein kleiner Schnitt für den Chirurgen – ein großer Schritt für die phake IOL? Neuer Injektor erlaubt die Implantation der IPCL durch 2,4 mm



Suphi Taneri

Intraokulare chirurgische Eingriffe benötigen in aller Regel einen physischen Zugang. Sowohl für die Hinterabschnittschirurgie gilt: Je kleiner dieser Zugang gewählt werden kann, desto geringer

ist das Risiko schnittassoziierter Komplikationen und Nebenwirkungen. Dies ist die primäre Triebfeder der Entwicklung hin zu Mikroinzisionen.

In der Kataraktchirurgie ist die Kleinschnitttechnik mit der Verbreitung der faltbaren IOL vor gut 30 Jahren von anfangs 3,2 bis 3,0 mm auf die heute üblichen 2,4 bis 2,2 mm-Inzisionen weiterentwickelt worden. In der refraktiven Chirurgie hat sich die erforderliche Schnittgröße für die Implantation phaker Linsen von zunächst 5,5 mm für die starren Irisklauenlinsen auf 3,2 mm für deren faltbare Versionen und die „Implantable Collamer Lens“ (ICL) verkleinert. Erst die Einführung der „Implantable Phacic Contact Lens“ (IPCL) vor 10 Jahren erlaubte die Implantation einer phaken Linse durch eine 2,8 mm-Inzision und damit erstmals unter der Grenze von drei Millimetern.

Seit kurzem hat die Polytech Domilens GmbH nach eigenen Tests eine ausführliche Evaluierung durch den IPCL-Hersteller und schließlich die Freigabe für die Verwendung des MediceL ERGOJECT 2.2 BL-Injektors für die IPCL erreicht (Abbildung 1). Damit ist nun auch die Implantation aller IPCL-Varianten durch eine zeitgemäße 2,4 mm-Inzision möglich. Der Injektor hat eine Klappkartusche integriert, die oben über einen Deckel verfügt, der das Einklemmen von IOL-Teilen in den Flügeln verhindert. Die Entscheidung fiel auf diese Backloader (BL)-Variante des Injektors, da bei der Toploader (TL)-Variante das Risiko vermutet wurde, dass durch das Fehlen des Falzes des Deckels in der geschlossenen Kartusche die extrem feinen Haptiken der IPCL vom Stempel eingeklemmt werden könnten.

Die IPCL wird nach Eingabe von Hydroxypropylmethylcellulose (HPMC) von hinten unter diesen Deckel in die offene Kartusche geschoben. Das geht besonders mit dem ohnehin obligatorischen Linsenmanipulator leicht von der Hand (Abbildung 1). Die Linse kann mit diesem Instrument in einem Schritt wie eine Kapselsack-IOL nach unten gefaltet und die Kartusche dann geschlossen werden. Der Stempel des ERGOJECT wird zunächst konventio-

nell nach vorne geschoben, bis der Drehmechanismus greift. Wie ein Stift gehalten, kann er dann mit dem Zeigefinger über ein Flügelrad schrittweise nach vorne bewegt werden (Abbildung 2). Dieses Vorgehen ist insbesondere für phake Hinterkammerlinsen optimal, da sich diese Linsen so schrittweise und sehr langsam implantieren lassen. Erste eigene Erfahrungen mit dem System bestätigen, dass die IPCL sich gleichmäßig und gut kontrollierbar entfalten. Wird die 2,4mm-Inzision als skleraler Tunnel angelegt, reduziert man durch die kleinere Schnittweite das Risiko eines Irisprolaps. Bei einem kornealen Zugang verringert sich der Einfluss auf die Hornhautgeometrie. In beiden Fällen sollte sich die kleinere, temporale Inzision weiter positiv auf das Risiko eines undichten Wundverschlusses und eines postoperativen Keimeintrages auswirken.

Insgesamt ist es sehr zu begrüßen, dass auch die Implantation der IPCL dem Vorbild der Kapselsacklinsen hin zu einer kleinen, atraumatischeren und noch mehr Sicherheit versprechenden Schnittgröße folgt.

Suphi Taneri, Münster

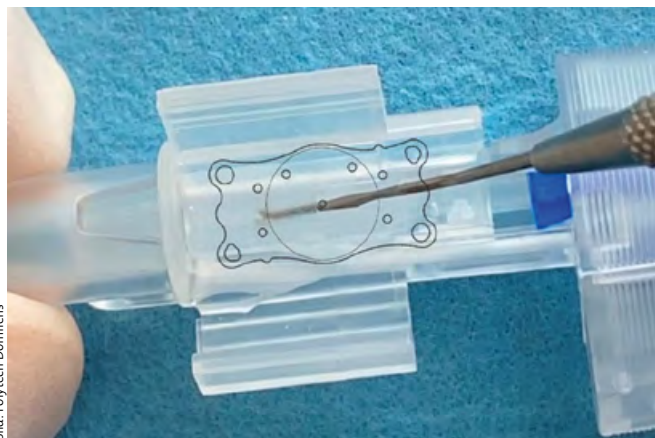


Bild: Polytech Domilens

Abbildung 1: Die IPCL (schematische Darstellung) wird mit dem Manipulator von hinten unter die Abdeckung in die geöffnete Kartusche geschoben.



Bild: MediceL

Abbildung 2: Wird der ERGOJECT-Injektor wie ein Stift gehalten, lässt sich mit dem Zeigefinger das Flügelrad drehen und so die IPCL sehr kontrolliert implantieren.

DGII-Preisträger und DGII-Ehrenmitgliedschaft 2024

Auch im Rahmen des Joint-Meetings mit der ESCRS werden in diesem Jahr in altbewährter Tradition in der Eröffnungssitzung die diesjährigen Preisträger geehrt und eine Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Ehrenmitgliedschaft

In diesem Jahr wird zur DGII-Tagung die Ehrenmitgliedschaft an Professor Dr. Thomas Neuhann aus München für seine Verdienste in der Katarakt- und refraktiven Chirurgie sowie der Hornhauttransplantationen erteilt. Er ist der Erfinder der zirkulären kontinuierlichen Kapsulorhexis, eine Technik, die sich bis heute weltweit als beste Methode der Kapselöffnung bei der modernen Kataraktoperation durchgesetzt hat.

Wissenschaftspreis

Professor Dr. Burkhard Dick aus Bochum wird den Hoya-Wissenschaftspreis der

DGII erhalten. Er gilt national sowie international als anerkannter Experte auf dem Gebiet der refraktiven Laser- und Linsenchirurgie. Viele Innovationen der letzten Jahre wurden durch seine Mitwirkung erprobt und in die klinische Routine eingeführt. Insbesondere war er maßgeblich an der klinischen Einführung und Weiterentwicklung der lasergestützten Kataraktchirurgie mittels Femtosekunden-Laser beteiligt.

Medienpreis

Der DGII-Medienpreis wird in diesem Jahr an Frau Katica Djakovic von der Eyepress Fachmedien GmbH verliehen. Im Rahmen ihrer Tätigkeit als Chefredakteurin beim Augenspiegel ist sie verantwortlich für die Veröffentlichung der für uns relevanten medizinischen Informationen aus der Welt der Augenheilkunde.

Publikationspreis

Schließlich wird der diesjährige DGII-Publikationspreis an Herrn Dobrin Kolarov aus Berlin verliehen. Neben dem Vortrag zur Tagung hat er einen erstklassigen Buchbeitrag zu „Ist eine postoperative Antibiose nach der Kataraktoperation notwendig?“ geschrieben, der vom DGII-Vorstand als ehrwürdig ausgewählt wurde.

Ankündigungen

38. Kongress der DGII 2024

16.–18. Februar 2024 in Frankfurt/Main
Tagungspräsident: Prof. Dr. T. Kohnen

39. Kongress der DGII 2025

13.–15. Februar 2025 in Erlangen
Tagungspräsident: Prof. Dr. F. E. Kruse

40. Kongress der DGII 2026

in Köln (genauer Termin folgt)
Tagungspräsident: Prof. Dr. C. Cursiefen

DOG
2024



10.–13.10.2024
Estrel Berlin

dog-kongress.de

Vorhersagbarkeit des refraktiven Ergebnisses nach Implantation torischer ICL Linsen



Marvin Biller

Im Bereich der refraktiven Chirurgie gibt es zahlreiche Möglichkeiten, Patienten den Wunsch von einem Leben ohne Brille zu erfüllen. Junge Patienten mit hohen Fehlsichtigkeiten sind oft nicht für keratorefraktive Verfahren geeignet und entscheiden sich deshalb für die Implantation einer phaken Intraokularlinse.

In der Universitätsaugenklinik Frankfurt werden hier häufig „Implantable Collamer Lens“ (ICL) von Staar Surgical verwendet. In einer retrospektiven Studie werden die refraktiven Ergebnisse und der Einfluss von Astigmatismen auf die Vorhersagbarkeit bei ICL-Implantation untersucht.

Es wurden Patienten in die Studie eingeschlossen, welche eine torische ICL mit dem Wunsch nach Brillenfreiheit in den Jahren 2015 bis 2023 erhalten haben. Ausschlusskriterien waren jegliche okuläre Erkrankungen. Die postoperativen Ergebnisse nach einem Monat wurden unter Einbeziehung der Zielrefraktion analysiert. Insgesamt wurden 81 Augen von 43 Patienten eingeschlossen. Die implantierten torischen ICL waren die Visian ICL (Staar Surgical, USA) (Abbildung 1). Der unkorrigierte Visus verbesserte sich von $1,51 \pm 0,38$ logMAR präoperativ zu $0,044 \pm 0,20$ logMAR postoperativ (Abbildung 2). Das sphärische Äquivalent änderte sich von $-10,49 \pm 5,48$ dpt präoperativ zu $-0,19 \pm 0,58$ dpt postoperativ. Die Zielrefraktion und das postoperative sphärische Äquivalent zeigten keinen

statistisch signifikanten Unterschied ($p = 0,067$). Außerdem gibt es keinen Zusammenhang zwischen jeweils der Höhe des präoperativen kornealen Astigmatismus ($r^2 = 0,013$) und des präoperativen manifesten Zylinders ($r^2 = 0,005$) und dem Erreichen der Zielrefraktion. Die Implantation von torischen ICL ist somit eine gute Möglichkeit, um hohe Fehlsichtigkeiten und Astigmatismen zu korrigieren und bietet eine sehr gute postoperative Sehleistung ohne Korrektur. Weiterhin zeigte sich eine gute Vorhersagbarkeit der postoperativen Ergebnisse, auch bei höheren Stabsichtigkeiten.

*Marvin Biller, Klemens Kaiser,
Petra Davidova, Thomas Kohnen,
Frankfurt am Main*

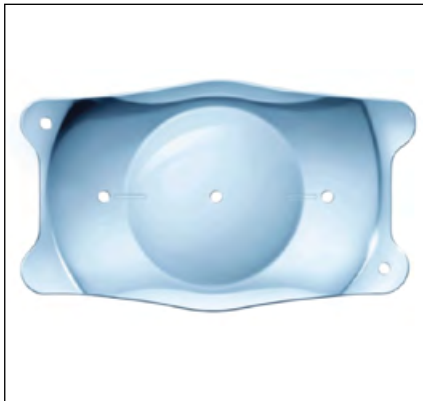


Abbildung 1: Darstellung der torischen ICL von der Firma Staar Surgical.

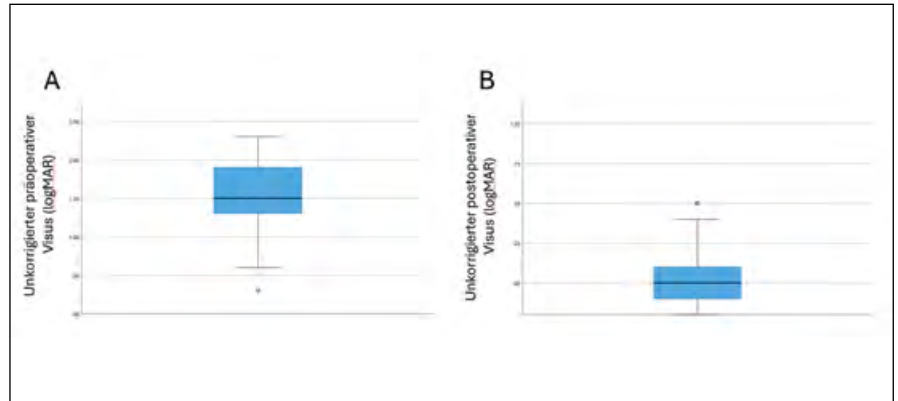


Abbildung 2: Präoperativer unkorrigierter (A) und postoperativer unkorrigierter Visus (B).

Die DGII dankt folgenden Firmen für die freundliche Unterstützung dieser Ausgabe der „DGII aktuell“:

Alcon

Polytech Domilens

**STAAR[®]
SURGICAL**

TELEON[®]