

Das richtige Viskoelastikum bei unvorhergesehenen IFIS-Fällen



Dr. Khiun F. Tjia

Mit diesem Beitrag möchte ich keinen weiteren Übersichtsartikel zum Thema Intraoperatives Floppy-Iris-Syndrom (IFIS) und Kataraktoperation schreiben, da hierzu in den letzten Jahren viele gute Artikel veröffentlicht wurden. Ich möchte aber einen praktischen Leitfaden erstellen, wie mit unvorhergesehenen IFIS-Fällen zu verfahren ist.

Es gibt vier Ansätze, einen solchen IFIS-Fall zu managen: pharmakologische Präparate (z.B. Epi-

nephrine), mechanische Hilfsmittel (z.B. Malyugin-Ring), die Verwendung geeigneter Viskoelastika sowie die Verwendung spezieller Fluidikeinstellungen.

Ich selbst manage IFIS vor allem durch die Verwendung des passenden Viskoelastikums in Kombination mit sehr geringen Fluidikeinstellungen. Das Hauptmerkmal des Floppy-Iris-Syndroms ist, dass sich die Iris leicht mit der Fluidik im Auge bewegt. Hohe Fluidikströmungen in der Vorderkammer ziehen die Iris leicht mit sich (z.B. gegen den Phakotip oder gegen eine undichte Inzision). Es ist deshalb wichtig, einer Strategie zu folgen, die die Flüssigkeitsbewegungen im Auge minimiert. Viskoelastika bilden hierbei eine Barriere zwischen der Iris und den Fluidikströmen. Ich bevorzuge das dispersive Viscoat® (Alcon), um die Iris zu stabilisieren. Ein weiterer Vorteil: Viskoelastika mit niedrigem Molekulargewicht erzeugen nach der Operation keine hohen Druckspitzen, so dass es möglich ist, bei einem Floppy-Iris-Syndrom etwas Viskoelastika im Auge zu belassen. Im Folgenden werde ich versuchen, meine Strategie Schritt für Schritt zu erläutern:

1. Vermeiden Sie eine undichte Inzision, indem Sie sicherstellen, dass der Sleeve die Inzision komplett abdichtet.

2. Minimieren Sie den Ausfluss durch die Parazentesen. Sollte die erste Parazentese zu groß sein, sollten Sie erwägen, eine neue zu setzen – so klein wie möglich.

3. Injizieren Sie ein dispersives oder kohäsives Viskoelastikum um die gesamte Iris herum – also nicht nur auf, sondern auch um die Iris herum. Mit den empfohlenen geringen Aspirationsraten wird das Viskoelastikum am Platz bleiben und die Iris daran hindern, mit dem Flüssigkeitsstrom in die Vorderkammer zu wandern.

4. Minimieren Sie den Infusionsdruck, indem Sie die Flasche absenken und reduzieren Sie die Aspirationsrate soweit wie möglich.

5. Minimieren Sie die Aspirationsrate, indem Sie die Okklusion so weit wie möglich erhalten. Torsionaler Ultraschall (OZil® Technologie, Alcon) vereinfacht das Minimieren der Aspirationsrate durch die geringe Abstoßung, die die torsionale Ultraschallbewegung hervorruft. Bei longitudinalem Ultraschall kann man die Abstoßung reduzieren, indem man die Ultraschall-An-Zeit verringert (Duty-Cycle).

6. Reduzieren Sie den Surge, indem Sie einen moderaten Vakuumlevel angeben. Ein spontan auftretender hoher Postokklusionssog kann die Iris leicht gegen den Phakotip ziehen.

Mit diesem Ansatz – der Kombination eines dispersiven Viskoelastikums mit geringen Fluidikeinstellungen und torsionalem Ultraschall – konnte ich alle unvorhergesehenen IFIS-Fälle sicher managen.

*Dr. Khiun F. Tjia,
Isala Clinics, Zwolle, Niederlande*

Das OP-Forum erscheint in Zusammenarbeit mit Alcon GmbH, Freiburg.
Herausgeber: KIM – Kommunikation in der Medizin

Projektleitung: Dr. med. S. Kaden
Dr. R. Kaden Verlag GmbH & Co. KG, Ringstraße 19b,
69115 Heidelberg