



St.-Johannes-Hospital

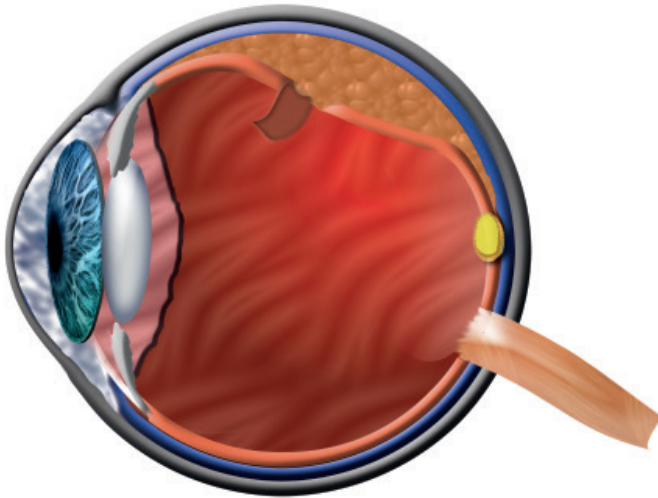
Patienteninformation

Netzhauterkrankungen

Klinik für Augenheilkunde

Chefarzt Prof. Dr. med. Markus Kohlhaas

St.-Johannes-Hospital Dortmund



Netzhautablösung (Ablatio/Amotio retinae)

Die akute Netzhautablösung ist ein schwerer Notfall und erfordert eine sofortige Behandlung. Netzhautablösungen bedrohen das Augenlicht unmittelbar und führen unbehandelt fast immer zu einem gravierenden Verlust der Sehkraft, unter Umständen bis hin zur Erblindung. Eine Netzhautablösung tritt mit einer Häufigkeit von 1:10.000 auf.

Die Netzhaut kleidet wie eine Tapete das Augeninnere aus und trennt den Glaskörper von den beiden äußeren Schichten, der Ader- und Lederhaut. Bei der Netzhautablösung kommt es zu einer Trennung bzw. einer punktuellen Abhebung der Netzhaut von ihrer darunterliegenden Versorgungsschicht, dem Pigmentepithel. Es lagert sich Flüssigkeit zwischen diesen beiden Schichten an. Dies ist der Grund, weshalb die Netzhaut nicht mehr eng an der Aderhaut anliegt, sondern sich blasenartig in den Augapfel hinein wölbt.

Ursachen

Auch wenn das Erscheinungsbild der Netzhautablösungen meist recht ähnlich ist, können jeweils ganz unterschiedliche Ursachen der Erkrankung zugrunde liegen.

Rhegmatoogene (rissbedingte) Netzhautablösung

Die häufigste Form der Netzhautablösung ist eine Loch- oder Rissbildung der Netzhaut. Die Retina kann einreißen, wenn der Glaskörper, der den Augapfel von innen auskleidet, im Laufe des Lebens schrumpft. Bei diesem Prozess zieht er an den Stellen der Netzhaut, an denen Glaskörper und Netzhaut aneinander anhaften, so dass die Netzhaut einreißt. Im weiteren Verlauf bilden sich Löcher, durch die Flüssigkeit aus dem Glaskörper austreten kann und zur Ablösung der Netzhaut von der Aderhaut führt. Durch angeborene Schwachpunkte des Gewebes oder allein durch das zunehmende Alter dünnt sich der äußere Rand der Netzhaut aus und wird anfälliger für Löcher und Risse.

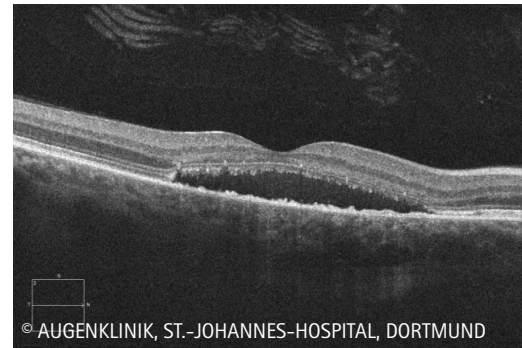
Auch eine höhere Kurzsichtigkeit oder Veränderungen des Glaskörpers nach Blutungen im Auge können Löcher oder Risse zur Folge haben, die zu einer Netzhautablösung führen.

Traktive (zugbedingte) Netzhautablösung

Die zweite, deutlich seltenere Gruppe der Netzhautablösungen entsteht durch Zugkräfte von Bindegewebssträngen. Solche Bindegewebsstränge bilden sich entweder infolge einer Zuckerkrankheit, nach Verletzungen oder Entzündungen im Auge und bei wiederholter Netzhautablösung. Diese Stränge haben die Eigenschaft, sich zu verkürzen und üben

durch den Schrumpfungsprozess eine Zugwirkung auf die Netzhaut aus, so dass sie sich von der darunterliegenden Versorgungsschicht ablöst. In diesen Fällen spricht der Augenarzt von einer Traktionsablatio, einer zugbedingten Ablösung.

Exsudative Netzhautablösung



In sehr seltenen Fällen führen Entzündungen, Tumore oder Metastasen im Bereich von Aderhaut und Netzhaut zu Flüssigkeitseinlagerungen zwischen den beiden Schichten und verursachen

dadurch eine Netzhautablösung.

Mögliche Risikofaktoren:

- Familiäre Häufung von Netzhautablösungen bzw.
- erbliche Netzhauterkrankungen
- Höhere Kurzsichtigkeit
- Direkte Verletzung des Auges
- Netzhautablösung oder Degenerationen am anderen Auge
- Vorhergegangene Augenoperationen, insbesondere Grauer Star
- Diabetes mellitus
- Entzündungen und Tumore im Auge

Symptome



Die Netzhautrisse entstehen, wie oben beschrieben, meist durch eine physiologisch bedingte Glaskörperschrumpfung. Da der Glaskörper an der Netzhaut anhaftet, kommt es zu Zegerscheinungen

© DREImaLE

bzw. zu einem „Zerren“ an der Netzhaut. Dieser rein mechanische Vorgang verursacht in der Folge Reizungen der hochsensiblen Sinneszellen. Die Irritationen werden als Lichtblitze wahrgenommen, selbst bei geschlossenen Augen. Verläuft ein solcher Riss durch ein Blutgefäß, kommt es zu winzigen Blutungen, die als schwarze Punkte oder Rußregen wahrgenommen werden. In den Bereichen, in denen sich die Netzhaut von der Aderhaut abgelöst hat, kann das Auge nur noch sehr schlecht Licht wahrnehmen. Auf diese Weise entsteht ein Gesichtsfeldausfall, der dem Patienten als zunehmender Schleier oder Vorhang auffällt. Wenn die Netzhautabhebung die Stelle des schärfsten Sehens, die Makula, betrifft, ist kein scharfes Sehen mehr möglich. Während Lichtblitze und Rußflocken nur bei der lochbedingten Netzhautablösung auftreten, wird der

Gesichtsfeldausfall bei allen Formen der Netzhautablösung bemerkt. Eine Netzhautablösung ist ein augenärztlicher Notfall und erfordert eine rasche Diagnose und Behandlung.

Wenn Sie die hier beschriebenen Symptome bemerken, sollten Sie umgehend einen Augenarzt aufsuchen!

Anfänglich bei Loch/Riss:

- Lichtblitze
- Helles Flimmern
- Schwarze Punkte
- Spinnwebgewebe

Bei einer Netzhautablösung:

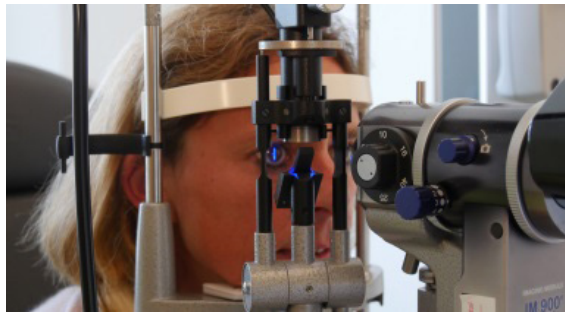
- Einschränkung des Gesichtsfeldes
- „Vorhang“ oder „Mauer“
- Unscharfes und verzerrtes Sehen (wenn die Makula betroffen ist)

Diagnostik

Eine Netzhautablösung lässt sich gut erkennen. Meist reicht schon der Blick auf den Augenhintergrund im Rahmen einer Augenhintergrundspiegelung oder Kontaktglasuntersuchung. Hierbei kann der Arzt nicht nur eine Netzhautablösung erkennen, die sich in grauen, aufgeworfenen Falten äußert,

sondern auch Risse in der Netzhaut.

Netzhautspiegelung



© DREImaE

Um einen besseren Blick auf Ihren Augenhintergrund zu bekommen, stellen wir zunächst mit Augentropfen Ihre Pupillen weit. Mit Hilfe der sogenannten Spaltlampe wird das Auge darauffolgend mit einem spaltförmig gebündelten Lichtstrahl ausgeleuchtet und, unterstützt durch ein Vergrößerungsglas, wie durch ein Mikroskop betrachtet. Alternativ erfolgt eine „indirekte“ Untersuchung über ein Kopfophthalmoskop und einer Lupe. Die Augenhintergrunduntersuchung ist zur Beurteilung der Beschaffenheit der Netzhaut und ihrer versorgenden Blutgefäße unerlässlich. Nach dieser Untersuchung können wir zielgerecht entscheiden, ob und welche Spezialuntersuchungen nötig sind.

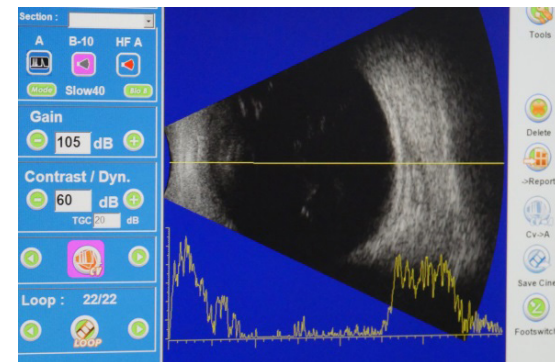
Bitte beachten Sie:

Da es einige Stunden dauert, bis die Pupillen nach dem „Weittropfen“ wieder normal reagieren, sollten Sie keinesfalls aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (nicht selbst Auto oder Fahrrad fahren) und wegen der erhöhten Blendungs-

empfindlichkeit eine Sonnenbrille zum Schutz Ihrer Augen tragen.

- Schmerz- und berührungsfrei
- Nicht belastend
- Schnell durchführbar

Ultraschalluntersuchung



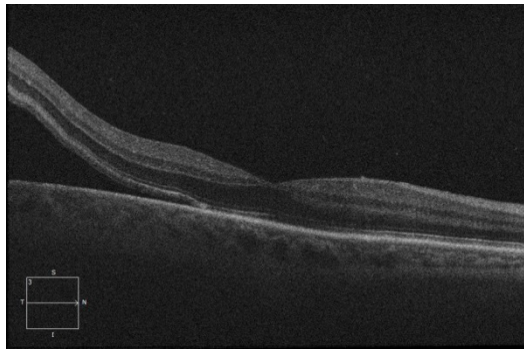
© DREImaE

Falls Einblutungen des Glaskörpers oder Trübungen der Linse die Sicht auf den Augenhintergrund erschweren, führen wir eine Ultraschalluntersuchung durch, um Veränderungen der Netzhaut zu lokalisieren. Die Ultraschallgeräte können das Auge mit sehr hoher Genauigkeit darstellen. Auf das geschlossene Augenlid wird zunächst ein Gel aufgetragen und dann der kleine Schallkopf aufgesetzt. Der Schallkopf sendet Schallwellen aus, welche vom Gewebe zurückgeworfen werden.

Der Schallstrahl geht senkrecht durch die Linse bis zur hinteren Augenwand. Das entstandene Bild kann direkt auf dem angeschlossenen Computer eingesehen werden. Die

Ultraschalldiagnostik gibt Auskunft über Veränderungen der Netzhaut und deren Ausmaße.

- Schnell und unkompliziert
- Dem Patienten vertraut
- Schonend und schmerzfrei



© Augenklinik,
St.-Johannes-Hospital,
Dortmund

Netzhautabhebung an
der Peripherie links

Bei Verdacht auf eine Netzhautablösung werden immer beide Augen untersucht, da auch mit Veränderungen an der Netzhaut des scheinbar gesunden Auges zu rechnen ist. Diese kommen unter Umständen als Vorstufe zu einer Netzhautablösung in Betracht und können prophylaktisch behandelt werden.

Behandlung

Die Diagnose einer Netzhautablösung erfordert eine sofortige Behandlung. Eine medikamentöse Therapie gibt es für dieses Krankheitsbild nicht. Stattdessen stehen uns die Lasertherapie oder die Kryokoagulation und operative Maßnahmen wie die Plombenaufnäherung, das Anlegen eines Silikon-Gummibandes (Cerclage) und die Vitrektomie zur Verfügung.

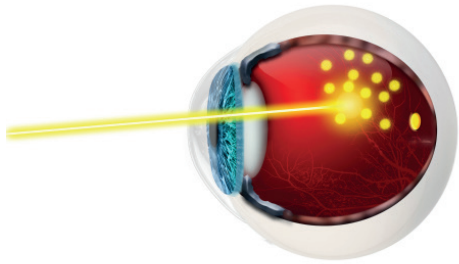
Für alle gilt: je frühzeitiger die Krankheit erkannt wird, desto größer sind die Erfolgsaussichten. Welche Behandlungsoptionen bei Ihnen persönlich angezeigt sind, hängt von der spezifischen Diagnose und dem individuellen Ausmaß der Erkrankung ab. Unsere erfahrenen Operateure definieren in Abstimmung mit Ihnen, die für Sie individuell geeignete Behandlung.

Laserkoagulation mit dem Argon-/Diodenlaser



© DREImaIE

Bei diesem bewährten Verfahren wird die Netzhaut mit einem hochpräzisen, sanften Argon-Laser behandelt bzw. verödet. Dieser Prozess verursacht kleine Verbrennungen, die unter Narbenbildung



abheilen. Durch die lokal begrenzte Wärmeentwicklung bei der Bestrahlung werden kleine Netzhautlöcher und Risse verschlossen. Die Lochränder in der Netzhaut verkleben sehr

© DREImale

gut mit der Unterlage, so dass eine zukünftige Ablösung verhindert wird. Die Laser-Koagulation ist jedoch nur möglich, wenn das Loch oder der Riss noch frisch sind und noch keine Netzhautablösung in der Umgebung der Löcher vorhanden ist. Zu Beginn einer Laserkoagulation wird das Auge mit entsprechenden Tropfen betäubt und die Pupillen erweitert. An der sogenannten Spaltlampe, die mit dem Lasergerät verbunden ist, wird eine spezielle Lupe, das Hornhautkontaktglas, auf das zu behandelnde Auge gesetzt. Durch dieses werden nun die energiereichen Laserstrahlen ausgesendet, die zu einer beabsichtigten lokalen Gewebeerstörung führen. Die anschließend einsetzende Vernarbung bringt dann den gewünschten Effekt hervor: Das „Verkleben“ der krankhaften Strukturen mit den darunter befindlichen Gewebeschichten. Die Behandlung dauert ca. 5 bis 30 Minuten, je nach Ausmaß des Netzhautdefektes. Im Einzelfall können auch mehrere aufeinanderfolgende Sitzungen im Abstand einiger Wochen für eine erfolgreiche Therapie notwendig sein.

Der Eingriff mit dem Laser erfolgt weitgehend schmerzfrei und wird bei uns ambulant in Tropfenbetäubung durchgeführt. Bei frühzeitiger Behandlung hat diese Methode dank modernster Laser-Technologie sehr gute Erfolgsaussichten.

- Ambulant
- Schmerzfrei
- Präzise
- Ideal bei früher Diagnose

Kryokoagulation

Die Laserkoagulation kann nur durchgeführt werden, wenn die Sicht nicht durch eine Trübung von Linse oder Glaskörper behindert ist. Eintrübungen wie beim Grauen Star (Katarakt) oder bei dichten Glaskörperblutungen erschweren die freie Sicht des Arztes auf die Netzhaut. In einem solchen Fall wenden wir die sogenannte Kryokoagulation an. Eine ca. -80 Celsius kalte Sonde wird an das Auge gehalten. Die damit einhergehende Vereisung von lokal begrenzten Arealen der Netzhaut hat zur Folge, dass das behandelte Gewebe rundherum vernarbt. Das Behandlungsergebnis ist ähnlich einzuschätzen wie bei der Laserkoagulation, jedoch ist das Verfahren aufwändiger und wird von den Patienten als unangenehmer empfunden.

- Ambulant

- Auch bei Trübung möglich
- Alternative zur Laserkoagulation

Nachsorge der Laser- und Kryokoagulation

Über das Verhalten nach einer Laserkoagulation werden Sie individuell von Ihrem Arzt informiert. Generell kann man jedoch sagen, dass der Patient nach einer Netzhaut-Laserbehandlung für ca. 24 Stunden kein Auto steuern sollte. In den ersten Tagen danach sollten Sie außerdem starke körperliche Anstrengung vermeiden. Gegebenenfalls sind zur Nachbehandlung spezielle Augensalben oder -tropfen notwendig. Stellen sich nach der Therapie Auffälligkeiten des Sehvermögens oder anderweitige Beschwerden ein, sollten Sie frühzeitig den behandelnden Augenarzt kontaktieren. Auch ohne Beschwerden ist eine augenärztliche Kontrolluntersuchung bei Ihrem Augenarzt erforderlich, um den angestrebten Behandlungserfolg zu überprüfen.

Risiken der Laser- und Kryokoagulation

Das Risiko ist bei der Laserbehandlung als sehr gering und auch bei der Kältebehandlung als überschaubar anzusehen. Bei den Behandlungen kann es zu Blutungen und Nachblutungen kommen. Strukturen am Auge oder in der Umgebung können verletzt werden. In seltenen Fällen treten bei der Laserkoagulation Schmerzen auf, während die Kältebehand-

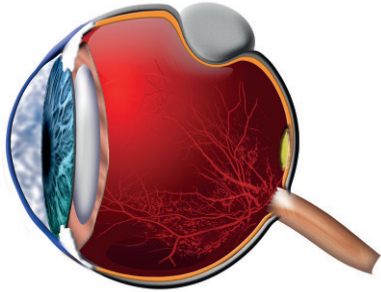
lung praktisch immer mit vorübergehenden Schmerzen verbunden ist, die durch die Gabe von betäubenden Augentropfen so gering wie möglich gehalten werden. Manchmal kann nach dem Laser- oder Kryo-Eingriff der Augeninnendruck vorübergehend erhöht sein. In äußerst seltenen Fällen kann es zu einer dauerhaften Sehverschlechterung bis hin zur Erblindung oder dem Verlust des Auges kommen. Allergische Reaktionen auf verwendete Materialien sind sehr unwahrscheinlich, jedoch nicht auszuschließen. In Einzelfällen können weiterführende Operationen erforderlich sein.

Buckelchirurgie

Die sogenannte „Buckelchirurgie“ ist ein Operationsverfahren, das wir am St.-Johannes-Hospital routinemäßig bei Netzhautablösungen durchführen. Da sich die Netzhaut, einmal abgehoben, nicht selbständig wieder anlegt, ist dieser mikro-chirurgische Eingriff unerlässlich. Ohne Operation schreitet eine Netzhautablösung immer weiter fort, bis hin zur vollständigen Abhebung und zur Erblindung des betroffenen Auges.

Das Besondere an dieser Operationsmethode ist die Tatsache, dass wir dabei mit unseren Instrumenten nicht in das Augeninnere eindringen müssen, sondern von außen operieren. Die Plombenaufnähe und das Anlegen einer Cerclage

gehören dazu.

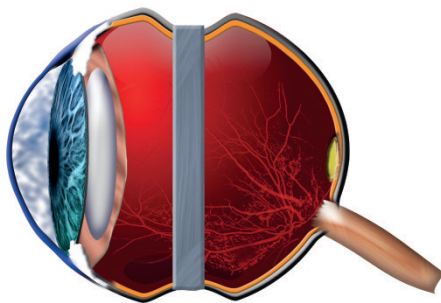


Plombenaufnähe

Die am häufigsten angewandte Methode ist die Plombenoperation. Ziel dieser Technik ist eine dauerhafte Einstellung der Augenwand. Bei einem einzelnen

© DREImaLE

Loch oder Riss nähen wir eine speziell geformte Schaumstoff-Plombe von außen auf die Lederhaut. Dadurch wird der Augapfel im Bereich des Defektes so eingedellt, dass Aderhaut und Netzhaut mechanisch zusammengedrückt werden.



Cerclage

Bestehen bereits mehrere Löcher oder liegt ein starker Zug des Glaskörpers vor, ist die operative Versorgung mittels einer Plombe nicht aus-

© DREImaLE

reichend. In diesen Fällen legen wir anstelle der Plombe ein Silikon-Gummiband, auch Cerclage genannt, ringförmig um den Augapfel an. Diese Einschnürung führt zu einer großen Entlastung des Glaskörpers und dichtet vorhandene Löcher oder Risse ab.

Sowohl die Kunststoffplombe als auch die Cerclage sind zu- meist gut verträglich und verbleiben in der Regel dauerhaft am Auge. In unserer Klinik führen wir die beiden genannten Operationen stationär durch, was für Sie als Patient einen Krankenhausaufenthalt von ca. 2-3 Tagen bedeutet.

- Stationär
- OP „von außen“

Nachsorge der Plomben- oder Cerclage-Operation

Alle körperliche Anstrengungen und sportliche Tätigkeiten sollten Sie für 4 Wochen meiden. Auch das Lesen ist in den ersten Tagen zu anstrengend für das operierte Auge. Stellen sich nach der Therapie Auffälligkeiten des Sehvermögens oder anderweitige Beschwerden ein, sollten Sie frühzeitig den behandelnden Augenarzt kontaktieren. Auch ohne Beschwerden ist eine augenärztliche Kontrolluntersuchung bei Ihrem Augenarzt erforderlich, um den angestrebten Behandlungserfolg zu überprüfen.

Risiken der Plomben- oder Cerclage-Operation

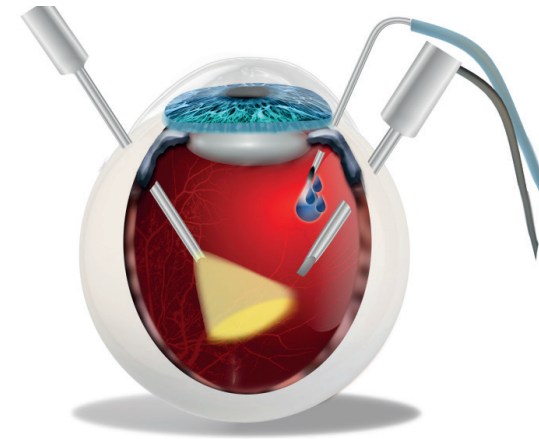
Die eindellende Netzhaut-Operation kann Blutungen und Nachblutungen im Augeninnern hervorrufen. Infektionen sowie Abstoßungsreaktionen auf die Plombe oder die Cerclage sind möglich, aber selten. Durch die veränderte Augenform, die das gezielte Eindellen bewirkt, kann es zu einem Anstieg des Augeninnendrucks kommen. Bei der Cerclage-Operation wird der Augapfel etwas in die Länge gezogen, was zu einer gewissen Kurzsichtigkeit führen kann. Insgesamt betrachtet handelt es sich jedoch um kalkulierbare Risiken, die nur in äußerst seltenen Ausnahmen bleibende Sehschäden zur Folge haben.

Pars-plana Vitrektomie

Bei vielen Patienten mit einer Netzhautablösung hat sich die Vitrektomie als Therapie der Wahl etabliert. Im Rahmen dieses schonenden mikrochirurgischen Eingriffs wird im Augeninnern der Glaskörper, der den hinteren Teil des Auges ausfüllt, entfernt. Die heutzutage gängige Pars-plana Vitrektomie ist eine erprobte und minimalinvasive Technik, die unter lokaler Betäubung oder Vollnarkose erfolgt.

Mithilfe eines feinen Saug-Schneidewerkzeugs entfernen wir zunächst die gelartige Substanz des Glaskörpers. Da der Glaskörper keine wesentliche Funktion für den eigentlichen

© DREImaIE



Die drei Stiche, die bei einer Vitrektomie nötig sind, um die Instrumente ins Auge einzuführen, sind so klein, dass sie nicht einmal vernäht werden müssen.

Sehvorgang hat, kann man ihn entfernen, um die hinter dem Glaskörper befindliche Netzhaut erreichen zu können. Nach der Entfernung des Glaskörpers können abgelöste Netzhautbereiche wieder angelegt werden.

Abschließend führen wir als Ersatz für den entfernten Glaskörper eine Kochsalzlösung, medizinisches Gas oder Silikonöl ins Augeninnere ein. Das Gas entweicht dann nach und nach im Verlauf weniger Wochen und wird – ebenso wie die Kochsalzlösung – von körpereigener Flüssigkeit ersetzt. Das gut verträgliche Öl sollte üblicherweise nach 3-6 Monaten wieder entfernt werden.

Der gesamte Eingriff dauert je nach Schweregrad durchschnittlich 60 Minuten. Am St.-Johannes-Hospital führen wir die Pars-plana Vitrektomie im Regelfall stationär durch.

Die Patienten können das Krankenhaus in der Regel am 1. oder 2. Tag nach der Operation verlassen. Der Anstieg der Sehfähigkeit nach erfolgreicher Operation verläuft langsam. Sie müssen Geduld für den Heilungsprozess aufbringen, denn es kann Wochen dauern, bis die Sehkraft wiederhergestellt ist.

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie nach einer Vitrektomie mit Gas im Auge versorgt wurden, dürfen Sie in den ersten Wochen danach weder fliegen noch tauchen. Auch hohe Bergpässe sollte man meiden.

- Stationär
- Minimal-invasiv
- Nahtlos

Nachsorge der Vitrektomie

Nach der Behandlung sollten Sie mindestens 2 Wochen körperliche Anstrengungen, Sport und direkte Sonneneinstrahlung auf das Auge vermeiden. Mindestens eine Woche sollten Sie nicht lesen. Gegebenenfalls sind zur Nachbehandlung spezielle Augensalben oder -tropfen notwendig.

Stellen sich nach der Therapie Auffälligkeiten des Sehvermögens oder anderweitige Beschwerden ein, sollten Sie frühzeitig den behandelnden Augenarzt kontaktieren. Auch ohne Beschwerden ist eine augenärztliche Kontrolluntersuchung bei Ihrem Augenarzt erforderlich, um den angestrebten Behandlungserfolg zu überprüfen.

Risiken der Vitrektomie

Die Vitrektomie ist heutzutage ein langjährig bewährtes Verfahren, das sich in vielen medizinischen Studien als wirksam und sicher erwiesen hat. Dennoch birgt jede Operation ein gewisses Risiko. In diesem Falle ist vor allem nennenswert, dass praktisch jede Vitrektomie mittelfristig zur Linsentrübung führt und eine spätere Staroperation nötig macht. Gerade bei älteren Patienten raten wir deshalb zur gleichzeitigen Linsenoperation, um einen kurzfristigen Zweiteingriff zu vermeiden. Die Staroperation mit dem Einsatz einer Kunstlinse ist ein tausendfach durchgeführter und weitgehend risikofreier Eingriff, den fast alle älteren Menschen ab 70 Jahren durchführen lassen. Äußerst selten kann es durch den Eingriff am Glaskörper zur Bildung eines Netzhautloches oder sogar zu einer Netzhautablösung kommen, dieses Risiko wird durch den großen therapeutischen Nutzen allerdings aufgehoben.

Am St.-Johannes-Hospital führen wir die Operationen zur Anlegung der Netzhaut (Plombenaufnähe, Cerclage, Vitrektomie) stationär durch, wahlweise mit lokaler Anästhesie oder in Vollnarkose. Der Krankenhausaufenthalt dauert in der Regel 2-3 Tage. Durch unsere langjährige Erfahrung in der Chirurgie der Netzhautablösung gewährleisten wir Ihnen eine optimale Qualität bei unseren Eingriffen, sowohl bei der Operation, als auch bei der Betreuung vor und nach der Behandlung

Prognose

Liegt eine Netzhautablösung durch Löcher und Risse vor, sollte zeitnah operiert werden. Das gilt insbesondere dann, wenn die Stelle des schärfsten Sehens, die Makula, noch nicht betroffen ist.

Generell gilt, dass die Prognose vom Ausmaß der Netzhautablösung und der Beteiligung der Makula abhängig ist. Bei nur kleinen abgelösten Arealen und rechtzeitiger Behandlung sind die Heilungschancen gut. Auch bei schnellstmöglicher Netzhautoperation bleibt oftmals ein Gesichtsfeldausfall zurück, der jedoch von den meisten Patienten im Laufe der Zeit kompensiert werden kann. Besteht die Ablösung im Zentrum der Netzhaut müssen Sie mit einer dauerhaften Minderung der Sehschärfe rechnen. Je eher die Therapie an-

setzt, desto besser stehen die Chancen, Ihr Sehvermögen zu erhalten.

Häufige Fragen

Wie merke ich selbst eine Netzhautablösung?

Wenn Sie schwarze dicke Tropfen („Rußregen“) vor ihren Augen wahrnehmen oder aber den Eindruck haben, ein grauer Vorhang würde sich vor Ihren Blick schieben, besteht der dringende Verdacht auf eine Netzhautablösung. In diesem Fall sollten Sie umgehend einen Augenarzt aufsuchen. Für diese Notfälle ist die Augenklinik am St.-Johannes-Hospital rund um die Uhr erreichbar, 7 Tage die Woche.

Ich habe an einem Auge bereits eine Netzhautablösung gehabt. Muss ich mir Sorgen machen, dass auch das andere Auge erkrankt?

Liegt bereits eine Netzhautablösung an einem Auge vor, ist das Risiko deutlich erhöht, dass auch das zweite Auge davon betroffen wird. Deshalb ist es wichtig, auch das gesunde Auge regelmäßig kontrollieren zu lassen.

Ich bin stark kurzsichtig. Muss ich deshalb besondere Sorge haben, eine Netzhautablösung zu bekommen?

Menschen mit ausgeprägter Kurzsichtigkeit haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Netzhautablösung. Der Berufsverband der Augenärzte empfiehlt deshalb eine jährliche Netzhaut-Vorsorgeuntersuchung für Menschen aller Altersklassen ab -3 Dioptrien.

Nach meiner Operation wegen einer Netzhautablösung nehme ich immer noch einen grauen Schatten am äußeren Rand des Gesichtsfeldes wahr, der mich sehr stört. Wird das zurückgehen?

Dieser Gesichtsfeldausfall ist in der Regel irreversibel, da an diesen Stellen die Sinneszellen der Netzhaut unwiederbringlich verloren sind. Dennoch kann sich Ihre subjektive Wahrnehmung noch deutlich verbessern, da das Gehirn in der Lage ist, solche störenden Gesichtsfeldausfälle auszugleichen. Dieser Prozess kann jedoch viele Monate dauern.

Darf ich nach einer Netzhautablösung eine Flugreise antreten?

Generell gibt es keine Einwände dagegen, außer man hat bei Ihnen eine Glaskörperentfernung durchgeführt (Vitrektomie), bei der ein medizinisches Gas ins Augeninnere ge-

spritzt wurde. Dieses würde sich bei niedrigem Kabinenluftdruck gefährlich ausdehnen.

Kann sich die Netzhaut wieder ablösen?

Ein erneutes Ablösen ist nicht selten und tritt bei ca. 10% der operierten Patienten auf. Meistens geschieht dies schon innerhalb der ersten 3 Monate nach der Netzhautoperation, selten nach mehr als 6 Monaten. Deswegen ist am Anfang eine regelmäßige Kontrolle sehr wichtig.