

GLAUK 4 - Entscheidungsprofile zur Stufentherapie der Glaukome – Medikamente, LASER, Operationen – 22.6.2024

GLAUK 4 Wir operieren zu viel: „Welche PatientInnen behandle ich konservativ und warum?“ – Chr. Faschinger

1. Operieren wir tatsächlich zu viel? Und wer ist „wir“?

Entsprechend den jährlichen Publikationen von Wenzel M et al über die OP-Statistiken in Deutschland (Befragungen) liegen die intraokularen Eingriffe bei Glaukom in den Jahren 2019-2022 (inkl CPC-Laser) zwischen 2.8% und 2 % (~26.000-10.500) aller intraokularen Eingriffe pro Jahr. Unabhängig von Befragungen sind die Zahlen des Statistischen Bundesamtes: zwischen 2018 und 2021 wurden ungefähr 65.000 Glaukomop stationär durchgeführt. Setzt man diese Zahlen in Bezug zur (geschätzten) Anzahl der GlaukompatientInnen (Prävalenz ~1.44% der Bevölkerung), werden zwischen 1.45% und 3.8% der GlaukompatientInnen operiert. In Österreich wären dies lt Statistik Austria (ohne CPC-Laser) 1.23%. Sind dies (zu) viele Operationen? Von den OphthalmologInnen operieren in Deutschland rund 17%, in Europa rund 37% Glaukome (tws. inkl. Laser). Meine Meinung: es wird nicht zu viel, sondern zu spät operiert...

Wenzel M et al. Ambulante und stationäre Intraokularchirurgie. Ergebnisse der aktuellen Umfrage von BDOC, BVA, DGII und DOG und Daten des Statistischen Bundesamtes Ophthalmo-Chirurgie 2020: 32: 341; 2021; 33:349; 2022: 34:319

2. Welche PatientInnen behandle ich konservativ und warum?

Entsprechend den Leitlinien der Europäischen Glaukomgesellschaft (EGS) ist der überwiegende Teil der Patienten mit Offenwinkelglaukomen gut und über lange Zeit mit der Vielfalt an konservativer Therapie behandelbar = **fast alle Patienten**. Besonders günstig wirkt sich dies im frühen Stadium des Glaukoms aus. Eine primäre Laser-Trabekuloplastik ist eine diskussionswürdige Alternative.

Ausnahmen für eine primäre konservative Therapie sind Patienten mit absoluter Non-Compliance/Adhärenz, ein akuter Winkelblock, sehr hohe Druckwerte mit Gefahr des Visusverlustes und kongenitale Glaukome. Auch nach versuchter/begonnener Lokalthherapie kann eine OP bei Nicht-Erreichen des Zieldruckbereiches, toxisch trockenem Auge, Allergie und bei juvenilem Glaukom indiziert sein. Nicht selten führt eine Katarakt-OP – besonders bei Winkelblock - zu einer ausreichenden Senkung des Augendrucks mit oder ohne Beibehaltung der Lokalthherapie.

Jede/r Chirurg erfährt früher oder später die nicht unerheblichen Nebenwirkungen der OPs (auch nach MIGS): flache – aufgehobene Vorderkammer, Aderhautabhebung, expulsive Blutung, „maligne“ Reaktion, Sickerkissenvernarbung bzw. -Luxation, Hypotonie, Blebitis mit Endophthalmitis, ...

Meine Meinung: bei allen PatientInnen primär SLT – außer: wenn nicht einverstanden, wenn IOD zu hoch, wenn Kammerwinkel < 180° offen, bei uveitischem Glaukom. Weil: Adhärenz (auch bei konservierungsfreien Tropfen) meist schlecht, SLT öfters wiederholbar.

Wägen Sie selbst ab: Wie würden Sie als GlaukompatientIn primär therapiert werden wollen??