

GLAUK 5 - Handout – Entscheidungsprofile zur Stufentherapie der Glaukome – Medikamente, LASER, Operationen – Donnerstag, 23. Juni 2022, Saal Prag

GLAUK 5 Wir operieren zu viel: „Welche PatientInnen behandle ich konservativ und warum?“ – Chr. Faschinger

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

Entsprechend einer Publikation von Mansouri et al* (2013) über die weltweiten Zahlen von Glaukomoperationen lag Deutschland mit 500 Operationen pro 1 Million Einwohner weit abgeschlagen an 1. Stelle (vor Frankreich und Litauen mit 375; an letzter Stelle lag die Elfenbeinküste mit 3 Ops/ 1Mio). Der Durchschnitt betrug 139 OPs mit einer großen Streuung von ± 113 . Die Gründe dafür dürften mannigfaltig sein (z.B. Güte des Gesundheitssystems und Zugang zu OPs) – und sind im Detail nicht alle bekannt. Die Trabekulektomien nahmen in Deutschland von 2007 – 2017 um 52% zu (auf 17.756), während sie in den USA um 26% abnahmen (auf 18.925). Im Gegensatz dazu stiegen die Zahlen für MIGS extrem an. In Österreich werden von den geschätzten 133.000 GlaukompatientInnen pro Jahr ungefähr nur 1.5% operiert (2.000 OPs im Jahr 2019). Dies ist wahrlich nicht viel. Die unterschiedlich hohen Zahlen reflektieren auch das nicht immer konvergierende Motivationsverhalten von Arzt und PatientIn – hie und da zu divergierend... Solange es keine Langzeitstudien (TAGS RCT** erst 2 Jahre jung) über Vor- und Nachteile von primären Operationen (mit den heutigen (!) OP-Standards) bei unterschiedlichen Glaukomstadien gibt, wird es immer Diskussionen geben.

*Mansouri K et al. Global rates of glaucoma surgery. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2013; 251:2609

**King AJ et al. Primary trabeculectomy versus primary glaucoma eye drops for newly diagnosed advanced glaucoma: The TAGS RCT. Health Technol Assess 2021; 25:1-158

2. Welche PatientInnen behandle ich konservativ und warum?

Entsprechend den Leitlinien der European Glaucoma Society ist der überwiegende Teil der Patienten mit Offenwinkelglaukome 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 Lokaltherapie kann eine OP bei Nicht-Erreichen des Zieldruckbereiches, toxisch trockenem Auge, Allergie und bei juvenilem Glaukom indiziert sein. Nicht selten führt eine Katarakt-OP zu einer ausreichenden Senkung des Augendruckes mit oder ohne Beibehaltung der Lokaltherapie. Jede/r Chirurg erfährt früher oder später, jedoch immer, die nicht unerheblichen Nebenwirkungen der OPs: flache – aufgehobene Vorderkammer, Aderhautabhebung, expulsive Blutung, „maligne“ Reaktion, Sickerkissenvernarbung bzw. -Luxation, Hypotonie, Blebitis mit Endophthalmitis, ...

Zuversichtlich stimmt die Erforschung und Einführung neuer Medikamente (Rho-Kinase-Hemmer, NO-Donator, EP2-Rezeptor-Agonist) und neuer Anwendungsformen (slow-release) sowie Triple-Fixkombinationen.

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