

## STATEMENT

### OA Dr. Anton Hommer

**Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie, Oberarzt an der Augenabteilung der Krankenanstalt „Sanatorium Hera“, langjähriges Vorstandsmitglied der Europäischen Glaukomgesellschaft, Vorsitzender der Glaukom-Kommission der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft**

#### **Glaukomchirurgie: Wenn Medikamente nicht ausreichen**

Ein chirurgischer Eingriff zur Behandlung des Glaukoms kann angezeigt sein, wenn eine **medikamentöse Therapie und/oder Laserbehandlung** nicht ausreicht, um den Augeninnendruck zu senken. Das kann insbesondere dann der Fall sein, wenn der Zieldruck – also jener Augendruck, der individuell für die jeweilige Patientin/den jeweiligen Patienten als Zielwert festgelegt wird, ab dem der Sehnerv nicht mehr fortwährend geschädigt wird – besonders niedrig ist. Die häufigste Operationsmethode ist hier die **Trabekulektomie**: ein chirurgisches Verfahren, das nach mehr als 50 Jahren immer noch der Goldstandard zur operativen Glaukombehandlung ist. Bei Einführung dieser Operation vor etwa 50 Jahren war es eine teilweise brachiale Methode und es gab auch immer wieder eine Reihe von Komplikationen. Im Laufe der Jahre wurde sie aber immer sicherer und es gibt heute deutlich weniger Komplikationen als noch vor einigen Jahren. In Österreich wurden 2016 rund 1.400 Glaukom-Operationen durchgeführt, plus ca. 1000 Laserbehandlungen.

#### **Trabekulektomie: Ablauf der Operation**

Das Ziel des chirurgischen Eingriffs ist eine **dauerhafte Regulierung des Augeninnendrucks**. Die Trabekulektomie eines Auges kann sowohl unter **örtlicher Betäubung als auch unter Vollnarkose** durchgeführt werden, und dauert in den meisten Fällen eine Stunde. Die letztendliche Entscheidung welche Art der Anästhesie ist nach sorgfältiger Aufklärung mit dem Patienten zu treffen. Die allermeisten Trabekulektomien werden mit Lokalanästhesie gemacht. Bei diesem chirurgischen Verfahren schneidet der Chirurg ein kleines Fragment des verstopften Trabekelfilters heraus. Damit soll der Abfluss des Kammerwassers erleichtert und der Augeninnendruck gesenkt werden. Unter Umständen können die Patienten das Krankenhaus am Tag der Operation bereits wieder verlassen und werden danach in kurzen Abständen regelmäßig augenärztlich untersucht. Es kann einige Wochen dauern, bis die Sehschärfe nach der Operation wieder auf das Niveau vor der OP kommt. Zu betonen ist, dass die Glaukomoperation keine Sehverbesserung bringen kann. Unser Ziel ist es, das Sehvermögen (Gesichtsfeld) auf dem noch vorhandenen Niveau zu erhalten. Die Komplikationsrate bei selteneren, schwierigen Operations-Voraussetzungen liegt bei rund 50%, bei schonenden Operationen hingegen nur bei rund 10-20%. Mögliche Komplikationen erfordern meistens einen neuerlichen chirurgischen Eingriff.

#### **Wichtig: Kontrolle des Operationserfolgs**

Seltene, aber mögliche Komplikationen sind Infektionen, Einblutungen ins Auge, ein Leck der Bindehaut im Bereich des Sickerkissens, Zuwachsen der Abflussöffnung, zu starke Reduzierung des Augeninnendrucks und die Entwicklung einer Linsentrübung. Um diese Komplikationen rechtzeitig zu erkennen, werden Glaukom-Patienten in den Monaten nach der Operation in regelmäßigen Abständen zu Nachsorgeuntersuchungen bestellt. Eine engmaschige Kontrolle in den ersten Wochen nach dem Eingriff ist daher unbedingt notwendig – damit wird auch eine deutliche Verbesserung der Erfolgsrate erzielt.

### **Neue invasive Methoden der Behandlung**

Eine relativ neue - und für Patienten schonende und weniger belastende – Operationsmethode ist MIGS (micro invasive glaucoma-surgery). Dabei wird ein winziges Röhrchen im Auge eingesetzt um Kammerwasser abzuleiten. Die damit erreichte Drucksenkung ist aber meist nicht so stark wie bei der Trabekulektomie. Der Nachteil von MIGS sind auch die Kosten pro Röhrchen - ca. 800 bis 1.000 Euro. Derzeit zahlen dies die österreichischen Krankenkassen nicht und es ist nicht jede Glaukoma-Patientin bzw. Patient für diese Behandlung geeignet. Prinzipiell eignet sich MIGS bei moderaten Glaukom-Formen. Es gibt auch eine zweite Implantationsform, die nicht zu verwechseln mit den winzigen MIGS ist: Das sind sogenannte Baerfeldt- und Achmed-Implantate. Diese Röhrchen sind deutlich größer und haben sogar Ventile. Die Operation dafür ist jedoch wesentlich aufwändiger. Daher werden diese Implantate primär bei Glaukom-Formen eingesetzt, bei denen eine Trabekulektomie nicht oder nicht mehr möglich ist.

### **Rückfragehinweis:**

Public Health PR

Thomas Braunstorfer

Tel.: 0699/19258677

Mail: [thomas.braunstorfer@publichealth.at](mailto:thomas.braunstorfer@publichealth.at)

Web: [www.publichealth.at](http://www.publichealth.at)