

Die neuen Guidelines der Europäischen Glaukom Gesellschaft (EGS)

Im Juni 2014 sind beim 11. Kongress der EGS die neuesten, vierten Guidelines vorgestellt worden.

Von OA Dr. Anton Hommer, EGS Executive Committee

Als erstes fällt einem das handlichere A5-Format auf. Die Guidelines werden aufgrund neuer Erkenntnisse bei Diagnose und Therapie des Glaukoms alle 5–6 Jahre aktualisiert. Es werden dabei die Ansichten der europäischen Glaukomgesellschaft dargestellt. Ziel ist es, den Augenärzten eine Unterstützung beim Management von Patienten mit Glaukom und solchen, die möglicherweise daran erkranken werden, zu bieten. Die Guidelines mögen bitte als Leitlinien, die orientieren helfen sollen, aufgenommen werden. Sie sind keine starren Richtlinien. Die Entscheidungen sind immer sehr individuell und in Abstimmung mit den Patienten zu treffen. Wie auch in

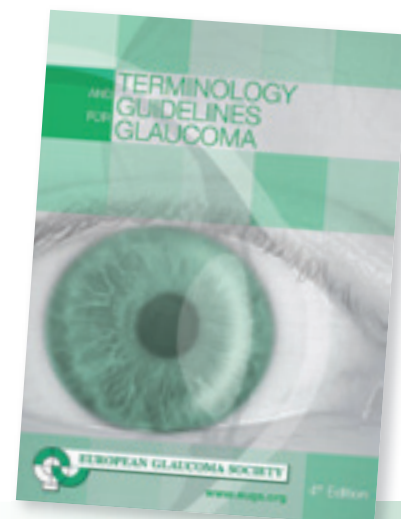
der vorletzten Ausgabe gibt es eine Bewertung der Evidenz und Bedeutung für die (klinische) Tätigkeit. Wichtig ist es noch hervorzuheben, dass die EGS diese Guidelines unabhängig von Firmen oder anderen Organisationen verfasst hat und keine Produkte, Behandlungsmethoden, Firmen oder Organisationen bewirbt.

Im Gegensatz zu früheren Auflagen sind bei der 4. Edition die sehr anschaulichen Flussdiagramme (Flowcharts) in den jeweiligen Text eingebunden. Die drei Hauptkapitel sind: 1. Patientenuntersuchung, 2. Klassifikation und Terminologie und 3. Behandlung.

Selbstverständlich unverändert ist das „Mission Statement“: Das Ziel der Glaukombehandlung ist die Erhaltung der visuellen Funktion der Patienten und die damit stark in Zusammenhang stehende „Quality of life“ zu vertretbaren Kosten.

Hier einige wichtige Punkte der neuen Guidelines: Es ist immer noch die Goldmann'sche Applanationstonometrie, die Methode erster Wahl und sollte sowohl bei Glaukomverdächtigen als auch bei gesichertem Glaukom zur Druckmessung routinemäßig verwendet werden. Die Hornhautdicke beeinflusst zwar die Applanationstonometrie, es gibt aber keine anerkannte valide Umrechnungsformel.

Die bildgebenden Verfahren des vorderen Augenabschnitts (UBM, ant. Segm. OCT, Scheimpflugkamera) geben uns zwar die Möglichkeit der Darstellung von Strukturen hinter der Iris und auch volumetrische Messungen sind damit möglich – nachdem aber nur kleine Abschnitte (Sektoren) und üblicherweise nicht die ganze Circumferenz des Kammerwinkels dargestellt werden, ersetzen sie NICHT die Gonioskopie.



„Das Ziel der Glaukombehandlung ist die Erhaltung der visuellen Funktion der Patienten und die damit stark in Zusammenhang stehende 'Quality of life' zu vertretbaren Kosten.“

Die klinische Beschreibung von retinaler Nervenfaserschicht und Papille nimmt einen großen Platz ein, schließlich definiert sich ja auch die Erkrankung über die Struktur Papille/retinale Nervenfaserschicht. Die nicht eingehaltene „ISNT-Rule“ am neuroretinalen Randsaum der Papille ist ein Frühzeichen des beginnenden Glaukoms und damit sehr verdächtig. Die computerunterstützten Methoden (HRT, GDx-ECC, OCT) sind vor allem bei der Progressionsanalyse früher Glaukome sehr hilfreich. Die empfohlene Untersuchungsfrequenz bei frühen, progressionsverdächtigen Patienten liegt bei bis zu vier Messungen in den ersten zwei Jahren.

Die Gesichtsfelduntersuchung sollte auch weiterhin mit der Standard-Perimetrie (SAP) durchgeführt werden. Die Schnellprogramme wie SITA Fast (bei Humphrey) oder TOP (bei Octopus) sparen zwar Zeit, sind aber doch ungenauer. Es sollten daher SITA Standard, resp. die G1- oder G2-Programme angewendet werden, am besten über 30°. Die neueren Methoden wie SWAP, FDT, HEP oder HRP konnten Ihre Überlegenheit gegenüber SAP bisher nicht **FORTSETZUNG >**



FOTO: SVERIN KOLLER

Ordination Dr. Anton Hommer
Albertgasse 39 / 10+11
1080 Wien
Tel.: +43 1 408 34 77, Fax: DW 15
➔ www.glaukom-ordination.at

DIE NEUEN GUIDELINES DER EUROPÄISCHEN GLAUKOM GESELLSCHAFT (EGS)

belegen. Bei der konventionellen Perimetrie ist es für den klinischen Gebrauch nicht ganz so wichtig eine Klassifikation des Gesichtsfeldstadiums durchzuführen. Klinisch bedeutsamer ist es, frühzeitig Verschlechterungen zu erkennen und die Progressionsrate zu bestimmen. Dafür ist es wichtig bei Verdacht auf Progression in den ersten zwei Jahren pro Jahr drei Gesichtsfelder zu bestimmen, d.h.: Sechs Gesichtsfelder in den ersten zwei Jahren!

Im Kapitel Klassifikation der Glaukome werden auch die Risikofaktoren abgehandelt. Man muss dabei unterscheiden: 1. Risikofaktoren an Glaukom zu erkranken. 2. Prognostische Faktoren, die die Verschlechterung eines bereits bestehenden Glaukoms betreffen. Zur ersten Gruppe gehören Alter, IOD, Rasse, familiäre Disposition, Pseudoexfoliation, zentrale Hornhautdicke, Myopie und, mit gewissen Abstrichen, der okuläre Perfusionsdruck. Diabetes mellitus wird aufgrund unklarer Datenlage nicht mehr als klassischer Risikofaktor gewertet. Prognostisch bedeutsam ist vor allem noch die Papillenrandblutung.

Beim Kapitel Therapie ist immer das Thema Therapiebeginn bei okulärer Hy-

pertension besonders interessant. Es ist eine sehr individuelle Entscheidung, die immer auch im Einvernehmen mit den Patienten getroffen werden soll. Wenn keine anderen Risikofaktoren vorliegen, sollte man bei wiederholten IOD-Werten "in den hohen Zwanzigern" doch auch einen Behandlungsbeginn in Betracht ziehen.

Insgesamt ist zu Therapiebeginn bei Offenwinkelglaukom, PEX- und Pigmentdispersionsglaukom die medikamentöse Therapie meist die erste Wahl. Eine andere Option wäre noch die Lasertrabekuloplastik als erster Schritt. Auf alle Fälle ist das Zieldruckkonzept sehr individuell anzusetzen und unverändert wichtig. Es ist sogar noch, wie in der nachfolgenden Darstellung ersichtlich, verbessert worden.

Beim Kapitel „medikamentöse Therapie“ sind drei Punkte besonders hervorzuheben. – Erstens ist die Monotherapie weiterhin meist der erste Schritt. Kombinationstherapie ist nur selten initial gerechtfertigt. – Zweitens haben die Prostaglandine aufgrund Ihrer besten Drucksenkung und insgesamt sehr guten Verträglichkeit eine besondere Stellung. – Drittens gewinnen die konservierungsmittelfreien Formulierungen aufgrund ih-

rer meist besseren Verträglichkeit immer mehr an Bedeutung. In Bezug auf Generika wird darauf hingewiesen, dass es nur sehr wenige Vergleichsstudien mit Originalpräparaten gibt. Einzelne Studien haben aber gewisse Unterschiede gezeigt. In Bezug auf Diät und Nahrungsmittelergänzung gibt es keine validen Daten, die deren Anwendung beim Glaukom rechtfertigen würden. Der neuroprotektive Effekt von Alpha-2-Agonisten ist leider nur in einer einzigen Studie gezeigt worden und bisher nicht durch weitere Arbeiten bestätigt worden.

Im Kapitel Glaukomoperationen werden die Vor- und Nachteile der penetrierenden Operation (Tabekulektomie) und der nicht penetrierenden Operationen (Tiefe Sklerektomie, Viskokanalostomie, Kanaloplastik) gegenübergestellt.

Insgesamt steht mit den neuen, vierten Guidelines eine sehr praktische und übersichtliche Orientierungshilfe für alle Augenärzte zur Verfügung, die wohl, wie schon die früheren Auflagen, auch in den Glaukomgesellschaften anderer Kontinente sich großer Akzeptanz und Beliebtheit erfreuen wird. ▶

➔ www.eugs.org

