



T. Dietlein

Zentrum für Augenheilkunde, Universität Köln, Köln, Deutschland

Revisionseingriffe in der Glaukomchirurgie

Erfolg ist ein miserabler Lehrer. Er verleitet die tüchtigen Leute zu glauben, sie könnten nicht verlieren. (Bill Gates)

Anders als beispielsweise in der Kleinschnittkatarakt- oder Refraktivchirurgie spielt die Misserfolgsquote und damit die Revisionschirurgie für den Glaukomchirurgen zahlen- und anteilmäßig eine sehr viel größere Rolle, da – anders als in der ein oder anderen Publikation suggeriert – im klinischen Alltag Erfolgsquoten von über 95 % bei „echten Glaukomen“ auch kurzfristig nicht erreicht werden. Um Frustrationen beim Patienten zu vermeiden, ist es sinnvoll, schon vor dem ersten Eingriff über das Risiko, aber auch die Chancen eines Zweiteingriffs („Plan B“) aufzuklären. Dies mag in einem auf lupenreinen Erfolg getrimmten Umfeld problematisch erscheinen; im Angesicht einer Erkrankung, die bis heute mit dem Damoklesschwert einer drohenden Erblindung verbunden ist, können die meisten Patienten mit dieser Botschaft aber umgehen.

» Der Patient muss über Risiko des Ersteingriffs sowie Chancen eines Zweiteingriffs aufgeklärt werden

Jünemann *et al.* beschreiben in ihrem Beitrag „Revision nach Filtrationschirurgie“ die möglichen Probleme und Lösungsansätze nach filtrierender Glaukomchirurgie. Eindringlich verweisen die Autoren darauf, die Entscheidung für bzw. wider einen Revisionseingriff nicht allein von einem Wert (hier: Augendruck) abhängig zu machen, sondern vom klinischen

Gesamtbild und dem ursprünglich angestrebten Gesamtziel des Eingriffs.

Rosentreter *et al.* beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit den typischen Komplikationen nach Glaukomdrainageimplantatchirurgie, die sich in den letzten Jahren auch in Deutschland auf dem Vormarsch befindet. Dies verleiht dem Beitrag eine besondere Bedeutung, da in Zukunft auch außerhalb der glaukomchirurgischen Zentren zunehmend spezifische Kenntnisse zur Nachbetreuung von Glaukomdrainageimplantatpatienten erwartet werden müssen.

Vojkov *et al.* legen den Fokus auf die sog. „Exit-Strategien“ nach Kanalo-plastik, eine nicht penetrierende glaukomchirurgische Technik, die zwar sehr komplikationsarm durchgeführt werden kann, aber gerade im Langzeitverlauf und im Vergleich mit der klassischen Trabekulektomie mit Mitomycin doch die weniger ausgeprägte Drucksenkung erbringt. Hier ist die Umwandlung in eine 360°-Fadentrabekulotomie in der Tat ein chirurgisch hochinteressanter und sehr schneller Eingriff.

Widder *et al.* fokussieren auf ein relativ neues kammerwinkelchirurgisches Verfahren, die Trabektomchirurgie, und auf die Frage, wann dieser Eingriff als Revisionseingriff Sinn macht und ob die Trabektomchirurgie andere glaukomchirurgische Verfahren zu einem späteren Zeitpunkt beeinträchtigt. Aufgrund des noch jungen Alters des Verfahrens beruhen viele Erkenntnisse auf ganz aktuellen Publikationen.

Ein wichtiger Aspekt jeglicher Revisionschirurgie – wenn nicht der wichtigste – betrifft die Frage, wann die Revision notwendig ist bzw. wann noch nicht. Nicht jede Abweichung des Augendrucks vom Zieldruckkorridor in den ersten Wo-

chen nach Filtrations-, Kammerwinkel-, Glaukomimplantat- oder nicht perforierender Chirurgie darf sofort zu einem erneuten inzisionalen Folgeeingriff verleiten. Dies würde nicht nur die Psyche des Patienten unnötig belasten, sondern behindert den oftmals günstigen spontanen Verlauf in den ersten Monaten nach Glaukomchirurgie.

Allen Lesern wünsche ich eine hoffentlich inspirierende und interessante Lektüre.

Ihr Thomas Dietlein

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. T. Dietlein

Zentrum für Augenheilkunde,
 Universität Köln
 Kerpener Str. 62, 50937 Köln,
 Deutschland
 thomas.dietlein@uk-koeln.de

Interessenkonflikt. T. Dietlein hat Vortragshonorare von Alcon, Santen, Theapharma erhalten.