Ophthalmologe 2018 · 115:529
<https://doi.org/10.1007/s00347-018-0711-3>
 Online publiziert: 30. April 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

Ulrike Pichler

Med. Campus III, Klinik für Augenheilkunde, Orthoptik, Kepler Universitätsklinikum, Linz, Österreich

Kontroversen in der Prismenvorbehandlung vor Schieloperation

Erwiderung

Zum Leserbrief von Stangler-Zuschrott E (2018) Prismenadaptationstest versus langfristige Prismenbehandlung vor Schieloperationen. Ophthalmologe. <https://doi.org/10.1007/s00347-018-0710-4>

Originalbeitrag: Pichler U, Rohleder M, Ehrh O (2018) Prismenadaptationstest vor Schieloperationen. Ergebnisse einer Umfrage und Literaturreview. Ophthalmologe 115:123–130

Wir bedanken uns sehr für den Beitrag zur Diskussion, die wir mit dem Artikel ja anstoßen wollten.

Alle Autoren haben Erfahrung mit Prismen Therapie. Unsere Intention war nicht, die Prismenadaptation „in einem negativen Licht erscheinen zu lassen“, sondern die zum Teil noch fehlende Evidenz aufzuzeigen.

Ad Punkt 2) Dass sich ein Schielwinkel erst nach 3 bis 6 Monaten stabilisiert, ist eine persönliche Erfahrung, die wir nicht teilen. In einer Studie von Neikter [1] wurde untersucht, wie der größte Schielwinkel bei Strabismus divergens ermittelt werden kann – bei dieser Studie zeigte sich nach längerer (14 Tage) Prismen tragezeit, dass die Schielwinkel allmählich kleiner wurden.

Ad Punkt 3) Dass inkomitante Schielformen wie die Obliquusstörung für eine Prismenvorbehandlung ungeeignet sind, sehen auch wir so.

Ad Punkt 4) Der Artikel Prismen zur Behandlung des Strabismus bei Kindern [3] ist uns bekannt. Die Ergebnisse dieses Artikels basieren auf der 1994 erschienenen Publikation „Prolonged preoperative prismatic treatment in alternating

convergent squint“. Dieser Artikel wurde dankenswerterweise von Fr. Prof. Stangler-Zuschrott zur Verfügung gestellt, da er für uns nicht zugänglich war.

Die sehr interessante Arbeit von Zehetmayer et al. [2] vergleicht die Operationsergebnisse nach mehrmonatiger vs. keine Prismenadaptation. Somit ist unsere Aussage weiterhin richtig, dass keine Studie kurz- vs. langzeitige Prismenadaptation vergleicht. Leider handelt es sich auch um eine retrospektive, nicht randomisierte Studie. Da Kontroll- und Therapiegruppe sicherlich unterschiedlich sind, müssen leider viele der getroffenen Aussagen mit Vorsicht interpretiert werden.

Ad Punkt 5) Das Thema der Stigmatisierung wurde bereits im Artikel behandelt. Zudem sollte auch bedacht werden, dass trotz preisgünstiger Brillen oder Folien trotzdem Kosten anfallen, die nicht von allen so leicht getragen werden können. Ferner sind die Kosten für die häufigeren Untersuchungen (Wegkosten, Arbeitszeitausfall) als nicht unerheblich anzusehen. Die Datenlage zeigt, dass früher im Schnitt 14 Sehschulbesuche wahrgenommen wurden, ehe eine Schieloperation stattfand.

Ad Punkt 6) Uns ist keine prospektive randomisierte Studie bekannt, die die Aussage „Prismen Therapie reduziert wesentlich die Zahl der Schieloperationen“ belegt. Auch ohne Prismen Therapie kann sich bei vielen Kindern durch mehrjähriges Abwarten die Notwendigkeit einer Schieloperation erübrigen (z. B. ELISS-Studie).

Korrespondenzadresse

U. Pichler, M.Sc

Med. Campus III, Klinik für Augenheilkunde, Orthoptik, Kepler Universitätsklinikum Krankenhausstr. 9, 4020 Linz, Österreich
ulrike.pichler@kepleruniklinikum.at

Interessenkonflikt. U. Pichler gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Neikter B (1994) Horizontal and vertical deviation after prism neutralization and diagnostic occlusion in intermittent exotropia. Strabismus 2(1):13–22
2. Zehetmayer M, Stangler-Zuschrott E, Schemper M (1994) Prolonged preoperative prismatic treatment in alternating convergent squint. Acta Ophthalmol 72:103–109
3. Stangler-Zuschrott E (2012) Prismen zur Behandlung des Strabismus bei Kindern. Spektrum Augenheilkd 26:230–235