



ges-tensionsprofil zum Ausschluss insbesondere nächtlicher oder morgendlicher Druckspitzen und zur Bestimmung der Druckamplitude ist dringend zu empfehlen. Bei Winkelblockglaukomen oder enger Kammerwinkelsituation muss wegen der Gefahr des Vorderkammerkollaps' und des postoperativ häufiger sich entwickelnden malignen Glaukoms Zurückhaltung geübt werden.

Eine positive Wirkung auf die Überlebenszeit des Sickerkissens und das Niveau der postoperativen Tensionslage von intra- und postoperativ anzuwenden

Antimetaboliten zeichnet sich mehr und mehr ab.

Über viele Jahre wurde bei präterminalen Offenwinkelglaukomsituationen eine fistulierende Operation wegen der Gefahr eines „wipe-out“-Phänomens eher abgelehnt. Jetzt zeigt uns die erste zu diesem Thema vorliegende prospektive Studie, dass es bei Patienten mit GF-Ausfällen auch näher als 15° am Zentrum keine gegenüber früher operierten Glaukomstadien gesteigerte Rate von postoperativen plötzlichen Visus- oder GF-Ausfällen mit Verlust der zentralen Insel gibt (Topouzis 2005).

► Drainageimplantate gelten hier eher als „ultima ratio“, die nur in speziellen, anderweitig therapierefraktären Fällen zur Anwendung kommen. Dazu zählen eine extensi-

photokoagulation wegen der besseren Dosierbarkeit und ihres günstigeren Nebenwirkungsprofils weit im Vordergrund. Ihre Indikationen sind im Wesentlichen ein Versagen oder eine schlechte Prognose der Filtrationschirurgie, auch alternativ zu Drainageimplantaten, eine schlechte Compliance gegenüber der Filtrationschirurgie oder der Lokaltherapie bei eingeschränktem Allgemeinzustand und/oder weit fortgeschrittenem Lebensalter.

Die Kryokoagulation gilt heute als „Reserveeingriff“ für absolute Glaukome mit sehr hohen Ausgangsdruckwerten und Schmerzhaftigkeit oder auch in eventueller Kombination mit einer Netzhautkryokoagulation in ausgewählten Fällen nicht lasertherapeutisch behandelbarer Neovaskularisationserkrankungen mit einem Sekundärglaukom.

Mit dem Gedanken an eine bei fortschreitendem Glaukomschaden kontinuierlich zu senkende Tensionslage muss trotz des sich auf-fächernden Marktes an antiglaukomatösen Lokaltherapeutika stets das Potenzial der indikationsgerecht angewandten glaukomchirurgischen Möglichkeiten bedacht und auch eingesetzt werden. ■

■ Autor:

OA Dr. Christian Foja  
Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der  
Universität Leipzig AöR  
Liebigstraße 10-14  
D-04103 Leipzig  
tel.: +49(0)341-9721650  
fax: +49(0)341-9721659  
e-mail: fojc@medizin.uni-leipzig.de

Ventilmechanismus des Ahmed  
Glaukom-Valves

PEK-Syndrom:  
Vorrangige Stellung bei  
Schwachsichtigglaukomen

Seite 13

Schlötzer-Schirchardt

Männlich bevorzugt:  
Iridocorneo-endotheliale  
Syndrome (ICE-S)

Seite 15

Progressive essentielle Iridodysplasie

Penetrierende Keratoplastik:  
Wie hoch ist das kumulative  
Glaukomrisiko?

Seite 16