

Therapie

Senkung des Augeninnendruckes, Stabilisierung der okulären Durchblutung

Die gute Nachricht für jeden Glaukompatienten ist, dass es heute eine ganze Palette von Behandlungsmöglichkeiten gibt, mit denen man sehr gute Aussichten hat, das Sehvermögen zu bewahren. Die moderne Glaukomtherapie ruht auf drei Säulen: medikamentöse Behandlung (in Form von Augentropfen), Chirurgie und Lasertherapie. Jede dieser drei Optionen ist in jüngster Zeit um neue Optionen bereichert worden. Welche Behandlung bei welchem Patienten in Frage kommt, muss der Arzt im Gespräch mit dem oder der Betroffenen entscheiden; es gibt keine verbindliche Regel, für wen eher eine medikamentöse und für wen eher eine chirurgische Therapie in Frage kommt.

Der traditionelle Ansatz der Glaukomtherapie zielt auf eine Senkung des Augeninnendruckes. Je tiefer dieser gesenkt werden kann, desto besser stehen die Aussichten, die sensiblen Nervenfasern in Netzhaut und Sehnerv vor einer Schädigung zu schützen. Die medikamentöse Therapie des Glaukoms besteht in der Gabe von drucksenkenden Augentropfen. Im Laufe der letzten 130 Jahre sind verschiedene Substanzklassen entwickelt worden. Das klassische und älteste Medikament, das Pilocarpin, kommt heute kaum noch zur Anwendung. Lange Jahre waren Betablocker der Goldstandard. Diese Klasse wurde in den 1970er Jahren eingeführt und hat auch heute noch einen festen Platz in der Glaukomtherapie - nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass ein immenser Erfahrungsschatz vorliegt.

Im letzten Jahrzehnt sind drei neue Substanzklassen in die Glaukomtherapie eingeführt worden: die Alpha 2-Agonisten, die lokalen Carboanhydrasehemmer und die Prostaglandinderivate. Alle diese Medikamente senken sehr wirkungsvoll den Augendruck und stellen eine Bereicherung

der medikamentösen Optionen dar. Die lokalen Carboanhydrasehemmer haben aus einem ganz bestimmten Grund großes Aufsehen erregt: Diese Medikamente (z. B. der Wirkstoff Dorzolamid, Handelsname Trusopt®) haben neben der Augendrucksenkung ganz offenbar noch einen weiteren therapeutischen Effekt, den andere Antiglaukomatosa bislang nicht abdecken. Es gibt aus einer Reihe von Studien Hinweise darauf, dass die lokalen Carboanhydrasehemmer einen positiven Einfluss auf die Durchblutungsparameter der hinteren Augenabschnitte haben. Dies ist ein hochgradig erwünschter Effekt, denn bei vielen Glaukompatienten ist es um diese Perfusion von Netzhaut und Sehnerv nicht allzu gut bestellt. Die Autoregulation der Augendurchblutung in Sehnerv und Netzhaut kann - oft gerade auch bei jüngeren Patienten und bei solchen, die an einem Normaldruckglaukom leiden - gestört sein. Daher bezeichnet man ein Konzept, das diese Autoregulation stabilisiert und gleichzeitig den Augeninnendruck senkt, als Co-Regulation.

Oft reicht der von einem Antiglaukomatosum allein bewirkte Effekt nicht aus, um sicher stellen zu können, dass der Sehnerv vor einer weiteren Schädigung geschützt ist. Sinnvoll ist dann die zusätzliche Gabe eines weiteren Wirkstoffes. Dabei sollte man idealerweise zwei unterschiedliche Klassen von Medikamenten kombinieren, also nicht z.B. zwei Betablocker. Es gibt inzwischen mehrere Kombinationspräparate, die zwei verschiedene Antiglaukomatosa enthalten. Beispielhaft für diese Therapieoption sei hier Cosopt® genannt, die Kombination des lokalen Carboanhydrasehemmers Dorzolamid mit dem Betablocker Timolol. Das Präparat senkt, wie verschiedene Studien belegt haben, den Augeninnendruck ausgeprägter als seine Einzelkomponenten. Neben der Drucksenkung übt Cosopt® offenbar noch einen positiven Einfluss auf bestimmte Merkmale der Durchblutung von Netzhaut und Sehnerv aus. Der Dresdner Ophthalmologe *Karl-Georg Schmidt* hat in einer Studie nachgewiesen, dass einer dieser Parameter, die so genannte okuläre Pulsamplitude, um bis zu 19 % unter einer Therapie mit Cosopt® zunimmt.

Seite 3

Das Glaukom ist eine chronische Krankheit. Das bedeutet, dass es keine Heilung im eigentlichen Sinne, kein vollständiges Verschwinden geben kann. Daraus resultiert mit unerbittlicher Logik: die Therapie des Glaukoms ist in den allermeisten Fällen eine lebenslange Maßnahme. Die meisten Glaukompatienten werden jeden Tag mit der gleichen Regelmäßigkeit ihre Augentropfen nehmen müssen wie ein Diabetiker sein Insulin oder ein Herzkranker seine Tabletten.

Für die überwiegende Mehrheit der Glaukompatienten ist die medikamentöse Therapie mit Augentropfen die Behandlung der Wahl. Es kann allerdings eine Reihe von Gründen geben, aus denen der Arzt eine der beiden anderen Optionen empfiehlt, die Laserbehandlung oder den chirurgischen Eingriff. Der Augenchirurg und Chef der Würzburger Universitäts-Augenklinik Würzburg, *Prof. Franz Grehn*, sieht die operative Option vor allem bei Patientengruppen mit einem schwerwiegenden Befund als indiziert an: »Bei schweren, fortgeschrittenen Gesichtsfeldschädigungen kann die Operation den Augendruck so tief senken, wie es notwendig ist, um das noch bestehende Gesichtsfeld zu erhalten. Außerdem glättet sie die Druckschwankungen, verhindert also, dass ein zu starkes Auf und Ab des Augeninnendruckes den Sehnerv zusätzlich schädigt«. Weitere Gründe für eine Operation können Unverträglichkeitsreaktionen auf Augenmedikamente oder Schwierigkeiten mit der regelmäßigen Einträufelung von Augentropfen sein. Auch wenn die Aussicht auf dauerhafte Einnahme von Antiglaukomatosa schreckt, für den ist die Operation oder die Laserbehandlung eine offensichtliche Alternative. Doch auch hier muss man die Erfolgsaussichten realistisch einschätzen. Beide Optionen sind darauf angelegt, eine Augeninnendrucksenkung zu erzielen, die ausgeprägt genug ist, um einen Glaukomschaden zu verhindern. Das gelingt oft, aber nicht immer. Bei der Lasertherapie, und in geringerem Maße bei der Glaukomchirurgie, kommt es nicht selten früher oder später wieder zu einem Druckanstieg, der dann doch eine erneute medikamentöse Therapie erforderlich macht.