

MONITOR Beitrag vom 09. Oktober 2003 in der Diskussion.

Gefährliche Augenoperationen. So berichtet Monitor über ein Thema das viele Menschen in Deutschland bewegt. Ein junger Familienvater, dessen Lebensentwurf nach einer misslungenen Augenoperation gescheitert sei, wird vorgestellt. Ebenso der konsternierte behandelnde Operateur, der in der Interviewsituation etwas vorgeführt erscheint. Ein Physiologe äußert sich zum Thema Nachhaltigkeit der Schäden an der Hornhaut nach Augelaseroperationen. Anschließend weist ein Universitätsprofessor dramatisch darauf hin, dass das, was weg sei von der Hornhaut, für immer verloren sei.

Der Beitrag soll untermauert werden durch Studien aus den USA, die belegen würden, dass 18% aller behandelten Patienten eine Zweitoperation bräuchten, in 27% der Fälle würden die behandelten Patienten auch nach der Behandlung eine Brille tragen müssen und in 30% der Fälle seien die Patienten durch erhebliche Nachtsehstörungen und Blendung geschädigt. Schließlich wird moniert, dass im wettbewerbsbedingten Werbefeldzug der Augelaserzentren in Hochglanzbroschüren nicht zu haltende Erwartungen geweckt würden und nicht ausreichend über die Risiken der Behandlung informiert würde.

Hierzu gibt es aus unserer Sicht folgendes zu sagen.

Die Macht und Suggestionskraft des bewegten Fernsehbildes ist nicht zu überbieten, noch zumal in Form eines sog. investigativen Journalismus. Es ist gar nicht abzustreiten, dass es auch unzufriedene Patienten gibt. Wobei es sich durchaus lohnen könnte, zu hinterfragen, was denn die Ursache des Problems in dem jeweiligen Fall gewesen ist. In dem oben beschriebenen Fall aber wird ein Professor zitiert, der selber noch nie eine solche Augenoperation durchgeführt hat und der den komplexen Prozess der Gewebearbeitung mit dem Excimer-Laser (photochemische Dekomposition oder Photoablation genannt) als abschleifen simplifiziert. Dieser Professor also rät von einer Nachbehandlung ab. Hätte man nicht einen anderen Spezialisten befragen können, der mehr Erfahrung auf dem Gebiet hat und der dem unglücklichen Patienten vielleicht einen Ausweg hätte weisen können?

Zu den Fakten:

Was, neben dem unglücklichen Patienten, wurde als Grundlage der Berichterstattung zitiert, um auf die Gefährlichkeit der Behandlung hinzuweisen? Genannt wurden neuere Studien aus den USA, deren Ergebnisse die angeblichen Erfolge der Augelaserbehandlung in Frage stellen würden. So wurde etwa erwähnt, dass den Studien zu Folge immerhin in 18% der Fälle ein zweiter Eingriff notwendig sei, 27% der Behandelten würden auch nach der Behandlung eine Brille tragen müssen und in 30% der Fälle klagen Patienten über erhebliche Nachtsehstörungen und Blendungsbeschwerden.

Wir gehen davon aus, dass die in der Monitorsendung zitierten Studien die Langzeitergebnisse von Behandlungen aus der Mitte der 90er Jahre bis etwa Ende der 90er Jahre reflektieren.

Hierzu ist zu sagen, dass somit über Behandlungen diskutiert wird, die mit Gerätetypen der 1. und 2. Generation durchgeführt wurden. Aber auch das Indikationsspektrum der Behandlungen sowie die Art der Behandlungen darf heute als historisch angesehen werden. So wurden in den 90er Jahren in den USA noch hochgradige Kurz- und Weitsichtigkeiten mittels PRK operiert. Aber auch bei der später dann häufiger durchgeführten LASIK wurde am Anfang weiter ausgeholt als es heute üblich ist. So ist auch zu verstehen, dass es tatsächlich in den ersten Jahren der Entwicklung hohe Nachbehandlungsraten gegeben hat. Die hohe Zahl der nach wie vor notwendigen Brillenkorrektur, die zitiert wird, ist nun natürlich auch darauf zurückzuführen, dass bei älteren Menschen auch nach einer Augelaseroperation die Notwendigkeit zum Tragen einer Lesebrille besteht. Es sei denn, man hat sich für die Monovision entschieden und das eine Auge bewusst kurzsichtig gelassen, um es als Leseauge nutzen zu können.

In Hinblick auf die beschriebenen Nachtsehstörungen, ist festzuhalten, dass diese Art von Nebenwirkung heute tatsächlich als historisch anzusehen ist. Die Einführung der Wellenfrontdiagnostik und die Möglichkeit der individualisierten, segmentellen Ablation bei der Hornhautmodellierung haben sogar dazu beigetragen, dass sich heute in einer Vielzahl von Fällen die Sehleistung verbessern lässt. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass es sich für den jungen Familienvater, der in der Monitorsendung vorgestellt wurde, vielleicht gelohnt hätte, sich einer

solchen Wellenfrontdiagnostik und Nachbehandlung zu unterziehen. Aber der Professor hatte ihm leider abgeraten.

Schließlich der Physiologe (von der Augenuptikerschule in Köln), der in dem Beitrag darauf hinwies, dass auch nach 10 Jahren Augenlaserbehandlung mit eventuellen Spätschäden zu rechnen sei. Die Ausdünnung der Hornhaut durch den Laser würde möglicherweise dazu beitragen, dass es zu einer krankhaften „Ausbeulung“ kommen könne, die dann im Endstadium die Hornhautverpflanzung notwendig machen könne. Nun, beruhigend sind solche „Expertenaussagen“ für bereits behandelte Patienten gerade nicht.

Hierzu ist folgendes anzumerken. Natürlich kann es bei einer stark verdünnten Hornhaut zu einer derartigen Spätveränderung kommen. Dies aber nur, wenn entweder die Restdicke der Hornhaut erheblich zu dünn ist oder aber wenn eine krankhafte Veranlagung besteht, die man aber heute diagnostisch erkennen kann. Die differenzierte Diagnostik in der modernen Augenchirurgie hat dazu beigetragen, dass solche Risiken auf ein absolutes Minimum reduziert sind. So gilt heute die Maxime optimale Abtragsalgorithmen für die Hornhaut anzuwenden, um eine optimale visuelle Qualität unter Vermeidung von Nachtsehstörungen zu erzielen. In der Folge ist die Indikationsbreite der Augenlaserbehandlungen deutlich zusammengeschrumpft. Wenn in den 90er Jahren noch Behandlungen bis zu 12 Dioptrien Kurzsichtigkeit durchgeführt wurden, so liegt die Obergrenze heute in der Regel bei etwa 8 Dioptrien. Darüber hinaus ist eine optimal optische Qualität nicht mehr zu gewährleisten oder aber die notwendige Abtragtiefe destabilisiert die Hornhaut. Darüber hinaus besteht heute die Möglichkeit durch Implantation von Linsen oder aber durch Kombination von Lasertechnik und Linsenimplantation eine Gefährdung der Hornhautstabilität auszuschließen.

Wenn es nun um die Betrachtung der Langzeiterfahrung bei der LASIK oder der PRK geht, so sei folgendes angemerkt. Bereits in den frühen 60er Jahren wurde die Keratomileusis in Situ in großer Zahl durchgeführt. Prinzipiell ähnlich wie bei der LASIK wurde hier ein - allerdings noch dickerer - Hornhautlentikel entfernt und in gefrorenem Zustand unter einer Präzisionsfräse zu gewünschter optischer Wirkung gebracht. Hiernach wurde der Lentikel wieder auf die Hornhaut aufgenäht. Bei der modernen LASIK nun ist die Lamelle erheblich dünner, diese wird nicht ganz abgetrennt und schließlich erfolgt die Formung der optischen Wirkung nicht mit einer Fräse sondern mit einem Laser. Prinzipiell sind die Laser In Situ Keratomileusis (LASIK) und die Keratomileusis in Situ aber gleichartige Verfahrenstechniken und daher ist es auch gerechtfertigt in Bezug auf den Ausschluss eines „Ausbeulungsrisikos“ von einer über 40-jährigen Erfahrung zu sprechen.

Es gibt kein chirurgisches Verfahren, das nicht auch mit Risiken behaftet ist. Das gilt auch für die Augenlaserbehandlungen. Weltweit über 50 Millionen Behandlungen sprechen aber eine eigene Sprache. Die Erfolgsrate der Augenlasertechnik ist heute überzeugend. Vorausgesetzt es wird nach den Regeln der ärztlichen Kunst unter Verwendung modernster Lasertechnologie der 3. und 4. Generation behandelt. Im Bereich von +3 bis -7 Dioptrien, so belegen es die Ergebnisse der VSDAR-Kliniken, liegt die Erfolgsrate bei 90% der Patienten, die innerhalb von +/- 0,5 Dioptrien landen. Die Quote der notwendigen Nachbehandlungen innerhalb des ersten Jahres liegt bei 6%. Dies wird aber auch mit den Patienten besprochen und stellt im eigentlichen Sinne keine Komplikation dar. Über Nachtsehstörungen klagen die Patienten heute nur noch in den ersten Wochen und Monaten nach der Behandlung, bedingt durch Wundheilungsprozesse. Optimierte asphärische Profile tragen dazu bei, dass das Nachtsehen heute langfristig sogar verbessert werden kann.

Wenn nun Patienten dennoch über Probleme klagen, insbesondere über solche die in der Vergangenheit entstanden sind, so empfehlen wir nachdrücklich die Konsultation von Experten auf dem Gebiet. Noch hat es in den allermeisten Fällen am Ende doch eine Lösung für ein beschriebenes Problem gegeben.

Wir wünschen Ihnen das Beste für Ihre Augen,

Dr. med. Omid Kermani
Präsident des Verbandes der Spezialkliniken Deutschlands
für Augenlaser- und Refraktive Chirurgie
VSDAR e.V.