

Stangler-Zuschrott E. Schielbehandlung operativ oder konservativ? Versuch einer Abgrenzung.

Problemstellung: Während 50-jähriger Tätigkeit als Strabologin hat sich die Behandlung schielender Kleinkinder nicht verändert: Brille-Okklusion-Operation. Fraglich ist die Nachhaltigkeit dieser Operationen. Wie ist der Zustand der Patienten viele Jahre später?

Krankengut: Im Krankengut der Ordination finden sich 120 Fälle konsekutiven Schielens, Alter 23 bis 70 Jahre, die in der Kindheit mehrfach operiert wurden. Davon haben 52 Patienten Diplopie(43%), 8 einen Horror fusionis, 70 sind amblyop (58%) und nur 30% haben eine kosmetisch unauffällige Augenstellung. Eine unbefriedigende Bilanz.

Schlussfolgerungen: Vor einer Schieloperation an Kindern sollten folgende Fakten beachtet werden:

1. Kinder mit "kongenitalem Schielsyndrom" vermindern ihren Schielwinkel spontan zwischen 2. und 5. Lebensjahr um durchschnittlich 10° (Salomon). 20 klinische Fälle zeigten noch vor Schuleintritt ohne Operation Alignment, wenn einer der folgenden Faktoren vorlag: Hohe Hypermetropie (6 D), Myopie, mentale Retardation.
2. Kriterien, die eine konsekutive Divergenz erwarten lassen sind, konform mit der Literatur: Schwere Amblyopie (Visus 0,2 und schlechter), hohe Anisometropie (3 D), hohe Hypermetropie (6 D). Einschlägig fanden sich 7 eigene Fälle (Alter: 23 - 74 J.), die als Kind konvergent geschielt, nicht operiert, und spontan divergent wurden. Übermäßige operative Schwächung der Interni führt zu A-Inkomitanzen und mit zunehmendem Alter zu Leseschwierigkeiten.
3. Mit der Zahl der Operationen an einem Patienten steigt die Häufigkeit der Spät komplikationen. Ärztliches Ziel ist, mit *einer* Operation das Auslangen zu finden. An der 1.Univ.Augenklinik Wien gelang dies zu 70%, indem wir die Kinder ein Jahr lang vorbereitend Prismenausgleich tragen ließen zur Stimulation der peripheren Fusion. Ohne Fusion keine stabile Augenstellung.
4. Konservative Schielbehandlung allein mit Brille und Prismen ist möglich, das Ziel ist Mikrotropie oder Heterophorie. Voraussetzungen: Konvergenz max. $+15^\circ$, Divergenz max. -10° . Größere Winkel sollten zuerst operiert werden. Bei allen Typen konkomitierender Schielformen war die Behandlungsdauer 2 -6,5 J., d = 3,4 J., die Erfolgsrate um 80%. Eine Ausnahme bildet der intermittierende Strabismus divergens: Behandlungsdauer 0,5 -8 J., d = 4,3 J, Erfolgsrate 90%.

Das "Primum nil nocere" des Hippokrates gilt auch heute noch.