

# Über die Amblyopie: Notwendige Frühdiagnose und Therapie

## 1 Vorwurf nicht haltbar

Kollege Kolling behauptet in seiner Übersicht, daß die Rückmeldequote der Kinderärzte bei Amblyopie um den Faktor 10 bis 20 zu gering sei, nennt aber für einen derart gravierenden Vorwurf nur eine Ziffer (7) als Literaturangabe, wobei natürlich nicht überprüft werden kann, ob sie auch nur in etwa repräsentativ wäre. Ich nehme für meine kinderärztlichen Kollegen und für mich in Anspruch, daß diese Äußerung bei genauer Überprüfung keinesfalls zutreffen kann. Wenngleich auch in unserer Fachgruppe der Weiterbildungsstand auf diesem Gebiet unterschiedlich sein möge, ist diese Aussage mit Sicherheit nicht haltbar.

Ohne irgendeinen Vorwurf machen zu wollen, erlebe ich es im Gegenteil doch immer wieder, daß ich auf der Verdachtsdiagnose insistieren muß, bevor Sehfehler dann endlich bestätigt werden, auch wenn ein solcher von ophthalmologischen Kollegen zunächst nicht verifiziert werden konnte.

Dr. med. Heinrich Lang  
Kinderarzt  
Löwenstraße 38  
70597 Stuttgart

## 2 Früheste Vermeidung der anomalen Korrespondenz wichtig

Zur Einsicht der Notwendigkeit der Frühdiagnose kann man gratulieren: „Die konservative Therapie sollte innerhalb der ersten sechs Lebensmonate begonnen werden“ schreibt Herr Dr. Kolling. Es ist aber schade, daß die Möglichkeit der sicheren Vorbeugung der anomalen Korre-

Zu dem Beitrag von  
Prof. Dr. med.  
Gerold Herbert W. Kolling  
in Heft 41/1993

spondenz (der Festigung des Schielwinkels, damit der Gefahr der Amblyopie) in der Familie mit Schielgeschichte gemieden wird. Darüber redet man nicht in der Strabologie und beantwortet selbst Briefe über dieses Thema nicht. Die Bereitschaft zur gezielten Vorbeugung des Schielens läßt in strabologischen Kreisen noch auf sich warten.

Von mir wurde schon 1988 auf der Europäischen Strab.-Tagung die Brille bei bedeutender konnataler Fehlsichtigkeit noch in der schnellsten „sensitiven Phase“ der Beidäugigkeit im zweiten bis dritten Lebensmonat gefordert. Es scheint unwichtig zu sein, aber es ist sehr bedeutend, wenn die Brille früher als in den „ersten sechs Lebensmonaten“ verordnet wird. Die schnelle Anpassung der Gehirnprogramme kann bis dahin etliche frühe Schielabweichungen festigen. Dann wird der Schielwinkel mit der Brille nicht mehr entspannbar. „Die sicherste Vorbeugung der Amblyopie ist die früheste Vermeidung der anomalen Korrespondenz“ – stammt aus dieser Arbeit: „Ursächliche Forschung durch Vorbeugung des frühkindlichen Innenschielens“. Jahrestagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft DOG, Mannheim 1993. Der Ophthalmologe, Heidelberg (im Druck).

Die risikofreie Methode der sehr früh gut angenommenen Brille bei bedeutender vererbter Fehlsichtig-

keit des Säuglings in der Schielfamilie sollte nicht verschwiegen werden. In Kenntnis der Ursachen der frühkindlichen Esotropie ist die gezielte Vorbeugung möglich. Die Eltern erwarten die Anwendung der sicheren Vorbeugung des Innenschielens. Man sollte Sie darüber informieren.

Dr. med. Stefan Rethy  
Augenarzt  
Kreuzstraße 39  
46535 Dinslaken

## Schlußwort

### Zu 1:

Ich bedauere, daß ich gegenüber Herrn Kollegen Lang den Vorwurf einer nicht ausreichenden Qualität der Vorsorgeuntersuchungen aufrechterhalten muß. Die Schielhäufigkeit liegt mit 6 Prozent bis 7 Prozent um den Faktor 10 höher als die Rückmeldequoten der untersuchten Kinder- und Allgemeinärzte für die Zielkrankheit Strabismus (Kennziffer 22). Ebenso ist die Amblyopieprävalenz mit zehn Prozent um den Faktor 20 höher als die entsprechenden Rückmeldequoten für die Zielkrankheit Ametropie (Kennziffer 23). Die Literaturangaben wurden aus der Arbeit von A. Hohmann und Ch. Menz-Hackenberg entnommen: Früherkennung kindlicher Sehstörungen – Stand und Perspektiven, bewertende Literaturstudie zum Früherkennungsprogramm für Kinder, im Auftrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Dieses handliche, auch für den Nicht-Augenarzt sehr gut verständliche Buch faßt die wesentlichen Arbeiten vor 1987 zusammen und wurde deshalb exemplarisch zitiert.

Die Pflicht des Pädiaters ist es, bereits ab der „U 2“ jede Medientrübung und jeden Strabismus mit dem Durchleuchtungstest nach Brückner zu erkennen (S. 183 der „Hinweise zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter“, Deutscher Ärzte-Verlag, 1991). Allerdings muß in den ersten sechs Monaten nur mit einer Schielhäufigkeit von etwa zwei Prozent gerechnet werden (Friedrich, 1989). Später nimmt die Schielhäufigkeit bis auf

sieben Prozent zu. Ametropien kann der Pädiater nicht entdecken, da ihm keine Geräte zur Refraktionsmessung im Säuglingsalter zur Verfügung stehen. Die Pflicht des Ophthalmologen wäre es also, in diesem Lebensalter eine Aussage über die Refraktion mittels Skiaskopie und über die Augenstellung machen zu können. Folgende Aussagen sind *nicht* akzeptabel: wenn ein Augenarzt behauptet: „Bei einem Säugling mit vier Monaten kann ich keine Brille ausmessen, kommen Sie wieder, wenn das Kind zwei Jahre alt ist, oder wenn der Kinderarzt sagt: „Ihr Kind braucht mit vier Monaten noch keine Brille, ich habe es untersucht“. Nur die enge Zusammenarbeit zwischen beiden Fachgruppen kann zur wesentlichen Verbesserung der Früherkennung kindlicher Sehstörungen führen.

#### Zu 2:

In völliger Übereinstimmung mit Herrn Kollegen Rethy fordern die strabismologisch tätigen Kollegen in den Schielabteilungen der Augenkliniken seit langem den möglichst frühen Ausgleich „bedeutender vererbter Fehlsichtigkeiten des Säuglings“. Die Behauptung, daß dadurch die „sichere Vorbeugung des Innenschielens anwendbar“ ist, wird in der strabologischen Literatur jedoch nur von Herrn Kollegen Rethy aufgestellt.

Die Entwicklung des Parallelstandes wird von Sondhi und anderen (J. pediatr. Ophthalmol. Strabismus 25 [1988] 210–211) wie folgt beschrieben: im zweiten Lebensmonat haben nur etwa 40 Prozent der Kinder richtigen Parallelstand, erst mit sechs Monaten sind 97 Prozent der Kinder parallel. In der bereits oben zitierten Habilitationsschrift von Frau PD Dr. D. Friedrich sind neben den richtig schielenden Kindern (etwa zwei Prozent) viele Säuglinge beobachtet worden, die ab Geburt bis zum sechsten Monat einen wechselnden Schielwinkel aufwiesen, der dann ohne Therapie verschwand. Wären alle diese Kinder ab dem zweiten Monat behandelt worden, wäre natürlich die Behandlung für den Erfolg verantwortlich gewesen. Ebenso fangen nicht alle Kinder aus Schielfamilien

mit einer Übersichtigkeit von über 4 Dioptrien an zu schielen, sondern nur etwa 17 Prozent (Aurell und andere, in: Br. J. Ophthalmol. 74 [1990] 589–594). Diese Schielkinder zeigten eine gleichbleibende oder zunehmende Übersichtigkeit, während bei den Nicht-Schielkindern die Fehlsichtigkeit abnahm. Auch hier wäre eine „vorsorgliche Behandlung“ mit einer Brille in 83 Prozent der Fälle erfolgreich gewesen.

Wenn die Frage der vollen Heilbarkeit des frühkindlichen Strabismus convergens alleine mit konservativen Mitteln geklärt werden soll, müßten diese richtig schielenden Kinder prospektiv und randomisiert einmal mit Brille, Segmentokklusion oder anderen Hilfsmitteln behandelt werden, das andere Mal hingegen nur mit Refraktionsausgleich ab 3 Dioptrien und „üblicher“ Okklusion. Da die Häufigkeit des frühkindlichen Innenschielens mit sechs Monaten nur zwei Prozent beträgt, wäre dazu

allerdings eine multizentrische Studie notwendig.

Seit März 1993 läuft eine prospektive, nicht randomisierte, multizentrische Studie in Europa unter Beteiligung von über 30 Schielabteilungen. Die Studie möchte nachweisen, ob die Frühoperation vor dem Ende des zweiten Lebensjahres bessere Ergebnisse als die spätere Operation zwischen dem 4. bis 6. Lebensjahr bringt. Hauptzielkriterien sind die Größe des Schielwinkels, die Güte des Binokularsehens und das Ausmaß der Amblyopie (The protocol for the „Early versus late infantile strabismus surgery study“. Strabismus 1 [1993] 135–157). Die Ergebnisse sind im Jahr 2002 zu erwarten.

Prof. Dr. med.

Gerold Herbert W. Kolling  
Leiter der Sehschule der Universitäts-Augenklinik Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 400  
69120 Heidelberg

## Gefahren der Cholesterinsenkung

In einer Metaanalyse von 40 Studien untersuchten Autoren aus England, ob niedrige Serumcholesterinkonzentrationen mit einer erhöhten Mortalität jedweder Genese einhergehen.

Eine erhöhte Mortalität als Folge von niedrigen Serumcholesterinkonzentrationen war nur bei hämorrhagischen Insulten nachweisbar und auch nur dann, wenn Werte unter 5 mmol/l gefunden wurden (relatives Risiko 1,9). Bei anderen Erkrankungen, die mit niedrigen Cholesterinwerten einhergingen (Bronchialkarzinom, hämatologische Tumoren, chronische Bronchitiden, chronische Leber- und Darmerkrankungen), war die Hypcholesterinämie eher Folge

der Grunderkrankung als umgekehrt. Selbst bei der Assoziation von Suiziden mit niedrigen Cholesterinwerten ließ sich nachweisen, daß die Depression als häufigste Ursache von Suiziden selbst zu niedrigen Cholesterinwerten führt und entsprechend eine Behandlung der Depression auch wieder zu einer Erhöhung des Serumcholesterins beiträgt.

Die Autoren folgern, daß für keine andere Erkrankung außer dem hämorrhagischen Insult ein erhöhtes Risiko bei niedrigerem oder abgesenktem Serumcholesterin resultiert. Diese Risikoerhöhung tritt jedoch nur bei sehr niedrigen Cholesterinwerten auf und wird durch die ansonsten reduzierte Mortalität bei der koronaren Herzerkrankung mehr als wettgemacht.

Law, M. R., S. G. Thompson, N. J. Wald: Assessing possible hazards of reducing serum cholesterol. *B. M. J.* 308 (1994) 373–379.

Dr. Law, Department of Environmental and Preventive Medicine, Wolfson Institute of Preventive Medicine, St. Bartholomew's Medical College, London EC1M6BQ, England.