



Autor: Max Aricochi, Experte für Myopie
Isser Optik, Innsbruck

Myopie-Fallbericht – der neue Managementstandard für Kinder

Während der letzten Jahre war eine rasante Zunahme progressiv verlaufender Myopien zu beobachten. Verschärft wird die ohnehin schon dramatische Situation nun durch die im Zuge der Covid-19-Krise veränderten Anforderungen an die Augen. Dieser Fallbericht beschreibt das Myopie-Management bei einer 8-jährigen Patientin mit Exophorie.

Ausgangssituation

Maria, ein 8-jähriges Mädchen kaukasischer Abstammung, kam zusammen mit ihrer myopischen Mutter in unsere Praxis zu einer Myopieberatung. Mit der Diagnose einer progressiven Myopie war sie von einem Augenarzt an uns verwiesen worden.

Refraktion, Biometrie und binokulare Sehfähigkeit

Im August 2020 war ihre Refraktion R +0,25 und L „plan“ gewesen. Bis zum April 2021 veränderte sich die Refraktion auf R -0,50 und L -0,75. Dies wurde durch eine biometrisch mit dem Myopia Master festgestellten Verlängerung des Augapfels bestätigt (OD 23,67 mm OS 23,60 mm).

Ihre binokulare Sehfähigkeit wurde ebenfalls untersucht. Dabei ergab sich eine Exophorie von 10 cm/m in der Nähe bei einem AC/A-Gradienten von 2:1 und einer Fusionsreserve von 12/14/10 in konvergenter und 10/14/2 in divergenter Richtung.

Bei der MEM-Retinoskopie zeigte sich beidseits eine Überakkommodation von -0,25 dpt. bei vorhandener akkommodativer Flexibilität in beide Richtungen. Aufgrund dieser Messungen und der Angaben von Mutter und Kind wurde eine asymptomatische Konvergenzinsuffizienz diagnostiziert.

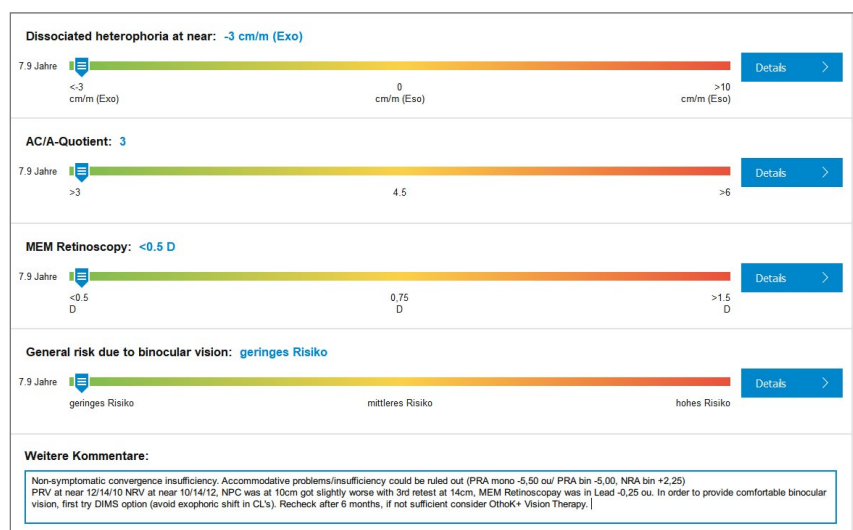


Abbildung 1: Risikoanalyse

Risikomanagement

Anamnestisch wurde eine starke Myopie mütterlicherseits festgestellt (-6,00 OU). Die vor dem Computerbildschirm verbrachte Zeit war aufgrund des Homeschoolings leider viel zu hoch (> 6 Std.), während die Bildschirmzeit am Smartphone im Rahmen lag (<1 Std.) und auch die Tageslichtexposition ausreichend war (>2 Std.). Als Hauptrisikofaktor erwies sich die Achslänge in Kombination mit der nichtaltersgemäßen Refraktion.

Behandlung

Als Behandlung der ersten Wahl schieden Kontaktlinsen aufgrund der bestehenden moderaten Nahexophorie und der dann zu erwartenden weiteren exophorischen Verschiebung aus. Atropin wird hierzulande nur mit einer Dosierung von 0,01% verschrieben. Da seine Wirksamkeit umstritten ist, wurde auch von dieser Behandlung abgesehen.

Als geeignetste Behandlung erwies sich für uns eine Brillenversorgung mit sogenannten DIMS-Gläsern, da dies das Verhältnis zwischen Vergenz und Akkommodation unverändert lassen und somit für Maria eine schnelle und praktikable Lösung darstellen würde.

Zusätzlich zur Brillenversorgung empfehlen wir für das Homeschooling den Einsatz von zwei Bildschirmen. Dabei sollte die Lehrkraft auf einem größeren Bildschirm in größerem Abstand erscheinen und der Laptop in normalem Arbeitsabstand stehen. Durch die Aufteilung auf zwei Bildschirme würde sie von der Monotonie des visuellen Arbeitens mit nur einem Bildschirm befreit und zu einem dynamischeren Sehverhalten angeregt.

Schluss

Bei Kindern verfolgen wir in unserer Praxis langfristig das Ziel, von Einsträrkenlinsen Abschied zu nehmen. Dank dem Erwerb des Myopia Master mit seiner integrierten Risikoanalyse und unserer Leidenschaft dafür, die allerbeste Lösung für unsere kleinen Patienten zu finden, kommen wir diesem Ziel täglich näher.

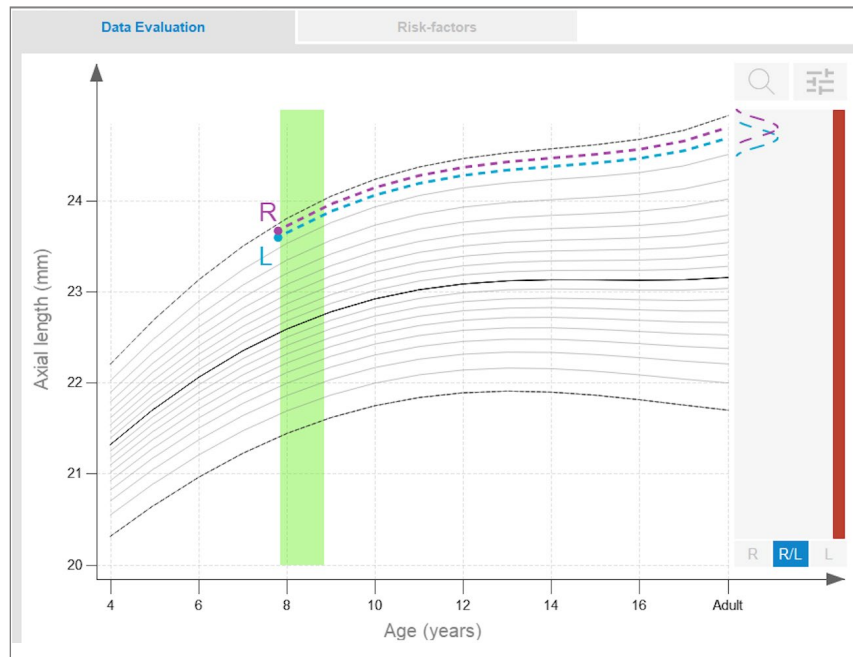


Abbildung 2: Normwachstumskurven

Myopia Master®

Bislang gab es kein Universalgerät, das Refraktion, Achslängenmessung und Keratometrie kombinierte. Man musste dazu mindestens zwei Geräte erwerben, hatte dann aber immer noch keine Myopie-Software.

Dank dem Myopia Master® von OCULUS haben Augenspezialisten jetzt die Möglichkeit, sich für die Zukunft optimal zu aufzustellen. Denn der Myopia Master kombiniert die wichtigsten Parameter und macht damit die Erkennung und Kontrolle von Myopie deutlich einfacher und zuverlässiger als je zuvor.

