

# Swiss Academy of Ophthalmology

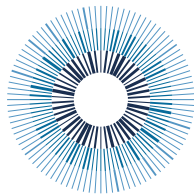
FOUNDATION

---

**NEWSLETTER**

Oktober 2017

[www.SAoO.ch](http://www.SAoO.ch)



Swiss Academy  
of Ophthalmology  
FOUNDATION

Schülenstrasse 19  
CH – 9442 Berneck  
[info@saoo.ch](mailto:info@saoo.ch)

## INHALTE

### STIFTUNG

---

Grusswort des Präsidenten	<a href="#">SEITE 3</a>
Einladung zweiter SAoO-Kongress 28.2. bis 2.3.2018	<a href="#">SEITE 4</a>
Highlights vom Mittwoch	
Highlights Donnerstag	
Auch der Freitag lohnt sich	
Social Programm und weitere Veranstaltungen	
Aussand? – Aussand! Was, warum, wieso und überhaupt	<a href="#">SEITE 5</a>
Refreshing unserer Homepage	<a href="#">SEITE 6</a>
Quiz	<a href="#">SEITE 6</a>
Last but not least: Unterstützung der Stiftung	<a href="#">SEITE 12</a>

### OPHTHALMOLOGIE

---

Sondierung der Tränenwege bei angeborener Stenose	<a href="#">SEITE 7</a>
Bindehaut-Eigentransplantat oder Amnionmembran bei Pterygium-OP?	<a href="#">SEITE 7</a>
Wie regeneriert der Zebrafisch Augengewebe?	<a href="#">SEITE 8</a>
Lampalizumab könnte das Fortschreiten der geographischen Atrophie (AMD) verlangsamen	<a href="#">SEITE 8</a>
Systemische Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von intravitrealen Aflibercept, Bevacizumab und Ranibizumab	<a href="#">SEITE 9</a>
Was bedeutet das neuro-okulare Syndrom bei Astronauten für die bemannte Raumfahrt?	<a href="#">SEITE 10</a>
ULISSE – eine randomisierte kontrollierte Studie zur Bewertung einer standardisierten Strategie zur ätiologischen Abklärung bei Uveitis	<a href="#">SEITE 10</a>
Risikofaktoren für eine schnelles Voranschreiten glaukomatöser Veränderungen	<a href="#">SEITE 11</a>



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte alle nach den sonnigen Ferien zum fünften Newsletter der SAoO herzlich willkommen heissen und auf eine neue arbeitsreiche und erfolgreiche Saison einstimmen.

Wir sind froh, bestätigt durch teils freundlichstes Feedback, eine Stiftung ins Leben gerufen zu haben, die sich den Bedürfnissen vor allem der niedergelassenen Augenärzte und Augenärztinnen widmet. Der dringende Handlungsbedarf, die Praxen zu stärken, entspringt der Überzeugung, dass sie das Rückgrat unseres ophthalmologisch-medizinischen Systems bilden.

Auch bei uns in der Stiftung gab es die letzten Monate sehr viel zu tun und auch unser System braucht Stärkung. Ich möchte mich auf diesem Weg ganz herzlich bei all jenen bedanken, die uns bereits finanziell und mit Fachwissen unterstützen. Gleichzeitig ist es mir aber auch ein Anliegen, all jene aufmerksam zu machen, die bis jetzt unentschlossen waren oder neu in die Kreise der Ophthalmologie dazugestossen sind: jede Augenärztin, jeder Augenarzt ist persönlich eingeladen – wir freuen uns über jeden noch so kleinen Zustupf. Denn, wie viele von euch persönlich wissen, es fehlt schlicht an gut ausgebildetem Personal.

Deshalb freue ich mich auch besonders, unser Projekt „Berufsbild MPA für Ophthalmologie“ ankündigen zu dürfen. Details und nähere Informationen werden laufend auf unserer Homepage präsentiert.

Werden auch Sie aktiv, fordern Sie unsere Flyer an, sprechen Sie mit Ihren Patienten und Freunden. Weil wir alle eine Überzeugung teilen: ein Leben lang zu sehen, ist es wert.

Viel Vergnügen beim Studium des Newsletters wünscht,

Dietmar Thumm  
PRÄSIDENT

im Namen des gesamten Stiftungsrates und der Programmkommission

BESTELLUNG DER PATIENTEN-BROSCHÜRE [info@sao.ch](mailto:info@sao.ch)



## KONGRESS 2018

Als erstes möchten wir auch auf diesem Wege noch einmal auf unseren Kongress in Luzern aufmerksam machen: **28. Februar bis 2. März 2018**.

Die Kongress-Struktur bleibt sehr ähnlich mit klaren Themenblöcken, und für alle ist etwas dabei.

### MITTWOCH

---

Wir fangen am Mittwoch mit Uveitis an, gehen dieses Jahr noch einmal auf die vordere Uveitis ein und bewegen uns langsam ins Augeninnere, wobei wir uns 2018 besonders mit dem Herpes beschäftigen wollen. Der Mittwoch ist den vorderen Augenabschnitten gewidmet.

**HIGHLIGHTS** sind unter anderem der Vortrag von Prof. Piovella über die Ophthalmologie in Italien und das Consilium Diagnosticum.

Parallel läuft eine intensive interaktive Diskussionsrunde mit OP-Personal, Augenchirurgen, Anästhesisten und weiteren Interessierten über Optimierung von Operationsabläufen, Verrechnungsfragen und vielem mehr.

### BEGLEITPROGRAMM

---

Selbstverständlich gibt es auch 2018 ein pikantes Begleitprogramm. Der Mittwochabend ist für die Industrie reserviert, am Donnerstag bieten wir die Möglichkeit, ein fantastisches Dinner im schönsten Jugendstilhotel der Zentralschweiz zu geniessen mit fetziger und mitreissender Jazz-Begleitung.

### DONNERSTAG

---

Am Donnerstag sind dann Cataract, refraktive Probleme und Netzhaut dran inklusive Glaukom mit chirurgischen und medizinischen Fragestellungen.

**HIGHLIGHTS:** Keynote-Lecture mit Prof. Michael Bach über das Sehen zwischen Täuschung und Ophthalmologie. Unbedingt sehenswert! **AUSSERDEM** Cyberattacke in der Praxis. Möglich? Was tun, wenn es passiert?

Am Ende präsentieren wir einen berühmten Schweizer Ophthalmologen in spannender Aufmachung... nicht verpassen!

Wir bieten dieses Jahr ausserdem ein zwei-tätiges attraktives Parallelprogramm für MPA, PraxismitarbeiterInnen und OptikerInnen an. Ohnehin parallel läuft das Programm für Orthoptistinnen, denen wir dieses Jahr auch unter anderem eine Notfall-Fortbildung mit Basic Live Support anbieten (gibt's auch für die MPA).

Wer bis am Samstagmorgen bleibt, kann an einer Gratis-Führung durch Luzern teilnehmen (Sie werden begeistert sein und viel Neues erfahren, selbst wenn Sie Luzern kennen).

### FREITAG

---

Der Freitagmorgen wird 2018 besonders interessant werden, da wir uns den Tariffragen und der Zukunft unserer Praxistätigkeit widmen werden, ausserdem gibt's am Freitag immer weitere Highlights wie Video-Sessions, strabologische Knacknüsse und neuro-ophtalmologische Schmankerl.

**HIGHLIGHTS** am Freitag unter anderem ausserdem: Schwierige Gesichtsfelder und Fahrtauglichkeit, und Kollege Kreis bringt einen faszinierenden Vortrag über die Herausforderungen für die Ophthalmologie in der Dritten Welt.

Wie man sieht: Auch 2018 führt nichts an Luzern vorbei. 😊

### ONLINE SERVICE

---

Hier geht's direkt zur Buchung:  
<https://2018.saoo.ch/mein-kongress/shop>

LOGIN ERFORDERLICH

und hier zum Programm:  
<https://2018.saoo.ch/kongress-2018/programm>

## Aussand? – Aussand! Was, warum, wieso und überhaupt

---

Der Aussand der Unterlagen ist schon ein paar Wochen her. Wir möchten es nicht unterlassen, dazu einige wichtige Bemerkungen anzufügen. Im Couvert befanden sich diverse Flyer, unter anderem eine Einladung zur SBAO-Fortbildung. Dies hat viele Fragen aufgeworfen und auch Ärger ausgelöst.

Als Präsident der Stiftung möchte ich dazu folgende wichtige Aussage machen: Wir sind keine standespolitische Organisation, sondern eine Institution, welche einen guten Wissensstand und der optimalen Versorgung der Bevölkerung dienende Fortbildungen vermitteln möchte. Der SAoO-Kongress wird deshalb z.B. auf der Homepage des SBAO aufgeschaltet, die Optiker und Optometristen dürfen sich in der Fortbildung für PraxismitarbeiterInnen einschreiben. Wir haben das Berufsbild und Ausbildungsprogramm der Optometristen nicht erschaffen. Aber wenn sie schon so viel können sollen, dann sollen sie es auch wirklich können, ihre Verantwortung und ihre Grenzen kennen. Dafür stehen wir ganz bewusst ein.

Umgekehrt übrigens würde es manchem von uns gar nicht so schlecht anstehen, sich mal wieder ein bisschen schlau zu machen, was im Optik-Sektor läuft, die Entwicklungen gehen nämlich immer schneller und werden auch immer verrückter, je länger je mehr wird alles immer deutlicher fachübergreifend, weshalb man sich ja eben z.B. auch mal beim SBAO einschreiben kann oder darf.

Diejenigen, welche ganz besonders aufmerksam lesen, werden auch feststellen, dass z.B. Michael Bärtschi, Kontaktlinsenspezialist und von manchen Leuten als „Nur-Optometrist“ bezeichnet, als Referent auftritt, im Myopie-Teil übrigens, und er wäre nicht dabei, wenn wir nicht wüssten, dass er kompetent und lebendig referieren wird. Wir werden immer

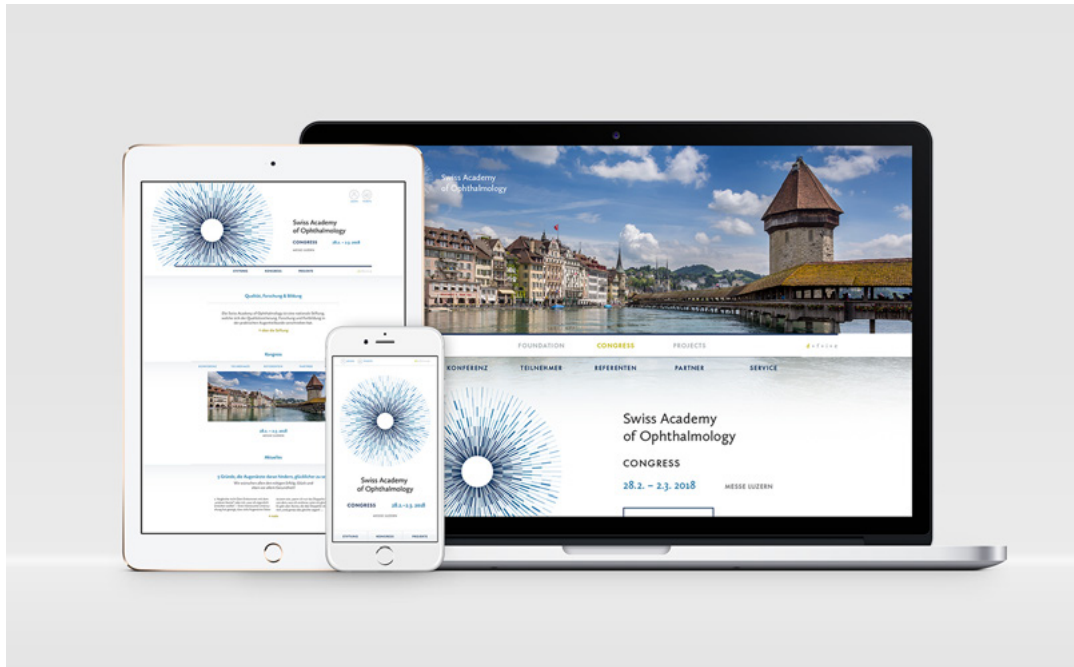
dafür einstehen, den wissenschaftlichen Disput durch Standesdünkel nicht zu unterbinden. – Ich habe dadurch die Frage nicht beantwortet, ob es gut ist, für uns Ärzte oder für die Patienten, dass immer mehr Optiker und Optometristen immer mehr „Gesundheitservice“ anbieten. Wie man darauf reagieren könnte, darüber gibt es ebenfalls mehrere sehr unterschiedliche Ansichten. Eine davon habe ich selber umgesetzt, was ebenfalls nicht alle ganz verstehen können; dass die Idee stimmt, können wir inzwischen aber beweisen. Ganz prinzipiell haben wir es ohnehin verpasst, den Zug (bezüglich Optometristen und Optiker-Berufsbild) am Abfahren zu hindern. Ihn jetzt aufzuhalten, macht keinen Sinn mehr. Und das hat wie gesagt mit Gesundheitspolitik zu tun, die, wie wir häufig feststellen können, oft ohne uns gemacht wird, oder über unsere Köpfe hinweg entschieden wird.

Nichts zu tun, ist keine Lösung. Und von unserer Seite keine Ausbildung anzubieten, ist auch keine. Dann machen es andere, und vielleicht eben schlechter und von unserer Seite vor allem nicht kontrollier- und nicht einsehbar.

Wir pflegen mit allen, die sich um eine optimale Fortbildungskultur bemühen, guten Kontakt und regen Austausch. Dies muss hier als Erklärung vorläufig genügen. Gerne werde ich mit Kollegen, welche dies vertiefen oder mir doch wichtige Argumente übermitteln wollen, bilateral weiter diskutieren. Mein e-mail-Portal steht allen offen ([dietmar.thumm@augen-tagesklinik.com](mailto:dietmar.thumm@augen-tagesklinik.com) oder [dietmar.thumm@saoo.ch](mailto:dietmar.thumm@saoo.ch)).

Im Moment sind wir alle gefordert, die standes- und gesundheitspolitischen Anforderungen sind hoch. Pflegen wir eine gute Kameradschaft und kollegiale Zusammenarbeit. Und nutzen wir unsere Chancen: Das Bessere schlägt das Gute. Die SAoO hat sich die Unterstützung des Praktikers in allen Belangen auf die Fahne geschrieben.

## Refreshing unserer Homepage



Auch unsere Homepage haben wir einem ersten Update bzw. Refresher unterzogen. Ziel ist ein attraktiver Auftritt und eine bessere Übersicht sowie auch eine bessere Funktionalität. Dies ist ein ständiger Prozess.

Wir sind deshalb auch dankbar für Hinweise auf Mängel und Verbesserungsvorschläge.

## Quiz

Der letzte Newsletter enthielt ein Quiz – hier unten die richtigen Antworten. Vergleichen Sie mit Ihrer Einsendung, wie viel Sie richtig beantworten konnten.

Gerne nehmen wir auch Fragen, Feedback oder Anregungen zum Quiz entgegen: [info@sao.ch](mailto:info@sao.ch)

### AUFLÖSUNG QUIZ NEWSLETTER JULI 2017

- 1 d    2 c    3 a    4 d    5 b    6 c    7 b    8 a  
9 a) Acanthamoeben, b) HSV1, c) Pseudomonas, d) Fusarium  
10 d    11 a) europäisch, b) asiatisch    12 c    13 d    14 e  
15 b) (ERST 1971)    16 c) (NUR 11%)    17 a

Wir weisen darauf hin, dass wir im Anschluss an den Kongress 2018 erneut per Newsletter ein Quiz verschicken werden, bei dessen Lösung man im besten Fall wieder für den nächsten Kongress einen **Gratiseintritt** gewinnen kann.

## OPHTHALMOLOGIE

### Sondierung der Tränenwege bei angeborener Stenose

---

Angeborene Tränenwegstenosen kommen in ca. 5-20% vor und öffnen sich oft ohne chirurgischen Eingriff im Verlauf. Konservative Behandlungsoptionen sind Beobachten ohne Therapie, Massage des Saccus lacrimalis, lokale Antibiotika und als invasive Maßnahme die Sondierung der membranösen Obstruktion am distalen naso-lacrimalen Gang. Diese Tränenwegs sondierung kann sowohl in der Praxis (Handtuch- oder Wickelnarkose) als auch im Operationssaal unter Vollnarkose durchgeführt werden.

In dieser Arbeit werden Ergebnisse von zwei randomisierten klinischen Studien mit oder ohne Sondierung bei angeborener Tränenwegsstenose zusammengefasst.

#### HAUPTAUSSAGEN SIND

- 77 der 117 (66%) Augen, die in die Beobachtungsgruppe randomisiert wurden (deferred probing), wiesen nach 6 Monaten eine spontane Öffnung auf, während sich 40 Augen (34%) nicht ohne Sondierung öffneten.
- Bei einseitiger Tränenwegstenose zeigten die Kinder, die sofort sondiert wurden, eine höhere Öffnungsrate als die Kinder der Beobachtungsgruppe (6 Monate)
- 9% der Kinder mit einseitiger und 13% mit beidseitiger Tränenwegsstenose benötigten nach frühem Ersteinriff eine Revision.

Es bedarf weiterer größerer, gut strukturierter Studien um eine klare Behandlungsstrategie und/ oder den optimalen Zeitpunkt für einen Eingriff definieren zu können.

Probing for congenital nasolacrimal duct obstruction  
Carisa Petris, Don Liu, Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 12

### Bindehaut-Eigentransplantat oder Amnionmembran bei Pterygium-OP?

---

Ziel dieser Analyse war es, einen Überblick über die Effektivität und Risiken von Bindehaut-Eigentransplantaten vs. Amnionmembran-Transplantaten bei Pterygium-Operationen zu gewinnen. Es wurden in dieser Cochrane Analyse nur randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen, in denen die Rezidivrate der beiden erwähnten OP-Methoden verglichen wurden. Als Hauptergebnis wurde das Rezidiv des Pterygiums  $\geq 1$  mm auf die Hornhaut wachsend 3 und 6 Monate nach OP definiert.

20 Studien mit 1866 Teilnehmern (1947 Augen) wurden in diese Zusammenfassung eingeschlossen.

#### ERGEBNISSE

- Nach 3 Monaten gab es keine signifikanten Unterschiede für die 2 Operations- Verfahren bezüglich der Rezidivrate (Ergebnisse von 538 Augen)
- Nach 6 Monaten zeigte die Gruppe mit den Bindehaut-Eigentransplantaten jedoch ein um 47% niedrigeres Rezidiv Risiko als die Amnionmembrangruppe.

Conjunctival Autograft Versus Amniotic Membrane Transplantation for Treatment of Pterygium: Findings from a Cochrane Systematic Review, Clearfield E et al, Am J Ophthalmol. 2017 Jul 19.

## OPHTHALMOLOGIE

### Wie regeneriert der Zebrafisch Augengewebe?

---

In einem kürzlich veröffentlichten Artikel in [Proceedings of The National Academy of Sciences](#) haben Forscher der John Hopkins University berichtet, dass die natürliche Fähigkeit von Zebrafischen, Netzhautgewebe regenerieren zu können, durch Kontrolle deren Immunsystems erhöht werden kann. Die Forscher formulieren die Möglichkeit, eines Tages mit diesem neuen Wissen degenerative Augenerkrankungen behandeln zu können. “ Bei uns Menschen gibt es eine evolutionäre Sperre, manche Gewebe regenerieren zu können,” sagt Jeffrey Mumm aus dem Team. “Aber trotzdem haben Menschen die genetischen Anlagen, Netzhautgewebe neu bilden zu können, wenn wir bestimmte Mechanismen aktivieren und kontrollieren können.”

Die Forscher berichten über Ergebnisse, die zeigen, dass Microglia die regenerative Antwort der Müller Zellen beeinflussen und somit nutzbar gemacht werden können, um das Wachstum von neuem Netzhautgewebe zu beschleunigen.

<https://hub.jhu.edu/2017/07/17/zebrafish-eye-tissue-renewal/>

### Lampalizumab könnte das Fortschreiten der geographischen Atrophie (AMD) verlangsamen

---

Ergebnisse dieser Phase-2-Studie (MAHALO) zeigen, dass Lampalizumab, ein humaner monoklonaler Antikörper gegen Komplementfaktor D, die Progression der geographischen Atrophie (GA) bei einer bestimmten Gruppe von Patienten signifikant reduzieren könnte.

120 randomisierte Patienten erhielten entweder monatlich oder jeden 2. Monat Lampalizumab oder Placebo.

Nach 18 Monaten zeigte die monatliche Behandlungsgruppe eine Reduktion von 20% des Areal der GA im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $p = 0,117$ ), welche die vorher festgelegte Signifikanzgrenze von  $p < 0,2$  erreichten. Die weitere Analyse dieser Ergebnisse zeigte, dass vor allem in der Subgruppe von Komplement-Faktor-I (CFI) Risiko-Allelträgern eine 44%ige Reduktion der GA-Progression erreicht werden konnte ( $p = 0,0037$ ). Die bestkorrigierte Sehschärfe jedoch verschlechterte sich in allen drei Gruppen (Bereich: 1,4-4,9 ETDRS Buchstaben). Es gab keine ernsthaften Sicherheitsrisiken.

Science Translational Medicine, June 21 2017



### Systemische Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von intravitrealen Aflibercept, Bevacizumab und Ranibizumab

---

Im Allgemeinen gilt die intravitreale Verabreichung von anti-VEGF als sicher. Aber ein spezielles Risiko bleibt für gewisse Patientengruppen, wie Diabetiker, bei Zustand nach Herzinfarkt oder zerebrovaskulärem Insult, welche bei supprimierten systemischen VEGF-Spiegeln eine gefährdete Gruppe sein könnten. Die klinischen Implikationen der Suppression von systemischem VEGF nach intravitrealer Anti-VEGF-therapeutischer Verabreichung sind nicht geklärt.

Aus der klinischen Onkologie ist bekannt, dass VEGF Suppression bei systemischer Gabe von anti-VEGF-Agentien Patienten einem erhöhten Risiko bezüglich kardiovaskulärer, thrombo-embolischer Ereignisse, renaler und gastrointestinaler Nebenwirkungen und Wundheilungskomplikationen aussetzt.

Es gibt nur wenige Head-to-Head-Studien zwischen Ranibizumab und Aflibercept. In den klinischen Studien von VIEW I und II wurden das okulare und systemische Sicherheitsprofil von Ranibizumab und Aflibercept bei Patienten mit AMD als ähnlich erachtet.

Während dieser prospektiven, nicht-randomisierten klinischen Studie erhielten Patienten 3 monatliche intravitreale Injektionen mit Aflibercept 2,0 mg, Bevacizumab 1,25 mg oder Ranibizumab (0,5 mg bei AMD / RVO, 0,3 mg bei DME). Untersucht wurde die Serum-PK und Konzentration von freiem VEGF nach der ersten und dritten Injektion. Insgesamt wurden

151 Patienten in diese Studie eingeschlossen, 57 in der AMD-Gruppe, 46 in der DME-Gruppe und 48 in der RVO-Gruppe. Diese Studie zeigt, dass Aflibercept, Bevacizumab und Ranibizumab eine unterschiedliche systemische Exposition bzgl. systemischer VEGF-Spiegel nach intravitrealer Injektion bewirken. Die systemische Exposition jedes Anti-VEGF-Medikaments schien sich nicht bezüglich der Indikation zu unterscheiden, war aber mit Bevacizumab am höchsten und bei Ranibizumab am niedrigsten. Aflibercept zeigte die stärkste Suppression von anti-VEGF im Plasma.

Übrigens verweisen die Autoren gemäß Angaben des Herstellers darauf, dass die Bindungsassays, die in Gegenwart eines Anti-VEGF-Bindungspartners verwendet werden, nicht geeignet sind, das Gesamt-VEGF im Serum oder Plasma aufgrund der Bindungseigenschaften des Captures und der im Assay verwendeten Nachweisreagenzien zu messen. Allerdings wird dieser Assay häufig zur Messung freier VEGF-Konzentrationen in Proben von Patienten verwendet, die mit Anti-VEGF-Therapeutika behandelt wurden.

Noch konnten keine bedeutenden Unterschiede im Sicherheitsprofil der verschiedenen anti-VEGF-Agentien bewiesen werden, aber die in dieser Studie gezeigten Ergebnisse könnten zukünftig eine Grundlage zur Erklärung möglicher Unterschiede systemischer Sicherheitsrisiken bei Aflibercept, Bevacizumab und Ranibizumab liefern.

Averay RL et al, RETINA 0:1-12, 2017

### Was bedeutet das neuro-okulare Syndrom bei Astronauten für die bemannte Raumfahrt?

Bei Astronauten der International Space Station (ISS) wurden Veränderungen der Augen festgestellt, die Bedenken aufkommen lassen, was zukünftige Weltraummissionen zum Mars und anderen Zielen betrifft. Bisher nicht beschriebene pathologische, systemische und neuro-ophthalmologische Reaktionen wurden erstmals bei Astronauten während und nach Langzeit-Raumflügen beschrieben. Zu der komplexen Klinik des Space Flight-Associated Neuro-Ocular Syndroms (SANS) gehört ein- oder beidseitiges Papillenödem, Bulbusabflachung, Aderhaut- und Netzhautfalten, Hyperopisierung und Nervenfaserschicht-Infarkte. Das Syndrom teilt einige Ähnlichkeiten mit der auf der Erde bekannten Idiopathischen intrakraniellen Hypertension, während gleichzeitig dafür typische Symptome wie beidseitiges Auftreten, chronische Kopfschmerzen und Puls-synchronisierter Tinnitus fehlen. Eine Hypothese versucht SANS durch eine Verschiebung der cerebro-spinalen Flüssigkeit in der Schwerelosigkeit zu erklären. Jedoch sind die Veränderungen individuell sehr verschieden, treten meistens relativ rasch nach dem Start auf, schreiten langsam voran und korrelieren in der Schwere mit der Dauer der Mission. SANS unterliegt weiterer Forschungsanstrengungen, insbesondere unter der Berücksichtigung kommender bemannter Missionen ins All, wie Reisen zum Mond oder Mars.

Space Flight-Associated Neuro-ocular Syndroms, Lee AG,  
JAMA Ophthalmol. 2017 Jul 20

### ULISSE – eine randomisierte kontrollierte Studie zur Bewertung einer standardisierten Strategie zur ätiologischen Abklärung bei Uveitis

Die Abklärung der Ätiologie bei Uveitis ist sowohl für die Prognose wie auch die einzuleitende Therapie sehr wichtig. Jedoch bleibt die Ursache in 30-70% der Fälle unklar. ULISSE ist eine multizentrische, prospektive, randomisierte Studie, die den Wert einer standardisierten gegenüber einer "freien" Abklärung vergleicht. Die "freie" Strategie erlaubte es dem behandelnden Arzt, nach Bestimmung des anatomischen Typs der Uveitis, jede gewünschte Untersuchung zu veranlassen und/oder zu einem Internisten zu schicken. Die standardisierte Strategie implizierte hingegen ein einheitliches Vorgehen: Untersuchung durch einen Augenarzt (anatomische Einteilung der Uveitis) und Internisten, dann Erheben folgender Parameter: Blutbild, BSG, CRP, Tuberkulin-Test, Lues Serologie, und Röntgen-Thorax. Darüber hinaus gehende Diagnostik, war bei klinischen oder paraklinischen Befunden erlaubt. Die per-Protokoll-Population umfasst 676 Patienten (Standardabklärung 303, freie Abklärung 373). Als Hauptergebnis wurde der Anteil in Prozent definiert, der zu einer Ätiologie der Diagnose führte: 54.4% bei der freien Abklärung und 49.5% in der standardisierten Gruppe. Unter den Ursachen der klassifizierten Uveitiden in den 2 Gruppen waren am häufigsten Systemerkrankungen anzutreffen (60.8%), gefolgt von Infektionen (25.1%), Augen-spezifischen Krankheiten (10.7%), Masquerade Syndrome (1.7%) und Medikamente (1.7%). Als häufigste Entitäten kristallisierten sich HLA-B27-assoziierte Uveitis (22%), Sarkoidose (18%), Tuberkulose (10.7%) und Herpes-Viren-Infektionen (8.5%) heraus. Diese 5 Entitäten zeichneten für 70% aller diagnostizierten Fälle. Morbus Behcet und Syphilis wurden hingegen nur in 4.2% und 1.7% diagnostiziert. In der "freien" Gruppe wurden mehr Untersuchungen veranlasst als in der Standardgruppe (5371 vs. 3759,  $P < .0001$ ).

Die Standard-Strategie scheint somit eine effiziente Methode zur Abklärung einer Uveitis zu sein, wobei sie im Vergleich zur "freien" Strategie weder unterlegen noch nicht-unterlegen ist.

Randomized Controlled Trial Evaluating a Standardized Strategy for Uveitis Etiologic Diagnosis (ULISSE), A. de Parisot et al, Am J Ophthalmol 2017;178:176–185.

## OPHTHALMOLOGIE

### Risikofaktoren für eine schnelles Voranschreiten glaukomatöser Veränderungen

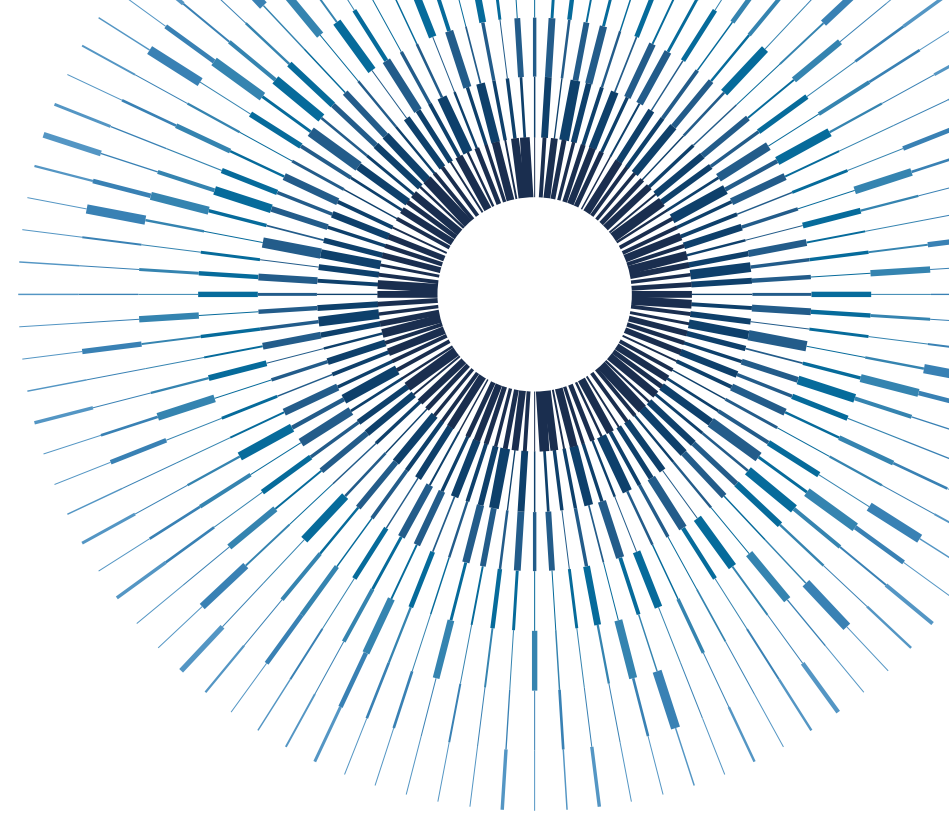
---

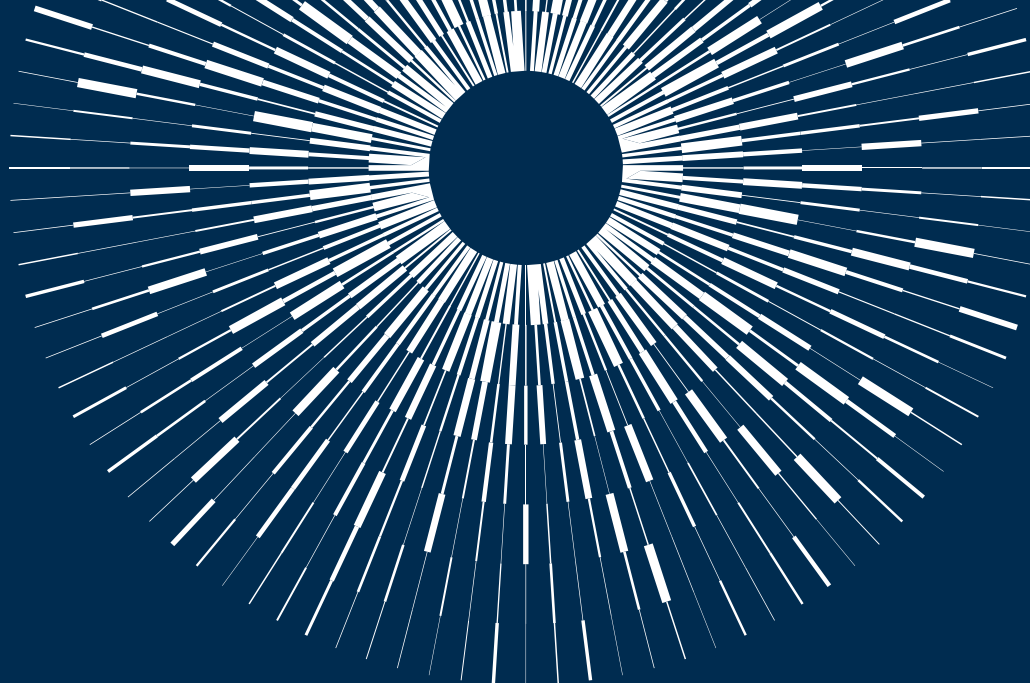
Ziel dieser retrospektiven Fall-Kontroll-Studie war es, die intraokularen und systemischen Risikofaktoren, die eine rasches Voranschreiten eines Glaukomes bedingen, bestimmen zu können. 48 schnell voranschreitende Glaukomfälle (definiert durch Progression  $\geq 1$ dB MD/Jahr) und 486 nicht-schnell voranschreitende Fälle (definiert durch Progression  $< 1$ dB MD/Jahr).

#### ERGEBNISSE

- Bei schnell voranschreitenden Fällen waren die Patienten älter, die zentrale Hornhautdicke und Druckwerte bei Erstdiagnose waren signifikant geringer, PEX kam häufiger vor, sowie Papillenrandblutungen, Medikamentenwechsel und drucksenkende Operationen.
- Die Rate der kardiovaskulären Erkrankungen und Hypotension war signifikant erhöht in der rasch voranschreitenden Gruppe. Studienteilnehmer mit einer kardiovaskulären Grunderkrankung zeigten diesbezüglich ein 2,33-fach erhöhtes Risiko, obwohl sie signifikant niedrigere Base-line und Durchschnittsdruckwerte aufwiesen.

Risk Factors for Rapid Glaucoma Disease Progression, Thomas C. W. Chan et al., Am J Ophthalmol 2017; 180:151–157.





# Swiss Academy of Ophthalmology

CONGRESS

28.2. – 2.3. 2018

MESSE LUZERN

---

24 FORTBILDUNGSPUNKTE

Zum Schluss machen wir noch einmal darauf aufmerksam, dass Sie gerne unsere Stiftung finanziell unterstützen dürfen. Jede noch so kleine Spende ist willkommen – und von der Steuer absetzbar!

Haben Sie zufriedene Patienten?  
Machen Sie sie auf die Swiss Academy of Ophthalmology aufmerksam! Wir haben dazu eine praktische Broschüre mitsamt Einzahlungsschein geschaffen.

Hier können Sie diese bestellen: [info@sao.ch](mailto:info@sao.ch)

[www.SAoO.ch](http://www.SAoO.ch)