

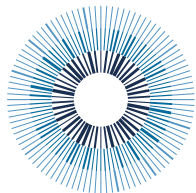
Swiss Academy of Ophthalmology

FOUNDATION

NEWSLETTER

Januar 2018

www.SAoO.ch



Swiss Academy
of Ophthalmology
FOUNDATION

Schülenstrasse 19
CH – 9442 Berneck
info@saoo.ch

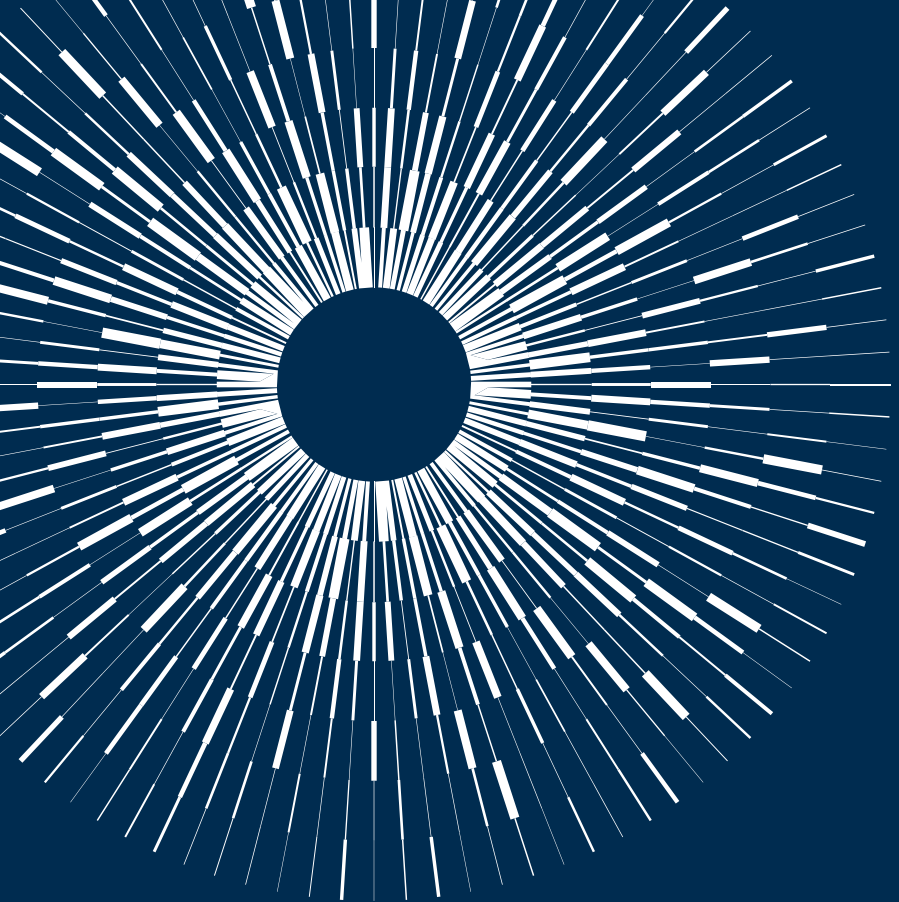
INHALTE

STIFTUNG

Grusswort des Präsidenten	SEITE 3
SAoO-Kongress 28.2. bis 2.3.2018	SEITE 4
Kongress Specials	
Erste GV des Vereins Swiss Academy	

OPHTHALMOLOGIE

Stellenwert der Selektiven Lasertrabekuloplastik (SLT)	SEITE 5
Eine genetische Revolution in der Ophthalmologie?	SEITE 5
AAO 2017 Retina Subspecialty Day: DRCR.net – Vorstellung Protocol U	SEITE 6
Retinopathia centralis serosa – welche Faktoren beeinflussen die Krankheitsdauer?	SEITE 7
Lokaltherapie für Keratokonus erhält Orphan Status	SEITE 7
Die ISNT- Regel: Wie häufig trifft sie bei Sehnerven-Aufnahmen und retinaler Nervenfaserschicht-Messung in der Normalbevölkerung zu?	SEITE 8
Das Fortschreiten des Glaukoms aufdecken – ein Vergleich zwischen OCT und Gesichtsfeldanalyse	SEITE 9



2018

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Auch von Seiten der Swiss Academy of Ophthalmology möchten wir allen die besten Wünsche für 2018 entbieten, möge das Jahr trotz immer eisigeren Winden im Gesundheitswesen unsere Sinne und die Freude am Beruf beflügeln und uns eine erfolgreiche und befriedigende Arbeit am und mit den Patienten ermöglichen. Wir wünschen Ihnen Glück, Segen und Erfolg sowohl im Beruf wie auch privat.

In diesem Sinn,

Dietmar Thumm

PRÄSIDENT

im Namen des gesamten Stiftungsrates und der Programmkommission

KONGRESS 2018

Der Kongress naht mit Riesenschritten. Ein paar Dinge sind mir als Präsident besonders wichtig zu vermitteln:

Kongress-Specials

Die SAoO fokussiert sich auf die Bedürfnisse des Praktikers. Da im chirurgischen Sektor in den letzten Jahren einiges gegangen ist, müssen auch Nicht-Augenchirurgen wissen, welche Operation bei welcher Indikation Sinn macht (z.B. MIGS in der Glaukom-Behandlung), wie es mit den Spezifikationen der Nachbetreuung nach einem Eingriff heute aussieht etc. Deshalb haben wir auch für chirurgische Themen Refresher ins Programm aufgenommen. Bei uns heisst das übrigens Refresher, nicht Update, wir finden das erfrischender!

Es gibt viele Gründe, den ganzen Kongress zu besuchen: Die Tarmed-Sitzung vom Freitagmorgen z.B. ist trotz des etwas irreführenden Titels eine sehr interaktive Diskussionsrunde für den Praktiker, die 2 Monate nach Einführung des neuen Tarifes alle wichtige Fragen und Unklarheiten thematisieren wird und dazu gedacht ist, jede Menge Abrechnungstipps zu geben. Dies ist auch angedacht für das Chirurgen-Parallel-Meeting vom Mittwoch, wo auch abrechnungstechnische Fragen besprochen werden (können).

Ferner sei noch einmal auf das attraktive Social-Programm hingewiesen:

- Apéro riche in der Industrie-Ausstellung am Mittwochabend mit einem Überraschungsgast
- Jazzdinner am Donnerstagabend
- Gratis-City-Tour am Samstagmorgen.

Erste GV des Vereins Swiss Academy

Es sei ferner darauf hingewiesen, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass es noch einen guten Grund gibt, am diesjährigen SAoO-Kongress teilzunehmen. Alle Teilnehmer werden automatisch Mitglied des Vereins. Dieser Verein unterstützt die Stiftung und wurde letztes Jahr gegründet. Nach einem Jahr ist die erste GV fällig. Es

geht um so wichtige Dinge wie Bestätigung bzw. Wahl des Vorstandes und Festlegung des Jahresbeitrages. Die Traktandenliste liegt dem Aussand dieses Newsletters bei. Anträge können noch gestellt werden. Es würde uns riesigsagenhaftsamässig freuen, wir könnten eine grosse Zahl Mitglieder willkommen heissen!

WICHTIG

Letzte Tage, den Frühbucher-Rabatt zu nutzen – läuft noch bis **15. 1. 2018**

Wir haben ein stark erweitertes Board, welches die Programmkommission ergänzt, und in dem viele Praktiker und Nicht-Chirurgen sitzen. Beim nächsten Kongress haben wir das Programm auch für das nicht-ärztliche Praxispersonal sowohl für die Orthoptistinnen als auch für die MPA's, Sekretärinnen und das OP-Personal massiv ausgebaut. Wir freuen uns also, wenn möglichst alle Ihre PraxismitarbeiterInnen am Kongress teilnehmen.

Auch für die Praxismitarbeiterinnen bietet sich ein also reichhaltiges Programm an mit z.B. Notfall- und Triagevorstellungen, Basic-Life-Support Hands-On (auch für Orthoptistinnen) und Tipps und Tricks für's Abrechnen und den Praxis-Computer.

Neu gibt es z.B. einen sehr intensiven OCT-Kurs für eine ausgewählte Gruppe. Bewährt er sich, werden wir solche und ähnliche Kurse in Zukunft an jedem Kongress für alle Interessierten anbieten. Wir freuen uns übrigens immer über Inputs, um das Programm im darauffolgenden Jahr noch attraktiver zu gestalten.

Ferner sei darauf hingewiesen, dass selbstverständlich alle KongressteilnehmerInnen zwischen den Vorträgen bzw. Vortragsräumlichkeiten hin- und herpendeln dürfen. Wenn also z.B. eine Praxismitarbeiterin wissen möchte, wie sich ihr Chef im anderen Saal so schlägt, dann darf sie natürlich dort reinsitzen 😊

DOWNLOAD-LINKS

[Traktandenliste der ersten GV](#) PDF
[Statuten des Vereins SAoO](#) PDF

Stellenwert der Selektiven Lasertrabekuloplastik (SLT)

Die Selektive Lasertrabekuloplastik hat sich in den letzten Jahren als eine Standardtherapie zur Behandlung des Glaukoms etablieren können. SLT kann ich den meisten Formen des Offenwinkelglaukom und bei okulärer Hypertension angewendet werden.

Im Gegensatz zur ALT, kann man die SLT wiederholt anwenden und sie benötigt nur einen Bruchteil der Energie im Vergleich zur ALT (weniger als 0.1%). Die SLT hat keinen nachweisbaren Einfluss auf andere Behandlungswege des Glaukoms, wie zB Augentropfen.

Komplikationen sind insgesamt selten, es geht dabei um Druckspitzen, Hornhautnarben oder –dekompensation bei Endothelzellschaden und zystoides Makulaödem.

WICHTIGE FAKTEN

- Die Anwendung der SLT hat ein geringes Risiko
- Die SLT ist genauso effektiv wie die Argon Laser Trabekuloplastik (ALT)
- Bei Wiederholungsanwendung ist der Effekt genauso groß wie beim ersten Mal
- Im Vergleich zur ALT erzeugt die SLT keinen thermischen Gewebeschaden
- SLT ist eine gute Option für Patienten mit schlechter Adhärenz, oder die unter Nebenwirkungen einer lokalen Therapie leiden und schließlich noch in der Erforschung eine zukünftige etablierte Option als Therapie der ersten Wahl, um den Augeninnendruck zu senken.
- Der drucksenkende Effekt nach Lasertherapie stellt sich erst nach Wochen ein
- Betrug die Erfolgsrate nach 1 Jahr bei der SLT 68% und ALT 54%, lag sie nach 3 Jahren bei der SLT bei 46% und bei der ALT bei 30% und betrug nach 5 Jahren bei der SLT noch 32% und bei der ALT 31%

Schlote T. Stellenwert der selektiven Lasertrabekuloplastik,
Klin Monatsbl Augenheilkd 2017; 234: 1362–1371

Eine genetische Revolution in der Ophthalmologie?

Am 12. Oktober 2017 hat ein FDA-Gremium einstimmig zugunsten der vorläufigen Zulassung von Vortigene Neparvovec (Luxturna) der Firma Spark Therapeutics zur Behandlung der Retinalen Dystrophie mit RPE65-Mutation gestimmt.

Die Erkrankung wird – abhängig vom Verlauf – als Lebersche Kongenitale Amaurose oder als Retinitis pigmentosa diagnostiziert.

Dabei werden modifizierte adeno-assoziierte Viren in den subretinalen Raum injiziert. Die Viren sollen die Pigment-Epithel-Zellen infizieren und korrekte Kopien des Gens RPE65 abladen. Die Zellen bilden das Enzym Retinoid-Isomerohydrolase, der visuelle Zyklus ist wiederhergestellt.

Luxturna zeigte seine Effizienz und Sicherheit in der Anwendung in einer Phase 3 Studie mit 41 betroffenen Patienten, die zwischen 4 und 44 Jahren alt waren.

Die Versuchsgruppe, die im Rahmen der Studie das Medikament erhielt, berichtet über statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserung im „bilateral multi-luminance mobility testing (MLMT) score“ nach einem Jahr im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Die endgültige Entscheidung der US-Arzneimittelbehörde FDA wird für Januar 2018 erwartet.

Auch in Europa hat der Hersteller Spark Therapeutics bereits die Zulassung beantragt. Wann die europäische Arzneimittelbehörde EMA ihre Entscheidung verkündigt, ist allerdings noch unklar.

Es handelt sich aller Voraussicht nach um die erste retinale Gentherapie, die die Zulassung der FDA erhält, somit ein historischer Durchbruch in der Augenheilkunde und für Betroffene, und nebenbei handelt es sich hierbei auch um die erste von der FDA zugelassene Gentherapie für eine Erbkrankheit.

OPHTHALMOLOGIE

AAO 2017 Retina Subspecialty Day: DRCR.net – Vorstellung Protocol U

In dieser multizentrisch randomisierten Studie wurde der Effekt zur Behandlung des chronischen diabetischen Makulaödems zwischen einer Kombination aus einem intravitrealem Dexamethason Implantat (Ozurdex [DEX], Allergan) + Ranibizumab 0.3 mg (Lucentis, Genentech) versus Ranibizumab als alleinige Therapie verglichen.

Der Begriff chronisches Makulaödem wurde folgendermaßen definiert: Mindestens 6 Monate vorhanden und Zustand nach initialen 3 anti-VEGF-Injektionen vor einer weiterführenden Therapie, die weitere 3 monatliche Injektionen beinhaltet. Die Patienten wurden entweder der Kombinations- oder der Monotherapie-Gruppe per Zufall zugeordnet. Aufgrund der aktuellen Sehschärfe und der OCT-Aufnahmen wurde die Notwendigkeit einer weiterführenden Therapie entschieden. Als Baseline Behandlung erhielten die Patienten die ihnen zugeordnete Therapie (also entweder Mono-oder Kombinationstherapie), aber bei Woche 4 und 8 erhielten beiden Gruppen nur Ranibizumab, falls die Re-Behandlungskriterien erfüllt wurden. Nach 12 Wochen erhielt jede Gruppe wieder ihre zugewiesene Therapie, falls nötig. In Woche 16, wurde eine Kombinationstherapie verabreicht, falls dies nicht in Woche 12 angezeigt war, wiederum aber wurde nur Ranibizumab in beiden Gruppen gespritzt, falls eine Therapie bei Woche 12 stattfand. In Woche 20 wurde die Kombinationstherapie angewendet, falls die zugewiesene Gruppe noch keine 2. Kombinationstherapie erhalten hatte, ansonsten erhielten sie Ranibizumab.

Insgesamt wurden 129 Augen bei 116 Patienten in dieser Studie randomisiert.

Als „primary outcome“ wurde die Veränderung der Sehschärfe (gemessen in Buchstaben) bei Woche 24 definiert.

Die Kombinationstherapie Dexamethason-Ranibizumab wurde in 95-96% an einem Tag durchgeführt, bei allen aber in der Zeitspanne von 0 bis 8 Tagen.

PRIMARY OUTCOME

In der Kombinationsgruppe wurde ein Anstieg um 2.7 Buchstaben im Vergleich zu 3 Buchstaben in der Ranibizumab-Monotherapiegruppe gemessen (P=0.73)

SECONDARY OUTCOMES

In der Kombinationsgruppe (11%) erreichten mehr Studienteilnehmer einen Visusanstieg um 15 oder mehr Buchstaben als in der Monotherapiegruppe (2%) (P=0.03)

Die zentrale Makuladicke schrumpfte in der Kombinationsgruppe um 110 µm, in der Monotherapiegruppe um 62µm (P>0.001).

OPHTHALMOLOGIE

Retinopathia centralis serosa – welche Faktoren beeinflussen die Krankheitsdauer?

Ziel dieser observativen, prospektiven Single-Center-Studie war es, die Bedeutung von okulären Befunden und systemischen Faktoren auf die Dauer und Erholung einer erstmals aufgetretenen, Therapie-naiven, akuten RCS-Episode zu untersuchen.

Da seröse Netzhautablösungen bei den meisten akuten RCS Fällen innerhalb von sechs Monaten spontan abklingen, wird im Allgemeinen zunächst ein Zuwarten ohne Therapie empfohlen. Je länger die Restitutio dauert, desto länger bestehen Symptome, obwohl der Zeitpunkt bzw. die Grenze, wann ein dauerhafter funktioneller Schaden eintritt, noch nicht eindeutig definiert werden konnte.

Könnte man diese Schwelle genauer eingrenzen, wäre es leichter den optimalen Behandlungszeitpunkt für chronische Fälle festzulegen, da mehrere Behandlungsoptionen (Photokoagulation extramakulärer Leckage-Punkte durch Argon- oder Mikropulslaser, Halbdosis- oder Halbfluenz- Photodynamische Verteporphin-Therapie (PDT), oral verabreichte Mineralocorticoid-Rezeptor (MR) -Antagonisten) verfügbar sind.

Einunddreißig Patienten wurden in diese Studie eingeschlossen (26 Männer, 5 Frauen, Durchschnittsalter: $40,0 \pm 8,9$ Jahre, von 24-58 Jahre), von denen es bei 26 (84%) innerhalb von 6 Monaten zu einer spontanen Rückbildung kam.

Faktoren, die mit einer längeren Episodendauer assoziiert waren:

- höhere subfoveale Aderhautdicke
- höhere Elevation der RPE-Läsionen an Leckage-Punkten
- höheres Alter

Das Indocyaningrün-Angiographiemuster, die Kortikosteroidaufnahme und der arterielle Blutdruck zeigten keinen Einfluss auf die Krankheitsdauer der RCS.

Alejandra Daruich et al, RETINA 37:1905–1915, 2017

Lokaltherapie für Keratokonus erhält Orphan Status

Die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) hat für IVMED-80 zur Behandlung eines Keratokonus den Orphan-Drug-Status vergeben.

Dieses als Augentropfen verabreichte Medikament stellt die erste nicht-chirurgische, nicht-Laser-Behandlung zur mechanischen Vernetzung und Stabilisierung der Hornhaut dar. Im Gegensatz zum kornealen Cross-linking (CXL) stärken die Tropfen die Hornhaut biomechanisch minimal invasiv. Der Orphan Drug Act der FDA bietet einige Vorteile, die die Entwicklung von Behandlungen für seltene Krankheiten fördern sollen. Diese Vorteile können Steuergutschriften zum Ausgleich der Kosten für klinische Studien und Marktexklusivität für 7 Jahre nach der Zulassung umfassen.

Die ISNT-Regel: Wie häufig trifft sie bei Sehnerven-Aufnahmen und retinaler Nervenfaserschicht-Messung in der Normalbevölkerung zu?

Durch die Analyse des neuroretinalen Randsaumes in Papillenfotos von normalen Probanden veröffentlichten Jonas und Mitarbeiter 1988, dass die Randbreite des Opticus typischerweise ein spezifisches Muster des unteren (I) Randes zeigte, gefolgt von dem oberen (S) Rand, dann dem nasalen (N) Rand, und dass dann sukzessive der temporale (T) Rand der dünnste sei. Dieses spezifische neuroretinale Randsaummuster wurde später von Elliot Werner als «ISNT-Regel» benannt.

Diese Studie versuchte, den Prozentsatz normaler Augen, die der ISNT-Regel folgten, durch Sehnervenaufnahmen und RNFL-Dickenmessungen zu bestimmen, und, zweitens, ob andere Regeln besser anwendbar oder einfach zu verallgemeinern sind. Drittens wurde in dieser Studie im Rahmen der ISNT-Regel und ihrer Varianten untersucht, eine wie starke Übereinstimmung zwischen der Beurteilung der Sehnervenaufnahme bzgl. des neuroretinalen Randsaumes und RNFL-Dickenmessungen besteht.

Ein Hauptergebnis dieser Arbeit (die 110 gesunde Probanden einschloss) war, dass die ISNT-Regel nur für eine Minderheit von Augen Gültigkeit hat, d.h. nur 37% bei Sehnervenaufnahmen und 43,8% bei RNFL-Dickenmessungen. Insbesondere für die Einordnung von Sehnervenaufnahmen, die wie eben erwähnt bei nur 37% zutraf, ist die ISNT-Regel niedriger als die zuvor berichteten Raten von 52% -79% in anderen Studien, die auch die neuroretinale Randsaumbreite unter Verwendung von Sehnervenaufnahmen in der Normalbevölkerung einschlossen.

Angesichts der Tatsache, dass die ISNT-Regel aufgrund von Variationen im nasalen neuroretinalen Randsaum zumeist nicht zutrifft, würde dies den Ausschluss des nasalen Randsaumes von der ISNT-Regel unterstützen, um für diese Regel in der Normalbevölkerung eine breitere Anwendung finden zu können.

Bei Ausschluss des nasalen Randsaumes folgten sowohl bei der Sehnervenaufnahme wie auch der OCT-RNFL-Dickenmessung mehr als 70% der normalen Augen der IST- und IS-Regel (d.h. bei Sehnervenaufnahmen zur neuroretinalen Randsaumbewertung befolgten 70,9% die IST-Regel und 76,4% befolgten die IS-Regel, bei RNFL-Dickenmessungen betrug die Rate 70,9%, die die IST-Regel befolgte und 71,8% für die IS-Regel).

Daher kommt diese Studie zu dem Schluss, dass die IST- und IS-Regel anstelle der ISNT-Regel für klinische Sehnervenuntersuchungen und für OCT-RNFL-Dickeninterpretationen verwendet werden sollte.

Linda Yi-Chieh Poon et al, Am J Ophthalmol 2017;184:19–27.

OPHTHALMOLOGIE

Das Fortschreiten des Glaukoms aufdecken – ein Vergleich zwischen OCT und Gesichtsfeldanalyse

Die Untersuchung des Gesichtsfeldes (VF) ist für das Aufdecken eines funktionellen Verlustes beim fortschreitenden Glaukom von wesentlicher Bedeutung, ist jedoch subjektiv und hat eine schlechte Reproduzierbarkeit. Es erfordert eine Reihe von Tests, um eine Progression festzustellen. Die optische Kohärenztomographie (OCT) ist im Gegensatz dazu objektiv und genau, wird jedoch nach neueren Studien aufgrund des «floor effect» der Nervenfaserschicht (NFL) beim fortgeschrittenen Glaukom als weniger geeignet eingestuft.

Ziel dieser Studie war es, die Aufdeckung der Progression des Glaukomschadens mittels optischer Kohärenztomographie (OCT) und Gesichtsfeld (VF) zu vergleichen. Die Analyse umfasste 356 Glaukom verdächtige / vorperimetrische Glaukom- (GS / PPG) Augen und 153 perimetrische Glaukom- (PG) Augen. Die Beobachtungszeit betrug in beiden Gruppen rund 55 Monate.

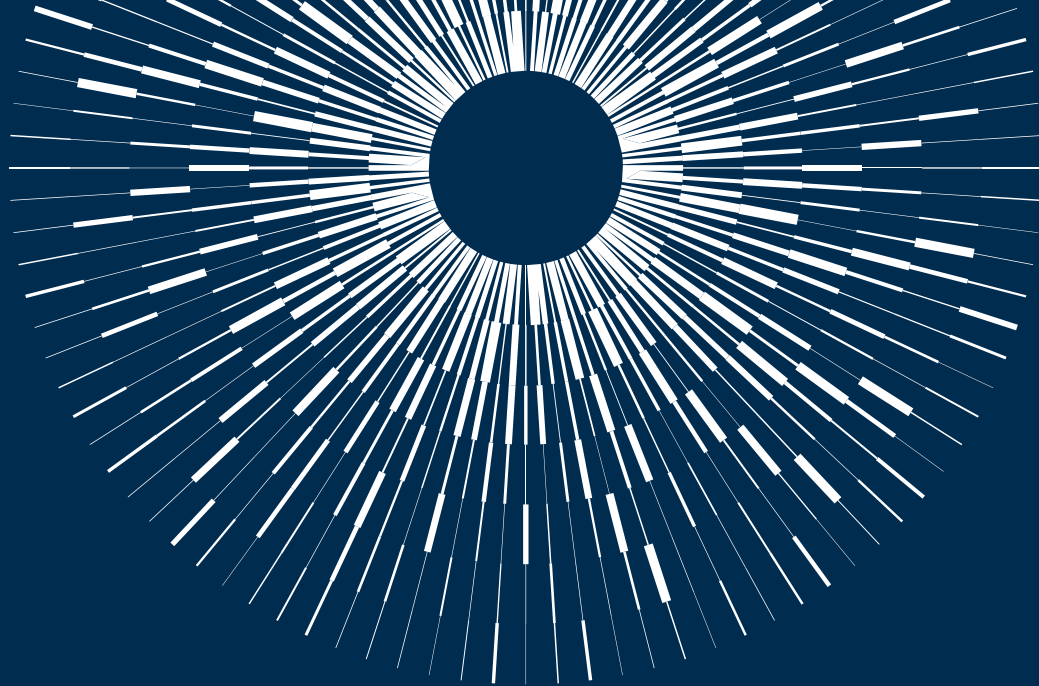
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die OCT gemäß den Ergebnissen dieser Studie sowohl bei perimetrischen Glaukomaugen als auch bei vorperimetrischen Glaukomen und frühen perimetrischen Glaukomaugen eine höhere Sensitivität für die Progressionsdetektion als der Analyse des Gesichtsfeldes aufweist. Die OCT kann eine Progression innerhalb einer kürzeren Beobachtungszeit bei einem frühen Glaukom erkennen. Daher könnten sich Kliniker stärker auf die OCT verlassen, um die Progression in den frühen Stadien der Krankheit zu überwachen.

Jedoch gibt es Patienten in allen Glaukomstadien, die sich entweder nur funktionell oder nur strukturell verschlechtern oder einige nachweisbar in beiden Untersuchungsmethoden. Es scheint daher ratsam, OCT und VF zusammen zur Krankheitsüberwachung einzusetzen, da dies den Krankheitsverlauf besser darstellen kann als eine Methode alleine. Interessanterweise ist die OCT bei mittlerem und fortgeschrittenem Glaukom (mit guten Ergebnissen bis zu MD von 15 dB) weiterhin bei der Verlaufüberwachung sinnvoll, wobei die GCC-Trendanalyse nützlicher ist als die NFL-Trendanalyse. Dies hat im klinischen Alltag insbesondere deshalb eine Bedeutung, da einige Patienten mit einem fortgeschrittenen Glaukom Schwierigkeiten bei der adäquaten Durchführung einer Gesichtsfelduntersuchung haben und die OCT als objektiver Test nicht in dem Maße von der Kooperation des Patienten abhängt.

SCHLUSSFOLGERUNG

OCT ist empfindlicher als VF für die Erkennung der Progression beim frühen Glaukom. Während der Nutzen von NFL bei fortgeschrittenem Glaukom abnimmt, bleibt GCC ein sensitiver Progressionsdetektor vom frühen bis zum fortgeschrittenen Stadium.

Xinbo Zhang, Anna Dastiridou, Brian A. Francis, Ou Tan, Rohit Varma, David S. Greenfield, Joel S. Schuman, And David Huang, On Behalf of The Advanced Imaging for Glaucoma Study Group, *Am J Ophthalmol* 2017;184: 63–74.



Swiss Academy of Ophthalmology

CONGRESS

28.2. – 2.3. 2018

MESSE LUZERN

FRÜHBUCHER-RABATT

läuft noch bis 15. 1. 2018

24 FORTBILDUNGSPUNKTE

www.SAoO.ch