

Augenerkrankungen mit Vorsorgeuntersuchung früh erkennen

ANLÄSSLICH DES 4. Wiener Augentages informierten Experten in einer Pressekonferenz über die diabetische Retinopathie, Glaukom und altersbedingte Makuladegeneneration. Sie alle haben gemeinsam, dass sie lange Zeit keine Symptome verursachen und so oft erst diagnostiziert werden, wenn bereits Schäden aufgetreten sind.

DIE AUGENHEILKUNDE ist ein äußerst innovatives Fach, und es gibt dauernd neue Entwicklungen und Therapiemöglichkeiten. Trotz aller modernen medizinischen Techniken erblinden auch in Österreich noch immer Patienten aufgrund ihrer Augenerkrankung, oft weil sie einfach zu spät zum Augenarzt kommen.

Wichtige Augenerkrankungen, die unbedingt einer frühzeitigen Diagnose bedürfen, sind die diabetische Retinopathie, das Glaukom und die altersbedingte Makuladegeneneration (AMD).

Das Gefährliche an diesen Erkrankungen ist, dass sie oft im Anfangsstadium keine Symptome und Schmerzen verursachen und erst im fortgeschrittenen Stadium zur Sehverschlechterung und unbehandelt bis zur Erblindung führen können.

Deshalb ist es wichtig, dass auch Patienten mit scheinbar gesunden Augen regelmäßig zum Augenarzt zur Vorsorgeuntersuchung gehen.

DIABETISCHE RETINOPATHIE

Die diabetische Retinopathie ist in der westlichen Welt nach der altersbedingten Netzhautverkalkung die zweithäufigste Ursache für Erblindung. „Risikofaktoren für die Entstehung der diabetischen Retinopathie sind neben der Dauer des Diabetes mellitus und einer schlechten HBA_{1c}-Einstellung auch arterielle Hypertonie, Rauchen, Nephropathie und Schwangerschaft“, so Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Radda, Vorstand der Augenabteilung im Donauspital – SMZ Ost.

Im Anfangsstadium der diabetischen Retinopathie kommt es meist nicht zu



Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Radda



Dr. Karl Rigal

einer Sehverschlechterung, daher besteht die Gefahr, dass die Patienten nicht rechtzeitig zum Augenarzt gehen. Dabei wäre rechtzeitige Diagnose und richtige Behandlung wichtig, um eine Sehverschlechterung und Erblindung zu verhindern.

Mit der Entstehung der diabetischen Makulopathie, bei der sich der gelbe Fleck krankhaft verändert, kommt es zu einer deutlichen Sehverschlechterung am betroffenen Auge.



Proliferative diabetische Retinopathie (PDR) ist durch Neovaskularisationen auf der Papille oder/und papillenferne Neovaskularisationen gekennzeichnet

Die Therapie der diabetischen Retinopathie wird vom Augenarzt mit Laserbehandlungen (meist Argonlaser) der Netzhaut durchgeführt. Es kommen verschiedene Arten der Laserbehandlung zur Anwendung, je nachdem, ob es sich um eine proliferative diabetische Retinopathie oder um eine diabetische Makulopathie handelt.

Eine weitere Möglichkeit der Therapie sind Medikamentenapplikationen in den Glaskörper (iVOM). Die Injektionen müssen anfangs monatlich wiederholt werden. Zur Anwendung kommen Anti-VEGF-Medikamente, die Neubildung von Gefäßen verhindern, und entzündungshemmende Substanzen.

Die wichtigsten Anti-VEGF-Medikamente sind Avastin (Bevacizumab), Lucentis (Ranibizumab) und Eylea (Aflibercept).

Die medikamentöse Hemmung von Gefäßneubildungen ist in der Netzhaut von Diabetikern unter anderen Gesichtspunkten auch deshalb wichtig, da es aus diesen Gefäßneubildungen häufig blutet.

Ist es zur Erblindung durch eine solche Glaskörperblutung gekommen, muss der Glaskörper vom Augenchirurgen mikrochirurgisch entfernt werden, um eine Sehverbesserung zu erzielen (Vitrektomie).

Durch die modernen Therapiemöglichkeiten hat der Diabetiker heute ausgezeichnete Chancen, bis ins hohe Alter gut zu sehen.

Durch die modernen Therapiemöglichkeiten hat der Diabetiker heute ausgezeichnete Chancen, bis ins hohe Alter gut zu sehen.

GLAUKOM IN AFRIKA

Glaukom ist neben dem Katarakt weltweit die zweithäufigste Erblindungsursache. In den westlichen Industrienationen gilt Glaukom mit 1–2% ▶

Betroffenen in der Gesamtbevölkerung (der überwiegende Anteil als altersbedingte Erkrankung in der Altersgruppe über 40 Jahre) als „Volkskrankheit“.

In den afrikanischen Staaten südlich der Sahara (SSA) liegt die Häufigkeit von Glaukom genetisch bedingt deutlich höher – epidemiologische Schätzungen liegen bei 4–8% der Bevölkerung –, wobei hier die Erkrankung auch schon bei jüngeren Patienten wesentlich häufiger eintritt: in Westafrika sind 20–30% der Glaukompatienten unter 40 Jahre alt“, so Dr. Karl Rigal, Hanusch-Krankenhaus Wien.

Während es sich beim grauen Star um eine durch eine Operation heilbare Erblindung handelt, ist Glaukom-Blindheit nicht heilbar. Es gilt durch rechtzeitige Erkennung der Erkrankung und deren Behandlung eine Erblindung zu verhindern, was in europäischen Ländern auf Grund des entwickelten Gesundheitssystems mit Vorsorgeuntersuchungen und ausreichender ärztlicher Versorgung zwar auch noch nicht ausreichend gewährleistet, aber zumindest weitgehend möglich ist. Beim größten Teil der Betroffenen kann die Erkrankung durch medikamentöse Behandlung mit Augentropfen stabilisiert oder bei Nichtansprechen auf diese Behandlung operiert werden.

Wegen der ungenügenden augenärztlichen Grundversorgung (im Durchschnitt ein Augenarzt für eine Million Einwohner) sind in der SSA-Region hingegen etwa 50% der Glaukompatienten bei Erstdiagnose bereits schwerst sehbehindert oder an einem Auge erblindet. Aber auch wenn die Erkrankung rechtzeitig in einem frühen Stadium erkannt wird, ist die Glaukomerblindung wesentlich häufiger: die Langzeittherapie mit teuren Augentropfen kann aus finanziellen Gründen oder Versorgungsproblemen nicht durchgeführt werden, für die chirurgische Behandlung fehlen ausreichend ausgebildete Ärzte.

MEDIZIN BRAUCHT DIE WISSENSCHAFT

„Kaum anderswo in der Medizin ist der rasante Fortschritt so ‚augenscheinlich‘ wie in der Augenheilkunde. Ebenso ‚glasklar‘ ist hier der Beweis, wie erfolgreich österreichische Mediziner in der internationalen Forschungsgemeinschaft sein können und wie wichtig daher die klinische Forschung, nicht nur an den Universitäts-Spitälern, sondern auch an anderen dafür geeigneten Spitalsabteilungen ist“, so Dr.



Dr. Sepp Rieder



Prim. Univ.-Prof. Dr. Susanne Binder

Sepp Rieder, ehemaliger Vizebürgermeister Wien, in seinem Vortrag.

Schließlich sei die Augenmedizin auch ein eindrucksvolles Beispiel dafür, dass medizinischer Fortschritt nicht automatisch das Gesundheitssystem verteuert. War der „graue Star“, sofern er nicht überhaupt zum Verlust der Sehkraft führte, mit längeren Spitalsaufenthalten und Krankenständen verbunden, so ist seine Heilung heute quasi binnen Stunden möglich.

„Die medizinischen Erfolge nicht nur auf diesem Gebiet bestärken mich darin, dass es eine wichtige Aufgabe in der Politik ist, medizinische Forschung nicht nur zu ermöglichen und zu fördern, sondern sie direkt einzufordern“, so Rieder. „Als ehemaliger Gesundheits- und Finanzstadtrat in Wien und ehemaliges Vorstandsmitglied der Ludwig-Boltzmann-Gesellschaft befürworte ich einen intensiven Wiederaufbau der klinischen Forschung an den Abteilungen der Spitäler der Stadt Wien. Dies deshalb, weil sich die Boltzmann-Gesellschaft heute vor allem auf auch international besser agierende Großinstitute konzentriert und sich aus der Förderung kleinerer und kleinster Forschungsinstitute in den Spitalern zurückgezogen hat“, betont Rieder.

THERAPIE BEI MAKULADEGENERATION HEUTE UND MORGEN

Prim. Univ.-Prof. Dr. Susanne Binder sprach über die altersbedingte Makuladegeneration, die in den Industrieländern der häufigste Grund einer „legalen Erblindung“ (= unter 10% Sehleistung) bei Menschen über dem 50 Lebensjahr ist. Über dem 70. Lebensjahr sind etwa 20 % der Bevölkerung in Österreich von einer Form einer Makuladegeneration betroffen.

Wir unterscheiden heute zwei wesentliche Erscheinungsbilder dieser Erkrankung:

- die trockene Makuladegeneration, bei der es zu einem langsamen Absterben der Netzhautzellen in der Mitte des Sehens

(= Macula lutea) und zu einem langsamen Abfall des zentralen Sehens kommt, und

- die feuchte oder „exsudative“ Makuladegeneration, in deren Rahmen es zu Einblutungen unter der Netzhautmitte durch kleine dünnwandige Gefäße kommt und damit zu einer rapiden Sehverschlechterung für den Patienten kommt.

In beiden Formen verlieren diese Menschen ihre Fähigkeit, zu lesen,

mit dem Auto zu fahren, fernzusehen und zu reisen. In vielen Bereichen ihres Alltags sind sie auf fremde Hilfe angewiesen.

Während wir für die trockene Makuladegeneration derzeit außer Vitamingaben keine Therapien haben, stehen uns nun für die feuchte Makuladegeneration Anti-VEGF(= anti vascular endothelial growth factor)Medikamente zur Verfügung, die zu einer Rückbildung dieser Gefäßneubildungen und der Netzhautschwellung führen. Diese Medikamente müssen allerdings in ein- bis zweimonatlichen Abständen in das Auge appliziert werden, um das Sehen zu erhalten. Die Finanzierung dieser teuren Therapie wurde bisher ausschließlich den Spitalern überlassen und überfordert immer wieder das personelle und finanzielle Potenzial der Krankenhäuser.

Für die Zukunft sind für diese Behandlung zwei Dinge wesentlich:

1. die Sicherstellung der intravitrealen Medikamentenapplikation als Leistung auch im niedergelassenen Bereich mit entsprechenden Kassenverträgen und
2. neue Therapien im Bereich der trockenen Makuladegeneration, von denen heute mehr als 70% aller Menschen mit Makuladegeneration betroffen sind und die auch nach erfolgreicher Anti-VEGF-Therapie einer feuchten Makuladegeneration noch übrig bleibt und fortschreitet.

Hier gibt es neue Ansätze in der Stammzelltherapie auch bei retinalen Degenerationen, wie es die Makuladegeneration darstellt. Die ersten klinischen Studien bei kleinen Patientengruppen werden in Österreich als Teil eines Europaprojektes geführt; ähnliche Studien finden derzeit auch in den USA, Großbritannien und Japan statt. „Cell-derived therapies“ stellen einen langsamen, aber verlässlichen Weg zur echten Verbesserung vieler Erkrankungen dar und sind die Hoffnung der nahen Zukunft.