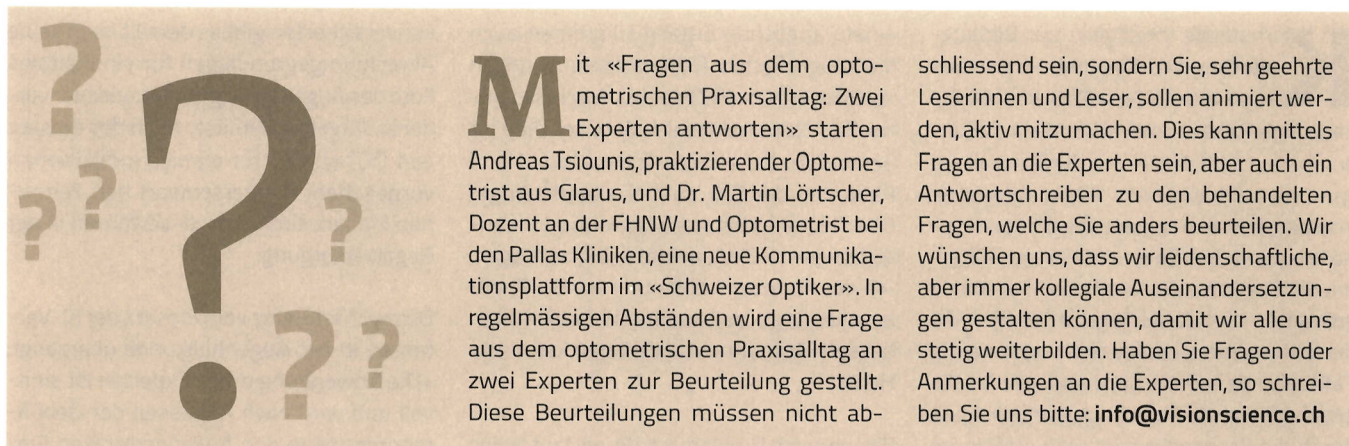


Fragen aus dem optometrischen Alltag:

Zwei Experten antworten.

Von Andreas Tsiounis und Dr. Martin Lörtscher | Fotos von visionscience.ch

zwei experten



Mit «Fragen aus dem optometrischen Praxisalltag: Zwei Experten antworten» starten Andreas Tsiounis, praktizierender Optometrist aus Glarus, und Dr. Martin Lörtscher, Dozent an der FHNW und Optometrist bei den Pallas Kliniken, eine neue Kommunikationsplattform im «Schweizer Optiker». In regelmässigen Abständen wird eine Frage aus dem optometrischen Praxisalltag an zwei Experten zur Beurteilung gestellt. Diese Beurteilungen müssen nicht ab-

schliessend sein, sondern Sie, sehr geehrte Leserinnen und Leser, sollen animiert werden, aktiv mitzumachen. Dies kann mittels Fragen an die Experten sein, aber auch ein Antwortschreiben zu den behandelten Fragen, welche Sie anders beurteilen. Wir wünschen uns, dass wir leidenschaftliche, aber immer kollegiale Auseinandersetzungen gestalten können, damit wir alle uns stetig weiterbilden. Haben Sie Fragen oder Anmerkungen an die Experten, so schreiben Sie uns bitte: info@visionscience.ch

Frage: Sie haben einen Patienten, der schon einige Jahre für die optometrische Versorgung bei Ihnen ist. Über die Jahre hat sich auf der Netzhaut eine epiretinale Membran gebildet. Dank der regelmässigen Ophthalmoskopie und OCT-Aufnahmen konnten Sie den Verlauf und die Entstehung der Membran gut dokumentieren. Welche Gedanken machen Sie sich dazu und ab welchem Zeitpunkt überweisen Sie den Patienten an einen Ophthalmologen/eine Ophthalmologin?

In dieser Fallvorstellung tut Markus Ritzmann, der als absoluter Spezialist für Kontaktlinsen und Sklerallinsen bekannt ist, seine Meinung kund, ab wann er seine Patienten überweist. Martin Lörtscher, der bei den Pallas Kliniken arbeitet, erklärt, wie in der Augenklinik differenziert wird, ab wann eine Operation zur Entfernung der epiretinalen Membran durchgeführt wird.

Markus Ritzmann:

Als Optometrist und Kontaktlinsenspezialist für Patienten mit vorwiegend irregulärem Astigmatismus bei Keratokonus und nach Keratoplastik betrachte ich die epiretinale Gliose aus unterschiedlichen Aspekten in der gesamten visuellen Wahrnehmung.

Bei jeder Kontaktlinsenanpassung mache ich initial eine optometrische Untersuchung mit OCT und zentralem Fundusfoto. Für mich ist wichtig, zu erfassen, wie der Zustand aller am Sehen beteiligten Strukturen ist. Denn nicht jede Visusreduktion ist durch die vorderen Medien bedingt, sondern auch bei Keratokonus kann sich, wie in der eingehenden Frage, eine Gliose auf der Netzhaut bilden. Gerade in solchen Fällen, wo ein verzerrtes, unscharfes Sehen mit monokularen Doppelbildern und

Schatten «normal» ist, muss kritisch analysiert werden, was woher kommt.

Ein 58-jähriger Mann wurde mir vor fünf Jahren für die Speziallinsenanpassung zugewiesen. Ein Auge mit leichtem myopem

Astigmatismus und das Gegenauge mit einer ausgeprägten PMD (pelluzidalen marginalen Degeneration). Ich habe ihm eine weiche Monatslinse am «normalen Auge» mit Visus 1.2 und bei der PMD eine Sklerallinse mit Visus 1.2 angepasst. Nach 2 Jahren wurden erste Anzeichen einer Gliose am «normalen Auge» beim OCT festgestellt, jedoch mit vollem Visus und Amsler-Gitter negativ. In den folgenden 12 Monaten sank der Visus auf 1.0, mit leichten Anzeichen von Metamorphopsien im Amsler-Test und geringer Veränderung der Makulakontur (Abb. 1, oberes Bild). Topografie und Pachymetrie blieben unverändert und eine PMD-Entwicklung am schlechten Auge konnte ausgeschlossen werden. Sechs Monate später lag der Visus immer noch bei 1.0. Fünf Monate später meldete er sich wieder bei mir und



Markus Ritzmann

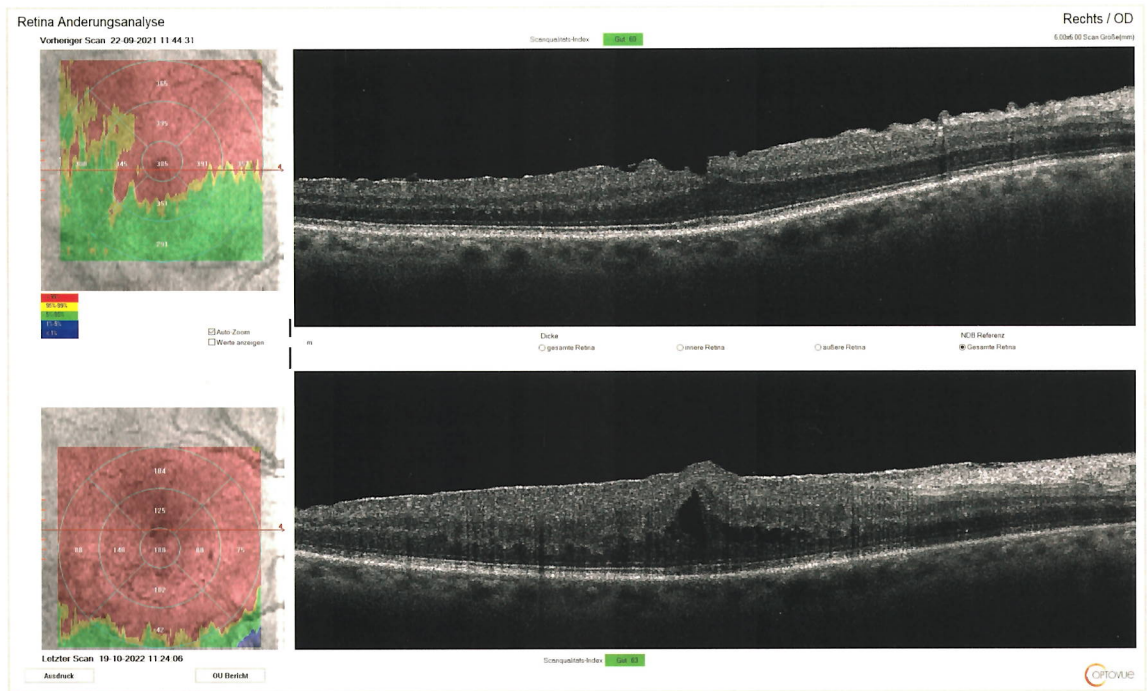


Abbildung 1.

klagte über schlechteres Sehen am guten Auge. Er sah zwar binokular dank der Sklerallinse gut, konnte jedoch abends die Linsen nicht wie gewohnt früher absetzen, da er mit der Brille nichts mehr sah. Die Gliose hatte stark zugenommen, der bestkorrigierte Visus war auf 0.4 gesunken. Die Makulakontur war nicht mehr zu erkennen, die zentrale Retinadicke hatte deutlich zugenommen und zystische Veränderungen zeigten sich (Abb. 1, unteres Bild). Die Gefäßäste im Fundusbild wurden in Richtung Makula gezogen und subjektiv ausgeprägte Metamorphopsien (Abb. 2). Hier erfolgte die zeitnahe dringliche Überweisung.

Wie in diesem Case bemerke ich eine Gliose oft, bevor subjektive Beschwerden auftreten. Daher sind in der Diagnose und dem Management für mich neben dem typischen klinischen Bildmittel Bildgebung, die Veränderung des bestkorrigierten Visus zusammen mit subjektiven Symptomen von unscharfem oder verzerrtem Sehen entscheidend. Sobald klinische Veränderungen der Netzhaut sichtbar sind, soll der Amsler-Gitter-Test für die Qualifizierung der Metamorphopsien und die Dokumentation des Verlaufs gemacht werden. Auch die Lochblende soll bei irregulärem Astigmatismus zur Differenzierung von optischen Fehlern gegenüber retinalen Veränderungen in der Visusprüfung eingesetzt werden. Zudem untersuche ich, seit ich als Optometrist tätig bin, jeden Kunden mit Skiaskopie, um die

Ursache des schlechteren Sehens besser zu evaluieren.

Zu welchem Zeitpunkt ich einen Patienten überweise, hängt von der Ausprägung der

subjektiven Beschwerden, den klinischen Befunden und der Gesundheit des Gegen- auges ab. Im Anfangsstadium der Gliose, wenn noch ein voller Visus erreicht wird und keine Metamorphopsien bestehen,



Abbildung 2.

mache ich beispielsweise alle 12 Monate eine Verlaufskontrolle. In den Verlaufskontrollen achte ich jeweils im OCT auf die Retinadicke, veränderte Makulakontur, den Verlauf und die Integrität der Netzhautschichten sowie zystische intraretinale Veränderungen. In den Netzhautfotos schaue ich auf Zunahme der Falten und mit späteren Stadien auf Veränderung der der retinalen Gefässverläufe.

Ist der Visus verringert, liegt aber noch über Vis 0.8 und es bestehen leichte Metamorphopsien, die binokular jedoch nicht stören, überprüfe ich alle 6 Monate den Verlauf. Hier kann ein Amsler-Gitter mitgegeben werden für einen gelegentlichen Selbsttest zu Hause.

Eine Überweisung an einen Retinaspezialisten ist für mich dann angezeigt, wenn stark störende subjektive Symptome eine nur leichte Visusreduktion begleiten. Ebenso findet eine Überweisung statt, wenn der Visus noch über 0.6 liegt, aber strukturell die Makulakontur verschwindet und die retinalen Schichten disorganisiert werden, Blutgefässe ihren Verlauf ändern und zystische Veränderungen am OCT zu sehen sind. An eine vorzeitige Überweisung sollte gedacht werden, wenn das bessere Auge oder ein einziges Auge betroffen ist.

Martin Lörtscher:

Bei der epiretinalen Membran (ERM) handelt es sich um eine neu gebildete Membran ohne Gefässe, welche sich auf der Membrana Limitans Interna (ILM) ausbreitet. Synonym dafür ist auch epiretinale Gliose oder Zellophanmakulopathie. Hat sich die Membran stark ausgeprägt und bilden sich schon Fältelungen der Netzhautschichten, spricht man auch von Macular Pucker. Die ERM kann sich ohne offensichtlichen Grund ausbilden, also idiopathisch oder sekundär zum Beispiel nach Lasereingriffen bei Netzhautforaminas oder nach Netzhautablösungen auftreten.

Die Überweisung eines Patienten mit einer ausgeprägten ERM sollte an einen Retinologen erfolgen. Die Entscheidung, ob eine chirurgische Entfernung der Membran erfolgt, hängt von verschiedenen Kriterien ab. Zum einen der Visusverschlechterung, aber auch der subjektive Verschlechterung der Wahrnehmung. Das sind vor allem Metamorphopsien, aber es können auch Bildgrössendiffe-

renzen wahrgenommen werden. Weiter sind die morphologischen Veränderungen der Netzhaut zu beachten.

Ich habe das Glück, mit einem Retinologen eng zusammenzuarbeiten und sehe daher einige dieser Patienten. Wir fragen immer zuerst nach den subjektiven Beschwerden. Zeigen sich deutliche Veränderungen beim Test mit dem Amsler-Gitter und nimmt der Patient diese Metamorphopsien im Alltag wahr, ist die Wahrscheinlichkeit einer OP hoch. Weiter ist der Visus relevant. Ist der Visus 0.63 oder tiefer aufgrund der ERM, sollte auch eher operiert werden. Es gibt selbstverständlich häufig Kombinationen, bei denen Metamorphopsien und ein reduzierter Visus vorhanden sind.

Morphologisch schauen wir auf die Integrität der Netzhautschichtung. Eine ERM erzeugt ein Verziehen der Netzhaut. Häufig ist die foveale Senke nicht mehr sichtbar oder bei ausgeprägten ERMs ist die Netzhautdicke deutlich erhöht, weil die Membran die Netzhaut auseinanderzieht. Dann sieht man im OCT-Bild anstelle der fovealen Senke mehr eine Erhebung der Netzhautschichten in die Richtung des Glaskörperaums. Nimmt die Netzhauttraktion durch die ERM noch mehr zu, können sich auch zystoide Umbauten in der Netzhaut zeigen und die Regelmässigkeit der Schichtung ist aufgehoben. Dies ist im geschilderten Fall von Markus Ritzmann auf den Bildern deutlich zu erkennen. In diesem Stadium sollte man unbedingt operieren. Damit die Netzhaut die Möglichkeit erhält, ihre ursprüngliche Form und Schichtung wiederzuerlangen.

Um die ERM zu beseitigen, braucht es eine Parsplana-Vitrektomie. Die Membran und die ILM werden chirurgisch



Dr. Martin Lörtscher
(PhD, M. Sc. B. Sc.)

mithilfe einer Pinzette von der Netzhaut abgezogen. Dadurch löst sich die Traktionswirkung der Membran auf die Netzhaut. Die Netzhaut hat dann postoperativ Zeit, sich wieder in die (möglichst) ursprüngliche Form zu verändern. Ist die ERM sehr ausgeprägt und die morphologischen Veränderungen der Netzhaut auch, kann es durchaus sein, dass die Netzhaut nie mehr ihre gewohnte Form annimmt. Eine komplette Abheilung einer ausgeprägten ERM kann postoperativ durchaus 6 Monate oder mehr an Zeit beanspruchen.

Besteht bei einer ERM, die Beschwerden macht, zusätzlich noch eine beginnende Katarakt, dann ist es ratsam, bei älteren Patienten eine kombinierte Operation PPV+ERM-Peeling+Katarakt durchzuführen. Wird nur die ERM entfernt, bildet sich häufig bei älteren Patienten eine Sekundärkatarakt etwa 6 bis 12 Wochen nach der PPV. Das muss mit jedem Patienten besprochen werden. Bei Patienten unter 60 Jahren mit klaren Augenlinsen versucht man häufig, die Augenlinse zu erhalten, und macht nur die PPV. Bei diesen Patienten möchten man die Augenlinse erhalten, weil sie eine Restakkommodation aufweist und beim Sehen in der Nähe mithilft. Weiter muss man den Patienten gut erklären, dass die Visuserholung länger Zeit braucht als zum Beispiel nach einer Kataraktoperation. Durch die PPV wird der Glaskörper entfernt. Das Volumen des Glaskörpers wird durch ein Gas ersetzt. Solange sich Gas im Auge befindet, ist auch der Visus stark reduziert. Der Ziliarkörper braucht circa 2 bis 3 Wochen, um das Auge wieder mit Flüssigkeit zu füllen und das Gas zu verdrängen. In dieser Zeit ist das Sehen subjektiv für den Patienten meistens schlechter als vor der Operation. Dies ist aber normal und erwartet.