

Epiretinale Gliose: Membranpeeling oder nicht? Was sage ich dem Patienten?

NACHGEFRAGT BEI PROF. DR. MED. JOST HILLENKAMP, WÜRZBURG



Prof. Dr. med. Jost Hillenkamp ist seit 1. November 2014 Ordinarius für Augenheilkunde und Direktor der Universitätsaugenklinik der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Zuvor war er als Leitender Oberarzt der Universitätsaugenklinik Kiel tätig. Hillenkamps wissenschaftliches und praktisches Hauptinteressensgebiet ist die Retinologie, der er sich bereits zuvor als wissenschaftlicher Mitarbeiter und später als Oberarzt an der Universitätsaugenklinik Regensburg zugewandt hatte. Dort hat er sich auch habilitiert und die Venia legendi erworben.

ZPA: Wie genau definieren Sie die epiretinale Gliose? Was ist ihr histologisches Korrelat?

PROF. HILLENKAMP: „Epiretinale Gliose“ nennt man Membranen, die der Membrana limitans interna aufgelagert sind, meist ohne erkennbare Ursache auftreten, und die sich aus verschiedenen

„EPIRETINALE GLIOSE“ NENNT MAN MEMBRANEN, DIE DER MEMBRANA LIMITANS INTERNA AUFGELAGERT SIND

Zellen und Kollagenfasern Typ I, II und VI zusammensetzen. Klinisch kann man feine cellophanartige Membranen von dickeren und fibrotisch erscheinenden Membranen unterscheiden, die manche als „präretinale makuläre Fibrose“ bezeichnen. Die ersteren setzen sich in erster Linie aus Kollagen Typ VI, die letztere aus Kollagen Typ I und II zusammen¹.

ZPA: Gibt es Daten zur Häufigkeit der epiretinalen Gliose?

¹Kritzenberger M et al. Histopathology 2011

PROF. HILLENKAMP: Die Prävalenz epiretinaler Membranen liegt bei etwa 12% und kommt bei älteren Personen häufiger vor als bei jüngeren. Mit der weit verbreiteten Anwendung hochauflösender OCT werden asymptomatische Membranen häufiger diagnostiziert als vor der OCT-Ära.

ZPA: Mit welcher Symptomatik ist bei einem Patienten mit epiretinale Gliose zu rechnen?

PROF. HILLENKAMP: Typischerweise ist die Sehschärfe herabgesetzt und die meisten Betroffenen klagen in unterschiedlichem Ausmaß über Verzerrtsehen.

TYPISCHERWEISE IST DIE SEHSCHÄRFE HERABGESETZT UND DIE MEISTEN BETROFFENEN KLAGEN IN UNTERSCHIEDLICHEM AUSMASS ÜBER VERZERRTSEHEN.

ZPA: Welche Rolle spielen moderne bildgebende Verfahren in der Diagnostik?

PROF. HILLENKAMP: Eine ganz entscheidende. Mit der weit verbreiteten Anwendung hochauflösender OCT werden auch asymptomatische

FÜR DIE OPERATIONSINDIKATION IST WICHTIG, DASS SICH DER PATIENT VISUELL GESTÖRT FÜHLT.

Membranen häufiger diagnostiziert als vor der OCT-Ära. Zusätzlich kann man auf den Infrarot-Aufnahmen den Grad der Verziehung der makulären Netzhaut oft gut sehen. OCT hilft auch, evtl. vorliegende begleitende makuläre Erkrankungen abzugrenzen. Für die Operationsindikation ist wichtig, dass sich der Patient visuell gestört fühlt.

ZPA: Wann würden Sie das Membranpeeling empfehlen – und wann nicht? Was sind Ihre Kriterien für das Gespräch mit dem Patienten?

PROF. HILLENKAMP: Das ist eine sehr individuell zu treffende Entscheidung und erfordert ein gutes Arzt-Patient-Gespräch. Bei idiopathischer epiretinale Membran ist wichtig, dass der Patient überhaupt subjektiv gestört ist, also Metamorphopsien beim Lesen wahrnimmt und sich dadurch auch tatsächlich gestört fühlt. Manche Patienten wollen nur beruhigt werden und nehmen lieber eine gewisse Beeinträchtigung ihres Sehens in Kauf als sich einer Operation zu unterziehen.

Nach der Operation zufrieden sind nur diejenigen, die sich vorher auch tatsächlich gestört fühlten und das sind bei weitem nicht alle Patienten mit epiretinale Membran. Bei gleichzeitig vorliegender fortgeschrittener feuchter oder trockener AMD bringt die Operation meist keine für den Patienten merkliche Verbesserung.

ZPA: Hat sich die Schwelle zur OP-Indikation nach Ihren Beobachtungen in letzter Zeit gesenkt? Falls ja, was sind die Gründe dafür?

PROF. HILLENKAMP: Es kann schon sein, dass eine Operation häufiger empfohlen wird, seitdem wir Augenärzte routinemäßig mit OCT untersuchen, aber genaue Zahlen sind mir nicht bekannt.

ZPA: Wenn gepeelt wird – was muss der Operateur beachten? Und was der nachbetreuende Augenarzt?

PROF. HILLENKAMP: Ich habe gute Erfahrung damit gemacht, die ILM auch

ICH HABE GUTE ERFAHRUNG DAMIT GEMACHT, DIE ILM AUCH IMMER ZU ENTFERNEN.

immer zu entfernen. Seitdem habe ich eigentlich nie wieder ein Rezidiv einer epiretinalen Membran gesehen. Man sollte auch immer daran denken, dass das Risiko einer Netzhautablösung

nach Vitrektomie im Prozentbereich liegt und über Ablatiosymptome aufklären.

ZPA: Wie sind heute insgesamt die Ergebnisse nach Makulachirurgie?

PROF. HILLENKAMP: Die mittleren funktionellen Langzeitergebnisse mit einer Nachbeobachtungszeit von mehr als 2 Jahren sind nach unseren eigenen Untersuchungen sehr gut.

ZPA: Ist der kurz nach einer Makulachirurgie erreichte Visus – sagen wir: nach zirka 4 Wochen – funktionell gesehen das endgültige Resultat oder kann der Patient mit längerfristigen Änderungen rechnen?

FÜR DIE NACHSORGE GILT ES, GEDULD ZU HABEN.

PROF. HILLENKAMP: Für die Nachsorge gilt es, Geduld zu haben. Die Erholung der Netzhaut mit Anstieg der Sehschärfe ist am ausgeprägtesten während der ersten 3 Monate nach der Operation, dieser Prozess setzt sich aber auch danach noch ganz langsam über einen langen Zeitraum fort².

Die Fragen stellte Dr. med. Dr. phil. Ronald D. Gerste.

² Treumer F et al. IOVS 2011 und IOVS 2013