

Synergieeffekte zwischen Netzhaut- und Kataraktchirurgie

Die zehnte Tagung der European Society of Retina Specialists (EuRetina) findet in diesem Jahr erstmals gemeinsam mit dem Kongress der European Society of Cataract and Refractive Surgeons (ESCRS) vom 2. bis 8. September in Paris statt. DER AUGENSPIEGEL sprach mit **Prof. Dr. Gisbert Richard**, Direktor der Universitäts-Augenklinik Hamburg und Generalsekretär der EuRetina, über die neue Zusammenarbeit.



Herr Professor Richard, welche Überlegungen führten zu der erstmaligen Zusammenlegung der beiden Kongresse?

Es gibt eine große Zahl von thematischen und inhaltlichen Überschneidungen zwischen dem Bereich der Erkrankungen des Vorderabschnittes und des Hinterabschnittes. Nachdem jahrelang, bedingt vor allem durch operative Entwicklungen, die Subspezialitäten der Augenheilkunde sich auseinander entwickelt haben, ist in den letzten Jahren eine deutliche Konvergenz zu beobachten, sowohl bezüglich der klinischen Fragestellungen bei unseren häufig alten Patienten als auch der chirurgischen Weiterentwicklung (Stichwort Kleinschnitttechnik im Vorderabschnitt und Hinterabschnitt). Es ist davon auszugehen, dass sowohl die ESCRS- als auch die EuRetina-Tagung in diesem Jahr die größten ihrer Art weltweit sein werden. Es wird zu erheblichen Synergieeffekten kommen, sowohl für die Besucher, die Gelegenheit haben, einmal über den Tellerrand ihres eigenen Interessengebietes hinauszuschauen, als auch für die Aussteller, die hier ein neues Zielpublikum erreichen. Nach dieser Tagung werden wir dann zu analysieren haben, ob die Zielvorstellungen erreicht worden sind und ob dies Experiment, vielleicht in einigen Jahren, wiederholt werden sollte.

Wie wirkt sich die Kooperation auf das Programm aus?

Die Tagung startet am 1.9. mit der EuRetina-Tagung, am 4.9. haben wir einen gemeinsamen Tag, auch mit gemeinsamen wissenschaftlichen Symposien, anschließend wird die ESCRS-Tagung durchgeführt. Gemeinsame Symposien befassen sich zum Beispiel mit der Frage der Endophthalmitis und es gibt Kurse, die sich mit gemeinsamen Fragestellungen des vorderen und hinteren Abschnittes befassen.

Diabetisches Makulaödem, Gefäßverschlüsse, hereditäre Netzhautdegeneration – für viele, gravierende retinale Erkrankungen gibt es innovative therapeutische Ansätze. Wo sehen Sie die vielversprechendsten Entwicklungen?

Wir lernen in den letzten Jahren die molekulare Basis der häufigsten Erblindungsursachen besser zu verstehen, insbesondere der altersbedingten Makuladegeneration und des diabetischen

Makulaödems. Wir wissen, dass Entzündungsfaktoren eine entscheidende Rolle spielen. Die verschiedenen Inhibitoren des VEGF haben sich bereits in der Behandlung bewährt. Wir müssen lernen, sie mit anderen Verfahren zu kombinieren, insbesondere der Gabe von Kortikosteroiden und der photodynamischen Therapie. Bei Gefäßverschlüssen sind operative Maßnahmen zur Behandlung noch nicht ausreichend evaluiert. Sie scheinen Vorteile gegenüber medikamentösen Behandlungen zu haben und langfristig die besten Ergebnisse zu bringen. Bei hereditären Erkrankungen hingegen müssen wir lernen, die defekten Zellen zu ersetzen oder extern zu stimulieren. Hierzu gibt es erste Ansätze durch die Stammzelltherapie oder durch die Entwicklung des Retina-Chip. Obwohl es in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte, gerade in der Behandlung der häufigsten Erblindungsursachen gegeben hat, sehen wir diese keineswegs als ausgereizt.

Bieten sich auch über die gemeinsame Tagung hinaus Möglichkeiten der Zusammenarbeit?

Eine vermehrte Zusammenarbeit zwischen Netzhaut- und Kataraktchirurgen mit gegenseitigen Ausbildungsprogrammen ist eigentlich zwangsläufig, da beide die gleichen älteren Patienten zu behandeln haben. Eine faire Kooperation in gegenseitiger Wertschätzung ist erforderlich, die gleichzeitig sicherstellt, dass die Patienten auf dem höchsten therapeutischen Niveau behandelt werden. So kann ein Glaskörperchirurg nicht „nebenbei“ die Katarakt operieren, er muss dieses schonend und atraumatisch tun, um den Einblick auf die Netzhaut nicht zu gefährden. Dabei sollte er in der Lage sein, zum Beispiel den Astigmatismus kompetent zu behandeln. Der Kataraktchirurg darf nicht nebenbei den Glaskörper operieren, wenn er nicht mit hoher Präzision Membranen von der Netzhaut peelen kann. Die klinischen Krankheitsbilder erfordern häufig ein kombiniertes Operieren, entweder durch die enge Zusammenarbeit von Chirurgen oder durch die wechselseitige Ausbildung in den Subdisziplinen.

Herr Professor Richard, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte **Katica Djakovic**.

E-Mail: redaktion@augenspiegel.com