



Berufsverband der Augenärzte
Deutschlands e.V. (BVA)



DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft

Gesellschaft
für Augenheilkunde

**Stellungnahme
der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft,
der Retinologischen Gesellschaft und
des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands**

**Intravitreale operative Medikamentengaben (IVOM) im Rahmen
von Katarakt-Operationen**

Stand September 2012

Aufgrund der Altersabhängigkeit und der Häufigkeit des Auftretens besteht ein hohes Maß an Komorbidität von Katarakt und altersabhängiger Makuladegeneration (AMD) bzw. diabetischem Makulaödem. Generell ist das Ziel einer anti-VEGF-Therapie ein möglichst optimales funktionelles Ergebnis für den Patienten. Dabei sind sowohl eine Überdosierung (zu viele Injektionen, unnötige Risiken) als auch eine Unterdosierung (zu wenig Injektionen, vermeidbarer Funktionsverlust) zu vermeiden.

Basierend auf der Annahme, dass eine Katarakt-Operation eine Verschlechterung der gleichzeitig bestehenden neovaskulären AMD bzw. eines diabetischen Makulaödems induzieren kann oder ein Übergang einer trockenen AMD in eine exsudative AMD erzeugt werden kann, wurde in letzter Zeit wiederholt das Konzept propagiert, kombiniert mit der Kataraktchirurgie - quasi „prophylaktisch“ - gleichzeitig eine Anti-VEGF-Medikamentenapplikation durchzuführen.

Gegenwärtig liegt kein schlüssiger Nachweis dafür vor, dass die Makulaerkrankung durch eine unkomplizierte, mit modernen Techniken durchgeführte Kataraktoperation verschlechtert würde. Dies konnte weder in der umfänglichen ARED-Studie noch in einer kürzlich durchgeführten Cochrane-Metaanalyse gezeigt werden.^{1,2} Insofern ist nicht davon auszugehen, dass durch eine Katarakt-OP bei vorliegender chorioidaler Neovaskularisation deren Wachstum stimuliert, die Hyperpermeabilität und damit das Makulaödem verstärkt, neue Hämorrhagien induziert oder in Gegenwart einer Pigmentepithelabhebung ein RPE-Riss induziert würden. Darüber hinaus würden, selbst wenn bei einem geringen Anteil der Patienten eine solche Nebenwirkung hervorgerufen würde, ein Großteil der Patienten unnötig behandelt, somit vermeidbaren Risiken ausgesetzt und Ressourcen vergeudet.

Sollte in Einzelfällen nach Kataraktchirurgie ein Makulaödem (nicht im Rahmen eines Irvine-Gass-Syndroms, sondern aufgrund der Progression der Grunderkrankung) zunehmen, gibt es keinen Hinweis dafür, dass eine anschließend durchgeführte erneute IVOM gegenüber einer "prophylaktischen" Behandlung hinsichtlich des morphologischen und funktionellen Verlaufs nachteilig wäre. Eine notwendigerweise umfängliche, prospektive Studie, die diese Frage klären würde, hätte sehr hohe methodische, ethische und ökonomische Hürden und ist nicht absehbar.

Darüber hinaus erscheint auch die prophylaktische IVOM in Gegenwart von allen Stadien der trockenen AMD und Abwesenheit einer CNV mit dem Ziel der Verringerung des Konversionsrisikos in eine feuchte AMD nicht gerechtfertigt. Für eine diesbezügliche Wirksamkeit der anti-VEGF-Substanzen fehlt gegenwärtig jede Evidenz.

Eine kombinierte IVOM und Katarakt-OP kann in dem Fall erfolgen, wenn eine eindeutige Indikation für eine IVOM besteht und zum entsprechenden Termin auch eine Kataraktoperation durchgeführt werden soll. Damit würden dem Patienten weitere Termine zur operativen Behandlung und zur Nachuntersuchung erspart.

Unabhängig von diesen Überlegungen gilt, dass vor einer Katarakt-Operation in Gegenwart von Symptomen oder klinischen Zeichen, die für das Vorliegen einer CNV oder eines eventuell behandlungsbedürftigen diabetischen Makulödems sprechen, eine diagnostische Abklärung inkl. Fluoreszein-Angiographie und SD-OCT erfolgen muss. Sollte sich dann eine CNV bzw. ein mit IVOM behandlungsbedürftiges diabetisches Makulaödem zeigen, erscheint es sinnvoll, die Behandlung der Makulaerkrankung vor der Katarakt-Operation bis zum erwünschten Therapieziel (Visusstabilität, keine oder nicht weiter reduzierbare Flüssigkeit im SD-OCT) durchzuführen.

Chasparis Lindsley K. Kuo IC Sikder S. Bressler N. Surgery for cataract in people with age-related-macular degeneration. Cochrane-Database SYST REV 2012 Jun 13;6;CD006757

AREDS-Report 25. Ophthalmology 2009;116:297 – 303