

## Leitlinie

Berufsverband der Augenärzte  
Deutschlands e.V.

Deutsche Ophthalmologische  
Gesellschaft e.V.



**DOG**

Deutsche Ophthalmologische  
Gesellschaft

Die wissenschaftliche Gesellschaft  
der Augenärzte

## Leitlinie Nr. 22 a

# Vorstufen einer rhegmatogenen Netzhautablösung bei Erwachsenen

### Inhaltsverzeichnis

Leitlinie Nr. 22 a Vorstufen einer rhegmatogenen Netzhautablösung bei Erwachsenen .....	2
Definition .....	2
Epidemiologie .....	2
Ziel .....	3
Vorgehen .....	3
Therapie.....	3
Ambulant/Stationär .....	4
Kontrollintervalle .....	4
Literatur.....	5

## Leitlinie Nr. 22 a Vorstufen einer rhegmatogenen Netzhautablösung bei Erwachsenen

Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie beschreiben, was Augenärzte für eine angemessene Patientenversorgung in der Praxis für geboten halten. Dies entspricht in vielen Fällen nicht dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (siehe [Präambel](#)).

### Definition

- Rhegmatogene Netzhautablösung: Abtrennung der sensorischen Retina vom retinalen Pigmentepithel aufgrund Eindringens von verflüssigtem Glaskörper durch einen Netzhautdefekt, der durch vitreoretinale Traktion entstanden ist. Andere Formen der Netzhautablösung wie exsudative und reine Traktions-Netzhautablösung sind hier ausgeklammert.
- Vorstufen
  - im Äquator-und Peripheriebereich, z.B.:
    - atrophische Rundlöcher (bei 2% der Gesamtbevölkerung älter als 10 Jahre)
    - Rundloch mit ausgerissenem Deckel
    - Gitterdegeneration ohne/mit Netzhautdefekt (Netzhautablösungs-Risiko in 2-4%)
    - Hufeisenriss
  - im Orabereich:
    - Oradialyse
- Risikofaktoren:
  - Netzhautablösungsanamnese des Partnerauges <sup>(3,4)</sup>, Myopie, familiäre Belastung, Zustand nach Cataractoperation mit Glaskörperkomplikation Nd-YAG-Laserkapsulotomie, direktes schweres Bulbustraua

### Epidemiologie

- 75% aller Netzhautrisse entstehen in morphologisch unauffälligen Netzhautarealen
- in 6-10% liegt auch eine Netzhautablösungen am anderen Auge vor

## Ziel

- Identifizierung von Patienten mit Netzhautablösungs-Risiko
- Aufklärung über Risiken und Symptome einer Netzhautablösung und über die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrolle
- rechtzeitige Erkennung und Behandlung einer drohenden Netzhautablösung

## Vorgehen

### Notwendig:

- Anamnese
  - Mouches volantes ?
  - Blitze im Dunkeln (insbesondere bei Kopf-und/oder Augenbewegungen) ?
  - Dunkler undurchsichtiger Schatten von peripher nach zentral zunehmend?
  - Sehverschlechterung ?
  - Risikofaktoren ?
- Sehschärfenbestimmung, ggf. mit bekannter Korrektur (falls erforderlich Ausmessen vorhandener Sehhilfen)
- Spaltlampenuntersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte
- Untersuchung des Glaskörpers und des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis
- Dokumentation
- Befundbesprechung und Beratung u.a. über Warnsymptome

### Im Einzelfall erforderlich:

- weitere Untersuchungen der Basisdiagnostik nach [Leitlinie Nr. 4](#) (z.B. bei durch den Lokalbefund nicht zu erklärender Visusminderung oder bei Patienten, die sich erstmals oder nach einem Intervall von mehr als einem Jahr nach der letzten augenärztlichen Basisdiagnostik vorstellen)
- Ultraschall , bei fehlendem oder unzureichendem Funduseinblick

## Therapie

- Aufklärung über Prognose der Erkrankung und Risiken der Vornahme/Unterlassung einer präventiven Intervention.
  - Bei frischen Hufeisenforamina besteht ein Netzhautablösungsrisiko von 33-36% <sup>(5)</sup>, <sup>(7)</sup>. Retinopexie reduziert hier das Risiko auf 3% <sup>(5)</sup>.
  - Bei atrophischen Rundlöchern in Partneraugen beträgt das Risiko für eine Netzhautablösung 5,1% <sup>(2)</sup> Wenn das erste, phake Auge bereits eine Netzhautablösung auf der Basis gittriger Degenerationen erlitten hatte, reduzierte eine Laserretinopexie von Netzhautdegenerationen im Partnerauge nach einer Studie von Folk <sup>(2)</sup> das Risiko einer Netzhautablösung von 5,1% auf 1,8%.

- Weniger als 50% aller Netzhautablösungen lassen sich prophylaktisch vermeiden <sup>(6)</sup>.
- Da bei den meisten Patienten mit asymptomatischen Netzhautlöchern im Verlauf keine Netzhautablösung auftritt, kann man mit einer Laserabbehandlung nur 2-3% vor einer Netzhautablösung bewahren<sup>(1)</sup>
- Laserkoagulation/Kryochirurgie von
  - Hufeisenriss ohne oder mit angrenzender Gitterdegeneration (frischer Riss bei akuter, hinterer Glaskörperabhebung) obligat .
  - Oradialyse (obligat)
  - sonstige periphere/äquatoriale Vorstufen nur unter individueller Gewichtung der Risikofaktoren

### **Ambulant/Stationär**

- in der Regel ambulant

### **Kontrollintervalle**

In Abhängigkeit vom Befund und Eingriff

- bei akut aufgetretener und anhaltender spezifischer Symptomatik und fehlendem oder grenzwertigem Befund ca. 1 Woche später, danach je nach individueller Abschätzung
- nach schwerem direktem Bulbustrauma oder nach schwerer offener Augenverletzung anfangs engmaschig, später je nach Situation
- bei qualitativer oder quantitativer Verschlechterung der subjektiven Symptomatik sofort
- Kontrolle nach Therapie spätestens nach 1-2 Wochen, dann je nach Befund, Verfahren und Symptomatik

## Literatur

(1) Byer NE

Kann die rhegmatogene Netzhautablösung verhindert werden?  
Ophthalmologie 2000; 97: 696-702

(2) Folk IC, Arrindell EL, Klugman MR

The fellow eye of patients with phacic lattice retinal detachment  
Ophthalmology 1989; 96 (1): 72-79

(3) Gonzales CR, Gupta A, Schwartz SD, Kreiger AE.

[The fellow eye of patients with phacic rhegmatogenous retinal detachment from atrophic holes of lattice degeneration without posterior vitreous detachment.](#)

Br J Ophthalmol. 2004; 88(11):1400-2.

(4) Gupta OP, Benson WE

The risk of fellow eyes in patients with rhegmatogenous retinale detachment  
Curr Opin Ophthalmol. 2005,16(3),: 175-8

(5) M. D. Davis: The natural history of retinal breaks without detachment. Trans Am Ophthalmol Soc 1973; 71: 343-372,

(6) Smiddy WE, Flynn HW Jr, Nicholson DH, Clarkson JG, Gass JD, Olsen KR, Feuer W Results and complications in treated retinal breaks. Am J Ophthalmol 1991; 112:623–631

(7) Colyear BH, Jr, Pischel DK: Clinical tears in the retina without detachment. Am J Ophthalmol 1956;41 :773-792,

Zum Verständnis der Leitlinie: siehe [Präambel](#)

