

Stellungnahme

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

**zur zeitlichen Planung der Versorgung einer rhegmatogenen
Amotio retinae**

Stand Oktober 2020

Die akute rhegmatogene Netzhautablösung (Amotio retinae), stellt einen ophthalmologischen Notfall dar.

Die primär erfolgreiche Versorgung einer unkomplizierten Amotio ist entscheidend für das funktionelle Ergebnis. Daher soll eine zeitgerechte Operation erfolgen.

Die Operation der Amotio stellt einen komplexen chirurgischen Eingriff dar. Sowohl die Dauer und Art der Amotio als auch infrastrukturelle und personelle Faktoren sind von Relevanz für das anatomische sowie funktionelle Ergebnis.

Amotio ohne Beteiligung der Fovea

Eine Beteiligung der Fovea bei rhegmatogener Amotio beeinflusst die postoperative Visusprognose ungünstig. Eine Progression mit Einbeziehung der Fovea soll deshalb vermieden werden.

Risikofaktoren für eine rasche Progression einer Amotio mit potentieller Beteiligung der Fovea sind eine anamnestisch rasch progrediente Symptomatik, die Lokalisation der Amotio und der verursachenden Netzhautforamina temporal oben, ein hochblasiges Erscheinungsbild, Z.n. Vitrektomie sowie unmittelbare foveale Nähe der Amotio. Das Risiko für eine Beteiligung der Fovea ist geringer bei einer inferioren Amotio, Anzeichen für eine langsam voranschreitende Amotio (z. B. subretinale Stränge, Hochwasserlinie) oder einer flachen peripheren Amotio mit anliegendem Glaskörper oder bei asymptomatischen Befunden.

Abhängig von den genannten Risikofaktoren soll bei rhegmatogener Amotio mit anliegender Fovea die zeitliche Planung erfolgen und die Dringlichkeit festgelegt werden.

Da das operative Endergebnis neben der anatomischen Ausgangssituation auch von chirurgischen und personellen Voraussetzungen beeinflusst wird, sollten neben den anatomischen Risikofaktoren und patientenspezifischen Gegebenheiten auch diese Faktoren bei der OP-Planung mitberücksichtigt werden. Bis zur operativen Versorgung soll das Voranschreiten der Netzhautablösung soweit wie möglich durch konservative Maßnahmen (Vermeiden von Augen- und Körperbewegungen, entsprechende Lagerung des Patienten) vermieden werden, um die Abhebung der Fovea zu verhindern.

Amotio mit Beteiligung der Fovea

Je länger die Fovea abgehoben ist, desto geringer ist die Dringlichkeit der Operation.

Die irreversiblen Folgeschäden einer Amotio mit Foveabeteiligung sind abhängig von der Dauer des Bestehens der Amotio. Da sich aber die funktionellen Ergebnisse nach Operation einer abgehobenen Fovea zumindest in den ersten drei Tagen nach Abhebung der Fovea nicht signifikant unterscheiden, kann auch dann eine verzögerte OP-Planung gerechtfertigt sein, wenn damit bessere organisatorische, chirurgische oder personelle Operationsvoraussetzungen gewährleistet werden.

Aufgrund der nachgewiesenen Zeitabhängigkeit der Folgeschäden sollte aber auch bei länger bestehender Amotio die Operation zeitgerecht geplant werden.

Redaktionskomitee:

Prof. Dr. S.G. Priglinger (federführend)

Prof. Dr. A. Wolf (federführend)

Dr. Thomas C. Kreutzer

Angaben zu den Interessenkonflikten folgen noch

Literatur

Nicolas Feltgen, Josep Callizo, Lars-Olof Hattenbach, Hans Hoerauf, Dringlichkeit der operativen Versorgung bei der rissbedingten Netzhautablösung, Ophthalmologe, <https://doi.org/10.1007/s00347-020-01191-6>

Callizo, J., et al. (2017). "Risk of progression in macula-on rhegmatogenous retinal detachment." *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 255(8): 1559-1564.

Di Lauro, S., et al. (2015). "Loss of Visual Acuity after Successful Surgery for Macula-On Rhegmatogenous Retinal Detachment in a Prospective Multicentre Study." *J Ophthalmol* 2015: 821864

Diederer, R. M., et al. (2007). "Scleral buckling surgery after macula-off retinal detachment: worse visual outcome after more than 6 days." *Ophthalmology* 114(4): 705-709.

Ehrlich, R., et al. (2013). "Timing of acute macula-on rhegmatogenous retinal detachment repair." *Retina* 33(1): 105-110

Feltgen, N., et al. (2013). "Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study (SPR study): Risk assessment of anatomical outcome. SPR study report no. 7." *Acta Ophthalmol* 91(3): 282-287.

Hajari, J. N., et al. (2014). "Progression of foveola-on rhegmatogenous retinal detachment." *Br J Ophthalmol* 98(11): 1534-1538.

Heimann, H., et al. (2007). "Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment: a prospective randomized multicenter clinical study." *Ophthalmology* 114(12): 2142-2154.

Henrich, P. B., et al. (2009). "Macula-off retinal detachment--a matter of time?" *Klin Monbl Augenheilkd* 226(4): 289-293.

Jackson, T. L., et al. (2014). "United Kingdom National Ophthalmology Database study of vitreoretinal surgery: report 3, retinal detachment." *Ophthalmology* 121(3): 643-648.

Kontos, A. and T. H. Williamson (2017). "Rate and risk factors for the conversion of fovea-on to fovea-off rhegmatogenous retinal detachment while awaiting surgery." *Br J Ophthalmol* 101(8): 1011-1015.

Koch, K. R., et al. (2012). "Success rates of retinal detachment surgery: routine versus emergency setting." *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 250(12): 1731-1736.

Lai, M. M., et al. (2011). "Anatomic and visual outcomes in early versus late macula-on primary retinal detachment repair." *Retina* 31(1): 93-98.

Sallam, A. B., et al. (2018). "ROYAL COLLEGE OF OPHTHALMOLOGISTS' NATIONAL DATABASE STUDY OF VITREORETINAL SURGERY: Report 7,

Intersurgeon Variations in Primary Rhegmatogenous Retinal Detachment Failure."
Retina **38**(2): 334-342.