

Therapie des diabetischen Makulaödems

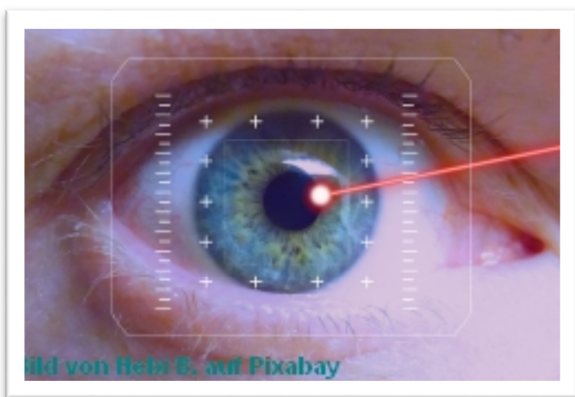
Im letzten Jahrzehnt hat die Therapie des diabetischen Makulaödems durch die **Anti-VEGF Therapie** Furore gemacht, und zwar zu recht. Während bis dato die fokale Lasertherapie mit all ihren Nachteilen nur in etwa 50 % überhaupt in der Lage war, den Visusverlust durch das Makulaödem aufzuhalten, ist durch die intravitrealen Injektion der dafür zugelassenen VEGF-Antagonisten Ranibizumab und Aflibercept (und das off-label Medikament Bevacizumab) die Ophthalmologie dem Versprechen ein Stück näher gekommen, einen **Visusverlust nicht nur aufzuhalten, sondern in Teilen auch rückgängig** zu machen.

Gegenüber der Lasertherapie, die für sich genommen rasch und kosteneffektiv durchführbar ist, häufig keine Re-Therapie erfordert, lange Kontrollintervalle hat und keine systemischen Nebenwirkungen zeigt, ist die IVOM mit dem zwar raschen Wirkeintritt, aber den häufigen Kontrollen und Reinjektionen, dem notwendigen Aufwand, dem Preis und den lokalen und systemischen Nebenwirkungen nicht in allen Fällen eindeutig überlegen. Die klarste Indikationsstellung – auch gestützt durch die stark verfeinerte Diagnostik durch nicht-invasive Bildgebung wie die optische Kohärenztomographie (OCT) – hat sich für Patienten mit T1 oder T2 Diabetes und fovealer Beteiligung ergeben, die einen Visus unter 0,5 (20/40) haben, aber noch nicht erblindet sind, und eine foveale Beteiligung bei klinisch signifikantem Makulaödem. In solchen Fällen konnte in Studien in 30-40% eine relevante Sehverbesserung (in Studien mehr als 3 Linien oder 15 Buchstaben) erreicht werden. Allerdings zeigen auch die Daten aus der Versorgungsrealität in Deutschland, dass es nur mit einer strikten Therapieadhärenz und einer ausreichenden Injektionsfrequenz bei früher Diagnose zum gewünschten Erfolg kommt.



Offen war bis vor kurzem die Frage, inwieweit Patienten mit klinisch signifikantem Makulaödem und Foveabeteiligung und einem besseren Visus von einer IVOM profitieren, oder ob Abwarten bzw. eine fokale Lasertherapie nicht überlegen seien. In JAMA erschien jetzt eine Arbeit des DRCR Retina Network, die diese Frage beantworten kann. Ein guter Visus bei klinische signifikantem Makulaödem mit Foveabeteiligung, also besser als 20/25, ist eine häufige Konstellation in der Klinik. So weiß man aus Versorgungsdaten, daß z.B. in den USA 84 % von Patienten mit DMÖ einen Visus von mehr als 20/40 hatten, und in der ETDRS ca 40 % aller Patienten mit Makulaödem einen Visus von 1. In der Praxis wird auch oft eine Therapie mit Anti-VEGF bei Patienten begonnen, die einen besseren Visus als 20/32 haben, obwohl für diese keine Studien vorliegen.

In der randomisierten klinischen Studie wurde als Zielparameter eine Verschlechterung des Visus innerhalb von 2 Jahren um 5 Buchstaben (= eine Linie) ausgegeben. Drei Gruppen von Patienten wurden untersucht: a. eine Kontrollgruppe, bei der keine ophthalmologisch Therapie erfolgte, b. eine Gruppe, die von Anfang Aflibercept erhielten, und c. eine Gruppe mit Laserphotokoagulation. Die untersuchten Patienten waren im Schnitt 59-60 Jahre alt, hatten in 89-93% einen T2D, ein HbA1c von 7.6% und eine Diabetesdauer von ca 15 Jahren. Angaben zu weiteren Komplikationen wie zum Beispiel einer Albuminurie lagen nicht vor, der Blutdruck wurde als Median angegeben (98-99) und eine KHK bestand bei 5-9 %.



Der mittlere Ausgangsvisus betrug 85 (entsprechend eine Visus von 1), die mittlere Makuladicke 306-314 μm .

Nicht überraschend war das **Hauptergebnis**: weder nach einem noch nach 2 Jahren gab es einen Unterschied zwischen den drei Therapiemodalitäten. Die Autoren schlagen vor, bei einem DMÖ mit Foveabeteiligung zuzuwarten und vor allem den Visus zu kontrollieren (und nicht allein das OCT!), um eine Therapieindikation für Laser oder DMÖ zu stellen.

Prof. Hammes, Mannheim