

Bei zunächst strahlendem Sonnenschein zeigte sich Wien als Gastgeber der Euretina 2018 von seiner besten Seite. Als spezialisierter Kongress für Retinologie und Vitreoretinalchirurgie, waren zahlreiche international renommierte Experten mit ausgezeichneten Vorträgen präsent.

**OA Dr. Christoph Leisser**

Euretina-Präsident Prof. Dr. Sebastian Wolf (Bern) eröffnete den 18. Kongress der European Society of Retina Specialists in der Wiener Reed Messe. Die Highlights des Kongresses umfassen zehn Main-Sessions, fünf Update-Sessions, ein ge-



# 18. Euretina-Kongress



meinsames ESCRS/Euretina-Symposium, 25 Free-Paper-Sessions und 46 Kurse.

Die diesjährige Euretina-Lecture hielt Prof. Dr. Tien Wong, Medical Director des Singapore National Eye Centre. Titel seiner Ausführungen „Tackling the global burden of diabetic retinopathy – From epide-



OA Dr. Christoph Leisser  
Hanuschkrankenhaus der WGKK,  
Abteilung für Augenkrankheiten  
mit Augen-Tagesklinik  
Heinrich-Collin-Str. 30,  
1140 Wien



miology to artificial intelligence“. Seine Schlussfolgerungen: „DR is a global epidemic, that needs whole country, populationwide and international strategies to tackle. Shift from tertiary prevention of blindness to secondary prevention via systemic control and DR-screening. Artificial Intelligence will likely have a major impact on screening, detection and care.“ Auf die entscheidende Rolle von Artificieller Intelligenz und Deep Learning hatte davor auch schon Prof. Dr. Ursula Schmidt-Erfurth in Ihrem Beitrag „Where is anti-VEGF-therapy now: Achievements and challenges“ hingewiesen. Im Rahmen der Opening-Ceremony präsentierte Prof. Dr. Frank Holz (Bonn), Incoming President der Euretina, die Video Competition Awards und nahm die Ehrung der Preisträger vor.

## AUSGEWÄHLTE THEMEN BEI DER EURETINA 2018

Die OCT-Angiographie wird möglicherweise unsere Sicht auf den Therapieerfolg

bei der neovaskulären AMD ändern, da die OCT-Angiographie zeigt, dass nach Behandlung mit Anti-VEGF zwar die kleinen Blutgefäße dieser neovaskulären Membranen rückgebildet werden, nicht aber die großen. Trotzdem sind die funktionell besseren Outcomes bei Patienten/-innen mit solchen Gefäßen, im Gegensatz zu Patienten/-innen ohne diese Gefäße, zu finden.

Ein weiteres Thema war die Frage wie die ausgezeichneten Studienergebnisse von



Ranibizumab und Aflibercept in den beiden ersten Jahren nach Studienbeginn bei neovaskulärer AMD, retinalen Venenverschlüssen und diabetischem Makulaödem in die „Real-life-Situation“ übergeführt werden können. Die optimalen Studienbedingungen mit monatlichen oder 2-monatlichen intravitrealen Injektionen stellen nicht nur eine Belastung für unsere Patienten/-innen dar, sondern auch für die betreuenden Zentren weltweit. Die „Real-life-Daten“ nach fünf Jahren bei der Catt-Studie sind mit drei Buchstaben unter Baseline ernüchternd. Die Daten nach sechsjähriger Treat-and-Extend-Behandlung sind übereinstimmend positiv mit etwa plus acht Buchstaben Visusgewinn im Vergleich zu Baseline, jedoch sind die Achtjahresdaten kontroversiell, von stabilen

Visusergebnissen bis zu einem Abfall von zwei Buchstaben unter Baseline.

Da das TAE-Schema in den Langzeitdaten deutlich bessere Ergebnisse im Vergleich zu Pro-Re-Nata ermöglicht und die Anzahl der intravitrealen Injektionen geringer ist als bei monatlicher Applikation, stellt es zurzeit die beste Therapieoption dar.

Algorithmen zur besseren und früheren Diagnostik und Prognoseeinschätzung zeigen schon heute, welche Möglichkeiten wir als Augenärzte/-innen bei unserer täglichen Arbeit in Zukunft an unserer Seite haben werden.

Angesprochen auf Ängste, dass wir Augenärzte von Maschinen wegrationalisiert werden könnten, war der klare Tenor aller Experten, dass wir mit diesen Systemen nicht nur bessere Frühdiagnosen und damit auch besser Therapieoutcomes erreichen können, sondern in Zukunft auch Screeningprogramme besser durchführen werden können. Aus meiner Sicht werden wir damit nicht weniger, sondern mehr Patienten/-innen in Zukunft betreuen.

Auch Biomarker haben die Augenheilkunde erobert und sich einen bedeutenden Platz in unserer Diagnostik gesichert. So stellt das Vorhandensein von intraretinalem Ödem die Gefahr eines Visusverlusts von etwa vier Buchstaben dar, während subretinales Ödem eine bessere Prognose hat und mit einem Visusgewinn von etwa zwei Buchstaben assoziiert wird. Hyperreflektive Spots (Foci) im OCT, Zeichen eines inflammatorischen Prozesses in der Retina, nehmen nach Behandlung mit Anti-VEGF ab und könnten bei Zunahme derselben zum Beispiel einen Biomarker für Reaktivierung einer neovaskulären AMD darstellen.

Während bei neovaskulärer AMD und retinalen Venenverschlüssen Treat-and-Extend das optimale „Real-life-Therapie-

Aflibercept als mit Ranibizumab und Bevacizumab erzielen. Da im zweiten Jahr der Therapie deutlich weniger intravitreale Injektionen nötig waren, als im ersten Jahr hat das DRCR.net folgende Therapieempfehlungen für das diabetische Makulaödem aus Protocol-T abgeleitet: Initial sechs intravitreale Injektionen im monatlichen Abstand, wobei bei den letzten zwei intravitrealen Injektionen auch eine OCT-Untersuchung durchgeführt werden sollte, da bei stabilen Befunden die Therapie schon nach sechs Behandlungen pausieren kann. Hierbei stellt auch ein unverändertes Ödem einen stabilen Befund dar. Als Wiederbehandlungskriterium gilt die Zunahme des Ödems oder Visusabnahme. Eine fokale Laserbehandlung kann bei stabilem Ödem in der Therapiepause bei entsprechendem Befund (z.B. Leckage aus Mikroaneurysmen) eine gute Therapieoption sein.

Bei der proliferativen diabetischen Retinopathie hat der Einsatz von Anti-VEGF in jüngster Zeit unsere Therapiemethoden deutlich erweitert, wobei natürlich auch bei gleichzeitig vorliegendem Makulaödem die Behandlung mit Anti-VEGF als „superior“ bezeichnet werden kann. Die Zweijahresdaten haben sowohl für Ranibizumab als auch für Aflibercept Vorteile gegenüber der panretinalen Laserphotokoagulation zeigen können – dieser Vorteil ist jedoch für Ranibizumab nach fünf Jahren nicht mehr zu sehen (Protocol-S), für Aflibercept gibt es die Fünfjahresdaten

noch nicht. Es kann daher, unabhängig von der Frage der Kosten, bei therapietreuen Patienten/-innen die Behandlung mit intravitrealen Injektionen bei proliferativer diabetischer Retinopathie einen Vorteil darstellen, aber es sollte dabei die große Gruppe der Patienten/-innen nicht

vergessen werden, die sich nicht an die regelmäßigen Therapieintervalle halten und durch die ungeplanten Therapiepausen bei den Intervallen zwischen den intravitrealen Injektionen nicht adäquat behandelt sind.

In diesem Licht gibt es für diese Patienten/-innen einen klaren Vorteil bei der panretinalen Laserphotokoagulation, da sie anhaltend wirkt und nach fünf Jahren vergleichbare Ergebnisse zu den intravitrealen Injektionen bietet – unabhängig von der Therapietreue. ▀

## IN WIEN



Ein Hoffnungsschimmer am Horizont sind einerseits zahlreiche neue Therapeutika, wie z.B. Brolucizumab, Conbercept, Apicipar pegol und Faricimab, die noch bessere Visusergebnisse in den ersten Studien versprechen, andererseits auch Ansätze zu „Slow-Release-Systemen“, mit dem Potential, die Injektionsfrequenz auf bis zu halbjährliche Intervalle reduzieren zu können.

„Deep learning“ und die rasante Weiterentwicklung von artificial-intelligence-basierten

schema“ ist, stellt die diabetische Retinopathie hier eine Ausnahme dar. Das Protocol-T des DRCR.net zeigte nicht nur, dass die initial monatlichen intravitrealen Injektionen wichtig sind, sondern auch nach drei Monaten ein Ansprechen/Nichtansprechen auf die Therapie beim diabetischem Makulaödem oft noch nicht abgeleitet werden kann.

Weiters konnten Patienten/-innen mit Visus 20/50 oder schlechter bei Protocol-T deutlich bessere Ergebnisse mit