

Keratokonus-Update

Mit einer Inzidenz von 13,3 jährlichen Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnern (PubMed ID: 28039037) ist der Keratokonus eine mehr als relevante Erkrankung für die augenärztliche Praxis geworden. Vor allem die Früherkennung und die Beratung zu richtigem Verhalten bei Erstdiagnose spielen eine wichtige Rolle. So wurde im Global Consensus on Keratoconus and Ectatic Diseases der Hinweis auf das Unterlassen des Augenreibens als erster Therapieschritt festgelegt.

Mehrere Arbeitsgruppen sehen eine frühe Erstdiagnose des Keratokonus als High-risk-factor für eine frühe Progression an. Vor allem für Kinder und Jugendliche wird ein promptes Crosslinking angeraten. Deshalb empfehlen die Autoren, dass ein Progressionsnachweis bei Kindern und Jugendlichen nicht erbracht werden muss, weil bei Kindern eine 88-prozentige Progressionsrate besteht (PubMed ID: 23347367). Mit einer Geschlechterverteilung von 4:1 sind vor allem Buben in jungen Jahren betroffen.

Wann eine Progression des Keratokonus wirklich per definitionem vorliegt, ist in mehreren Studien durchaus uneinheitlich beschrieben. Letztlich muss man als Kliniker mehrere Parameter, wie z.B. die Werte aus den Scheimpflug-Aufnahmen (Kmax, Pachy, Rückflächenveränderungen der Hornhaut) und klinische Parameter wie den Visusverlauf und die Kontaktlinsenverträglichkeit berücksichtigen (PubMed ID: 28495149).

Bisher galt die Standard Amsler-Krumm-eich Keratokonus-Klassifikation als Mittel der Wahl. Sehr hilfreich bei der Progressionsbeurteilung ist die 2016 publizierte ABCD-Klassifikation von Duncan, Belin und Borgstrom (PubMed ID: 26973847). Dabei werden die Hornhautvorderflächenkrümmung der zentralen drei Millimeter, die Hornhaurückflächenkrümmung der zentralen drei Millimeter, die dünnste Stelle in der Pachymetrie und die BCVA in jeweils vier Stadien eingeteilt. Somit kann genau eruiert und graphisch sehr deutlich dargestellt werden, in welchem Bereich Aktivität im Vergleich zum Vorbefund vorliegt.

Im Bereich der chirurgischen Versorgung zeichnet sich ein Paradigmenwechsel, vor allem beim Akuten Keratokonus ab. Haben wir alle noch vor wenigen Jahren gelernt, dass wir einen Akuten Keratokonus mehrere Monate abheilen lassen müssen, bis das corneale Stroma wieder fest genug ist, um eine sichere perforierende Keratoplastik einzunähen, so hat uns Prof. Dr. Marc Muraine aus Rouen, Frankreich gezeigt, dass wir direkt nach Auftreten des Keratokonus mit prädes-cemetalen Stromanähten, 90 Grad zum Riss der Descemet gesetzt, eine rasche Resorption des Stromaödems und eine weitaus frühere Visuserholung erzielen können.

Auf dem Gebiet der vorderen lamellären Keratoplastik fokussiert sich das Hornhautteam der Kepler Universitätsklinik Linz (OA Dr. Paul Jirak und OA Dr. Peter

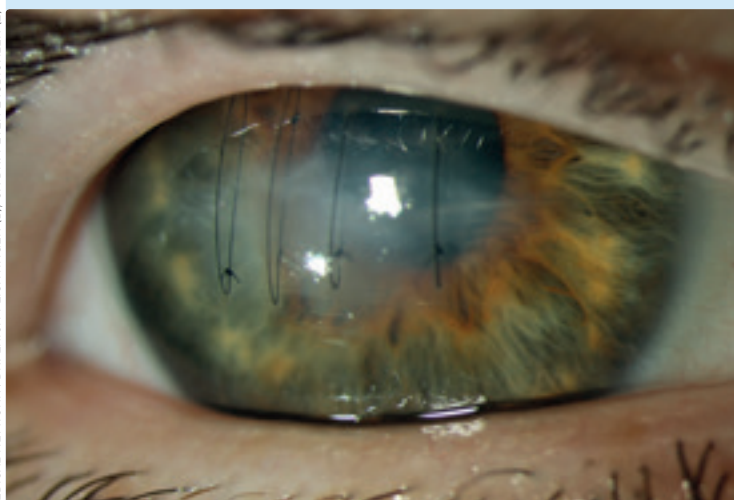


Dr. Peter Laubichler,
Leitender Oberarzt
Univ.-Klinik für Augenheilkunde und Optometrie
Kepler Universitätsklinikum Linz

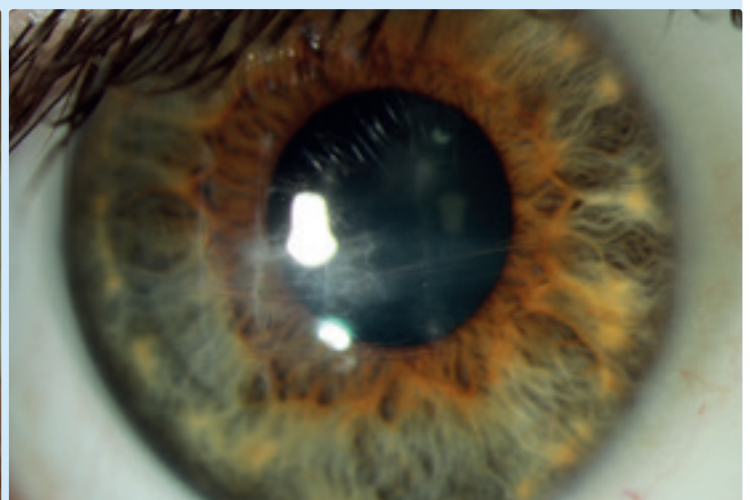
Laubichler) auf die Liquid-Bubble-Technik nach Gerten in Verbindung mit einer femtosekundenlaser-assistierten Keratoplastik und einem curved Interface auf der Victus-Plattform von Bausch und Lomb.

Die ersten klinischen Versuche haben eine deutlich geringere Konversionsrate zur perforierenden Keratoplastik gezeigt. Somit wird die bisher flache Lernkurve der DALK mit Hilfe des Femtosekundenlasers sehr wahrscheinlich bald steil ansteigen.

Literatur kann gerne
beim Verfasser angefragt werden:
peter.laubichler@kepleruniklinikum.at



Muraine Nähte



Ergebnis nach akutem Keratokonus

FORTSETZUNG >