



Wie Diabetes ins Auge gehen kann

Mit zunehmender Diabetesdauer, schlechterer Einstellung des Blutzuckers und des Blutdruckes steigt die Wahrscheinlichkeit, an diabetischer Retinopathie zu erkranken. Was passiert am Auge und wie kann der Augenarzt dann helfen? Wir haben einen Experten befragt.

Interview

Der Augenarzt erklärt



St. Franziskus Hospital

Augenarzt Dr. med. Georg Spital, St. Franziskus Hospital Münster, ist Generalsekretär der Initiativgruppe zur Früherkennung diabetischer Augenerkrankungen (IFDA, www.diabetes-auge.de)

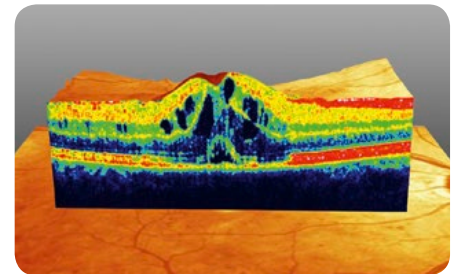
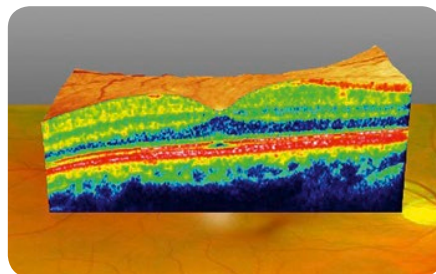
Herr Dr. Spital, wie lange dauert es, bis Diabetes sich am Auge bemerkbar macht? Trifft es jeden Patienten?

Dr. Spital: Nein, auch wenn die Zahl zu hoch ist. Derzeit sind hierzulande je nach Quelle etwa zwischen 10 und 15 Prozent der Diabetiker an diabetischer Retinopathie erkrankt. Ob und wann eine solche auftritt, hängt vom Diabetestyp, von der genetischen Veranlagung sowie vor allem auch von der Einstellung der Risikofaktoren ab: Blutzucker an erster Stelle, dann Blutdruck. Lipidstoffwechselstörungen und Rauchen spielen auch eine Rolle. Gerade bei Typ 2 Diabetes („Altersdiabetes“) kann leider auch schon mit der Diabetesdiagnose eine Netzhauterkrankung vorliegen, weshalb hier

eine Augenuntersuchung zeitnah erfolgen sollte.

Welche Schäden können auftreten?

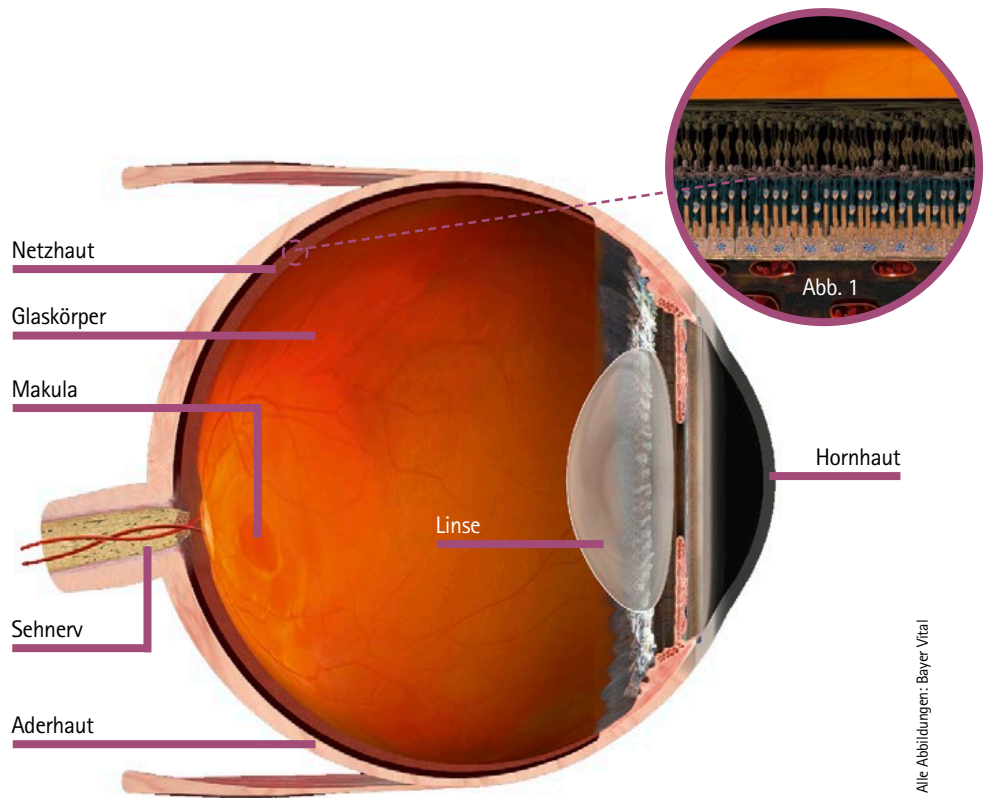
Es sind zum einen kleine Veränderungen in den sensiblen Netzhaut- und Nervenstrukturen, die der Patient nicht bemerkt. Zeitgleich entstehen typische Netzhaut-Gefäßveränderungen: kleine Gefäßausackungen und -undichtigkeiten sowie kleine Blutungen, die der Patient ebenfalls zunächst nicht bemerkt und die nur der Augenarzt frühzeitig erkennen kann. In der Folge kann es dann einerseits zu zunehmenden Netzhautschwellungen kommen, die insbesondere, wenn die Makula – die Netzhautmitte – betroffen ist, häufig das Sehen beeinträchtigen. Andererseits können Minderdurch-



Netzhautschichten im Querschnitt, dargestellt mit der Optischen Kohärenz-Tomographie (OCT). Ein Lichtstrahl tastet die unterschiedlichen Gewebeschichten im Zentrum der Netzhaut ab und stellt diese auf dem Bildschirm dar. Der Augenarzt sieht, ob der Befund normal ist (linke Abb.) oder ob sich Flüssigkeit in den Schichten eingelagert hat und ein Makulaödem entstanden ist (rechts). Mithilfe der OCT lässt sich auch nachweisen, ob die Therapie erfolgreich war

Schnitt durch das Auge. Die Netzhaut besteht aus mehreren Lagen unterschiedlicher Zellen (siehe Abb. 1), die im gesunden Auge reibungslos zusammenarbeiten.

Werden die Zellen geschädigt oder die eng verbundenen Zellschichten auseinandergedrängt, wird das Sehen gestört. Am schlimmsten wirkt sich das an der Makula aus - dieses kleine Areal in der Netzhautmitte ist die Stelle des schärfsten Sehens



Alle Abbildungen: Bayer Vital

blutungen der Netzhaut und reaktive Gefäßneubildungen auftreten. Aus diesen Gefäßen kann es dann zu massiveren Einblutungen in das Auge oder sogar schlimmstenfalls zu Netzhautablösungen kommen, was zur irreversiblen Erblindung führen kann.

Wie stellt der Augenarzt fest, ob und was am Auge passiert ist?

Er wird die Sehschärfe kontrollieren, eine Spaltlampenuntersuchung des vorderen Augenabschnitts und eine Untersuchung des Augenhintergrundes bei erweiterter Pupille durchführen, weshalb man nicht mit dem eigenen Auto zur Untersuchung kommen sollte. Bei fortgeschrittenen Schäden können außerdem eine Augeninnendruckmessung, eine Fluoreszenzangiographie zur Beurteilung der Durchblutung des Augenhintergrundes und die Optische Kohärenz-Tomographie (OCT) eingesetzt werden. Mit der OCT lässt sich z.B. die Einlagerung von Gewebeflüssigkeit in der Makula - ein Makulaödem - genau erkennen und beurteilen.

Was ist therapeutisch möglich?

Wichtig ist einerseits die Früherkennung durch regelmäßige Augenuntersuchung und andererseits die Prävention: Blutdruck und Blutzucker sollten gut eingestellt

sein. Auch auf Rauchen sollte möglichst verzichtet werden. Treten behandlungsbedürftige Netzhautveränderungen auf, so muss man unterscheiden, ob die Makula betroffen ist und eine Schwellung (Makulaödem) zeigt oder ob behandlungsbedürftige Gefäßwucherungen vorliegen.

Ein Makulaödem kann mit Lasertherapie in Form kleiner nicht schmerzhafter Lasereffekte oft positiv beeinflusst werden. Bei Sehbeeinträchtigung ist jedoch meist eine Behandlung mit Spritzen, die in das Auge gegeben werden, effektiver. Meist werden dabei Stoffe injiziert, die einen wichtigen Wachstumsfaktor (VEGF) hemmen. Diese müssen zunächst monatlich, später meist mehrmals im Jahr wiederholt werden. Das Verfahren ist heute gut etabliert. Das Auge wird zuvor mit Tropfen betäubt, so dass die Behandlung schmerzfrei ist - man muss davor wirklich keine Angst haben.

Alternativ können auf gleiche Weise in bestimmten Fällen auch Kortisonpräparate gespritzt wer-

den. Diese wirken etwas länger, fördern jedoch gelegentlich einen Augendruckanstieg sowie den Grauen Star. Sind Gefäßwucherungen der Netzhaut zu behandeln, so muss die Netzhautperipherie großflächig gelasert werden, um Komplikationen zu vermeiden. Nebenwirkungen wie vermehrte Blendempfindlichkeit oder Nachsehprobleme müssen dabei teilweise in Kauf genommen werden. Studien werden zeigen, ob statt Laser zukünftig auch hier eine Spritzenbehandlung Vorteile bringt.

Welchen Rat geben Sie Diabetespatienten bezüglich ihrer Augen?

Das Wichtigste ist, überhaupt daran zu denken! Sie sollten frühzeitig und regelmäßig zum Augenarzt gehen, damit es durch rechtzeitige Behandlung gar nicht erst zu einer Sehverminderung kommt. Und selbst wenn das geschieht, sollte man wissen, dass es aktuell, anders als noch vor einigen Jahren, neue Behandlungsformen gibt wie z.B. die Spritzenbehandlung, die oft eine gute Chancen auf eine Sehverbesserung bieten.