

relevante Größe?

ter Glaukomtherapie mit Prostaglandinanaloga

s der Horn-
anatorische
st einmal
4 konnten
(publiziert
eilkd 2004;
Rahmen ein-
eine signifi-
ornhaut bei
Prostaglan-
atanoprost)
ergleich zu
elten Glau-

nahme der initialen Hornhautdicke fanden sich keine Assoziationen zu demographischen Variablen. Aus unserer Sicht ist deshalb die erneute Messung der zentralen Hornhautdicke nicht bei jedem Patienten mit Prostaglandintherapie notwendig, sondern sollte sich auf progrediente und fortgeschrittene Glaukome beschränken, bei denen eine möglichst genaue Festlegung und Überprüfung des Zieldrucks erforderlich ist.

Für Bimatoprost liegen derzeit noch keine aussagekräftigen Daten zur Hornhautdicke vor. Innerhalb von vier Wochen Therapie fand sich zwar eine statistisch signifikante, klinisch aber irrelevante Abnahme der Hornhautdicke. Der Untersuchungszeitraum muss als zu kurz bemessen angesehen werden.

Experimentell lassen sich diese klinischen Beobachtungen mittlerweile recht gut untermauern: Eine Zunahme der MMPS-Aktivität durch Latanoprost-induzierte Stimulierung kultivierter humaner kornealer Fibroblasten führte zur Kollagengelkontraktion und zum Kollagengelabbau (Liu et al. 2006), aber auch eine Abnahme der Zellmigration kultivierter Keratozyten, Veränderungen der Kollagentypverteilung und Proteinsynthese (Wu et al. 2005) konnten nachgewiesen werden. Eine Beeinflussung des Hornhautstoffwech-

sels ist deshalb – wahrscheinlich für alle Prostaglandinanaloga – nicht zu leugnen und scheint mit einer Abnahme der zentralen Hornhautdicke einherzugehen. Über deren klinische Relevanz wissen wir noch zu wenig. Am wichtigsten scheint die Frage, ob und in welchem Maße sich diese Hornhautdickenabnahme bei einer Therapie über Jahre hinweg fortsetzt und ob es auch Veränderungen biomechanischer Art gibt, die für die applikatorische Druckmessung ebenfalls von Relevanz sind.

So wirft der derzeitige Wissensstand zu diesem Thema mehr Fragen auf, als er Antworten gibt. Prostaglandinderivate in der Glaukomtherapie müssen aber immer mehr unter dem Grundverständnis eingesetzt werden, dass sie mit komplexen Veränderungen des vorderen Augensegmentes verbunden sind. Es ist davon auszugehen, dass wir über diese Veränderungen in den nächsten Jahren sicher weitere, vielleicht für die Anwendung auch relevante Erkenntnisse sammeln werden. ■

Do., 6. März 9.00-10.45 Uhr
Raum 19

i Autor: Prof. Dr. Torsten Schlote
Medizinischer Leiter, Tagesklinik Ambimed
Klingentalstr. 9, CH-4057 Basel
e-mail: tschlote@bluewin.ch

Inhalt

Hornhautchirurgie:

Der Femtosekundenlaser wird weiter Einzug in die kurative und refraktive Hornhautchirurgie halten. Dadurch werden die Präzision und das Handling der operativen Verfahren erleichtert, prognostiziert Prof. Walter Sekundo. Seite 26

Tauglichkeitsrichtlinien:

Auf Widersprüche in den Tauglichkeitsrichtlinien für die Luftfahrt-ophthalmologie macht Dr. Hans Brandl aufmerksam. Seite 27

DSAEK:

Mit der posterioren lamellären Keratoplastik (DSAEK) wird vor allem älteren Patienten mit endothelialen Hornhauterkrankungen eine raschere und komplikationsarme visuelle Erholung ermöglicht. PD Claus Cursiefen stellt das Verfahren vor. Seite 28

Pharmako-Vitrektomie:

Die Grenzen der mechanischen Vitrektomie lassen sich in Kombination mit der Pharmakologie erweitern, ist PD Arnd Gandorfer überzeugt. Seite 30

Oberflächenanästhesie:

In jüngster Zeit kam es bei der Katarakt-Op zu einem Wandel in der Auswahl der Anästhesieverfahren. Es besteht ein deutlicher Trend hin zur Oberflächenanästhesie, erkennt PD Carl-Ludwig Schönfeld. Seite 32