

LERNERFOLGSKONTROLLE

1. Wie würden Sie einen frischen Zentralvenenverschluss mit Makulaödem und Visus 0,1 behandeln?

- Laserphotokoagulation der peripheren ischämischen Bereiche, dann Evaluation der IVOM-Therapie
- IVOM-Therapie mit Avastin – PRN-Strategie und Laser der Peripherie
- IVOM mit Ranibizumab oder Aflibercept mit 3x-Serie, dann Evaluation und bei Therapieerfolg erneute Serie oder T&E
- Steroide primär – Patient wünscht wenig Injektionen, Glaukom unter max. Therapie ist für mich keine Kontraindikation
- Nur beobachten, IVOM-Therapie lohnt sich bei schlechtem Visus nicht

2. Wie würden Sie bei einem Patienten vorgehen, der nach zwei Jahren der Anti-VEGF-Therapie mit T&E Schema bei einem zweimaligen Abstand von 16 Wochen weiterhin kein Makulaödem zeigt?

- Therapieende, weiter nur Amsler-Gitter-Selbstkontrollen
- Weiter Anti-VEGF-IVOMs mit Abstand von 16 Wochen
- Zuerst IVOM pausieren und eine Kontrolle in ca. sechs Wochen
- Therapieumstellung auf Steroide
- Abstand auf 18 Wochen verlängern

3. Laserphotokoagulation der retinalen Peripherie bei einem Zentralvenenverschluss ist indiziert bei:

- Wird heutzutage nur mit dem Pattern Laser gemacht.
- Nicht mehr indiziert – heutzutage nur IVOM-Therapie
- Kann additiv zur Anti-VEGF-Therapie gezielt in ischämischen Bereichen angesetzt werden
- Sehr gutem Visus anstatt der IVOM-Therapie
- Bei jedem ZVV-Patienten um neovaskuläre Komplikationen zu verhindern

4. Treat und Extend bei AMD bedeutet:

- Monatliche IVOM im 1. Jahr, 2-monatliche IVOM im 2. Jahr, dann stopp, da Behandlungsziel erreicht
- Alle acht Wochen IVOM plus täglich Nahrungsergänzungsmittel nach AREDS-Protokoll für drei Jahre
- Upload mit 3x monatlicher IVOM, danach sukzessive Verlängerung der Behandlungsintervalle bei stabilem, trockenem Befund im OCT und stabilem Visus.
- Visus- und OCT-Kontrolle grundsätzlich monatlich, IVOM vierteljährlich.
- Der Arzt injiziert morgens, nachmittags spielt er Tennis.

5. Steuerung der IVOM Therapie:

- Bei neu aufgetretener feuchter AMD sollte immer ein Karenzintervall von drei Monaten vor der 1. Injektion gewahrt bleiben, um eine spontane Remission zu ermöglichen.
- Bei neu aufgetretener AMD ist zur Diagnose vor IVOM bei der kassenärztlichen Versorgung eine Fluoreszenzangiographie und ein OCT erforderlich.
- Eine OCT-Angiographie kann eine Fluoreszenzangiographie vor IVOM-Beginn vollumfänglich ersetzen.
- Eine IVOM-Therapie sollte mit Injektionen im 2-monatlichen Abstand begonnen werden.
- Die Entscheidung zur erneuten Injektion nach Stabilisierung des Befundes ist nur abhängig von der zentralen Netzhautdicke im OCT.

6. Durch Corona verändern sich die IVOM-Abläufe bei AMD wie folgt:

- IVOM grundsätzlich nur 1x alle drei Monate für jeden Patienten um OP Ressourcen zu schonen.
- Keine OCTs mehr, da dadurch die Patienten unnötiger Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind.
- Für nötigen räumlichen und zeitlichen Abstand sorgen, damit sich nicht unnötig viele Personen in der Praxis/OP gleichzeitig aufhalten.
- Grundsätzlich Rachenabstriche bei allen AMD-Patienten zwei Tage vor Praxisbesuch nachweisen lassen, um Personal nicht zu gefährden.
- Es wird im OP keine sterile Abdeckung mehr gebraucht, da die Patienten Mund-Nasenschutz tragen.

7. Für den Start sind als Therapie eines diabetischen Makulaödems gemäß den Empfehlungen der Fachgesellschaften

- eine einzelne anti-VEGF Gabe vorgesehen.
- drei Behandlungen als Upload einzuplanen.
- vier initiale IVOMs die Regel.
- sechs anti-VEGF-Behandlungen pro Auge zu erwarten.
- mehrere Termine zur fokalen Lasertherapie zu vereinbaren.

8. Welche Aussage zur proliferativen diabetischen Retinopathie ist korrekt:

- In der Diskussion therapeutischer Optionen spielt die Adhärenz nur eine untergeordnete Rolle.
- Eine umfangreiche panretinale Laserkoagulation hat keinen Einfluss auf ein Makulaödem.
- Nach der Zulassung erster Präparate hat die medikamentöse Therapie die Laserbehandlung und operative Therapie vollständig abgelöst.
- Bei dichten Glaskörperblutungen ist ein abwartendes Vorgehen über Monate ratsam.
- Die Frequenz einer anti-VEGF Therapie beeinflusst die Progression ischämischer Areale.

9. Eine korrekte Feststellung zur Therapie ist folgende Aussage:

- Unabhängig vom best-korrigierten Visus ist eine frühe Therapie immer angeraten.
- Das ETDRS-Grid ist für die Beurteilung der Fovea-Beteiligung keine große Hilfe.
- Der theoretische Vorteil einer längeren Wirksamkeit wird durch die notwendigen Kontrollen des Augendrucks nach der Verabreichung von Steroid-Implantaten relativiert.
- Angesichts der exzellenten Operateure spielt die Akkomodationsfähigkeit junger Patienten für die Therapie-Auswahl keine Rolle.
- Eine Wirksamkeitskontrolle ist frühestens drei Monate nach der Gabe eines Dexamethason-Implantats einzuplanen.

10. Welches Kriterium ist kein Szenario für ein Behandlungsende:

- Absinken des best-korrigierten Visus unter 0.05 aufgrund einer dichten Linsentrübung
- Nachweis einer ausgedehnten Atrophie im Bereich der zentralen Netzhaut
- Persistenz von zentralen Lipidexsudaten
- Multimorbidität und Begleiterkrankungen, die regelmäßige Termine verhindern
- Erhöhtes Risiko der Behandlungen aufgrund von Patienten eingeforderten Narkosen bei Spritzenphobie