Diagnose und Therapie der akuten retinalen Nekrose

Das Syndrom einer sich von peripher nach zentral rasch ausbreitenden nekrotisierenden Retinitis mit Vaskulitis wurde erstmals 1971 von Urayama beschrieben [1]. Von Young und Bird stammt die Bezeichnung akute retinale Nekrose (ARN; [2]) für dieses zwar seltene, jedoch oft schwerwiegende und häufig zur Erblindung führende Syndrom, das zumeist bei immunkompetenten Patienten beiderlei Geschlechts und jeglichen Alters auftritt. Am häufigsten wird die Krankheit von Varicella-Zoster-Viren gefolgt von Herpes-simplex-Viren hervorgerufen [3, 4]. Das oft schlechte funktionelle Endergebnis ist wahrscheinlich in erster Linie eine Folge der bei schweren Fällen meist ausgedehnten Ischämie von Netzhaut, Aderhaut und v. a. des Sehnerven [4].

Im Prinzip besteht allgemeiner Konsens darüber, dass die Diagnose ARN zunächst klinisch gestellt wird und dann möglichst rasch durch PCR-Analyse einer Probe aus dem Kammerwasser oder aus dem Glaskörper bestätigt werden sollte und dass eine hochdosierte systemische antivirale Therapie neben einer systemischen antientzündlichen Therapie mit Steroiden möglichst frühzeitig begonnen werden sollte. Obwohl das Krankheitsbild als eigene Entität seit über 30 Jahren bekannt ist [1, 2], ist die genaue Pathogenese allerdings nicht vollständig geklärt. Es ist auch unklar, warum trotz endemischer Durchseuchung mit Herpesviren eine Virusreaktivierung mit Netzhautbeteiligung sehr selten auftritt und warum es bei ARN Verläufe mit auffällig eindeutig unterschiedlichem Schweregrad gibt [4]. Obwohl in den letzten Jahren in der englisch- und deutschsprachigen Literatur eine Reihe von Fallstudien und Übersichtsartikel zum Thema ARN erschienen sind, gibt es nach wie vor keine international anerkannten diagnostischen und therapeu-

tischen Richtlinien. Das liegt in erster Linie an der Seltenheit der Erkrankung. Die meisten Erkenntnisse über ARN stammen aus kleinen Fallserien; es fehlen Daten aus kontrollierten Studien und deshalb bleiben viele Fragen offen.

Bei ARN ist zunächst eine möglichst frühzeitige klinische Diagnose entscheidend. Im vorliegenden Leitthema haben wir deshalb in den Artikeln von Hillenkamp et al. und Pleyer et al. mit repräsentativem Bildmaterial die verschiedenen klinischen Ausprägungen von ARN demonstriert und im Artikel von Pleyer et al. Beispiele für ebenfalls seltene wichtige Differenzialdiagnosen gezeigt.

Ein weiteres Anliegen war es, zu versuchen, auf die z. T. oben bereits erwähnten offenen Fragen Antworten zu geben oder zumindest verschiedene Antwortmöglichkeiten zu diskutieren.

Im Artikel von Hillenkamp et al. wird auf mögliche Erklärungen für die klinisch auffällig eindeutig unterschiedlichen Schweregrade von ARN eingegangen. Es wird die bisher offene Frage des Stellenwerts und des besten Zeitpunkts einer operativen Therapie mit Vitrektomie und intravitrealer Aciclovir-Lavage erörtert. Es wird die Frage diskutiert, ob die unzweifelhaft essenzielle hochdosierte antivirale Therapie in den ersten 7–10 Tagen unbedingt intravenös erfolgen sollte oder ob eine Behandlung von Anfang an mit oralen Virusstatika als gleichwertig einzuschätzen ist. Last but not least wird schließlich der weiterhin unklare Stellenwert der prophylaktischen Laserretinopexie diskutiert. Des Weiteren ist bisher ebenfalls unklar, welche Virusstatika in welcher Dosisform zur Behandlung von ARN am besten geeignet sind. Im Artikel von Rautenberg et al. werden deshalb aus virologischer Sicht die diagnostische Analytik und die Indikationen für verschiedene

antivirale Wirkstoffe dargestellt. In den Artikeln von Rautenberg et al. und Pleyer et al. wird auf das wichtige Problem der Resistenz gegen Virusstatika der ersten Wahl eingegangen. So sollte bei positivem Virusnachweis möglichst sofort auch eine genotypische Resistenzbestimmung gegen Aciclovir durchgeführt werden, damit die Therapie frühzeitig auf Alternativpräparate umgestellt werden kann, um der oft rapide verlaufenden Ausbreitung der retinalen Nekrose entgegenzuwirken.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und hoffen, Ihnen mit den vorliegenden drei Übersichtsartikeln einige sinnvolle Leitfäden für die klinische Praxis in die Hand gegeben zu haben.

Jost Hillenkamp

Jost Hillenkamp

Korrespondenzadresse

PD Dr. J. Hillenkamp

Klinik für Ophthalmologie,
 Universitätsklinikum
 Schleswig-Holstein
 Arnold-Heller-Straße 3,
 Haus 25, 24105 Kiel
 hillenka@hotmail.com

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Urayama A, Yamada N, Sasaki T (1971) Unilateral acute uveitis with retinal periarthritis and detachment. *Rinsho Ganka* 25:607–619
2. Young NJ, Bird AC (1978) Bilateral acute retinal necrosis. *Br J Ophthalmol* 62:581–590
3. Lau CH, Missotten T, Salzmann J, Lightman SL (2007) Acute retinal necrosis. Features, management, and outcomes. *Ophthalmology* 114:756–762
4. Hillenkamp J, Nölle B, Bruns C et al (2009) Acute retinal necrosis: clinical features, early vitrectomy, and outcomes. *Ophthalmology* 116(10):1971–1975