G. Arendt

Neurologische Klinik, Medizinische Fakultät, Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Idiopathische intrakranielle Hypertension

Pathogenese, Symptome, Diagnostik und Therapie – ein Update

Bei der idiopathischen intrakraniellen Hypertension (IIH; Pseudotumor cerebri) besteht ein erhöhter Liquordruck, ohne dass eine Raumforderung oder eine direkte Behinderung des Liquorabflusses vorliegt.

Die Pathogenese ist nicht schlüssig geklärt; man diskutiert eine Liquorüberproduktion bzw. eine Stenosierung der venösen Sinus. Neurologische und ophthalmologische Symptome sind klinisch führend, werden aber häufig übersehen oder missdeutet, was gravierende Folgen für die betroffenen Patienten haben kann. Es kommt zu schweren Visusbeeinträchtigungen bis zur Erblindung. Um eine verschärfte Fokussierung auf dieses Krankheitsbild zu erreichen, betonen die 4 Beiträge der vorliegenden Ausgabe von *Der Ophthalmologe* jeweils Teilaspekte, moderne Vorstellungen zur Pathogenese (Willenborg und Nacimientto, Aguilar und Henkes), die neurologischen (Willenborg und Nacimientto) und ophthalmologischen (Unsöld) Leitsymptome, die diagnostischen Schritte in beiden Fachgebieten sowie die konservativen Therapieoptionen (Willenborg und Nacimientto, Unsöld), moderne interventionelle Therapiealternativen (Aguilar und Henkes) und adjuvante, gerinnungsphysiologische Maßnahmen (Zotz).

» Eine multidisziplinäre Betreuung von Patienten mit idiopathischer intrakranieller Hypertension ist wünschenswert

Die klinische Symptompräsentation ist mannigfaltig. Die jeweils führenden

Beschwerden beeinflussen die Facharztwahl. Sehstörungen wie Obskurationen, Papillenschwellungen und Gesichtsfeldausfälle involvieren naturgemäß zunächst den Ophthalmologen, Kopfschmerzen, Schwindel und Hirnnervenpareesen den Neurologen. Die in der gängigen Literatur als Leitsymptom geführte Stauungspapille wird in dieser Funktion deutlich relativiert (Unsöld), da ihr Fehlen chronisch erhöhten Hirndruck nicht grundsätzlich ausschließt. Bei den diagnostischen Methoden (kraniale Magnetresonanztomographie und Liquorpunktion) wird auf Fehlerquellen (Bildmissinterpretationen, Übersehen des „Optikusscheidenphänomens“, falsche Technik bei der Liquordruckmessung) hingewiesen (Willenborg und Nacimientto).

Übereinstimmend wird von allen Autoren die konservative medikamentöse Behandlung mit Carboanhydrasehemmern, Schleifendiuretika oder dem Antiepileptikum Topiramat an den Anfang der Behandlung der idiopathischen intrakraniellen Hypertension gestellt. Eine parallele Reduktion des Körpergewichts wird als zwingend angesehen, da es sich – zumindest bei den betroffenen Erwachsenen – meist um deutlich übergewichtige Patienten handelt. Während hingegen neurologische Kliniker bei Versagen konservativer Maßnahmen chirurgische Interventionen (Optikusscheidenfensterung, Shuntanlagen) noch als Therapieoptionen beschreiben (Willenborg und Nacimientto), werden sie von interventionellen Radiologen als antiquiert und zugunsten der Stentangioplastie verlassen angesehen (Aguilar

und Henkes), was zeigt, dass diese Fachrichtung die Stenosierung der großen venösen Blutableiter in der Pathogenesediskussion führend sieht. Bei der Bewertung der Therapieoptionen spielen sicherlich lokale Spezialisierungen eine große Rolle, denn hinsichtlich dieser – in erfahrenen Händen offenkundig erfolgreichen – Methode ist nicht allorts der gleiche Kenntnisstand vorauszusetzen.

Die Nachbehandlung von Patienten, die einer Stentangioplastie unterzogen wurden, involviert den Gerinnungsphysiologen, da Thrombozytenaggregationshemmer eingesetzt werden müssen und nicht selten bei Patienten mit einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension eine Thrombophilie vorliegt, so wie auch Menopause und Hormonbehandlung bei Frauen als Risikofaktoren für eine idiopathische intrakranielle Hypertension gelten (Zotz).

Die Beiträge aller Autoren machen deutlich, dass eine multidisziplinäre Betreuung von Patienten mit einer IIH wünschenswert und bezüglich der Leitsymptome eine stärkere Problemfokussierung der potenziell involvierten Fachärzte erforderlich ist und zudem prospektive Therapiestudien zwingend sind.

G. Arendt

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. G. Arendt
Neurologische Klinik
Medizinische Fakultät
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Gabriele.Arendt@uni-duessel-
dorf.de

Interessenkonflikt. G. Arendt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Mobiles Augenkonsil für Senioren

Mit telemedizinischer Unterstützung wollen die Bayerische TelemedAllianz (BTA) und das Tele-Ophthalmologische Institut (TOI) die augenärztliche Versorgung in Alten- und Pflegeheimen verbessern. Viele Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sind nicht in der Lage, einen Augenarzt aufzusuchen. Hier setzt das neue Projekt „Mobiles Tele-Augenkonsil“ an. Vor Kurzem sind die ersten Augenuntersuchungen bei Bewohnern eines Altenheims in Ingolstadt durchgeführt worden. Dabei werde neben der Sehschärfe, der Augeninnendruck, der Augenvorderabschnitt und der Augenhinterabschnitt dokumentiert und telemedizinisch von einem Augenarzt befundet. Potenzielle Erblindungsursachen wie Glaukom oder Makuladegeneration könnten so frühzeitig erkannt und behandelt werden. Ergebe sich bei der Untersuchung im Alten- oder Pflegeheim ein behandlungsbedürftiger Befund, behandelten kooperierende Augenärzte und Hausärzte den Patienten weiter. Basis sei der elektronische Befundaustausch. Das Bayerische Gesundheitsministerium begleitet die Untersuchungen in Alten- und Pflegeheimen laut BTA wissenschaftlich und fördert das Projekt über zwei Jahre. Wir erhoffen uns dadurch insbesondere Erkenntnisse darüber, wie wir entsprechende telemedizinisch unterstützte Untersuchungsmethoden langfristig auch in der Regelversorgung etablieren können, so die BTA.

*Quelle: Ärztezeitung,
www.aerztezeitung.de*

Neue Broschüre: Sehprobleme älterer Menschen

Anlässlich des 11. Deutschen Seniorentags in Frankfurt am Main stellen die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband (DBSV) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Broschüre „Sehen im Alter – Informationen und Tipps“ vor. Die neue Broschüre richtet sich an Menschen in der zweiten Lebenshälfte und informiert über Sehveränderungen im Alter und Sehhilfen sowie über Unterstützungs-, Rehabilitations- und Beratungsangebote. Informationen und Tipps werden ergänzt um Porträts von Betroffenen, die über ihr Leben mit einer Augenerkrankung berichten. Ziel der Broschüre ist es, vermeidbaren Sehverlust zu verhindern und Menschen mit Seheinschränkung zu unterstützen.

Die Broschüre „Sehen im Alter – Informationen und Tipps“ – DIN A5, 68 Seiten mit farbigen Abbildungen – kann unter der Bestellnummer 60582311 kostenfrei bezogen werden:

- Online: www.bzga.de/infomaterialien
- per Post: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln
- per E-Mail: order@bzga.de
- per Fax: 0221/ 89 92 257

*Quelle: Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung,
www.bzga.de*