Ophthalmologe 2016 · 113:1088
DOI 10.1007/s00347-016-0376-8
Online publiziert: 11. Oktober 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

A. Hassenstein

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Antihistaminika als Therapie der serösen makulären Netzhautablösung

Leserbrief zu

Kirschfeld K (2015) Behandlung einer serösen makulären Netzhautablösung mit Antihistaminika. Ophthalmologe 112:57–60. doi:10.1007/s00347-014-3096-y

Die Kasuistik „Behandlung einer serösen makulären Netzhautablösung mit Antihistaminika“ von K. Kirschfeld (Der Ophthalmologe 2015; 112:57–60) habe ich mit Interesse gelesen.

Hierbei blieben für mich noch ein paar Fragen offen.

Bei der Erstvorstellung spricht allein die optische Kohärenztomographie (OCT) eindeutig für eine adulte pseudovitelliforme Makuladystrophie (APMD). Unterstützt wird der Befund durch den guten Visus. Es wundert mich, dass keine weitere Diagnostik zur Diagnosestellung durchgeführt wurde wie Fundusfoto und v. a. Fluoreszenzangiographie (FLA). Hierdurch hätte die Diagnose klar gestellt werden können. Die FLA ist durch Verwendung eines Farbstoffes nicht zu invasiv und wird in Deutschland täglich in größter Menge durchgeführt. Für den Erstkontakt fehlt mir die wesentliche Diagnostik zur klaren Diagnosestellung.

Die Verdachtsdiagnose der Chorio-retinopathia centralis serosa (CCS) erscheint mir sehr unwahrscheinlich und wird durch fehlende Diagnostik nicht bestätigt. Die OCT spricht klar gegen eine CCS. Es handelt sich hierbei auch nicht um eine sensorische Abhebung, sondern um mittelreflektives Material subretinal (wie z. B. Drusen) und nicht optisch leeren Raum (wie bei einer sensorischen Abhebung). Im Alter von 79 Jahren ist eine

CCS ohne FLA-Befund und ohne sensorische Abhebung in der OCT annähernd ausgeschlossen (alle diagnostischen Parameter fehlen). Eine AMD bei einem Visus von 0,8 bis 1,0 ist auch unwahrscheinlich, auch wenn das Alter passen würde. Aber ohne FLA ist auch hier die Diagnose nicht bestätigt oder entkräftet.

Daher ist aus meiner Sicht weder die CCS noch die AMD, sondern am ehesten bei eingeschränkter Diagnostik die APMD als Diagnose gegeben.

Auch bei der APMD gibt es Spontanheilungen oder -besserungen, sodass dies nicht ungewöhnlich wäre. Die OCT im Verlauf wäre hierdurch erklärt, vorausgesetzt es handelt sich immer um die exakt identische Scanlokalisation (dies ist im Beitrag nicht zu sehen).

Eine therapeutische Konsequenz kann weder bezüglich der Diagnose (CCS?) noch der Befundbesserung (OCT-Veränderung) gezogen werden. Der Erfolg einer Antihistaminikatherapie kann aus der Kasuistik nicht gezogen werden, da die präzise Diagnosestellung vor und nach Therapie fehlt (FLA, Foto vor und nach Antihistaminika).

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir die Fragen beantworten könnten.

Beste Grüße,
PD Dr. A. Hassenstein

Korrespondenzadresse

PD Dr. A. Hassenstein

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland hassenstein@uke.de

Interessenkonflikt. A. Hassenstein gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.