

qualitätsbezogenen Skalen, litten häufiger an einer nach dem Schlaganfall aufgetretenen Depression und benötigten in der Rehabilitationsphase länger, um Ängste zu bewältigen [2].

Die Ermittlung des Frailty-Grads mithilfe geeigneter Fragebögen könnte Liman zufolge in Zukunft möglicherweise bei der Einschätzung helfen, ob die betroffene Person von einem bestimmten Eingriff profitieren würde. Für einige kardiologische Interventionen – beispielsweise Herzklappenimplantationen – sei das bereits demonstriert worden. In einer systematischen Metaanalyse fanden nun niederländische Forschende, dass die Dreijahresmortalität nach Karotis-Endarteriektomie bei Gebrechlichen um das 1,5-Fache erhöht war, bei sehr Gebrechlichen um das 2,5-Fache [3].

Liman berichtete von einer weiteren Göttinger Studie [4], die auf einer retrospektiven monozentrischen Kohorte von 318 Schlaganfallbetroffenen basiert, bei denen der Verschluss einer großen Hirnarterie endovaskulär behandelt worden war. Die Multivarianzanalyse zeigte, dass der mittels Hospital Frailty Risk Score (HFERS) erhobene Gebrechlichkeitsgrad vor dem Schlaganfallereignis mit der 90-Tage-Mortalität und dem Behinderungsgrad laut modifizierter Rankin-Skala (mRS) assoziiert war [4].

In einer noch unpublizierten Studie habe sich nun in Göttingen bei 527 lysebehandelten Schlaganfallbetroffenen herausgestellt, dass sich zwar der neurologische Funktionsstatus nach

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) bis zum Zeitpunkt der Entlassung bei denjenigen mit mittlerem HFERS zwar in vergleichbarem Maß wie bei den Patienten mit niedrigem HFERS gebessert hatte, die Einjahresmortalität aber in der Gruppe mit mittlerem mehr als doppelt so hoch war wie in der mit niedrigem HFERS.

Die neuen Daten bilden Liman zufolge zwar noch keine ausreichende Basis für Änderungen der empfohlenen Vorgehensweise bei älteren Schlaganfallbetroffenen. Sie seien aber ein guter Ausgangspunkt für kommende Studien, in denen der Einfluss von Gebrechlichkeit auf das Outcome nach verschiedenen Eingriffen weiter evaluiert werden soll. Und so viel steht laut Liman jetzt schon fest: „Das Alter sollte kein Einzelkriterium für Therapieentscheidungen sein.“

Dr. Thomas M. Heim

Liman J. Schlaganfalltherapie beim geriatrischen Patienten: Grenzen und Perspektiven. Vortrag im Rahmen der Sitzung „Schlaganfall“, 4.11.2021, 94. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, virtuell auf www.dgnvirtualmeeting.org

Literatur:

1. Berge E et al. Eur Stroke J 2021; 6: 1-LXII
2. Sadlonova M et al. J Psychosom Res 2021;142:110353
3. Banning LBD et al. Ann Transl Med 2021;9:1205
4. Schnieder M et al. J Clin Med 2021;10:2171

Visusminderung bei MS? Auch an Uveitis denken

Eine Multiple Sklerose geht in etwas mehr als einem Prozent der Fälle mit einer Uveitis einher. Eine ophthalmologische Untersuchung und gegebenenfalls Mitbehandlung ist ohnehin bei allen MS-Betroffenen mit Visusminderung ratsam.

Als Uveitis wird eine Entzündung der mittleren Augenhaut (Uvea) bezeichnet, die die Aderhaut (Choroidea), den Ziliarkörper und die Iris einschließt. Die Entzündung kann zusätzlich den Glaskörper betreffen. Eine Uveitis kann im Zuge unterschiedlicher Erkrankungen auftreten, die mit einer systemischen Entzündungsreaktion einhergehen. Dazu zählen neben Infektionskrankheiten wie der Lyme-Borreliose, Lues oder Infektionen mit Viren der Herpesgruppe unter anderem auch rheumatische Erkrankungen und die Multiple Sklerose (MS). Charakteristisch für die Erkrankung sind laut Prof. Dr. Uwe Pleyer, Augenheilkunde, Charité, Universitätsmedizin Berlin, die häufig bilaterale und rezidivierende, meist moderaten Visusminderungen bei äußerlich reizfreiem Auge. Bei Glaskörperbefall zeigt die Ophthalmoskopie die typischen Trübungen (Floater), die Schneebällen (Snowballs) oder Schneeüberwehungen (Snowbanks) ähneln. Bei Beteiligung der Retina kann die Erkrankung bis zur Erblindung führen. „Deswegen ist es wichtig, eine Uveitis frühzeitig zu erkennen und zu behandeln,“ betonte Pleyer. Eine neu diagnostizierte Uveitis, die von erstmals auftretenden neurologischen Symptomen begleitet sei, erfordere eine neurologische Abklärung einschließlich kranialer MRT zum Ausschluss präklinischer

MS-Läsionen. Das sei besonders wichtig, wenn eine Behandlung der Uveitis mit einem Anti-TNF α -Wirkstoff in Betracht gezogen werde, da diese Medikamente die Progression einer bestehenden MS auslösen könnten. Bereits ein radiologisch isoliertes Syndrom gelte als Kontraindikation. Bei Uveitiserkrankten, die bereits eine Anti-TNF α -Behandlung erhalten, solle diese im Fall einer im Verlauf auftretenden MS abgesetzt werden.

Laut Prof. Dr. Manuel Friese, Institut für Neuroimmunologie und Multiple Sklerose, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, ist eine ophthalmologische Untersuchung bei MS mit begleitenden Visusminderungen auch wichtig, um Optikusneuritis, Uveitis und ophthalmologische Nebenwirkungen der MS-Therapie voneinander abzugrenzen. Bei MS mit begleitender Uveitis sollen Friese zufolge im Fall einer Progression bevorzugt Therapien mit einem potenziellen Doppelnutzen eingesetzt werden. Friese empfiehlt dann Anti-CD20-Antikörper, also Ocrelizumab oder Rituximab. Auch bei folgenden Medikamenten gebe es zumindest Hinweise darauf, dass sie sich günstig auf den Verlauf sowohl der MS als auch der Uveitis auswirken könnten: Beta-Interferon, Glatirameracetat, Dimethylfumarat, Mycophenolat, Azathioprin und Alemtuzumab. In noch einem Punkt waren sich beide Experten einig: Bei MS-Betroffenen mit Uveitits sollten regelmäßige ophthalmologische Kontrollen sowie eine interdisziplinäre Abstimmung der Therapie erfolgen.

Dr. Thomas M. Heim

Sitzung „Neuroimmunologische Krankheitsbilder im Spiegel der Nachbardisziplinen“, 6.11.2021, 94. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, virtuell auf www.dgnvirtualmeeting.org