

5. Zusammenfassung

Einführung und Fragestellung

Die okuläre Toxoplasmose ist eine der häufigsten Ursachen einer posterioren Uveitis. Während in klinisch eindeutigen Fällen die Diagnose häufig anhand der Morphologie gestellt werden kann, stellt der Nachweis in weniger eindeutigen Fällen im Anbetracht eines potentiell visusbedrohenden Verlaufs der Erkrankung eine hohe Herausforderung dar. Bei isoliert okulärer Entzündung lassen sich meist serologisch keine spezifischen IgM-AK nachweisen. Demgegenüber bietet die Kammerwasseranalyse die Möglichkeit eine lokale Antikörperproduktion zu ermitteln und somit die Diagnose zu sichern. Dieses Verfahren ist bislang noch kein Standard in der Diagnostik der okulären Toxoplasmose. In Bezug auf die Therapie der Erkrankung gibt es derzeit ebenfalls noch keinen Konsens. Dies ist vor allem darin begründet, dass es sich um eine Erkrankung mit häufig selbstlimitierendem Verlauf und mit variabler Manifestationsform handelt und es bislang kaum prospektive, randomisierte und placebokontrollierte Studien zur Wirksamkeit verschiedener antibiotischer Substanzen gibt.

Methoden

Um die Wertigkeit der Kammerwasseranalyse innerhalb der Diagnostik zu bestimmen und die verschiedenen therapeutischen Strategien zu erfassen, haben wir eine retrospektive Auswertung eigener Daten von 104 Patienten, die sich in der Universitäts-Augenklinik der Charité Berlin wegen okulärer Toxoplasmose behandeln liessen, vorgenommen. Dabei wurden Daten zur Demographie, zu serologischen Befunden und Ergebnissen der Kammerwasseranalysen, dem therapeutischen Vorgehen und dem klinischen Verlauf in Abhängigkeit verschiedener demographischer und therapeutischer Einflussgrößen erfasst und statistisch ausgewertet. Darüber hinaus haben wir eine Umfrage unter den Mitgliedern der Sektion Uveitis der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) durchgeführt und die Ergebnisse dieser Umfrage den Ergebnissen unserer eigenen Daten gegenübergestellt.

Ergebnisse

Es wurden 65 (64%) Patientinnen und 39 (38%) Patienten behandelt. Das Durchschnittsalter betrug 33,4 (+-15,5) Jahre. Die Sensitivität der serologischen

Diagnostik für IgM lag bei 6% (IgG: 98%), ihre Spezifität bei 100% (IgG: 16%). Dagegen lag die Sensitivität der Kammerwasseranalyse bei 93% und ihre Spezifität bei 92%. Die Standardtherapie bestand in einer oralen Gabe von Clindamycin, bei zentraler Läsion wurde diese durch eine systemische Steroidgabe ergänzt. Die Therapiedauer betrug 6,8 Wochen (4-12 Wochen). In einer Subgruppenanalyse zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Therapiedauer, dem Alter der Patienten, der Anwendung systemischer Steroide oder dem Vorliegen einer Erstmanifestation bzw. eines Rezidivs der Erkrankung.

Umfrage unter Uveitis Spezialisten: Der Fragebogen wurde von 29 (72%) der Ophthalmologen beantwortet. 6 von 29 Kollegen stellen die Diagnose ausschließlich anhand des klinischen Befundes, 72% hingegen wenden auch serologische Verfahren an, wobei der IgM-Titer (59%) am häufigsten hinzugezogen wird. 17 Kollegen (38%) wenden die Kammerwasseranalyse an. 13 von 29 Ophthalmologen behandeln alle Patienten mit okulärer Toxoplasmose unabhängig von der Schwere der Erkrankung, alle Kollegen behandeln ihre Patienten bei visusbedrohender Läsion. Es wurden 6 antibiotische Substanzen angegeben (Pyrimethamin, Clindamycin, Sulfadiazin, Trimethoprim/Sulfamethoxazol, Azithromycin, Atovaquon), die häufigste Therapie (48%) bestand in Pyrimethamin kombiniert mit Sulfadiazin, gefolgt von Clindamycin als Monotherapie (34%). Von 8 Kollegen werden stets auch Steroide angewendet, die Übrigen machen dies von einer Reihe klinischer Kriterien abhängig. Bei immunsupprimierten Patienten wird von allen Kollegen stets eine Indikation zur medikamentösen Therapie gesehen (zu 93% mit Standardtherapie).

Diskussion

Unsere Untersuchung zeigt, dass die Kammerwasseruntersuchung bei der Diagnose einer intraokulären Toxoplasmose-Infektion eine diagnostische Maßnahme mit hohem Aussagewert ist und in ihrer Sensitivität und Spezifität der Serumuntersuchung überlegen ist. Als Therapie der ersten Wahl wurde in unserer Umfrage die Kombination von Pyrimethamin und Sulfadiazin (48%) vor Clindamycin (34%) genannt. Eine Therapie mit Steroiden wird vorwiegend bei zentralen Läsionen am hinteren Pol in Nähe der Makula oder der Papille und bei einer ausgeprägten Vitritis empfohlen.