



Für Sie notiert

2. Die Fragen dürfen nicht zu schwer sein. In unserem Test wurden zum Teil zu spezielle Details abgefragt, die nicht direkt praxis- oder alltagsrelevant waren. Dadurch können die Teilnehmer frühzeitig entmutigt werden und Motivation und Konzentration verlieren.

Positives Echo von den Teilnehmern

Letztendlich haben wir ein positives Echo von den Teilnehmern erhalten. Besonders die anonyme Form ist wichtig für eine aktive Teilnahme am Test. Beim

2. Test hatten die Teilnehmer bereits das Gefühl, deutlich besser mit den Fragen zurecht zu kommen.

Carl Erb, Anke Rust, Hannover,
Oliver Arend, Aachen,
Michael Eichhorn, Erlangen,
Hagen Thieme, Berlin,
Jens Funk, Freiburg

Adresse des korrespondierenden Autors:
Dr. Carl Erb, Augenklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Tel. 0511/532-9232, Fax 0511/532-3050

Leserfrage: Augenärztliche Kontrolle bei Rheumatherapie – ab wann? Wie oft?

Heute wurde ich von der Oberärztin der Rheumatologie darauf angesprochen, dass in einer amerikanischen Studie festgestellt wurde, dass weniger der kumulative Effekt von Quensyl als mehr die Dosishöhe (Spitzenwert) der täglichen Einnahme für die Entstehung der Augenschäden verantwortlich sei. Mit der Dosis von 400 mg/d als Dauertherapie würden die amerikanischen Rheumatologen keine augenärztliche Untersuchung mehr empfehlen.

Fragen:

1. Stimmt das?
2. Ab welcher Dosis (Tagesspitze bzw. Kumulation) sollte nach dem neusten wissenschaftlichen Stand eine augenärztliche und wann eine elektrophysiologische Untersuchung erfolgen?
3. Welcher Rhythmus ist zu empfehlen?

Antwort:

1. Bei der systemischen Therapie mit Chloroquin und Hydroxychloroquin wurden die meisten retinalen Funktionsstörungen unter Therapie mit Chloroquin beobachtet. Hydroxychloroquin führt wesentlich seltener und erst in höherer Dosierung zu Nebenwirkungen. Über die Häufigkeit von Nebenwirkungen gibt es in der Literatur unterschiedliche Angaben. Dies ist bedingt durch unterschiedliche Patientengruppen, verschiedene Dosierungen und



Prof. Kellner aus Berlin beantwortet die Leserfrage, was beim Einsatz von Chloroquin bei rheumatoider Arthritis zu beachten ist.

Screening-Verfahren. Für beide Medikamente wurden Einzelfälle mit retinalen Funktionsstörungen auch bei relativ niedriger Gesamtdosis beschrieben. Meines Wissens wird derzeit wegen der höheren Sicherheit in den USA vorwiegend Hydroxychloroquin, in Deutschland dagegen häufig noch Chloroquin eingesetzt.

2. Eine generell verbindliche Untersuchungsvorschrift außer der Leitlinie des Berufsverbandes für Augenärzte gibt es nicht. In der Literatur gibt es wider-

sprüchliche Screening-Empfehlungen für Hydroxychloroquin, die von der fehlenden Notwendigkeit eines Screenings bis zum Screening vergleichbar zu Chloroquin reichen.

3. Da es unendlich aufwendig und mühevoll ist, eine Langzeitstudie mit hohen Patientenzahlen durchzuführen, um Ihre Frage eindeutig zu beantworten, schlage ich folgendes Vorgehen vor (auch deshalb, weil zu Beginn einer Therapie nicht feststeht, wie lange ein Patient behandelt werden soll): bei Therapiebeginn (innerhalb der ersten 6 Wochen) Visus, Farbsehen, zentrales Gesichtsfeld (10 Grad ausreichend) und zentrale Funduskopie. Die erste Kontrolle ist frühestens nach einem Jahr sinnvoll, bei normalem Befund und Therapie mit niedrig dosiertem Hydroxychloroquin erneute Kontrolle wieder in einem Jahr. Bei Patienten mit initialen Farbsinnstörungen erscheint mir das zentrale Gesichtsfeld ausreichend. Von den elektrophysiologischen Untersuchungen ist nur das multifokale ERG geeignet, Frühveränderungen festzustellen. Dies ist als Screening-Untersuchung aber nur sinnvoll, wenn aus irgendwelchen Gründen das Farbsehen und das zentrale Gesichtsfeld nicht bewertet werden können.

Initiale Untersuchung notwendig

Die Bewertung, ob und wie viele Patienten ein relevantes okuläres Problem unter Therapie entwickeln, hängt auch davon ab, wer welchen Screening-Test durchgeführt hat und was als relevantes Problem bewertet wurde. Auch wenn nur wenige Patienten ein relevantes Problem bekommen, erscheint mir mein obiger Vorschlag unter Kosten-Nutzen-Überlegungen aus zwei Gründen gerechtfertigt: Ohne initiale Untersuchung wird unsere Beurteilungsfähigkeit einer späteren Problematik erheblich eingeschränkt. Bei fehlender Therapiemöglichkeit retinaler Funktionsstörung und deren möglicher Progression auch nach Absetzen der Therapie ist eine frühzeitige Erkennung für das Sehvermögen des Patienten von erheblicher Bedeutung.



Bei der klassischen Form der rheumatoiden Arthritis sind Fingermittel- und -grundgelenke symmetrisch befallen. Auffällig ist auch die gelenknahe bandförmige Osteoporose. Sind die Augen betroffen, liegt dies oft an den verwendeten Medikamenten.

Chloroquin erfordert häufige Kontrollen

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass ab dem ersten Therapiejahr bei Chloroquin häufigere Kontrollen erforderlich sind.

Professor Dr. U. Kellner, Berlin

Idiopathisches Makulaloch: Visusbestimmung präoperativ?

Nach den bisherigen Erfahrungen erlangen die meisten Patienten mit Makulalöchern mit der Beseitigung der Metamorphopsie nach erfolgreichem Verschluss des Makulalochs durch Vitrektomie eine bessere Sehschärfe.

Amsler Charts zur präoperativen Visusbestimmung

In ihrer Studie wollten Dr. Yoshihiro Saito u. Mitarb. aus Osaka in Japan das Sehvermögen solcher Patienten mit idiopathischen Makulalöchern mit Hilfe der Amsler Chart näher untersuchen und die visuelle Funktion vor einem chirurgischen Eingriff bestimmen (Arch Ophthalmol 2000; 118:41-46).

Artelac®

Dr. Mann  Pharma