

[lk_doktitel]

Leitlinie zur Versorgung einer anterioren ischämischen Optikusneuropathie (arteriitischer/atherosklerotischer Genese)

Zweck:	Diagnose, Behandlung einer ischämischen Optikusneuropathie arteriitischer/atherosklerotischer Genese
Verantwortlich:	Prof. Dr. Holz, Oberärzte
Beteiligt:	Stationsärzte, Stationsoberärzte

1. Primäres Vorgehen/Diagnostik

- Anamnese (Druckschmerz über der Arteria temporalis, spontaner Kopfschmerz, Doppelbilder, Schmerzen beim Kauen/Kämmen, Zungenschmerz, Abgeschlagenheit/Schwäche, subfebrile Temperaturen, Polymyalgie, kardiovaskuläre Risikofaktoren, Alter [typischerweise atherosklerotische Genese: 60 Jahre, arteriitische Genese: > 70 Jahre])
 - Visusprüfung
 - Inspektion und Palpation der Temporalarterie, Dokumentation Tastbefund
 - Prüfung auf afferente/efferente Pupillenstörung
 - Spaltlampenuntersuchung der vorderen Augenabschnitte
 - Untersuchung des zentralen Augenhintergrundes
 - Goldmann-Perimetrie (altitudinale GF-Ausfälle), Relevanz hinsichtlich Steroidtherapie (siehe Literatur 4+5)
 - Fluoreszein-Angiographie
- Stationäre Aufnahme und
- Laboruntersuchungen: Klinische Chemie Standard (Na, K, Krea, γ -GT, ALT, AST)
Fibrinogen, kleines Blutbild
Gerinnungsdiagnostik „Stufe 1 Basisdiagnostik“
CRP + Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)

2. Stationärer Verlauf

- **TÄGLICH:** CRP + Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
- RR-Messung (mindestens 3mal täglich)
- EKG
- Bei V.a. Riesenzellarteriitis (RZA): siehe [Leitlinie okuläre Beteiligung bei RZA](#)

3. Therapie

- **Nichtarteriitische AION:**

- Trental nach Schema:
 - 1. Tag: 100mg i.v. 1-0-0
 - 2. Tag: 200mg i.v. 1-0-0
 - 3. Tag: 300mg i.v. 1-0-0
 - 4. Tag: 300mg i.v. 1-0-1
 - 5. Tag: 300mg i.v. 1-0-1
- Behandlung von Grundkrankheiten/Risikofaktoren z.B. Diabetes, Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, Polyglobulie, Herz-Kreislaufkrankungen, Schlafapnoe-Syndrom
- Evtl. ASS (z.B. 100 mg/d) als Sekundärprophylaxe, bei fehlender Evidenz Einzelfallentscheidung in Absprache mit OA/OÄ
- Evtl. Heparinisierung abhängig von Laborparametern, Klinik, Mobilität, Thromboseanamnese (Fraxiparin sc – Dosierung über Gerinnungs-Labor)
- Steroidgabe:
 - Falls AION Symptome weniger als oder maximal 2 Wochen bestehen und Visus schlechter als 0.3 (20/70 in der Literaturstelle 4) und/oder ein relevantes mäßiges bis schweres Skotom (Einteilung siehe Literaturstelle 5) besteht
 - und falls keine Kontraindikationen gegen Steroidtherapie (Begleiterkrankungen erfragen, Infektionskrankheiten anamnestisch ausschließen):
 - dann 80mg Decortin über 2 Wochen, dann Reduktion um 10 mg alle 5 Tage
 - Magenschutz (Omeprazol 20-40 mg/d)
 - Osteoporoseprophylaxe: Vigantoletten 1.000 IE/d oder Dekristol 20.000 IE alle 2 Wochen

- **Arteriitische AION (auch bei begründetem Verdacht)**

- Initial: 250mg/d Prednison (1-0-0, i.v.) für 5d
- Weitere Therapie siehe Leitlinie okuläre Beteiligung bei RZA

4. Weitere Kontrolle

- Entlassungsbrief auch an Hausarzt
- Bei V.a. RZA: Anbindung an die ambulante Rheumatologie (dort Kontrolle ca. alle 3 Mnt)

Literatur:

- 1) BVA-Leitlinie Nr. 29 [<http://www.augeninfo.de/leit/leit29.htm>]
- 2) Hattenhauer MG, Leavitt JA, et al, "Incidence of nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy", Am J Ophthalmol 123: 103-107 (1997)
- 3) IONDT-Group, "Optic nerve decompression surgery for nonarteritic ischemic optic neuropathy (NAION) is not effective and may be harmful. The Ischemic Optic Neuropathy Decompression Trial", JAMA 273: 625-632 (1995)
- 4) Hayreh SS, Zimmerman MB. "Non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy: role of systemic corticosteroid therapy." Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2008 Jul;246(7):1029-46
- 5) Hayreh SS. "Posterior ischaemic optic neuropathy: clinical features, pathogenesis, and management". Eye (Lond). 2004 Nov;18(11):1188-206. Review.

Daraus: Beispiele für Gradeinteilung der Gesichtsfelddefekte (Goldmann I2e, I4e, and V4e Isopteren) → Mäßige bis Schwere Grade führen zur Indikationsstellung einer Steroidbehandlung bei nichtarteritischer AION

