

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Unabhängiges
Informationsblatt



Gegründet von
H. Herxheimer, M. Schwab,
H.-W. Spier
Herausgeber
Dietrich von Herrath,
Wolf-Dieter Ludwig,
Walter Thimme

Schriftleitung
Dietrich von Herrath, Wolf-Dieter Ludwig,
Wolfgang Oelkers, Thomas Schneider,
Jochen Schuler, Walter Thimme
Mitarbeiter
Matthias Döring, Josefa Lehmknecht,
Andreas Michalsen

Jahrgang 41
Nr. 10
Berlin
Oktober 2007

Neurotuberkulose - neue Aspekte in der Therapie einer seltenen Erkrankung

Zusammenfassung: Die Neurotuberkulose ist eine schwere, in Deutschland seltene Erkrankung. Der Erfolg der Therapie hängt entscheidend von der richtigen und raschen Diagnose und vom unverzüglichen Beginn der Therapie ab. Eine Reihe anderer, ebenfalls seltener Erkrankungen können die Symptome der Neurotuberkulose imitieren und müssen differenzialdiagnostisch bedacht werden. Die definitive Diagnose wird durch die Liquordiagnostik gestellt. Der initialen antituberkulösen Vierfach-Therapie folgt eine Zweifach-Therapie, wobei sich die Auswahl der Tuberkulostatika an dem Ergebnis der Resistenztestung orientiert. Die zusätzliche Gabe von Kortikosteroiden hat dabei ihren festen Stellenwert.

Die Diagnose Neurotuberkulose stützt sich auf die klinische Symptomatik, die Liquordiagnostik sowie auf bildgebende Darstellungen des ZNS. Eine frühzeitige Diagnose, der unverzügliche Beginn einer adäquaten antituberkulösen Therapie und das klinische Stadium sind die prognostisch wichtigen Faktoren für den langfristigen Heilungserfolg. Trotz effektiver Chemotherapeutika lässt sich die Neurotuberkulose häufig nur unbefriedigend therapieren. Bei weniger als der Hälfte der Patienten kann eine bleibende Beeinträchtigung oder der Tod verhindert werden. Neuere Arbeiten belegen, dass eine rechtzeitige und adäquate adjuvante Kortikoid-Therapie die Prognose hinsichtlich Letalität und Morbidität verbessert. Resistenzentwicklungen des wichtigsten Erregers, *Mycobacterium tuberculosis*, erschweren die Therapie. Die Neurotuberkulose ist eine Erkrankung, die sich - bis auf wenige foudroyante Verläufe - typischerweise subakut oder chronisch über Monate entwickelt. Bei über 80% der Patienten manifestiert sie sich als tuberkulöse Meningitis. Obwohl nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Drittel der Weltbevölkerung mit *Mycobacterium tuberculosis* infiziert ist, ist die Tuberkulose und insbesondere die Neurotuberkulose in Industrieländern eine seltene Erkrankung. Dies hat zu eingeschränkter Aufmerksamkeit und mangelhafter ärztlicher Erfahrung geführt. Diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten sind die Folgen. Da es keinen Einzeltest mit hoher Sensitivität und Spezifität gibt, muss die Verdachtsdiagnose klinisch in der Zusammenschau aller Befunde gestellt werden. Mosaikartig müssen die klinischen Daten, anamnestischen Angaben, Laborwerte (vor allem aus der Liquoranalyse), die Bildgebung und die mikrobiologischen sowie in manchen Fällen die histologischen Ergebnisse zusammengefügt werden. Eine ausführlichere Darstellung dieser Thematik findet sich in einer aktuellen Übersicht (1).

Symptomatik: Risikofaktoren für die Ausbildung einer zerebralen Tuberkulose sind Alter, Alkoholismus, Diabetes

Inhalt

Neurotuberkulose - neue Aspekte in der Therapie einer seltenen Erkrankung	73
Isoliert systolische Hypertonie bei älteren Menschen sollte behandelt werden	75
„Supplementierung“ mit antioxidativen Vitaminen erhöht eher das Letalitätsrisiko	76
Sublinguale Hyposensibilisierung - empfehlenswert?	77
Ist Dexamethason unwirksam bei Bronchiolitis im Kleinkindesalter?	78
<i>Staphylococcus-aureus</i> -Endokarditis: Frühe Operation oder konservative Therapie?	78
Schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelereignisse: Deutliche Zunahme in den USA	79
Leserbrief	
Langzeiteinnahme von Selen kann diabetogen sein	80

Dosisangaben ohne Gewähr!

mellitus, Malignome, HIV-Infektion und immunsuppressive Therapien, besonders die Behandlung mit TNF-alpha-Antagonisten. Photophobie, Fieber, Kopfschmerzen, Nausea und Vomitus sowie Nackensteifigkeit kennzeichnen das *meningitische Stadium*. Vom British Medical Research Council (MRC) wurde eine Schweregradeinteilung (Grad I-III) der Neurotuberkulose anhand klinischer Kriterien vorgeschlagen, in die u. a. der Glasgow Coma Score und fokale neurologische Zeichen eingehen (Tab. 1). Diese Einteilung soll bei der Entscheidung einer adäquaten Therapie und bei Einschätzung der Prognose helfen (2).

Tuberkulöse Meningitis: Häufig sind Hirnnervenparesen (30-50%), meist des N. abducens, seltener Paresen des III., IV., VII. oder VIII. Hirnnerven. Gelegentlich bestehen auch psychiatrische Symptome, wie Depression oder halluzinatorische Psychosen. Dann geht man von einer tuberkulösen Enzephalitis aus.

Tuberkulome: Neurologische Herdzeichen bzw. fokale Anfälle sind bei Neurotuberkulose meist durch zerebrale Tuberkulome bedingt. Ca. 1% aller Patienten mit aktiver Tuberkulose (3) und 4,5-28% mit tuberkulöser Meningitis entwickeln Tuberkulome (4). Sie können auch während einer adäquaten antituberkulösen Therapie auftreten oder sich vergrößern (4-7). Die Ätiologie dieser Reaktion ist im Rahmen einer Immunrekonstruktion zu erklären. Die genauen immunologischen Abläufe sind allerdings noch nicht vollständig geklärt. Klinisch äußern sich solche Tuberkulome häufig als fokale epileptische Anfälle. In solchen Situationen wird die antituberkulöse Medikation nicht verändert, jedoch sollte die begleitende Kortikosteroidtherapie erhöht oder erneut eingesetzt werden (7).

ZS.B
1375
ZB MED