

Ophthalmologie 2025 · 122:304–307
<https://doi.org/10.1007/s00347-025-02182-1>
 Eingegangen: 9. September 2024
 Überarbeitet: 12. Dezember 2024
 Angenommen: 8. Januar 2025
 Online publiziert: 6. Februar 2025
 © The Author(s) 2025



Symptomatische Rathke-Zyste der Hypophyse – Wenn das Auge das Unsichtbare aufdeckt

A. Struppe · Alaadin Abdin · Berthold Seitz · Loïc Hamon

Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS), Homburg/Saar, Deutschland

Anamnese

Ein 22-jähriger Patient stellte sich notfallmäßig wegen seit 3 Wochen bestehenden Augenflimmerns sowie morgendlichen Druckgefühls auf dem linken Auge vor. Anamnestisch traten die Beschwerden unmittelbar nach dem Aufwachen auf, hielten für 2–3 h an und bildeten sich im Laufe des Tages wieder spontan zurück. Vegetative Begleitsymptome wurden von dem Patienten verneint. Ebenso bestanden keine Allgemeinerkrankungen.

Befunde

Der unkorrigierte Visus betrug beidseits 1,0. Biomikroskopisch zeigte sich auf beiden Augen ein reizfreier Vorderaugenabschnitt. Fundoskopisch präsentierten sich auf dem linken Auge eine ausgeprägte Stauungspapille, venöse Stase sowie Streifenblutungen in allen Quadranten bei sonst regelrechtem Befund rechts (**Abb. 1a, b und 2a, b**). Die Perimetrie

zeigte keine Auffälligkeit, insbesondere keine Skotome oder Hemianopsie (**Abb. 3**). In der Fluoreszenzangiographie waren links eine ausgeprägte venöse Stase mit Stauung und zentraler Leckage an der Papille sowie retinale Blutungen mit Auslöschungssignalen aufgrund der Blockade zu sehen bei unauffälligem Befund rechts (**Abb. 4a, b**). Laborchemisch sowie klinisch-neurologisch waren keine aussagekräftigen Befunde der zugrunde liegenden Beschwerden nachweisbar. Auch die kardiovaskuläre Abklärung ergab keine Auffälligkeiten. Eine kraniale Magnetresonanztomographie (MRT) zeigte eine 7×5 mm messende zystische Struktur im mittleren Teil der Hypophyse, hochkompatibel mit einer Rathke-Zyste, bei sonst unauffälliger Darstellung der Orbita und des N. opticus beidseits sowie ohne Anhalt auf eine Akutpathologie im Sinne eines malignen raumfordernden Prozesses, einer Ischämie oder Blutung (**Abb. 5**).



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

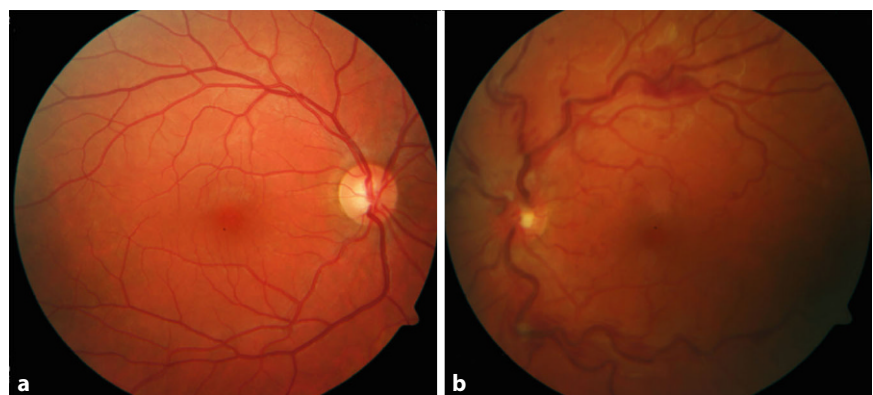


Abb. 1 ▲ Fundusfotografie – bei Erstvorstellung. **a** Rechtes Auge: regelrechter Befund. **b** Linkes Auge: ausgeprägte venöse Stase bei Stauungspapille sowie Streifenblutungen in allen Quadranten

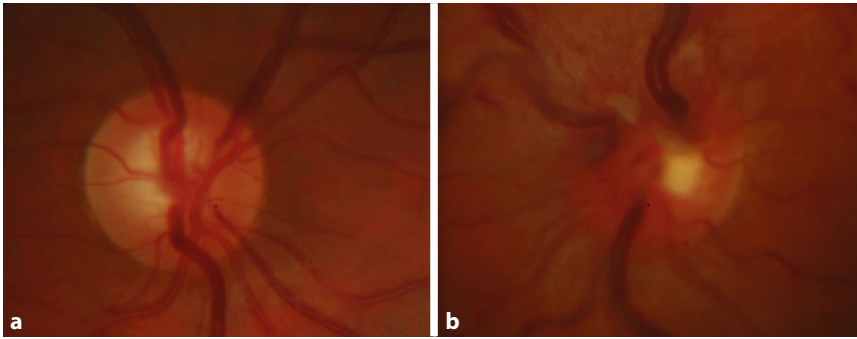


Abb. 2 ▲ Papillenfotografie – bei Erstvorstellung. **a** Rehtes Auge: Normalbefund mit vitaler, rand-scharfer Papille. **b** Linkes Auge: deutliches Papillenödem mit unscharfem nasalem und kranialem Rand der Papille

Linkes Auge (OS)

4-in-1

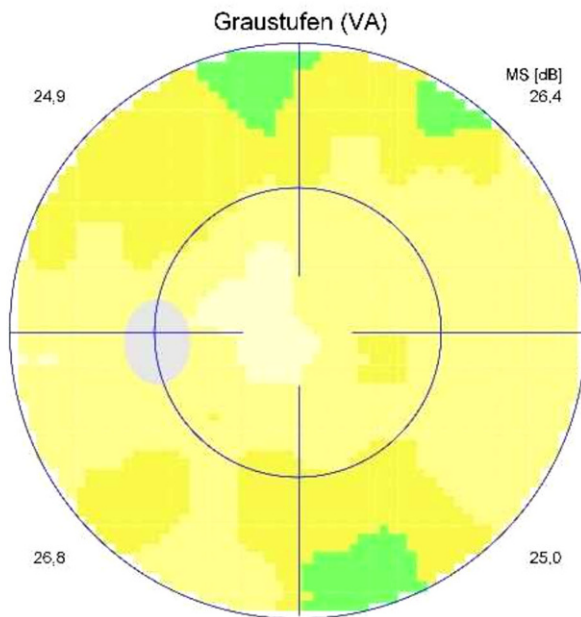


Abb. 3 ◀ Statische Perimetrie des linken Auges (30-II). Regelrechter Befund ohne Skotome oder Hemianopsie

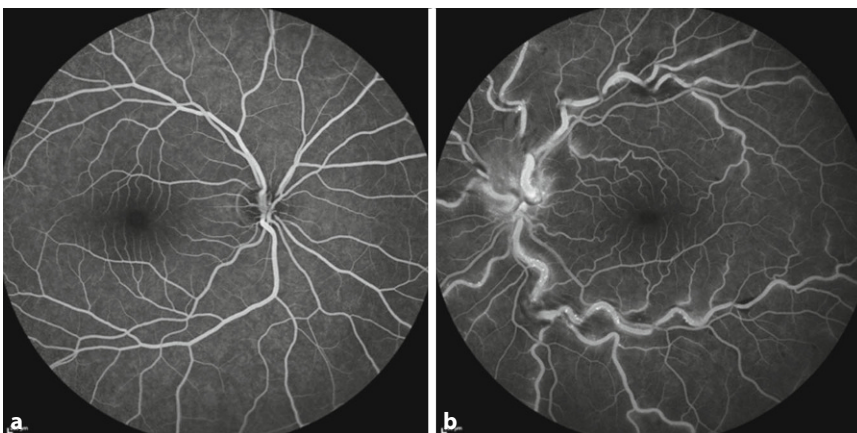


Abb. 4 ▲ Fluoreszenzangiographie – bei Erstvorstellung. **a** Rehtes Auge: regelrechte Füllung der retinalen Gefäße. **b** Linkes Auge: ausgeprägte venöse Stase mit zentraler Leckage an der Papille bei Stauungspapille sowie Auslöschungssignale aufgrund der Blockade durch retinale Blutungen

Therapie und Verlauf

In Zusammenschau der Befunde stellten wir die Diagnose einer kompressiven unilateralen venösen Stase bei symptomatischer Rathke-Zyste. Im Laufe der ätiologischen Abklärung zeigte sich nach 4 Monaten eine spontane Besserung der Symptomatik mit vollständigem Rückgang der Stauungspapille sowie der venösen Stase (■ **Abb. 6**). Bei Beschwerdefreiheit wurde keine Therapie bzw. keine neurologische Maßnahme eingeleitet. Es zeigte sich bei der letzten Kontrolle, 13 Monate nach der Erstdiagnose, kein Rezidiv.

Diskussion

Eine Rathke-Zyste ist ein gutartiges, oft asymptomatisches embryonales Überbleibsel der Hypophysenentwicklung, das aus dem Rest der Rathke-Tasche abgeleitet wird und von einer einlagigen Schicht quaderförmigen Epithels oder seltener von pseudostratifiziertem Plattenepithel ausgekleidet ist. Sie ist in der Regel klein und wird selten groß genug, um Symptome zu verursachen [1]. Der Großteil dieser Läsionen ist im Durchmesser zwischen 10 und 20 mm groß [4]. Die Inzidenz einer Rathke-Zyste ist aufgrund des asymptomatischen Erscheinungsbildes unklar. Übt diese Zyste auf benachbarte intrasellare und suprasellare Hirnstrukturen Druck aus, kann das klinische Bild stark variieren: zu den häufigsten Symptomen gehören Sehstörungen sowie Gesichtsfeldausfälle, Kopfschmerzen und Hypophysenfunktionsstörungen [8].

Zu der Differenzialdiagnose der Rathke-Zyste gehören das Kraniopharyngeom sowie die Kolloidzyste [2]. Kraniopharyngeome und Rathke-Zysten sind typischerweise in der Hypophyse, während Kolloidzysten meist im 3. Ventrikel auftreten. Entscheidend sind die exakte Lage und Beziehung zu umliegenden Strukturen wie dem Chiasma opticum. Kraniopharyngeome haben oft eine gemischte Struktur (solide-zystisch) und Verkalkungen, die eine Rathke-Zyste nicht zeigt. Rathke-Zysten sind benigne Läsionen mit asymptomatischem Verlauf, während Kraniopharyngeome neoplastische Läsionen mit progressivem Symptomenverlauf darstellen [2].



Abb. 5 ◀ Kraniale Magnetresonanztomographie (MRT) (T1, mit Kontrastmittel) mit Darstellung der Rathke-Zyste als hypointense runde Struktur (Pfeil) im Mittelteil der (hyperintensiven) Hypophyse

Die Arbeitsgruppe von Voelker diskutierte in einer Übersichtsarbeit die klinischen und radiologischen Befunde bei 155 Patienten mit symptomatischer Rathke-Zyste [6]. Diese Läsion wurde bei Frauen doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Männern mit einem durchschnittlichen Alter von 38 Jahren bei Diagnosestellung. In 80 % der Fälle war die Sella erweitert, und in 71 % befand sich die Zyste sowohl innerhalb als auch oberhalb der Sella [7].

Die Therapie erfolgt meistens operativ durch den Neurochirurgen mit dem Ziel, den Inhalt der Zyste zu entleeren und die umgebende Kapsel zu entfernen. Ein Rezidiv nach Resektion ist möglich, wobei die Rezidivrate aufgrund fehlender Langzeitstudien unklar bleibt [4]. Zu den Risikofaktoren für ein Rezidiv zählen die Größe der Zyste, das Vorhandensein einer Plattenepithelmetaplasie in der Zystenwand, unvollständige Resektion sowie ein intraoperatives Liquorleck [5].

Eine spontane Rückbildung der Rathke-Zyste ist möglich. Igarashi et al. berichteten von 4 asymptomatischen Zysten im Sella-bereich, die spontan schrumpften oder vollständig verschwanden [4]. Nishioka et al. beschrieben 2 Fälle, in denen sich die Größe der Zysten spontan zurückbildete [6]. Maniec und Watson veröffentlichten einen Fall, bei dem eine Zyste spontan rupturierte und sich vollständig zurückbil-

dete, gefolgt von einer Reakkumulation dieser, welche eine chirurgische Intervention erforderlich machte [5].

Da die ophthalmologische, neurologische sowie internistische Untersuchung innerhalb normaler Grenzen lagen, bestand bei unserem Patienten keine Indikation für eine dringende chirurgische Resektion. Bei vollständiger Rückbildung der visuellen Beschwerden und des orbitalen Druckgefühls innerhalb der nächsten 4 Monate, assoziiert mit rückläufiger Stauungspapille und der Resorption der venösen Stase, wurde ein abwartendes Vorgehen empfohlen. Bei der letzten Untersuchung nach 13 Monaten zeigte sich weiterhin kein Rezidiv, und der Patient blieb seither beschwerdefrei.

Schlussfolgerung. Die Rathke-Zyste stellt eine kongenitale Fehlentwicklung dar und wird oft aufgrund der fehlenden oder untypischen Symptomatik nicht entdeckt. Diese Diagnose sollte bei unspezifischen visuellen Beschwerden bzw. bei unilateraler Gefäßstauung in Betracht gezogen werden, insbesondere bei jüngeren Patienten. Eine spontane Rückbildung des klinischen Beschwerdebildes ist möglich, jedoch kann bei persistierenden Symptomen oder bei breiter Läsion mit Kompressionsgefahr ein neurochirurgischer Eingriff indiziert werden.

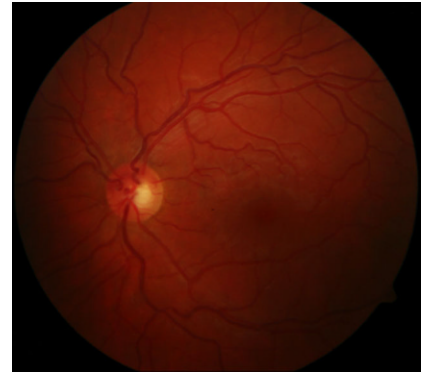


Abb. 6 ▲ Fundusfotografie des linken Auges – 13 Monate nach Erstdiagnose. Vollständige Rückbildung der venösen Stase sowie der Stauungspapille

Fazit für die Praxis

- Bei unspezifischen visuellen Beschwerden sowie unilateraler Gefäßstauung sollte immer auch an eine Rathke-Zyste gedacht werden.
- Eine kraniale MRT stellt den Goldstandard zur Diagnosestellung dar.
- Eine spontane Rückbildung des klinischen Beschwerdebildes ist möglich.
- Bei persistierenden Symptomen oder bei breiter Läsion mit Kompressionsgefahr sollte ein neurochirurgischer Eingriff indiziert werden. Dieser besteht zumeist in Entleerung des Inhaltes der Zyste sowie Entfernung der Kapsel.

Korrespondenzadresse



Dr. med. univ. A. Struppe

Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS)
Kirrbergerstr. 100, Gebäude 22, 66421 Homburg/Saar, Deutschland
alexandra.struppe@uks.eu

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Struppe, A.D. Abdin, B. Seitz und L. Hamon geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patient/-innen zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern/Vertreterinnen eine schriftliche Einwilligung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Agarwal V, Palande D, Velho V, Binayke R (2017) Unusual site of Rathke's cleft cyst: A case report and review of literature. *Asian J Neurosurg* 12(1):44–46
2. Eymann R, Kiefer M (2018) Rathke-Zyste, Krania-pharyngeom und Kolloidzyste: Was unterscheidet diese Pathologien? *Radiologe* 58(7):646–652
3. Igarashi T, Saeki N, Yamaura A (1991) Long-term magnetic resonance imaging follow-up of asymptomatic sellar tumors, their natural history and surgical indications. *Neurol Med Chir* 39(8):592–599
4. Larkin S, Karavitaki N, Ansorge O (2014) Rathke's cleft cyst. *Handb Clin Neurol* 124:255–269
5. Manieć K, Watson JC (2011) Spontaneous rupture, disappearance, and reaccumulation of a Rathke's cleft cyst. *Case Rep Endocrinol* 2011:549262
6. Nishio S, Morioka T, Suzuki S, Fukui M (2001) Spontaneous regression of a pituitary cyst: report of two cases. *Clin Imaging* 25(1):15–17
7. Voelker JL, Campbell RL, Muller J (1991) Clinical, radiographic, and pathological features of symptomatic Rathke's cleft cysts. *J Neurosurg* 74(4):535–544
8. Wenger M, Simko M, Markwalder R, Taub E (2001) An entirely suprasellar Rathke's cleft cyst: case report and review of the literature. *J Clin Neurosci* 8(6):564–567

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Prof. Dr. Carl-Ludwig Schönfeld Mit anderen Augen

BOD-Books on Demand, Norderstedt 2022, 1, 160 S., 35 Abb., (ISBN: 978-3-7568-8363-9), 28,95 EUR

Von Einem der auszog, das Helfen zu lernen



Den Impuls, hinaus in die weite Welt zu ziehen, um dort sein Wissen und seine Fertigkeiten weiterzugeben, festigte sich bei Prof. Dr. Carl-Ludwig Schönfeld, der bis vor kurzem Netzhautchirurg an der Herzog-Carl-Theodor-Augenklinik in München war, bereits als er in seiner Studentenzeit ein Praktikum bei Fred Hollows, dem Professor für Augenheilkunde am Prince-of-Wales-Krankenhaus Sidney, absolvierte. Hollows hatte Anfang der 1970er Jahre bei den Aborigines eine erschreckend hohe Zahl an Augenerkrankungen – u. a. Trachom, Katarakte, Labradorkeratopathie – entdeckt und sich als Lebensziel gesteckt, hier zu helfen. Dieses Vorbild war für C.-L. Schönfeld die Initialzündung, sich die Augenheilkunde als Fach auszuwählen und sich neben seiner augenärztlichen Tätigkeit hierzulande in den Ländern der sog. Dritten Welt zu engagieren.

Sein erster Einsatz führte ihn 2001 zu einem 1-wöchigen Operationskurs an die Universität Nairobi, mit der die Universitätsaugenklinik München, seine Weiterbildungsstätte, schon seit über 20 Jahre eine intensive Zusammenarbeit verband. Es war eine „Reise ins Ungewisse“, die ihn mit „durch die Bank sehr schweren, nahezu katastrophalen Fällen“ konfrontierte und zur Feststellung brachte, dass vieles, nahezu alles ganz anders ist als von der heimischen Augenklinik gewohnt. Das betrifft die Mentalität der Operateure und Schwestern, die Vorbereitung der Operationen, die Operationsassistenz, die Instrumente und Geräte und auch den Umgang mit den Patienten. Es reiche nicht – so C.-L. Schönfeld –, „sich mehr oder minder blauäugig in das 'Entwicklungsabenteuer' zu stürzen“, es sei vielmehr ein guter Plan notwendig und eine große Flexibilität vor Ort, um mit den ungewohnten Verhältnissen zurecht zu kommen.

Daher sein Appell: „Informiert Euch im Vorfeld bestmöglich, was ihr zu erwarten, mit was ihr zu rechnen habt. Versucht zu eruieren, auf welche Arbeitsbedingungen ihr stoßen werdet, wie das gesamte Setting aussieht, erkundet die Umstände und die möglicherweise auftretenden Probleme. Überlegt Euch genau, was Ihr wissen wollt, und versucht die Ansprechpartner zu finden, die geeignet scheinen, Eure Fragen zu beantworten.“

Wo und wie dieses Umdenken, diese Anpassung im Einzelnen notwendig war, beschreibt C.-L. Schönfeld sehr anschaulich anhand von vielen Beispielen und Ereignissen – nicht nur aus Kenia, sondern auch aus Nepal, Myanmar, Pakistan und Osteuropa. Überall gab es unterschiedliche Bedingungen, unterschiedliche Mentalitäten, unterschiedlich große Herausforderungen. Das bedeutet einen langen Lernprozess zu durchlaufen, um letztlich die Einsätze erfolgreich abschließen zu können. C.-L. Schönfeld schildert dies anhand vieler Begebenheiten und Begegnungen.

So wird sein Buch „Mit anderen Augen“, sein Erlebnisbericht zu einem Lehrstück für alle, die ausziehen wollen, um zu helfen.

Reinhard Kaden