



D. Schmidt
 Univ-Augenklinik, Freiburg, Deutschland

Ungewöhnlicher Krankheitsverlauf bei langstreckiger A.-carotis-interna-Stenose mit okulärer Ischämie durch Verschluss der A. ophthalmica

Leserbrief zu

Abraham S, Feucht N, Lohmann CP, Maier M (2015) Okuläres Ischämiesyndrom. *Ophthalmologie* 112:679–681. doi:10.1007/s00347-014-3178-x

Mit großem Interesse habe ich den Beitrag von S. Abraham, N. Feucht, C.P. Lohmann und M. Maier über den ungewöhnlichen Krankheitsverlauf eines Patienten gelesen. Der Krankheitsverlauf ist deshalb ungewöhnlich, da zunächst „keine höhergradigen Stenosen der extrakraniellen hirnersorgenden Arterien“ mit dem „Karotis-Doppler“ festgestellt wurden. Erst mit der Magnetresonanztomographie wurde schließlich die Diagnose einer „langstreckigen A.-carotis-interna-Stenose links vor dem Eintritt in den Canalis caroticus mit komplettem Verschluss der A. ophthalmica auf der linken Seite“ aufgedeckt. Es ist ungewöhnlich, dass die Verdachtsdiagnose einer Durchblutungsstörung der A. carotis interna nicht mit dem „Karotis-Doppler“ gestellt werden konnte.

Ein okuläres Ischämiesyndrom des linken Auges mit einer Rubeosis iridis, mit einem dezenten Hyphäma, einer isolierten Fleckblutung der Retina sowie einer verlängerten Arm-Retina-Zeit mit beginnenden peripheren „ischämischen Arealen“ wäre bei einem 76-jährigen Diabetes-Patienten nicht ungewöhnlich. Jedoch der offenbar streng einseitige Befund müsste auf die Verdachtsdiagnose einer okulären Durchblutungsstörung, bedingt durch eine Minderdurchblutung der Halsarte-

rie, hinweisen, die nicht alleine durch den Diabetes (bei zusätzlich vorhandenem Nikotinabusus) zu erklären wäre – was dann aber schließlich mit der Magnetresonanztomographie nachgewiesen wurde.

Bei einem okulären Ischämiesyndrom sind, abgesehen von dem mitgeteilten charakteristischen Befund, auch auf weitere Veränderungen zu achten: Es wurde nichts darüber berichtet, ob der Augendruck auf beiden Seiten gleich hoch war, denn bei einer einseitigen Ischämie kann die Tension des betreffenden Auges erniedrigt sein [3]. Die Autoren stellten zwar einen „normalen Augendruck“ fest, es stellt sich aber die Frage der Seitendifferenz. Eine Ischämie eines Auges geht nicht selten mit Cotton-wool-Flecken der Retina einher [6]; auch können die Gefäße gelegentlich kleine glitzernde Emboli [3] aufweisen, die jedoch ophthalmoskopisch und fluoreszenzangiographisch durch die Autoren ausgeschlossen wurden.

Auch eine einseitig stärker ausgeprägte Katarakt oder eine Pseudouveitis anterior könnten auf eine einseitige Karotisstenose hinweisen [3].

Kearns und Hollenhorst berichteten über die „venöse Stase-Retinopathie“ bei einem Karotisverschluss [1]. Odashima et al. [2] wiesen auf das selten vorkommende Makulaödem hin.

Zudem ist bei einem älteren Patienten mit einer kürzlich eingetretenen Visusminderung (es ist ja nicht immer sicher, ob die Sehverschlechterung vor kurzer oder längerer Zeit eingetreten war, da

die Angaben der Patienten nicht immer verlässlich sind) stets auch an die wichtige Differenzialdiagnose einer Riesenzellarteriitis zu denken [4, 5], sodass die Blutsenkungsgeschwindigkeit, das Fibrinogen zu bestimmen und der Befund der Schläfenarterie zu beurteilen wären.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. Schmidt
 Univ-Augenklinik
 Killianstr. 5, 79106 Freiburg
 dieter.schmidt@uniklinik-freiburg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. D. Schmidt gibt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Kearns TP, Hollenhorst RW (1963) Venous-stasis retinopathy of occlusive disease of the carotid artery. *Proc Mayo Clin* 83:304–312
2. Odashima S, Shirai J et al (1986) Low-perfusion maculopathy complicated by internal carotid stenosis. *Neuro-Ophthalmology* 6:2096, O
3. Ruprecht KW, Naumann GOH (1979) „Ischämische Ophthalmopathie“ – ein Leitsymptom stenosierender Karotisprozesse. 77. Zusammenkunft DOG, Heidelberg, S 891–894
4. Schmidt D (2003) Arteriitis cranialis – Ein Überblick (Arteriitis temporalis Horton, Riesenzellarteriitis). *Klin Monatsbl Augenheilkd* 220:579–617
5. Schmidt D, Vaith P (2005) Riesenzellarteriitis (Arteriitis cranialis, Arteriitis temporalis Horton). *Dtsch Med Wochenschr* 130:1877–1881
6. Schmidt D (2008) The mystery of cotton-wool spots – a review of recent and historical descriptions. *Eur J Med Res* 13:231–266