Ophthalmologie 2021 · 118:614
<https://doi.org/10.1007/s00347-020-01189-0>
 Online publiziert: 31. Juli 2020
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Leserbrief zu

Lehmann G et al (2020) Rezidivierende Aderhautamotio bei einem Patienten mit hormonell therapiertem Prostatakarzinom. Ophthalmologie 117:456–460. <https://doi.org/10.1007/s00347-019-00956-y>

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Interesse habe ich den Artikel von Lehman et al. gelesen, der mit einer Diskussion zur Genese rezidivierender Aderhautamotionen sowie dem möglichen Zusammenhang zwischen Augeninnendruck und Prostatakarzinom gleich 2 interessante Aspekte bringt. Leider machen Lehmann et al. keine Angaben zur Refraktion des Patienten. Dies ist umso bedauerlicher, da sie in der Falldiskussion zwar am Rande auf die Möglichkeit eines uvealen Effusionssyndroms [2, 4] hinweisen, aber keine Informationen zu Vortexvenen oder Skleradicke liefern. Sie weisen darauf hin, dass bei Rückbildung einer Aderhautamotio eine Demarkationslinie zurückbleiben kann [3], und deuten die festgestellten Hochwasserlinien als vorangegangene Aderhautamotionen. Bei einer resorbierten Aderhautamotio tritt eher ein leopardartiges Muster als Zeichen einer diffusen Depigmentierung und einer multifokalen Hyperplasie auf [4].

Erschwerend kommt hinzu, dass der Patient an beiden Augen zumindest an einem PEX-Syndrom leidet. Leider machen Lehmann et al. keine Angaben dazu, ob sich der Augeninnendruck nach der Pausierung der antiglaukomatösen Therapie normalisierte oder ob nach einem gewissen Zeitfenster antiglaukomatöse Tropfen zur Druckstabilisierung wieder appliziert wurden und, wenn ja, welche

Tobias Hager

Kropywnykyj, Ukraine

Leuprorelin ist unschuldig

sie aufgrund ihrer Überlegungen dann verwendeten.

Der Patient wurde bei Arterienastverschluss zwar stationär aufgenommen, anschließend aber nichts zur Abklärung (arteriell/nichtarteriell, Nachweis einer Emboliequelle) oder weiteren Therapie dieses Verschlusses (Fibrinolyse, isovolämische Hämodilution, Antikoagulation, Bulbusmassage) berichtet [5]. Dies ist umso bedenklicher, da jede getroffene Maßnahme gewürdigt werden sollte, bevor Rückschlüsse auf mögliche Arzneimittelinteraktionen von Leuprorelin gezogen werden. Insbesondere weise ich darauf hin, dass es Fallberichte zu Aderhautamotionen im Rahmen einer pulmonalen Hypertension gibt [6–9], einem Krankheitsbild, das bei einem 85-jährigen Patienten mit arteriellem Gefäßverschluss an einem Auge durchaus wahrscheinlich ist.

Die Vermutung eines direkten Zusammenhangs zwischen der Leuprorelin-Gabe und den festgestellten Befunden kann daher so nicht aufrechterhalten werden. Dies ist insbesondere von Bedeutung, weil Leuprorelin ein seit 1985 zugelassenes gängiges Präparat ist und aufgrund seiner Anwendbarkeit bei Prostatakrebspatienten und Brustkrebspatientinnen von der WHO als essenzielles Medikament eingestuft wurde [1]. Es sollte daher nicht leichtfertig ein Zusammenhang mit einer choroidalen Abhebung aufgrund einer bloßen Vermutung postuliert werden.

Interessenkonflikt. T. Hager gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Shields CL, Roelofs K, Di Nicola M, Sioufi K, Mashayekhi A, Shields JA (2017) Uveal effusion syndrome in 104 eyes: response to corticosteroids—The 2017 Axel C. Hansen lecture. Indian J Ophthalmol 65(11):1093–1104
- Gass JD, Jallow S (1982) Idiopathic serous detachment of the choroid, ciliary body, and retina (uveal effusion syndrome). Ophthalmology 89(9):1018–1032
- Gorrioño-Echebarria MB, Castro M, Clement A (2007) Síndrome de efusión uveal espontáneo. Arch Soc Esp Oftalmol 82(8):505–508 (Spontaneous primary uveal effusion syndrome)
- Feltgen N, Pielan A (2017) Retinaler Arterienverschluss. Ophthalmologie 114(2):177–190 (published correction appears in Ophthalmologie. 2017 Mar;114(3):236)
- Lewczuk N, Zdebik A, Bogusławska J, Turno-Kręcicka A, Misiuk-Hojło M (2019) Ocular manifestations of pulmonary hypertension. Surv Ophthalmol 64(5):694–699
- Feng Z, Dong L, Cao J et al (2018) A case study of ciliary detachment with primary pulmonary hypertension. Int Ophthalmol 38(1):375–379
- Lei X, Zhang J, Li Q et al (2019) Choroidal detachment and increased intraocular pressure in a case of secondary pulmonary hypertension. J Glaucoma 28(1):e1–e4
- Wang Y, Yan Y, Zhang J, Li J (2019) Uveal effusion and transient myopia as the initial presentation of systemic lupus erythematosus patient with pulmonary arterial hypertension: case report. Lupus 28(4):560–564
- WHO Model list of essential medicines. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273826/EML-20-eng.pdf?ua=1>. Zugegriffen: 24. Mai 2020

Korrespondenzadresse

Dr. Tobias Hager

Nikitina Wasilija 23a, KB. 67, 25006 Kropywnykyj, Ukraine

Tobiashager2020@web.de