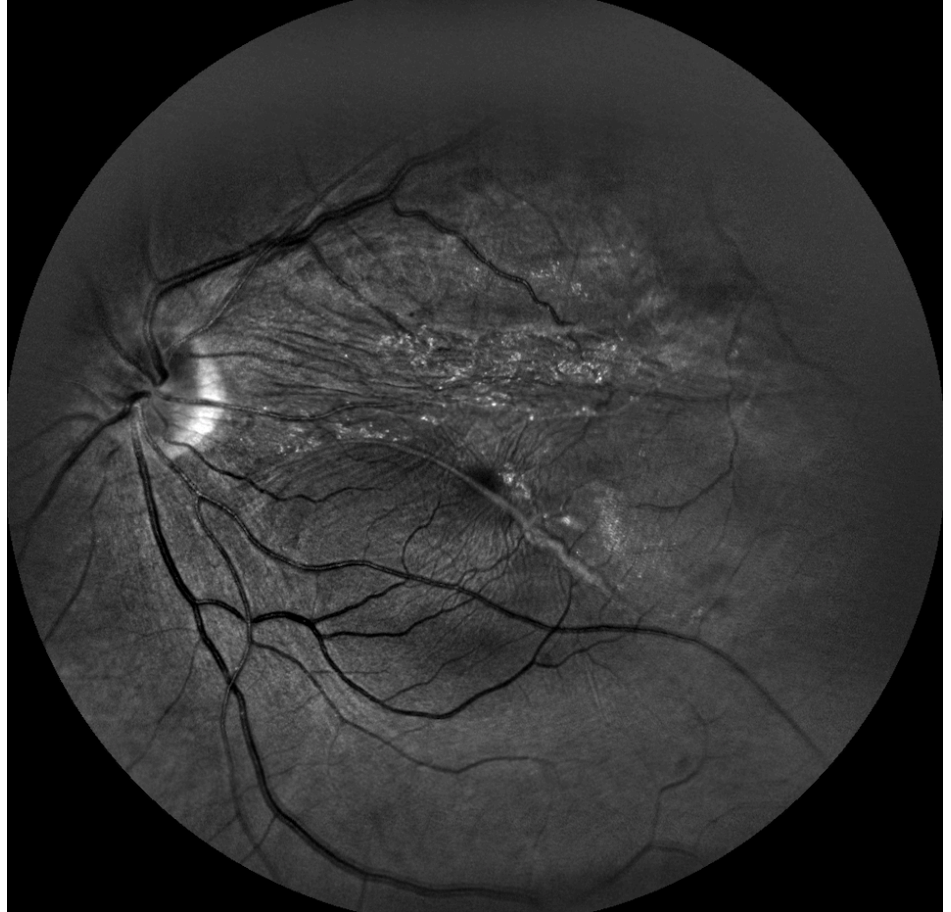


Falldiskussion März 2020

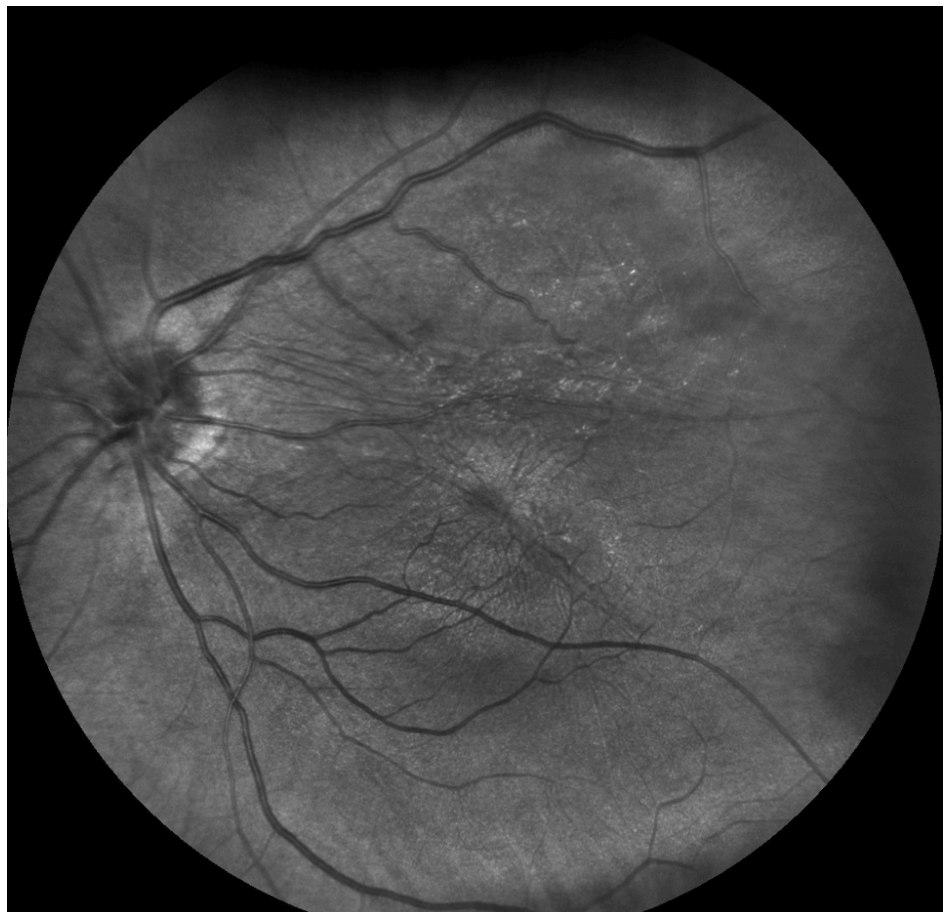
FALLBESCHREIBUNG

subjektiv	Bernhard, 68J., möchte eine neue Brille, letzte Brille ist sechs Jahre alt. Er beschreibt, dass das Sehen nicht mehr so ist wie früher. Besonders links wäre es wohl schlechter geworden. Auf Nachfrage in der Anamnese jucken die Augen.
letzter AA Besuch	vor acht Jahren - damals Routine ohne Befund
eigene (Augen-)erkrankungen / Medikation	Bluthochdruck eingestellt mit einem Sartan, Blutverdünner ASS seit er einen leichten Schlaganfall vor fünf Jahren hatte
(Augen-)erkrankungen in der Familie	nicht bekannt
IOD	17/18
sonstige (Test-)ergebnisse	Motilität: o.B. NPC: unauffällig GF (FDT): unauffällig Amsler: R negativ, L positiv Spaltlampe: Blepharitis, Madarosis (Wimpernausfall) Meibomsekret: mäßig Sekret, gelblich Linsen: altersentsprechend
Vis. alt / Vis. neu ggf. Refraktion	Vis. alt: R 0,6 / L 0,4 Vis. neu: R 0,9 / L 0,5
Fundusaufnahme	EasyScan: R unauffällig (bis auf Zeichen von Bluthochdruck und Katarakt), L siehe unten

Grün



IR



Analyse des Fundusbildes:

Auf dem Fundusbild (besonders Grün) des linken Auges sind deutliche Fältchen, Glitzern und eine oberflächliche Vernarbung zu sehen. Die vorliegenden Erscheinungen können als Macular Pucker beschrieben werden. Primär korreliert das Auftreten einer solchen Membran mit dem Alter. Durch eine defekte innere Grenzmembran wird das Ausschwemmen von Gliazellen und RPE Zellen ermöglicht, die dann auf der Oberfläche „vernarben“, wodurch Zugkräfte entstehen, die zu einer Faltenbildung durch alle Netzhautschichten führen können. Begünstigt wird dieser Prozess durch die hintere Glaskörperabhebung^{2,3}.

Weitere Analyse und empfohlenes Vorgehen:

Heutiger Standard einer operativen Entfernung ist eine transkonjunktivale, nahtlose pars plana Vitrektomie mit Entfernung der epiretinalen Membranen und der inneren Grenzmembran in Lokalanästhesie. Besonders bei der idiopathischen Form der epiretinalen Gliose ist die Empfehlung zur Operation abhängig vom Leidensdruck des Patienten und dem Ausmaß der Beschwerden. Während sich Metamorphopsien oft bereits in der frühen postoperativen Phase verbessern, kann sich der Anstieg der bestkorrigierten Sehschärfe über Wochen, in manchen Fällen über mehrere Monate bis zu einem Jahr hinziehen. Klinische Studien mit Nachbeobachtungszeiträumen von bis zu einem Jahr zeigen jedoch, dass sich nach einer Operation nicht nur die bestkorrigierte Sehschärfe, sondern auch die retinale Sensitivität und die Lesefähigkeit verbessern².

Der Leidensdruck von Bernhard ist auf Nachfrage nicht besonders ausgeprägt - zudem möchte er vorerst keine Augenoperation. Der gute Visus des rechten Auges ist für ihn entscheidend. Da der natürliche Verlauf eines Macular Puckers nach der primären Manifestation auf einem schlechten Ausgangsniveau nur langsam fortschreitend ist³, empfehle ich Bernhard selbstverständlich einen zeitnahen Besuch beim Augenarzt, versorge ihn jedoch auf Grund des deutlichen Visusanstiegs R mit einer neuen Korrektur.

Die Fundusbilder zeigen an manchen Kreuzungsstellen der Gefäße Kreuzungszeichen. Diese sprechen für vaskuläre Probleme, die bei Bernhard mit dem therapierten Bluthochdruck bekannt sind. Hier erfolgt der Hinweis, sich weiterhin mit gesunder Lebensweise, Bewegung und seiner medikamentösen Therapie um sich zu kümmern.

Gegen die Madarosis, die vermutlich durch die Blepharitis bedingt ist, sollte primär, also ursächlich behandelt werden. Die Empfehlung von Lidhygiene / Lidpflege (zum Beispiel mit Liponit) kann hier für Linderung sorgen und die Wimpern können sich regenerieren.

1. Quelle: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3358936>

2. Quelle: <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Augenklinik-und-Poliklinik/de/Schwerpunkte/Netzhaut/Pucker/index.html>

3. Quelle: Kellner, Wachtlin, Retina, S. 182 ff, Thieme Verlag