



Falldemonstration 3



Von Julian C. Riecke

**Kantonsspital
St.Gallen**

Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

- 62-jähriger männlicher Patient
- Vorbekannte beidseitige Keratokonjunktivitis sicca bei chron. Blepharitis
- Bereits Verschwommensehen seit mindestens Januar 2018 intermittierende Visusprobleme
- Rechts: Cataracta nuclearis mit hinterer Schalen trübung → Cataract-OP rechts am 23.01.2019 am KSSG
- Links: Cataracta corticonuclearis

- Internistische Diagnosen:
 - St.n. MI 1976 (→ ASS 100, Statine), Vd.a. KHK (aktuell in Abklärung)
 - St.n. Pleuraempyem 2018 nach nosokomialer Norovirusinfektion
 - Nikotinabusus (42 PY)
 - Psoriasis inversa

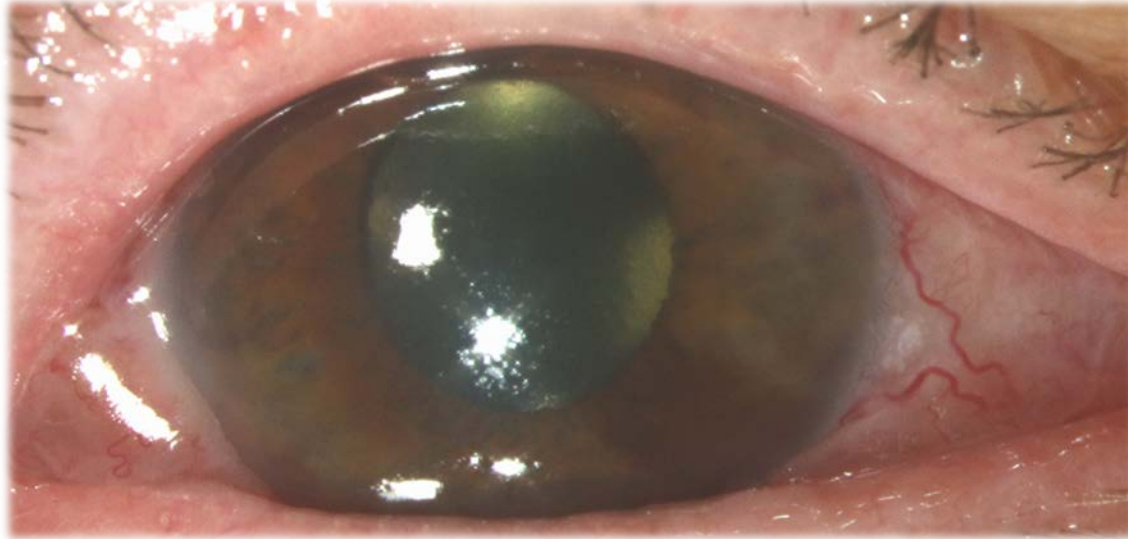
Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

- Am 23.01.2019 um 8.00 Uhr Cataract-OP in Narkose (Wunsch des Patienten) → ohne Komplikationen
- Postoperativ einmalig Diamox 250 mg (10.50 Uhr)
- Wiedervorstellung am Nachmittag 16.00 Uhr mit zunächst Flimmerskotomen und fraglichen Photopsien bereits auf dem Weg nach Hause, dann sich rapide verschlechterndem Visus **links** („grauer Schleier“), starke Schmerzen beidseits
- Kopfschmerzen, Schwindel
- Eigenständig applizierte Cellufluid AT führten zu keiner Besserung

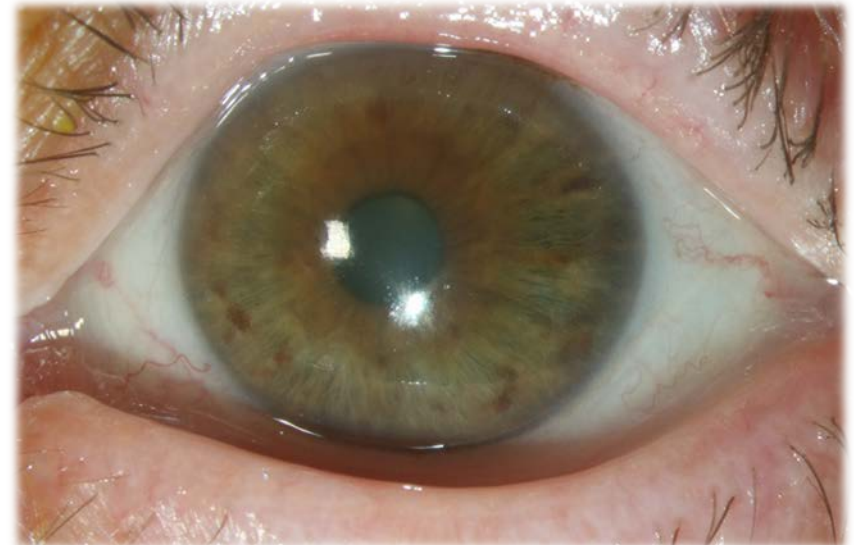
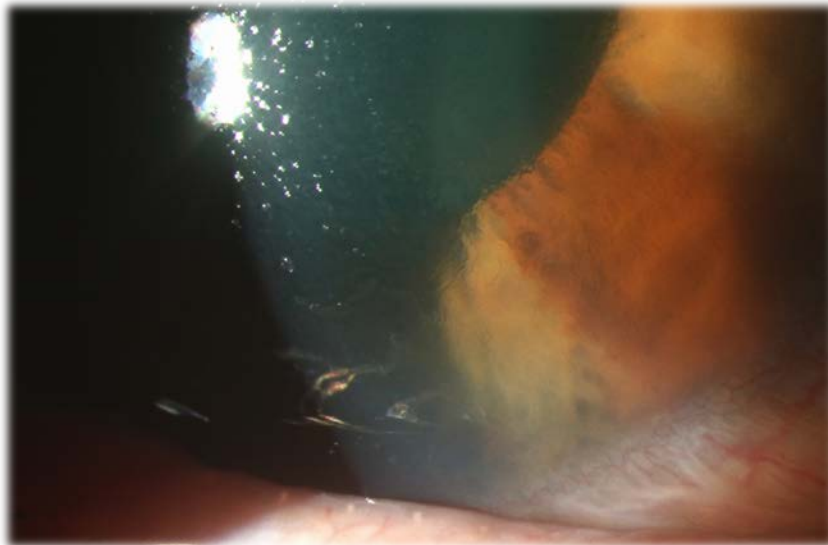
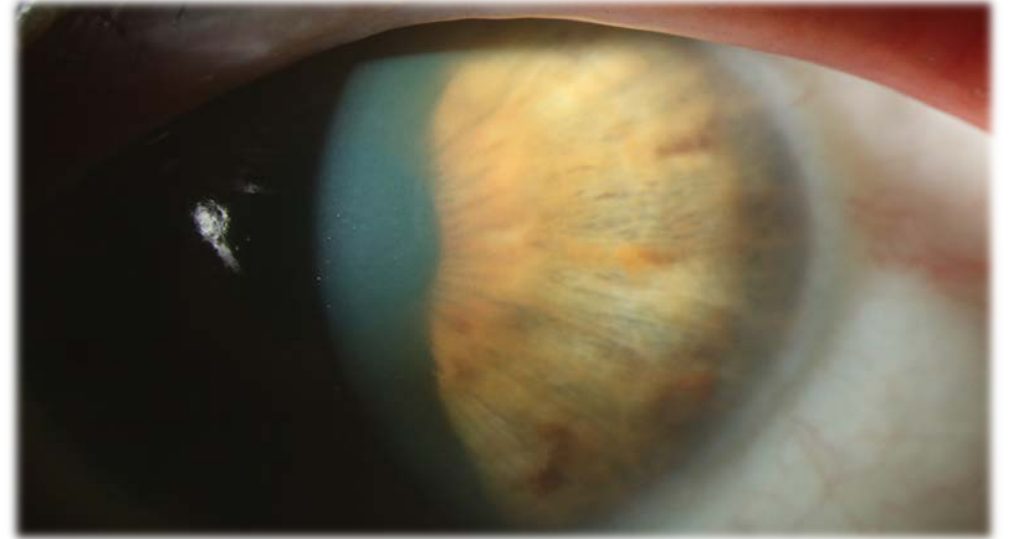
Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

- Klinische Befunde am Nachmittag 23.01.2019:
 - Fernvisus: rechts kein Tafelvisus, links 0.3
 - Tensio: rechts **36 mmHg**, links **48 mmHg**
 - Auge rechts: Bindehaut injiziert, Hornhaut dekompensiert, Stroma- und Epithelödem, **abgeflachte Vorderkammer durch vorgewölbte Iris**, Vorderkammerreiz durch massives Hornhautödem nicht beurteilbar
 - Auge links: Bindehaut reizarm, Hornhaut dekompensiert, Stroma- und Epitheödem, **Vorderkammer abgeflacht durch vorgewölbte Iris**, keine Vorderkammerzellen, Cataracta corticonuclearis
 - Fundus:
 - Stark reduzierter Einblick rechts: Fundusrot
 - Bei reduziertem Einblick links zentral unauffällig

Rechts



Links



Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

Druckdekompensation beidseits →
systemische Ursache!?

Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

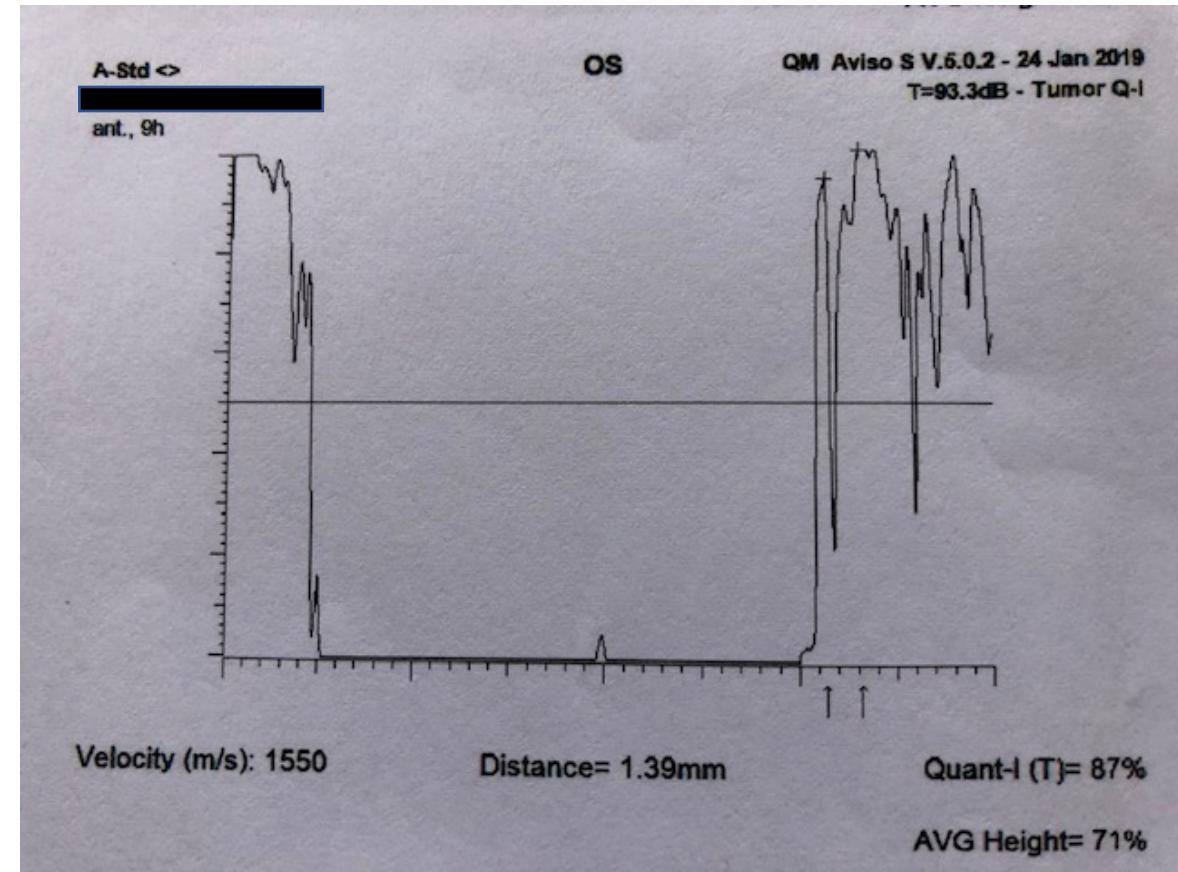
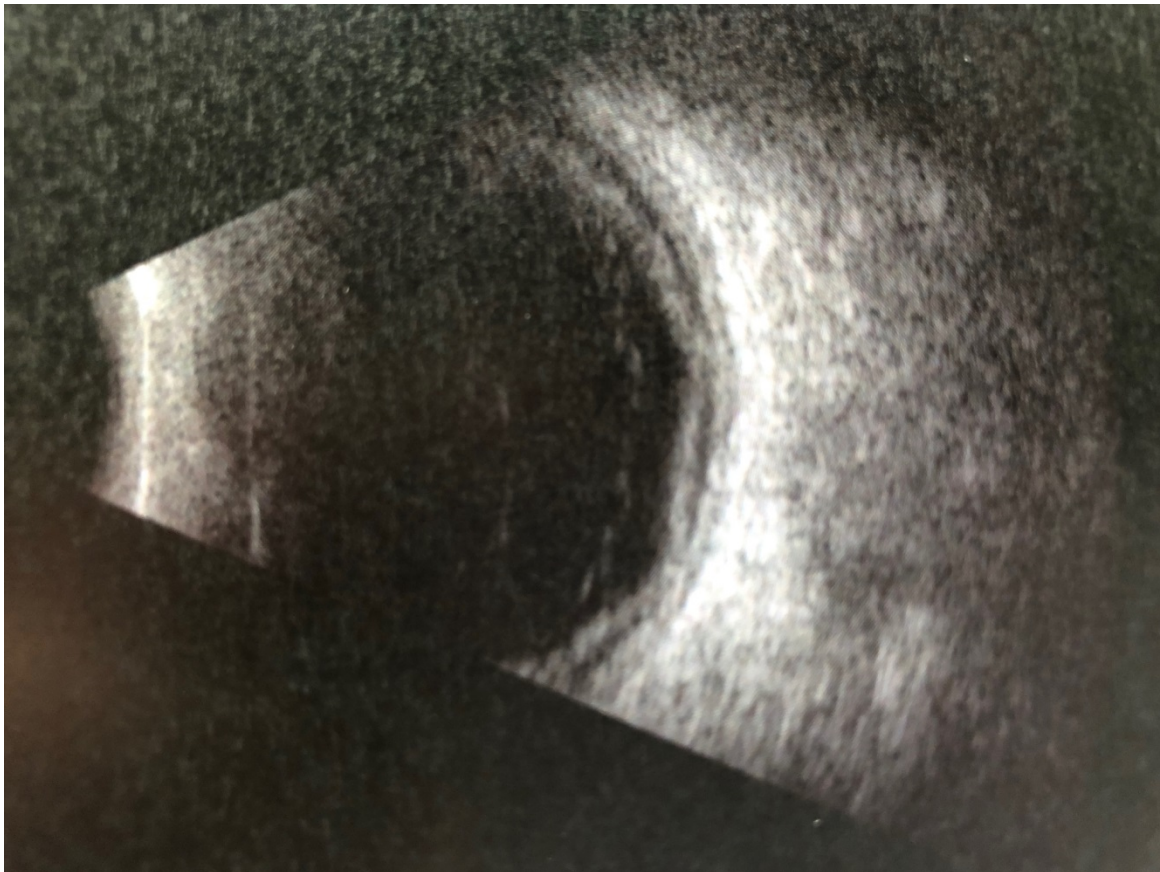
- Anästhesieprotokoll:
 - Fentanyl
 - Ephedrin
 - Sevofluran
 - Propofol
 - Remifentanyl
 - Ringerfundin
 - Paracetamol
 - Novalgin
 - Diamox
- Anästhesieverlauf ohne Komplikationen
- Keines der Medikamente für IOD-Anstieg bekannt!

Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

- Stationäre Aufnahme am 23.01.2019
- i.v. Mannitol 200ml 20% über 1h
- 100mg Prednison p.o. (+ PPI 40 mg) bis zum 25.01.2019 dann 50mg
- Lokale IOD-senkende Therapie: Combigan 2x täglich
- Auge rechts (nach Cat.OP): bis 24.01.2019 3x täglich Tobradex-Salbenverband, danach 3x täglich Tobradex AT, zur Nacht Tobradex Augensalbe, 1x täglich Yellox
- Auge links: Dexafree 2x täglich, Lacrinorm 2x täglich, Bepanthen AS zur Nacht.

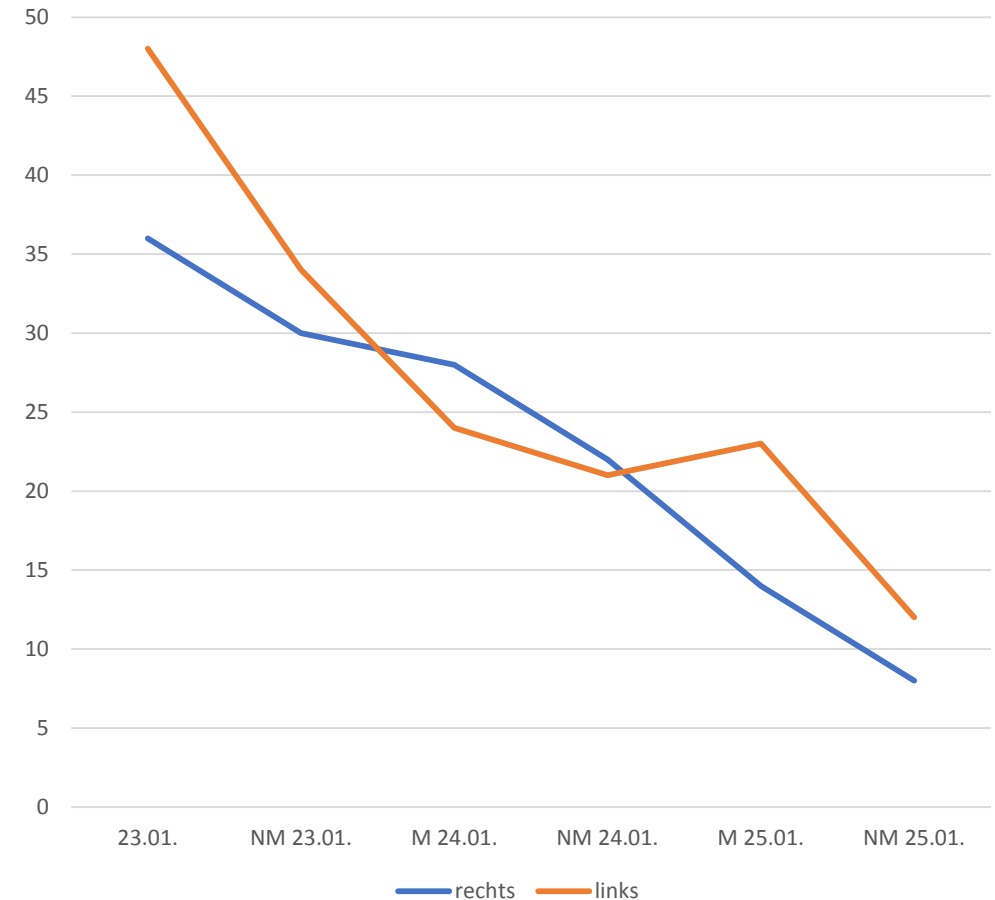
Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

Ultraschall vom 24.01.2019 (1.POD) Auge links



Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

- **IOD-Entwicklung:**
- **23.01.2019**
 - rechts 36 mmHg links 48 mmHg
- **23.01.2019 nach Mannitolgabe**
 - rechts 30 mmHg links 34 mmHg
- **24.01.2019**
 - M: rechts 28 mmHg links 24 mmHg
 - NM: rechts 22 mmHg links 21 mmHg
- **25.01.2019 Reduktion von PDN auf 50 mg**
 - M: rechts 14 mmHg links 23 mmHg
 - NM: rechts 8 mmHg links 12 mmHg
- Fernvisus von Fingerzählen in 20 cm auf Fingerzählen in 150 cm → NM 25.01.2019 re: 0.3 li: 0.2



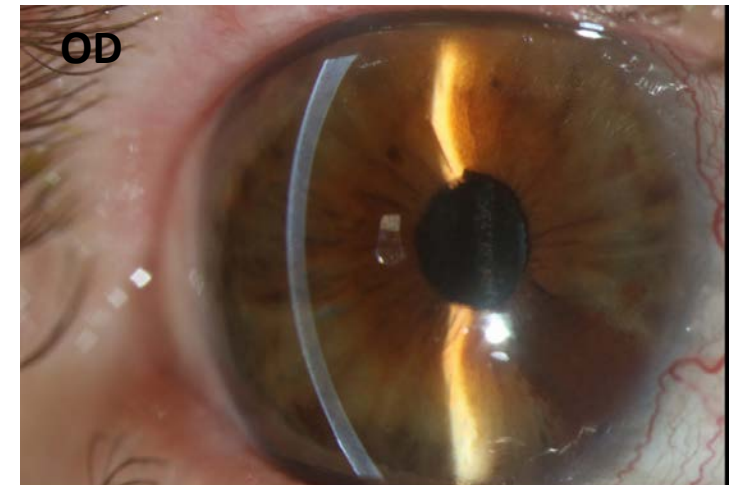
Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

- Befunde bei Austritt 28.01.2019 (Reduktion auf 20 mg PDN)
 - Fernvisus: re: 0.2 mit stL. 0.5; li: 0.16 mit stL. 0.4
 - IOD re: 12 mmHg li: 10 mmHg
- Provisorische Brillenanpassung 01.02.2019
 - Rechts: -2.25/-0.50/68° → 0.8
 - Links: -4.25/0/0° → 0.63

Falldemonstration: Herr B. (08.12.1957)

Happy End 😊

- Verlaufskontrolle am 13.03.2019:
 - Fernvisus cc re: : -2.25/-0.50/68° → 1.0
 - Fernvisus cc li: -4.25/0/0° → 0.8
- IOD re: 12 mmHg
- IOD li: 15 mmHg
- Beidseits reizfreie vordere Bulbusabschnitte, unauffälliger Fundus, keine Aderhautschwellung mehr.



???

Was hat zu dem **beidseitigen**
Druckanstieg und der
Aderhautschwellung von Herrn B.
geführt???

???



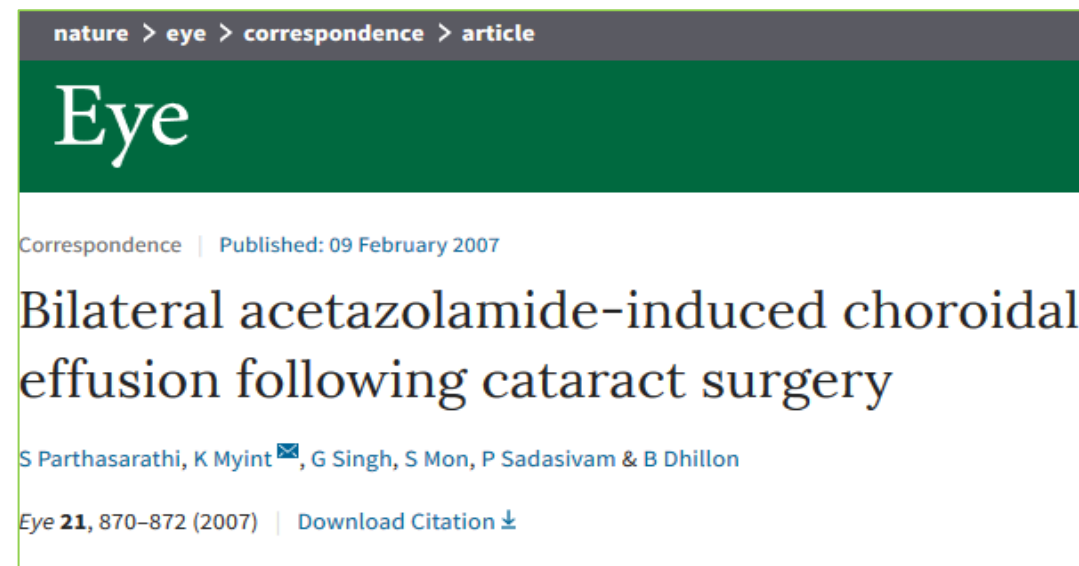
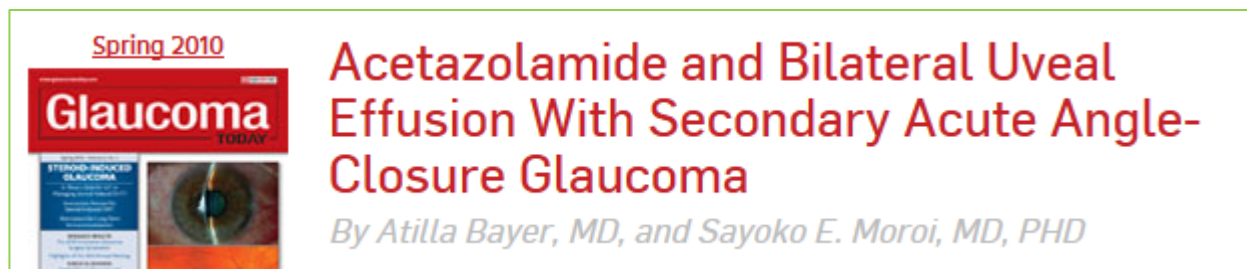
Uveales Effusionssyndrom (UES) durch Diamox?

- Erstbeschreibung durch RJ Brockhurst 1963
- Sehr seltenes meist bisher als idiopathisch beschriebenes Syndrom
 - Oft assoziiert mit Nanophthalmos
- Diagnosis per exclusionem
- Obstruktion der Drainage des posterioren Segments
 - Hypothese: durch Anomalie der Sklera oder Vortex Venen (Hypoplasie)?
 - Medikamenteninduziert?

Uveales Effusionssyndrom (UES) durch Diamox?

- Beidseitige exsudative Aderhautschwellung - ablösung (+ exsudative Ablösung des Ziliarkörpers oder der Retina)
- Mehrheitlich Männer mittleren Alters
- Diskutierte Behandlungsmöglichkeiten: Sklerotomie (full thickness, partial thickness, four-quadrant-sklerotomy) **Four quadrant sclerotomies for uveal effusion syndrome** BZ Wang, B Clark, P McKelvie, BJ Matthews, RG Buttery, A Chandra *Eye* volume 29, pages 588–589 (2015)
- DD bei uvealer Effusion: diffuse Tumore des uvealen Trakts, Harada-Krankheit, Skleritis, langanhaltende Hypotonie, durale arteriovenöse Fisteln etc.
- Idiosynkratische Reaktion durch Diamox???

Uveales Effusionssyndrom (UES) durch Diamox?



[Drug Des Devel Ther.](#) 2013; 7: 33–36.

PMCID: PMC3556858

Published online 2013 Jan 23. doi: [10.2147/DDDT.S38324](https://doi.org/10.2147/DDDT.S38324)

PMID: [23378740](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23378740/)

Acetazolamide-induced cilio-choroidal effusion after cataract surgery:
unusual posterior involvement

[Romualdo Malagola](#), [Loredana Arrico](#), [Rossella Giannotti](#), and [Luigi Pattavina](#)

Referenzen:

1. Gass JD. Uveal effusion syndrome. A new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment. *Retina*. 1983; 3(3):159-63.
2. Uyama M, Takahashi K, Kozaki J, Tagami N, Takada Y, Ohkuma H, Matsunaga H, Kimoto T, Nishimura T. Uveal effusion syndrome: clinical features, surgical treatment, histologic examination of the sclera, and pathophysiology. *Ophthalmology*. 2000 Mar; 107(3):441-9.
3. Ohkita T, Emi K, Toyoda E, Ueno C, Sawada K, Sawada K, Matsumura N, Morita S, Kashimoto D, Oyagi T, Ikeda T. Efficacy of vitreous surgery for uveal effusion syndrome. *Nihon Ganka Gakkai Zasshi*. 2008 May; 112(5):472-5.
4. Elagouz M, Stanescu-Segall D, Jackson TL. Uveal effusion syndrome. *Surv Ophthalmol*. 2010 Mar-Apr; 55(2):134-45.
5. Brockhurst RJ. Nanophthalmos with uveal effusion: a new clinical entity. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1974; 72:371-403.
6. Jackson TL, Hussain A, Salisbury J, Sherwood R, Sullivan PM, Marshall J. Transscleral albumin diffusion and suprachoroidal albumin concentration in uveal effusion syndrome. *Retina*. 2012 Jan; 32(1):177-82.
7. <http://www.oculist.net/downaton502/prof/ebook/duanes/pages/v4/v4c052.html>
8. Matlach J, Nowak J, Göbel W. A novel technique for choroidal fluid drainage in uveal effusion syndrome. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina*. 2013 May-Jun; 44(3):274-7.
9. Chan W, Fang-tian D, Hua Z, You-xin C, Rong-ping D, Ke T. Diagnosis and treatment of uveal effusion syndrome: a case series and literature review. *Chin Med Sci J*. 2011 Dec; 26(4):231-6.



Kompetent
Umfassend
Nah

Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit.