

Einseitiger Arterienastverschluss und retinale „white dots“

Anamnese

Ein 38-jähriger Patient stellt sich wegen eines seit einigen Wochen bestehenden Visusverlusts am linken Auge vor: Fernvisus c.c. RA 0,9, LA 0,1, spaltlampenmikroskopisch beidseits reizfreie vordere Abschnitte, am LA fraglich diskrete Glaskörperzellen. Am Fundus zeigt sich beidseits eine leichte nasale Papillenrandunschärfe und einzelne intraretinale Fleckblutungen. Im OCT stellt sich ein zystoides Makulaödem LA>RA dar; der arterieller Blutdruck beträgt 200/130 mmHg. Nach internistischer Abklärung wird der Hypertonus als essenziell eingestuft.

Nach RR-Einstellung kommt es innerhalb von 8 Wochen zu einem Visusanstieg auf c.c. RA 1,0, LA 0,5. Das zystoide Makulaödem LA zeigt jedoch keine Resorption. Unter der Verdachtsdiagnose eines persistierenden Makulaödems bei hypertensiver Retinopathie erfolgt linksseitig eine intravitreale Gabe von Triamcinolon 4 mg. Hierunter steigt der Visus weiter auf c.c. 0,7 an.

Sechs Wochen nach der Triamcinolongabe und 5 Monate nach der ersten Vorstellung kommt es zu einer notfallmäßigen Hospitalisation wegen eines 2 Wochen zuvor plötzlich aufgetretenen nasalen Gesichtsfeldausfalls und Schleiersehen am linken Auge. Allgemeine Krankheitszeichen werden verneint.

Ophthalmologische und internistische Befunde

Zum Zeitpunkt der Hospitalisation beträgt der korrigierte Visus rechts 1,0,

links Fingerzählen. Beidseits zeigen sich unauffällige Pupillomotorik und regelrechte Bulbusmotilität ohne Bewegungsschmerz und reizfreie vordere Bulbusabschnitte. Der Intraokulardruck applanatormisch ist beidseits 13 mmHg. Biomikroskopisch zeigen sich links ein Arterienastverschluss temporal superior sowie multiple kleine, scharf begrenzte, weißlich-gelbliche epi- und intraretinale Herde. Im Glaskörper befinden sich feine weiße Kristalle, teilweise verklumpt, besonders im unteren Bereich (► Abb. 1). Auf der rechten Seite sind eine normal konfigurierte Papille und ein regelrechter Fundus sichtbar.

Fluoreszenzangiographisch bestätigt sich der klinisch beobachtete Arterienastverschluss links. Außerdem zeigen sich am linken Auge eine leichte Papillenhyperfluoreszenz sowie am gesamten hinteren Pol bis über die Gefäßbögen reichend fleckförmige Hypofluoreszenzen bei epi- und intraretinalen Blockaden über alle Phasen hinweg, des Weiteren deutliche paramakuläre kapilläre Extravasation bei Makulaödem, in deutlich geringerem Umfang auch am Partnerauge (► Abb. 2). Im ICG-Angiogramm sind bis in die Spätphase persistierende fleckförmige Hypofluoreszenzen darstellbar.

Im Rahmen der Abklärung vaskulärer Risikofaktoren finden sich ein normales EKG und ein altersentsprechendes transthorakales Echokardiogramm sowie eine unauffällige neurovaskuläre Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien und der Aa. ophthalmicae.

Zum Screening auf vaskulitische Ursachen erfolgt eine umfangreiche Labordi-

agnostik. Das Blutbild mit einem Hämatokrit von 42 ist unauffällig. Einzige Aufälligkeiten in der Serumchemie ist eine leichte Erhöhung von ALAT und γ -GT. Der Urinstatus ist unauffällig. Durchsuchungstiter für CMV, EBV, VZV, HSV1 und -2, sind ohne Hinweis auf akute Erkrankungen. Die Borrelien- und HIV-Serologie ist negativ. ANA, ANCA und HLA-A29, -B27, -B51(5) sind ebenfalls negativ. Das ACE im Serum ist nicht erhöht. Ein Röntgen-Thorax in 2 Ebenen ergibt einen normalen Herz-Lungen-Befund ohne Hinweis auf sarkoidosetypische Veränderungen.



Abb. 1 ▶ Fundusfoto
OS: Arterienastverschluss temporal superior und unklare „white dots“

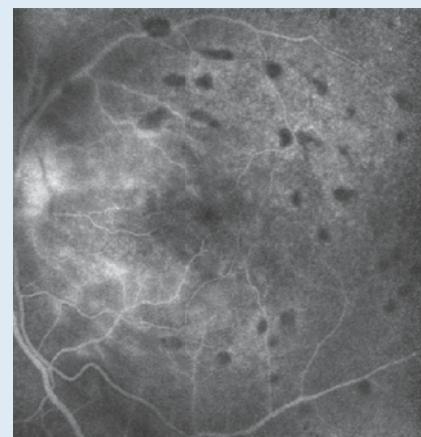


Abb. 2 ▲ Fluoreszenzangiographie OS (Spätphase): Arterienastverschluss, leichte Papillenhyperfluoreszenz, epi- und subretinale Blockaden über alle Phasen

Ihre Diagnose? ▶

➤ Diagnose: Okuläre Syphilis

Weiterer Verlauf

Bei einer zusätzlich zu den bereits erwähnten Laboruntersuchungen durchgeführten Lues-Serologie finden sich hoch positive Titer (TPPA 1:10240, Immunoblot-IgG und IgM positiv). Bei erneuter gezielter Nachfrage ergibt die Anamnese homosexuelle Sexualkontakte des Patienten und gelegentliche Aufenthalte im asiatischen Raum. Dem Patienten fällt auch eine vor ca. 3 bis 4 Jahren für wenige Wochen beobachtete kleine schmerzlose genitale Hautläsion wieder ein. Eine Liquorpunktion bleibt unauffällig, sodass die Diagnose einer isolierten okulären Syphilis im Stadium III gestellt wird. Eine Therapie mit Penicillin G i.v. 4 Mio IE alle 4 h wird über insgesamt 14 Tage stationär durchgeführt. Der Gefäßverschluss wird mit einer isovolämischen Hämodilution sowie mit Dipyridamol/Acetylsalicylsäure und Nimodipin p.o. behandelt. Im weiteren Verlauf lassen sich 7 Wochen nach Abschluss der Antibiotikatherapie und damit 8 Monate nach Erstvorstellung keine chorioretinalen Herde mehr nachweisen. Allerdings bleibt eine Persistenz von „ghost vessels“ im Bereich des Gefäßverschlusses. Der Fernvisus liegt weiterhin bei Fingerzählen.

Diskussion

Nach einem Tiefpunkt während der 1990er Jahre nimmt die Inzidenz der Syphilis seit Beginn des laufenden Jahrzehnts wieder zu, besonders unter homosexuellen Männern [1]. Die Diagnose dieser chronischen, durch *Treponema pallidum* hervorgerufenen Infektion ist durch ihr oft uneinheitliches klinisches Erscheinungsbild, das viele andere Erkrankungen simulieren kann, erschwert. Der klassische Verlauf der Syphilis lässt sich in drei Stadien unterteilen, atypische Verläufe mit Überspringen einzelner Stadien sind dabei möglich [2]. Stadium I ist durch den primären Schanker charakterisiert, ein schmerzloses Ulkus an der Eintrittspforte, meist an den genitalen Schleimhäuten. Im Stadium II kommt es zu grippeähnlichen

Zusammenfassung · Abstract

Ophthalmologe 2009 · 106:1130–1134 DOI 10.1007/s00347-009-2017-y
© Springer Medizin Verlag 2009

J. Guber · U. Schneider · P.B. Henrich

Einseitiger Arterienastverschluss und retinale „white dots“

Zusammenfassung

Hintergrund. Seit den 1990er Jahren ist eine Zunahme der Inzidenz von Syphilis zu beobachten. Der klassische Verlauf der Syphilis lässt sich in drei Stadien unterteilen. Eine okuläre Beteiligung ist besonders im Stadium III möglich. Die Erkrankung ist durch antibiotische Therapie effizient behandelbar.

Methode. Wir berichten über einen 38-jährigen Patienten, der sich wegen eines 2 Wochen zuvor plötzlich aufgetretenen nasalen Gesichtsfeldausfalls und Schleiersehens am linken Auge vorstellt. Vorausgegangen war eine intravitreale Triamcinolon-Injektion 6 Wochen zuvor bei vorwiegend linksseitigem zystoidem Makulaödem, das als Manifestation einer hypertensiven Retinopathie bei Blutdruckwerten um 200/130 interpretiert worden war.

Ergebnisse. Biomikroskopisch zeigen sich links ein Arterienastverschluss temporal su-

perior sowie multiple kleine, scharf begrenzte, weißlich-gelbliche epi- und intraretinale Flecken. Es besteht leichte Papillenrandunschärfe. In der Lues-Serologie finden sich hoch positive Titer. Nach Therapie mit Penicillin G i.v. über 2 Wochen zeigt sich deutliche Regredienz der chorioretinitische Herde, jedoch Persistenz der Visusminderung und des Gesichtsfeldausfalls.

Schlussfolgerung. Aufgrund der Zunahme der Inzidenz der Syphilis wird es immer wichtiger, die Erkrankung als Differenzialdiagnose nicht nur bei unklaren Symptomkomplexen, sondern auch in vermeintlich eindeutigen Situationen in Betracht zu ziehen.

Schlüsselwörter

Syphilis · Okuläre Syphilis · „White dots“ · Verschluss der A. centralis retina · Retinale Vaskulitis

Unilateral occlusion of the retinal artery branch and retinal white dots

Abstract

Background. Since the 1990s an increase in the incidence of syphilis has been observed. The classical course of syphilis can be subdivided into three stages. Ocular involvement is particularly possible in stage III. The disease can be efficiently treated by antibiotic therapy.

Methods. We report on the case of a 38-year-old patient who presented with loss of nasal visual field and hazy vision in the left eye which had suddenly appeared 2 weeks previously. The patient had received an intravitreal injection of triamcinolon 6 weeks prior to this for mainly left-sided cystoid macular edema which had been interpreted as the manifestation of hypertensive retinopathy by blood pressures of 200/130.

Results. An arterial branch occlusion temporal superior could be detected biomicroscopi-

cally as well as multiple sharply defined, whitish-yellow, epiretinal and intraretinal spots and lightly blurred papillary edges. Lues serology revealed very high titers. After 2 weeks of i.v. penicillin G therapy there was a clear regression of the chorioretinal foci but persistence of the reduction in vision and loss of visual field.

Conclusions. Because of the increasing incidence of syphilis it is becoming more important to consider this disease in the differential diagnosis not only for unclear symptom complexes but also in apparently obvious situations.

Keywords

Syphilis · Ocular syphilis · White dots · Retinal arterial occlusion · Retinal vasculitis

Hier steht eine Anzeige.



Springer

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Symptome mit Hautausschlägen und einer generalisierten Lymphadenopathie. Nach einer beschwerdefreien Latenzphase von meist 2–3 Jahren kann es im Stadium III zum Befall einer Vielzahl von Organen kommen. Dabei sind am Auge Blepharitis, Konjunktivitis, interstitielle Keratitis, Iritis, Episkleritis und Skleritis, Chorio- und Neuroretinitis, Vitritis, Uveitis sowie retinale Vaskulitis mit venösen und arteriellen Verschlüssen beschrieben worden [3]. Eine Beteiligung des Zentralnervensystems mit positivem Liquorbefund wird als Neurolues bezeichnet. Die Diagnosestellung der Syphilis erfolgt in der Regel serologisch mittels Antikörpernachweis (VDRL, FTA-ABS, MHA-TP, TPPA), wobei eine Latenzzeit ca. 2 Wochen besteht [4]. Die Therapie erfolgt mit Penicillin G oder Doxycyclin, je nach Stadium einmalig intramuskulär als Depotpräparat oder regelmäßig i.v. über bis zu 3 Wochen [5]. Es zeigten sich im vorliegenden Fall ein retinaler Arterienastverschluss mit zystoidem Makulaödem sowie eine Papilitis im Rahmen einer tertiären Syphilis. Die beobachteten epi- und intraretinalen gelblichen Herde sind am ehesten im Rahmen einer Neuroretinitis zu verstehen. Die Frage, ob der initial beobachtete Visusabfall mit Makulaödem und Papillenrandunschärfe allein durch eine hypertensive Retinopathie zu erklären waren oder bereits den Beginn der Augenbeteiligung bei Syphilis darstellen, bleibt spekulativ. Die zu diesem Zeitpunkt beobachteten fraglichen Glaskörperzellen könnten hierauf ein Hinweis sein. Eine Bedeutung der Triamcinolon-Injektion als Auslöser für den manifesten Ausbruch der Infektion über eine lokale Immunschwäche erscheint ebenfalls plausibel.

Zusammenfassend bleibt die Diagnose der okulären Syphilis eine Herausforderung, da ihr Erscheinungsbild anderen Krankheiten stark gleichen und den Diagnostiker daher in eine falsche Richtung leiten kann.

Korrespondenzadresse

Dr. J. Guber



Augenklinik,
Universitätsspital Basel
Mittlere Straße 91,
4031 Basel
Schweiz
GuberJ@uhbs.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Weinstock H (2008) Syphilis in the United States, epidemiology and emerging issues. Presented at: 2008 National STD Prevention Conference, Chicago, IL 10–13. Abstract A6b
2. Hook EW 3rd, Marra CM (1992) Acquired syphilis in adults. *N Engl J Med* 326(16):1060–1069
3. Tameis RR, Foster CS (1990) Ocular syphilis. *Ophthalmology* 97(10):1281–1287
4. Calonge N (2004) U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection: recommendation statement. *Ann Fam Med* 2(4):362–365
5. Centers for Disease Control and Prevention, Worokowski KA, Berman SM (2006) Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep* 55(RR-11):1–94

Hier kann auch Ihr Fall dargestellt werden!

Haben Sie eine interessante Falldarstellung? Bitte reichen Sie Ihren Vorschlag mit Beschreibung und Bildmaterial über das Online-System „Editorial Manager“ ein. Wählen Sie hierzu auf der Zeitschriftenhomepage www.DerOphthalmologe.de den Navigationspunkt „Für Autoren“. Hier finden Sie auch unsere ausführlichen Autorenleitfäden und Musterbeiträge.

Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!