

Perforiertes Hornhautulkus

Von Ass.-Dr. Phuong-Mai Nguyen

FALLBERICHT

Eine 78-jährige Patientin stellte sich mit Augenschmerzen sowie Abnahme der subjektiven Sehschärfe am rechten Auge seit einem Tag in unserer Notfallambulanz vor. Der Visus mit eigener Korrektur lag am rechten Auge bei 0,2 und am linken Auge bei 0,7 Snellen.

Im Vorderabschnitt fiel am rechten Auge zentral ein perforiertes steriles Hornhautulkus auf, das mit einer Verbandlinse und einer Augenschale notversorgt wurde. Das linke Auge präsentierte sich unauffällig. Anamnestisch war eine rheumatoide Arthritis bekannt.

Zur akuten Versorgung wurde bei der Patientin zweimal eine Hornhautklebung mittels Zyanakrylat (Dermabond), Lokaltherapie mit Steroiden und Antibiotika sowie orale Antibiotikagabe durchgeführt. Zunächst konnte ein stabiler Befund mittels Hornhautklebung in Kombination mit einer Verbandlinse erreicht werden. Eine Woche später stellte sich die Patientin mit akuten Schmerzen erneut vor. Es wurde ein Verlust des Klebers festgestellt, weshalb eine zeitnahe perforierende Keratoplastik geplant wurde.

Postoperativ zeigte die Patientin einen stabilen Hornhautbefund ohne Hinweis auf Transplantatabstoßung oder erneute Verdünnung. Bei folgenden Verlaufs-



Ass.-Dr. Phuong-Mai Nguyen
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Barmherzigen Brüder Wien,
Abteilung für Augenheilkunde
Vorstand:
Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Amon
www.barmherzige-brueder.at

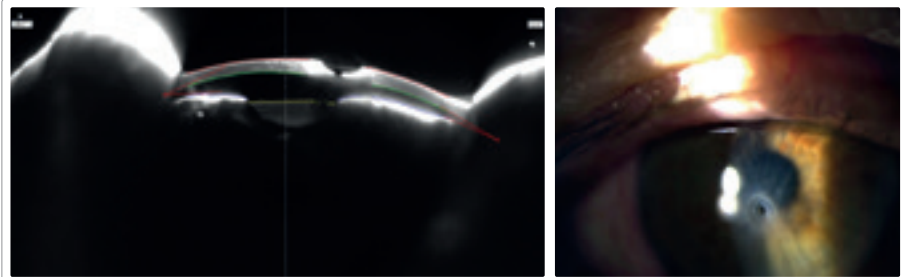


Abb. 1 und 2: Spontan perforiertes Hornhautulkus vor Beginn der Therapie, Scheimpflugbild (Oculus Pentacam), Spaltlampenbild (Oculus Imagecam)



Abb. 3: Aufnahme zwei Wochen postoperativ nach perforierender Keratoplastik, Spectralis Anteriorsegment Modul Heidelberg Engineering

kontrollen konnte drei Wochen später eine stetige Visusverbesserung sowie Schmerzfreiheit festgestellt werden. Die Patientin befindet sich nun unter engmaschiger postoperativer Verlaufskontrolle.

DEFINITION

Korneale Perforationen stellen eine Notfallsituation dar, ausgelöst durch verschiedene infektiöse oder nichtinfektiöse Erkrankungen der Hornhaut. Dabei sind in den meisten Fällen chirurgische und/oder konservative Interventionen zur Schließung der Perforation, zur Wiederherstellung der kollabierten Vorderkammer sowie zur Visuserholung notwendig. Zu den schweren Komplikationen solcher Veränderungen zählen Sekundärglaukome sowie Endophthalmitiden, welche im Krankheitsverlauf zu irreversiblen Visusverlust führen können.^{1,2}

Das Management kornealer Perforationen ist abhängig von Größe und Ort sowie Ursache der Perforation. Die Therapie reicht von konservativer Behandlung mit Verbandlinse bis hin zu chirurgischen Interventionen, z. B. Hornhautnaht, Autotransplantation nach Gundersen, AMT (multilayer amnion

membrane transplantation), perforierende Keratoplastik.^{3,4}

Das trockene Auge findet sich bei zehn bis dreißig Prozent der Bevölkerung und stellt ein häufiges Problem bei Erwachsenen dar. In schweren Fällen kann es zu kornealen Ulzerationen sowie zu Perforationen führen. Die Ätiologie steriler kornealer Ulzerationen ist mannigfaltig. Die grobe Einteilung erfolgt nach Art der zugrundeliegenden Erkrankung (neutroph, entzündlich/autoimmunologisch, allergisch, degenerativ oder expositionsbedingt).^{5,6}

REFERENZEN

- Jhanji V, Young AL, Mehta JS, Sharma N, Agarwal T, Vajpayee RB. Management of corneal perforation. *Surv Ophthalmol*. 2011;56(6):522–38.
- Yokogawa H, Kobayashi A, Yamazaki N, Masaki T, Sugiyama K. Surgical therapies for corneal perforations: 10 years of cases in a tertiary referral hospital. *Clin Ophthalmol*. 2014 Oct 29;8:2165–70. doi: 10.2147/OPHT. S71102. eCollection 2014.
- Hanada K, Shimazaki J, Shimamura S, Tsubota K. Multilayered amniotic membrane transplantation for severe ulceration of the cornea and sclera. *Am J Ophthalmol*. 2001;131(3):324–31.
- Hanada K, Igarashi S, Muramatsu O, Yoshida A. Therapeutic keratoplasty for corneal perforation: clinical results and complications. *Cornea*. 2008;27(2):156–60.
- Petroutsos G, Paschides CA, Kitsos G, Skopouli FN, Psilas K. Sterile corneal ulcers in dry eye. Incidence and factors of occurrence. *J Fr Ophthalmol*. 1992;15:103–05.
- Hemady R, Chu W, Foster CS. Keratoconjunctivitis sicca and corneal ulcers. *Cornea*. 1990;9:170–73.