Cholesterinkristall als retinaler arterieller Embolus

R.		Witmer
A.		Schmid

Bern

In der Literatur finden sich zahlreiche Mitteilungen über arterielle Gefäßverschlüsse, ohne daß ein eigentlicher Embolus nachweisbar wäre, aber kein Fall ist beschrieben, wo, wie bei unserem Patienten, ein deutlich sichtbarer Embolus nicht zu klinischen Funktionsstörungen führte.

Es handelt sich um einen 54j. Patienten, der seit längerer Zeit wegen zerebraler ischaemischer Erscheinungen bei mäßiger Hypertonie unter folgender Dauerbehandlung stand: gefäßerweiternd Ronicol zuerst als Tropfinfusion, später als tägliche i.v. Injektion und antikoagulatorisch Tromexan (Prothrombinspiegel ca. 30%). Der Augenhintergrund wies beidseits Veränderungen mäßiger Sklerose auf, Visus und Gesichtsfeld waren beidseits normal.

Am 8. 4. 1957 verspürte der Patient beim Kampf mit dem Kragenknöpfchen plötzlich einen intensiven Schmerz im Bereiche der linken Orbita, ohne daß allerdings die Funktion des Auges beeinträchtigt erschien. Der Schmerz klang nach intravenöser Ronicolgabe relativ rasch ab. Sehschärfe und Gesichtsfeld waren normal. Bei der Ophthalmoskopie fiel sofort ein glänzendes recht-eckiges, intensiv gelbes Gebilde auf, das sich dicht unterhalb der ersten Gabelung der Art. temp. sup. befand, anscheinend das Lumen der Arterie ganz ausfüllend. Die Blutsäule war nicht unterbrochen, und auch sonst lagen keine Zeichen eines Gefäßverschlusses vor. Bei der Ophthalmodynamometrie zeigte sich, daß dieser gelbe Fleck ein richtiger Embolus war; denn im Augenblick.

Abb. Ia. Cholesterin-Kristall. Embolus in der Arteria temporalis superior zeigt bei der Dynamometrie deutliche Exkursionen.

Abb. Ib. 14 Tage später:
der gleiche Embolus weiter peripher in derselben
Arterie festsitzend.

Abb. Ia.

Abb. Ib.

da die Blutsäule beim Erreichen des diastolischen Druckes kollabierte, fiel der gelbe Körper in der Arterie herunter bis auf die Papille, um mit der nächsten systolischen Pulswelle wieder bis in die Gabelung emporgeschleudert zu werden. Dieser Vorgang ließ sich beliebig oft reproduzieren. Anderntags hatte der Embolus sich an die Rückwand des Gefäßes verschoben und war nur noch bei kollabierender Arterie sichtbar. Es mußte sich um ein sehr flaches Gebilde handeln, das in Form und Farbe durchaus einem Cholesterinkristall entsprach. 14 Tage später saß der Cholesterinkristall in derselben Arterie weiter außen, an einer Stelle, wo er beinahe breiter erschien als das Lumen des Gefäßes. Aber auch hier war die Blutsäule nicht unterbrochen.

Was ergeben sich aus dieser Beobachtung für Folgerungen?

Der Cholesterinkristall wurde offenbar durch die Kragenknöpfchenmanipulation aus einer arteriosklerotischen Plaque einer Halsarterie gelöst. Die «traumatische Genese» dieser Embolie dürfte kaum anzuzweifeln sein.

Die Tatsache, daß der Patient unter antikoagulatorischer Therapie stand und daß es sich um einen sehr flachen Embolus handelte bewahrte ihn offenbar vor einem totalen thrombotischen Gefäßverschluß und damit verbundenen Funktionsausfall.

Der Orbitalschmerz, den der Patient empfand, wurde höchst wahrscheinlich durch gleichzeitige andere embolische Prozesse in retrobulbären Arterien ausgelöst.

Bei emboliegefährdeten Patienten könnte eine gefäßerweiternde und antikoagulatorische Dauertherapie prophylaktisch empfohlen werden.

Witmer, R. und Schmid, A.: *Ophthalmologica* 135: 433–435 (1958)

Zur Therapie der Arteritis temporalis.

Von R. WITMER und A. SCHMID (Bern).

Wir hatten 1950 Gelegenheit

Ihnen über einen Fall von Arteritis temporalis zu berichten (1). Seither sind mehrere Mitteilungen über erfolgreiche und auch erfolglose therapeutische Bemühungen erschienen (2–4). Empfohlen werden im allgemeinen gefäßerweiternde und auch antikoagulatorische Maßnahmen. Unsere heutige Mitteilung bringt nichts wesentlich Neues höchstens scheinen uns die Applikationsart und Dauer der Behandlung erwähnenswert.