

Korneale Dellen bei konjunktivaler Chemose im Anschluss an eine transkonjunktivale Orbitadekompression

Corneal Dellen Secondary to Conjunctival Chemosis Following Transconjunctival Orbital Decompression

Autoren

I. Moesen¹, F. Hafezi², D. Paridaens¹

Institute

¹ Department of Oculoplastic & Orbital Surgery, The Rotterdam Eye Hospital

² Institute for Refractive and Ophthalmic Surgery, IROC

Schlüsselwörter

- Kornea
- Orbita
- Dellen
- Chemosis
- Orbitadekompression
- swinging eyelid

Key words

- Cornea
- Orbit
- dellen
- chemosis
- orbital decompression
- swinging eyelid

Zusammenfassung

Hintergrund: Die transkonjunktivale Orbitadekompression („swinging eyelid-Technik“) stellt heute die Methode der Wahl zur Reduktion einer Proptosis bei endokriner Orbitopathie dar. Hier stellen wir die erste Fallbeschreibung von zwei Patientinnen dar, welche im Anschluss an eine Orbitadekompression bei persistierender Bindehautchemose korneale Dellen entwickelten.

Kasuistiken: Bei einer 38-jährigen und einer 52-jährigen Frau wurden bei postoperativ auftretenden Schmerzen nach transkonjunktivaler Orbitadekompression mit begleitender Bindehautchemose korneale Dellen festgestellt. Unter intensiver topischer und oraler Therapie bildeten sich diese vollständig zurück.

Schlussfolgerung: Korneale Dellen sind eine mögliche Ursache für postoperativ auftretende Schmerzen nach Orbitadekompression.

Abstract

Background: Transconjunctival orbital decompression („swinging eyelid technique“) nowadays is the technique of choice for the reduction of proptosis in Graves' orbitopathy. Here, we present the first report of two patients who developed corneal dellen secondary to conjunctival chemosis following swinging eyelid decompression.

Case Reports: Two female patients, 38 and 52 years old, underwent transconjunctival orbital decompression in 2006. Postoperatively, they developed corneal dellen secondary to conjunctival chemosis. The dellen and the chemosis completely regressed after intensive topical and oral therapy.

Conclusion: Corneal dellen represent a potential cause of postoperative pain following transconjunctival orbital decompression.

Hintergrund

Die transkonjunktivale Orbitadekompression („swinging eyelid-Technik“) stellt heute eine wichtige Methode zur Reduktion einer Proptosis bei endokriner Orbitopathie dar [1–3]. In einer früheren Studie wurden die Effizienz sowie mögliche Nebenwirkungen dieser Methode wie Diplopie, transiente und bleibende Hypästhesie des N. infraorbitalis und, sehr selten, eine Leckage zerebrospinaler Flüssigkeit aufgezeigt [1]. Hier stellen wir als zusätzliche Nebenwirkung die erste Fallbeschreibung von zwei Patientinnen dar, welche im Anschluss an eine Orbitadekompression bei persistierender Bindehautchemose korneale Dellen entwickelten.

Fallbericht

Fall 1

Eine 38-jährige Frau mit endokriner Orbitopathie und entstellender Proptosis wurde im Dezember 2005 von uns einer bilateralen 2 1/2-Wand transkonjunktivalen Orbitadekompression unterzogen („swinging eyelid procedure“). Hierbei wurden die mediale Orbitawand, der mediale Teil des Orbitabodens sowie die laterale Orbitawand entfernt. Während des Eingriffes traten keine Komplikationen auf. Eine Woche nach dem Eingriff beklagte sich die Patientin über Schmerzen am rechten Auge. Die Spaltlampenuntersuchung zeigte eine ausgeprägte Chemosis der temporalen Konjunktiva des Bulbus mit kornealen Dellen (Abb. 1). Der bestkorrigierte Visus betrug 0,7 und der intraokulare Druck 20 mmHg. Eine Behandlung mit Chloramphenicol Augensalbe, künstlichen Tränen und oralen nichtsteroidalen Antiphlogistika (Me-

eingereicht 9.7.2007
akzeptiert 14.9.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-963618
Klin Monatsbl Augenheilkd
2007; 224: 856–857 © Georg
Thieme Verlag KG Stuttgart ·
New York · ISSN 0023-2165

Korrespondenzadresse

Dr. Dion Paridaens
Department of Oculoplastic &
Orbital Surgery, The Rotterdam
Eye Hospital
P. O. Box 70030
3000 LM Rotterdam,
The Netherlands
paridaens@icapi.nl

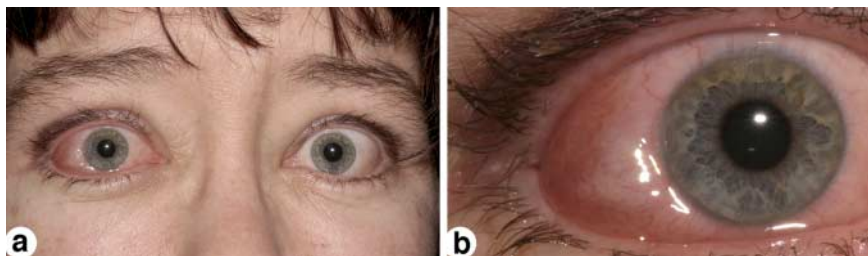


Abb. 1 Eine Woche nach bilateraler transkonjunktivaler Orbitadekompression. **a** Chemose der temporalen bulbären Bindehaut rechts; keine Chemose der linken Bindehaut. **b** korneale Dellen limbusnahe rechts.



Abb. 2 Vier Monate nach der Operation: Vollständige Rückbildung der kornealen Dellen und der Bindehautchemose.

fenacid, 2×500 mg/die) wurde eingeleitet. Vier Monate nach dem Eingriff hatten sich die kornealen Dellen und die Bindehautchemose vollständig zurückgebildet (• **Abb. 2**). Der bestkorrigierte Visus war auf 0,9 angestiegen und der intraokulare Druck betrug 20 mmHg.

Fall 2

Eine 52-jährige Frau mit endokriner Orbitopathie wurde von uns im August 2006 wegen einer massiven Proptosis mittels einer unkompliziert verlaufenden 2-Wand transkonjunktivalen Orbitadekompression der linken Orbita behandelt. Eine Woche nach dem Eingriff beklagte sich die Patientin über Schmerzen am linken Auge. Der bestkorrigierte Visus betrug 0,8 und der intraokulare Druck 18 mmHg. Die biomikroskopische Untersuchung zeigte korneale Dellen der temporalen Hornhaut sowie eine temporale Chemose der bulbären Bindehaut. Die Behandlung erfolgte mittels Chloramphenicol Augensalbe, künstlichen Tränen und oralen nichtsteroidalen Antiphlogistika (Mefenacid, 2×500 mg/die). Vier Monate nach der Operation hatten sich die kornealen Dellen und die Bindehautchemose vollständig zurückgebildet, der bestkorrigierte Visus betrug 0,9 und der intraokulare Druck 16 mmHg.

Diskussion



Die postoperative transiente Bindehautchemose ist eine häufige Begleiterscheinung bei der transkonjunktivalen Orbitadekompression durch den inferioren Fornix und ist wahrscheinlich durch einen erschwerten lymphatischen Abfluss bedingt [1, 4]. Unseres Wissens stellen diese zwei Fälle die erste Fallbeschreibung von kornealen Dellen bei persistierender Bindehautchemose im Anschluss an eine transkonjunktivale Orbitadekompression dar. Korneale Dellen stellen eine Dehydrierung des Hornhautstromas dar. Sie treten, bedingt durch einen gestörten Tränenfilm [5], limbusnahe in der Nachbarschaft von chemotischer bulbärer Bindehaut auf und sprechen in der Regel gut auf eine intensive befeuchtende Therapie oder auf therapeutische Kontaktlinsen an. Dieser Fallbericht weist darauf hin, dass im Anschluss an eine Orbitadekompression auftretende Schmerzen auch korneal bedingt sein können. Eine genaue Hornhautuntersuchung sollte daher postoperativ auf jeden Fall immer vorgenommen werden.

Literatur

- 1 Paridaens D, Lie A, Grootendorst RJ et al. Efficacy and side effects of „swinging eyelid“ orbital decompression in Graves' orbitopathy: a proposal for standardized evaluation of diplopia. *Eye* 2006; 20: 154–162
- 2 Paridaens DA, Verhoeff K, Bouwens D et al. Transconjunctival orbital decompression in Graves' ophthalmopathy: lateral wall approach ab interno. *Br J Ophthalmol* 2000; 84: 775–781
- 3 Sasim IV, de Graaf ME, Berendschot TT et al. Coronal or swinging eyelid decompression for patients with disfiguring proptosis in Graves' orbitopathy? Comparison of results in one center. *Ophthalmology* 2005; 112: 1310–1315
- 4 Westfall CT, Shore JW, Nunery WR et al. Operative complications of the transconjunctival inferior fornix approach. *Ophthalmology* 1991; 98: 1525–1528
- 5 Mai G, Yang S. Relationship between corneal dellen and tearfilm break-up time. *Yan Ke Xue Bao* 1991; 7: 43–46