

[lk\_doktitel]

## Leitlinie zur Versorgung von arteriellen retinalen Gefäßverschlüssen

<b>Zweck:</b>	Diagnostik und Therapie bei Zentralarterienverschlüssen (ZAV) und Arterienastverschlüssen (AAV)
<b>Verantwortlich:</b>	Prof. Dr. Holz, Oberärzte
<b>Beteiligt:</b>	Stationsärzte, Stationsoberärzte

### 1. Diagnostik

#### 1.1 Labor:

- Klinische Chemie Standard (Na, K, Krea,  $\gamma$ -GT, ALT, AST)
- CRP, Fibrinogen, kleines Blutbild
- Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG: 1h)
- Gerinnungsdiagnostik „Stufe 1 Basisdiagnostik“
- Blutfette nüchtern am 2. Tag

#### 1.2 Elektrokardiographie (**EKG**) (1. Tag), Ausschluss Vorhofflimmern

Langzeit-Elektrokardiographie (Tel. 16568) im Rahmen des stationären Aufenthalts, falls nicht möglich über den Hausarzt

#### 1.3 **Blutdruckmessung** 4fach über den 1. Tag

Langzeit-Blutdruckmessung (Tel. 16568) im Rahmen des stationären Aufenthalts, falls nicht möglich über den Hausarzt

#### 1.4 **Doppleruntersuchung** der Hals/Kopf-Gefäße über **Neurologie** (Tel. 17008/17009);

Fragestellungen: Emboliequelle im Bereich der Carotis interna?

bzw. **Rheumatologie** bei V.a. Riesenzellarteriitis (RZA): siehe [Leitlinie okuläre Beteiligung bei RZA](#)

#### 1.5 Ggf. neurologisches/neurochirurgisches Konsil i.R. des stationären Aufenthalts

#### 1.6 Transthorakale Echokardiographie (**TTE**) UND transösophageale Echokardiographie (**TEE**)

(Tel. 16784) i.R. des stationären Aufenthalts

#### 1.7 **Fluoreszein**-Angiographie

#### 1.8 **Temporalisbiopsie** nur bei unklarem Sonographie-Befund und klinischem Verdacht auf Vaskulitis (siehe [Leitlinie okuläre Beteiligung bei RZA](#))

### 2. Akuttherapie

(Nur innerhalb der ersten 24h nach Verschluss, danach keine Therapie mehr sinnvoll)

#### 2.1 Stationäre Aufnahme für 6 Tage

#### 2.2 Anlegen des [Behandlungsbogens ZAV](#) (wird in der Akte an erster Stelle eingeheftet). Hier

werden alle durchgeführten Untersuchungen mit Ergebnissen eingetragen. Der Behandlungsbogen ist hilfreich bei der Erstellung des Arztbriefes, da übersichtlich die gesamte durchgeführte Diagnostik aufgelistet ist.

- 2.3 Bulbusmassage sofort
- 2.4 Timosine AT 2x (nur am 1. Tag)
- 2.5 Diamox 500mg i.v. sofort (Kontraindikationen beachten!)
- 2.6 Aspisol 1000mg i.v. sofort (Kontraindikationen beachten!)
- 2.7 Trental nach Schema:
  - 1. Tag: 100mg i.v. 1-0-0
  - 2. Tag: 200mg i.v. 1-0-0
  - 3. Tag: 300mg i.v. 1-0-0
  - 4. Tag: 300mg i.v. 1-0-1
  - 5. Tag: 300mg i.v. 1-0-1

(Orale Trentaltherapie nicht notwendig.)

- 2.8 Bei V.a. vaskulitische Genese mit Augenbeteiligung:
  - Initial: 250mg/d Prednison (1-0-0, i.v.) für 5dWeitere Therapie siehe [Leitlinie okuläre Beteiligung bei RZA](#)

### 3. Sekundäre Prophylaxe

- 3.1 Bei Vorhofflimmern im EKG prophylaktisch Clexane s.c. 0,4ml oder 0,6ml (nach Körpergewicht) 1-0-0 bis zum Ausschluss einer kardialen Emboliequelle im TTE, therapeutische Heparinisierung nach Rücksprache mit der Inneren Medizin
- 3.2 Ohne Anhalt für Riesenzellerarteriitis (RZA): ASS 100mg/d dauerhaft, bei Arterienverschluss unter ASS-Therapie Umstellung auf Plavix 75mg/d

### 4. Weitere Kontrollen

- 4.1 Bei V.a. RZA: Anbindung an die ambulante Rheumatologie (dort Kontrolle ca. alle 3 Mnt)
- 4.2 Entlassungsbrief auch an Hausarzt
- 4.3 Zu Beginn zweiwöchentliche Verlaufskontrollen beim Hausaugenarzt, Wiedervorstellung in der Netzhautambulanz bei Bedarf.

### Literatur

- Feltgen N, Schmidt D, Hansen L. *Occlusion of the retinal artery*. Ophthalmologie. 2003 Aug;100(8):651-65. Review.
- Stone JH et al., *Trial of Tocilizumab in Giant-Cell Arteritis*. N Engl J Med. 2017 Jul 27;377(4):317-328.