



Rotes Auge

Das akute rote Auge ist in der Praxis am häufigsten eine ungefährliche Bindehautentzündung. Doch sollte man gefährliche Diagnosen davon abgrenzen können, um nichts zu verpassen. Die Anamnese ist dafür am wichtigsten. Die Untersuchung bringt später die Bestätigung der Verdachtsdiagnose.

- Seit wann ist es rot (akut/chronisch)?
- Hat der Patient selber eine Erklärung (Trauma, ähnlicher Fall in der Familie oder im Bekanntenkreis, wiederkehrende Herpesinfektion, Kontaktlinse)
- Was spüren sie am Auge?

Die Patienten liefern diverse Beschreibungen, welche nicht immer hilfreich sind. Brennen, Kratzen, Fremdkörpergefühl sind z.B. Symptome, welche typisch sind für eine Bindehautentzündung, aber keine Information geben bezüglich Ursache. Trotzdem hört man durch die Beschreibung den subjektiven Leidensdruck und kann bereits Verdachtsdiagnosen gedanklich einkreisen. Sandiges Gefühl, Tränenlaufen, leichtes Druckgefühl oder müde Augen passen bei schon längerem Leiden auf ein trockenes Auge. Stechen oder sogar Schmerzen können auf eine Hornhautproblematik oder auf eine Uveitis hinweisen. Wichtig ist es, gezielt nach Symptomen nachzufragen:

- Sind die Augen morgens verklebt?
- Hatten Sie eine Erkältung?
- Juckreiz?
- Schmerzen?
- Ist die Sehkraft normal?

Verklebte Augen sind typisch für eine bakterielle Infektion mit eitrigem Sekret. Die virale Entzündung zeigt wässriges

Sekret. Häufig hatte der Patient eine vorgängige Erkältung oder hat sich durch ein Familienmitglied angesteckt. Starker Juckreiz ist bei allergischer Ursache das Hauptsymptom. Ein rotes Auge mit starken Schmerzen und/oder Sehkraftminderung gehört in die Hände eines Ophthalmologen. Eine Hornhautverletzung, ein Glaukomanfall oder eine Uveitis sind mögliche Diagnosen.

Die Untersuchung beinhaltet eine Inspektion bei hellem Raumlicht mit blossen Auge des Untersuchers, mit einer Taschenlampe und/oder zusätzlich mit dem Ophthalmoskop. Falls keine Bindehautrötung während des Patientengesprächs auffällt, besteht nur eine geringe Reizung. Beim Ektropionieren des Unterlids und Blick nach oben sieht man in der Regel eine Bindehautrötung von blossen Auge am besten. Falls dann die Rötung deutlich wird, ist sie sicher schon mässig. Falls schon im Gespräch das Auge vom Patient deutlich rot aussieht, handelt es sich um eine starke Rötung. Das Ophthalmoskop ist im Prinzip eine Lampe mit Vergrösserung. Zur Untersuchung der vorderen Bulbusabschnitte stellt man am besten +10 Dpt in der Recoscheibe ein und untersucht in 0,1 Meter Abstand zum Patient. Allgemeines Prinzip, damit es scharf ist: $1/\text{Untersuchungsabstand (m)} = \text{Dpt in Recoscheibe}$. Bei der Inspektion betrachtet man zuerst die Lider (Rötung, Fehlstellung, Tumore, Wimpern, Sekret). Bei der Inspektion der Bindehaut kann man tiefe und oberflächliche Injektion unterscheiden. Die tiefe Injektion deutet auf eine intraokulare Problematik hin (Uveitis) und ist limbusnahe lokalisiert. Metallfremdkörper sind schwarze Punkte auf der Hornhaut oder Bindehaut. Oft umgibt sie ein Rosthof.



Schleifarbeit oder Arbeit mit Hammer und Meissel geben die Patienten schon als mögliche Ursache anamnestisch an. Die schnelle Entfernung ist wichtig, am besten durch den Augenarzt. Er kann vor allem bei Fremdkörpern auf der Hornhaut die komplikationslose Heilung überwachen. Bei der Inspektion der Hornhaut ist eine Hornhauttrübung erkennbar, falls der Lichtreflex unscharf ist und der Einblick auf die Iris verwaschen erscheint. Die Inspektion der Pupille im Seitenvergleich ist zur Unterscheidung von Glaukom und Uveitis entscheidend. Die Pupille ist beim Glaukomanfall mittelweit und bei der Uveitis eng (Reizmiose). Beim Glaukomanfall palpiert man einen steinharten Bulbus. Starke Schmerzen mit evtl. gleichzeitiger Übelkeit und Erbrechen täuschen nicht selten eine akute Bauchproblematik vor. Die palpatorische Augendruckmessung ist nur eine grobe, aber einfache Prüfung beim akuten Winkelblockglaukom. Andere Glaukomarten brauchen ein Screening beim Augenarzt mit Beurteilung des Sehnervs und Gesichtsfeld sowie eine applanatorische Augendruckmessung.

Ein Hordeolum ist eine häufige, schmerzhafte, bakterielle Lidschwellung und Lidrötung, die hingegen ohne Augenarzt therapiert werden kann. Lokale Wärme und antibiotische Augentropfen und Augensalbe können verabreicht werden. Falls die Schwellung nicht abklingt oder sogar eine präseptale Cellulitis droht, ist Überweisung sinnvoll, um zusätzliche Therapie (system. Antibiotika, lokale Steroide) und evtl. chirurgisches Vorgehen zu besprechen.

Bakterielle, virale oder allergische Bindehautentzündung sowie eine chroni-

sche Reizung durch ein trockenes Auge (Siccaproblematik) sind die häufigsten Ursachen im Praxisalltag.

Eine akute bakterielle Konjunktivitis beginnt an einem Auge und betrifft bald auch das andere Auge. Morgens sind die Augen verklebt. Eiter ist an den Zilien oft verkrustet erkennbar. Es muss unbedingt nach einer bakteriellen Keratitis gesucht werden (weisser Punkt auf der Hornhaut = Infiltrat). Falls dies ausgeschlossen werden kann, sind antibiotische Augentropfen die Therapie (mind. 1 Woche). Bei Verdacht auf Infiltrat, Visusminderung, Kontaktlinsenträgern und unklaren Fällen – sofortige Überweisung zum Augenarzt.

Die Virale Konjunktivitis hat wässriges Sekret. Initial ist sie einseitig, dann auch oft beidseitig (bei streng einseitiger Entzündung an Herpesinfekt denken: dendritische Hornhautübung und verminderte Hornhautsensibilität erhärten Verdachtsdiagnose – Überweisung zum Augenarzt sofort nötig). Die virale Entzündung dauert in der Regel ca. 10 Tage. Vorgängige Erkältung mit palpablen Lymphknoten präaurikulär und submandibulär sind oft präsent. Befeuchtende Augentropfen, evtl. nichtsteroidale entzündungshemmende Tropfen sind die Therapie bei starkem Leidensdruck. Nur bei Numuli (feine, punktförmige Hornhauttrübungen) oder Pseudomembranen im unteren Bindehautsack sind Indikationen für lokale Steroide. Überweisung zum Augenarzt wird nötig, falls keine Besserung nach 1 Woche auftritt oder wenn Steroide nötig werden.

Die allergische Konjunktivitis zeigt ein ähnliches Bild wie die virale Bindehautentzündung, bei jedoch beidseitiger Beteiligung und starkem Juckreiz. Ein



Hospitalis
8022 Zürich
044/ 222 13 80
www.hospitalis.ch

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 6'400
Erscheinungsweise: 10x jährlich

Themen-Nr.: 532.008
Abo-Nr.: 532008
Seite: 24
Fläche: 65'662 mm²

auslösendes Allergen (z. B. Pollen) ist dem Patienten oft bekannt. Befeuchtende Augentropfen (Wegspülen des Allergens) und antiallergische Tropfen helfen, Symptome zu lindern. Bei begleitender allergischer Dermatitis ist kurzfristiger äusserlicher Einsatz einer Kortisonaugensalbe (Ultracortenol) hilfreich.

Antibiotika und Kortison sollten generell zurückhaltend eingesetzt werden, um Resistenzbildung und Steroidglaukom nicht zu fördern. Das Steroidglaukom macht kein rotes Auge und ist schmerzfrei! Es kann deshalb ohne Kontrolle oft verpasst werden. Bei Dexamethason-Augentropfen 3–4x täglich über 3–4 Wochen machen 6% einen starken Druckanstieg (30–60 mmHg) und 1/3 mässigen Druckanstieg. Dieser kann reversibel sein, muss aber nicht. Also bitte möglichst keine unnötigen Steroide verschreiben. Falls Steroidtherapie wirklich nötig ist, möglichst Steroid mit oberflächlicher Wirkung (Bsp.: FML Liquifilm: Fluorometholon) wählen und nach 3 Wochen Augendruck durch Augenarzt kontrollieren lassen.

Lokale Antibiotika mit breitem Wirkungsspektrum sollten bei oberflächlichen

Infekten mit Zurückhaltung eingesetzt werden. Resistente Keime nehmen an Zahl zu. Bei einer chronischen Lidrandreizung genügt Fucithalmic (Acidum fusidicum) Gel. Für eine akute bakterielle Entzündung ist z. B. Spersapolymyxin (Polymyxin B) Augentropfen oder Neotracin (Neomycin) Augensalbe geeignet. Vigamox (Moxifloxacin) Augentropfen ist das neuste Präparat mit der geringsten Resistenz und sollte wirklich nur in Sonderfällen zum Einsatz kommen. Dazu zähle ich die Kinder (auch Neugeborene) mit akuter eitriger Bindehautentzündung. Im Gegensatz zu allen anderen antibiotischen Augentropfen (Therapiedauer 4x täglich für mindestens 7 Tage) reicht bei Vigamox die Therapie 3x täglich für 4 Tage aus. Die korrekte Applikation von Augentropfen bei Kleinkindern mit Abwehrhaltung ist äusserst schwierig. Die kurze Therapiedauer bringt hier deshalb grosse Erleichterung.

Bericht vom «53. Ärztefortbildungskurs von Lunge Zürich in Davos, 9. – 11. Januar 2014».

Autorin: Dr. med. Katja Degen, FMH Augenheilkunde und Augen Chirurgie, Schaffhauserstrasse 95, 8057 Zürich.

Sofortige Überweisung an den Augenarzt ist wichtig bei Verdacht auf Glaukom, Verdacht auf intraokuläre Entzündung (Uveitis, Endophthalmitis nach Augenoperation), Traumaanamnese, Hornhautentzündung oder Hornhautverletzung (v. a. bei Kontaktlinsenträger) und bei starken Lidschwellungen (Präseptale Cellulitis, Orbitaphlegmone, Dacryozystitis, Dacryoadenitis). Das sind im Allgemeinen rote Augen mit Schmerzen, Sehverlust und starkem Leidensdruck. Auch bei unklaren Fällen soll man je nach Einschätzung eine rasche oder gelegentliche Kontrolle beim Augenarzt in die Wege leiten. Falls ein Auge nach 1 Woche Therapie nicht bessert oder sogar schlimmer wird ebenso.