

Augenerkrankungen in der Hausarztpraxis

Ursachen und Massnahmen bei geröteten Augen

Hinter einem geröteten Auge können von der banalen Einblutung bis zum Herpes zoster ophthalmicus viele Ursachen stecken. Was vom Hausarzt selber abgeklärt und behandelt werden kann und wann es nötig wird, den Augenarzt einzuschalten, erklärte Dr. Arthur Baston vom Augenzentrum Basel am FOMF Allgemeine Innere Medizin in Basel.

Ein rotes Auge bedeutet nicht immer eine Bindehautentzündung. Die Rotfärbung kann zum Beispiel durch eine Einblutung in die Bindehaut (Hyposphagma) aufgrund einer Bindehautgefässruptur zustande kommen. Hypertonie oder eine Antikoagulation sind häufige Gründe dafür, seltener ist eine Gerinnungsstörung dafür verantwortlich. Die Einblutung bildet sich selbst zurück, eine Therapie ist in der Regel nicht nötig. Liegt der Einblutung ein Trauma zugrunde, entweder durch einen Sturz oder einen direkten Schlag ins Auge, kann eine Orbitafraktur die Folge sein, welche die Blutung auslöst. Steht die Bindehaut prominent hervor, soll das Auge mit befeuchtenden Augentropfen feucht gehalten werden, denn in dieser Position hat die Bindehaut einen zu geringen Tränenfilm.

Konjunktivitis: Infekt, Allergie, Degeneration

Eine Konjunktivitis kann die Bindehaut ebenfalls röten. Die Ursache ist bakterieller oder viraler Natur. Eine typische bakterielle Bindehautentzündung wird meist durch Staphylo-, Strepto- oder Pneumokokken verursacht und äussert sich häufig durch verklebte Augen, geschwollene Augenlider und einen purulenten Ausfluss. Ein Abstrich lohnt sich nur bei hyperakutem purulenten Ausfluss zum allfälligen Nachweis von Gonokokken, bei «normal» eitrigem Ausfluss bleibt der Abstrich dagegen häufig negativ. Die Bindehautentzündung ist selbstlimitierend und remittiert meist nach einigen Tagen. Daher reicht in leichteren Fällen eine befeuchtende Behandlung im Normalfall. Bei ausbleibender Besserung nach 3 bis 4 Tagen ist eine antibiotische Behandlung (Tobramycin, Ofloxacin) angezeigt, bei Kleinkindern, bei immunsupprimierten und bei hochbetagten Patienten von Beginn an.

Eine virale Bindehautentzündung führt ebenso zu Augenverklebungen und ist selbstlimitierend. Sie wird zur Prophylaxe von Superinfektionen ebenfalls antibiotisch behandelt. Sie tritt häufig als Begleitkonjunktivitis durch Entero-, Cocksackie- oder Adenoviren auf. Eine Infektion mit Letzteren ist hochkontagiös (Keratokonjunktivitis epidemica), kann bis zu 3 Wochen persistieren und zu bleibenden Sehinderungen führen. Die Patienten müssen daher hinsichtlich Hygiene unterwiesen werden.

Heilt die Konjunktivitis auch über Wochen nicht ab, kann es sich um eine chronische Bindehautentzündung handeln, beispielsweise ausgelöst durch Chlamydien. Ein Abstrich mit dieser Fragestellung ist hier angezeigt. Weil Chlamydien intrazellulär leben, wirken die bei Konjunktivitis eingesetzten Antibiotika nicht. Die Therapie besteht deshalb aus einer systemischen Antibiose, beispielsweise mit peroralem Azithromycin 500 mg während 3 Tagen oder einmalig 1 g. Der Sexualpartner sollte in diesem Fall mitbehandelt werden.

Auch Allergien können zu einer Augenrötung führen. Leitsymptom einer allergischen Konjunktivitis ist das Jucken. In diesem Fall besteht die lokale Therapie aus Antihistaminika (z. B. Zaditen® Ophta). Mit einer zusätzlichen Befeuchtung können die Allergene von der Bindehaut weggespült werden, was zu einer Dämpfung der allergischen Reaktion führt. Bei starker Ausprägung mit Bindehautödem (Chemosis) lohnt sich ein Steroidstopp, bis sich diese zurückgebildet hat.

Augenrötungen können ausserdem als Folge von Bindehautdegenerationen entstehen. Die Rötung beziehungsweise Entzündung kann durch Befeuchten oder kurzzeitigen Steroid Einsatz zur Abheilung gebracht werden. Zu den benignen Bindehautdegenerationen gehören der Lidspaltenfleck (Pinguecula), eine gelbliche, leicht angehobene gutartige Bindegewebedegeneration, und das Flügelfell (Pterygium), eine Bindegewebewucherung, die auf die Hornhaut übergreifen kann. Beide werden durch übermässige UV-Exposition hervorgerufen und können progredient sein. Deshalb sollten sie beobachtet und bei Erreichen einer störenden Grösse und Sichtbehinderung entfernt werden.

Bindegewebeneoplasien können ähnlich aussehen, daher empfiehlt sich eine Abklärung durch den Ophthalmologen.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Befeuchtung ist bei entzündeten Augen immer Bestandteil der Therapie.
- ▶ Infektiöse Ursachen können antibiotisch und entzündungshemmend behandelt werden, bei Herpes zoster ophthalmicus ist eine augenärztliche Abklärung angezeigt.
- ▶ Bei starken Schlägen, metallischen Fremdkörpern oder Verätzungen empfiehlt sich die Überweisung zum Augenarzt.

Tabelle:

Künstliche Tränen (Auswahl)

Povidon	Protagent®, Oculac®
Hyaluronsäure	Lacrycon®, Hylo Comod®, Bepanthen PRO® (+ Dexpanthenol)
Carboxymethylcellulose	Celluvisc®, Optive®
Propylenglycol	Systane®
homöopathisch	Similasan® trockene Augen

Quelle: A. Baston, FOMF 2023, Basel

Uveitis häufig schmerzvoll

Eine Augenrötung kann auch bei einer Uveitis, einer Entzündung der mittleren Augenhaut, entstehen. Diese besteht aus den Bereichen Aderhaut (Choroidea), Ziliarkörper (Corpus ciliaris) und Iris. Lichtempfindlichkeit, weisse Pünktchen auf der Hornhaut, Rötungen und Augenschmerzen bei der Akkomodation stehen bei Entzündungen der vorderen Uvea im Vordergrund. Bei der mittleren und hinteren Uveitis treten vor allem Sehstörungen auf.

Viele Krankheitsbilder können eine Uveitis induzieren. Dazu gehören unter anderem Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, Morbus Crohn, Pilzinfektionen, Tuberkulose, Toxoplasmose oder Lues. Die Therapie der Uveitis erfolgt ursachenabhängig, meist mit lokalen Kortikosteroiden und gelegentlich immunsuppressiven Medikamenten.

Trockenes Auge: Blepharitis und «Urseli»

Ein Tränenflüssigkeitsmangel oder eine übermässige Verdunstung des Tränenfilms können zu einem trockenen Auge führen. Klinisch äussert sich das durch zunehmende Symptome gegen Abend, wie beispielsweise Trockenheitsgefühl, Brennen, tränende Augen durch Hyperkompensation, Sandkorngedühl, Lichtempfindlichkeit, Verschwommensehen.

Mit dem Schirmer-Test lässt sich die Tränenproduktionsmenge mittels Teststreifen am Bindehautsack messen. Die Benetzung von 15 mm des Teststreifens nach 5 min gibt eine normale Tränenproduktion an. In diesem Fall empfiehlt sich eine Lidrandhygiene, bestehend aus der Entfernung der Verkrustungen, aus warmen Augenumschlägen und gelegentlichem Massieren der Augen. Zusätzlich sollen Tränenersatzmittel verwendet werden (Tabelle).

Die häufigste Ursache für ein trockenes Auge ist die chronische Lidrandentzündung (Blepharitis). Diese entsteht meist durch eine bakterielle Infektion an der Wimpernbasis des Lidrands. Das führt zu einer Dysfunktion der Meibom-Drüsen, die normalerweise einen Lipidfilm auf der wässrigen Schicht bilden und so die Verdunstung der Tränenflüssigkeit verringern. Warme Kompressen und Augenmassagen tragen zur Aktivierung der Meibom-Drüsen bei. Sind die Ausgangswege der Meibom-Drüsen jedoch vollständig verstopft, kann es zur Bildung von Hagelkörnern (Chalazien) und Gerstenkörnern (Hodeolum), auch als «Urseli» bezeichnet, kommen. Die Behandlung der akuten Blepharitis besteht aus einer antimikrobiellen Therapie, aus warmen Kompressen und eventuell aus topischen Kortikosteroiden, im Misserfolgsfall auch in der chirurgischen Entfernung der Chordeola und Chalazien. Die Blepharitis kann rezidivieren und chronifizieren.

Patienten mit einer chronischen Blepharitis haben häufig eine Rosazea und rezidivierende Chordeola und Chalazien.

Keratitis häufig bei Kontaktlinsenträgern

Eine Keratitis kann durch Pilz- oder bakterielle beziehungsweise virale Infektionen entstehen. Der grösste Risikofaktor für eine Hornhautentzündung ist in unseren Breitengraden das Tragen von Kontaktlinsen. In leichteren Fällen reicht eine lokale antibiotische Monotherapie bei Bakterienbefall, bei stärkerer Ausprägung kann eine duale Antibiose zum Einsatz kommen. Diese Infekte heilen als Narbe ab. Je nach Lokalisierung der Narbe kann eine bleibende Sehinderung die Folge sein.

Ist die Keratitis viral bedingt, häufig durch Herpes simplex, lässt sich dies durch eine Hypästhesie auf der Hornhaut oder mit der Sichtbarmachung des dendritischen Bäumchens durch Fluorescein nachweisen. Diese Patienten erhalten dann eine antivirale Augensalbe (z. B. Aciclovir, Valaciclovir), 5-mal täglich während mindestens 1 Woche. Auch Varizellen können eine Keratitis auslösen. Bei Ausbruch eines Herpes zoster, insbesondere bei Augenbeteiligung, sollten die Patienten allerdings obligat zum Augenarzt geschickt werden, um einer eventuell möglichen Erblindung vorzubeugen.

Eine Hornhaut kann auch durch mechanische Einwirkung verletzt werden, beispielsweise durch Finger von Kleinkindern. Die Anfärbung mit Fluorescein macht die Verletzung sichtbar. Sie heilt fast immer komplikationslos zu, sollte aber antibiotisch abgeschirmt und gut befeuchtet werden.

Sind Fremdkörper Ursache für die Verletzung, können sie und deren Kratzspuren mit Fluorescein ebenfalls besser sichtbar gemacht werden. Je nach Fremdkörper, vor allem metallischen, und Lokalisation sollte der Patient zum Augenarzt überwiesen werden.

Folgeschwere Schläge und Chemikalien

Traumata wie beispielsweise Boxschläge oder Traumata, hervorgerufen durch Tennisbälle, können zu einer Contusio bulbi führen und häufig auch zu einer Orbitafraktur. Indirekte Zeichen für Letzteres sind Enophthalmus, Doppelbilder, Motilitätsstörungen oder ein Monokelhämatom, was einer weiteren Abklärung bedarf. Auch Bulbuskontusionen selbst können zu Verletzungen zum Beispiel an Iris, Kammerwinkel oder Retina führen. Deshalb empfehlen sich bei starken mechanischen Einwirkungen die Weiterweisung zum Augenarzt und regelmässige ophthalmologische Kontrollen zur Früherkennung von Komplikationen. Die Therapie besteht aus Kortikosteroiden, Antibiotika, augendrucksenkenden Mitteln beispielsweise bei Blutungen und in schweren Fällen der Chirurgie.

Verätzungen durch Säuren, Laugen, Kalk oder Zement können zu ernsthaften Augenschäden wie beispielsweise einer Hornhauttrübung oder einem Grauen Star führen. Die unmittelbaren Symptome sind starke Schmerzen, Tränenfluss, Lidkrampf, Lichtempfindlichkeit und eine Augenrötung. Die wichtigste Massnahme ist das sofortige intensive Ausspülen mit Wasser. Eine Überweisung in die Augenklinik oder zum Augenarzt sei angezeigt, so der Ophthalmologe abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Das rote Auge», FOMF Allgemeine Innere Medizin, 24.1.2023, in Basel.