

Das rote Auge

R. Ruesch, H. Helbig

Einführung / Hintergrund

Ein rotes Auge kann Leitsymptom verschiedener Augenerkrankungen sein. Neben **infektiösen Entzündungen** der Bindehaut gibt es noch eine Reihe anderer Ursachen für eine Rötung der Augen. Das nicht nur bei älteren Menschen verbreitete **Sicca-Syndrom** führt oft zu einer chronischen Rötung und zu einem lästigen Fremdkörpergefühl in den Augen. Eine allergisch bedingte Konjunktivitis führt oft zu einer ausgeprägten Symptomatik, etwa 10% der Bevölkerung leiden darunter. Eine Rötung der Augen durch Zugluft, Rauch, Beizenbesuch wird als Keratitis simplex bezeichnet.

Unter einem **Hyposphagma** versteht man eine harmlose, spontane subkonjunktivale Blutung. Es empfiehlt sich, eine Hypertonie oder Gerinnungsstörung auszuschliessen, ansonsten sind, ausser der Beruhigung des Patienten, meistens keine Massnahmen notwendig.

Kommt es neben der Rötung zu einer Sehverschlechterung, eventuell zu Übelkeit und Erbrechen, so muss auch an ein **akutes Glaukom** gedacht werden.

Patienten mit **Iritis** klagen über Blendungsgefühle, eine Visusverminderung oder Schmerzen, die tief in der Augenhöhle lokalisiert werden.

Bakterielle Infektionen der vorderen Bulbusabschnitte

Eine akute bakterielle Bindehautentzündung ist relativ häufig und heilt in der Regel auch ohne Therapie aus. Die häufigsten Erreger sind Staphylokokken und Pneumokokken. Manchmal sind beide Augen betroffen, oft greift aber die Entzündung erst nach einigen Tagen auf das Partnerauge über. Es zeigt sich ein schleimig-eitriges Sekret, der Patient klagt über verklebte Augen, v.a. morgens. Lokal verabreichte Antibiotika in Tropfen-, Gel- oder Salbenform bringen meistens rasche Besserung. Sollte keine Besserung eintreten oder sollten gleichzeitig Infektzeichen im Genitalbereich vorhanden sein, muss nach speziellen Erregern, wie **Chlamydien**, gesucht werden. Chlamydieninfekte bedürfen einer systemischen und lokalen Therapie für 2 bis 3 Wochen, wirksam sind Tetrazykline und Gyrasehemmer. Wichtig ist es, den Sexualpartner ebenfalls zu behandeln. Bei Neugeborenen tritt die Symptomatik meist 5–14 Tage post partum auf und zeigt eine akute mu-

kopurulente Konjunktivitis. *Chlamydia oculogenitalis* ist heute der häufigste Erreger für einen okulären Neugeboreneninfekt [1]. Sowohl Tetrazykline als auch Gyrasehemmer sind bei Kindern kontraindiziert, deshalb empfiehlt sich hier eine Behandlung mit Erythromycin. Gonokokken sind selten geworden, dürfen aber nicht vergessen werden. Wenn bei einem Infekt ein weiss-gelbliches Infiltrat der Hornhaut zu finden ist, muss von einer **Keratitis** ausgegangen werden, bei einem Stromabefall spricht man auch von einem Hornhautulkus. Hier ist unbedingt eine erweiterte spezialärztliche Diagnostik und Therapie notwendig. Je nach Lokalisation kann es zu visusbeeinträchtigenden Narben oder sogar zur Perforation kommen. Eine andere Komplikation stellt die intraokulare Eiteransammlung in Form eines Hypopyons dar (Abb. 1). Hier ist das Auge als ganzes bedroht, und es bedarf sofort einer intensiven spezialärztlichen Therapie.

Virale Infektionen des vorderen Augenabschnittes

Die **Keratoconjunctivitis epidemica** wird durch Adenoviren verursacht und ist, wie der Name verrät, hochansteckend. Es finden sich eine glasig geschwollene Bindehaut, ein wässrig-seröses Sekret und präaurikuläre Lymphknotenschwellungen. Die Patienten werden oft durch einen Juckreiz geplagt. Das Krankheitsbild variiert von milden Formen, die nach wenigen Tagen spontan abheilen, bis zu schweren Entzündungen, die zwei bis drei Wochen erhebliche Symptome verursachen können. Manchmal ist nur ein Auge betroffen, es gibt aber auch beidseitige Fälle. Eine spezifische antivirale Therapie gibt es hier nicht, zur Symptomlinderung können befeuchtende Gele verabreicht werden. Bei Visusproblemen empfiehlt sich die Überweisung an einen Ophthalmologen, da möglicherweise ein deutlicher Hornhautbefall vorhanden ist. Kleine subepitheliale Stromainfiltrate, sogenannte Nummuli, können auch Monate nach dem akuten Infekt noch Blendungsgefühle und Visusprobleme verursachen (Abb. 2). Die Gabe von lokalen Steroiden ist umstritten, da diese die Persistenz der Nummuli begünstigen können.

Herpes-simplex-Infekte rezidivieren gerne. Diverse Faktoren, wie reduzierter Allgemeinzustand, Fieber, Sonnenbestrahlung, Trauma, lokale oder systemische Steroide, Immunsuppressiva können eine Reaktivierung auslösen. Die Hornhautsensibilität ist vermindert, und im klassischen Fall findet sich auf der Hornhaut eine bäumchenartige Struktur, die sich mit einem Fluoreszeinstreifen anfärben lässt und in blauem Licht gut zur Darstellung kommt (Abb. 3). Aufgrund der Rezidive kommt es bei

Klinik für Augenkrankheiten,
Kantonsspital St. Gallen

Korrespondenz:
Dr. med. R. Ruesch
Klinik für Augenkrankheiten
Kantonsspital
CH-9007 St. Gallen

E-mail: reinhard.ruesch@kssg.ch



Abbildung 1.
Hypopyon.



Abbildung 2.
Hornhautinfiltrate bei Keratoconjunctivitis epidemica.

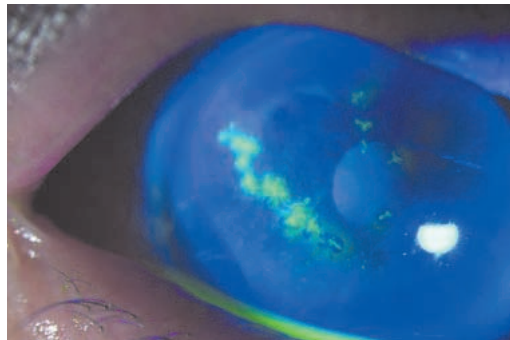


Abbildung 3.
Herpes simplex-Keratitis.

Herpes-simplex-Infekten nicht selten zu Hornhautnarben; die Betreuung des Patienten sollte deshalb stets in Zusammenarbeit mit einem Ophthalmologen erfolgen. Bei oberflächlichen Infekten kann lokal mit Trifluridin behandelt werden, beim Befall von tieferen Schichten steht Aciclovir-Augensalbe zur Verfügung. Die Lokalbehandlung muss 5mal täglich während mindestens 10 Tagen erfolgen.

Als Rezidivprophylaxe kann in speziellen Fällen auch systemisch Aciclovir bzw. Valaciclovir über längere Zeit verordnet werden, wobei nach Absetzen der Medikation erneut Rezidive auftreten können [2]. Der *Herpes zoster* rezidiert bei Immunkompetenten im gleichen Dermatom nicht. Etwa 10% der Zoster-Infektionen befallen den ersten Trigeminusast, und von diesen entwickelt etwa die Hälfte Augenkomplikationen. Ausser einer mukopurulenten Konjunktivitis treten auch verschiedene Keratitisformen und recht häufig Uveitisschübe auf. Oft besteht auch eine Erhöhung des Augendrucks. Eine ophthalmolo-

gische Beurteilung ist hier sicherlich notwendig. Therapeutisch ist beim Zoster ophthalmicus eine möglichst rasche systemische Aciclovir- bzw. Valaciclovir-Therapie angezeigt.

Allergien

Die häufige, saisonale Form der **allergischen Konjunktivitis** wird im allgemeinen durch Pollen verursacht, die perennialen Formen sind durch Hausstaubmilben, Tierhaare oder Schimmelpilze bedingt. Eine symptomatische lokale Behandlung mit Tränenersatzmitteln, Mastzellstabilisatoren oder Antihistaminika kann oft durch den Hausarzt eingeleitet werden. Bei komplexeren allergischen Geschehen wie der **gigantopapillären Konjunktivitis** (Kontaktlinsenträger), der **Conjunctivitis vernalis** oder der **atopischen Konjunktivitis** ist eine Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen notwendig.

Das trockene Auge

Das Sicca-Syndrom ist ein weit verbreitetes, chronisches Leiden, das häufig bei Frauen in der Meno- oder Postmenopause auftritt [3]. Es kann jedoch auch durch Betablocker, Antidepressiva, Zytostatika oder Ovulationshemmer bedingt sein. Daneben spielen systemische Erkrankungen, wie die chronische Polyarthrit, der Morbus Basedow oder das Sjögren-Syndrom eine Rolle. Die Behandlung ist für Arzt und Patient oft undankbar.

Die Patienten klagen oft über gerötete, brennende oder juckende Augen, manchmal wird aber auch ein Fremdkörpergefühl oder paradoxerweise ein lästiges Tränen angegeben. Diese Epiphora entsteht durch eine Hypersekretion des wässrigen Anteils der Tränen als Versuch die Benetzungsstörung durch Insuffizienz des Muzin- oder Lipidanteils des Tränenfilms zu kompensieren. Es ist wichtig, dem Patienten zu erklären, dass eine Epiphora bei etwa einem Drittel aller Fälle mit «trockenen Augen» vorkommt, sonst sieht er den Sinn einer Therapie nicht ein. Es gibt unzählige Tränenersatzmittel auf dem Markt, wobei gerade bei hartnäckigen Fällen auf ein konservierungsmittelfreies Produkt geachtet werden sollte.

Iritis

Klagt der Patient über Blendungsgefühle, eine Visusverminderung oder Schmerzen tief im Auge, so muss an ein entzündliches Geschehen im Innern des Auges, an eine Iritis, gedacht werden. Die Bindehautrötung kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, sie kann auch feh-

Quintessenz

- Bei akuten bakteriellen Bindehautentzündungen kommt es zu einem schleimig-eitrigen Sekret, lokal verabreichte Antibiotika bringen meistens rasche Besserung.
- Für virale Konjunktivitiden durch Adenoviren gibt es keine kausale Therapie.
- Das trockene Auge ist weit verbreitet und führt häufig zu einer chronischen Irritation des Auges. Bei Tränenersatzmitteln soll auf konservierungsmittelfreie Produkte geachtet werden. (z.B. Oculac® SDU, Vismed®, Hylocomod®, Protogent® SE, Celluvisc® SDU, Cellufresh®)
- Klagt der Patient über eine Sehverschlechterung, Blendungsgefühle, Schmerzen tief im Auge oder bestehen Pupillenstörungen, so muss der Augenarzt beigezogen werden, da eine Iritis oder ein akutes Glaukom dahinterstecken könnten.

len. Die Pupille ist oft eng (Reizmiosis). Es gibt viele verschiedene Uveitisformen, die Therapie muss – auch wegen möglicher Komplikationen – durch einen Augenarzt erfolgen; dieser seinerseits ist für die gezielte allgemeinmedizinische Abklärung durch den Hausarzt dankbar.

Akutes Glaukom

Dieses wird im allgemeinen durch einen akuten Winkelblock ausgelöst und ist neben der Rötung gekennzeichnet durch Schmerzen, Visusverminderung und durch eine mittelweite, nicht auf Licht reagierende Pupille. In manchen Fällen kommt es zusätzlich zu Übelkeit und Erbrechen. Bei der Palpation ist der Bulbus hart. Hier muss eine notfallmässige Überweisung an einen Ophthalmologen erfolgen.

Literatur

- 1 Bialasiewicz AA, Klaus V, Knothe H, Kramer A, Werner HP. Infektionskrankheiten des Auges. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer Verlag; 1995. S. 156-61.
- 2 Wilhelmus KR, Beck RW, et al. Acyclovir for the prevention of recurrent herpes simplex virus eye disease. N Engl J Med 1998;339:300-6.
- 3 Göbbels M. Das trockene Auge, Standortbestimmung und Aussichten. Fortschr Ophthalmol 1990;87:190-7.