

Das rote Auge

Harmlose wie auch ernste visusbedrohende Erkrankung möglich

Rote Augen sind ein sehr häufiger Konsultationsgrund in Augenarzt- und Hausarztpraxen. Das rote Auge allein ist hierbei ein unspezifisches Symptom, das sowohl bei harmlosen als auch bei ernsten und visusbedrohenden Erkrankungen vorkommt. Ob eine solche ernsthafte Erkrankung vorliegt und zu einer fachärztlichen Untersuchung führen sollte, lässt sich in der Regel bereits telefonisch mit dem Patienten klären. Als Faustregel kann gelten, dass jedes rote Auge mit starken Schmerzen des Augapfels und jedes rote Auge mit Visusverschlechterung vom Facharzt untersucht werden muss.

Zunächst sollte die genaue Lokalisation der Rötung eingegrenzt werden. Ist das Lid lokalisiert rot, geschwollen und druckdolent, so handelt es sich in der Regel um ein Hordeolum, eine akute Entzündung einer Meibom-Lidranddrüse. Solche Entzündungen klingen in der Regel von alleine ab, können aber mit Antibiotika-Steroid Kombinationspräparaten etwas schneller beruhigt werden. Bei Kindern im Alter von 0 bis 10 ist daran zu denken, dass ein geschwollenes Lid, das die Pupillenebene verdeckt, eine Amblyopie hervorrufen kann. Gelegentlich breitet sich ein kleiner lokalisierter Infekt der Haut (z.B. bei Hordeolum oder nach Augenbrauenzupfen) aus und es kommt zur Präseptalcellulitis (vor Septum orbitale und daher ausserhalb der Orbita). Nun sind systemische Antibiotika indiziert. Kommt es zu Motilitätseinschränkungen (Doppelbilder) des Auges oder schmerzhaften Blickwendungen kann eine Orbitaphlegmone entstanden sein und eine fachärztliche Untersuchung sollte notfallmässig geschehen. Eine lokalisierte Rötung der Lider im Bereich des medialen Lidwinkels kann für eine Kanalikulitis oder beginnende Dakryozystitis sprechen. Generalisiert rote Lider (ohne Schmerzen, meistens beidseitig) sprechen am ehesten für eine chronische Entzündung, wie sie bei der Blepharitis posterior vorkommt. Hierbei wird oft ein Brennen der Augen beklagt, ein Tränenträufeln (Epiphora) tritt häufig auf. Die Lidrandpflege mit heissen Umschlägen auf den geschlossenen Augen, Lidrandmassage und befeuchtende Augentropfen helfen, die chronisch entzündeten Meibomdrüsen zu entstopfen und den Tränenfilm wieder zu stabilisieren.

Viel häufiger suchen Patienten Rat bei Rötung der Konjunktiva selber. Hierbei kann die lokalisierte und flächige Rötung bei einer Einblutung unter die Konjunktiva vorkommen, dem sogenannten



Abb. 1:
Das Hyposphagma, eine flächige subkonjunktivale Einblutung



Dr. med. Niklas Winkler
Zürich



Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Jens Funk
Zürich

Hyposphagma (Abb. 1). Obwohl für das Auge harmlos, kann ein Hyposphagma Zeichen einer hypertonen Entgleisung sein, daher empfiehlt es sich bei diesen Patienten, den Blutdruck zu kontrollieren. Es kann aber auch nach transientser Druckerhöhung (Valsalva-Manöver) oder nach Reiben am Auge entstehen. Ist die Rötung nicht flächig, sondern dadurch gekennzeichnet, dass die konjunktivalen Gefässe viel besser sichtbar und übermässig gefüllt sind, spricht man von einer konjunktivalen Injektion. Die Injektion kann hierbei sektoriell oder generalisiert auftreten. Die sektorielle Injektion kann bei der auf Druck eher schmerzlosen Episkleritis vorkommen oder aber auch bei der sehr schmerzhaften Skleritis. Die Episkleritis reagiert oft gut auf systemische nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) und klingt dann meistens innert einer Woche ab, die Skleritis bedarf in der Regel einer Immunsuppression und gehört in fachärztliche Kontrolle, da sie einen nekrotisierend-einschmelzenden Verlauf nehmen kann und somit potenziell bedrohlich ist.

Konjunktivitis: Wann fachärztliche Untersuchung?

Die generalisierte konjunktivale Injektion ist weitaus häufiger und ein sehr unspezifisches Symptom. Daher müssen aktiv begleitende Beschwerden erfragt werden, um die Entität eingekreisen zu können. Liegt nur ein Unbehagen in Form von Jucken, Brennen und/oder einem eher milden Fremdkörpergefühl vor, handelt es sich in der Regel um eine Konjunktivitis. Diese wird oft von einer gesteigerten Sekretion aus dem Auge begleitet, die bei viralen Konjunktividen serös ist und bei bakteriellen Infekten schleimig wird. Daher beklagen die Patientinnen und Patienten morgendlich stark verklebte Augen. Bei Erwachsenen ist die virale Konjunktivitis häufiger als die bakterielle Form. Sie beginnt in aller Regel einseitig und befällt mit einigen Tagen Zwischenraum dann auch das Partnerauge (Abb. 2). Oft besteht gleichzeitig eine Erkältung oder es sind im Patientenumfeld bereits rote Augen aufgefallen. Eine gleichzeitige präaurikuläre Lymphadenopathie tritt sehr häufig auf. Meistens sind sehr kontagiöse



Abb. 2: Virale Konjunktivitis; Beide Augen sind gerötet mit seröser Sekretion



Abb. 3: Zwei metallische Hornhautfremdkörper (4 Uhr limbusnah und 9 Uhr parazentral)



Abb. 4: Die Augendruckpalpation mit den Zeigefingerspitzen

Adenoviren für die virale Konjunktivitis ursächlich, durch Schmierinfektion breitet sich die Erkrankung teilweise epidemisch aus (Keratokonjunktivitis epidemica). Daher ist die strenge Händehygiene, das Verzicht auf Begrüßungsküssen sowie das Verzicht auf Teilen von Handtüchern etc. angezeigt. Patientinnen und Patienten in Berufen mit erhöhten hygienischen Anforderungen, medizinisches Personal mit Patientenkontakt, Kindergärtnerinnen etc. sollten krankgeschrieben werden. Die bakterielle Konjunktivitis bleibt, falls es nicht zur Autoinokulation kommt, in den meisten Fällen einseitig und reagiert rasch auf antibiotische Augentropfen, verläuft aber prinzipiell selbstlimitierend. Kommen bei einer Konjunktivitis im Verlauf Schmerzen hinzu, ist die fachärztliche Untersuchung angezeigt. Bei viralen Konjunktividen kann es zur Pseudomembranbildung an der Innenseite der Lider kommen, die ein starkes Fremdkörpergefühl hervorrufen und vom Augenarzt entfernt werden sollen. Bakterielle Konjunktividen, die einen schmerzhaften Verlauf zeigen, deuten auf besonders virulente Keime (z. B. Neisserien) hin, die in der Lage sein können, die intakte Kornea zu penetrieren. Derartige Exazerbationen einer Konjunktivitis gehören fachärztlich beurteilt. Die konjunktivale Injektion, die von Jucken begleitet wird, kommt bei allergischen Reaktionen vor und ist bei Pollinosis besonders häufig. Sind hauptsächlich die Augen betroffen, können Antihistaminika und Mastzellstabilisatoren topisch ausreichend sein.

Konjunktividen mit Visusbeeinträchtigung

Konjunktividen, die primär mit einer Visusbeeinträchtigung, Lichtscheu und starken, bohrenden Schmerzen einhergehen, deuten in Richtung einer Keratitis. Manchmal lässt sich bereits mit bloßem Auge ein weissliches Infiltrat in der Hornhaut erkennen. Besteht zudem eine positive Kontaktlinsenanamnese, erhärtet sich der Verdacht und eine fachärztliche Untersuchung wird notwendig, um eine rasche, zielgerichtete mikrobiologische Diagnostik und fortifizierte Therapie beginnen zu können. Werden keine Kontaktlinsen getragen, wird die infektiöse Keratitis unwahrscheinlicher, aber keineswegs unmöglich. Bei negativer Kontaktlinsenanamnese kann es sich bei obigen Beschwerden auch um einen kornealen Fremdkörper handeln. Wurde in den letzten Tagen geschliffen, gesägt, gebohrt oder mit der Trennscheibe gearbeitet? Hierbei lässt sich bei Inspektion oft ein dunkler Punkt, manchmal metallisch schimmernd im Bereich der Hornhaut (seltener der Konjunktiva) feststellen (Abb. 3). Metallfremdkörper können in der Hornhaut zu rosten beginnen und sollten zeitnah entfernt werden. Kann die augenärztliche Untersuchung nicht gleichentags erfolgen, sollte ein antibiotischer Salbenverband über Nacht angelegt werden. Erwähnt sei auch die Herpeskeratitis, die eine konjunktivale Injektion, starke Schmerzen, Lichtscheu und eine Visusbeeinträchtigung mit sich

führen kann. Die Fluoreszenzeinfärbung lässt bei der epithelialen Form dendritische Figuren („Bäumchen“) erkennen. Herpeskeratiden sollen rasch fachärztlich beurteilt werden.

Sind die Visusbeeinträchtigung und die Lichtscheu vordergründig und sind die Schmerzen hierbei dumpf und eher tiefer im Auge lokalisiert, kann eine Uveitis vorliegen. Diese Entzündung der Regenbogenhaut bedarf einer fachärztlichen Untersuchung und genauen Bestimmung der betroffenen Augenabschnitte (Uveitis anterior, intermedia, und posterior) und oft einer längerdauernden Kortisontherapie. Auch der akute Glaukomanfall präsentiert sich mit einer generalisierten konjunktivalen Injektion, Visusverschlechterung und starken Schmerzen, die oft in die gleichseitige Stirn ausstrahlen und von vegetativen Symptomen wie Nausea und Erbrechen begleitet werden kann. Die Palpation lässt hierbei einen harten Bulbus spüren (Abb. 4). Eine rasche Weiterleitung an den Facharzt ist hierbei wichtig, um einen unwiederbringlichen Schaden am Sehnerv zu verhindern. Schon vorab sollte hierbei Azetazolamid (Diamox®, Glau-pax®) intravenös verabreicht werden, um die Zeit bis zur augenärztlichen Untersuchung nicht untherapiert verstreichen zu lassen.

Konjunktivale Injektion und Schmerzen nach operativen Eingriffen oder intravitrealer operativer Medikamenteneingabe (z. B. Anti-VEGF-Injektionen bei feuchter Maculadegeneration) mahnen zu besonderer Vorsicht, da eine Endophthalmitis vorliegen kann. Diese Infektion des Augeninnern führt untherapiert zum Verlust des Auges und muss unverzüglich fachärztlich untersucht und therapiert werden.

Dr. med. Niklas Winkler, FEBO

Ophthalmologie Augenklinik, Universitätsspital Zürich
Niklas.Winkler@usz.ch

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Jens Funk

Augenklinik Universitätsspital Zürich

+ **Interessenkonflikt:** Die Autoren haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dem Beitrag deklariert.

Take-Home Messages

Wann ist die fachärztliche Untersuchung angezeigt?

- ◆ Lidrötungen und Schwellungen mit eingeschränkter oder schmerzhafter Augenbewegung
- ◆ Sektorielle Bindehautrötungen mit starken Schmerzen
- ◆ Konjunktividen mit schmerzhaftem Verlauf
- ◆ Bereits initial schmerzhaftes Konjunktividen mit oder ohne Visuseinschränkung
- ◆ Rotes, palpatorisch hartes Auge
- ◆ Jedes Auge das im Verlauf nach Operation oder nach intravitrealer Medikamenteneinjektion rot wird