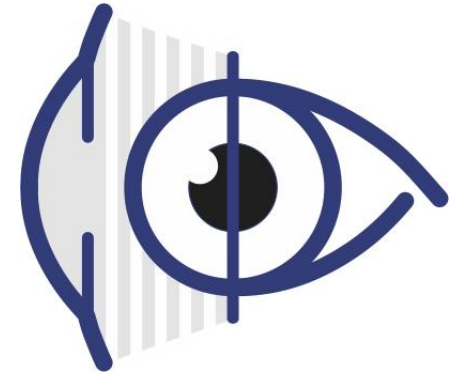


Augenheilkunde

Was muss die Hausärztin / der Hausarzt wissen?



Das rote Auge

Seminartag für Ärztinnen und Ärzte in
Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin
(27.09.2024)

Dr. med. Christina Goll

Augen-MVZ Prof. Vorwerk Magdeburg
Zentrum für Augenheilkunde





Augenbeschwerden in der Hausarztsprechstunde

Häufiges ophthalmologisches Leitsymptom:

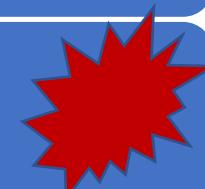
rotes Auge [Frings et al. 2017]

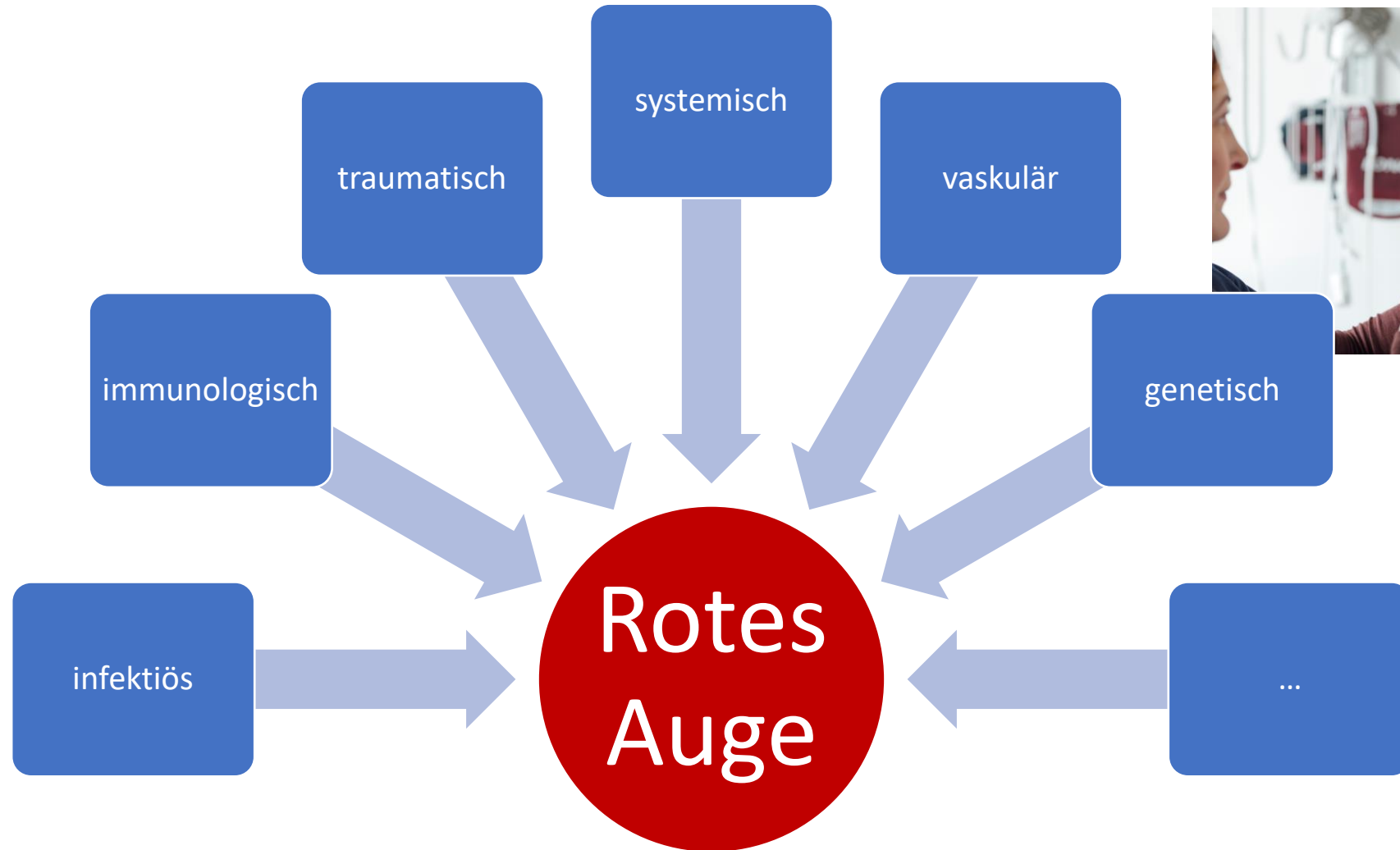
Unterschiedliche Ursachen

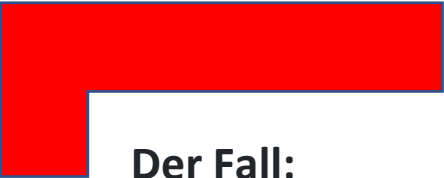
Harmlos oder schwerwiegend?

Wann ophthalmologische Beurteilung erforderlich?

Hinweise auf abwendbar gefährliche Verläufe erkennen-
Red flags







Der Fall:

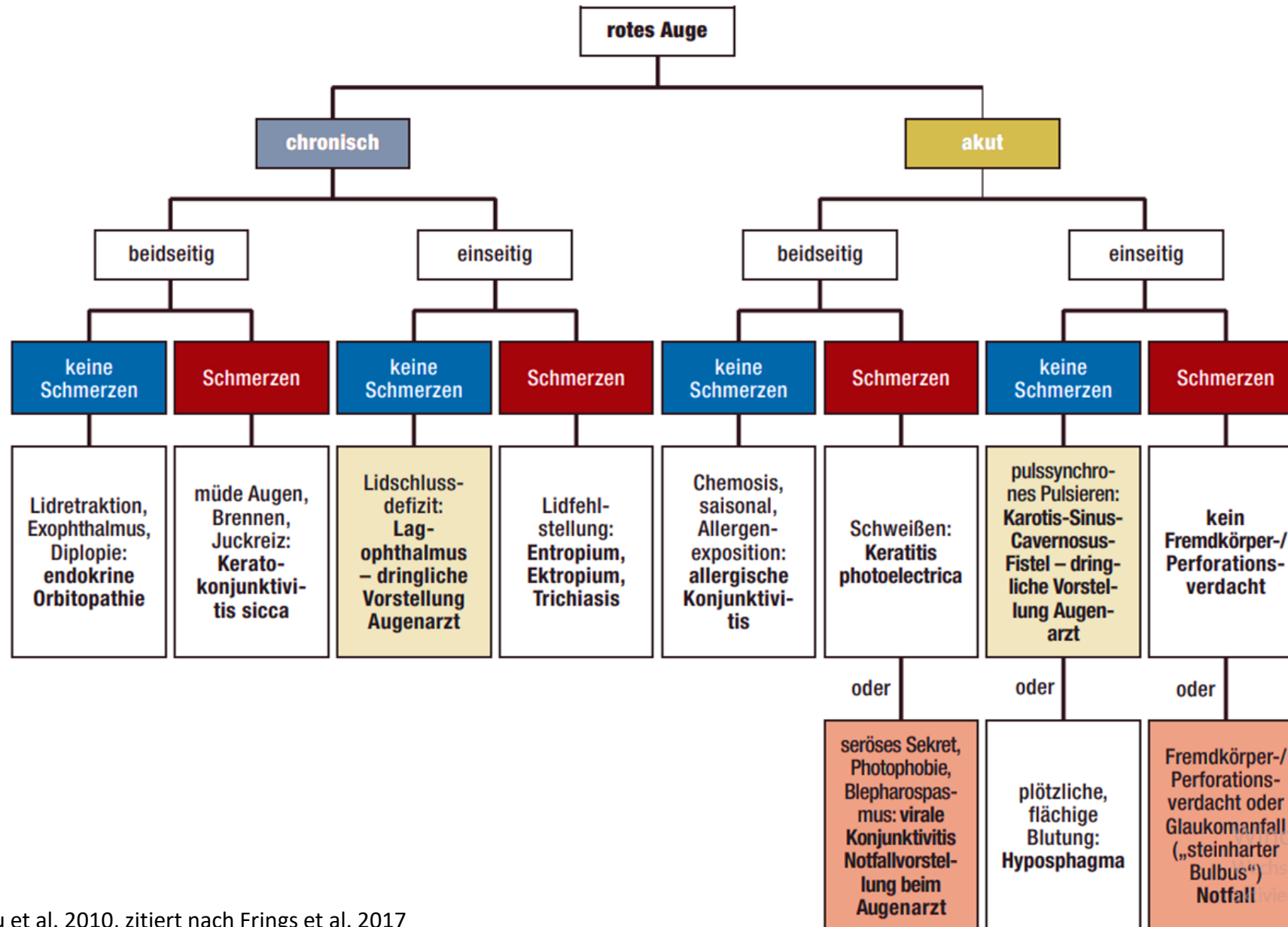
Klägerin litt nach Gartenarbeiten unter einem geröteten Auge mit Fremdkörpergefühl und suchte deshalb einen Allgemeinmediziner auf. Die Klägerin hatte dabei **weder von Schmerzen noch von einer Sehverschlechterung** berichtet.

Der Hausarzt untersuchte das Auge - dies **ohne Zuhilfenahme weiterer Instrumente** - konnte aber keine Ursache finden und behandelte die Patientin mit antibiotischen Tropfen. Anschließend empfahl ihr der Arzt, sich nach circa drei Tagen bei Nichtbesserung der Beschwerden erneut vorzustellen. Er überwies sie **nicht unmittelbar zu einem Augenarzt**.

Wie sich später zeigte, war Ursache der Beschwerden ein mitten im Auge steckender Metallsplitter.

Klägerin warf dem Arzt folgende Fehler vor: unterlassenen Einsatz einer Spaltlampe, nicht durchgeführte Fluoreszin-Anfärbung, unterlassenes Ektropionieren, Untersuchung „lediglich im Stehen“, keine Abtastung des Augapfels und Unterlassung einer sofortigen Überweisung an einen Augenarzt





Beschwerdedauer

Grenze 7 Tage

Lateraliät

Schmerzen



Fragen an den Patienten

- Seit wann haben Sie die Beschwerden?
- Bestehen die Beschwerden auf einem oder beiden Augen?
- Haben Sie Schmerzen?
- Gehen Ihre Beschwerden mit einer Verschlechterung des Sehvermögens und/oder Lichtscheu einher?
- Gibt es andere Betroffene in Ihrem Umfeld?
- Haben Sie etwas in oder gegen das Auge bekommen?
- Tragen Sie Kontaktlinsen?
- Sind Augenerkrankungen bekannt oder Augenoperationen erfolgt?





Rotes Auge und was noch?

- Lidstellung, Lidschluss, Lidbeteiligung?
- Tränen (Epiphora)?
- Bindehautschwellung (Chemosis) und/oder Sekretion?
- Hornhautbeteiligung?
- Hinweis auf intraokulare Beteiligung?
- Hinweis auf Pupillenverziehung oder Anisokorie?
- Bulbusmotilität?
- Sichtbare Fremdkörper?
- Ggf. vorsichtige Bulbuspalpation





Rotes Auge und was noch?





Anamnese!

Starke Augenschmerzen,
ggf mit Lichtscheu

Akute Sehverschlechterung

Mögliche Augenverletzung/Fremdkörper
Z.n. Eingriff

Anormaler Druck

Hornhauttrübung

Eingeschränkte Bulbusbewegung





Hypophagma

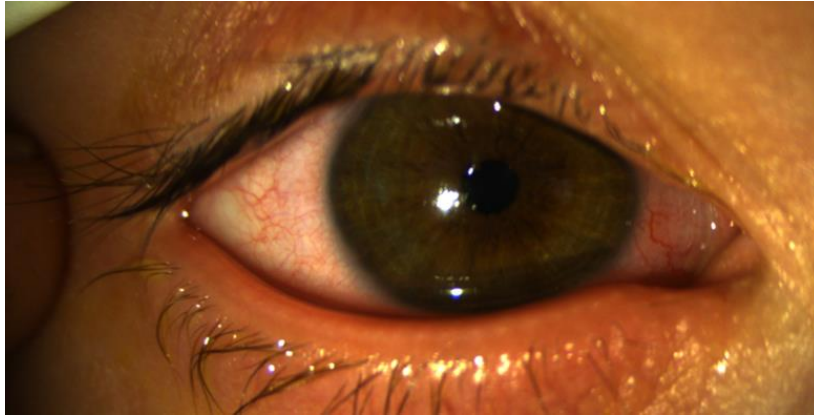


Quelle: Dr. med. M. Wagner, Augen-MVZ Prof. Vorwerk

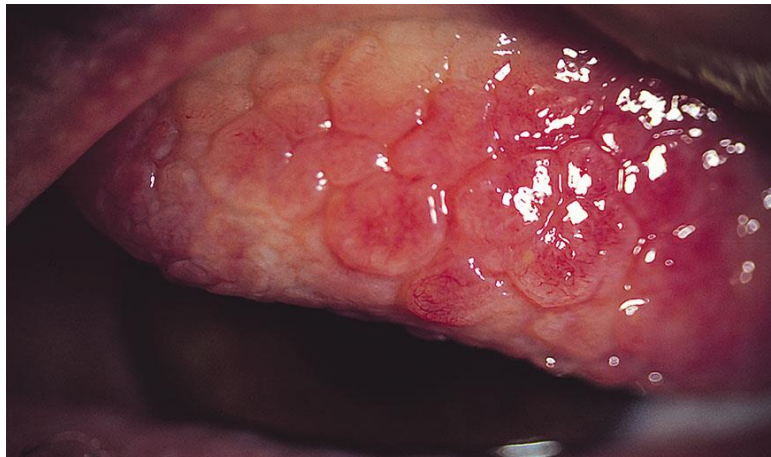
- Akut, einseitig, keine Schmerzen
- Keine Entzündungszeichen, keine Sehverschlechterung
- Flächige subkonjunktivale Blutung
- Ursachen:
 - spontan, z.B. nach Husten
 - Trauma?
 - Blutdruckeinstellung?
 - Antikoagulantien?
- Keine kausale Therapie
- Überweisung Augenarzt bei Trauma, Sehstörungen, Schmerzen



Allergische Konjunktivitis



Quelle: Dr. med. C. Goll, Augen-MVZ Prof. Vorwerk



Quelle: Kanski J: Clinical Diagnosis in Ophthalmology, Elsevier, 2007

- Akut, beidseitig, keine Schmerzen
- Juckreiz, wässriges Sekret
- Oft saisonale Heuschnupfenkonjunktivitis
- Besondere Form: Keratokonjunktivitis vernalis (Hornhautbeteiligung möglich!)

Maßnahmen:

H1 Rezeptorantagonisten: Azelastin AT 2-4 x tgl., max 6 Wo.

Mastzellstabilisator: Cromoglycin AT 2-4 x tgl

Kombiniert antihistaminerg + mastzellstabilisierend:

Ketotifen AT 2x tgl

Steroide nur unter augenärztlicher Kontrolle

Überweisung Augenarzt bei ausbleibender Besserung oder
V.a. Hornhautbeteiligung



Bakterielle Konjunktivitis



Quelle: Kanski J: Clinical Diagnosis in Ophthalmology, Elsevier, 2007

- Bakterielle Konjunktivitis mit muko-purulentem Sekret
- Meist einseitig, beidseitig im Verlauf möglich
- Geringe, brennende Schmerzen, Fremdkörpergefühl
- Morgens **verklebte Augen**
- Bei milden Symptomen
Kinder: oft Streptokokken, Haemophilus
Erwachsene: oft Staphylokokken
- Achtung hyperakuter Verlauf bei Pseudomonas aeruginosa, Neisserien, Chlamydien



Bakterielle Konjunktivitis



Quelle: Kanski J: Clinical Diagnosis in Ophthalmology, Elsevier, 2007

Maßnahmen:

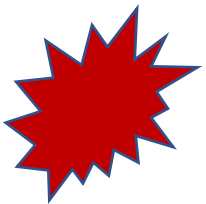
Antibiotische Augentropfen über 1 Woche, z.B.

- Gentamycin AT 5 x tgl, ggf stdl. oder
- Ofloxacin AT 5 x tgl, ggf stdl.
- Kein Ausschleichen!

Augenärztliche Vorstellung bei:

- hyperakuten Verlauf
- Persistenz > 24 h trotz Behandlung
- Hornhautbeteiligung, intraokulare Beteiligung
- Kontaktlinsenanamnese

- Erregerabstrich





Keratokonjunktivitis epidemica

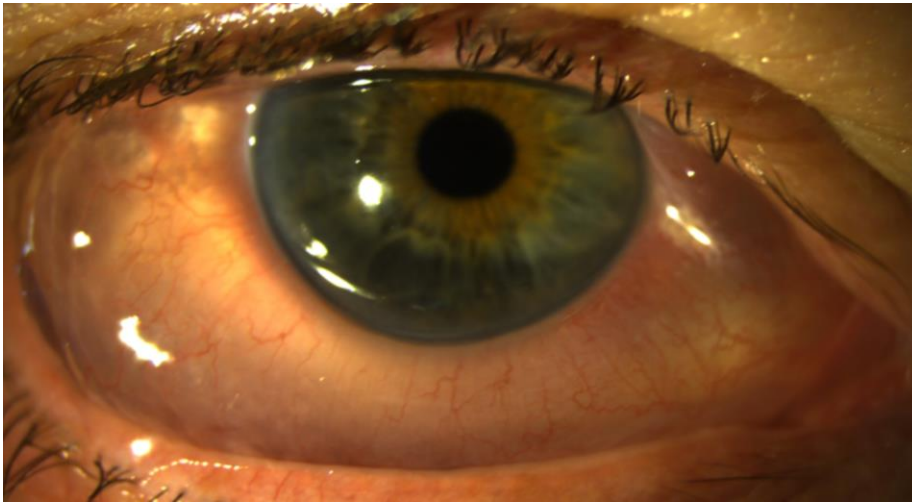


Quelle: Kanski J: Clinical Diagnosis in Ophthalmology, Elsevier, 2007

- Rötung + Schwellung von Lid und Konjunktiva
- Karunkelschwellung, Bindehautschwellung (Chemosis)
- Juckreiz, wässriges Sekret, geringe Schmerzen
- Beginn einseitig, im Verlauf bilateral
- Begleitende Schwellung der präaurikulären und der Hals-Lymphknoten
- Ursache: Adenoviren
- **Hoch kontagiös!**
- **Meldepflichtig!**



Keratokonjunktivitis epidemica



Quelle: Dr. med. C. Goll, Augen-MVZ Prof. Vorwerk



- Selbstlimitierender Verlauf innerhalb 2 Wochen
- Hornhautbeteiligung möglich

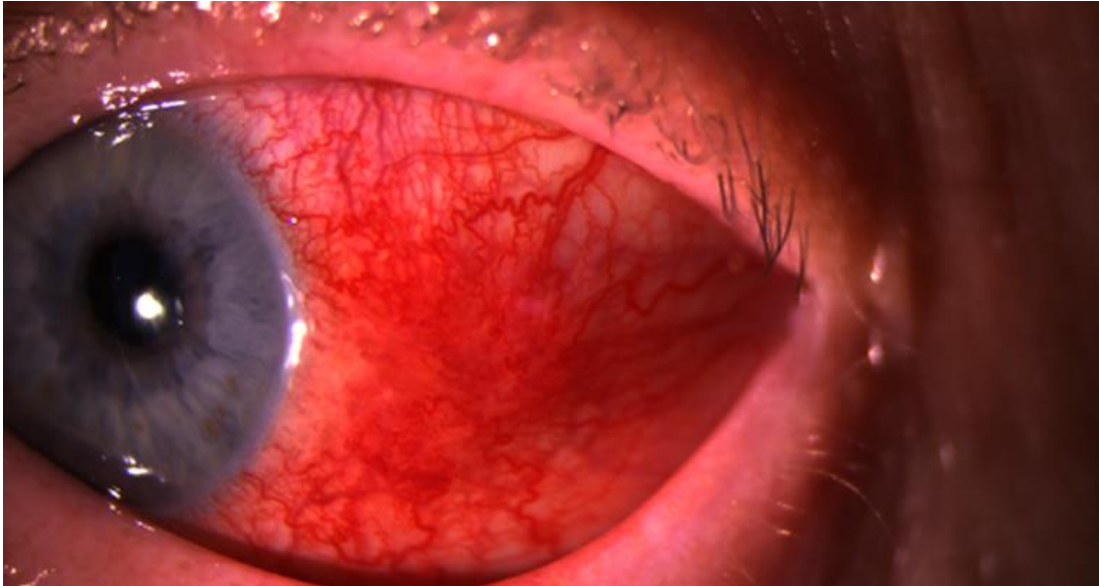
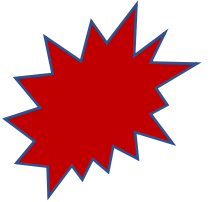
Maßnahmen:

- Symptomatische Behandlung mit Tränenersatzmitteln
ggf. antibiotisch/virostatisch bei Superinfektion
- Schmierinfektion- **Hygieneregeln!**
- Augenärztliche Vorstellung nach Absprache mit Praxis

- Vermeidung von Kontakten
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über 2 Wochen
- Händehygiene
- Waschen von Bettwäsche, Handtüchern bei 60 °C
- Oberflächendesinfektion



Skleritis



Quelle: Dr. med. M. Wagner, Augen-MVZ Prof. Vorwerk

- Bohrender, bewegungsabhängiger **Schmerz**, auch nachts!
- Berührungsempfindlichkeit
- Lichtscheu (Photophobie)
- Wässriges Sekret
- Sehstörung möglich
- Ursache: systemische entzündliche Erkrankungen, z.B. Rheumatoide Arthritis, Sarkoidose, Tuberkulose
- Dringliche Überweisung an Augenklinik



Anamnese!



Starke Augenschmerzen,
ggf mit Lichtscheu

Akute Sehverschlechterung

Mögliche Augenverletzung/Fremdkörper
Z.n. Eingriff

Anormaler Druck

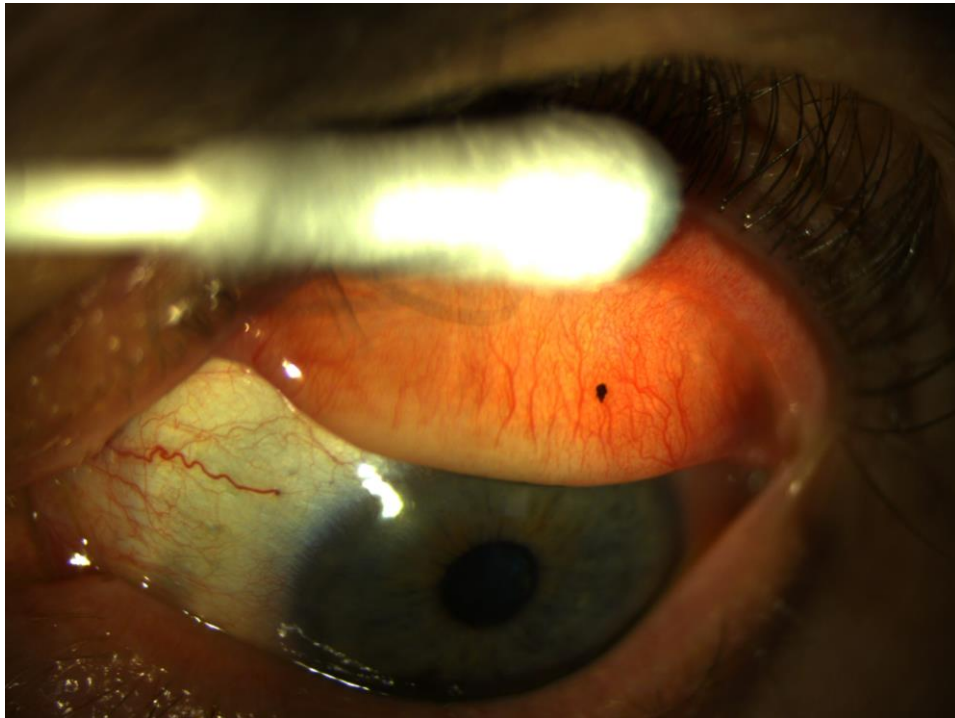
Hornhauttrübung

Eingeschränkte Bulbusbewegung





Trauma-, Fremdkörperanamnese



- Subtarsaler Bindehaut-Fremdkörper
- Entfernung mit Tupfer möglich
- Weitere Fremdkörper intra- oder extraokular?
- Penetrierende oder perforierende Bulbusverletzung?
- Augenarztvorstellung!



Anamnese!



Starke Augenschmerzen,
ggf mit Lichtscheu

Akute Sehverschlechterung

Mögliche Augenverletzung/Fremdkörper
Z.n. Eingriff

Anormaler Druck

Hornhauttrübung

Eingeschränkte Bulbusbewegung



harter Bulbus, weicher Bulbus



Anamnese!

Starke Augenschmerzen,
ggf mit Lichtscheu

Akute Sehverschlechterung

Mögliche Augenverletzung/Fremdkörper
Z.n. Eingriff

Anormaler Druck

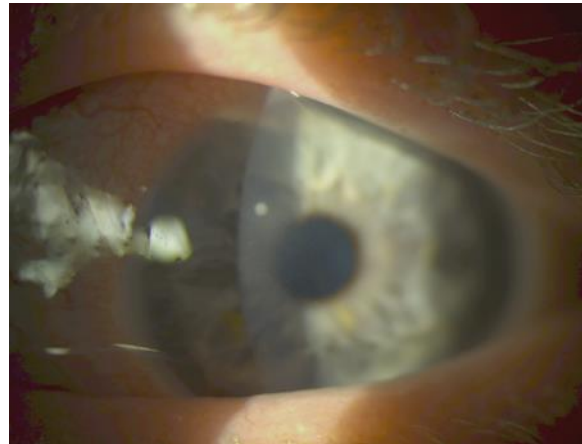
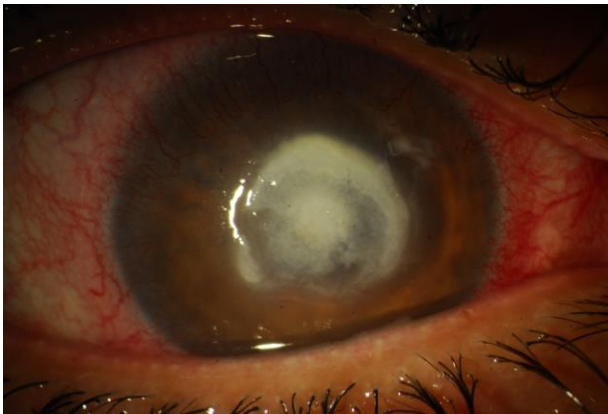
Hornhauttrübung

Eingeschränkte Bulbusbewegung

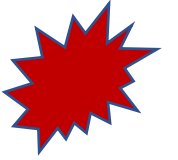




Keratitis, Hornhautulkus



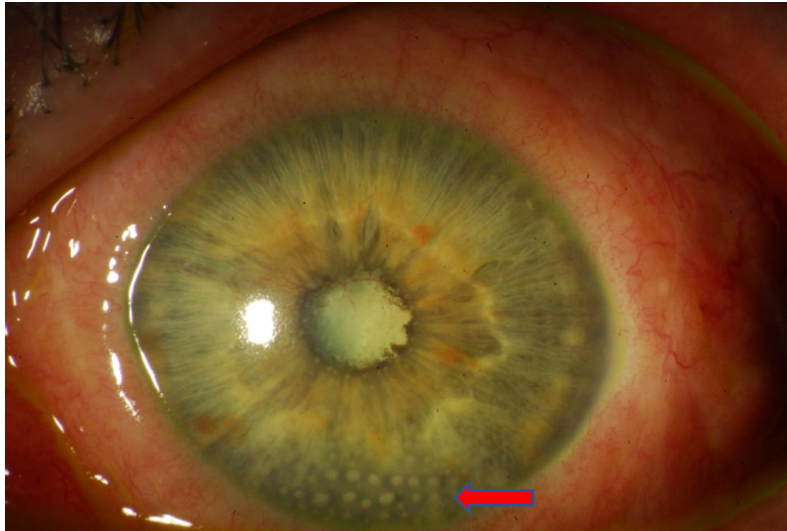
!



- Hornhautbeteiligung immer zum Augenarzt
- Besonderer Fall: Kontaktlinsenanamnese
 - Kontaktlinsenkarenz!
 - Aufbewahren von Kontaktlinse und Flüssigkeit für mikrobiologische Abklärung
- Augenärztliche Vorstellung am gleichen Tag!

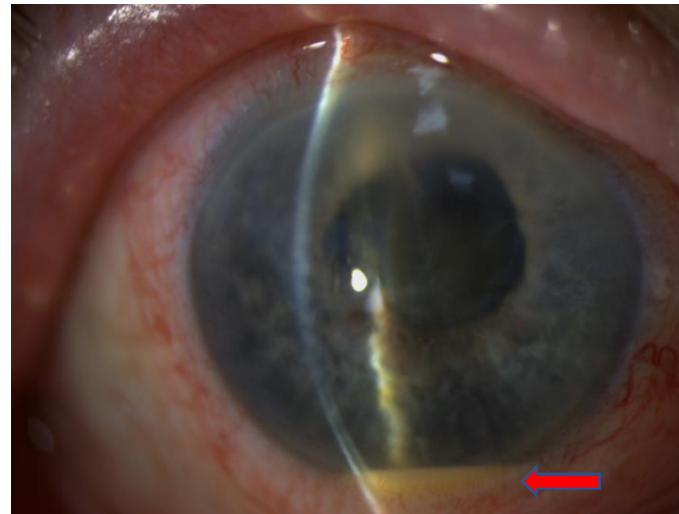


Intraokulare Beteiligung!



Uveitis anterior HLA B27 positiv

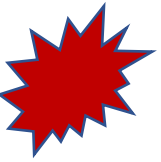
Quelle: Dr. med. M. Wagner, Augen-MVZ Prof.
Vorwerk



Hypopyon bei postoperativer Endophthalmitis

Quelle: Dr. med. C. Goll, Augen-MVZ Prof. Vorwerk

- Akut, meist einseitig
- Bohrender Augenschmerz
- Lichtscheu (Photophobie)
- Sehverschlechterung
- Pupillenverziehung durch Verklebungen oder Reizmiosis
- Sofortige Einweisung in Augenklinik

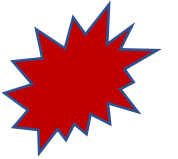




Keratokonjunktivitis herpetica

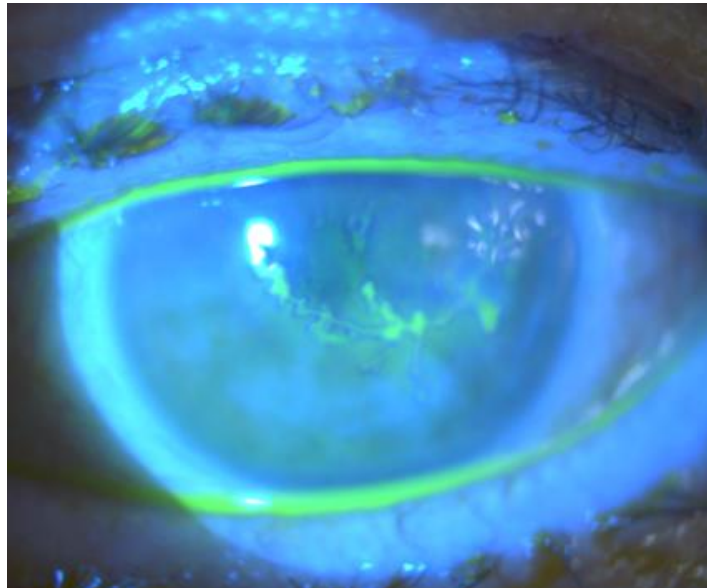


- Typischer Hautbefund- Bläschen auf gerötetem Grund
- Schmerzen
- Therapie:
 - z.B. mit Aciclovir lokal, je nach Befund auch systemisch
- Interdisziplinär haut- und augenärztlich
- Vorstellung Augenarzt am gleichen Tag

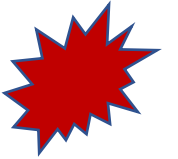




Keratokonjunktivitis herpetica



- Herpes simplex, Varizella zoster
- Hornhautbeteiligung, drohende intraokulare Ausbreitung



Quelle: Dr. med. C. Goll, Augen-MVZ Prof. Vorwerk

Quelle: Dr. med. M. Wagner, Augen-MVZ Prof. Vorwerk



Anamnese!

Starke Augenschmerzen,
ggf mit Lichtscheu

Akute Sehverschlechterung

Mögliche Augenverletzung/Fremdkörper
Z.n. Eingriff

Anormaler Druck

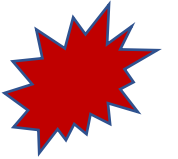
Hornhauttrübung

Eingeschränkte Bulbusbewegung





Orbitaphlegmone



- Akut, einseitig, Schmerzen
- Periorbitale Rötung und Schwellung
- Einschränkung der Bulbusmotilität, Doppelbilder
- Differentialdiagnosen:
 - Lidphlegmone
 - Sinus-cavernosus-Fistel
 - Dakryoadentitis
 - Myositis
- Notfallmäßige Einweisung, Zentrum mit Bildgebung

Quelle: Kanski J: Clinical Diagnosis in Ophthalmology, Elsevier, 2007



Anamnese!

Starke Augenschmerzen,
ggf mit Lichtscheu

Akute Sehverschlechterung

Mögliche Augenverletzung/Fremdkörper
Z.n. Eingriff

Anormaler Druck

Hornhauttrübung

Eingeschränkte Bulbusbewegung





- 
- Stellt sich ein Patient mit einem geröteten Auge bei einem Allgemeinarzt vor, besteht **eine Verpflichtung zur Überweisung an einen Augenarzt, wenn** aufgrund einer Untersuchung mit in der Hausarztpraxis zur Verfügung stehenden Mitteln und der Anamnese des Patienten **der konkrete Verdacht auf eine Erkrankung des Auges oder einen eingedrungenen Fremdkörper besteht**; lediglich unspezifische Beschwerden rechtfertigen es, von einer Überweisung abzusehen und den Patienten zu einer Wiedervorstellung zu veranlassen.
- 

Leitsymptom rotes Auge

- Häufiger hausärztlicher Konsultationsanlass

Erkennen von Red flags

- Gezielte Anamnese !, ggf. Basisuntersuchungen
- Wesentlicher Beitrag zur Einordnung: Beschwerdedauer, Lateralität, Schmerz
- Bei Vorliegen von Red flags- umgehende augenärztliche Konsultation



Symptomatische Erstbehandlung nach Ausschluss von Red flags

Aufklärung des Patienten

- Anlässe für Wiedervorstellung oder augenfachärztliche Vorstellung
- Beschwerdepersistenz/Verschlechterung/Sehstörungen/Verstärkung von Augenschmerzen/Patientenwunsch



Augen zum Augenarzt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



- Bowling B: Kanskis Klinische Ophthalmologie- Ein systematischer Ansatz, Elsevier, Urban & Fischer, 2015
- Erb C, Schlote T: Medikamentöse Augentherapie, 5. Aufl. Thieme-Verlag, 2010
- Frings A, Geerling G, Schargus M: Red eye—a guide for non-specialists. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 302–12. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0302
- Kanski J: Clinical Diagnosis in ophthalmology, Elsevier Inc., 2007
- Klement A, Mielke J, Struck H. Leitsymptom „Rotes Auge“ in der Allgemeinmedizin: viel mehr als Konjunktivitis!. Allgemeinmedizin up2date 2021; 02(02): 135 - 151. doi:10.1055/a-1199-2200