

Alte Augen - junge Augen (Seminar B1 KHM Luzern 19.06.2008)

Daniel Mojon, Augenklinik Kantonsspital, St. Gallen, daniel.mojon@kssg.ch

Pierre Loeb, Facharzt für Allgemeinmedizin & Psychosomatische Medizin, Basel, loeb@hin.ch

Altersbedingte Makuladegeneration (AMD): Trockene Form: häufigste Form, langsamer, schmerzloser, Visuszerfall. Feuchte Form: schlimmere Variante, schneller, schmerzloser Visuszerfall, oft mit Metamorphopsien (Amslernetz) durch Neovaskularisationen. Bei beiden bleibt das periphere Gesichtsfeld fast immer normal! Ursachen: Ablagerungen von Stoffwechselprodukten, die beim Sehvorgang anfallen. Risikofaktoren: genetische Faktoren, Nikotin, art. Hypertonie, Arteriosklerose, UV, Vitaminmangel, allg. kardiovaskuläre Erkrankungen. Bei akuter Visusverminderung v.a. Übergang in feuchte Form: Zuweisung am gleichen Tag an Augenarzt! Therapie feuchte Formen: Makularotationschirurgie wurde heute durch intravitreale anti-VEGF Injektionen verdrängt, teilweise erfolgt noch eine photodynamische Laserbehandlung. Trockene Form: Vitamine A, C, E können ev. Verlauf verlangsamen. Bei allen Formen: Lesegeräte / Sehhilfen!

Akutes Schielen: Eine rasche Abklärung ist indiziert, wenn eine akute Parese als Ursache möglich ist. Zeichen / Symptome dafür sind: akute Doppelbilder, monokulare Motilität eingeschränkt, assoziierte Symptome wie z.B. andere Hirnnervenparesen oder akute Kopfschmerzen, und wenn Pupillenleuchten einseitig aufgehoben. Fehlen Doppelbilder und sind die Schielwinkel in alle Blickrichtungen ähnlich (Strabismus concomitans) bei normaler Motilität, ist keine sehr rasche Überweisung nötig.

Hirschberg-Reflexe: Bei Kindern kann ein Schielen durch eine Taschenlampe, die zwischen den Augen gehalten wird, diagnostiziert werden. Wenn die Hornhautreflexe symmetrisch sind (zentral oder gleichviel nach innen oder aussen dezentriert) liegt kein Schielen vor. Vertikale Reflexverschiebungen sind immer pathologisch. Zusätzlich kann bei älteren Kindern durch den Abdecktest geschaut werden, ob das vermutlich schielende Auge beim Abdecken die Fixation aufnimmt.

Netzhautablösung: Blitzen und Mouches volantes sind oft ein Frühsymptom einer Traktion respektive einer Glaskörperblutung, die der Amotio oft vorausgehen. Blitzen, da ein entoptisches Phänomen, kann keinem Auge zugeordnet werden! Visusabfall ist nicht häufig ein Frühsymptom. Ein Schatten weist schon auf die Amotio hin. Risikofaktoren sind Augentraumen, Augenoperationen und eine hohe Myopie. Zuweisung am gleichen Tag!

Migräne: Fortifikationsfiguren gehen dem Kopfschmerz voraus und wechseln oft die Seite, beginnen zentral im Gesichtsfeld und wandern nach aussen, oft C-förmig mit farbigen Zickzacklinien. Wenn sie immer auf gleicher Seite auftreten: okzipitale Kompression ausschliessen! Untersuchungen an Augen: Visus, Gesichtsfeld, Papillenbeurteilung und Augendruckpalpation (bei untypischer Symptomatik und DD akutes Glaukom). Stauungspapillen können ähnliche, jedoch meist nur Sekunden dauernde, Farbsensationen bewirken. Eine gute Hydrierung kann die Anfallsfrequenz / -stärke senken.

Akutes rotes Auge: Winkelblockglaukom: okuläre Schmerzen bis zu abdominalen Symptomen, Pupille mittelweit lichtstarr, Vorderkammer aufgehoben, Palpation sehr harter Bulbus. Uveitis: okuläre, tiefe Schmerzen, Pupille eng, Zellen in Vorderkammer, „blau-rote“ Rötung. Erosio corneae: Oberflächenschmerz, Fluorescein positiv, kein Substanzdefekt der klaren Hornhaut, Spiegelbild absolut klar. Ulkus corneae: Oberflächenschmerz, Fluorescein positiv, Substanzdefekt der getrübbten Hornhaut, Spiegelbild matt.

