

Rubrik

Blickdiagnosen

©2022 Dustri-Verlag Dr. K. Feistle
ISSN 0947-5362

Schlüsselwörter

Augennotfall – Hyposphagma – arterielle Hypertonie – Antikoagulanzen – Notaufnahme

Key words

eye emergency – hyposphagma – arterial hypertension – anticoagulants – emergency room

Rotes Auge – immer ein Notfall?

G. Michels

Klinik für Akut- und Notfallmedizin, St.-Antonius-Hospital gGmbH, Eschweiler

Rotes Auge – immer ein Notfall?

Patienten mit einem Augennotfall stellen sich oftmals nicht beim Ophthalmologen, sondern in der Notaufnahme vor. Mittels einfacher Basisuntersuchungen und gezielter Anamnese kann die Dringlichkeit bezüglich weiterer Diagnostik und Therapie zügig abgeschätzt werden

Red eye – always an emergency?

Patients with an eye emergency often do not present themselves to the ophthalmologist but to the emergency room. By means of simple basic examinations and targeted anamnesis, the urgency regarding further diagnostics and therapy can be quickly assessed.

Fallbeschreibung

Ein 83-jähriger Mann mit arterieller Hypertonie und bekanntem Vorhofflimmern stellt sich wegen einem neu aufgetretenen „roten Auge“ rechts in der Notaufnahme vor. In der Medikamentenanamnese wird neben verschiedenen Antihypertensiva auch ein orales Antikoagulans angegeben. Eine Visuseinschränkung, Augenschmerzen oder weitere Symptome liegen nicht vor (Abb. 1).

Erklärung

Augennotfälle sind für Nicht-Ophthalmologen in der Akutmedizin erst einmal als dringlich bzw. zeitkritisch einzuordnen [1, 2, 3, 4]. Ca. 2 – 3% aller Patienten stellen sich notfallmäßig wegen Augenproblemen vor (Tab. 1).

Klinisch imponiert bei den meisten Augennotfällen ein rotes Auge, was zeitnah abgeklärt werden sollte. Das rote Auge ist ein empfindlicher Indikator, da bereits eine geringe Gefäßdilatation der eigentlich weißen Sklera deutlich erkennbar wird. Neben der Beschreibung des morphologischen Befunds (idealerweise als Fotodokumentation) sollte eine Funktionsuntersuchung auch durch den Nicht-Facharzt für Augenheilkunde in der Notaufnahme durchgeführt werden (u. a. Beeinträchtigung des Sehvermögens, Pupillomotorik).

Einige Patienten äußern zudem Augenschmerzen. Da die Hornhaut dicht sensibel innerviert ist, resultieren nicht selten eine parallele Schmerzsymptomatik. Da der Hornhautschmerz klinisch am ehesten mit der Fläche als mit der Tiefe der Verletzung korreliert, ist das Ausmaß der Augenschmerzen kein guter Parameter bezüglich der Schwere der Augenverletzung. Während große oberflächige Augenverletzungen im Sinne von Hornhautläsionen massive Schmerzen mit Lidkrampf (Blepharospasmus) auslösen und relativ gut auf Lokalan-

Michels G. Rotes Auge – immer ein Notfall?.
Intensiv- und Notfallbehandlung. 2022; 47: 89-91.
DOI 10.5414/IBX0570

citation

Manuskripteingang: 24. April 2022; akzeptiert in überarbeiteter Form: 29. April 2022

Korrespondierender Autor: Prof. Dr. med. Guido Michels, Klinik für Akut- und Notfallmedizin, St.-Antonius-Hospital gGmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen, Dechant-Deckers-Str. 8, 52249 Eschweiler, guido.michels@sah-eschweiler.de





Abb. 1. Augenbefund bei Patientenvorstellung.

ästhetika ansprechen, können tiefgreifende Verletzungen asymptomatisch bleiben. Ein Blepharospasmus spricht daher für eine Beteiligung der Hornhaut.

Anamnestisch sollten primär exogene Noxen (z. B. Trauma, Verätzung, Fremdkörper, Verblitzung, Kontakt mit Kosmetika) erfragt werden. Die Frage nach Handwerks-tätigkeiten (z. B. Arbeiten mit Trennschlei-fern), Kontaktlinsenträger oder UV-Be-lastung (z. B. Schweißarbeiten) gehören ebenfalls dazu. Die Anamnese sollte auch Fragen zu aktuellen Erkrankungen (ins-besondere Bluthochdruck) und Medikamenten (u. a. Antikoagulanzen) beinhalten (Tab. 2).

Eine Unterblutung der Bindehaut, sog. Hyposphagma, war somit die Diagnose des obigen Patienten. Das Hyposphagma ist morphologisch durch eine tiefrote, klein- bis großflächig scharf begrenzte sub-konjunktivale Blutung gekennzeichnet. Ur-sächlich werden nächtliche hypertensive Bluthochdruckspitzen/-schwankungen und/oder Gerinnungsstörungen (z. B. Einnah-me von Antikoagulanzen) für ein „spontan auftretendes rotes Auge“ verantwort-lich gemacht. Ein traumatisch bedingtes Hyposphagma (z. B. Fremdkörperverletzung oder Contusio bulbi) sollte umgehend in ei-ner Augenklinik vorgestellt werden.

Hyposphagmata resorbieren sich in der Regel spontan nach 2 – 4 Wochen und be-dürfen nur bei starker Ausprägung (Schwel-lung mit Lidschluss-/Benetzungsstörung) einer hornhautpflegenden Therapie (z. B. Augengele/-salben). Primäres Ziel ist die ätiologische Behandlung des primären Aus-lösers, z. B. Optimierung der Bluthochdruck-therapie.

Tab. 1. Zeitkritische Augennotfälle, welcher innerhalb weniger Stunden fachspezi-fisch versorgt werden sollen.

Augennotfall	Kennzeichen
Endophthalmitis	Augenoperation in den letzten 7 Tagen, rotes Auge, Schmerzen
Zentralarterienverschluss	plötzlicher schmerzfreier Sehverlust auf einem Auge bei bledem Auge, oft kardiovaskuläre Risikofak-toren in der Anamnese
Chemische Verätzung	Laugen/Säuren, ungelöschter Kalk (Anamnese)
Perforierende Verletzung	Bulbusverletzung, Blow-out-Fraktur, Hornhaut-fremdkörper, Lidverletzung
Glaukomanfall	schmerzhafte Sehverschlechterung bei einseitig rotem und hartem Auge, ggf. Übelkeit
Netzhautablösung	Amotio, Ablatio: Blitze (Photopsie), Mouches volantes, Rußregen
Arteriitis temporalis Horton	Visusminderung, Kopfschmerzen, Kauschmerzen (Claudicatio masticatoria), Abgeschlagenheit, Sturzsenkung, rasche Besserung der Symptomatik auf Kortisontherapie
Augennotfälle bei Kindern	Verschiedene Ursachen und Kennzeichen

Tab. 2. Differenzialdiagnosen „akutes rotes Auge“. In Anlehnung an [1].

	Mit Schmerzen	Ohne Schmerzen
Einseitig	– Kein Fremdkörper-/Perforationsverdacht: Glaukomanfall (steinharter Bulbus) oder bei palpatorisch normalem Augeninnendruck z. B. Skleritis oder Keratitis (Keratokonjunktivitis bei Kontaktlinsenträgern) – Fremdkörper -/Perforationsverdacht	– Pulssynchrones Pulsieren: Karotis-Sinus-Cavernosus Fistel – plötzliche, flächige Blutung: Hyposphagma
Beidseitig	– Schweißen: Keratitis photoelectrica – seröses Sekret, Photophobie, Blepharospas-mus: virale Konjunktivitis (rotes Auge und verklebte Lider am Morgen; die Keratokon-junktivitis epidemica, ist hoch kontagiös)	– Chemosis, saisonal – Allergenexposition: allergische Konjunktivitis

Fazit für die Praxis

- Das rote Auge kann als Symptom vieler allgemeinmedizinisch und ophthalmologisch relevanter Erkrankungen oder durch exogene Noxen verursacht auftreten.
- Ein rotes Auge mit den Leitsymptomen Schmerzen, Visusminderung, steinhardter Bulbus und/oder Hornhautbeteiligung (Blepharospasmus) sollte als dringlich bzw. zeitkritisch eingestuft werden.

- [4] Töteberg-Harms M, Eisenack J, Funk J. [Emergencies in ophthalmology]. Praxis (Bern). 2015; 104: 847-851.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Interessenkonflikt

G. Michels ist Sprecher der Arbeitsgruppe Kardiopulmonale Reanimation (AG42), stellvertretender Sprecher des Cluster A: Kardiovaskuläre Akut- und Intensivmedizin und Sprecher des Arbeitskreises Mechanische Kreislaufunterstützung (AK-MCS) der Arbeitsgruppe Interventionelle Kardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK); kooptiertes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIN); er erhielt gelegentlich Honorare für Vortragstätigkeiten von Pfizer, Novartis, Servier, Zoll, Getinge und Orion Pharma sowie Drittmittel von der Kardiologischen Versorgungsforschung der DGK e. V. (DGK-ZfKVF). Die Interessenkonflikte stehen in keinem Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit.

Literatur

- [1] Frings A, Geerling G, Schargus M. Red eye – a guide for non-specialists. Dtsch Arztebl Int. 2017; 114: 302-312. [PubMed](#)
- [2] Fortoul V, Denis P. [Red and painful eye]. Rev Prat. 2014; 64: 707-715. [PubMed](#)
- [3] Schriffl U, Pleyer U, Jousseaume AM, Riechardt A. [Red eye somewhat different: From local finding to systemic diagnosis]. Ophthalmologe. 2020; 117: 930-933. [CrossRef PubMed](#)