



PTA

DIE PTA IN DER APOTHEKE

REPETITORIUM

Augenerkrankungen – Teil 2

Die wichtigsten Krankheiten des Auges, die meist nicht unbedingt einen Augenarzt benötigen, mit relevanten Symptomen, Therapien und Vorbeugemöglichkeiten, sind Thema dieses zweiten Repetitoriumsteils.

Im Regelfall handelt es sich hierbei um einzelne Erkrankungen am äußeren Auge. Streng beachtet werden muss: Bevor in der Apotheke verschreibungsfreie Augenmedikamente empfohlen und abgegeben werden, ist eine detaillierte Befragung des Betroffenen zu seiner Problematik notwendig. Im Folgenden werden zu einzelnen Krankheitsbildern Ursachen, Beschwerden samt Symptomen sowie Therapieoptionen beleuchtet. Gerade bei Letzteren sind manchmal auch verschreibungspflichtige Medikamente und damit der Augenarztbesuch in schwereren Fällen indiziert. Hierauf wird im Einzelnen hingewiesen.

Entzündungen der Lider Kunden mit einer lokalen Rötung und teilweise punktuell-pickelartiger Schwellung des Augenlides kommen gerne zuerst in die Apotheke. Handelt es sich um ein **Gerstenkorn (Hordeolum)** ist dies eine akute schmerzhafte Infektion der Lidranddrüsen durch Bakterien, meist Staphylokokken, seltener Streptokokken. Ein entstehender Eiterpfropf verschließt die Drüsengänge und das Sekret kann nicht mehr abfließen. Selbst Fieber kann eine Begleiterscheinung sein. Als Ursachen werden häufig das Tragen von Kontaktlinsen, Make-up oder Reiben der Au-

gen mit unsauberen Fingern ausgemacht. Häufige Rezidive können aber auch auf einen Diabetes mellitus hinweisen.

Im Rahmen der Selbstmedikation ist eine antibiotische Augensalbe mit dem Wirkstoff Bibrocathol hier sehr hilfreich. Zusätzlich ist trockene Wärme, etwa Rotlicht, mehrmals täglich zu empfehlen, da dies die Auflösung des Gerstenkorns beziehungsweise den Eiterausbruch beschleunigt. Feuchtwarme Kompressen sind wegen der Gefahr der Keimverschleppung hingegen kontraindiziert, ebenso das Gern von Kunden praktizierte „ausdrücken“ des pickelartigen Abszesses. Die Bakterien könnten in den Blutkreislauf gelangen und schlimmstenfalls sogar eine Hirnhautentzündung auslösen. Gute Hygiene, also Händewaschen und -desinfektion, sollten hingegen den Betroffenen ans Herz gelegt werden. Zur Prophylaxe von Rezidiven ist eine zusätzliche Lidrandpflege, beispielsweise mit einer neutralen Augensalbe, möglich. Nur wenn das Gerstenkorn sich nicht von selbst öffnet, kann ein Augenarzt mit einer Stichinzision nachhelfen.

Bildet sich die Entzündung zurück, ohne dass sich der Sekretstau auflöst, bleibt ein **Hagelkorn (Chalazion)** zurück. Hierbei handelt es sich um eine chronisch-granulomatöse Entzündung der Talgdrüse (Meibom-Drüse), ausgelöst durch

Verstopfung des Ausführungsgangs. Es findet sich eine schmerzfreie, umschriebene, nicht verschiebbliche Schwellung beziehungsweise Vorwölbung (Knoten) in der Tiefe des Lids, die an und für sich harmlos ist.

Kleine Hagelkörner bilden sich manchmal spontan zurück, sodass Abwarten eine Therapiestrategie ist. Rotlicht und leichte Massagen können zum Abbau des Sekretstaus führen. Auch kortisonhaltige Augensalben und -tropfen werden manchmal von Ärzten verschrieben. Ansonsten besteht noch die Möglichkeit der operativen Entfernung unter Lokalanästhesie. Da ein bösartiger Tumor der Meibom-Drüse wie ein Hagelkorn aussehen kann, wird der Arzt entfernte Kapselreste sinnvollerweise histologisch untersuchen lassen.

Auch eine **Lidrandentzündung (Blepharitis)** kann Auslöser eines abgekapselten Hagelkorns sein. Chronisch juckende und brennende Augen, ständiges Fremdkörpergefühl, gerötete, häufig geschwollene Augenlider, aber auch verklebte, manchmal ausfallende Wimpern sind Symptome. Die bakterielle Entzündung des Lidrandes (Blepharitis ulcerosa), meist verursacht durch Staphylokokken, Streptokokken oder Hämophilus, entsteht auf Basis einer Funktionsstörung der Talgdrüsen (Meibom-Drüsen). Es kommt zur schon geschilderten Lidschwellung, zahlreichen Abszessen und Ulzerationen, deren Sekrete gelbe Krusten entstehen lassen.

Selbstmedikation ist effektiv kaum möglich. Allenfalls kann man salicylsäurehaltige Augentropfen empfehlen, da diese antiphlogistisch und schwach antimikrobiell wirken. Zur Behandlung werden ansonsten antibiotische Salben eingesetzt, manchmal auch in Kombination mit einem Kortikoid. Die Prognose bei rechtzeitiger Therapie ist gut, sonst kann es durch Zerstörung der Haarbälge zu Wimpernausfall und Lidfehlstellungen kommen.

poo, da dies nicht in den Augen brennt, gut geeignet. Krusten können auch mit einem in Öl getränkten Wattestäbchen gut entfernt werden. Auch antibiotische Augensalben werden eingesetzt, bei Befall mit Haarbalgmilben Pilocarpinöl lokal. Die Prognose ist gut, die Erkrankung kann aber hartnäckig sein.

Trockenes Auge Die Keratokonjunktivitis sicca ist eine multifaktorielle Störung von Tränenfilm und Augenoberfläche, die mit körperlichem und seelischem Unbehagen sowie Sehbeeinträchtigung einhergeht. Bei dieser Benetzungsstörung von Horn- und Bindehaut mit dadurch bedingter Reizung des Auges ist entweder die Tränenmenge vermindert oder die Zusammensetzung des Tränenfilms verändert. Genau genommen kann entweder die äußere Lipidphase, gebildet von den Meibom-Drüsen (häufig vermindert durch eine chronische Lidrandentzündung, Lidfehlstellungen), die wässrige Phase, sezerniert von der Haupttränen-drüse sowie den akzessorischen Drüsen der Bindehaut (vermindert bei Tränendrüsen-Nichtausbildung, Autoimmunkrankheiten wie Sjögren-Syndrom, Leukämie etc.) oder die Muzinschicht, gebildet von den Becherzellen der Bindehaut (vermindert bei Vitamin-A-Mangel, Stevens-Johnson-Syndrom, chronischer Bindehautentzündung, Verätzung) betroffen sein. Gerade weil auch Grunderkrankungen wie Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Rheuma, neurologische, ja selbst Hauterkrankungen Auslöser eines „Trockenen Auges“ sein können, sollte eine augenärztliche Untersuchung vor einer Therapie erfolgen. Tests zur Menge und Qualität des Tränenfilms sowie eine Prüfung, ob schon Hornhautschäden entstanden sind, helfen, das richtige Therapeutikum (meist Tränenersatzmittel) zu finden. Auch Arz-

»Kleine Hagelkörner bilden sich manchmal spontan zurück, so das Abwarten eine Therapiestrategie ist.«

Die **schuppige Lidrandentzündung (Blepharitis squamosa)** tritt bei seborrhoischem beziehungsweise atopischem Hautbild häufiger auf. Die fettigen Beläge verursachen einen Sekretstau in den Meibom-Drüsen, die Talgüberproduktion lässt die Wimpern verkleben. Die Schuppen bilden dann den Nährboden für Staphylokokken, deren Toxine die Entzündung zusätzlich befeuern. Sogar schleichender Wimpernausfall ist Folge. Leider bleibt eine Blepharitis squamosa oft über Jahre unentdeckt. Betroffene haben häufig schon ein chronisches „Trockenes Auge“ entwickelt, da der Tränenfilm nicht optimal zusammengesetzt ist.

Wichtig ist die Lidrandhygiene mit Ausmassieren der Meibom-Drüsen und Reinigen ihrer Ausführungsgänge. Hierzu ist ein Wattestäbchen, getränkt mit verdünntem Babysham-

neimittel wie viele Psychopharmaka (Antidepressiva, Benzodiazepine, Neuroleptika), Betablocker, Lipidsenker, Diuretika, estrogenhaltige Präparate, Antihistaminika, Anticholinergika oder länger lokal am Auge angewandte Kortikoide, Sympathomimetika (Weißmacher), Antibiotika und Konservierungsmittel, wie Benzalkoniumchlorid, können ein Siccasyndrom auslösen. Häufiger genannt werden allerdings äußere Reize wie Kälte, Wind, trockene Luft dank Klimaanlagen, Rauch, langes Lesen, Tragen von Kontaktlinsen oder intensives Arbeiten am Computer. Nicht von ungefähr wird gerne die neudeutsche Bezeichnung „office eye syndrom“ für ein durch lange Bildschirmarbeit im klimatisierten Büro bedingtes „Trockenes Auge“ verwendet. Insgesamt kommt die Keratokonjunktivitis sicca mit zunehmendem Alter und

bei Frauen häufiger vor als bei Männern, wobei laut Hochrechnungen rund zwölf Millionen Bundesbürger betroffen sind – eine wahre Volkskrankheit!

Wird zu viel Tränenflüssigkeit verdunstet, zu wenig davon gebildet oder ist die Haftung des Tränenfilms auf der Augenoberfläche nur unzureichend gegeben, beginnen die Augen zu brennen, zu jucken, zu kratzen – geradeso als würde der Lidschlag über Schmirgelpapier scheuern. Auch über Augenrötung, Fremdkörpergefühl, Lichtempfindlichkeit, müde Augen, verklebte Lider, vor allem morgens, aber auch stärkeren Tränenfluss klagen viele Betroffene. Paradoxerweise kann gerade auch vermehrtes Augentränen Symptom eines „Trockenen Auges“ sein. Bei nahezu 80 Prozent der Siccapatienten handelt es sich um eine Störung der Lipidschicht. Ist die stabilisierende, äußere Lipidphase des Tränenfilms unzureichend, bleibt die Tränenflüssigkeit nicht am Auge haften, sondern fließt wieder heraus.

Unterschieden wird beim „Trockenen Auge“ nach dem Schweregrad (mild, leicht, mittel, schwer), dem Ort der Tränenfilmstörung (Lipidschicht, wässrige Schicht, Muzinschicht) und der Ursache: handelt es sich um eine Mindersekretion von Tränenflüssigkeit (hypovolämische Form) oder ist der Lipidanteil bei normaler oder sogar erhöhter Tränenproduktion zu gering (hyperevaporative Form)? In beiden Fällen steigt aber der Salzgehalt des Tränenfilms, was zu Entzündungen im Auge führt. Die Widerstandskraft des Auges gegen Infektionen ist deutlich geschwächt. Der Schutz vor Bakterien und Viren wird unzureichend und die Ernährung und Sauerstoffversorgung der gefäßfreien Hornhaut ist nicht mehr gesichert.

Die Behandlung des „Trockenen Auges“ erfolgt meist durch eine Verbesserung des Tränenfilms bei gleichzeitiger geeigneter lokaler und systemischer Behandlung etwaiger Grunderkrankungen. „Künstliche Tränen“, auch Tränenersatzmittel genannt, können das Gros der Patienten zufrieden stellen. Sie verringern die Tränenfilmosmolarität und reduzieren die Scherkräfte beim Blinzeln. Dadurch wirken sie bereits entzündungshemmend. Faktisch handelt es sich um wässrige Lösungen, denen Verdickungsmittel, genau genommen Filmbildner, zugesetzt wurden. Ihr Unterschied liegt in der Viskosität. Diese steigt in der Reihe von Povidon, Polyvinylalkoholen und Methylcellulosen über Hyaluronsäure sowie Polyacrylat (Carbomer) an. Mit der Viskosität steigt die Kontaktzeit am Auge. Augengels sollten möglichst erst vor dem Schlafengehen angewendet werden, da sie zu Sichtbehinderung durch Verkrustungen führen können. Zu viel des Guten kann dabei sogar die Lider verkleben.

Der Tatsache, dass eine gestörte Lipidschicht den Tränenfilm oft zu schnell verdunsten lässt, wollen Präparate mit Phospholipiden Rechnung tragen. Durch Aufsprühen von Phospholipidliposomen auf die geschlossenen Augen wird der Tränenfilm gestärkt. Die Liposomen wandern über die Lidränder ins Auge und werden in den Lipidfilm integriert. Bis zu vier Stunden wird der Tränenfilm durch diese winzigen Fettkügelchen stabilisiert. Wenn zusätzlich chronisch entzündete Lidränder vorliegen, empfinden Betroffene diese

Präparate als sehr angenehm, da sie zusätzlich kühlend und Juckreiz stillend wirken.

Im Beratungsgespräch sollte durchaus darauf hingewiesen werden, dass Betroffene gegebenenfalls verschiedene Tränenersatzmittel ausprobieren müssen, ehe das optimale Präparat für sie gefunden ist. Da die Anwendung regelmäßig und über einen längeren Zeitraum zu erfolgen hat, sind Konservierungsmittelfreie Zubereitungen Mittel der ersten Wahl. Therapieansätze, die in den Krankheitsmechanismus eingreifen, sind teilweise noch im Versuchsstadium – und unterliegen ansonsten selbstverständlich der Verschreibungspflicht. Gegen mäßige und schwere Formen des Siccasyndroms ist in den USA mittlerweile eine 0,05-prozentige Cyclosporin-A-haltige Lösung zugelassen, da das aus norwegischen Schlauchpilzen isolierte Cyclosporin A aufgrund seiner antiinflammatorischen Wirkung in mehreren Studien gut wirksam war. In Deutschland existiert eine NRF-Rezeptur für ölige, ein- und zweiprozentige Cyclosporinhaltige Augentropfen. Da bei sinkendem Androgenspiegel die Tränendrüse degeneriert und entzündliche Reaktionen in Tränendrüse und Augenoberfläche gefördert werden, wurden auch Androgen-haltige Augentropfen entwickelt. Diese befinden sich in klinischen Studien Phase III und scheinen überaus effektiv zu sein. Selbst Eigenserum und Sekretagoga, etwa Diquafosol, werden ausprobiert. Renner für jedermann werden diese neuen Therapieoptionen jedoch nicht werden. Die Tränensubstitution ist und bleibt die Basis.

Konjunktivitis Sind die Augen „nur“ gerötet, handelt es sich in den meisten Fällen um eine Konjunktivitis (Bindehautentzündung). Diese kann jedoch sehr unterschiedliche Auslöser haben. Allergien, Infektionen oder Reizungen durch Chlor (Schwimmbad), Wind und Wetter zählen zu den häufigsten. ■

Dr. Eva-Maria Stoya, Apothekerin / Journalistin

Der dritte Repetitoriumsteil beschäftigt sich intensiver mit Besonderheiten der medikamentösen Therapie, wie sie für das Auge gelten. Eingegangen wird auch hier noch auf einzelne Erkrankungen sowie Nährstoffe, die helfen können, das Augenlicht so lange wie möglich gesund zu erhalten.

-
- **Informationen** zur Reizkonjunktivitis, allergischen und infektiösen Konjunktivitis finden Sie, wenn Sie diesen Artikel online unter www.pta-aktuell.de lesen!



WEBCODE: CB088