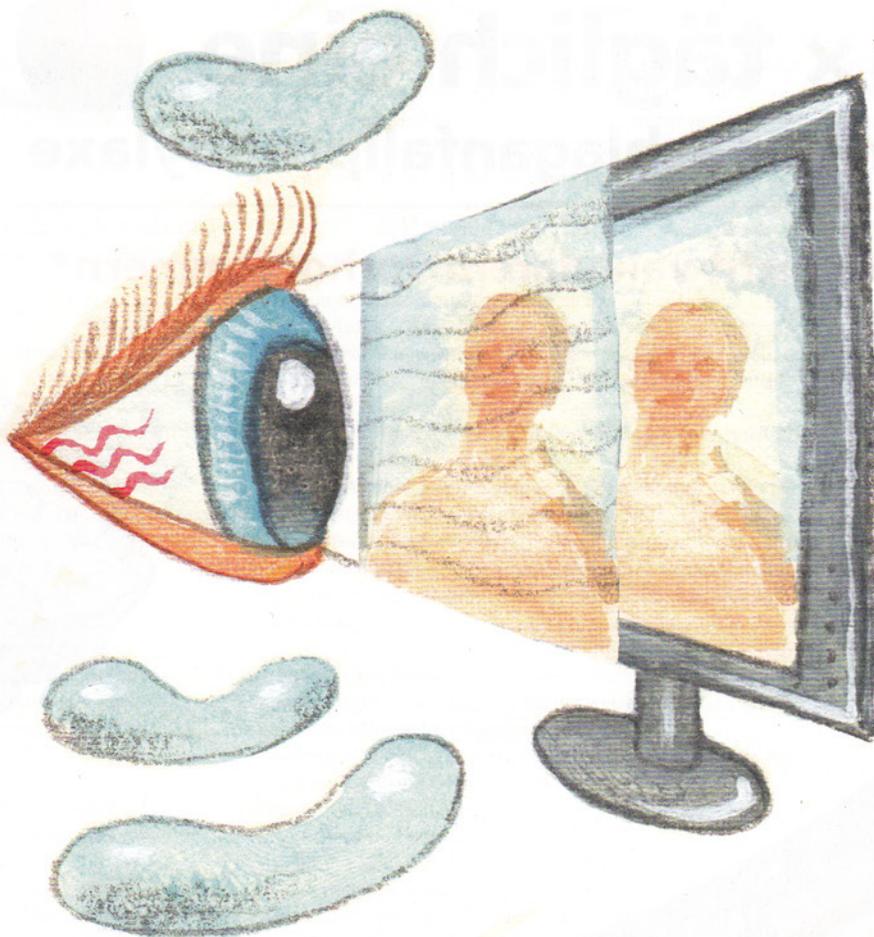


# Beim Fernsehen sch

*Herr M. kommt in Begleitung seiner aufgeregten Frau, die ihn in die Ordination führt. „Vor einer halben Stunde haben wir uns gerade gemütlich vor den Fernseher gesetzt, als mein Mann plötzlich meinte, alles ganz verschwommen und neblig zu sehen. Aus heiterem Himmel klagte er über ganz starke Schmerzen im linken Auge. Inzwischen hat er auch noch starke Kopfschmerzen dazubekommen. Was hat er nur?“, fragt Sie seine besorgte Ehefrau. Herr M. ist ca. 70 Jahre alt, und sein linkes Auge ist stark gerötet. Die Pupille bleibt bei der Untersuchung mittelweit und starr. Weiters berichtet Herr M. über starke Übelkeit, schwindlig sei ihm aber nicht. In der Anamnese erfahren Sie, dass ihr Patient außer einem Blutdrucksenker keinerlei Medikation einnimmt. Er sei sonst immer recht fit gewesen, meint seine Frau. Was kann die Ursache des plötzlichen Visusverlustes sein, und welche Maßnahmen sind einzuleiten?*



## „Ein akuter Glaukomanfall ist in diesem Fall sehr wahrscheinlich“



**Dr. Egon Alzner**  
Emco-Privatklinik,  
Fachbereich Augenheilkunde,  
Bad Dürnbürg, Salzburg

Eine einseitig, plötzlich aufgetretene Sehstörung, von Augenrötung, heftigen Augenschmerzen und Kopfschmerzen begleitet, schränkt die Zahl der Differenzialdiagnosen deutlich ein. Wenn die Symptome bei einer älteren Person beim Fernsehen aufgetreten sind, ist ein akuter Glaukomanfall sehr wahrscheinlich.

Im Auge findet ein kontinuierlicher Flüssigkeitsaustausch des Kammerwassers statt, Produktion und Abfluss stehen im Gleichgewicht. Im Alter wird die Augenlinse dicker und benötigt mehr Platz, und wenn die Pupille weit wird – wie dies im Halbdunkel beim Fernsehen vorkommt –, kann es zum Verschluss der Abflusswege im Kammerwinkel und zum Rückstau des Kammerwas-

sers mit Augendruckwerten über 50 mm Hg kommen.

Der akute Glaukomanfall ist ein „echter Notfall“ mit Erblindungsgefahr, es muss sofort augenärztliche Hilfe in Praxis oder Notfallambulanz in Anspruch genommen werden. Mit wenigen Untersuchungsschritten kann die Diagnose bestätigt und mit der Behandlung begonnen werden, immer kombiniert systemisch und lokal (Acetazolamid oder Mannit i.v., drucksenkende Augentropfen, z.B. Betablocker, erst im zweiten Schritt pupillenverengende Augentropfen). Meist wird damit die Akutsituation beherrschbar sein, nur selten ist ein operativer Eingriff (z.B. Linsenentfernung) in dieser Phase notwendig. Sobald der Augendruck wieder sinkt, verschwinden Symptome wie Schmerz und Augenrötung sofort. Meist erholt sich das Sehvermögen rasch wieder.

Ist die kritische Situation behoben, muss dafür Sorge getragen werden, dass sich das Geschehen nicht wiederholt. Mittels YAG-Laser wird eine Zirkulationslücke in die Iris geschnitten (Iridotomie), damit es nicht wieder zu einem Zirkulationsstopp kommt. Da normalerweise beide Augen

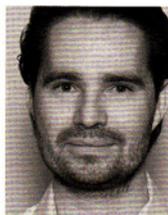
Falls Sie einen interessanten Fall haben, schicken Sie uns eine kurze Beschreibung der Symptomatik (max. 600 Anschläge inkl. Leerzeichen) und lesen Sie, was Ihre Kollegen tun würden. E-Mail: [redaktion@aerztetmagazin.at](mailto:redaktion@aerztetmagazin.at)

# merzt das Auge

gleich gebaut sind, wird prophylaktisch auch am zweiten Auge eine YAG-Laser-Iridotomie durchgeführt.

Wenn nicht vor dem Anfall ein Vorscha-den bestanden hat und die Behandlung rasch nach Beginn der Symptome eingeleitet wird, ist die Chance zur Wiederherstellung des Sehvermögens gut.

## „Ein zu enger Kammerwinkel tritt nahezu immer beidseits auf“



**Priv.-Doz. Dr. Alois K. Dexl, MSc**

Leiter der Spezialambulanz für Intraokularlinsenimplantation, Univ.-Klinik für Augenheilkunde und Optometrie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Die Anamnese lässt sofort hellhörig werden, da es sich wohl um einen der wenigen „richtigen“ Notfälle der Augenheilkunde handelt. Die erweiterte, lichtstarre Pupille, die starken Schmerzen und die Sehbeeinträchtigung lassen sofort an einen akuten Glaukomanfall denken. Mit einem Visitenlämpchen sollte bei der Austestung der Pupillomotorik auch der Reflex der Hornhaut abgeschätzt (normalerweise glatt, klar und glänzend) und mittels der beiden Zeigefinger der Augendruck palpatorisch überprüft werden.

Sollte der Bulbus hierbei deutlich härter sein („steinhart“), so sollte sofort die Zuweisung an die nächste Augenabteilung bzw. Augenklinik erfolgen. In der allgemeinmedizinischen Praxis kann akut ein intravenöser systemischer Carboanhydraschemmer (Acetazolamid 500 mg i.v.; Handelsname: Diamox) verabreicht werden.

Der akute Glaukomanfall beruht auf einer plötzlichen Verminderung des Kammerwasserabflusses aufgrund einer Verlegung des Kammerwinkels durch die Regenbogenhaut (Winkelblock), weshalb an einer Augenabteilung bzw. -klinik eine Verbesserung der Kammerwasserpassage von der Hinterkammer in die Vorderkammer durch Schaffung einer Öffnung in der Iris mittels Laser erfolgt (YAG-Iridotomie).

Die vorliegende anatomische Prädisposition (zu enger Kammerwinkel) tritt nahezu immer beidseits auf, weshalb kurz nach Laserbehandlung des Auges mit akutem Glaukomanfall auch das Partnerauge prophylaktisch einer Lasertherapie unterzogen werden sollte.

## „Es ist wichtig, möglichst schnell den Augeninnendruck zu entlasten“



**Priv.-Doz. Dr. Katharina Kubista**

Fachärztin für Augenheilkunde und Optometrie, Wien

Die Symptome von Herrn M. passen eindeutig zu einem akuten

Glaukom bzw. einem akuten Winkelblock.

Als Augenärztin würde ich bei Herrn M. eine kurze Augen- und Allgemeinanamnese durchführen und umgehend danach die Augen an der Spaltlampe untersuchen. Bei so einem akuten Winkelblock am linken Auge wird die Hornhaut eingetrübt und ödematös, die Bindehaut stark gereizt und gerötet sein und die Pupille, wie beschrieben, lichtstarr sein. Die Vorderkammer wird sehr flach sein, und möglicherweise wird sich auch die Iris wie ein „Gugelhupf“ vorbeulen und eventuell sogar die Hornhautinnenseite berühren. Der Augeninnendruck wird massiv erhöht sein (50-100mmHg).

Nach einer raschen Diagnosefeststellung ist es wichtig, den Patienten möglichst schnell von seinem Schmerz zu befreien

und den Augeninnendruck zu entlasten. Hierzu ist es wichtig, dass sich der Patient in Rückenlage begibt, damit sich die Linse nach hinten verlagern kann. Danach sollte der Patient intravenös und per oral Acetazolamid (jeweils 500mg) und lokal Dexamethason und Timolol 0.5% erhalten, sofern es keine Kontraindikationen hierfür gibt. Analgetika und Antiemetika können dann noch nach Bedarf gegeben werden.

Nach 30 Minuten können dann Pilocarpin 2% Augentropfen in das betroffene Auge getropft werden und der Augeninnendruck erneut kontrolliert werden. Sollte der Augeninnendruck nach 30 Minuten noch immer >35mmHg sein, dann sollte Mannitol 20% (1-2g/kg) über 45 Minuten intravenös verabreicht werden.

Sobald die Hornhaut wieder klarer wird, kann eine Laser-Iridotomie durchgeführt werden, um einen Flüssigkeitsaustausch zwischen Vorder- und Hinterkammer herzustellen. Es ist wichtig, dass auch das Partnerauge mit dem Gonioskop untersucht und prophylaktisch mit Pilocarpin-1%-Augentropfen behandelt wird. In der Regel wird auch am Partnerauge eine prophylaktische Laser-Iridotomie durchgeführt. Bei weniger starken Fällen kann so eine Laser-Iridotomie an beiden Augen sofort durchgeführt werden. ■

## Rabeprazol ratiopharm®

Rabeprazol ratiopharm® 10 mg  
magensaftresistente Tabletten

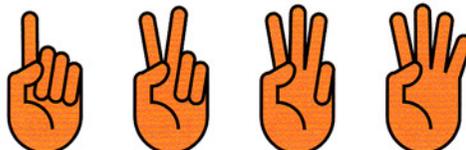
Wirkstoff: Rabeprazol-Natrium

30 magensaftresistente Tabletten  
Rabeprazol ratiopharm® 20 mg  
magensaftresistente Tabletten

AB 1. MAI IN DER  
GRÜNEN BOX

magensaftresistente Tabletten ratiopharm

TEVA ratiopharm



1 2 3 4



AB 1. MAI GIBT'S ALLE 5 PPIs  
AUS EINER HAND