

8. Allergische Erkrankungen der Augen

- 8.1 Allergische Bindehautentzündung
- 8.2 Andere Formen der Bindehautentzündung
- 8.3 Kontaktekzem der Lider
- 8.4 Urtikaria und Quincke-Ödem
- 8.5 Zusammenfassung



Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der allergischen Bindehautentzündung und anderen Augenerkrankungen, die davon abgegrenzt werden müssen.



Tobias, acht Jahre alt, hat seit einigen Tagen gerötete Augen. Es ist Sommer und schönster Sonnenschein. Immer wenn er längere Zeit im Freien gespielt hat, fangen die Augen an zu jucken und zu tränen. Tobias reibt dann kräftig die Augen, dadurch werden sie noch röter. Sehen kann der Junge ganz normal, Fieber hat er auch nicht. Bereits letztes Jahr war die Bindehaut während der Sommerzeit immer wieder einmal gerötet gewesen. So schlimm wie dieses Jahr war es jedoch nicht.

Die Mutter geht mit Tobias zur Kinderärztin. Diese vermutet eine allergische Bindehautentzündung und führt einen Hauttest durch. Dieser bestätigt die Verdachtsdiagnose: Es handelt sich um eine allergische Bindehautentzündung, hervorgerufen durch eine Gräserpollenallergie. Die Kinderärztin spricht ausführlich mit Tobias und seinen Eltern. Die Gräserpollen sind in der Sommerzeit schwer zu meiden, da sie mit dem Wind über weite Strecken durch die Luft getragen werden. Mit einigen Vorsichtsmaßnahmen kann er jedoch versuchen, den Pollenkontakt etwas zu reduzieren. Tobias erhält antiallergische Augentropfen. Innerhalb einiger Tage sind die Beschwerden deutlich gebessert.

8.1 Allergische Bindehautentzündung (allergische Konjunktivitis)

Die Bindehaut (Konjunktiva) ist der Teil des Auges, der am häufigsten von allergischen Erscheinungen betroffen ist, da sie im unmittelbarem Kontakt mit der Außenwelt steht und sehr gut durchblutet ist.

8.1.1 Wie äußert sich eine allergische Bindehautentzündung?

Juckreiz, Augentränen, Brennen, Rötung und Schwellung der Bindehaut sind die Hauptsymptome einer allergischen Bindehautentzündung. Zusätzlich kann ein milchiger Ausfluss aus dem Auge sowie Lichtscheu vorhanden sein. Das Sehvermögen ist normalerweise nicht beeinträchtigt. Bei einer allergischen Konjunktivitis treten die Symptome fast immer an beiden Augen auf. Die Symptome können sich isoliert nur am Auge oder aber meist in Kombination mit einem allergischen Schnupfen im Rahmen eines Heuschnupfens zeigen.

Eine allergische Bindehautentzündung kann **saisonal** zu einer bestimmten Jahreszeit oder mehr oder weniger **ganzjährig** auftreten.

8.1.2 Was sind die Ursachen einer allergischen Bindehautentzündung ?

- **Pollen**
Am häufigsten tritt eine allergische Bindehautentzündung im Rahmen eines Heuschnupfens bei einer Pollenallergie auf (*siehe auch →Kapitel 4.4*). Beim klassischen Heuschnupfen besteht neben der Bindehautentzündung ein Schnupfen mit laufender oder verstopfter Nase.
- **Ganzjährig vorkommende Allergieauslöser**
Als ganzjährig vorkommende Allergieauslöser kommen hauptsächlich Hausstaubmilben (*siehe →Kapitel 12.2*) sowie Haustiere (*siehe →Kapitel 12.3*) in Frage.
- **Sonstige Auslöser**
Prinzipiell kann jede Substanz, welche in die Bindehaut gelangt, eine allergische Bindehautentzündung auslösen. Verantwortlich sind vor allem **Medikamente** z.B. in Antibiotika in Augentropfen sowie **Konservierungsmittel** und **Kosmetika**. Neben allergischen Sofortreaktionen können hierbei auch Reaktionen vom verzögerten Typ eine Rolle spielen. Oft sind dann auch die Augenlider mit einem Lidexzem betroffen.

8.1.3 Wie wird eine allergische Bindehautentzündung diagnostiziert?

Die **Anamnese** ist oft schon hinweisend. Bei einem saisonalen Auftreten, begleitet von Schnupfen, ist eine Pollenallergie sehr wahrscheinlich. Auch die Auslösung durch Haustiere ergibt sich meist schon aus der Vorgeschichte. Wichtig ist auch die Information, ob örtlich am Auge Medikamente verabreicht wurden. Der Zusammenhang mit Hausstaubmilben bei ganzjährigem Auftreten ist oft nicht ohne weiteres herzustellen.

Mit dem **Pricktest** oder **RAST** wird bei Reaktionen vom Soforttyp nach Allergieauslösern gefahndet. Vor allem Frühstadium der Erkrankung können diese allerdings unauffällig sein, wenn nämlich zwar Allergieantikörper in der Bindehaut, jedoch nicht im Blut oder der Haut vorhanden sind. Im Zweifelsfall wird eine konjunktivale Provokation durchgeführt: der vermutete Allergieauslöser wird auf die Bindehaut getropft, im positiven Falle tritt eine Rötung und Tränenabsonderung ein. Bei Verdacht auf eine Reaktion vom verzögerten Typ, beispielsweise wenn gleichzeitig ein Lidexzem vorliegt, wird ein Patch-Test angelegt (*siehe auch →Kapitel 3*).

8.1.4 Wie behandelt man eine allergische Bindehautentzündung?

1) Meidung des Allergieauslösers

An erster Stelle steht die Vermeidung der allergieauslösenden Stoffe. Dies ist bei einer Tierallergie meist noch relativ einfach, wenn auch häufig sehr schmerzlich. Bei einer durch Pollen ausgelösten Bindehautentzündung ist die Allergenvermeidung schon wesentlich schwieriger zu bewerkstelligen. Hinweise für die einzelnen Allergieauslöser finden Sie in folgenden Kapiteln:

- Ratschläge für Pollenallergiker *siehe* → [Kapitel 12.1](#)
- Ratschläge für Milbenallergiker *siehe* → [Kapitel 12.2](#)
- Was ist zu tun bei Tierallergien? *siehe* → [Kapitel 12.3](#).

2) Augenspülung

Nach intensivem Kontakt mit Pollen oder anderen von außen ins Auge gelangten Allergieauslösern kann durch Ausspülen des Auges mit klarem Wasser ein Teil der Allergene entfernt werden. Zudem bringt die Kühlung Linderung.

3) Medikamentöse Behandlung

• DNCG-Augentropfen

DNCG (= Dinatriumcromoglicinsäure, z.B. Cromo-ratiopharm[®], DNCG Trom[®], Fenistil[®] Augentropfen Cromoglicin, Opticrom[®], Vividrin[®]) hemmt die Ausschüttung von Histamin und wirkt nur vorbeugend. Die Behandlung sollte daher bereits einige Tage vor dem erwarteten Pollenflug, spätestens bei den ersten Symptomen beginnen. Die Anwendung muss zumindest während der Zeiten mit starkem Pollenflug viermal täglich erfolgen. DNCG ist sinnvoll bei leichter Bindehautentzündung ist auch bei Langzeitanwendung sehr gut verträglich. Lodoxamid (Alomide[®] Augentropfen) wirkt ähnlich wie DNCG.

• Nedocromil

Nedocromil (Irtan[®] Augentropfen) hat im Vergleich zu DNCG zusätzlich eine antientzündliche Wirkung und einen schnellen Wirkungseintritt.

• Antihistaminika

Antihistaminika blockieren die Wirkung des Histamins und dämpfen so die allergische Reaktion. Zur örtlichen Anwendung als Augentropfen stehen z.B. Allergodil[®], Emadine[®] und Livocab[®] zur Verfügung. Sie haben in der medikamentösen Therapie der allergischen Bindehautentzündung die größte Bedeutung.

• Kortikoide

In ganz schweren und hartnäckigen Fällen muss manchmal auf Kortikoide zurückgegriffen werden. Sie haben bei allen Formen der allergischen Bindehautentzündung eine sehr gute Wirkung. Sie sollten jedoch möglichst nur örtlich als Augentropfen oder Augensalbe, kurzzeitig und möglichst unter Überwachung eines Augenarztes eingesetzt werden. Die Gefahren bei längerdauernder Anwendung sind eine vermehrte Anfälligkeit des Auges für Infektionen, Trübungen der Linse und Erhöhung des Augeninnendrucks. Die innerliche Behandlung mit Kortikoiden muss absoluten Ausnahmefällen vorbehalten bleiben.

• Schleimhaut abschwellende Mittel

Bei heftigen Reaktionen können zur Akutbehandlung für kurze Zeit auch schleimhautabschwellende Augentropfen verwendet werden (z.B. Berberil[®], Ophtalmin[®], Yxin[®]). Sie führen über eine Verengung der Blutgefäße zu einer Linderung des Juckreizes und einem Nachlassen der Rötung. Eine Dauerbehandlung mit diesen Stoffen ist nicht sinnvoll, da es dann nach einer kurzen Drosselung der Durchblutung zu einer überschießenden Durchblutung der Bindehaut kommt. Da die schleimhautabschwellenden Augentropfen nicht in das eigentliche allergische Geschehen eingreifen, wurde die Anwendung dieser Substanzen auch als "Bindehautkosmetik" bezeichnet.

Problematisch ist auch die häufig geübte Anwendung von Kamillebädern am Auge. Bestimmte Kamillearten wie die Hundskamille können nämlich Kontaktallergien auslösen.

4) Hyposensibilisierung

Die Pollenallergie ist das klassische Anwendungsgebiet der Hyposensibilisierungsbehandlung (*siehe auch* → [Kapitel 13](#)). Bei der Hyposensibilisierung wird dem Körper in steigender Dosis der Allergieauslöser verabreicht, bis das Immunsystem nicht mehr allergisch auf ihn reagiert. Goldstandard ist die subkutane Hyposensibilisierung, bei der die Allergene unter die Haut gespritzt werden. Auch bei Milben- und Tierallergien kommt eine Hyposensibilisierung in Frage, wenn der Allergieauslöser nicht ausreichend zu meiden ist.

8.1.5 Wovon muss eine allergische Bindehautentzündung abgegrenzt werden?

Die allergische Bindehautentzündung muss vor allem von der **infektiösen Bindehautentzündung** abgegrenzt werden. Meist sind Viren oder Bakterien die Ursache. In beiden Fällen besteht eine Rötung der Bindehaut. Bei durch Viren hervorgerufenen Entzündungen ist die Absonderung meist klar, bei bakteriell bedingten Entzündungen meist eitrig-trüb. In unklaren Fällen muss der Augenarzt klären, ob nur die Bindehaut oder auch innere Strukturen des Auges oder die Hornhaut mitbetroffen sind. Vor allem bei einer einseitig auftretenden Augenrötung muss an nichtallergische Ursachen gedacht werden! Die eitriche Bindehautentzündung wird mit antibiotischen Augentropfen behandelt.

8.2 Weitere Formen der Bindehautentzündung

8.2.1 Frühjahrskonjunktivitis (vernale Keratokonjunktivitis)

Die Frühjahrskonjunktivitis kommt bei uns sehr selten, in trockenen, warmen, südlichen Ländern häufiger vor. Die meisten Patienten sind zwischen fünf und fünfzehn Jahre alt. Es besteht ein außerordentlicher Juckreiz (die Patienten möchten sich "die Augen auskratzen"), außerdem neben einer Augenrötung und Tränenfluss ein Fremdkörpergefühl und Lichtscheu. Charakteristisch bei der Untersuchung ist ein "pflastersteinähnliches" Aussehen der Bindehaut im Bereich des Oberlides. Zwei Drittel der Patienten weisen eine atopische Veranlagung auf. Die Therapie entspricht der Behandlung der allergischen Konjunktivitis.

8.2.2 Riesenpapillenkongjunktivitis bei Kontaktlinsenträgern

Diese Form der Konjunktivitis kommt vor allem bei Trägern harter und weicher Kontaktlinsen vor. Als Auslöser angeschuldigt werden Eiweißablagerungen auf der Kontaktlinse, die zu einer allergischen Reaktion führen. Die Symptomatik entspricht der Frühjahrskonjunktivitis. Sobald keine Kontaktlinsen mehr getragen werden, verschwindet diese Form der Bindehautentzündung wieder von selbst.

8.2.3 Atopische Keratokonjunktivitis

Die atopische Keratokonjunktivitis (= Entzündung von Binde- und Hornhaut) kommt bei Neurodermitikern ab dem Alter von etwa 10 Jahren vor. Es bestehen Schmerzen, ein Fremdkörpergefühl, Jucken, Brennen sowie eine wässrige bis schleimige Absonderung. Die atopische Keratokonjunktivitis tritt beidseitig und ganzjährig auf. Wegen der oft bestehenden Hornhautbeteiligung bedarf sie regelmäßiger augenärztlichen Kontrollen. Behandelt wird mit antiallergischen Augentropfen, häufig ist die örtliche Anwendung von Kortikoiden erforderlich.

8.3 Kontaktekzem der Lider

Kontaktallergien an den Augenlidern können sich in leichten Fällen lediglich als eine Rötung und Schuppung äußern. In ausgeprägteren Fällen besteht eine Rötung, Bläschenbildung, Nässen der Haut und Schwellung der Augenlider, evtl. auch des umgebenden Gewebes. Auch die Bindehaut kann mitbetroffen sein. Es handelt sich um eine Typ IV-Allergie vom verzögerten Typ.

Als Ursache kommen hauptsächlich in Kosmetika enthaltene Farbstoffe, Duftstoffe und Konservierungsstoffe sowie Medikamente in Betracht. Die Diagnostik beinhaltet nach genauer Erhebung der Anamnese eine Austestung der in Frage kommenden Substanzen mit dem Patch-Test. Die Therapie besteht in der konsequenten Meidung der auslösenden Substanz(en).

8.4 Urtikaria und Quincke-Ödem

Im Rahmen allergischer Sofortreaktionen kann ein Nesselausschlag (= Urtikaria) im Bereich der Augenlider vorkommen. Wenn tiefere Gewebsschichten im Bereich des Gesichts von der Schwellung betroffen sind spricht man von einem Quincke-Ödem. Beispiele für Auslöser sind eine Insektengiftallergie oder eine Nahrungsmittelallergie. Die Behandlung richtet sich nach den im Vordergrund stehenden Organsymptomen (z.B. Asthmaanfall, Kreislaufprobleme) sowie nach dem zugrundeliegenden Auslöser.

8.5 Zusammenfassung

Eine **allergische Bindehautentzündung** äußert sich mit Juckreiz, Augenrötung, Augentränen und Augenbrennen, eventuell verbunden mit einem milchigen Ausfluss. Am häufigsten tritt sie bei einer Pollenallergie im Rahmen eines Heuschnupfens auf.

Kontaktallergien vor allem durch Kosmetika und Medikamente können sich im Bereich der Augenlider mit eventueller Beteiligung der Bindehaut abspielen.

Die bei uns sehr seltene **Frühjahrskonjunktivitis** tritt meist bei Jugendlichen vor der Pubertät in trockenen, warmen, südlichen Ländern auf. Es zeigt sich vor allem ein quälender Juckreiz.

Die **Riesenpapillenkongjunktivitis** findet sich vor allem bei Trägern von Kontaktlinsen. Sie bildet sich nach Entfernung der Kontaktlinsen zurück.

Die **atopische Keratokongjunktivitis** ist eine mögliche Komplikation einer Neurodermitis ab dem Alter von etwa 10 Jahren.

Im Rahmen allergischer Allgemeinreaktionen beispielsweise bei Insektengift- oder Nahrungsmittelallergien können eine Schwellung der Augenlider oder sogar des ganzen Gesichtes (**Quincke-Ödem**) auftreten.

