

Leitlinie

Berufsverband der Augenärzte
Deutschlands e.V.

Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.



DOG

Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft

Die wissenschaftliche Gesellschaft
der Augenärzte

Leitlinie Nr. 12

Bakterielle Konjunktivitis

Inhaltsverzeichnis

Leitlinie Nr. 12 Bakterielle Konjunktivitis	2
Definition	2
Vorgehen	2
Therapie.....	3
Ambulant/Stationär	3

Leitlinie Nr. 12 Bakterielle Konjunktivitis

Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie beschreiben, was Augenärzte für eine angemessene Patientenversorgung in der Praxis für geboten halten. Dies entspricht in vielen Fällen nicht dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (siehe [Präambel](#)).

Definition

Entzündung der Bindehaut durch Bakterien ohne primäre Beteiligung von Hornhaut, Lederhaut oder Regenbogenhaut. Verlauf in der Regel akut, seltener chronisch (z.B. Chlamydien). Zu unterscheiden sind einseitige und doppelseitige Konjunktivitiden. Differentialdiagnostisch müssen vor allem andere Ursachen einer Konjunktivitis (z.B. Fremdkörper, Allergie, Virus, reizende Agenzien, Verätzung, "trockenes Auge") abgegrenzt oder als Ursache für die akute bakterielle Konjunktivitis ausgeschlossen werden. Außerdem müssen Ursachen für ein "rotes Auge" außerhalb der Bindehaut wie z.B. Glaukomanfall, Iritis, (Epi-)skleritis, Dakryoadenitis oder -cystitis, Hordeolum oder Hornhautfremdkörper ausgeschlossen werden. Sekundär können benachbarte Strukturen in den Krankheitsprozeß einbezogen werden, mit zum Teil schwerwiegenden morphologischen und funktionellen Auswirkungen. Bei jedem "roten Auge" ist deswegen die differentialdiagnostische Abklärung und die Bestimmung der betroffenen Strukturen mit den u.g. notwendigen Untersuchungen unerlässlich!

Vorgehen

Notwendig:

- Anamnese
 - akut oder chronisch ?
 - rezidivierend?
 - einseitig oder beidseitig ?
 - eitrig/verklebt ?
 - Allergie ?
 - sonstige Augenerkrankungen ?
 - Kontaktlinsenträger ?
- Inspektion der Augen, ihrer Adnexe und der Gesichtshaut (Herpes, Rosacea)
- Sehschärfenbestimmung, ggf. mit bekannter Korrektur (falls erforderlich Ausmessen vorhandener Sehhilfen)
- Spaltlampenuntersuchung der Lider, der Lidkanten, der Bindehaut, der Hornhaut, des Tränenfilms und -meniskus
- Dokumentation
- Befundbesprechung und Beratung

Im Einzelfall erforderlich:

- weiterführende Anamnese:

- Hauterkrankungen ?
- Verletzung ?
- grippaler Infekt ?
- Urogenitalinfektion ? (bei Säuglingen und bei V.a. Chlamydieninfektion)
- Berufsanamnese (Toxine, Klimaanlage, Bildschirmarbeit ?)
- Medikamentenanamnese
- im Augenbereich verwendete Kosmetika ?
- Ektropionieren z.B. zum Ausschluss eines Fremdkörpers
- weitere Untersuchungen der altersentsprechenden Basisdiagnostik (z.B. bei durch den Lokalbefund nicht zu erklärender Visusminderung oder bei Patienten, die sich erstmals oder nach einem Intervall von über einem Jahr nach der letzten augenärztlichen Basisdiagnostik vorstellen, siehe Leitlinien Nr. 2 - 4)
- Palpation der regionären Lymphknoten
- Abstrich auf Bakterien oder Chlamydien, ggf. mit Resistenztestung (z.B. bei Nichtansprechen auf Antibiotika) (s. Lit. 1)
- Prüfung der Augenstellung und -beweglichkeit (bei V.a. Entzündung tiefer liegender Strukturen)
- Tränennasendwegsspülung (bei V.a. Dakryocystitis und Tränennasendwegsverschluß)
- bei V.a. Sicca-Syndrom siehe [Leitlinie Nr. 11](#)
- bei V.a. Verletzung siehe [Leitlinie Nr. 8](#)
- Kontaktlinsenkontrolle siehe [Leitlinie Nr. 6](#)
- Messung des Augeninnendruckes nur bei Glaukomverdacht (Cave: Gefahr der Übertragung vor allem von Keratokonjunktivitis epidemica)
- Biopsie (sehr selten differentialdiagnostisch notwendig)
- Kommunikation mit Hausarzt/Gynäkologen bei vermuteter oder nachgewiesener Chlamydien-Infektion

Therapie

- topische Antibiotika
- bei gesicherter Chlamydieninfektion: systemische Antibiose (z.B. Azythromycin 500 mg/d x 3 Tage) in Absprache mit dem Gynäkologen/Hausarzt und Mitbehandlung des Sexualpartners (s. Lit. 2,-7)
- bei rezidivierender Konjunktivitis durch Tränennasendwegsverschluß operative Sanierung (siehe [Leitlinie Nr. 9](#))
- Kontaktlinsenpause, gründliche Reinigung der Linsen und Austausch des Behälters

Ambulant/Stationär

- immer ambulant

Kontrollintervall

- abhängig vom Verlauf

Literatur:

- Thompson PP, Kowalski RP. A 13-year retrospective review of polymerase chain reaction testing for infectious agents from ocular samples. *Ophthalmology* 2011; 118:1449-1453
- Chen YM, Hu FR, Hou YC. Effect of oral azithromycin in the treatment of chlamydial conjunctivitis. *Eye* 2010;24:985-989
- Behrens-Baumann W. Chlamydienerkrankungen des Auges. *Ophthalmologe* 2007;104:28-34
- Messmer EM. Chlamydial keratitis and conjunctivitis. In: *The Cornea*. Eds. Foster CS, Azar DT, Dohlman CH. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Fourth Edition, 2005:447-460
- Kalayoglu MV, Pavan-Langston D, Miller JW. Treatment of chlamydial eye infections. *Int Ophthalmol Clin* 2004;44:135-46
- Mabey D, Solomon A. The effect of antibiotic treatment on active trachoma and ocular *Chlamydia trachomatis* infection. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2003; 1:209-216
- Kalayoglu MV. Ocular chlamydial infections: Pathogenesis and emerging treatment strategies. *Curr Drug Targets Infect Disord* 2002;2:85-91

Zum Verständnis der Leitlinie: siehe [Präambel](#)