

Besonderheiten:

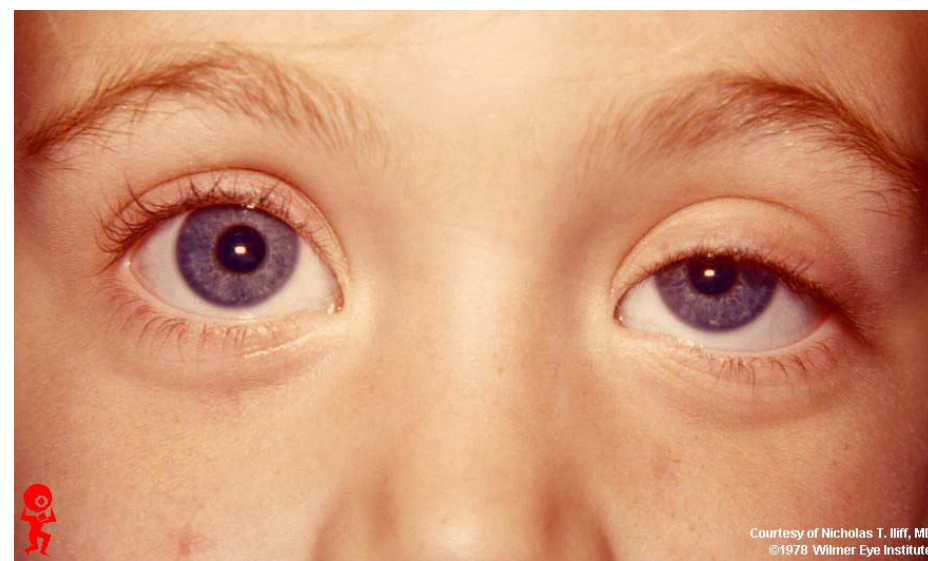
- Oft Kinder oder junge Erwachsene betroffen
- Aufklärung der Eltern/Familie
- Familiäre Häufung

- Krankheitswert

- Behandlung oft sehr komplex, manchmal nicht möglich
- Rehabilitation wichtig

Angeborene Ptosis

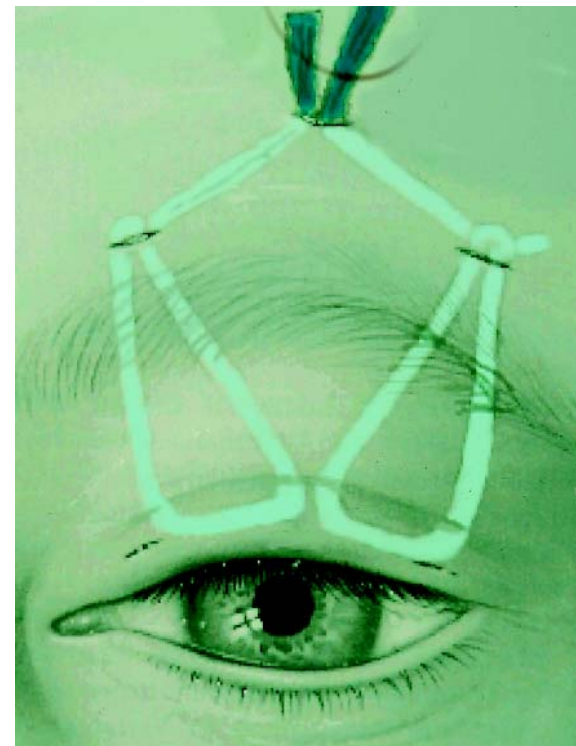
OP: Levatorsuspension



Courtesy of Nicholas T. Iliff, MD
©1978 Wilmer Eye Institute



Courtesy of Nicholas T. Iliff, MD
©1981 Wilmer Eye Institute



Therapie der angeborenen Ptosis

OP Zeitpunkt hängt von verschiedenen Faktoren ab: Funktion, Kosmetik, etc.



Fascia Lata
Frontalis Sling



Kongenitale Windpockeninfektion

Keratopathie
Cataract
Blepharokonjunktivits
Trichiasis





Dermoidcyste

DD: Tränendrüsenerkrankungen

Tx.: Resektion

Courtesy of Nicholas T. Iloff, MD
©1992 Wilmer Eye Institute



Lidhämangiom:

Tx: Abwarten, Bestrahlung, Steroidinjektion, Resektion





Ophthalmia neonatorum

Gonokokken im Vaginaltrakt!

Crede'sche Prophylaxe:

Silbernitrat ?

Ecolicin AT

Polyvidonjod (Betaisadona)



Courtesy of Joseph B. Harlan, MD

©1995 Wilmer Eye Institute



Ophthalmia neonatorum

Gonokokken im Vaginaltrakt!

Crede'sche Prophylaxe:

Silbernitrat ?

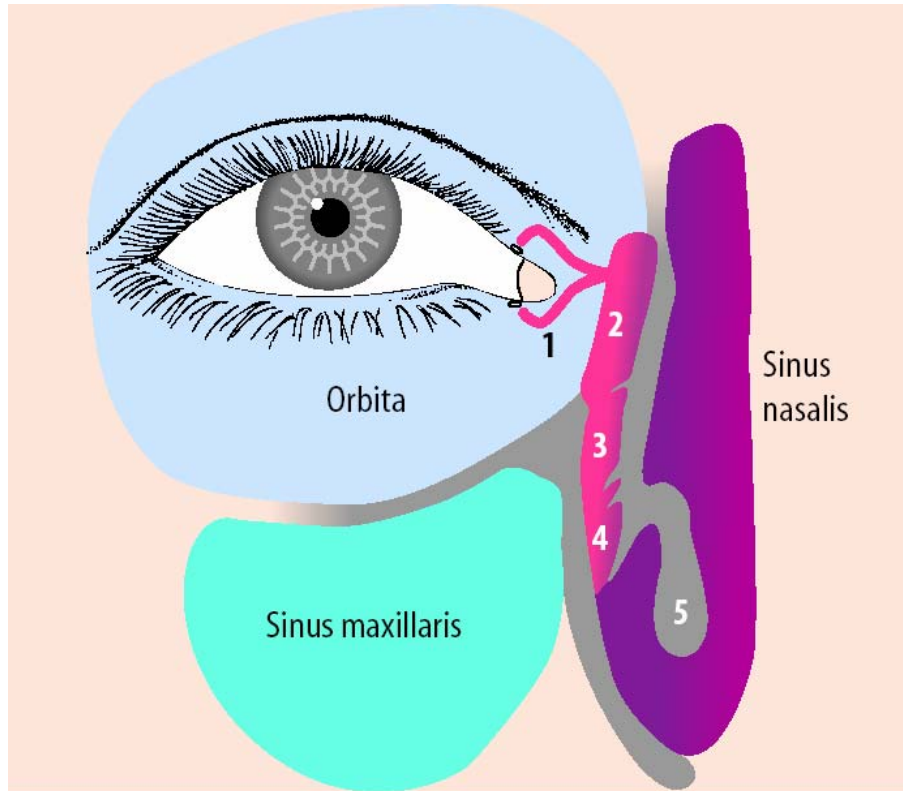
Ecolicin AT

Polyvidonjod (Betaisadona)



Chronisch-rezidivierende purulente Blepharokonjunktivitis des Säuglings





Ursache ist oft eine relative Stenose im Can.communis oder im Saccus



- Tx: 1. Medikamentös: Otriven AT in Nase und Auge!, Ecolicin AT
2. Tränenwegssondierung und Spülung

Angeborene Dystrophien der Hornhaut



Map-dot-fingerprint Dystrophie

Granuläre Dystrophie

Tx: Gleitmittel, Excimerlaser, Hornhauttransplantation (Keratoplastik)

Sekundäre Hornhauttrübung durch angeborenen Stoffwechseldefekt



- ✦ Mukopolysaccharidosen (z.B. M. Hurler MPS1)
- ✦ Cystinose
- ✦ M. Fabry
- ✦ M. Wilson
- ✦ u.a.

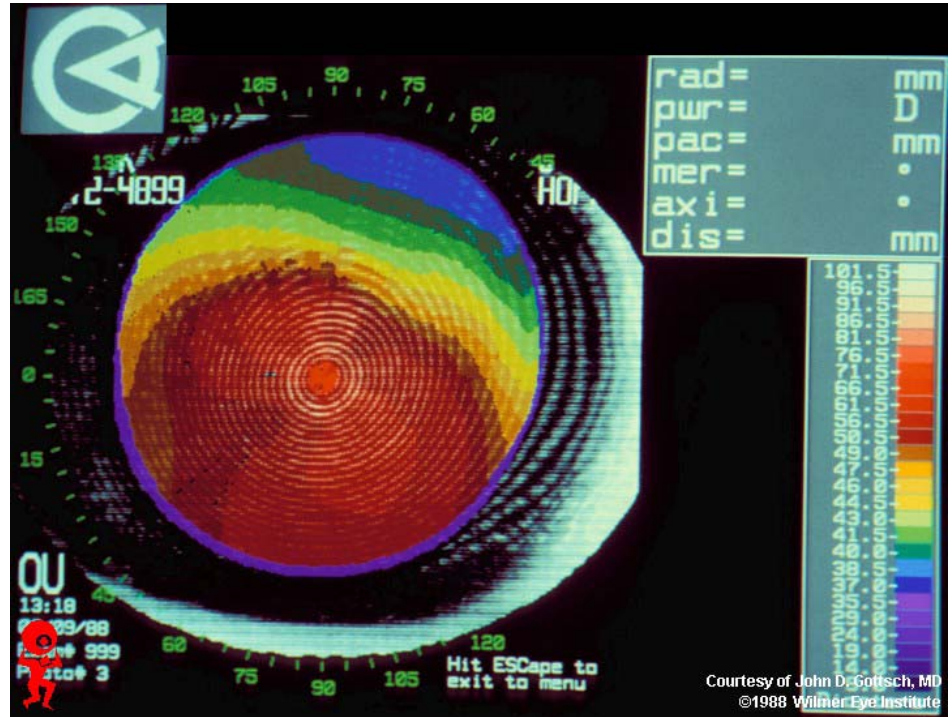


Courtesy of Mark Metzler and C. P. Wilkinson, MD
©1977 Greater Baltimore Medical Center

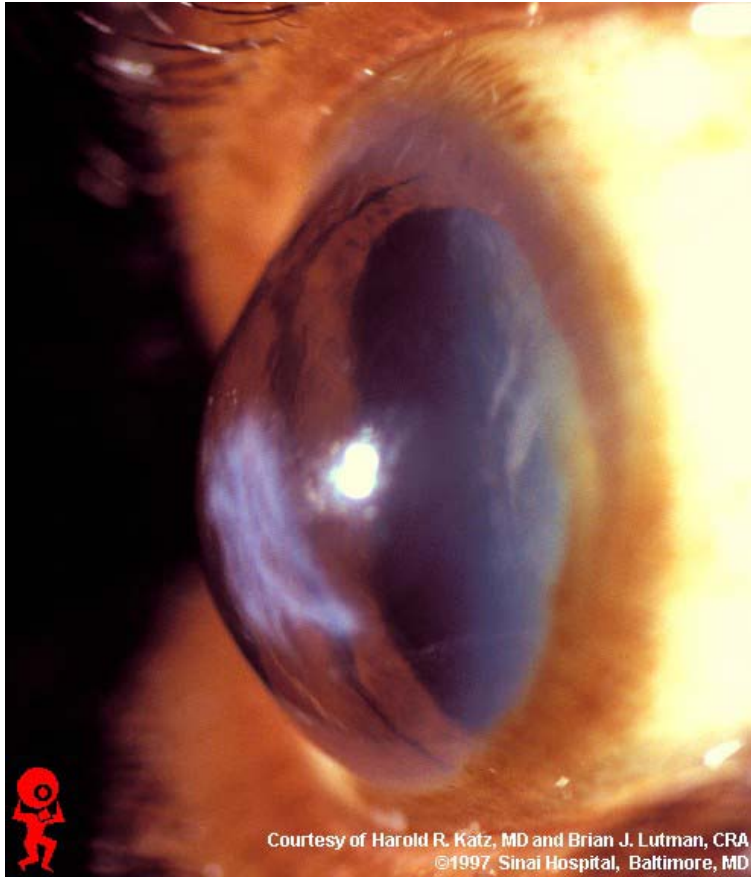
Keratokonus



Vermehrter Astigmatismus



Komplikationen des Keratokonus



Komplikationen des Keratokonus



- Hornhauttrübung
- nicht korrigierbarer Asti
- Hornhautruptur

Tx: Brille, Kontaktlinse, Keratoplastik

Angeborenes Glaukom: Buphthalmus



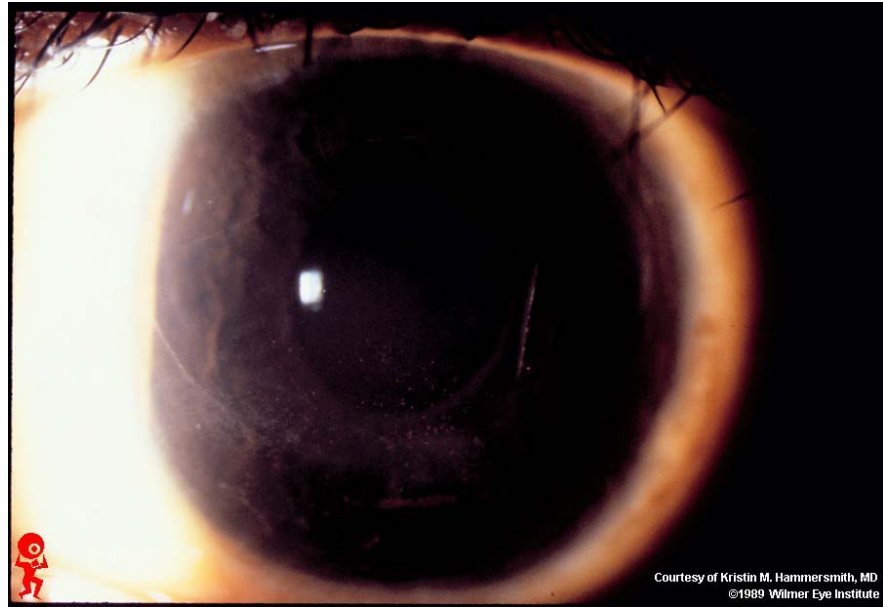
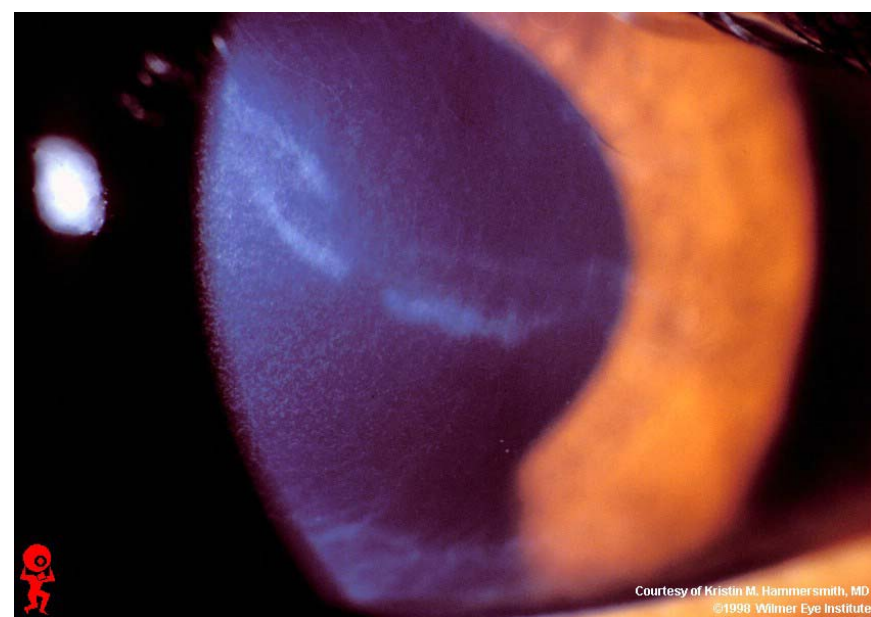
Lichtscheu, Tränenträufeln (Epiphora)

Angeborenes Glaukom: einseitiger Buphthalmus



Lichtscheu, Tränenträufeln (Epiphora)

Kongenitales Glaukom – Haabsche Linien

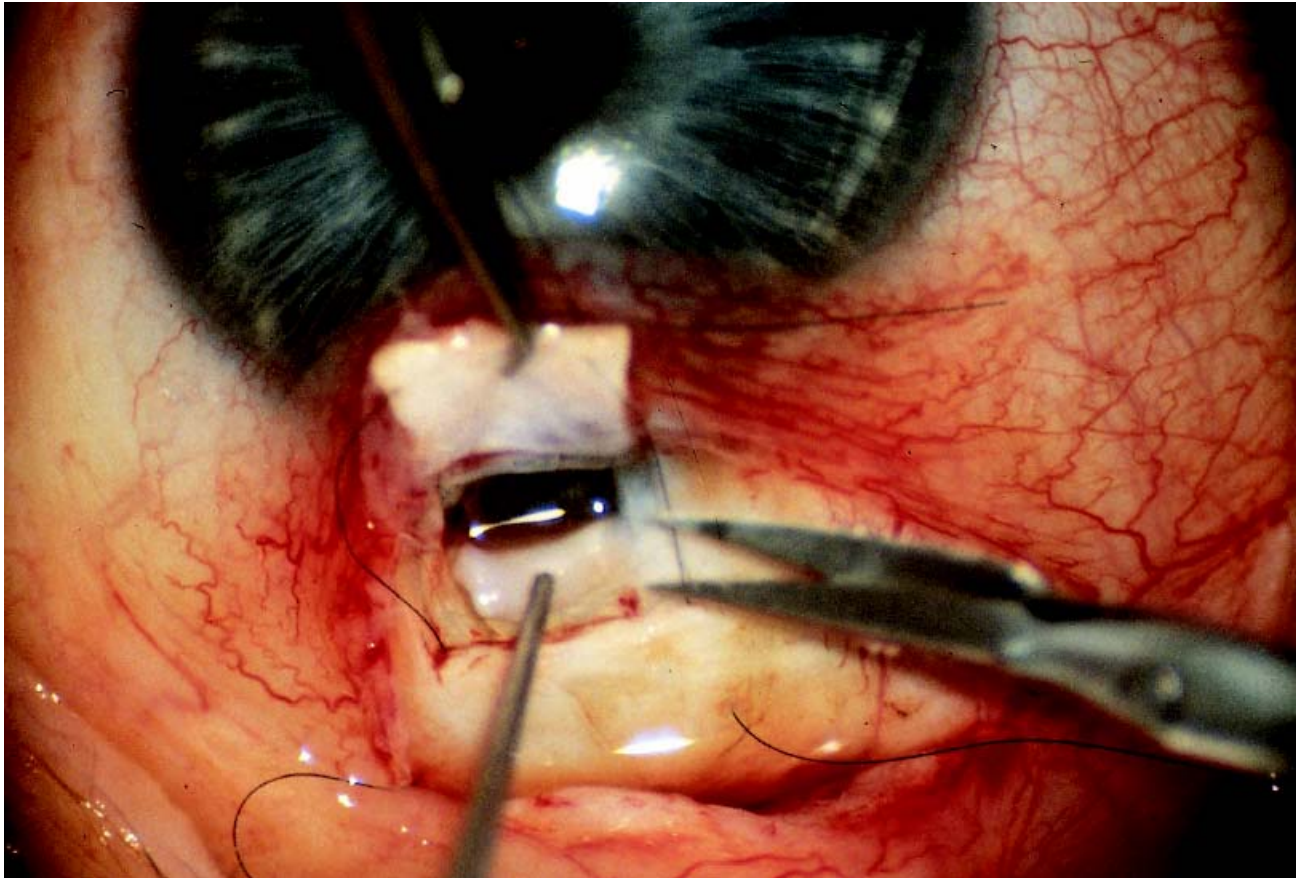


Tx: primär operativ!!!! primär filtrierend:

Trabekulotomie, Trabekulektomie

bei Versagen: Cyclophotokoagulation, Retinektomie, Glaukomimplantate

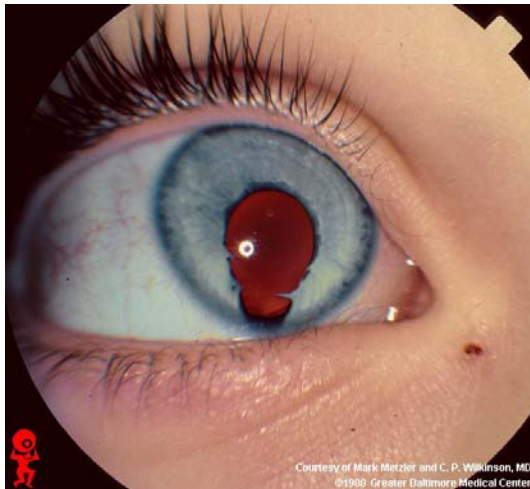
Operativer Situs bei der Trabekulektomie



Megalocornea (DD: Buphthalmus)

- keine Lichtscheu
- keine Haab Linien
- normaler Augendruck
- normale Papille
- normaler Kammerwinkel
- kein Tränenträufeln

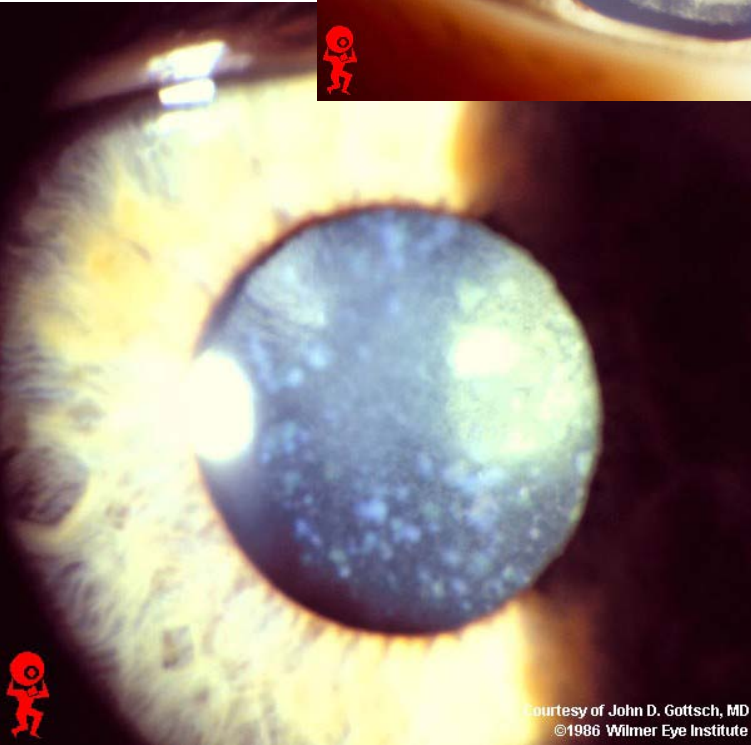




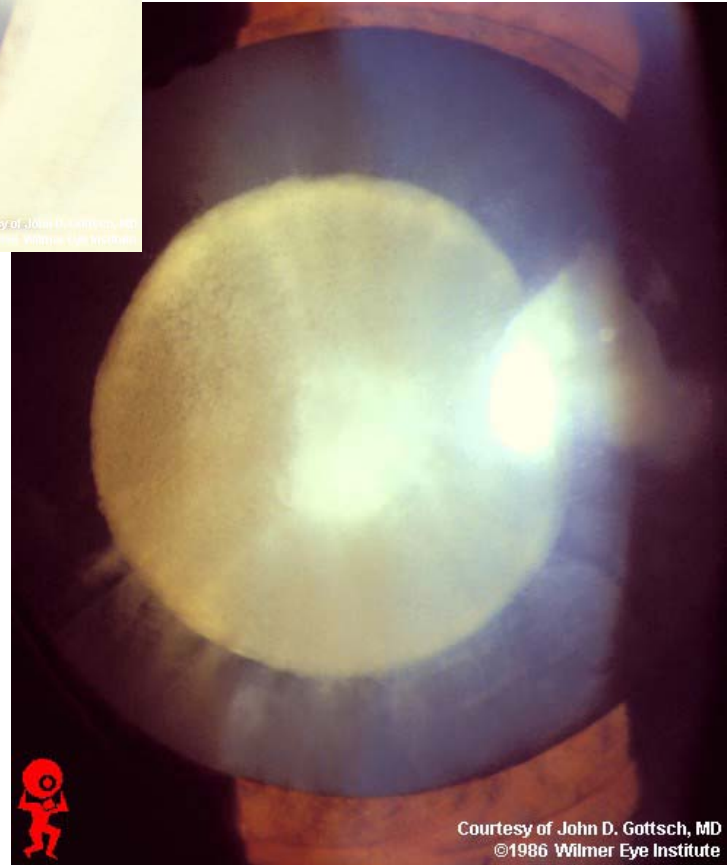
- **Kongenitales Iriskolobom**
- **Mikrokornea**
- **Mikrophthalmus**



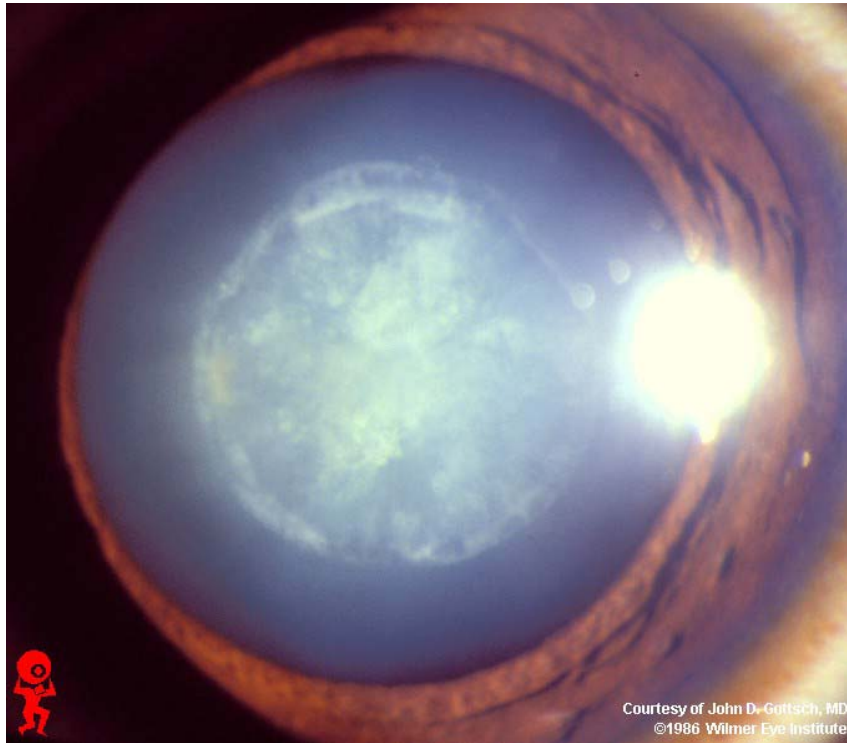
Kongenitale Cataract



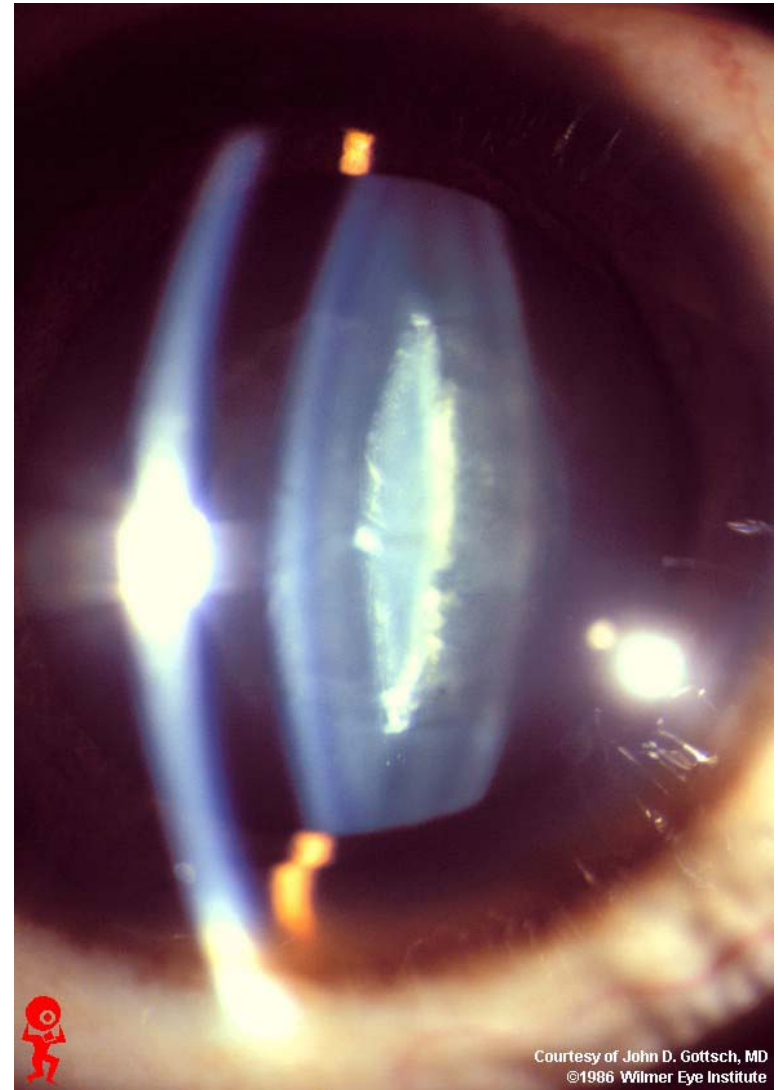
Courtesy of John D. Gottsch, MD
©1986 Wilmer Eye Institute

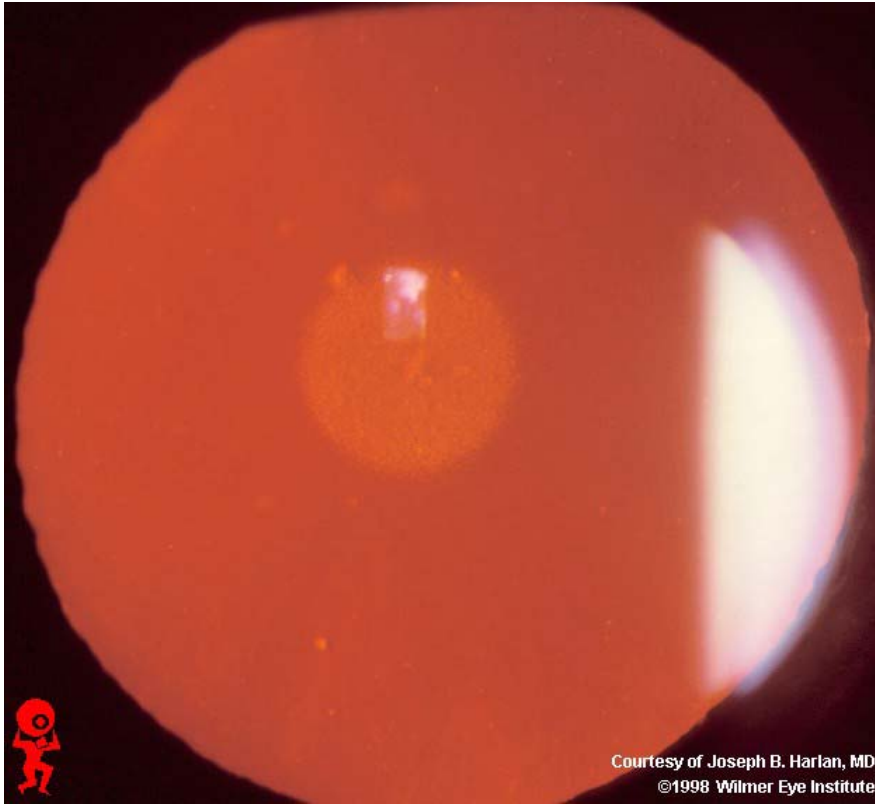


Courtesy of John D. Gottsch, MD
©1986 Wilmer Eye Institute

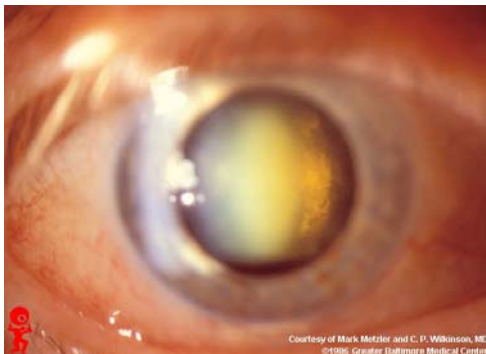


Angeborener grauer Star





Kongenitale Cataract



DD: senile Cataract

Kongenitale Cataract

Überlegung: Visusrelevanz ?

Wenn ja sofort operativ behandeln innerhalb weniger Tage,
da sonst Amblyopiegefahr besteht

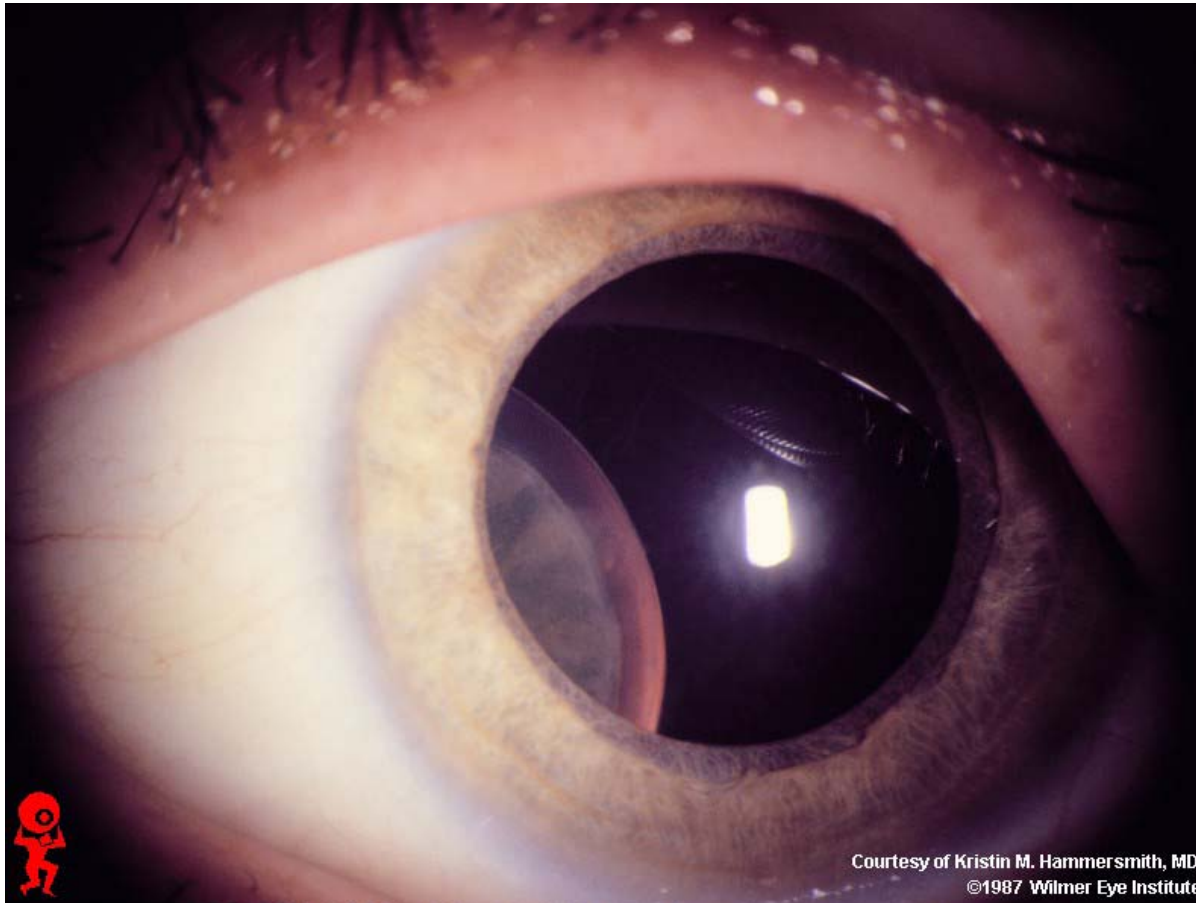
Die Amblyopiegefahr ist um so größer

- >>> je dichter die Linsentrübung ist
- >>> je später sie operiert wird
- >>> wenn sie einseitig ist

Tx: Cataractoperation und immer:

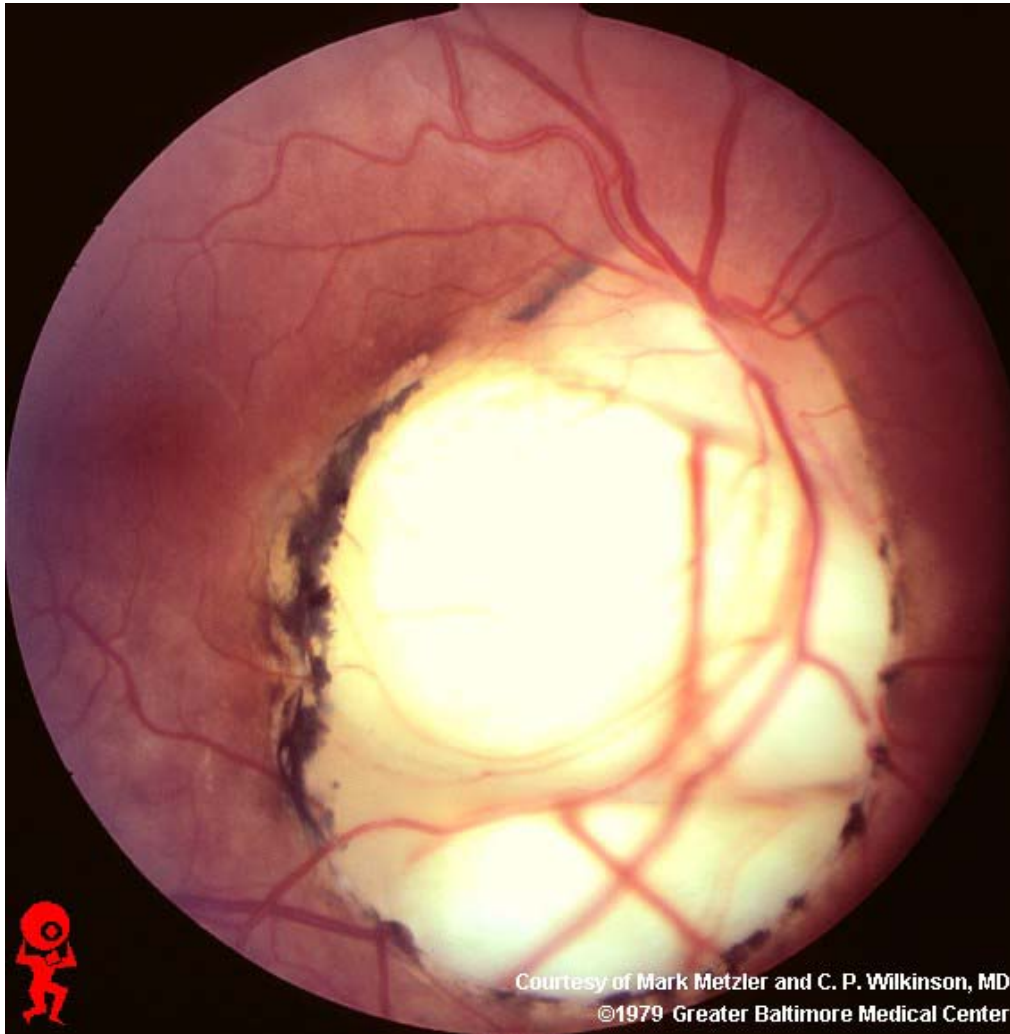
>>> Amblyopieprohylaxe durch Abkleben des besseren Auges

Rehabilitation immer durch intraokulare Linse oder Kontaktlinse
Starbrille ist fast immer zu vermeiden



Weitere Linsenprobleme: **Subluxation bei MARFAN Syndrom**

Tx: i.c. Linsenextraktion, transskleral fixierte Intraokularlinse

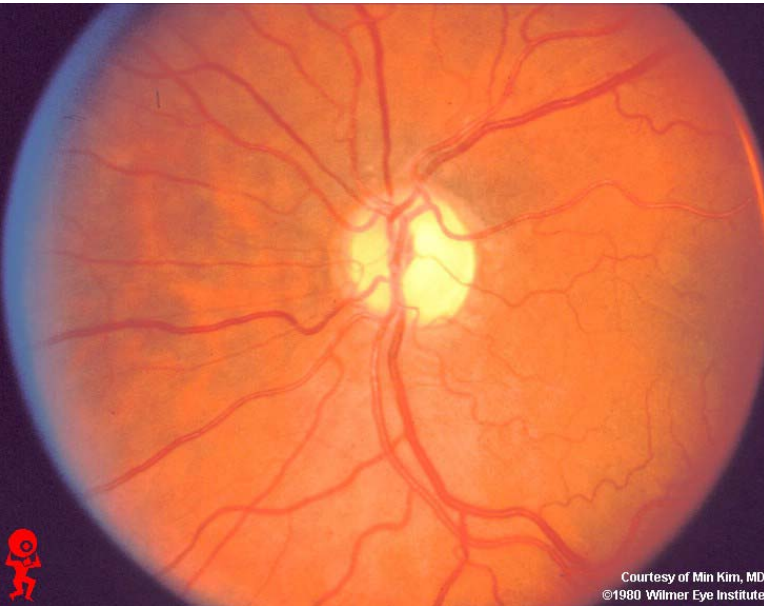


Kolobom der Papille

Funktion hier 1,0
großer Gesichtsfelddefekt

Courtesy of Mark Metzler and C. P. Wilkinson, MD
©1979 Greater Baltimore Medical Center



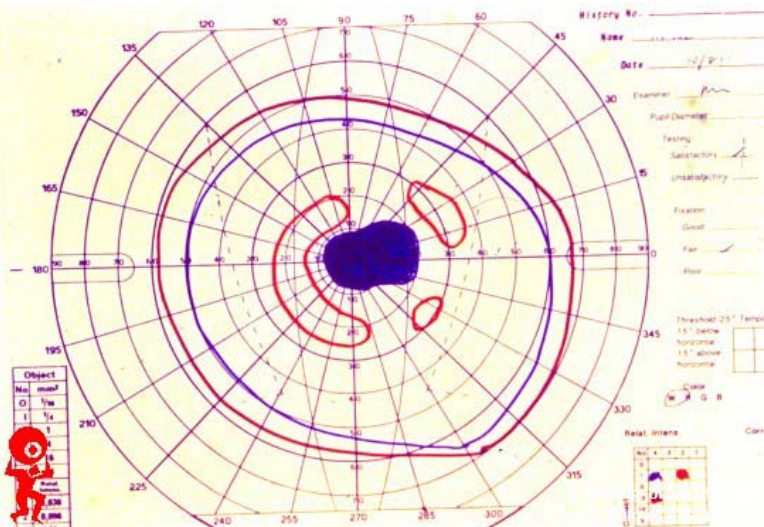


Lebersche kongenitale Optikusatrophie

- meist junge Männer
- meist beidseitig zweizeitig
- Zwischenstadien mit Papillenschwellung
- meist Endvisus 0,05

- keine Therapiemöglichkeit
- Diät: Vit.B12 reich
- Verzicht auf blausäurehaltige Nahrungsmittel
- Rauch- und Alkoholverzicht

- LHON Gen (mt DNS 11778)
- mitochondriale Vererbung!!!



Aderhautkolobom

PG: unvollständiger Schluß des Augenbechers



M.Coats

- massive Exsudate und Gefäßanomalien
- meist Knaben
- immer einseitig



Tx: Laserkoagulation, kryokoagulation, Vitrektomie

Hypertrophie des retinalen Pigmentepithels: bear tracks

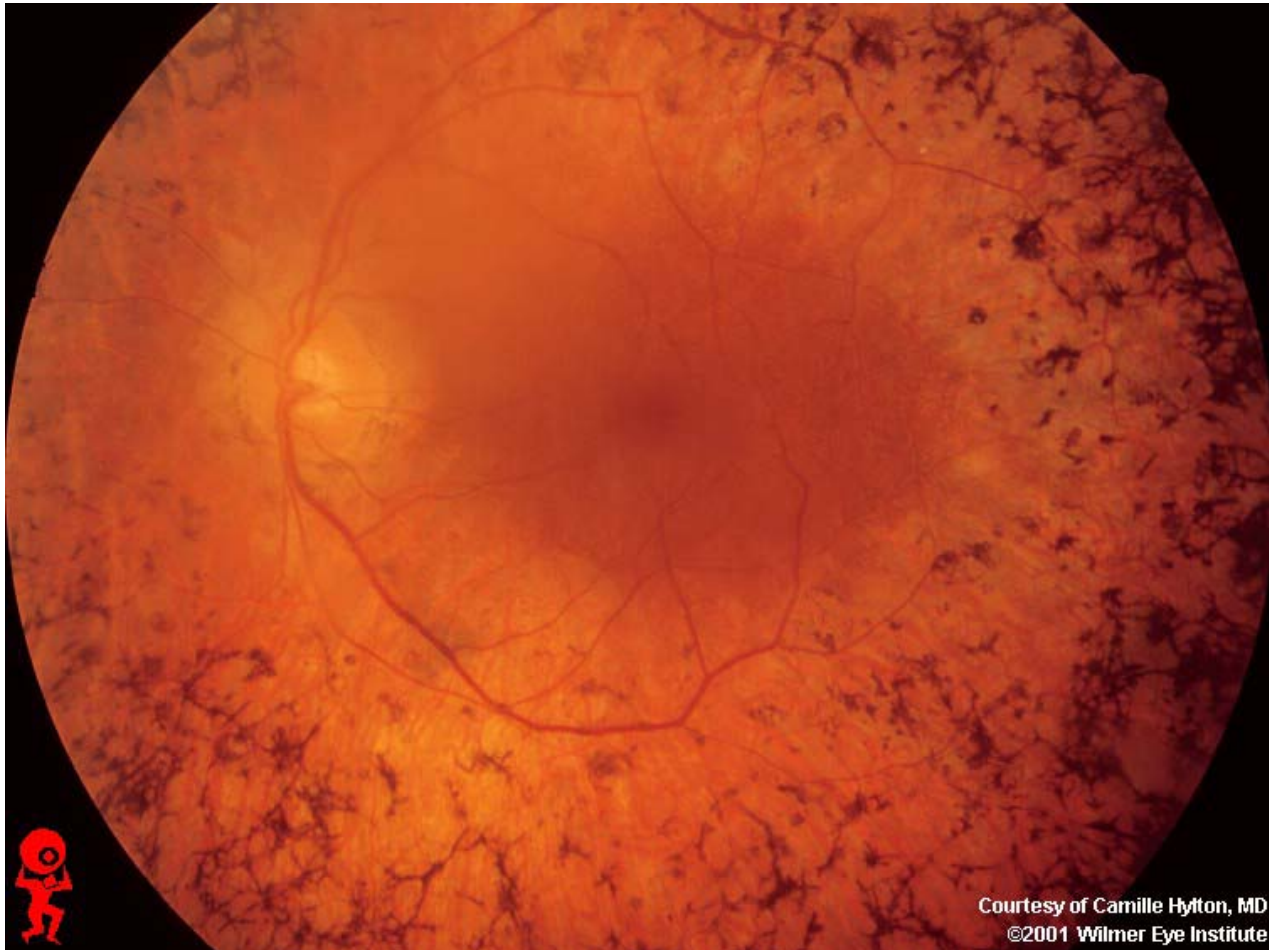
harmloser Befund

DDs:

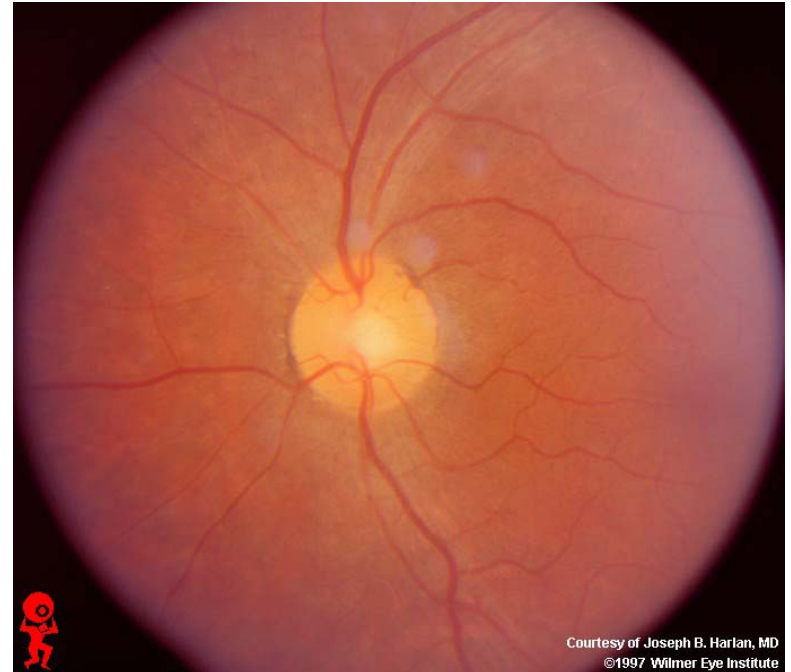
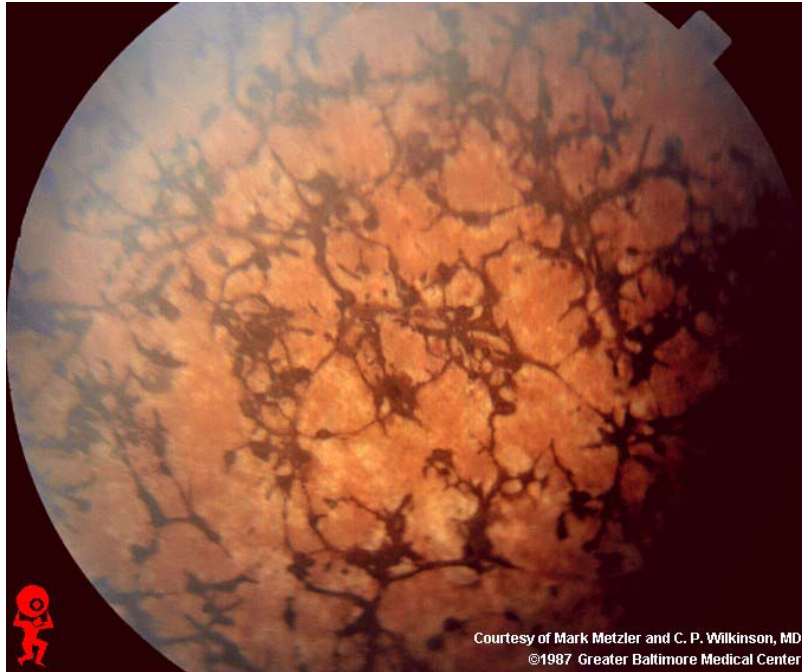
- >> Naevus
- >> Melanoblastom
- >> Melanozytom



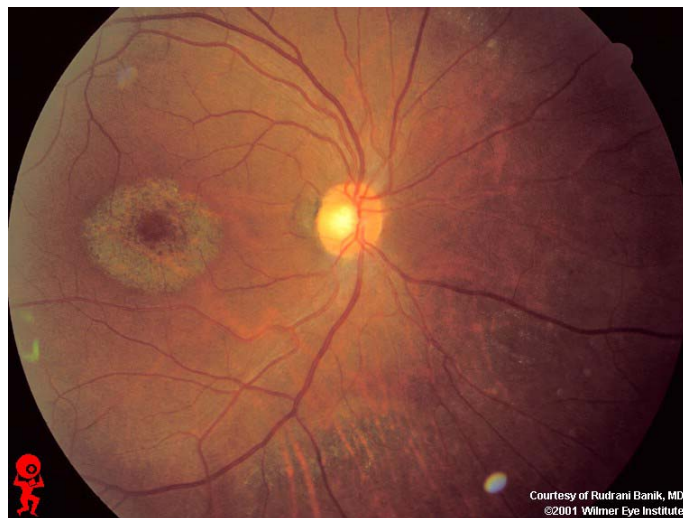
- Retinitis pigmentosa:** genetisch bedingte Degeneration der Rezeptoren
- >>> Nachtblindheit, hochgradige Gesichtsfeldeinengung (Tunnelblick)
 - >>> Erblindung



Der Grad der Pigmentierung kann sehr unterschiedlich sein!



Juvenile Makuladystrophien



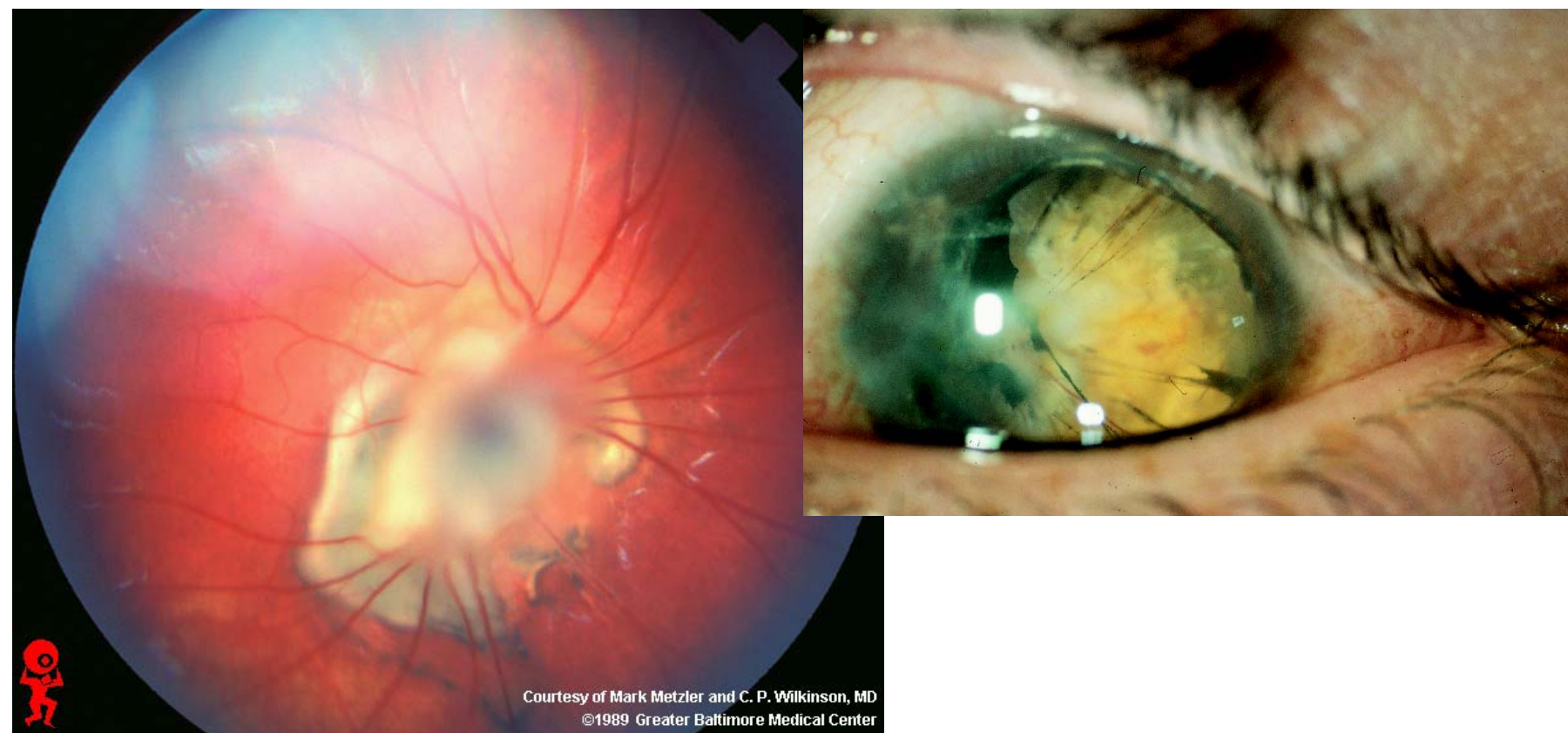
Juvenile Makuladystrophien:

- Visusminderung (moderat bis erheblich)
- Verzerrungen
- Leseprobleme
- Farbsinnstörungen
- Meist autosomal rezessiv
- Manifestation zwischen 20 und 40 Jahren

- Gesichtsfeld bleibt intakt

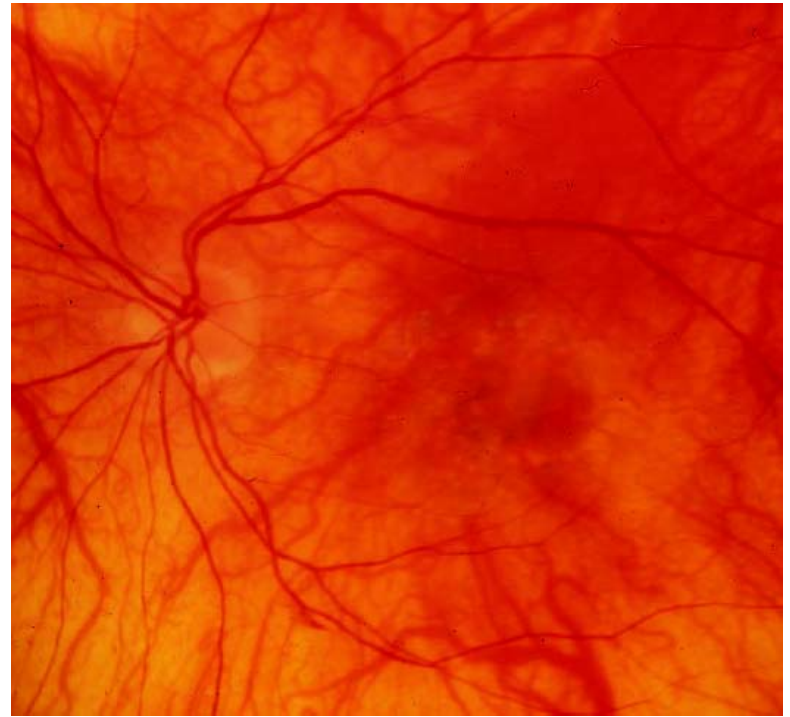
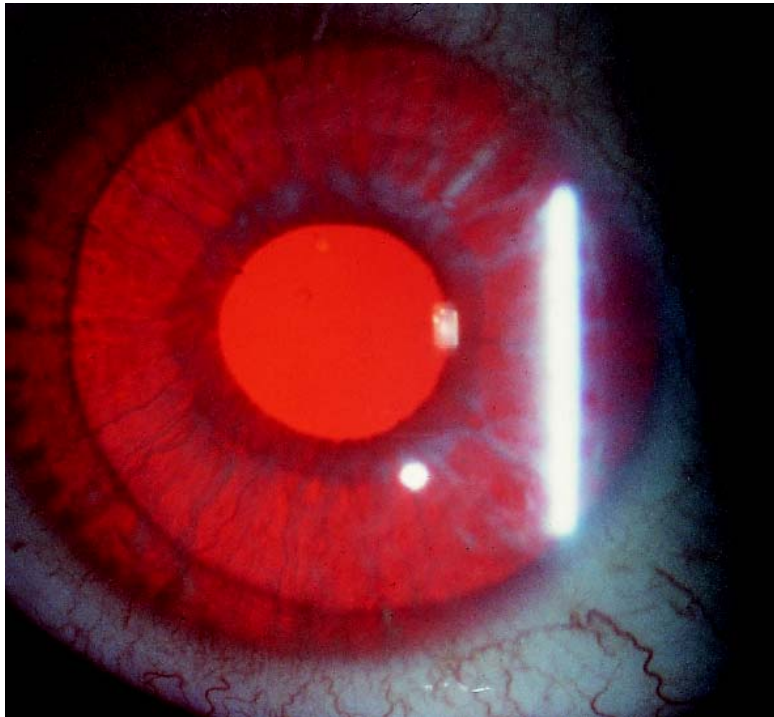
PFV - Persistence of fetal vasculature

PHPV Syndrom: persistierender hyperplastischer Glaskörper



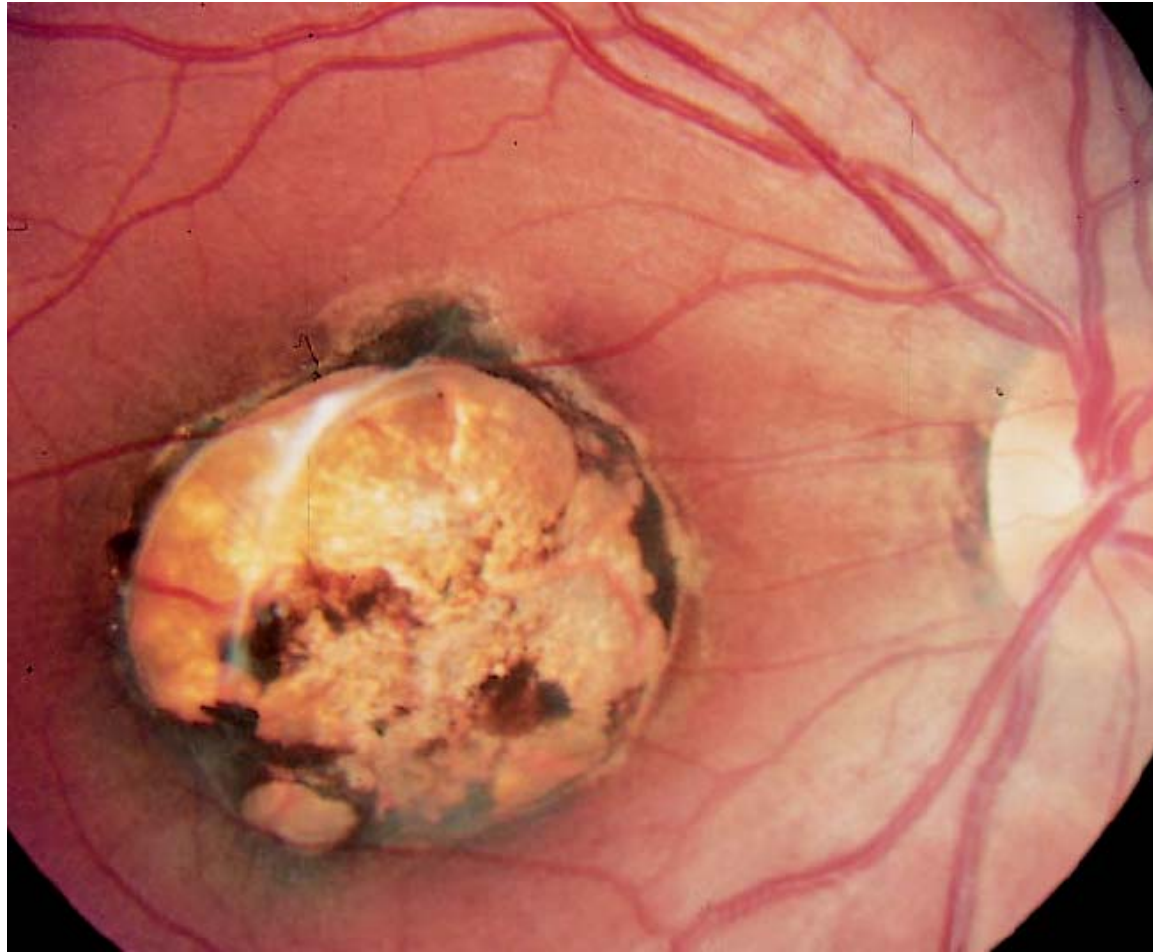
Albinismus

Okulärer Albinismus



Kann mit fovealer Hypoplasie und Nystagmus einhergehen
→ schlechte Funktion

Kongenitale Toxoplasmose



Cave: Reaktivierung möglich, nur dann behandeln!

Reaktivierung nach alter Toxoplasmose

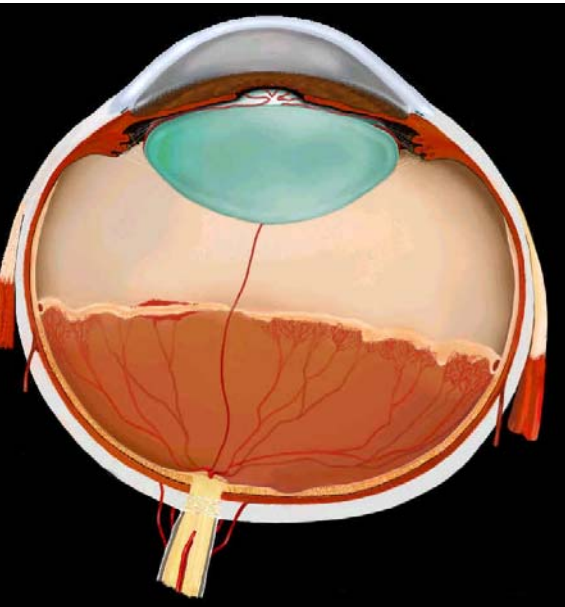


Tx: Sulfonamide, Folsäure, ggf. Clindamycin

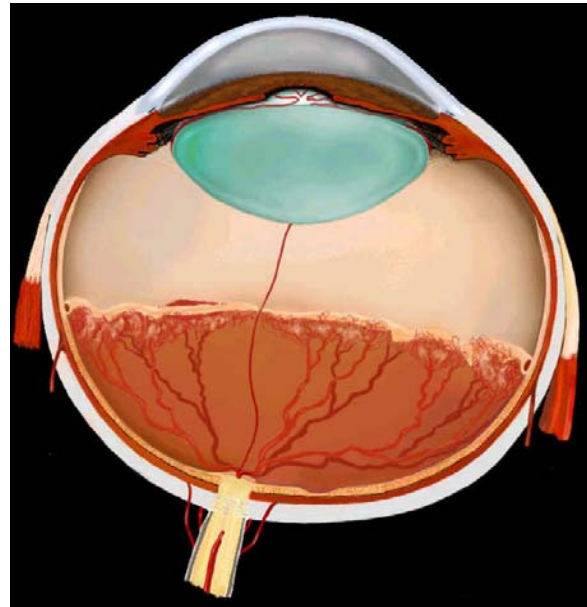
Frühgeborenenretinopathie (Retinopathy of prematurity ROP)

Pathogenese: fibrovaskuläre Proliferation am Übergang zwischen vaskularisierter und nicht vaskularisierter Netzhaut

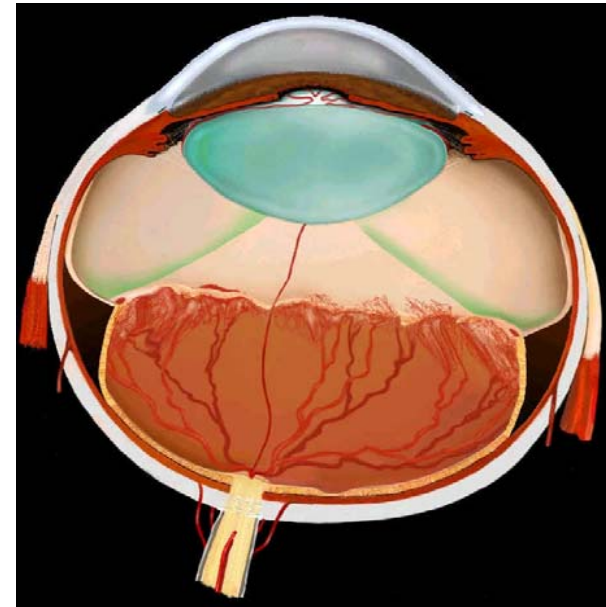
Risikofaktoren: Geburtsgewicht < 1500 gr, Operationen, Transfusionsbedarf
Sauerstoffbeatmung



Stadium III



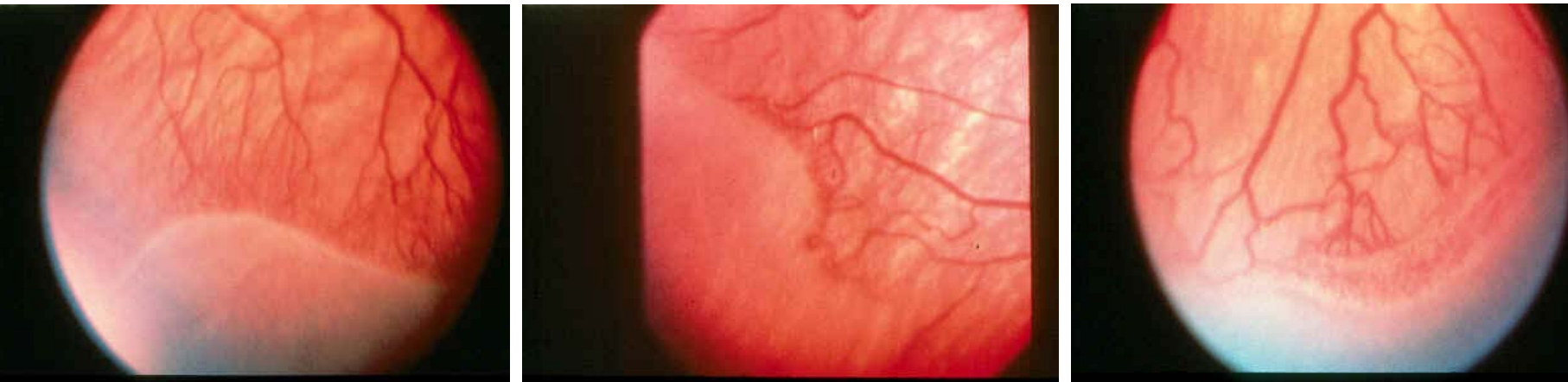
Stadium III +



Stadium IV

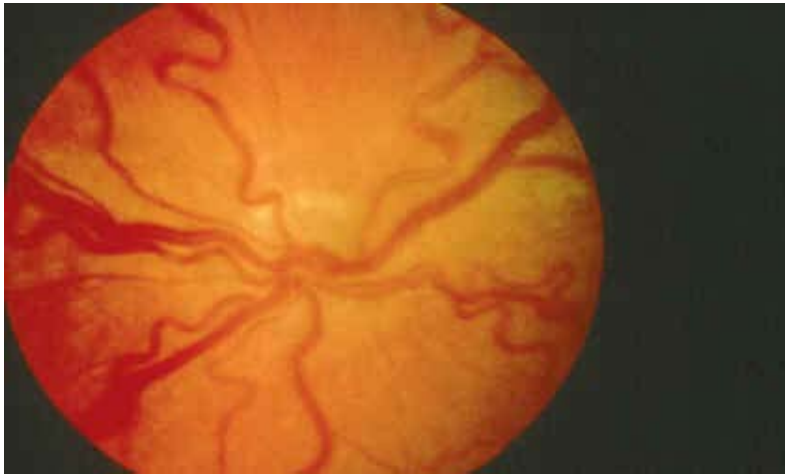
Frühgeborenenretinopathie

Gefäßproliferation am Übergang zwischen vaskularisierter und nicht-vaskularisierter Netzhaut – Bedeutung von Wachstumsfaktoren wie VEGF (*vascular endothelial growth factor*)



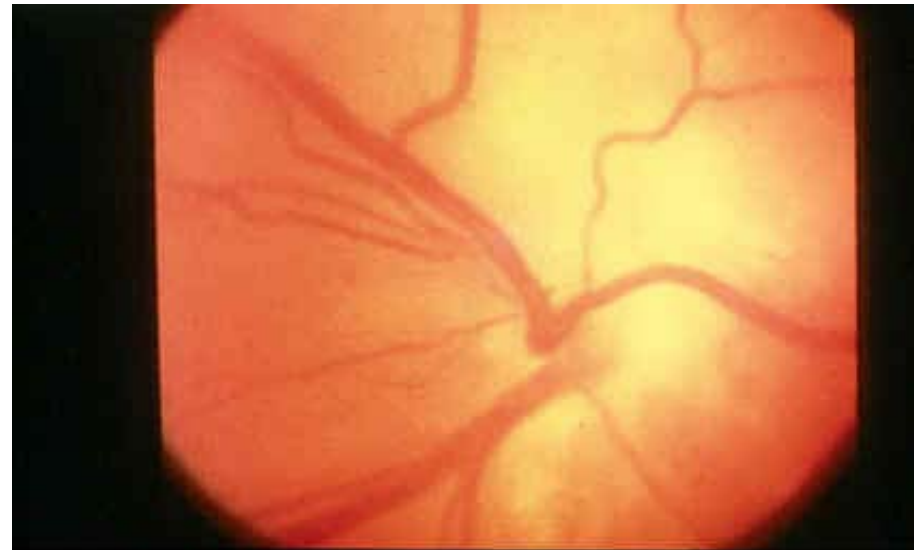
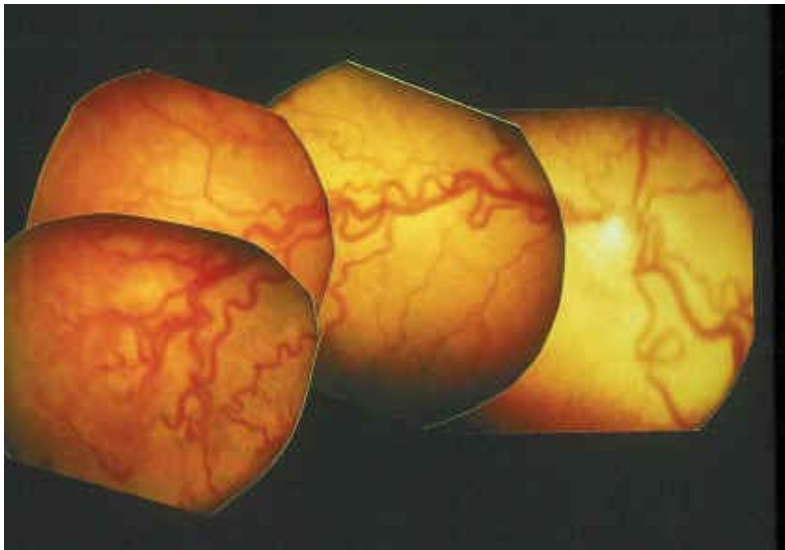
Frühgeborenenretinopathie:

Gefäßaktivität – Entzündungsreaktion - Exsudation

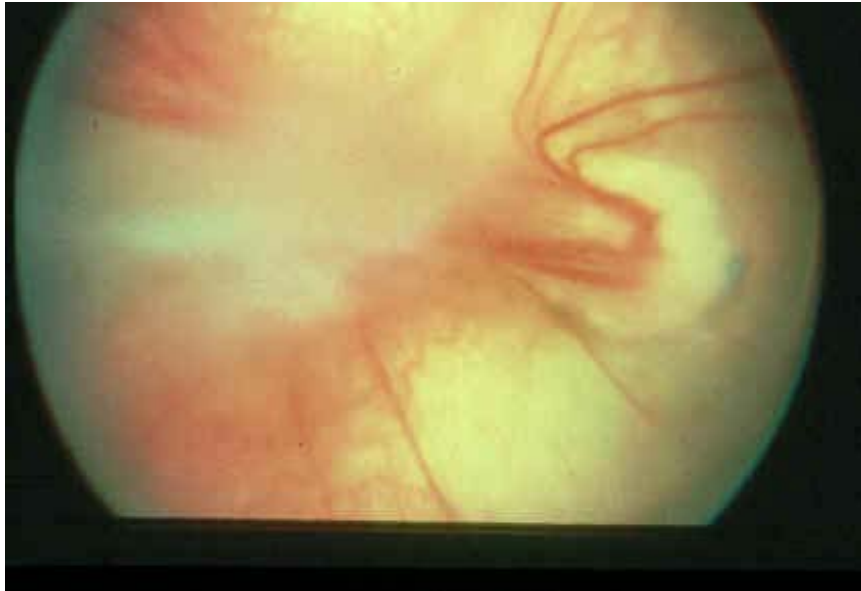


PLUS Zeichen:

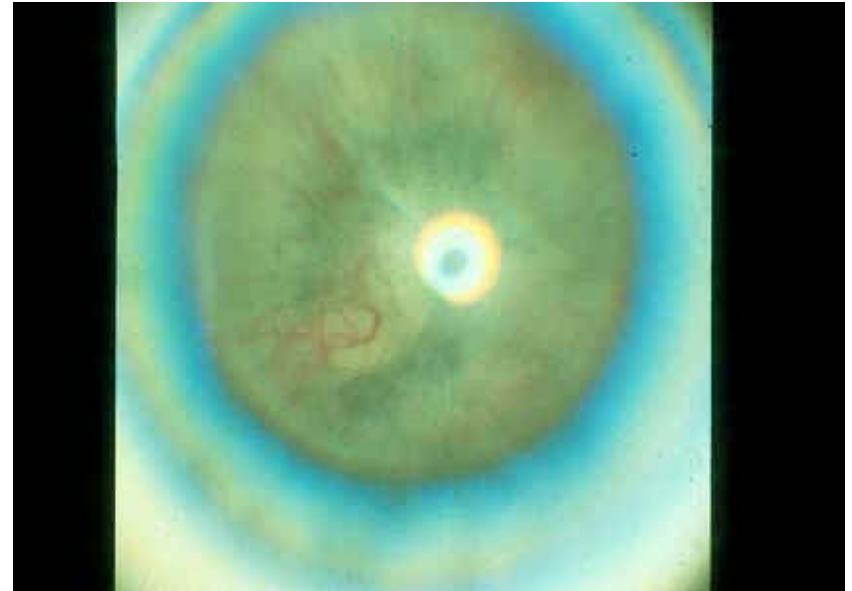
prognostisch ungünstiger
Indikator



Frühgeborenenretinopathie: Fortgeschrittene Stadien mit Netzhautablösung



Stadium IV b



Stadium V

Stadien der ROP:

ROP I avaskuläre Zone durch Demarkationslinie von der vaskularisierten Hornhaut getrennt

Kontrolle

ROP II Demarkationslinie wird zu einer prominenten Leiste

Kontrolle

ROP III Gefäßneubildung vor der Leiste nach extraretinal

bei PLUS Zeichen Laserkoagulation

ROP IV a: Amotio mit anliegender Makula

b: Amotio mit abgehobener Makula

OP

ROP V Totale Amotio, geschlossener Trichter

in der Regel keine OP mehr

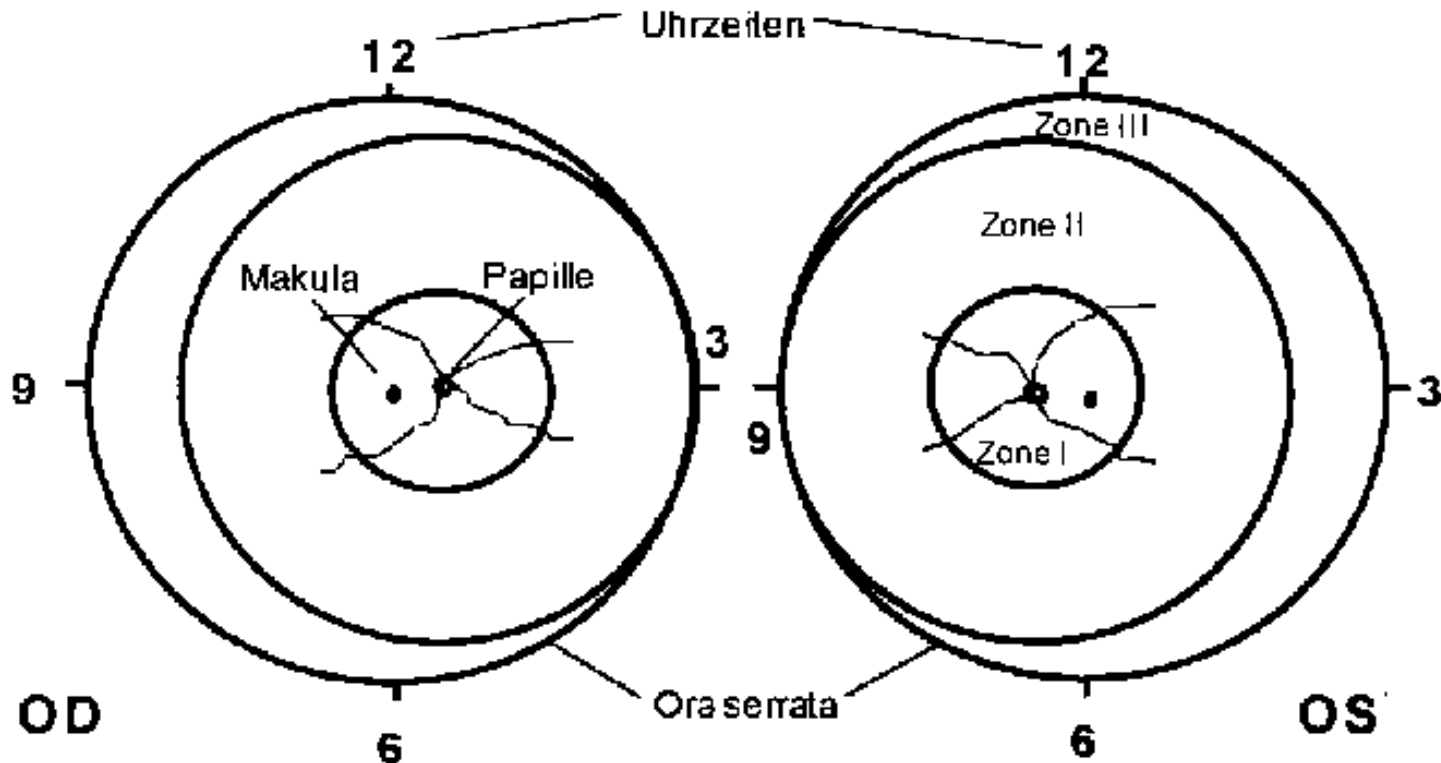
PLUS Zeichen: Tortuositas vasorum, Blutungen, Exsudation

Früherkennung der ROP: Screeningprogramm

- Wer?** alle Frühgeborene vor der 32. SSW oder mit Geburtsgewicht < 1500 gr
alle Frühgeborene zw. 32. und 36. SSW mit > 3 Tagen O₂ Beatmung
- Wann?** 6 Wochen nach der Geburt, nicht vor der 31. Woche post menstr.
- Wie?** Mydriasis, Lidsperrer, indirekte Ophthalmoskopie, Indentation
Narkose nicht erforderlich, Lokalanästhesie mit Tropfen
- Wie oft?** wöchentlich – 4 wöchentlich, je nach Befund
- Wie lange?** Bis zur vollständigen Vaskularisation der peripheren Netzhaut
bis zur Regression aber erst nach errechnetem Termin

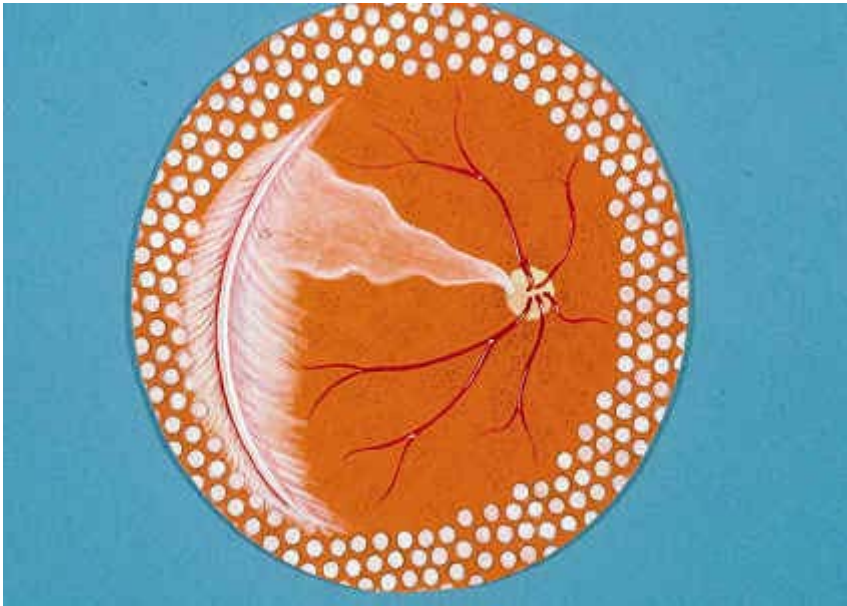
<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/pneon-10.htm>

Früherkennung der ROP: Screeningprogramm



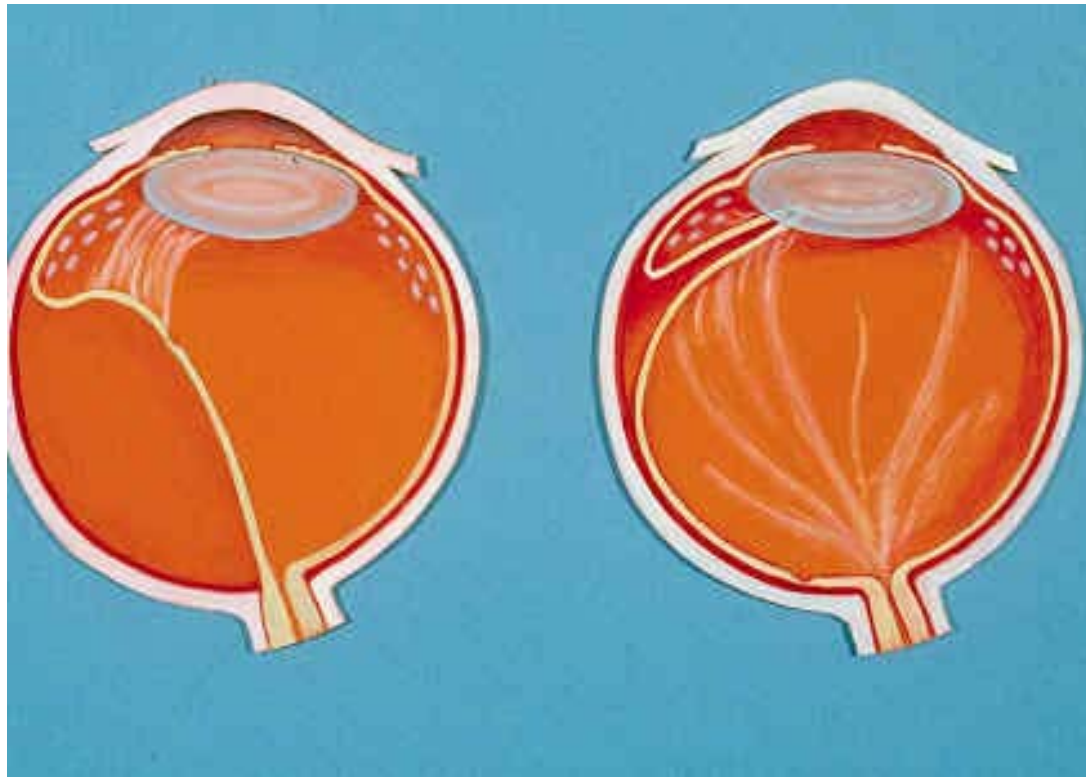
Behandlung der ROP: Prophylaxe im Stadium III +

→ Laserkoagulation der avaskulären Netzhaut



Behandlung der ROP:

- Vitrektomie im Stadium IV
- Keine Behandlung im Stadium V



Retinoblastom



Häufigster bösartiger Tumor des Auges im Kindesalter (1:20.000 Geburten)

Tx: Enukleation, Chemotherapie, ggf. Brachytherapie, Laser