

Leitlinie Nr. 9

Fehlstellungen der Lider / Tränenleiden (a)

Tumoren der Lider (b)

Inhaltsverzeichnis

Leitlinie Nr. 9 Fehlstellungen der Lider / Tränenleiden (a) Tumoren der Lider (b)	2
Definition	2
Vorgehen (a + b)	2
Ptosis:	2
Lagophthalmus:	3
Ektropium/Entropium:	3
Tränenträufeln (Epiphora):	3
Tumoren:	3
Therapie	3
Ptosis:	3
Lagophthalmus:	4
Entropium/Ektropium:	4
Tränenträufeln (Epiphora):	4
Tumoren:	4
Ambulant/Stationär	5
zu a)	5
zu b)	5
Kontrollintervalle	5
zu a)	5
zu b)	5

Leitlinie Nr. 9 Fehlstellungen der Lider / Tränenleiden (a) Tumoren der Lider (b)

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

- a. angeborene oder erworbene Fehlstellungen der Lider (Ptosis, Entropium/Ektropium); Lagophthalmus; angeborener oder erworbener Verschluss der ableitenden Tränenwege
- b. angeborene oder erworbene Geschwülste der Lidhaut oder des tieferen Lidgewebes

Vorgehen (a + b)

Notwendig:

- gezielte Anamnese
- Inspektion der Augen und ihrer Adnexe
- Sehschärfenbestimmung, ggf. mit bekannter Korrektur (falls erforderlich Ausmessen vorhandener Sehhilfe)
- Prüfung von Augenstellung und -beweglichkeit
- Spaltlampenuntersuchung der vorderen Augenabschnitte, ggf. mit Hornhautepithelanfärbung
- Dokumentation
- Befundbesprechung und Beratung

Im Einzelfall erforderlich:

- 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)
- Kommunikation mit Hausarzt

Ptosis:

- Bestimmung der Pupillenbedeckung bei Geradeausblick
- Bestimmung der Lidspaltenweite
- Bestimmung der Levatorfunktion
- ggf. neurologische Abklärung
- bei Säuglingen und Kleinkindern Amblyopieprävention (siehe entsprechende Leitlinie)

Lagophthalmus:

- Überprüfung des Lidschlusses, bei Lidschlußdefizit Bestimmung der Lidspaltenweite bei Lidschluß
- Bestimmung der Levatorfunktion
- Prüfen des Bellschen Phänomens
- ggf. neurologische Abklärung

Ektropium/Entropium:

- Spaltlampenuntersuchung des medialen Lidwinkels mit Analyse und Dokumentation der Lage der Tränenpünktchen
- Prüfen der Lidspannung zur Vorbereitung der Entscheidung über chirurgische Maßnahmen
- ggf. Untersuchung der ableitenden Tränenwege

Tränenträufeln (Epiphora):

- Ausschluss einer Reizepiphora
- Spaltlampenuntersuchung des medialen Lidwinkels, Prüfung von Lage und funktioneller Bewegung der Tränenpünktchen (nach Jüneman)
- Prüfung des Spontanabflusses (Farbstofftests)
- Tränenwegssondierung und -spülung
- ggf. Radionuklid-Dakryographie
- ggf. Dakryozystographie

Tumoren:

- Palpation des Befundes und Ausmessen des Durchmessers zur Bestimmung der Ausdehnung
- Beurteilung der Lidspaltenweite
- ggf. Beurteilung der Levatorfunktion
- Dokumentation, ggf. durch Zeichnung und/oder Spaltlampenfotografie
- ggf. Sondierung und Spülung der ableitenden Tränenwege / alternativ Prüfung des Spontanabflusses (Farbstofftests)
- ggf. Probiopsie

Therapie

Ptosis:

- bei medizinischer Indikation operative Lidhebung (z.B. Tarsektomie, Levatorresektion oder -faltung, Suspensionsverfahren)
- ggf. Verordnung einer Ptosis-Brille

Lagophthalmus:

- in Abhängigkeit vom Hornhautbefund Tränenersatzmittel bzw. Augensalbe, Brille mit Seitenschutz, Uhrglasverband
- operative Korrektur je nach Ätiologie (z.B. Tarsorrhaphie bei permanenter Facialis-Parese, Eingriffe zur Orbita-Entlastung bei Protrusio bulbi)
- ggf. Lidloading

Entropium/Ektropium:

- operative Korrektur (Entropium- bzw. Ektropium-Operation, evtl. Tarsorrhaphie)
- ggf. zur Überbrückung bei Entropium: Pflasterzugverband nach unten bzw. lateral und/oder Zilien-Entfernung mit/ohne Applikation von Augensalben

Tränenträufeln (Epiphora):

- bei Reizepiphora ggf. schleimhautabschwellende Mittel
- Vorgehen nach Lokalisation des Verschlusses, z.B.:
 - mikrochirurgische Rekonstruktion mit Tränenwegsintubation
 - Dakryozystorrhinostomie
 - Bypass-Operation (Jones- bzw. Busse-Tube)
 - Ballon-Dilatation bei inkomplettem Verschluss
 - bei angeborenem Tränen-Nasenwegs-Verschluss: Massage, antibiotische Augentropfen bei Infektion, ggf. schleimhautabschwellende Mittel, bei Persistenz Sondierung/Spülung

Tumoren:

- bei anzunehmender Gutartigkeit Dokumentation und Kontrolle, ggf. Entfernung einschließlich Laseranwendung
- bei Malignomverdacht oder großer Ausdehnung operative Entfernung, ggf. mit plastischer Deckung (z.B. Ohrknorpeltransplantat, Tarsomarginal-Transplantat, Stiellappenplastik), ggf. Tränenwegsintubation bei Nähe der ableitenden Tränenwege, histologische Untersuchung
- bei Malignomen bis 0,5 cm Durchmesser in Einzelfällen Radiatio oder Kryotherapie
- ggf. Probeexzision nur in begründeten Ausnahmen

Ambulant/Stationär

zu a)

- bei reinen Lideneingriffen oder bei Sondierung/ Spülung angeborener Tränen-Nasenwegsverschlüsse ambulant, bei Tränenwegsoperationen überwiegend stationär

zu b)

- bei geringfügiger Ausdehnung ambulant, bei größerem plastischen Eingriff auch stationär

Kontrollintervalle

zu a)

- epikritische Aufklärung über mögliche Komplikationen bezüglich der Intaktheit des Sehorgans erforderlich (grundsätzlich Infektionsgefahr (auch von ableitenden Tränenwegen), mechanische Irritation, Lagophthalmus; bei Kindern Amblyopiegefahr, Verlust des räumlichen Sehens)
- bei Ptosis von Neugeborenen oder Kleinkindern engmaschig; postoperativ nach Befund
- bei Ptosis von Schulkindern oder Erwachsenen ohne Operationsindikation mindestens jährlich; postoperativ: nach Befund
- bei Entropium, Ektropium oder Lagophthalmus je nach Befund; postoperativ: mindestens am 1. und 7. bis 10. Tag
- bei Tränenwegsleiden in Abhängigkeit von Beschwerden; postoperativ: in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

zu b)

- bei Malignität ausführliche Aufklärung über Komplikationsmöglichkeiten bezüglich der Intaktheit des Sehorgans und über die Gefahr möglicher Ausbreitung in die Augenhöhle und Metastasierung erforderlich
- bei vermuteter Malignität (z.B. Basaliom) und fehlender Bereitschaft des Patienten zur Operation: Kontrolle der Wachstumsgeschwindigkeit (alle vier Wochen, bei gesichertem langsamen Wachstum alle drei Monate unter wiederholter Aufklärung über die OP-Notwendigkeit)
- unmittelbar postoperativ je nach Operationsverfahren und Befund; bei freiem Transplantat zunächst täglich in der ersten Woche, dann weitere Kontrolle je nach Befund, später in Abständen von drei bis sechs Monaten unter Aufklärung über Rezidivgefahr
- bei eindeutiger Gutartigkeit: Kontrolle nach Befund

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