

# Leitlinie

Berufsverband der  
Augenärzte Deutschlands e.V.

Deutsche Ophthalmologische  
Gesellschaft e.V.



**BVA**

Berufsverband  
der Augenärzte  
Deutschlands e.V.



**DOG**  
Deutsche Ophthalmologische  
Gesellschaft

Gesellschaft  
für Augenheilkunde

## Leitlinie Nr. 23

# Glaskörpertrübungen / Mouches volantes

### Inhaltsverzeichnis

Leitlinie Nr. 23 Glaskörpertrübungen / Mouches volantes.....	2
Definition .....	2
Vorgehen .....	2
Therapie.....	3
Ambulant/Stationär .....	3
Kontrollintervalle .....	3
Literatur:.....	4

## Leitlinie Nr. 23 Glaskörpertrübungen / Mouches volantes

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

Subjektiv wahrgenommene Trübungen, die bei Blickbewegungen durch das Gesichtsfeld schweben. Sie kommen vor als physiologische Altersveränderungen und z.B. bei Myopie, bei einer hinteren Glaskörperabhebung, bei einem Netzhautforamen, einer Glaskörperblutung, einer Netzhautablösung oder einer Uveitis.

Die Leitlinie beschreibt das Vorgehen bei neu aufgetretenen oder vermehrt beobachteten Mouches volantes. Hierbei liegt das Risiko für das Vorliegen eines Netzhautrisses bei etwa 14% <sup>(3)</sup>.

### Vorgehen

Notwendig:

- Anamnese, insbesondere:
  - Lichtblitze in dämmeriger oder dunkler Umgebung, ggf. durch Blickbewegungen provozierbar (Phosphene)?
  - akute, ggf. auch nur temporäre Sehverschlechterungen?
  - mittelgradige oder hochgradige Myopie?
  - Netzhautablösung und/oder Netzhautlöcher am Partnerauge?
  - vorhergegangene Verletzung, Entzündung (z.B. pars planitis) oder Operation (z.B. Katarakt-Operation, Netzhautlaserkoagulation) an den Augen?
  - Familienanamnese
- Sehschärfenbestimmung, ggf. mit bekannter Korrektur (falls erforderlich Ausmessen vorhandener Sehhilfen)
- Spaltlampenuntersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte, insbesondere im Hinblick auf Pigmentzellen und/oder Blutzellen im vorderen Glaskörper <sup>(3)</sup>
- Untersuchung des hinteren Glaskörpers und der Netzhaut, insbesondere der Netzhautperipherie in Mydriasis (z.B. Blutungen, Degenerationen, Glaskörpertraktionen, Netzhautlöcher)
- Dokumentation
- Befundbesprechung und Beratung, ggf. Aufklärung über Warnsymptome einer Netzhautablösung

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 seit der letzten augenärztlichen Basisdiagnostik vorstellen, siehe Leitlinien Nr. [2-4](#))
- Ultraschall bei fehlendem oder unzureichendem Funduseinblick

## Therapie

- im Regelfall: keine
- im Ausnahmefall einer extremen Beeinträchtigung: Vitrektomie  
Die Initiative zur Operation sollte stets vom Patienten ausgehen. Zwar ist die postoperative Patientenzufriedenheit im Allgemeinen hoch, aber Komplikationen bis hin zur Erblindung kommen vor. Liegt bereits eine komplette hintere Glaskörperabhebung vor, dann ist in 12% der Fälle mit iatrogenen Netzhautlöchern zu rechnen. Ist der Glaskörper präoperativ nicht abgehoben beträgt das Risiko iatrogenen Netzhautlöcher sogar 30%. Netzhautablösungen können auch lange nach der Vitrektomie noch eintreten. Alle phaken Augen zeigen nach einer Vitrektomie eine beschleunigte Kataraktentwicklung <sup>(2)</sup>.
- bei Vorliegen einer Vorstufe einer rhegmatogenen Netzhautablösung, einer manifesten rhegmatogenen Netzhautablösung oder einer posterioren Uveitis: siehe Leitlinien Nr. [22 a](#), [22 b](#) und [24](#)

## Ambulant/Stationär

- Abklärung und Kontrollen immer ambulant
- Vitrektomie meist stationär
- bei Vorliegen einer Vorstufe einer rhegmatogenen Netzhautablösung, einer manifesten rhegmatogenen Netzhautablösung oder einer posterioren Uveitis: siehe Leitlinien Nr. [22 a](#), [22 b](#) und [24](#)

## Kontrollintervalle

- abhängig vom Befund und von Risikofaktoren für eine Netzhautablösung  
Bei einer in Bezug auf Netzhautlöcher unauffälligen Erstuntersuchung nimmt das Risiko für die Entstehung neuer Netzhautlöcher auf etwa 3% stark ab, sofern keine neuen Beschwerden ([siehe Anamnese](#)) aufgetreten sind <sup>(3)</sup>.

## Literatur:

- (1) Wilkinson CP  
“Safety of vitrectomy for floaters- how safe is safe?”  
Am J Ophthalmol, 2011; 151: 919-920
- (2) Hollands H. et al.  
„Acute-Onset Floaters and Flashes – Is the Patient at Risk for Retinal Detachment?”  
JAMA 2009; 302: 2243-2249

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