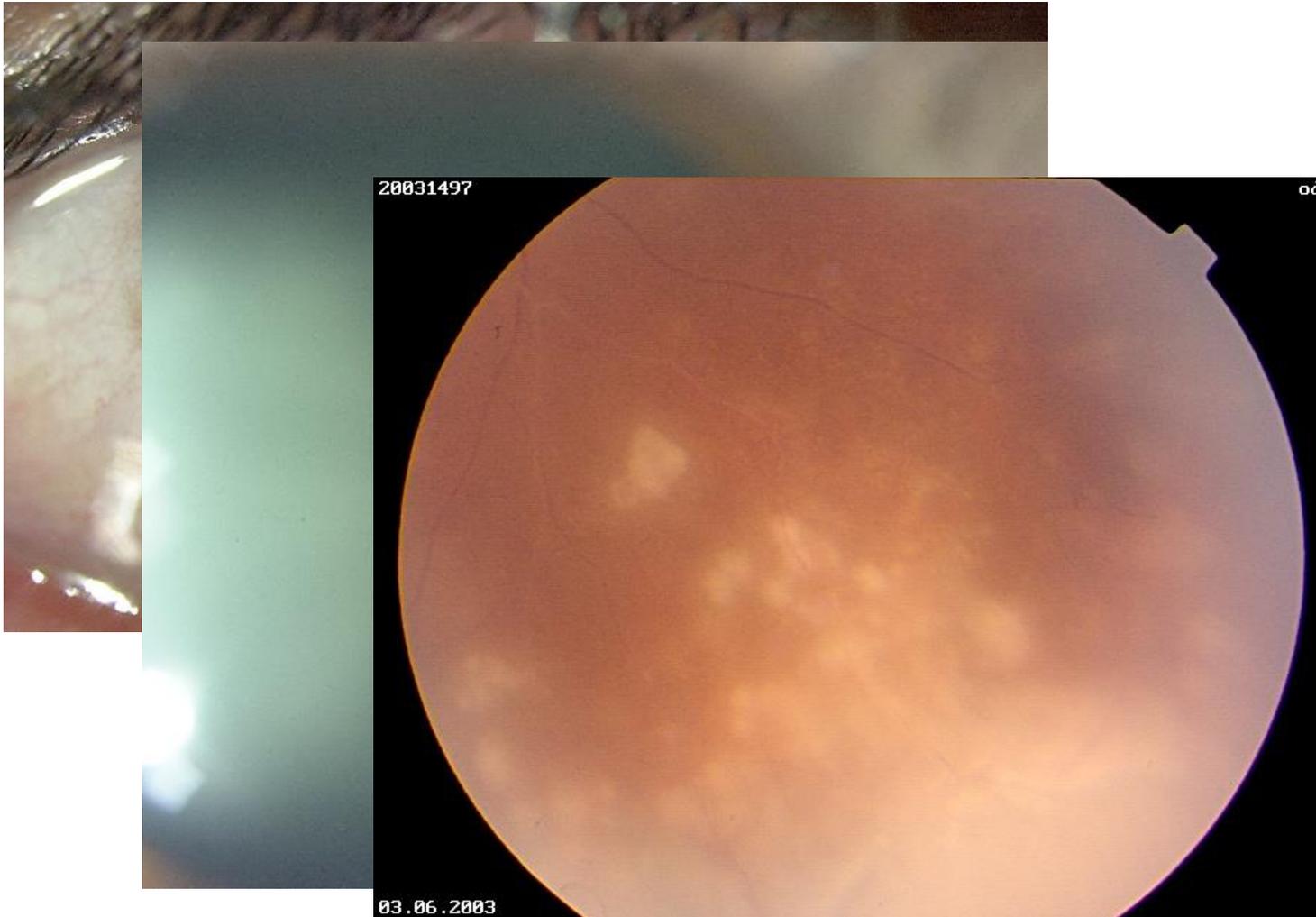
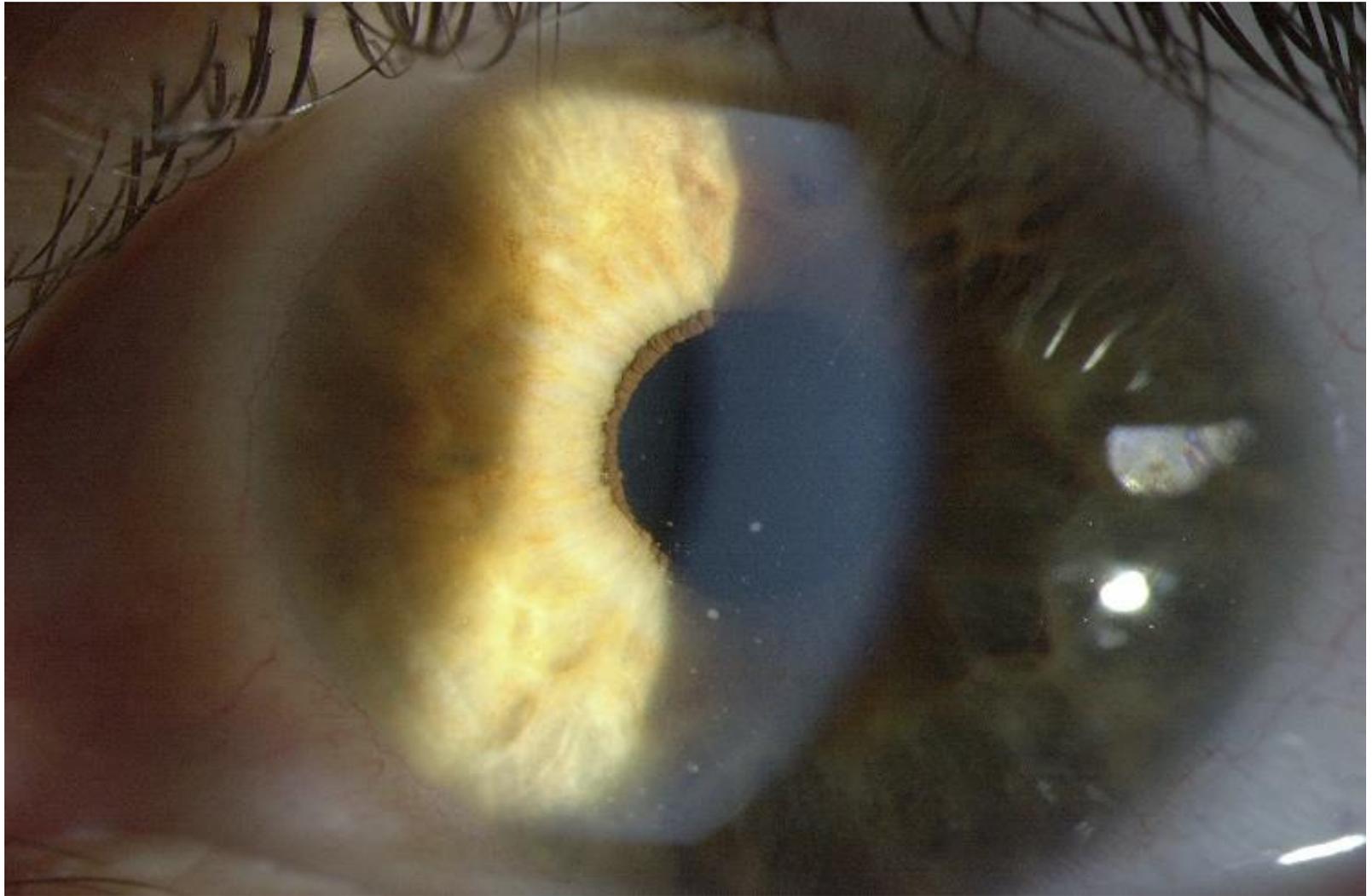


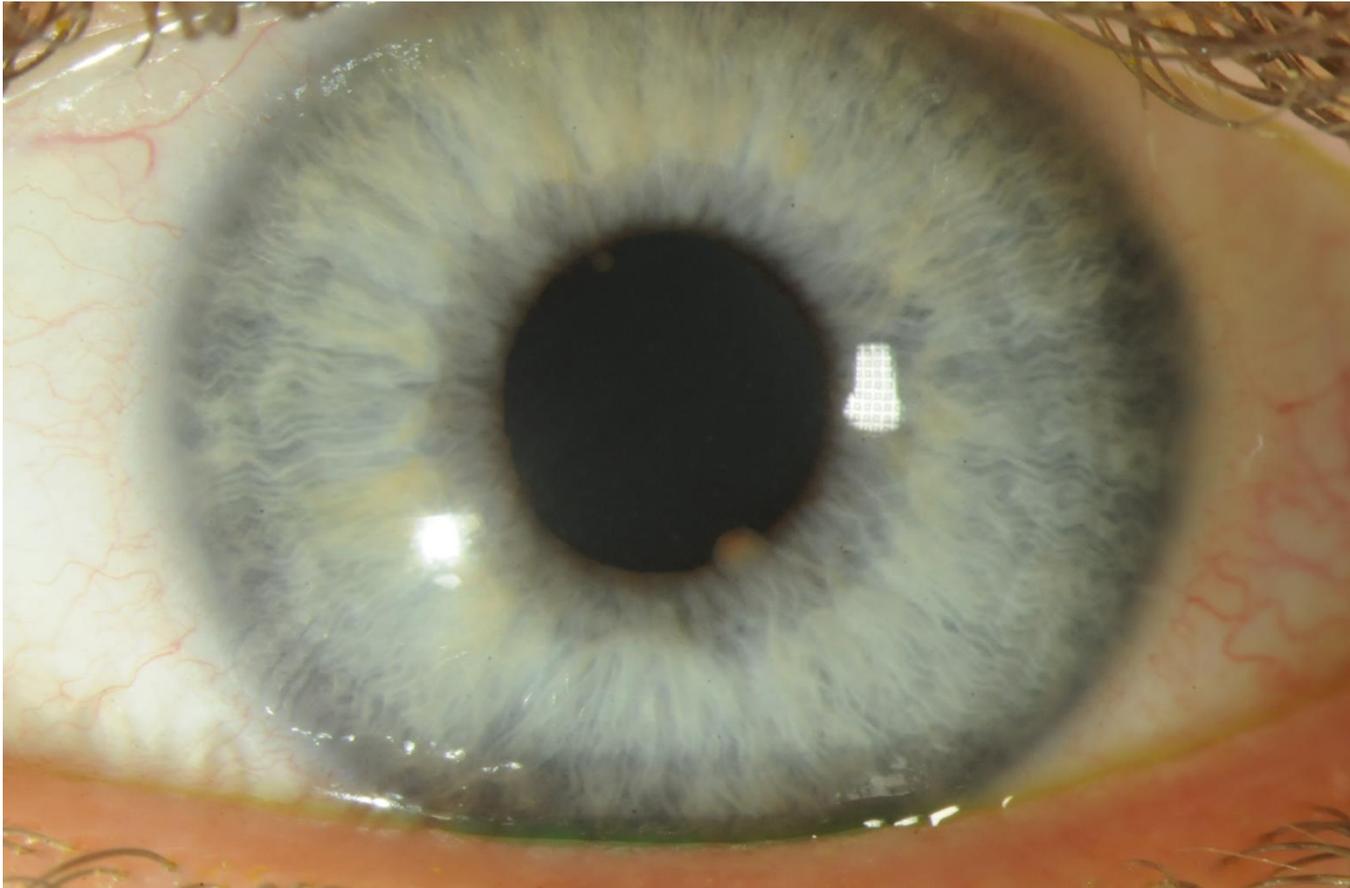
# Uveitis-Abklärung

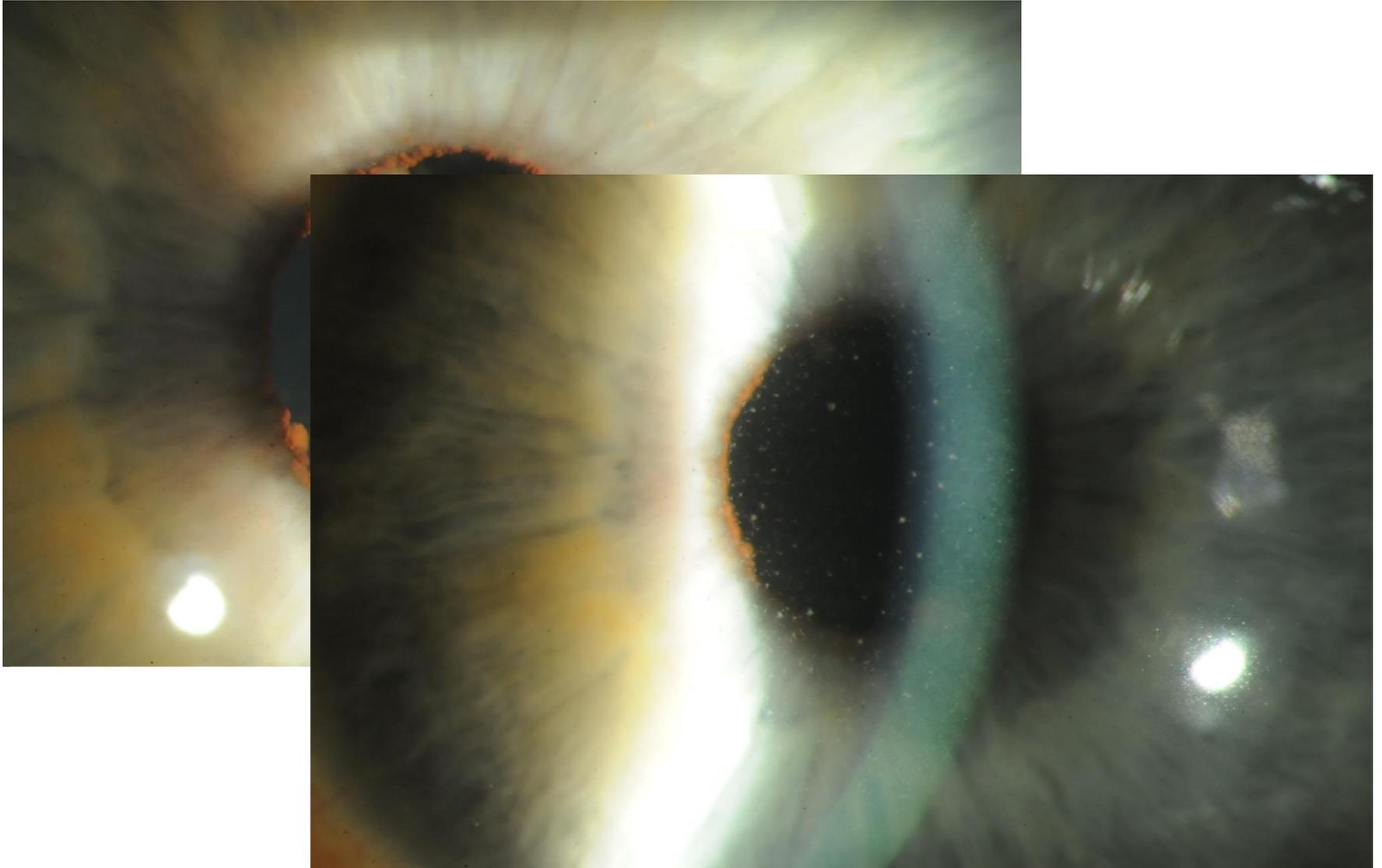
Ja - aber  
oder  
aber - Ja?

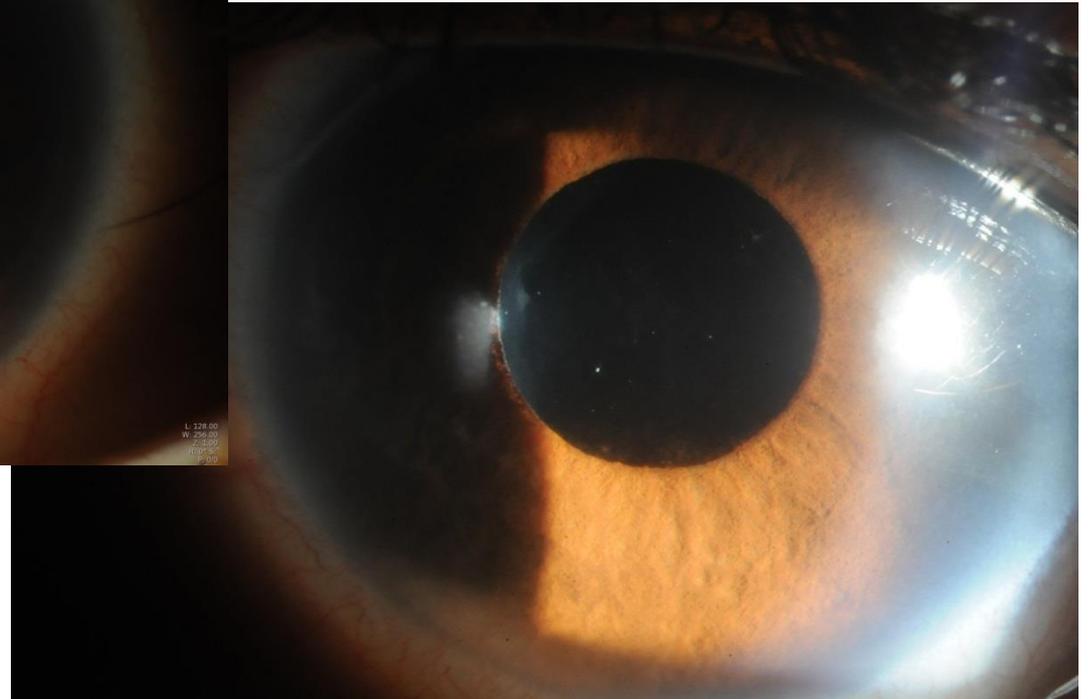
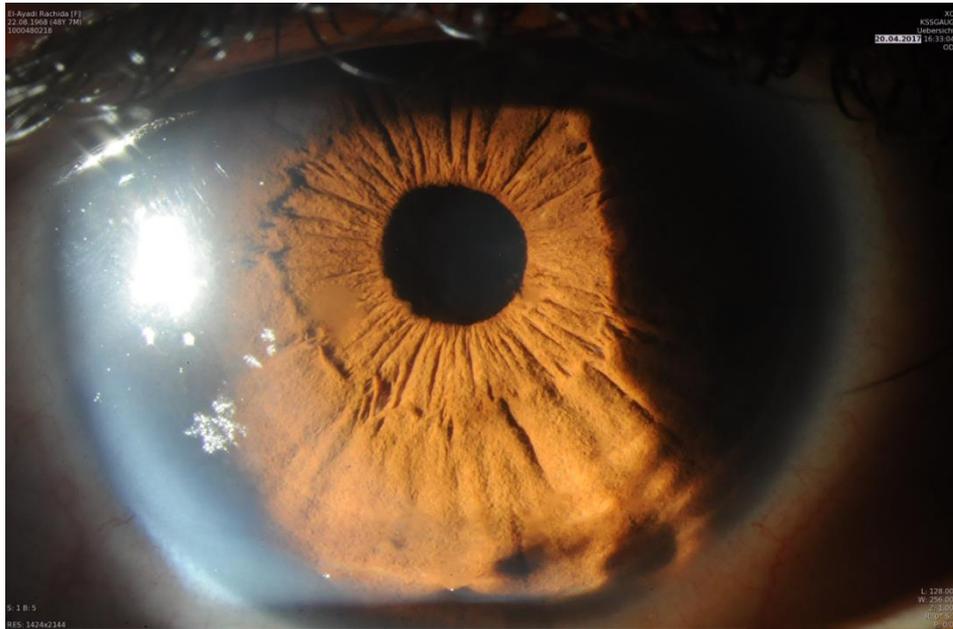






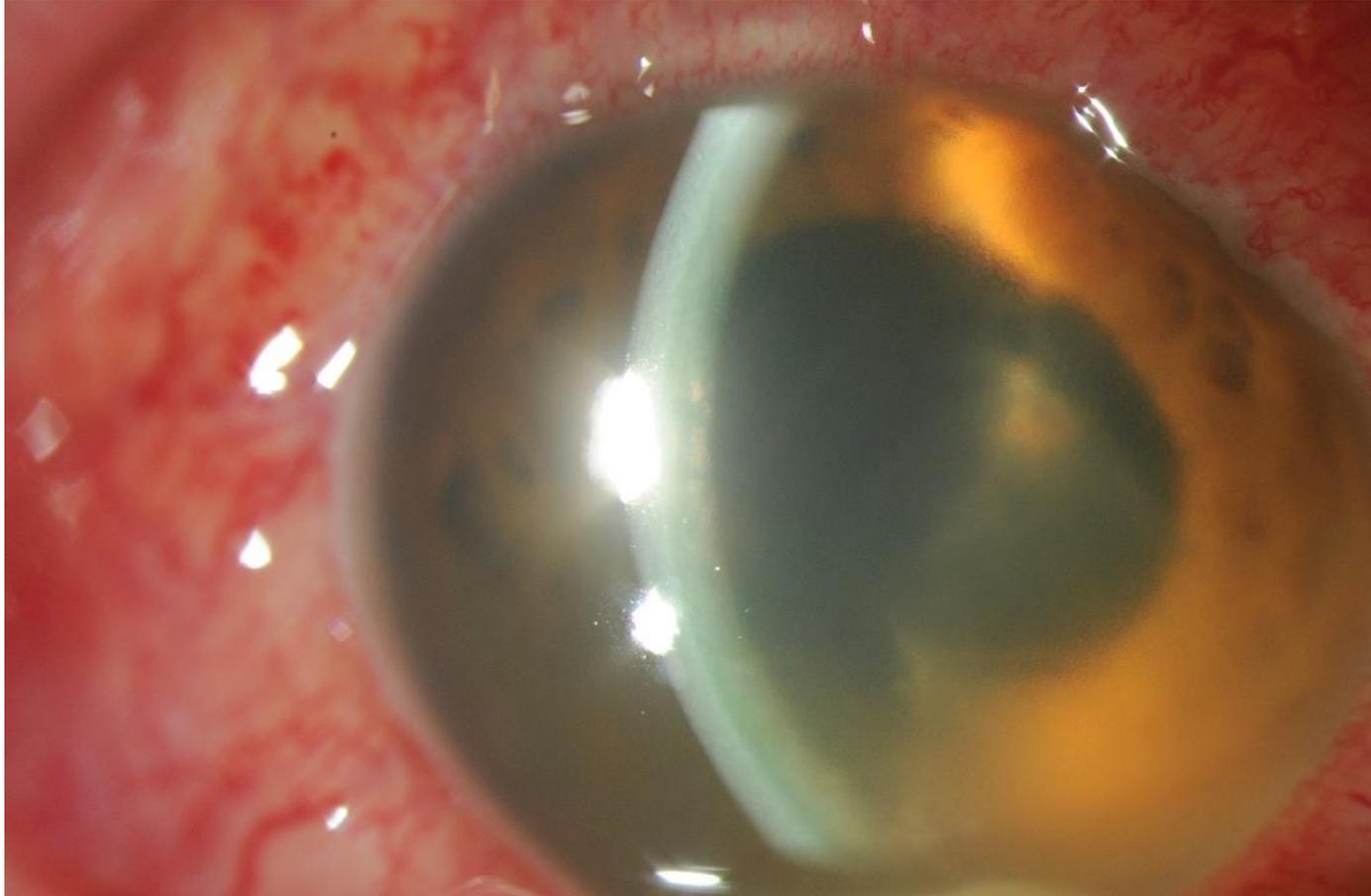




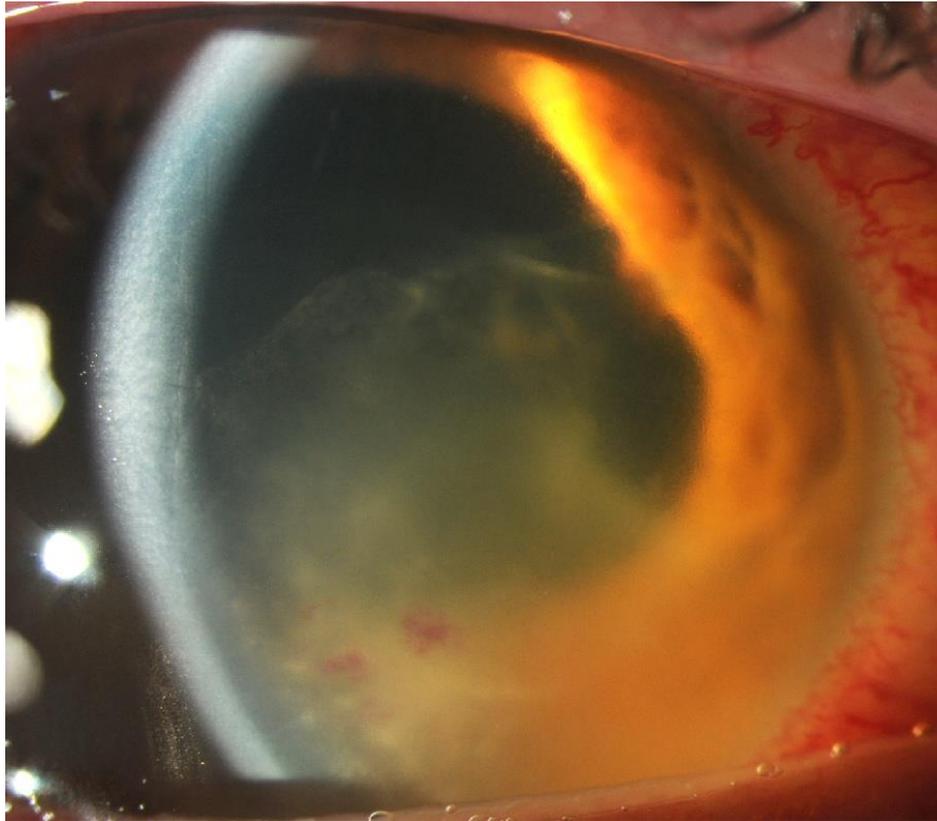


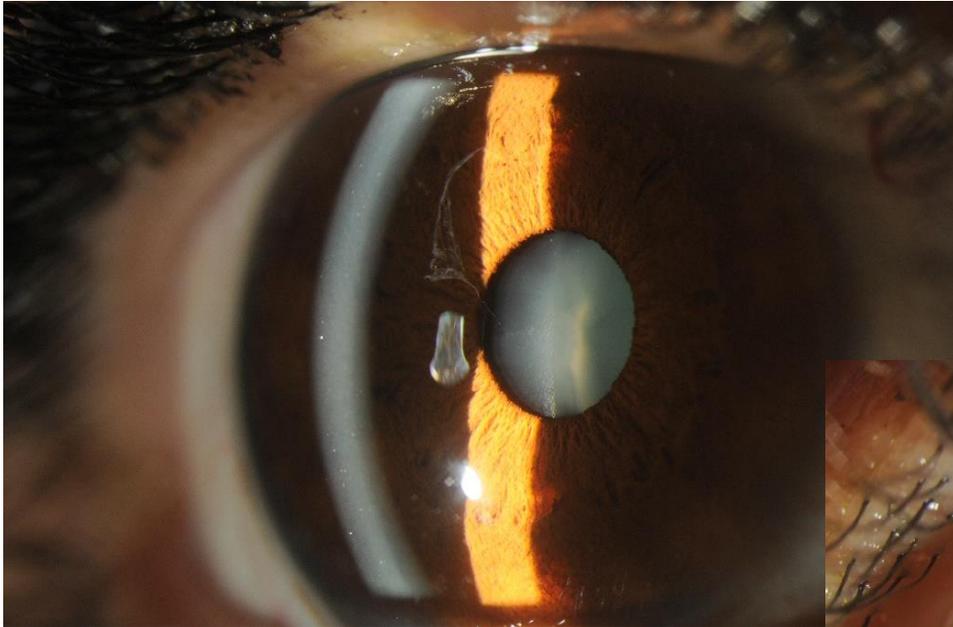
## Fuchs Uveitis-Syndrom

- Ätiologie: Röteln-Virus induziert
- HH-Endothelbeschläge diffus verteilt
- Vorderkammerreizung diskret
- Fehlende hintere Synechien
- Weisses schmerzfreies Auge
  
- Heterochromie nur in 30% der Fälle
- Atrophes Irisstroma



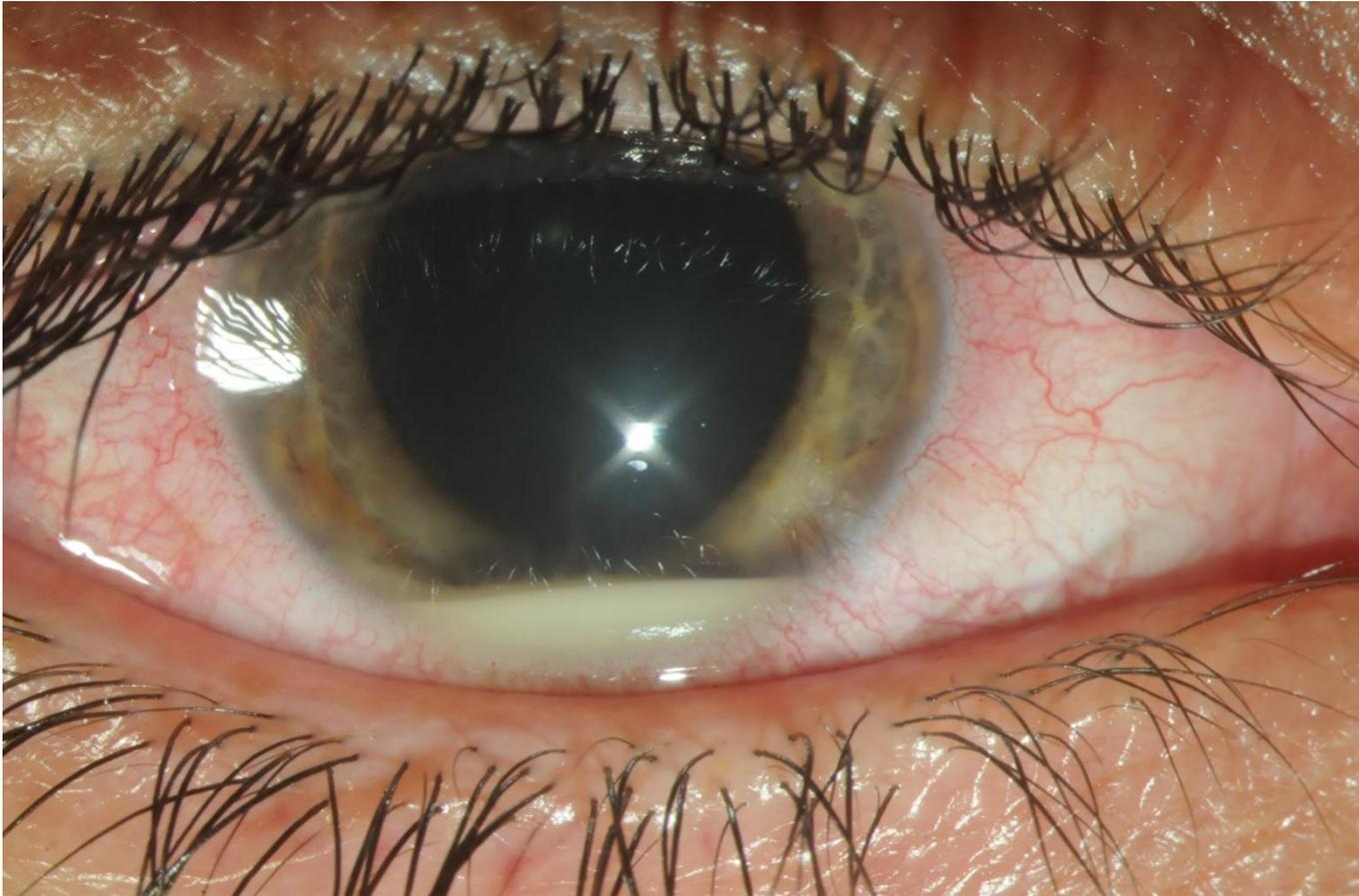
HLA-B27 pos.





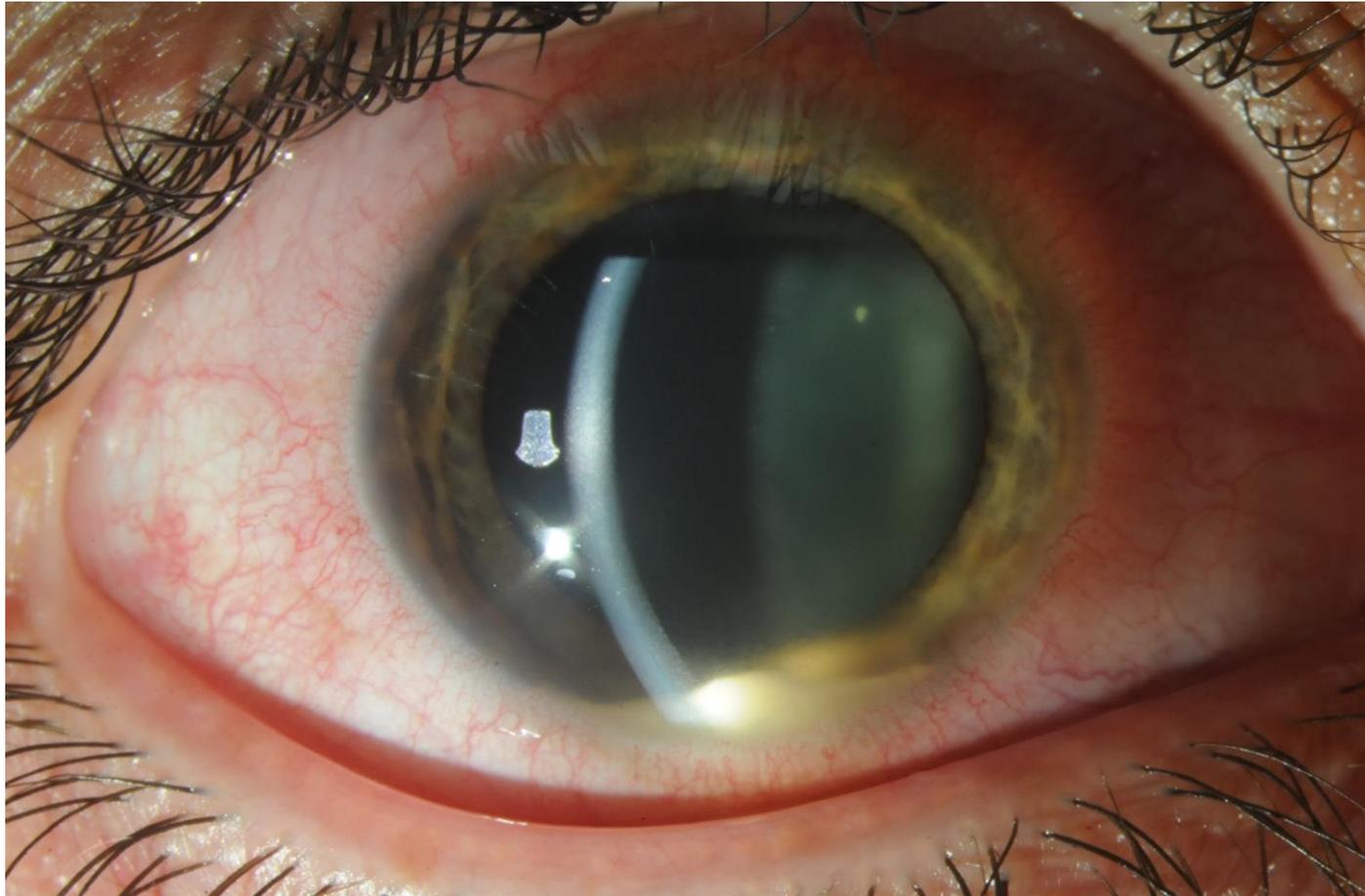
## HLA B27 assoziierte Uveitis anterior

- Spondylitis ankylosans
- Reiter-Syndrom
- Psoriasis-Arthritis
  
- Morbus Crohn und Colitis ulcerosa



22.5.17

HLA B5



24.5.17



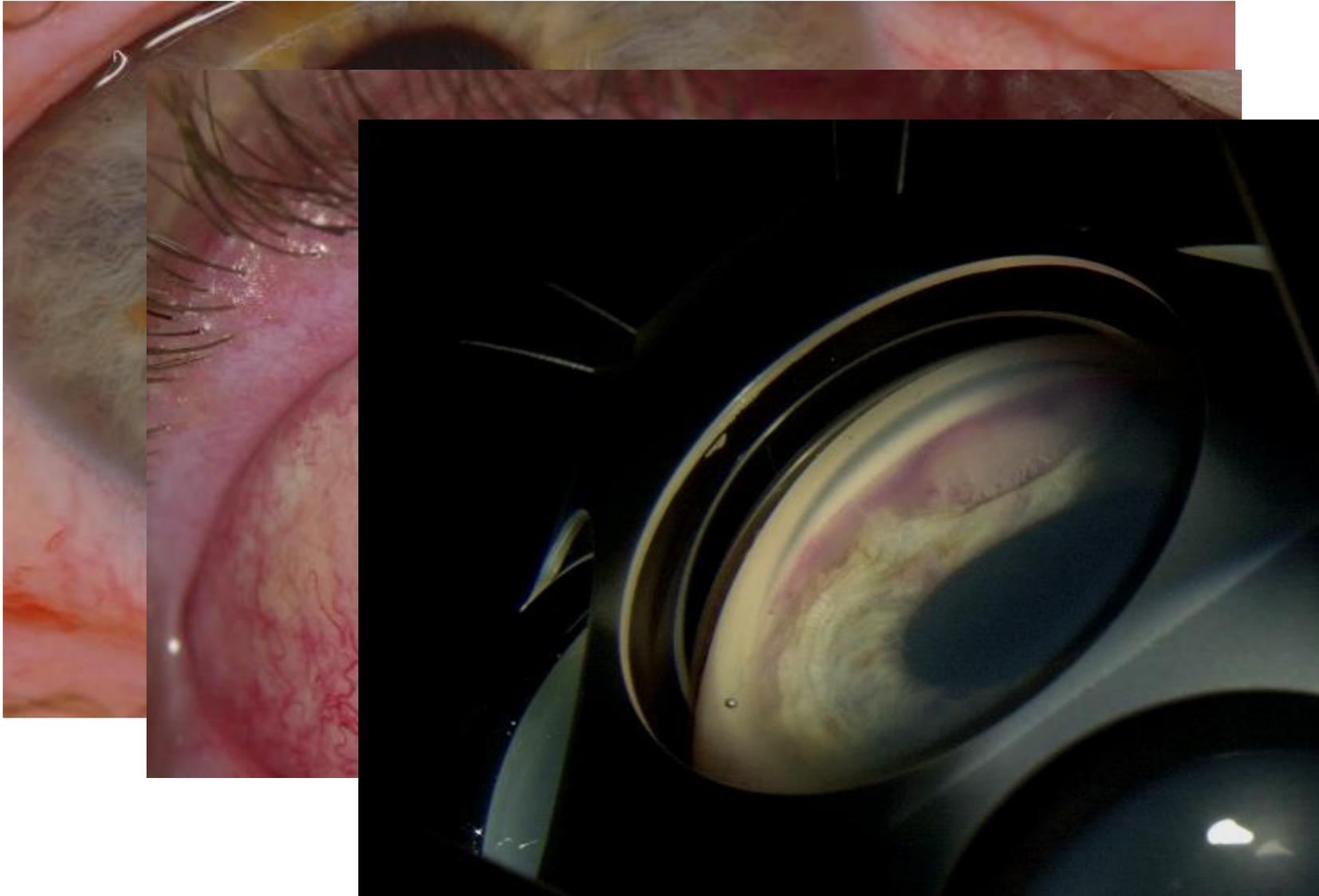
# Granulomatöse Uveitis anterior

## Nicht infektiös

- Sarkoidose
- Morbus Wegener
- VKH
- Sympathische Ophthalmie

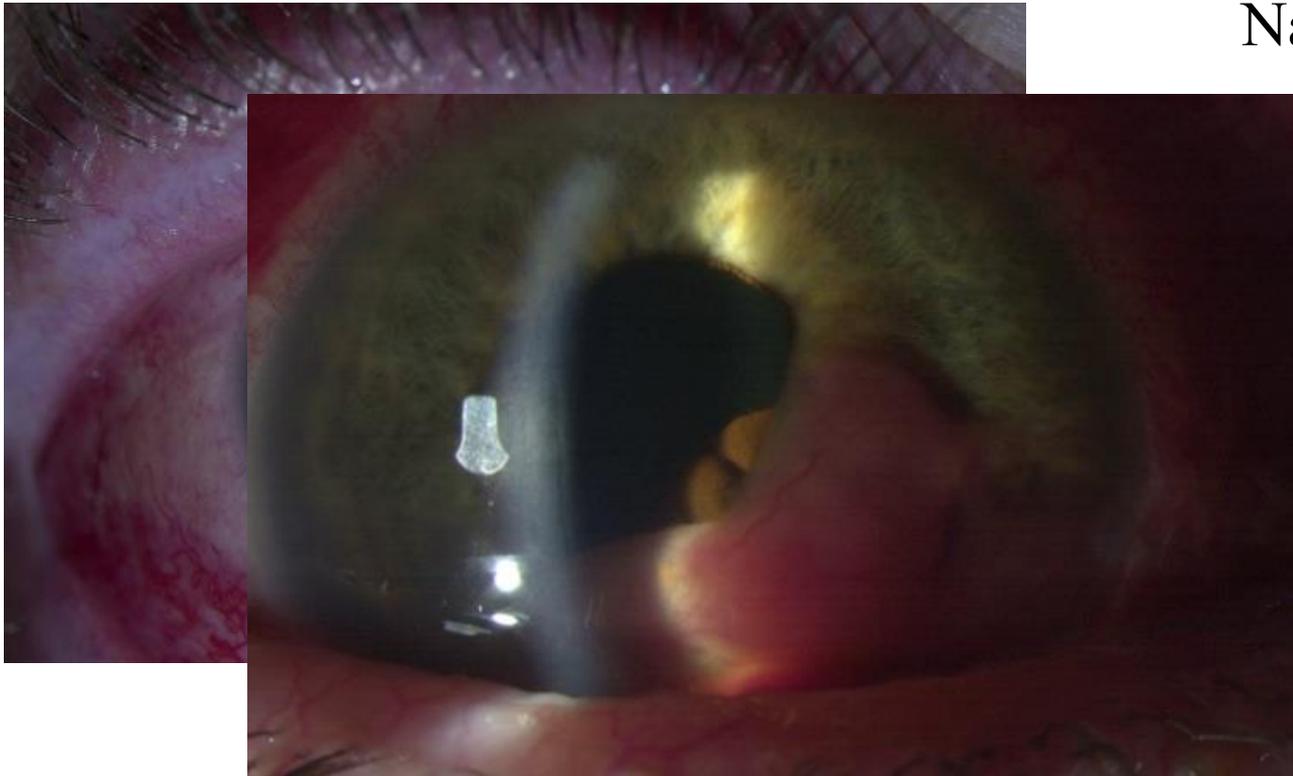
## Infektiös

- Lues
- Tbc
- Lepra
- HSV/VZV



## Verlauf

Nach 2 Wochen  
Nach 1 Monat



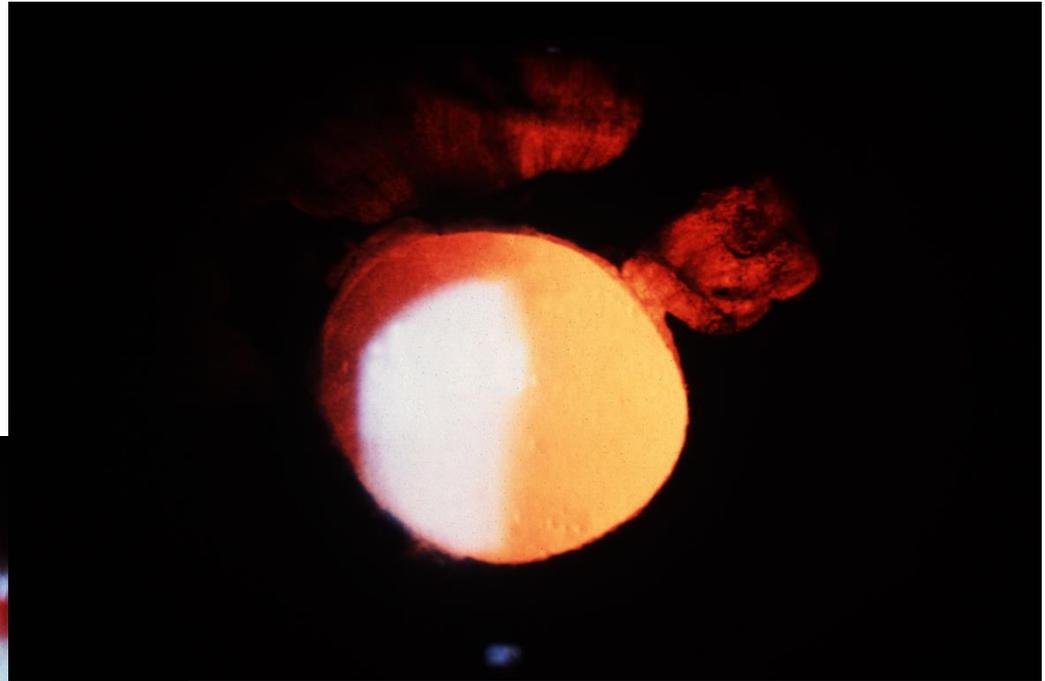
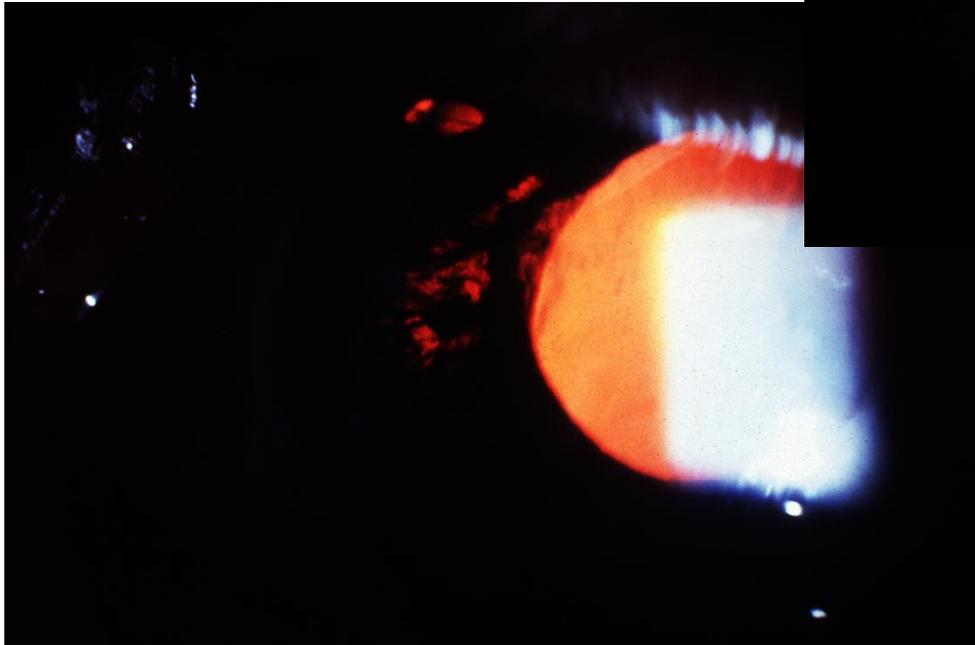
D: granulomatöse Entzündung

## Therapie: systemisch Steroide

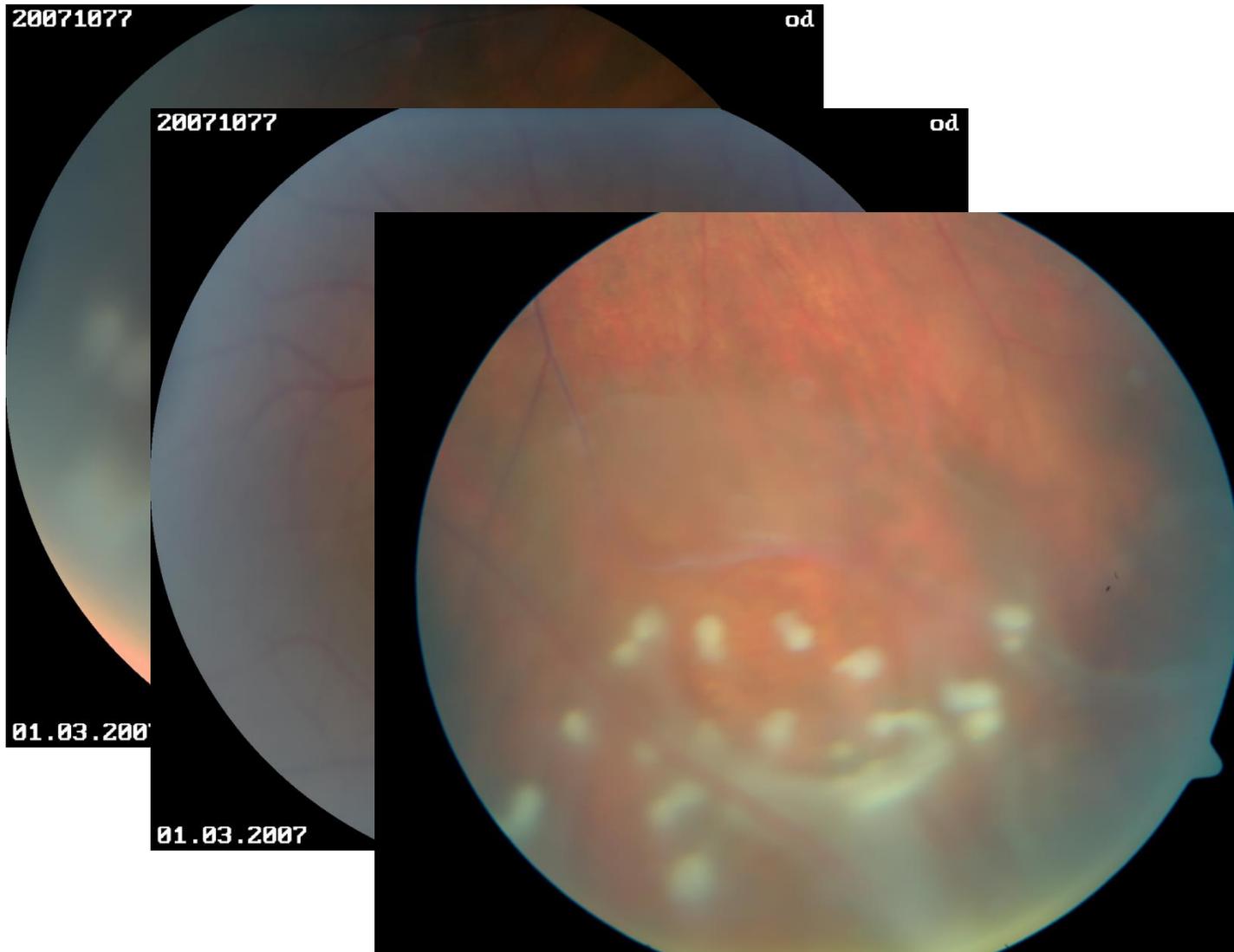
Nach 2 Wochen  
Nach 1 Monat



HSV



VZV



## Abklärungen bei Intermediäruveitis

- Übliche Laborabklärungen
- Thorax-Rx, ev. Thorax-CT
  
- Bei jüngeren Ausschluss einer MS
- Bei älteren Ausschluss eines ZNS-Lymphoms
  
- Grosszügig mit MRI des ZNS
- Diagnose oft erst im Verlauf möglich



# Abklärungen bei Vaskulitis

## Nicht infektiös

- M. Behcet ( HLA B5)
- M. Wegener
- SLE
- Polyarteriitis nodosa
- Dermatomyositis
- Sarkoidose
- MS
- M.Crohn
- Colitis ulcerosa

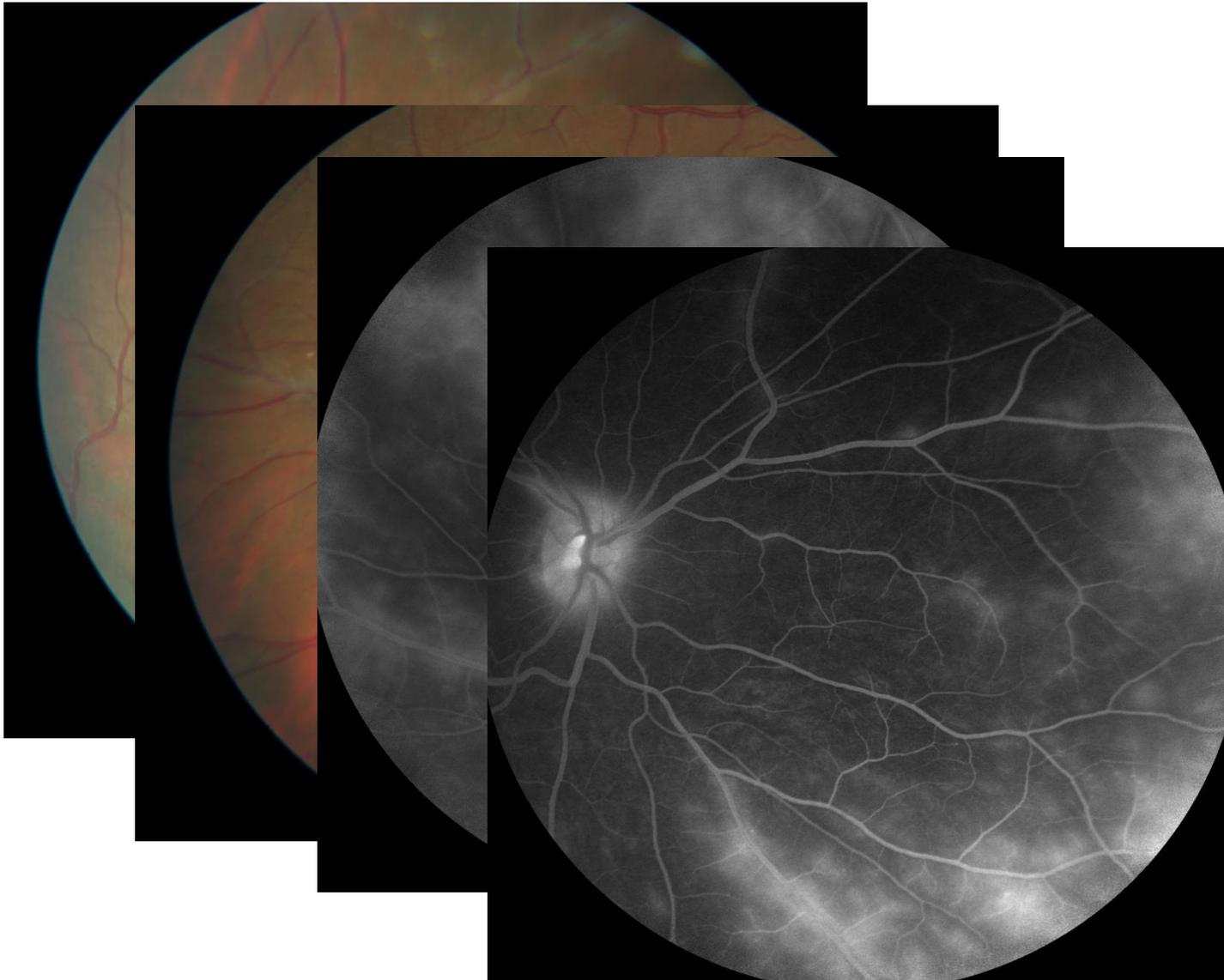
## Infektiös

- Lues
- Tbc
- Borreliose
- HSV/VZV
- Toxoplasmose
- CMV

## Patientin FA 1986



6.1.2017

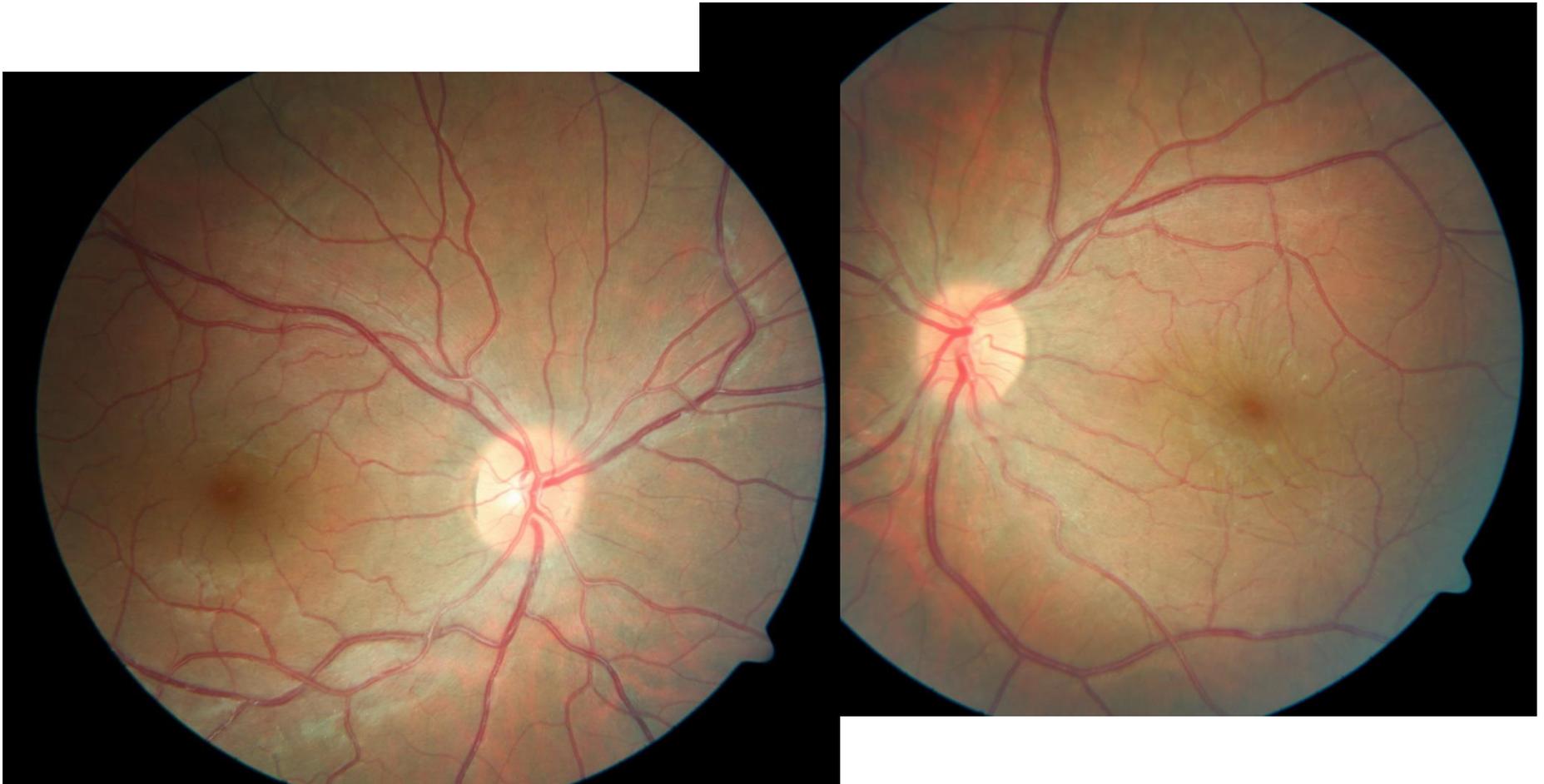


6.1.2017

## Patientin F. A. 1986

- HLA B5 positiv
- D: Morbus Behcet
- Therapie:
  - Predison
  - Imurek

7.4.2017





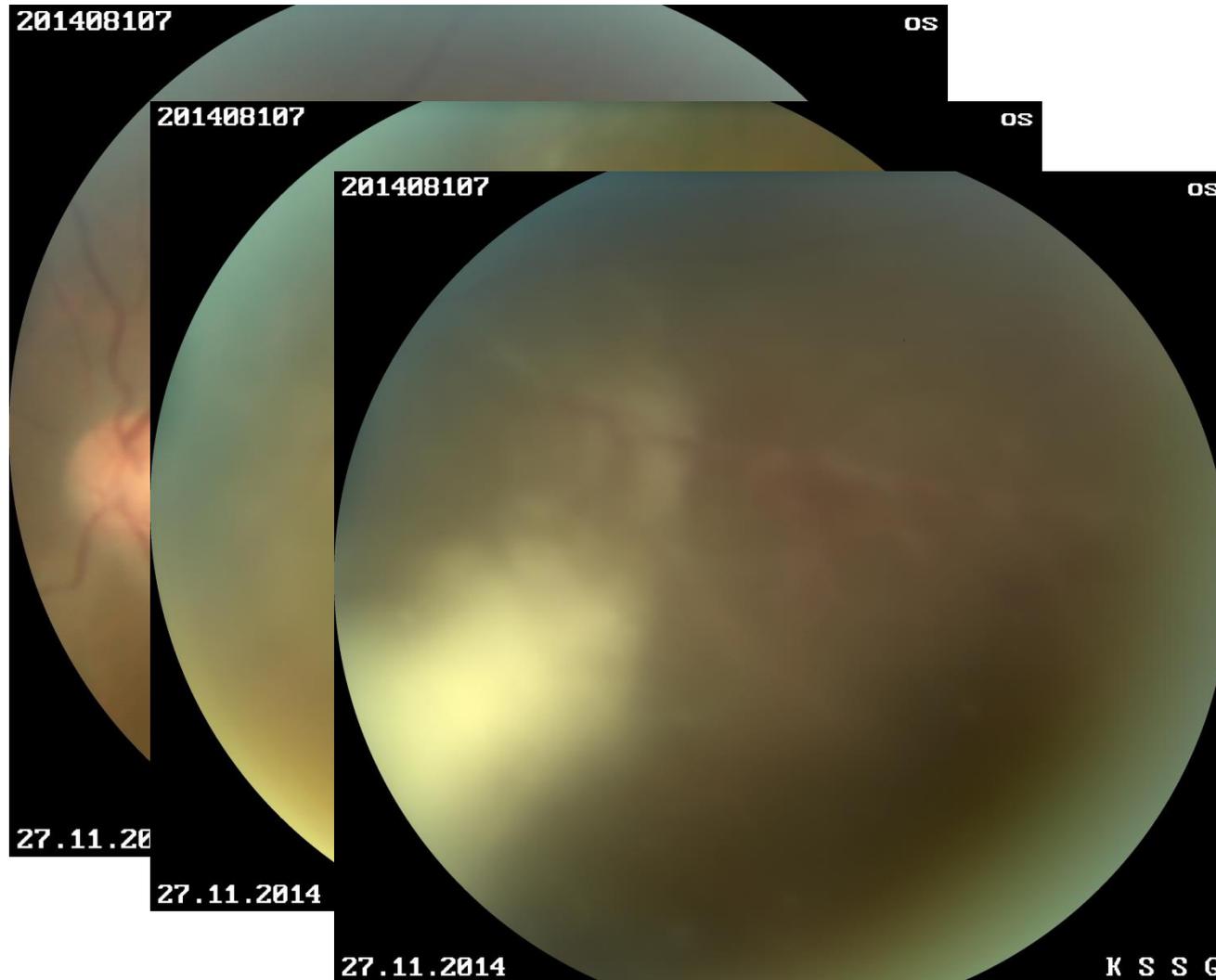
E.M. 1944  
AML

V. auf pulmonale  
Aspergillose 3/12  
Th: Vfend



## Patient S. J. 1986

- seit 1 Woche Rötung, Brennen links
- Thailand, seit 6 Monaten in der CH
- Homosexuell, verheiratet mit einem Schweizer
- Keine Drogen, anamnestisch kein HIV
  
- Zuweisung vom AA



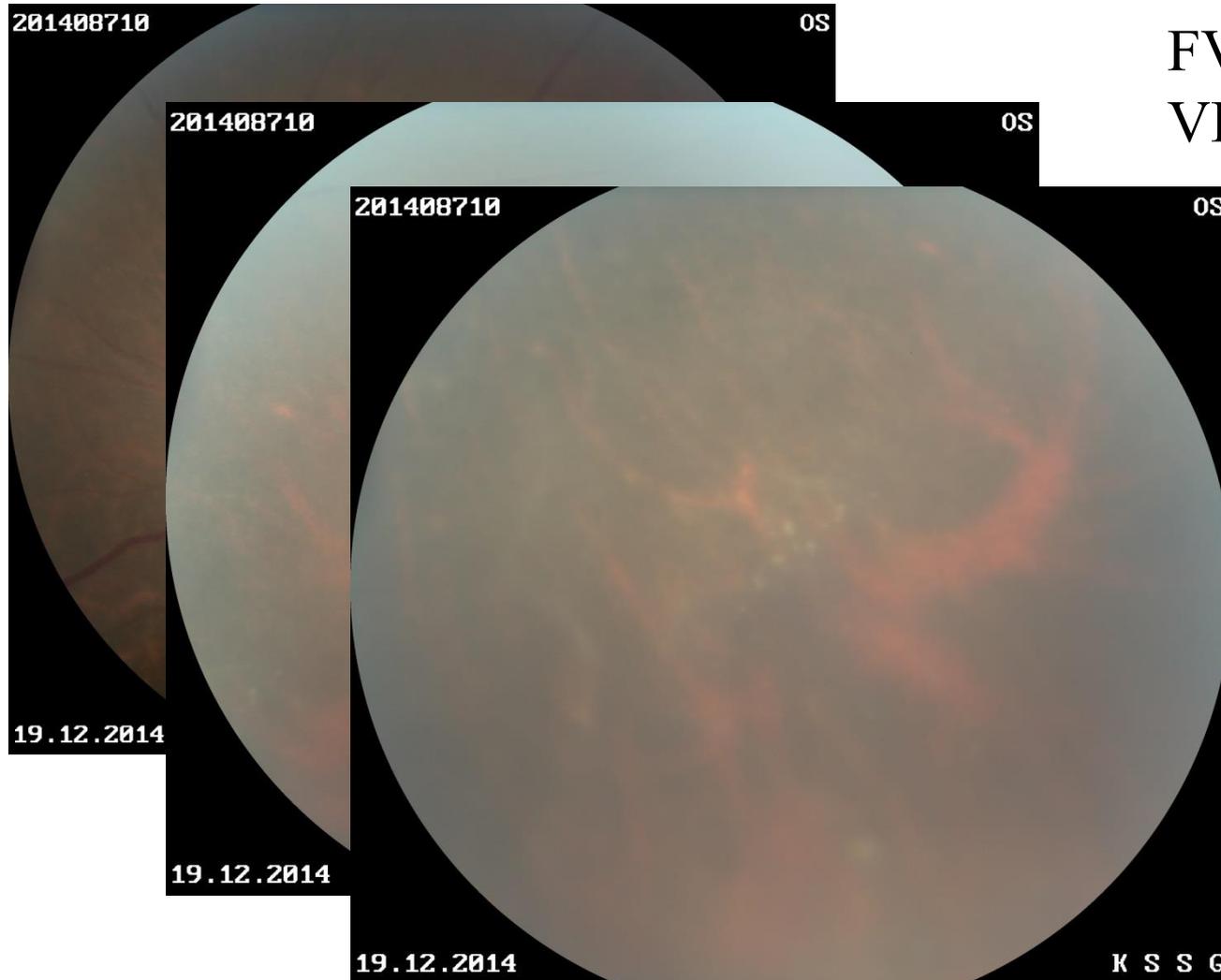
FVL: 0,6  
VKZ +++

## Patient S. J. 1986: DD

- Lues
- ARN
- CMV

## Patient S.L. 1986 Abklärungen

- Treponema pallidum Ig (Se): pos. TPPA: pos.
- Treponema RPR Titer: 1: 256
- HIV: positiv
- CMV-Titer in der LP: IgG: über 250E/ml
  
- D: Lues-Chorioretinitis ( Neurolues )
- Th: Penicillin iv für 2 Wochen



FVL: 0,8

VKZ +

## Patient W. E. 1964

- Zuweisung Pneumologie KSSG 2/ 2015:
  - Neudiagnose HIV Erkrankung
  - Pneumocystis jiroveci Pneumonie
- Fragestellung:
  - Hinweise für eine Candida-Retinitis
  - Hinweise für eine CMV-Retinitis
- CD 4 : 80/ul
- Tbc: keine Hinweise



## HIV assoziierte Mikroangiopathie

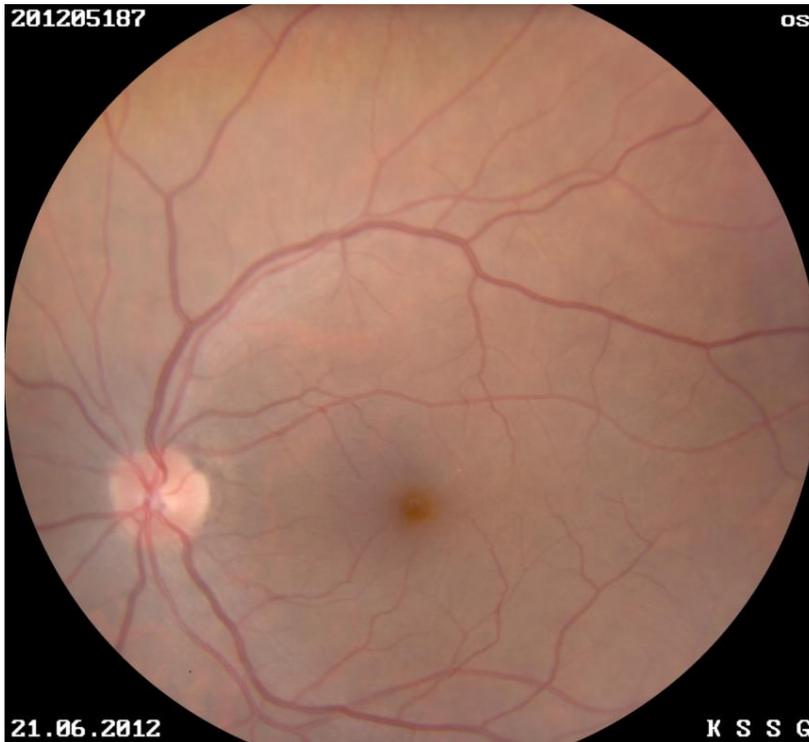


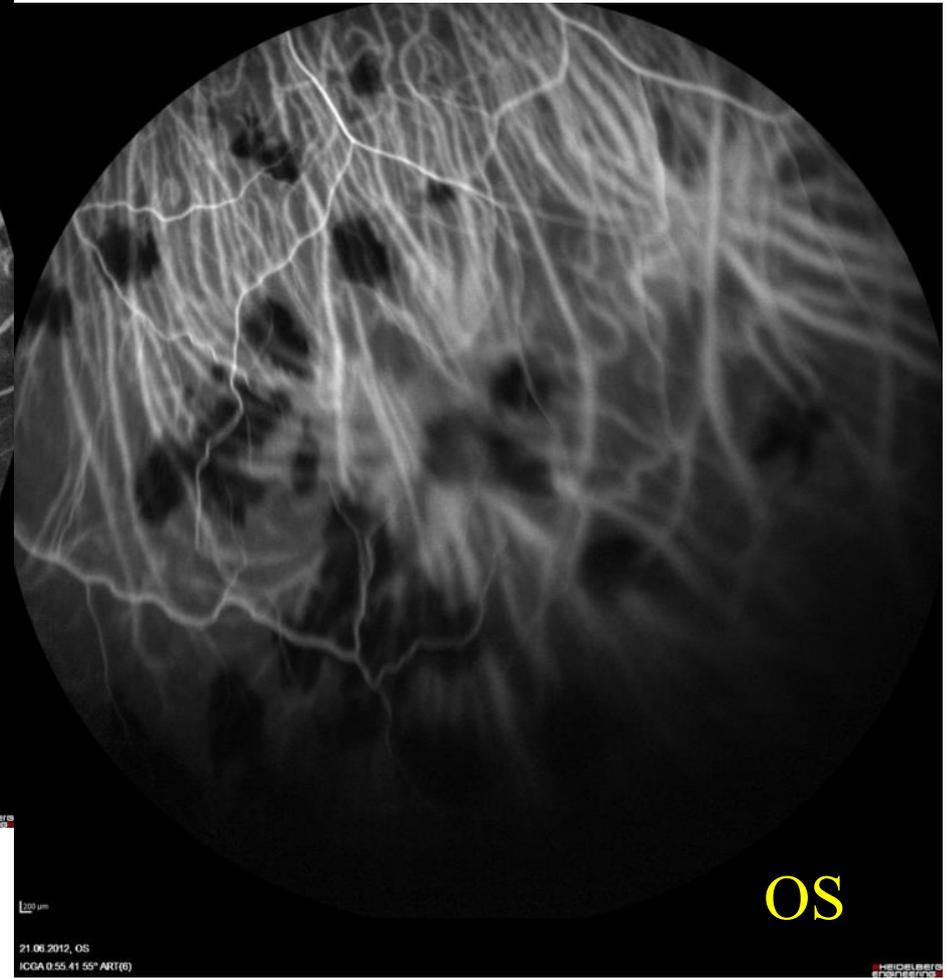
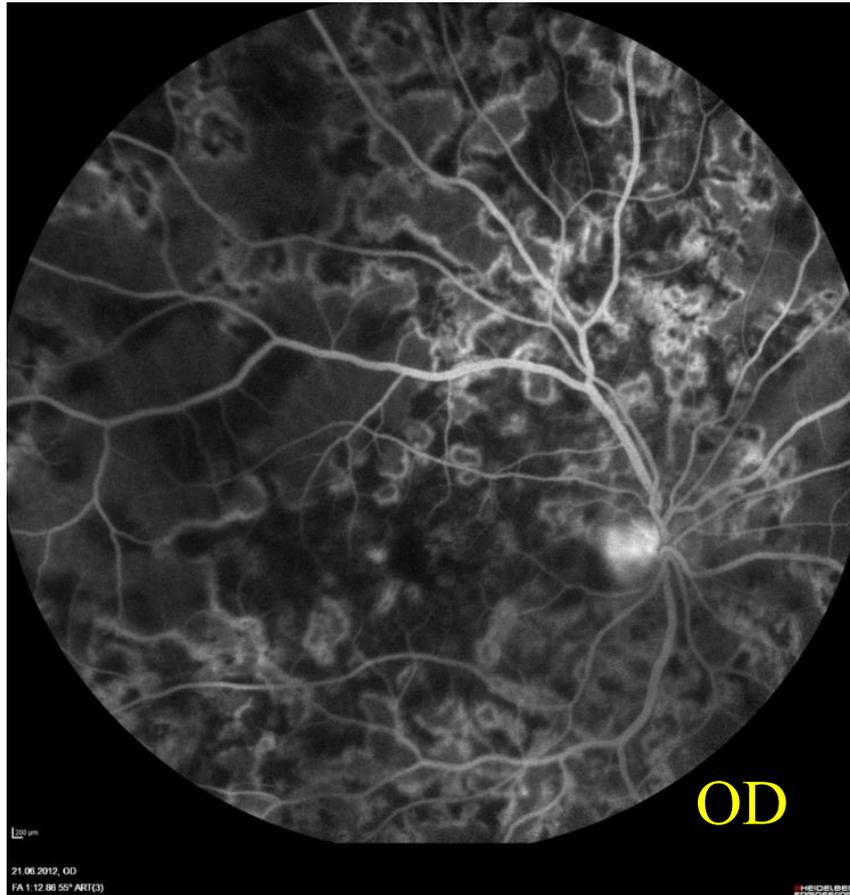
FV bds. cc 0,9  
VKZ- bds

## Patientin : K. H. 1953

- 6/2012 Zuweisung wegen Visusverminderung rechts seit ca. 4 Wo
- Kataraktoperation links im April 2012
- Bekannte Hypertonie
- Unklarer Husten, Raucherin
- Sonst gesund, verheiratet, 4 Kinder
- Ca. 2x pro Jahr in der Heimat ( Kosovo )







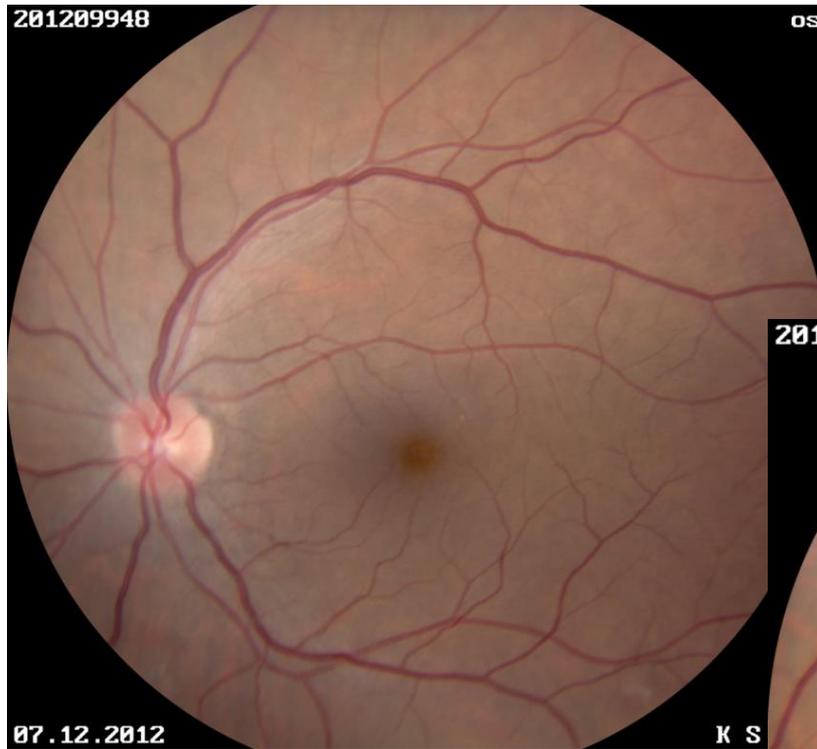
21.6.2012

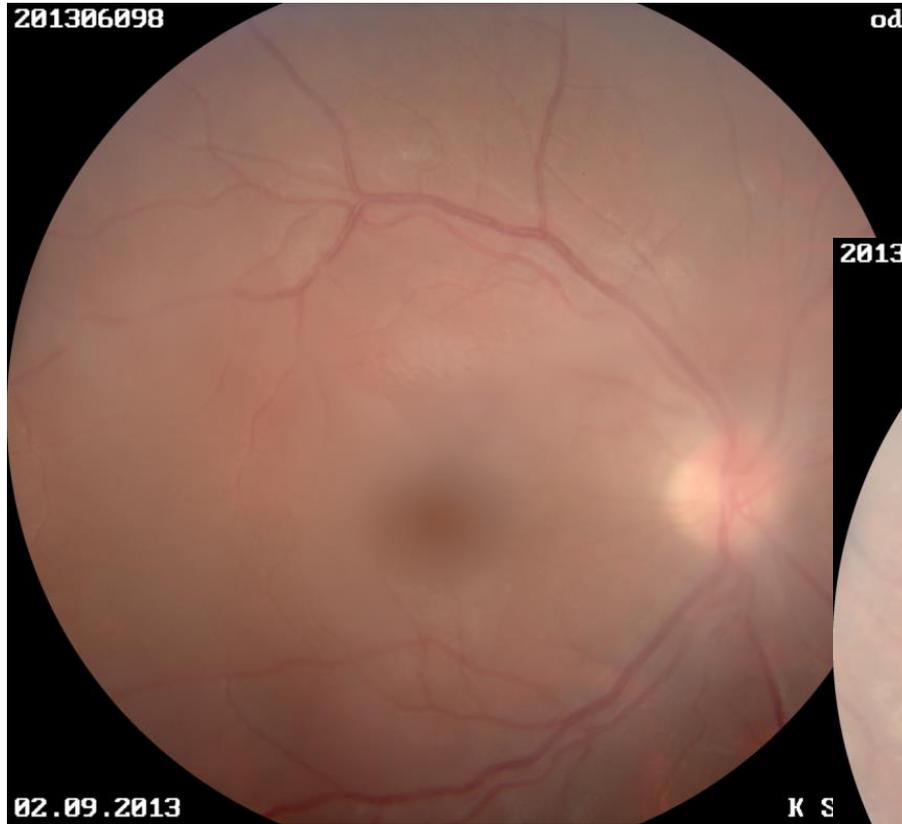
## Abklärungen

- Routine-Labor normal
- HLA-B27 nachgewiesen
- QuantiFERON Test positiv ( 2x )
- Thorax-Rx: narbige Veränderungen
- Thorax-CT: teilverkalkte Lymphknoten
  - Raumforderung im Pankreas-Korpus
- Bronchialsekret 2x neg., Sputum 1x neg.

## D: Granulomatöse Chorioretinitis

- Am ehesten im Rahmen einer Tbc
- Tuberkulostatische Therapie
  - Vierer Kombination für 2 Monate
  - Zweier Kombination für 4 Monate
- Systemische Steroide Beginn nach 1 Wo
- 9/2012: Laparotomie: Pankreaszystadenom
- Verlauf: stabil



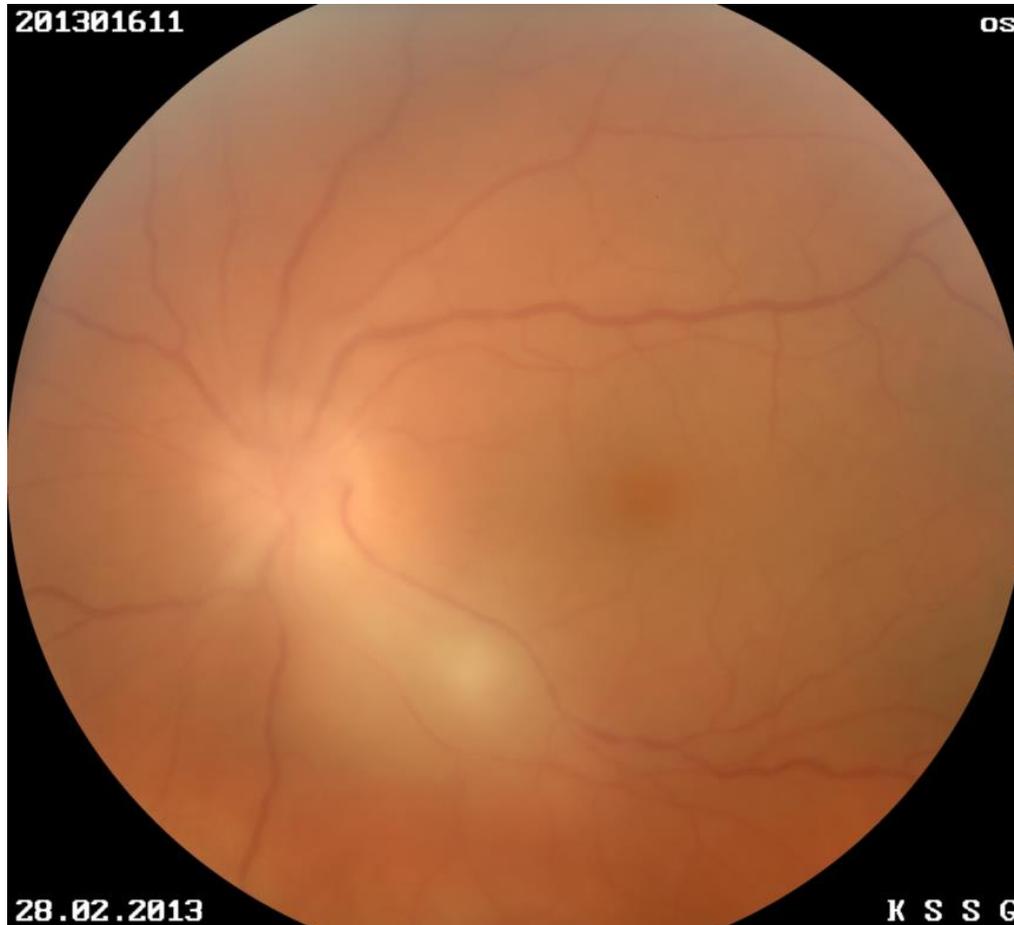


Z. L.





Z. L.



D.A. 1959

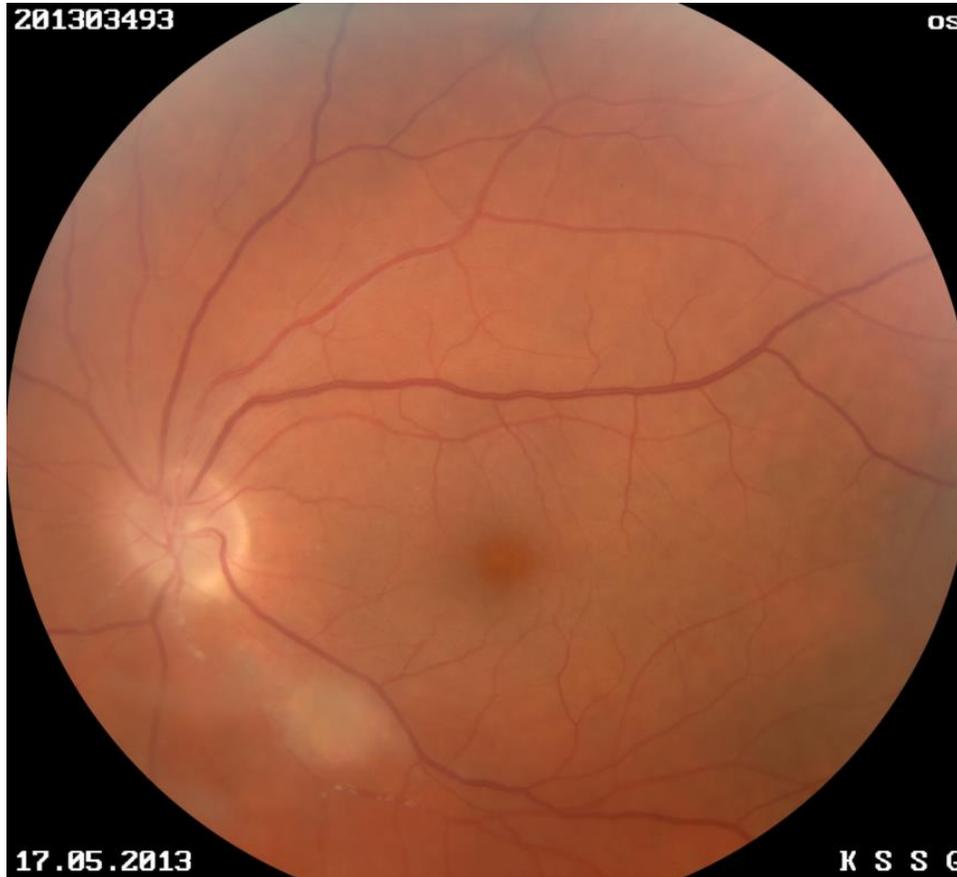
Grippale Symptome  
Seit 2 Tagen Photophobie

Toxo IgG : 27,8

CMV: IgM: pos !

Borrelien: pos !

D: ppV



D. A.

Toxo-Chorioretinitis

Bis 80% der Uveitis post

Ev. 2/3 erworben

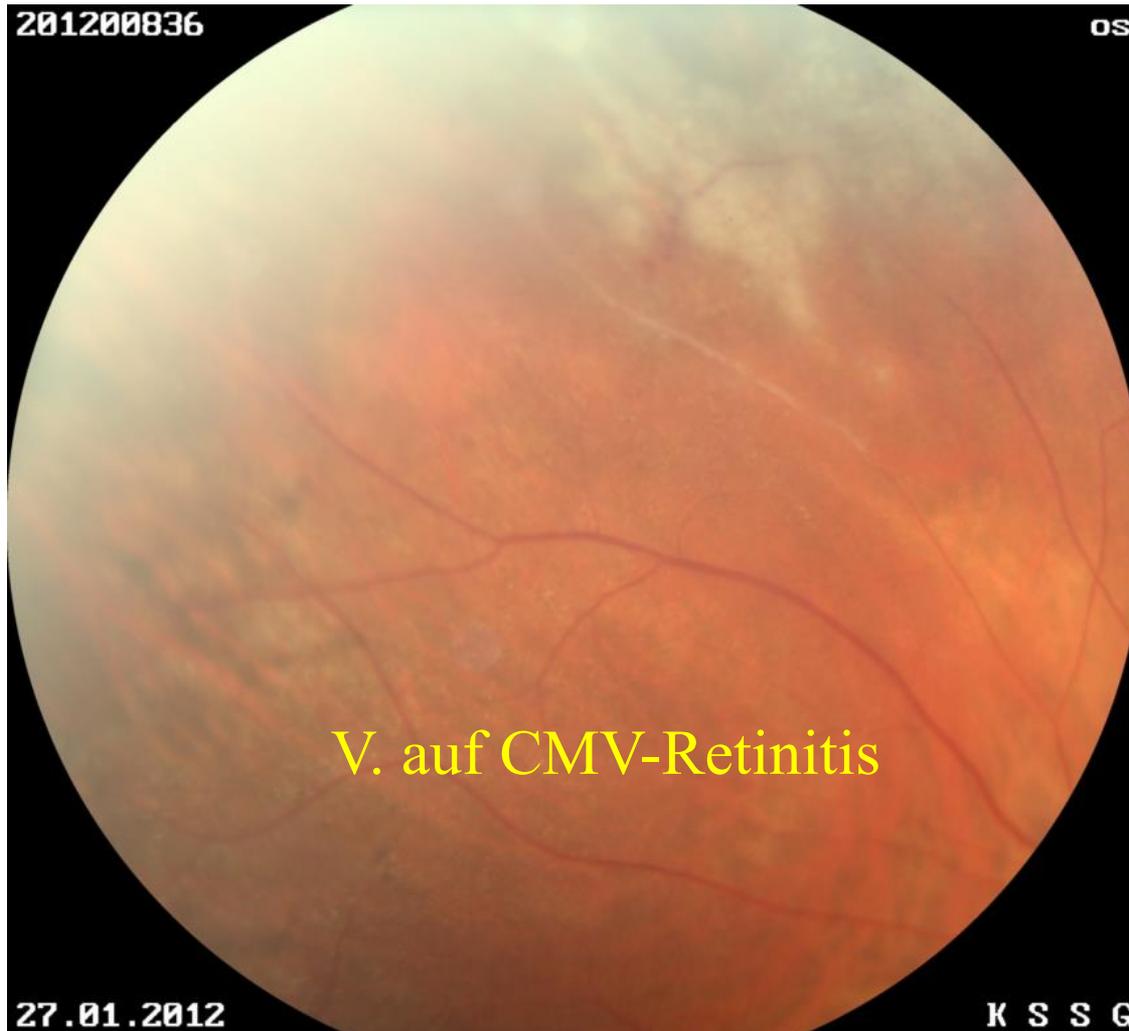
## Patientin T.A. 1944

- Diffuses follikuläres B-Zell NHL seit 2006
- Konsilium 23.1.12 : seit 2 Wo «Fädeli» links
  - FVR: 0,63
  - FVL: 0,5
  - Tension: od 18mmHg / os 23mmHg
  - Spalt: Cataract bds / os: VKZ+



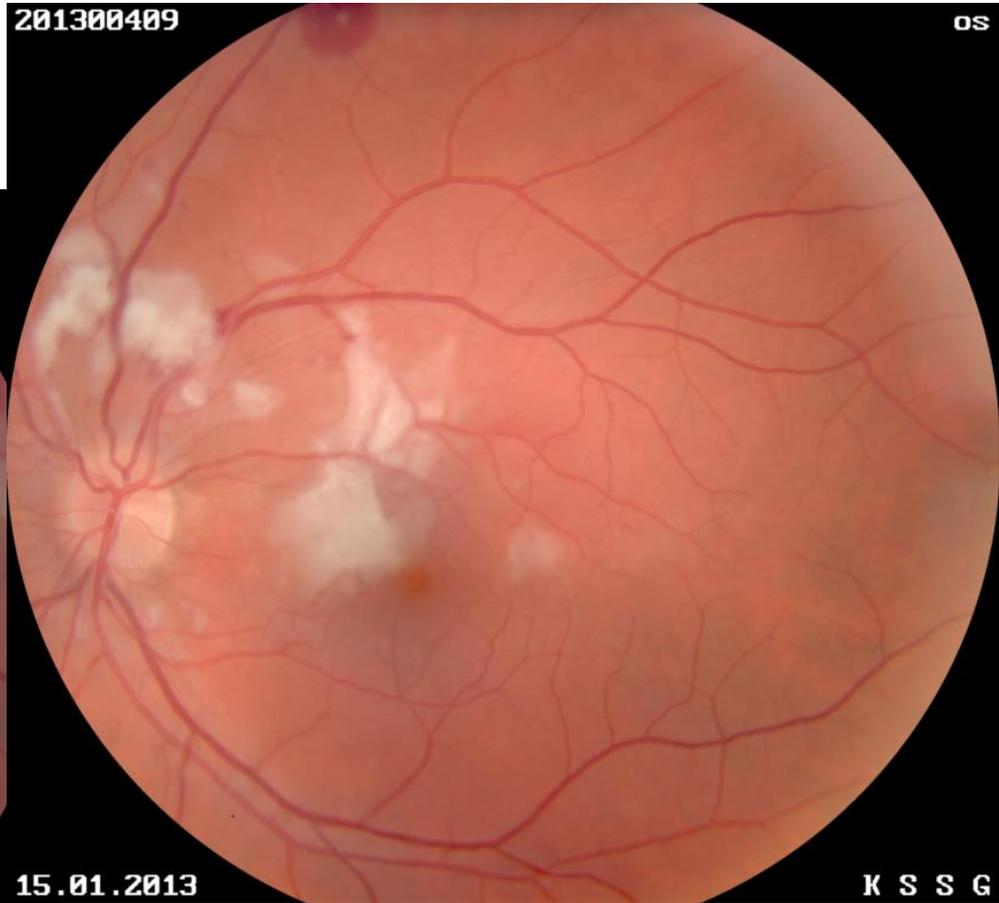
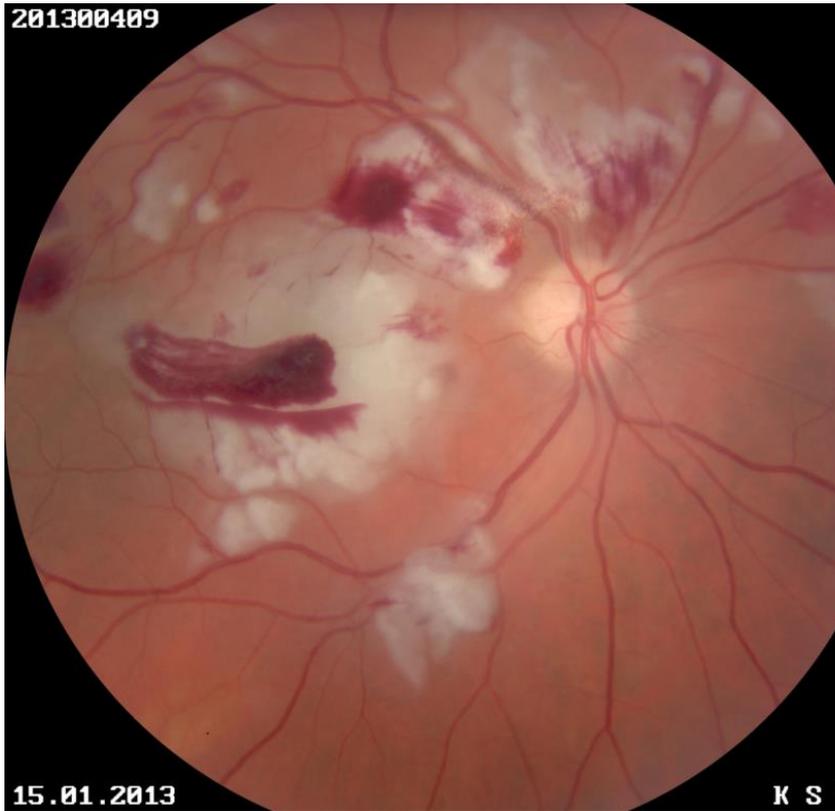
T. A.

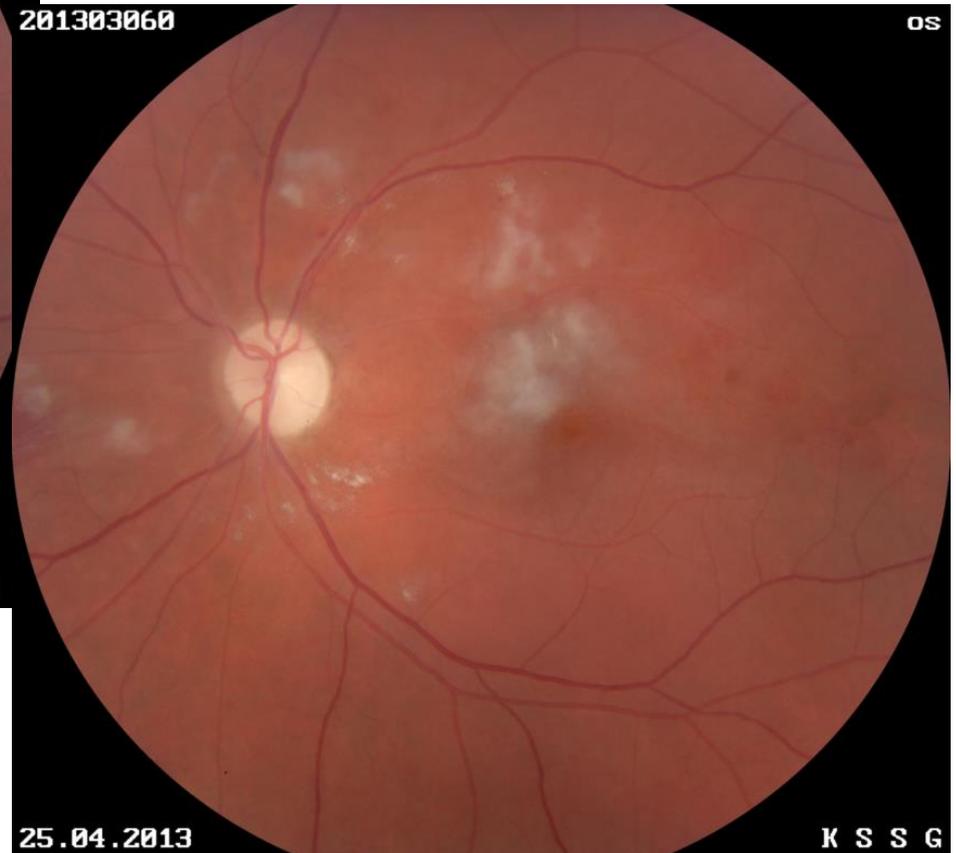






DD !



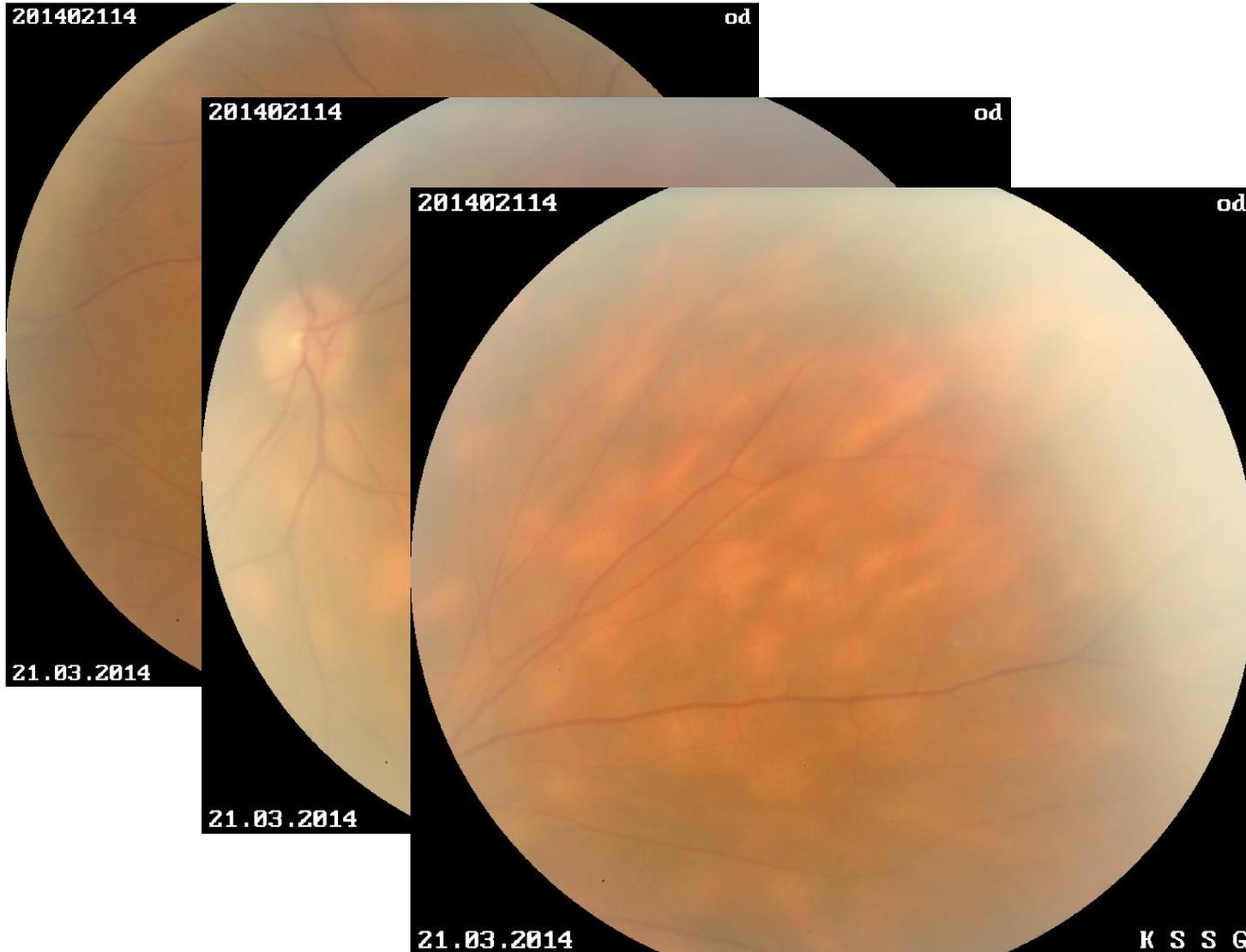


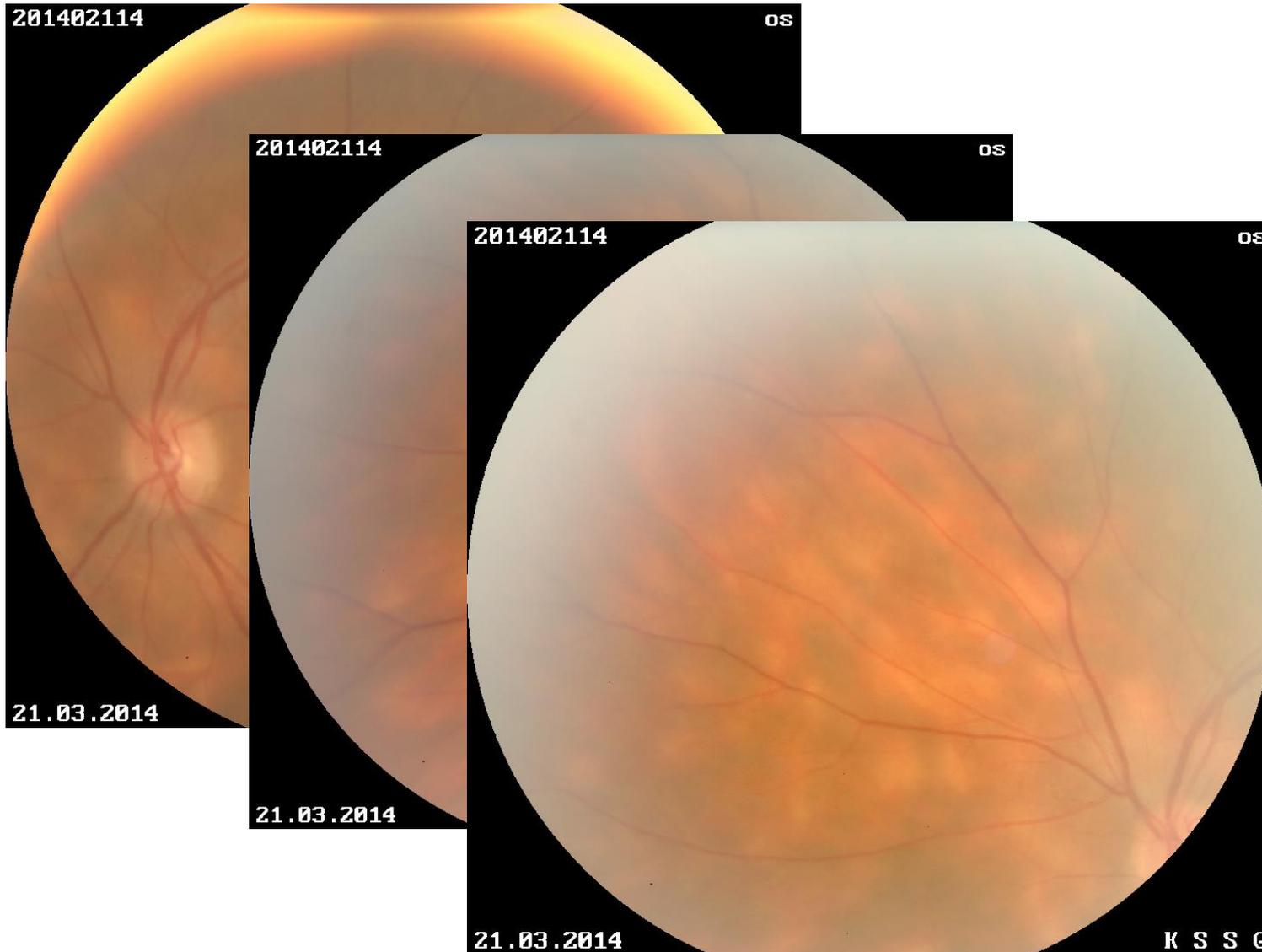
DD



## Patientin A.S. 1955

- A: seit 8/2013 Schleier rechts
- 10/2013: V. auf Masquerade-Syndrom rechts
  - FVR: 0,63 FVL: 1,0
- Ausgedehnte Abklärung
  - Labor, Thorax-Rx, MRI: normal
- Verlauf bis 1/2014: Vitritis rechts spontan besser, auf diagnostische ppV verzichtet
- Zuweisung 2/2014: Uveitis nun auch links
  - FVR: 1,0 FVL: 1,0





## Patientin A.S. 1955

- Wie weiter?
- Ergänzendes Labor:
  - Toxo-Titer, ANCA, HLA-B5, Proteinelektrophorese
  - Unauffällig
- Weiteres Labor:
  - HLA-A29: nachgewiesen
- Diagnose: **Birdshot Chorioretinopathie**
- ERG: normal

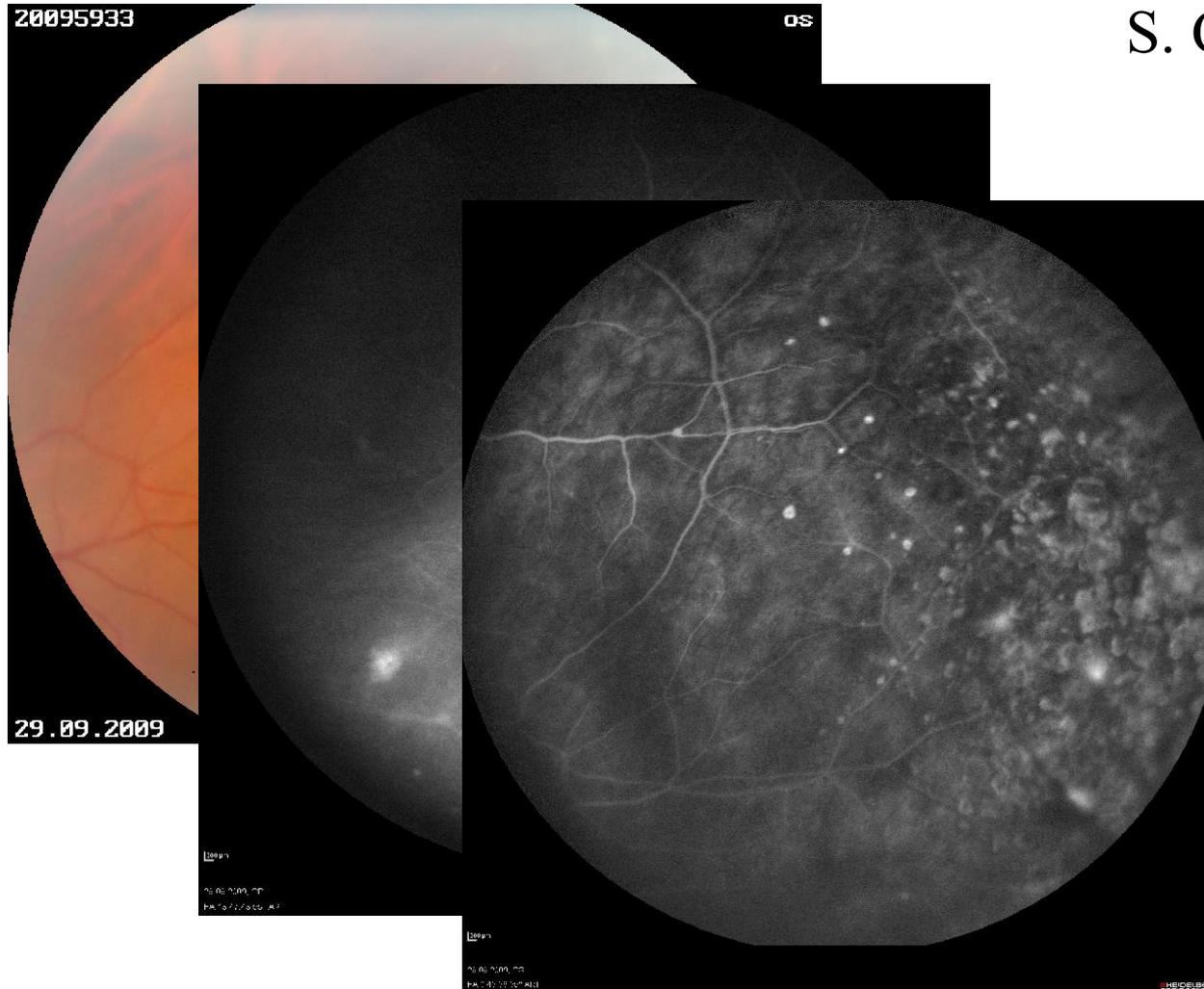
## Birdshot Chorioretinopathie

- HLA-A29
  - 80% bis 98% bei BSCR nachgewiesen
  - 7% der Kontrollgruppen
  - Sensitivität 96% Spezifität 93%
- Mittleres Alter ( 35J. bis 70J. )
- Frauen und Männer vermutlich gleich häufig
- Schmerzlose Visus-Verminderung, Schwaden
- Symptome zu Beginn ev. einseitig, später beidseitig.

## Birdshot Chorioretinopathie

- Chronische intraokulare Entzündung, unbekannter Ätiologie
- Multiple, bilaterale, hypopigmentierte, postaquatoriale Fundusläsionen
- Variable Vitritis, v.a. in den frühen Stadien
- CME 50%, ERF 10%, CNV 6%
- ERG: Verlaufsparemeter
- Therapie
  - Steroide, MTX, AZA, CSA, TNF-alpha Blocker

S. Ch. 1964



D: Sarkoidose

201308986

Gewichtsverlust  
Visusabfall rechts 0,1

18.12.2013

K S S G

201308986

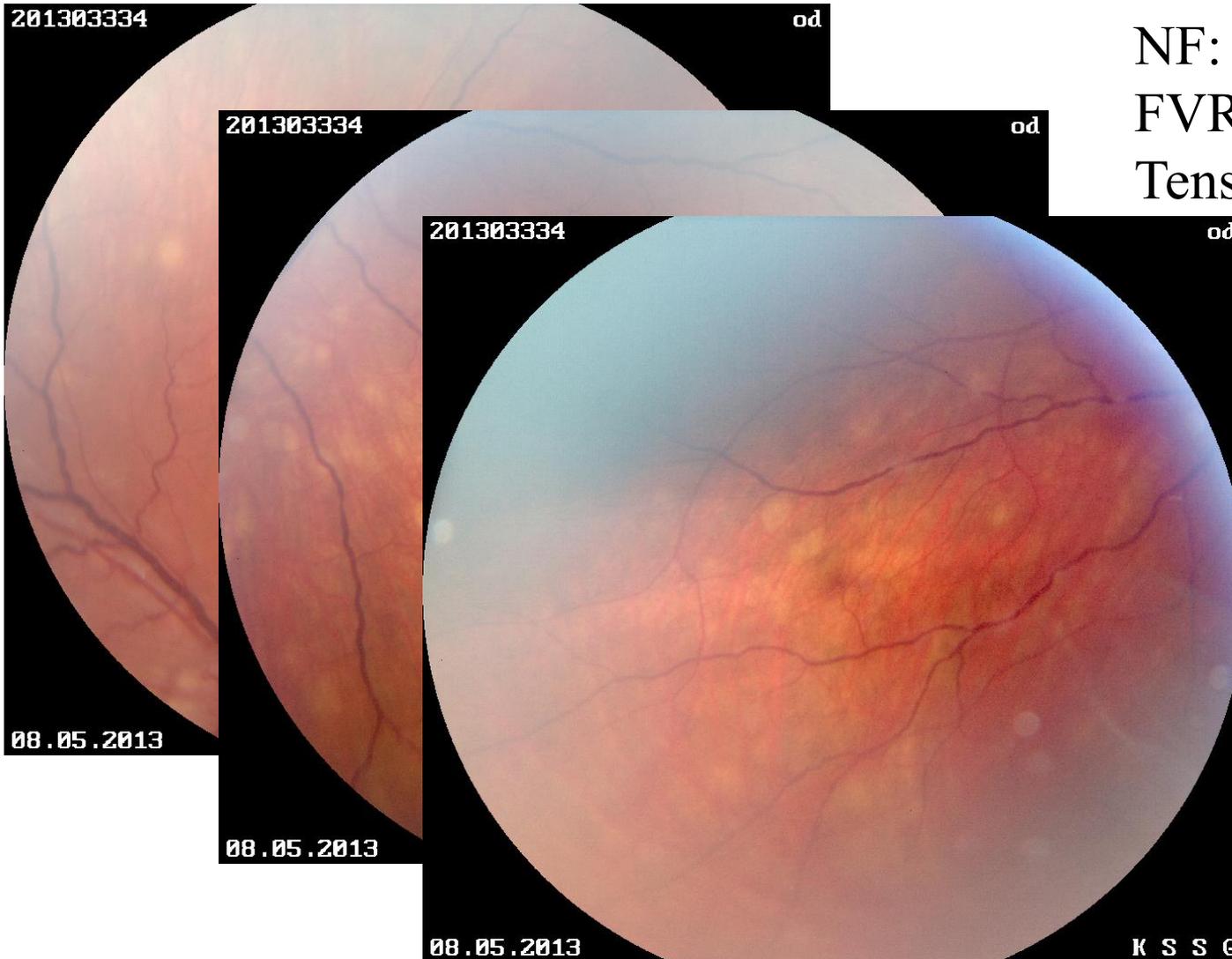
OS

D: Sarkoidose

18.12.2013

K S S G

R.R. 1945



W.T. 1984

NF: Wolke links

FVR 1,0 FVL 1,2

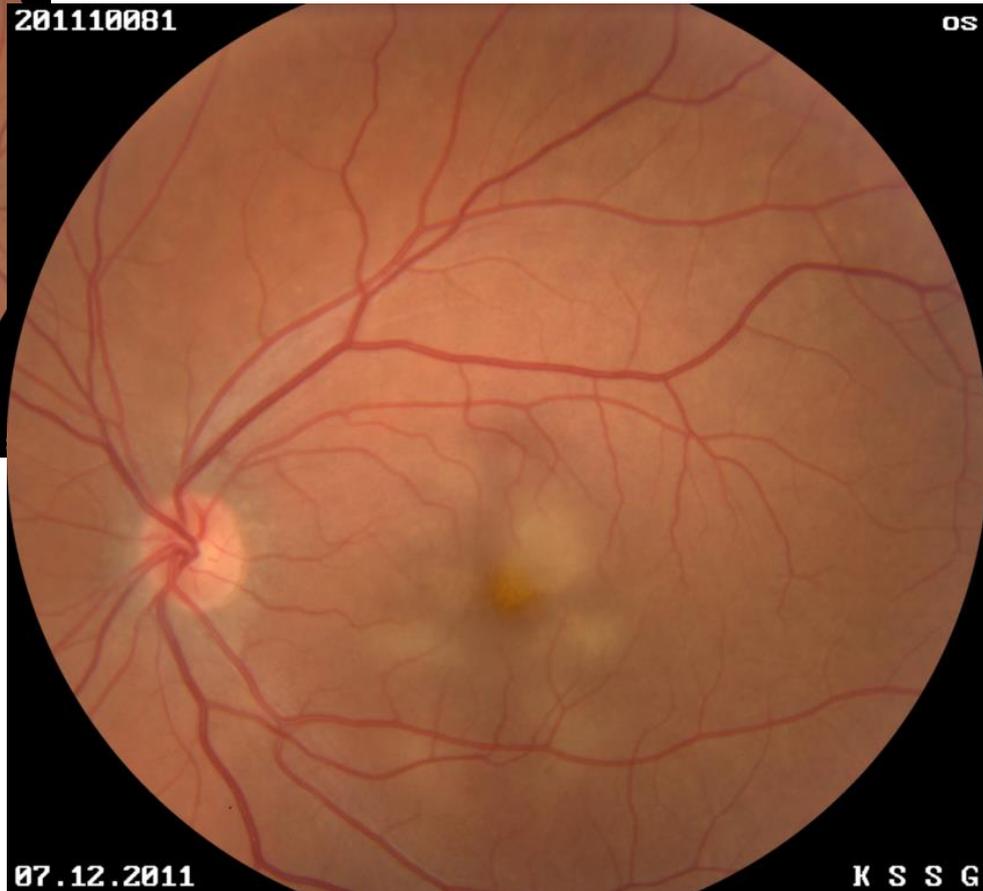
Tension 34/36



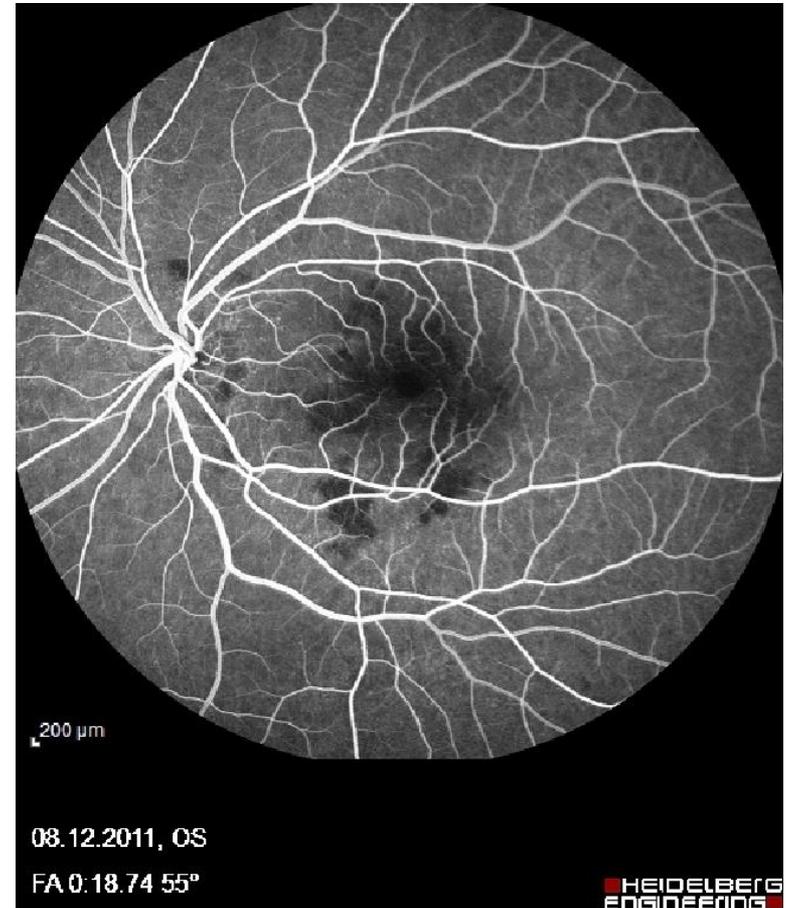
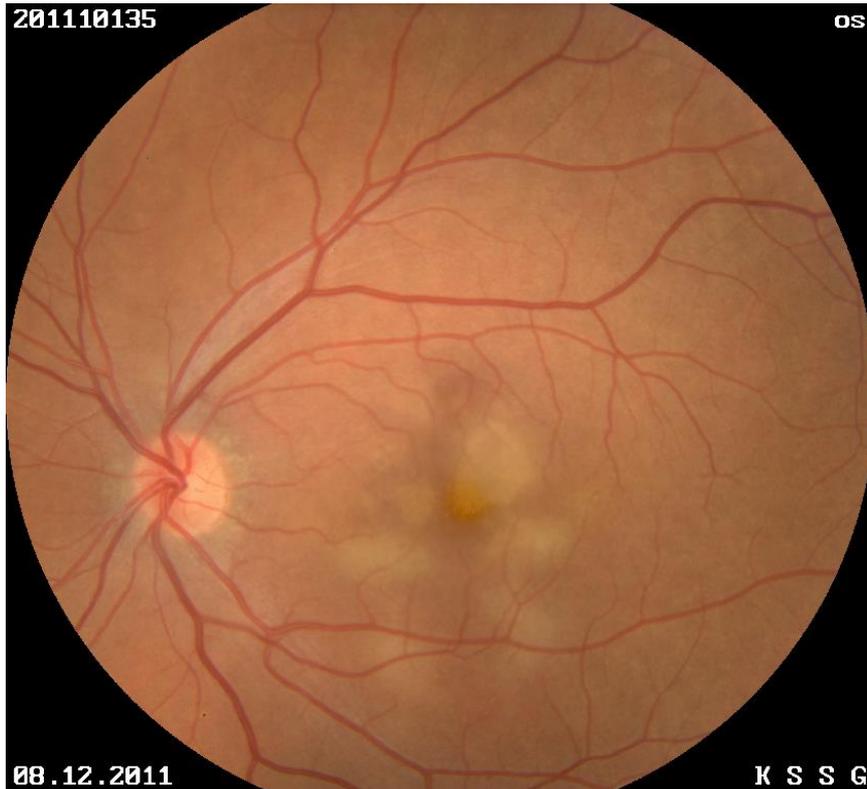
D: Sarkoidose

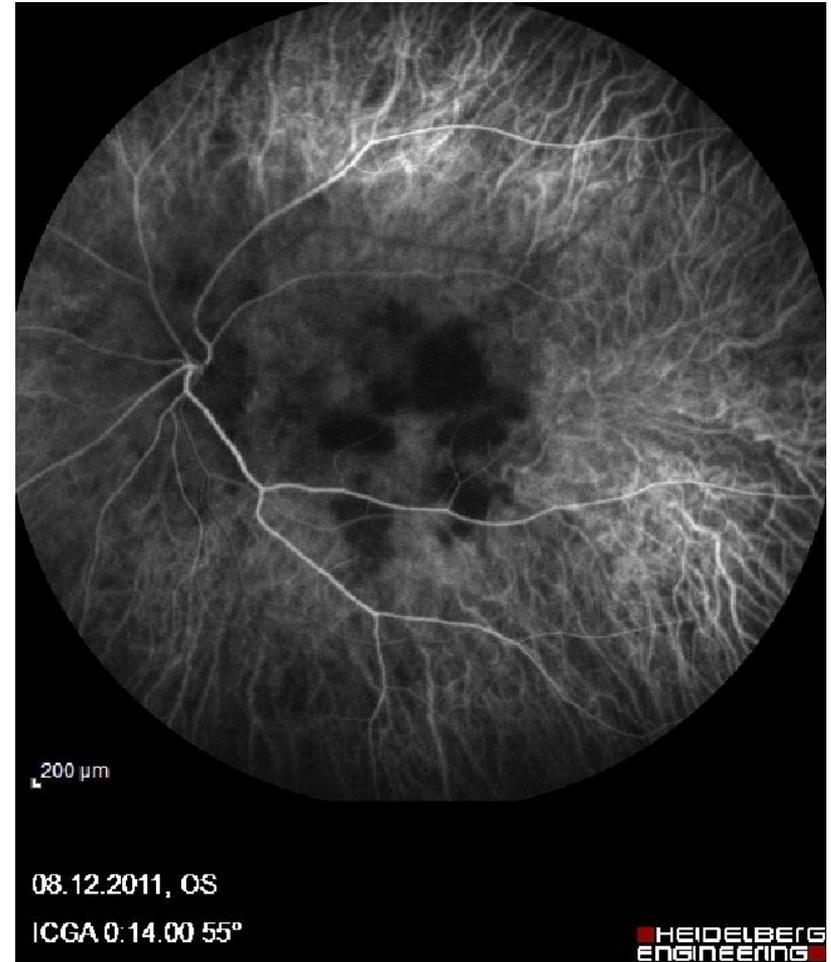
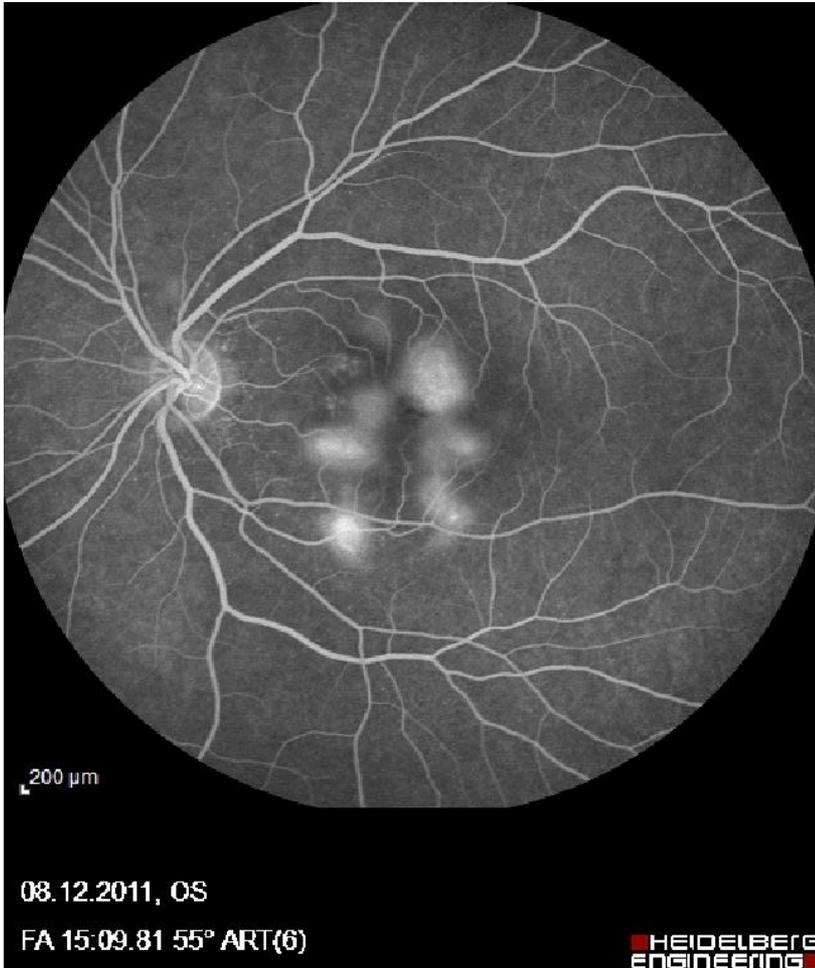


Fernvisus li: 0,2

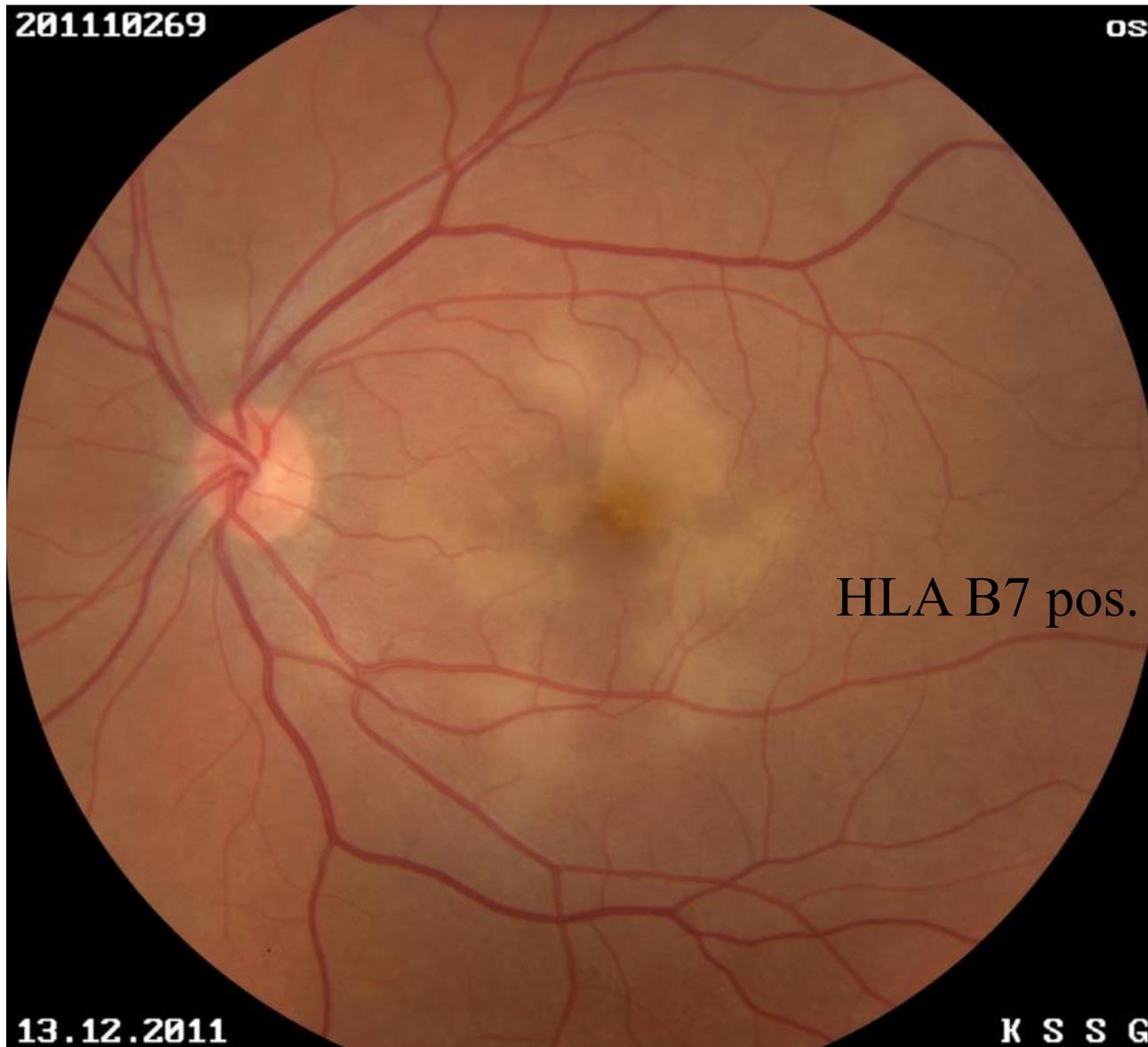


Patientin C.C. 1962  
Visusverminderung seit  
1 Woche  
D.m. Typ II seit 2 Mten

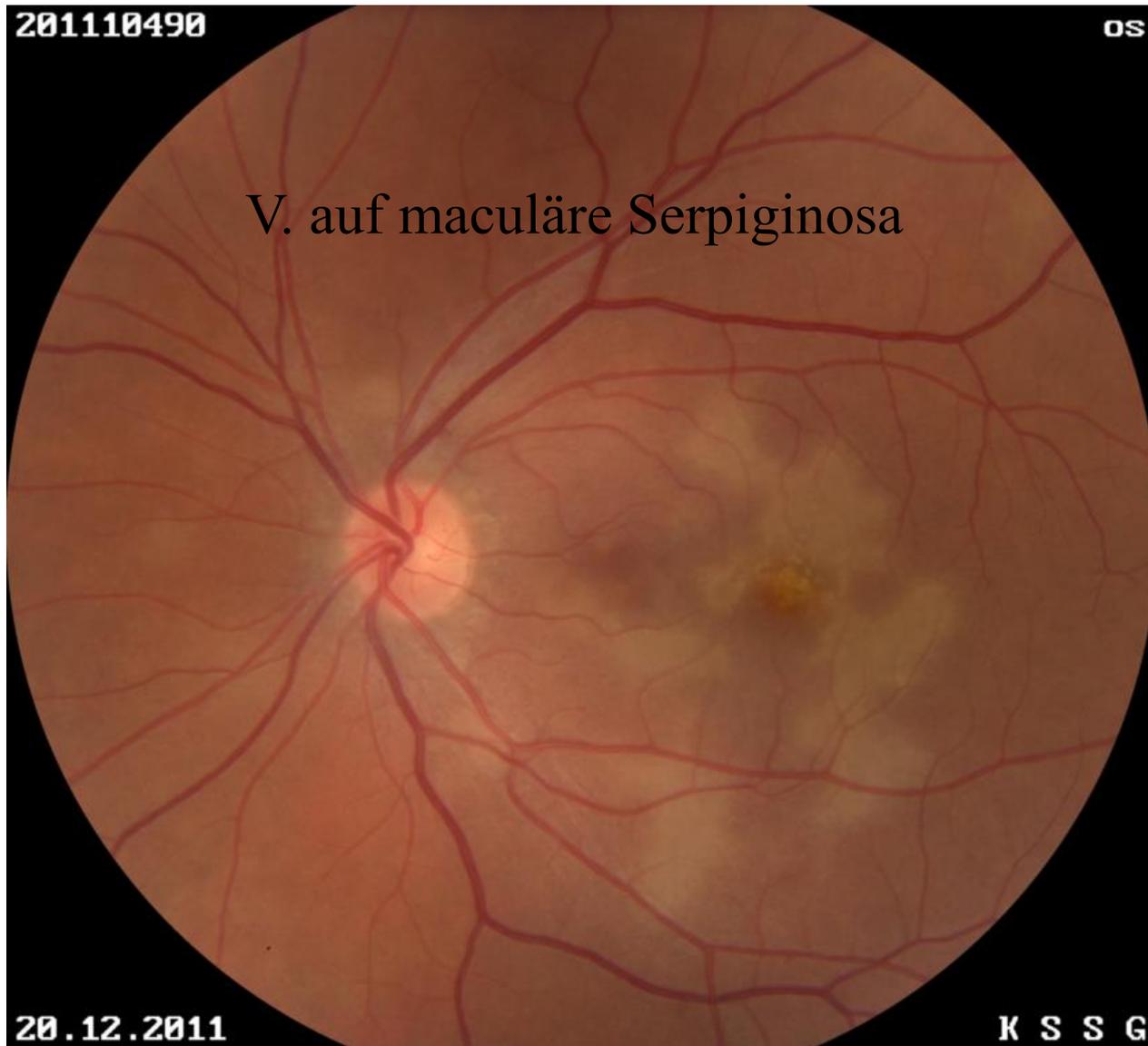




## V. auf APMPPE

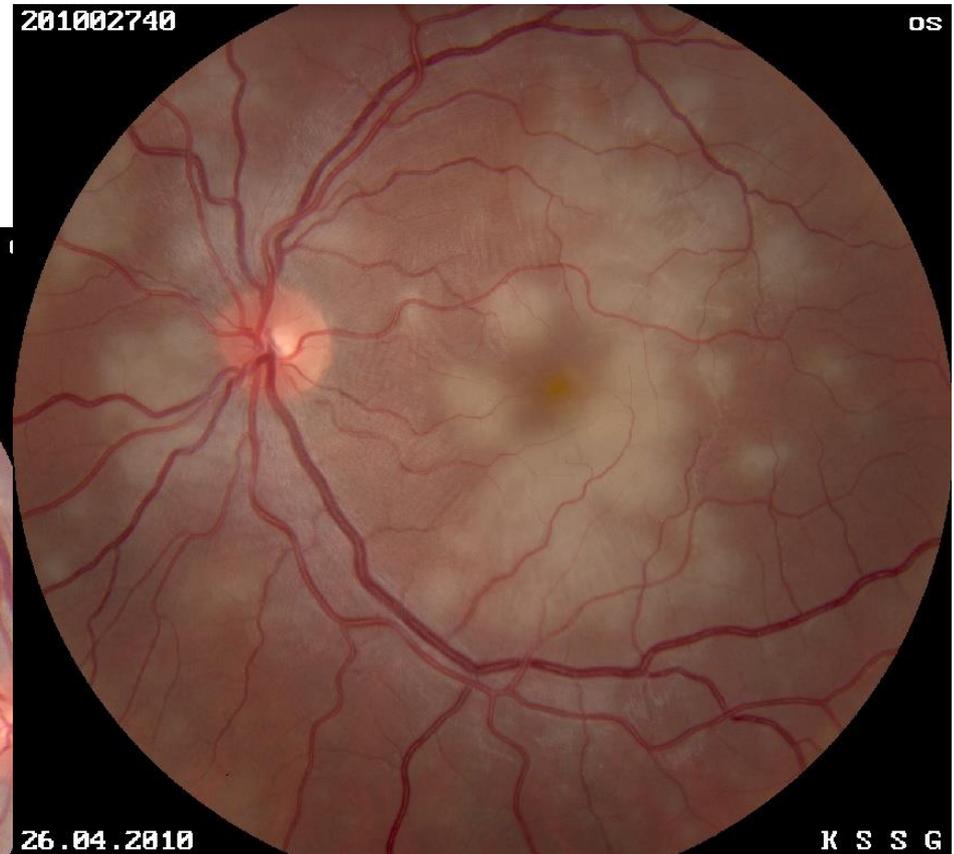
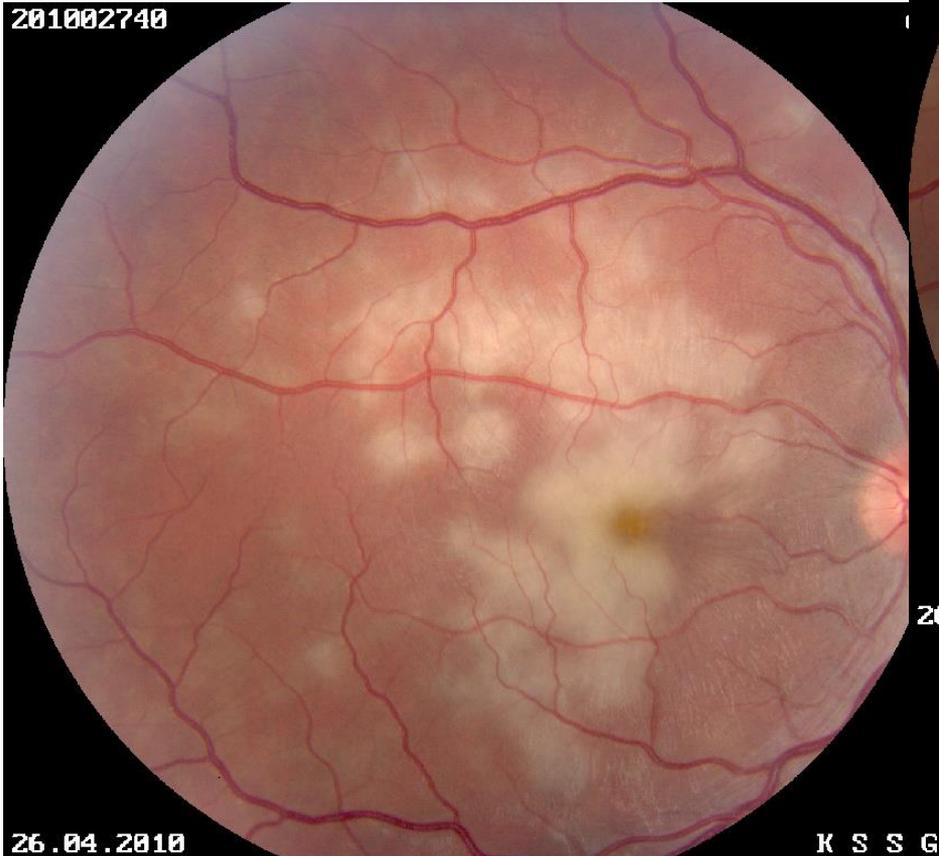




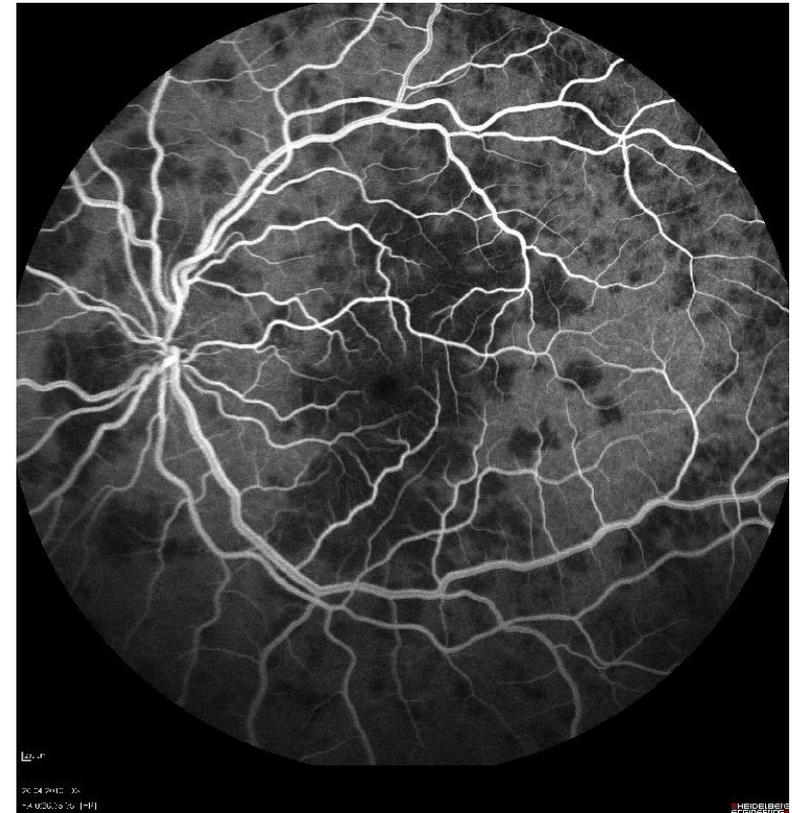
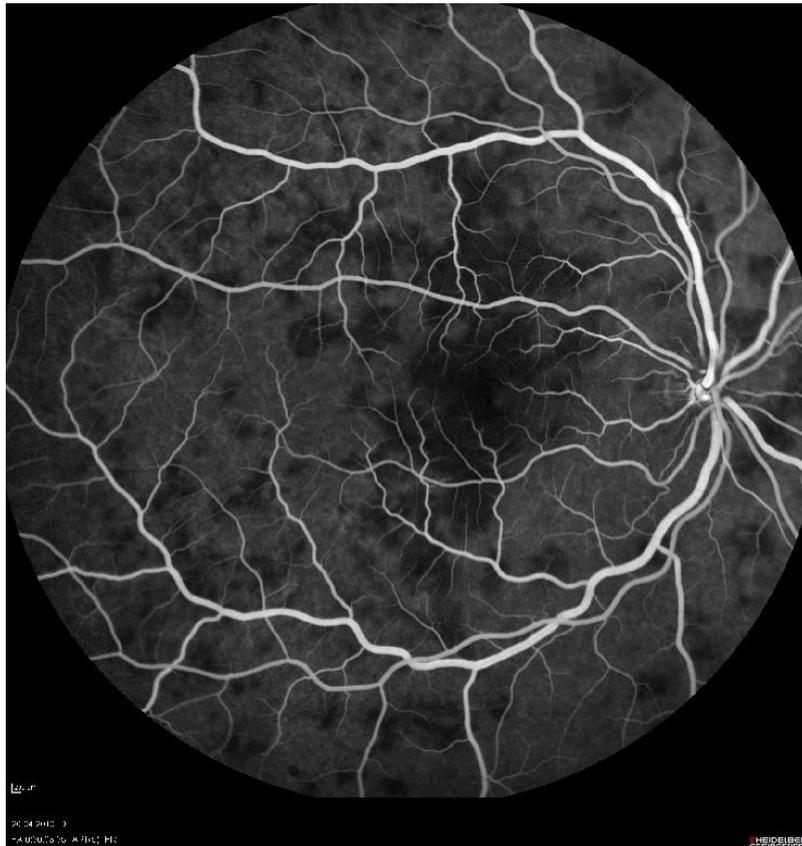




V.V. 1986, über Nacht:  
Akute Visusverminderung



FVR: FZ 50cm  
FVL: sc 0,2

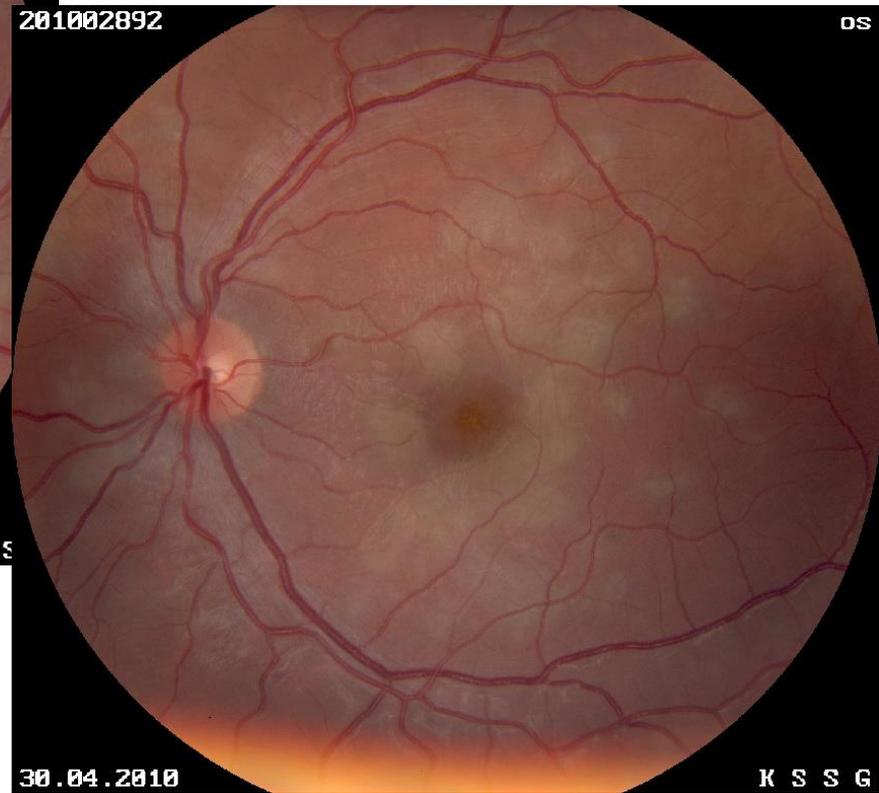


## D: APMPPE



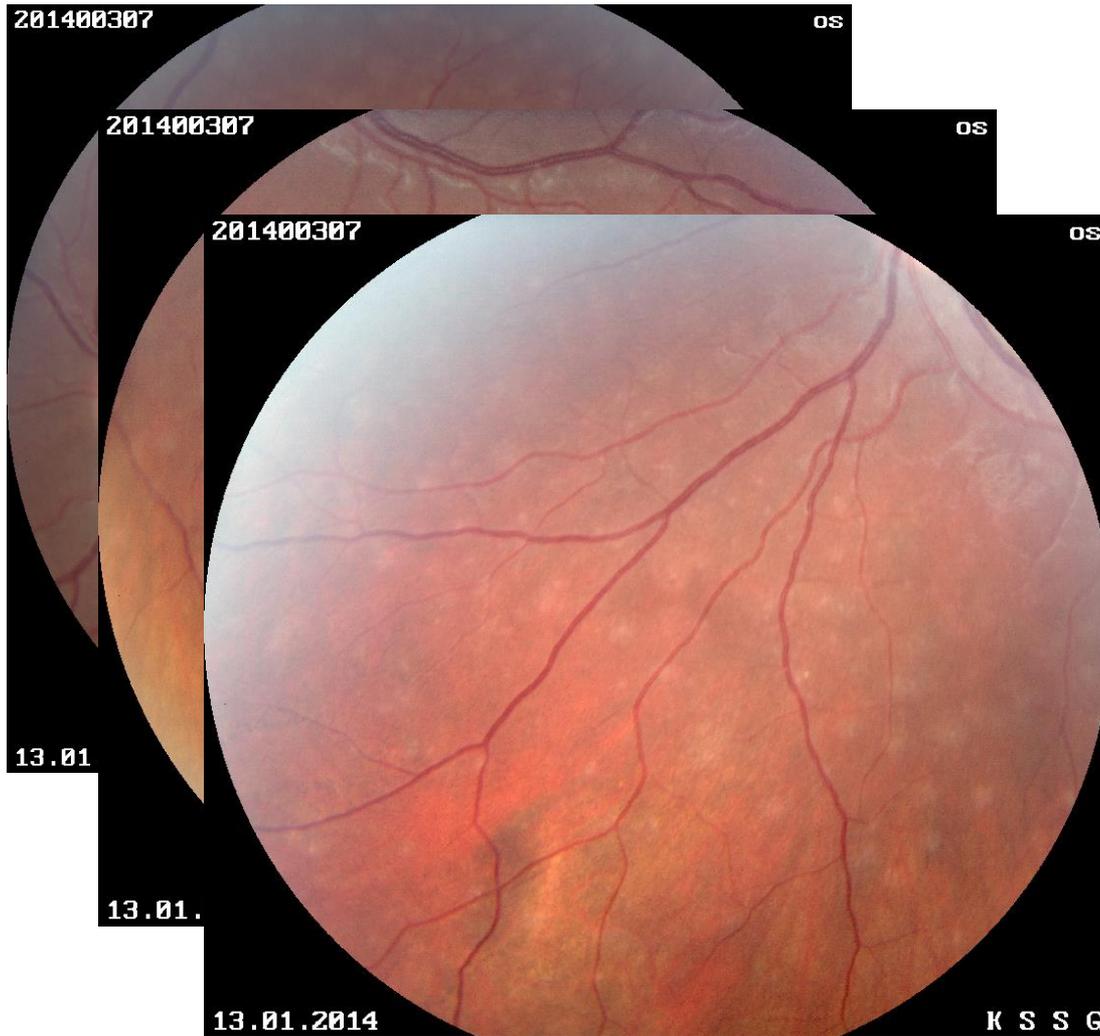


Fernvisus: 0,4



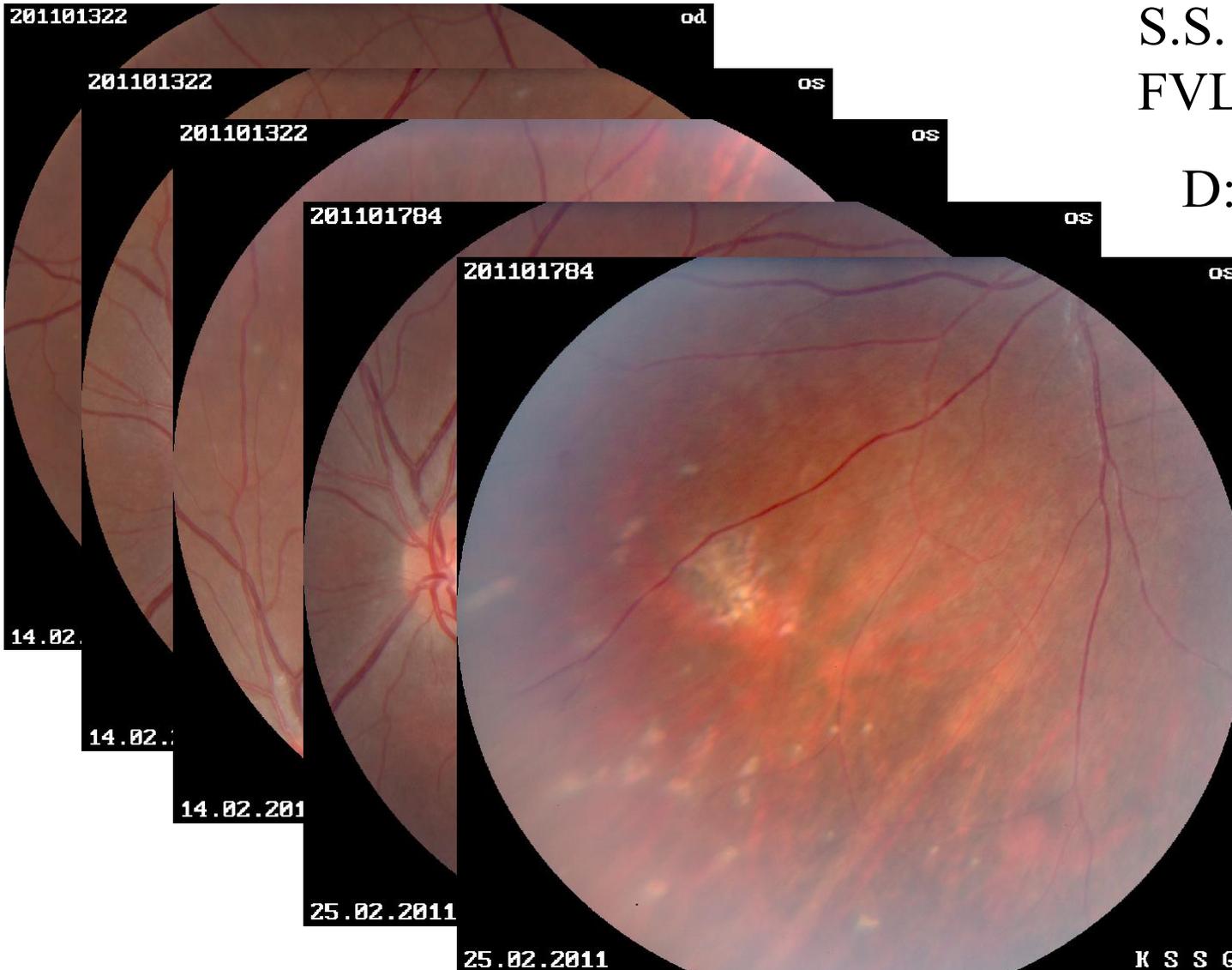
Fernvisus : 0,4

Nach Steroidtherapie



B. S. 1990  
Schleier links  
gesund

D: MEWDS



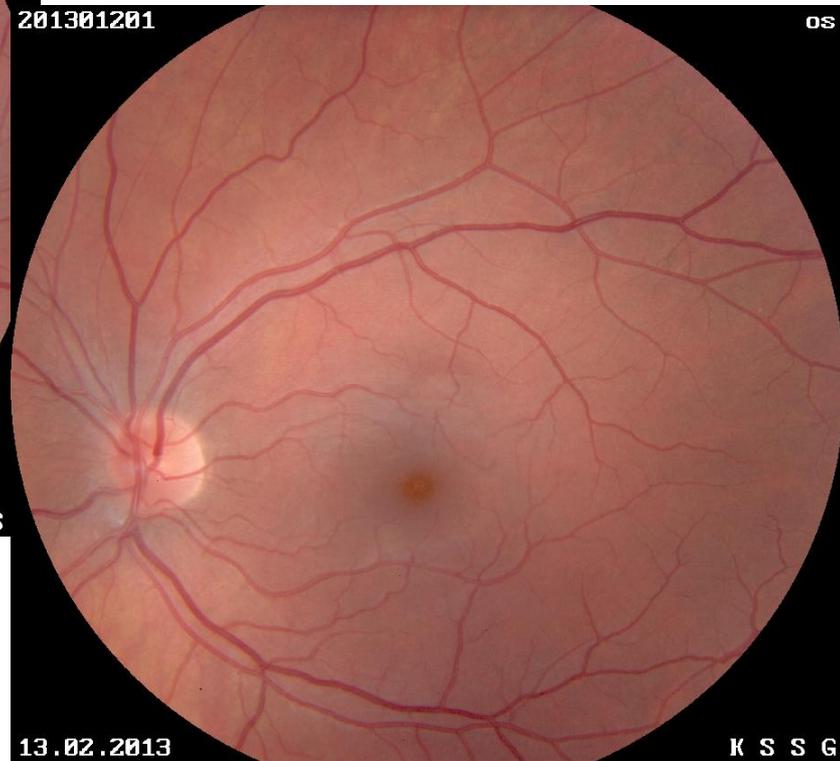
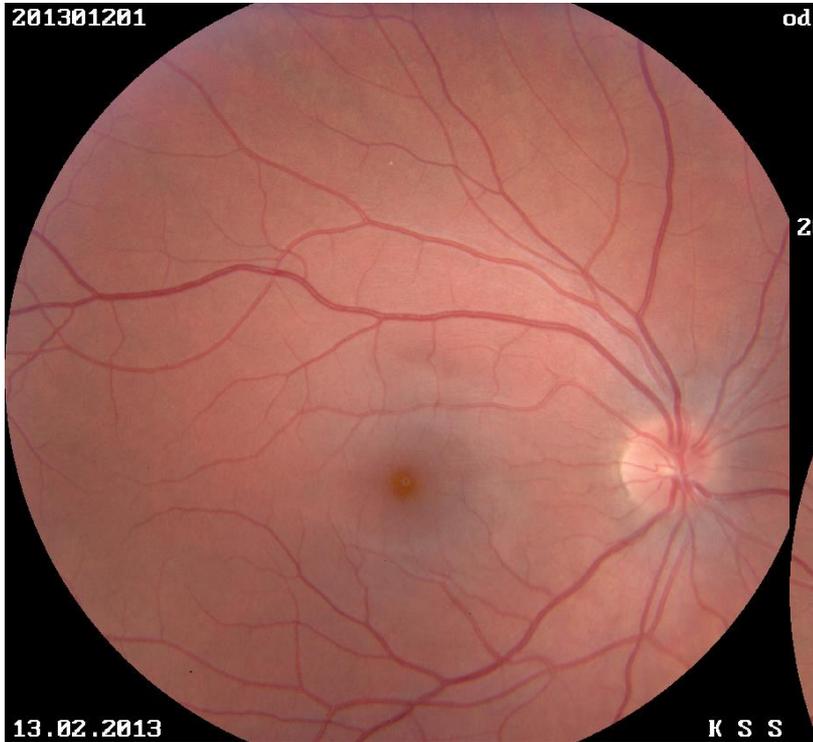
S.S. 1986

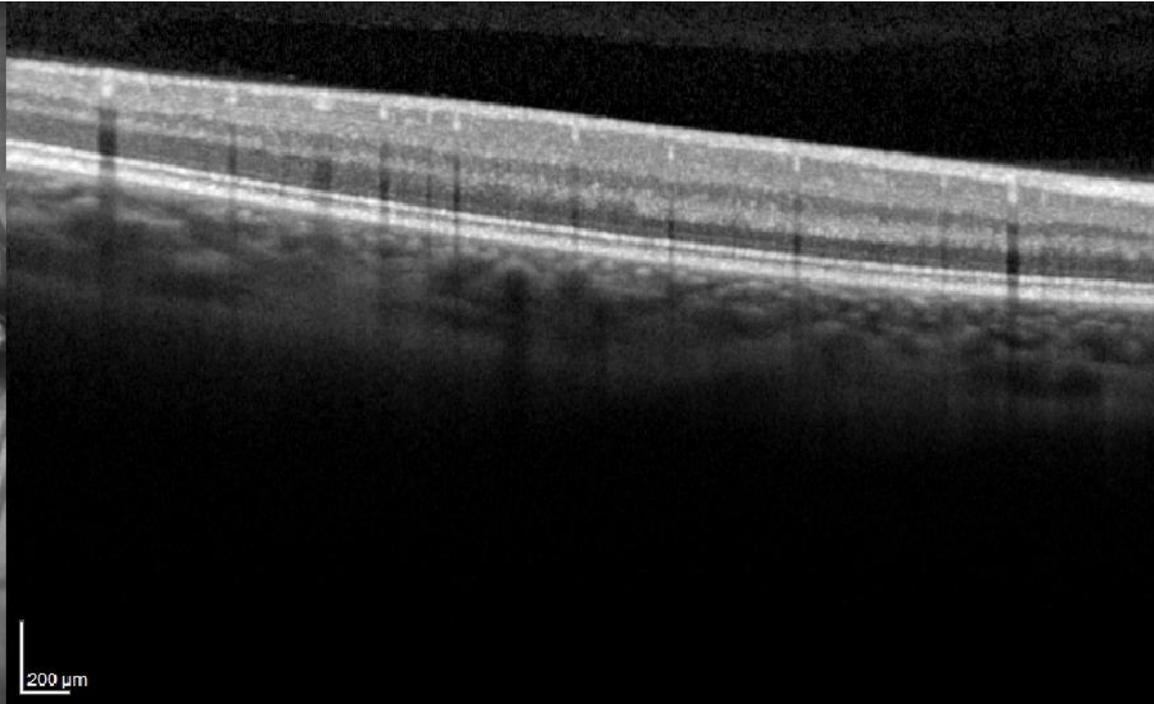
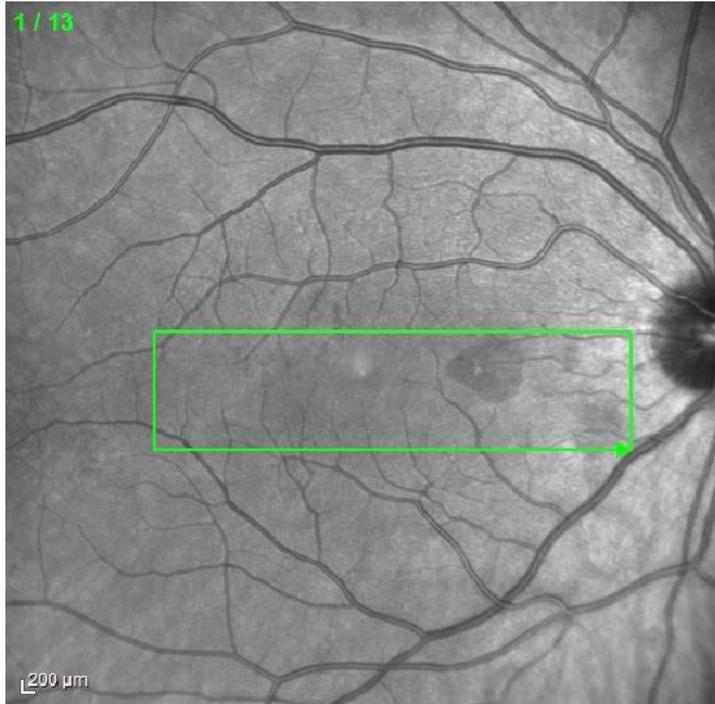
FVL: 0,5

D: MEWDS

## Patientin M.L. 1985

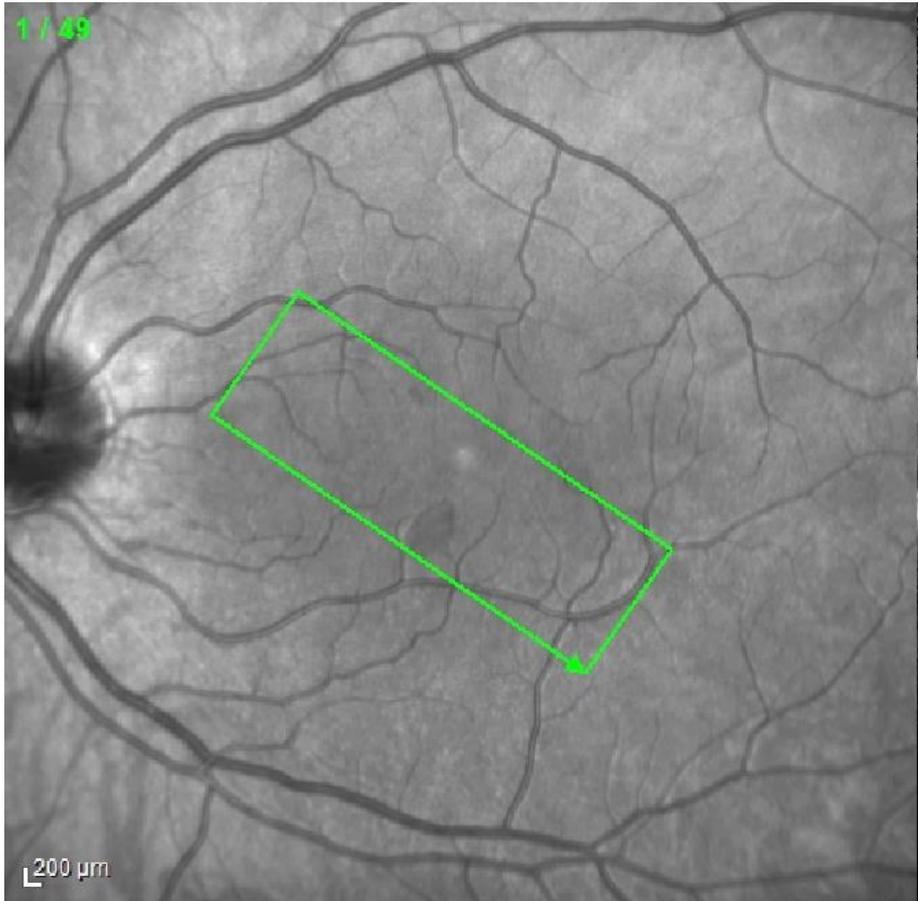
- NF-Vorstellung im KSSG im Febr. 2013
- Flimmernde Flecken parazentral bds.
- Vortag: leicht grippal
- Status:
  - Leichte Myopie
  - FV cc bds: 1,0
  - RVA
  - GK frei





20.02.2013, OD

IR&OCT 30° ART [HR] ART(25) Q: 34



20.02.2013, OS

IR&OCT 30° ART [HR] ART(16) Q: 18

## Zusatzabklärungen

- Blutbild: normal
- Entzündungslabor: normal
- Proteinelektrophorse: normal
- Gesichtsfeld: normal
- mfERG: keine Funktionsstörung

# Akute makuläre Neuroretinopathie

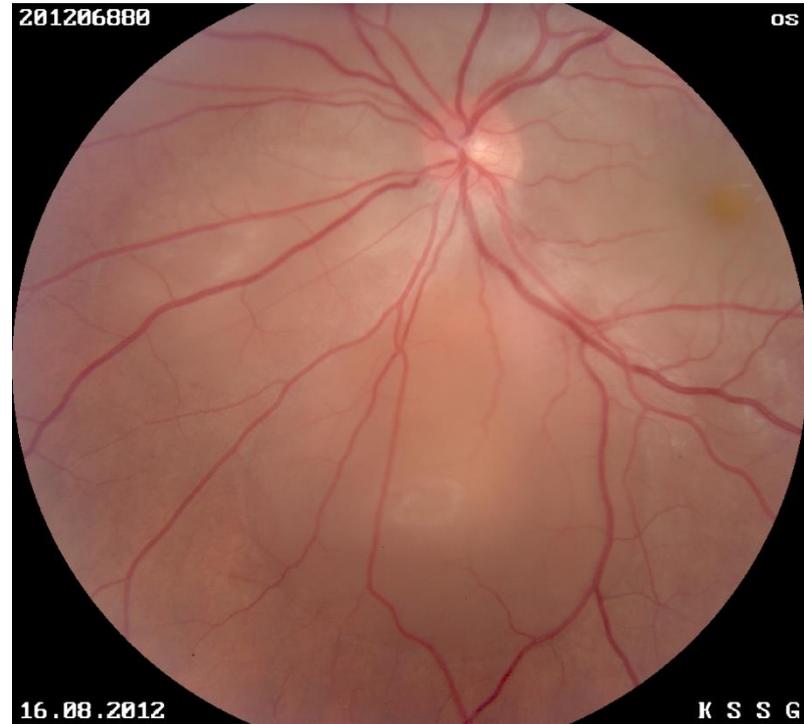
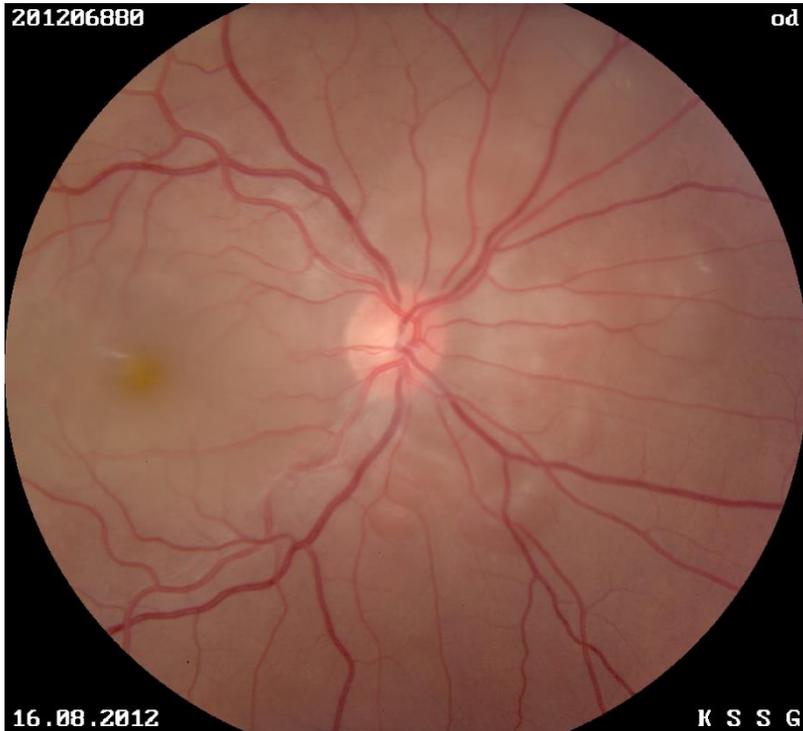
- Erstbeschreibung: 1975
- Junge, leicht myope Frauen
- Pathophysiologie nicht geklärt
- Risikofaktoren
  - Orale Kontrazeption
  - Hypotonie
  - Grippaler Infekt

## Akute makuläre Neuroretinopathie

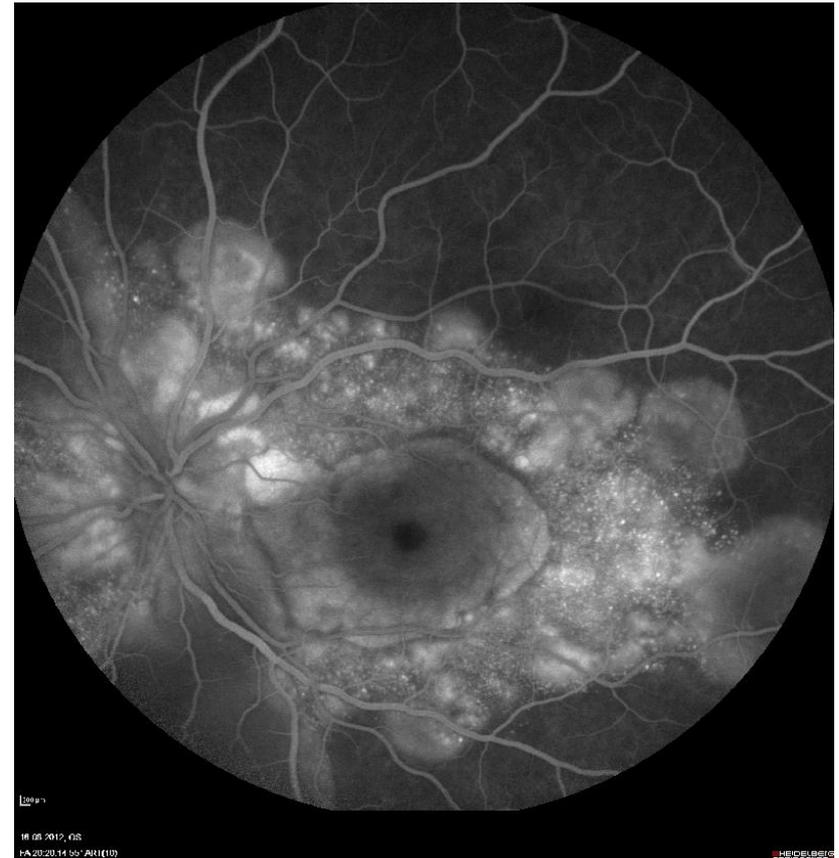
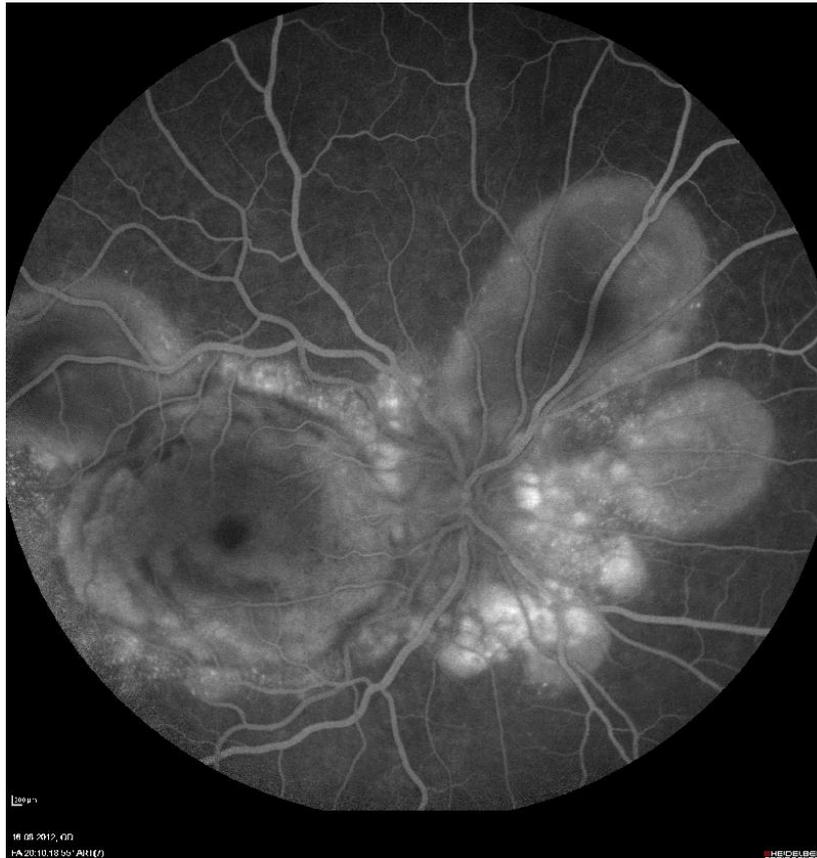
- Akuter Beginn
- Parazentrales ( Flimmer-) Skotom
- Selten diskrete Visusverminderung
- Meist unilateral
- Fundus: unauffällig oder blütenblatt-förmige hellere parafoveale Läsionen
- «selbstlimitierend», langsame Rückbildung über Monate

## Patientin R.E. 1987

- 4 Tage bds. rote Augen
- FV beim pers. AA: bds. 0,3
- Fundus: bds. hochblasige seröse Abhebung der Macula ( RCS ??? )
- Dringende Zuweisung für Angiographie und klinische Untersuchung



FV bds : 0,08 VKZ-



## D: Vogt Koyanagi Harada Syndrom

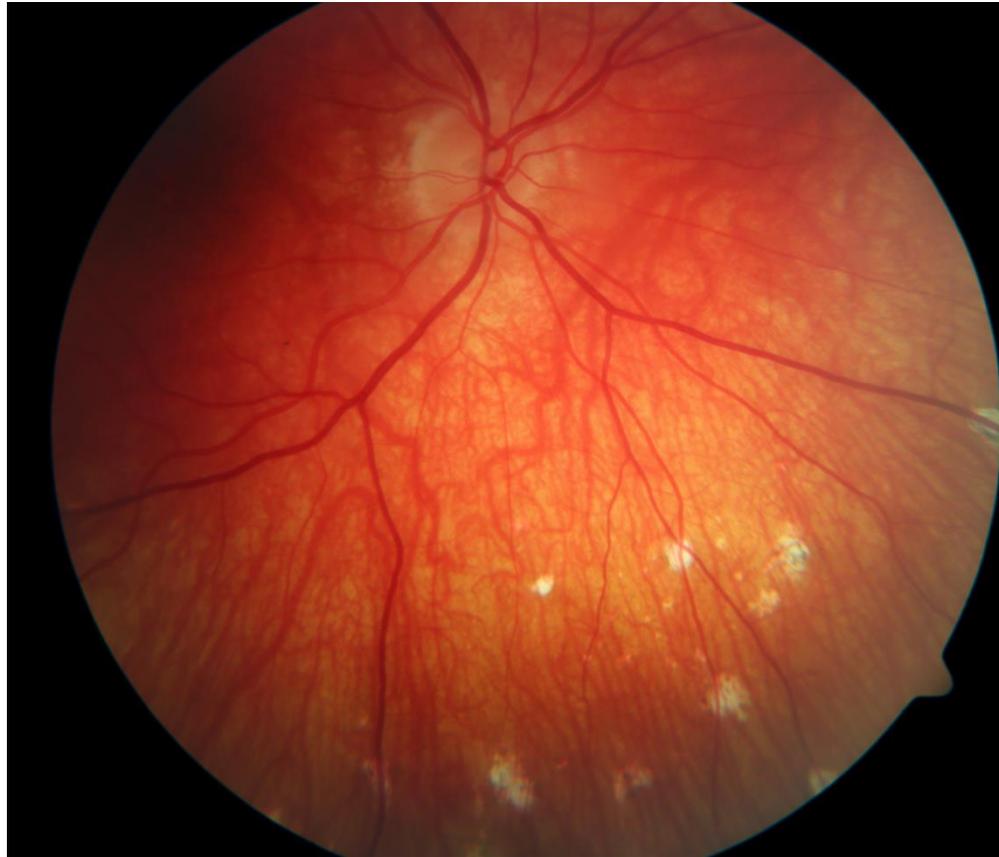


## VKH Syndrom

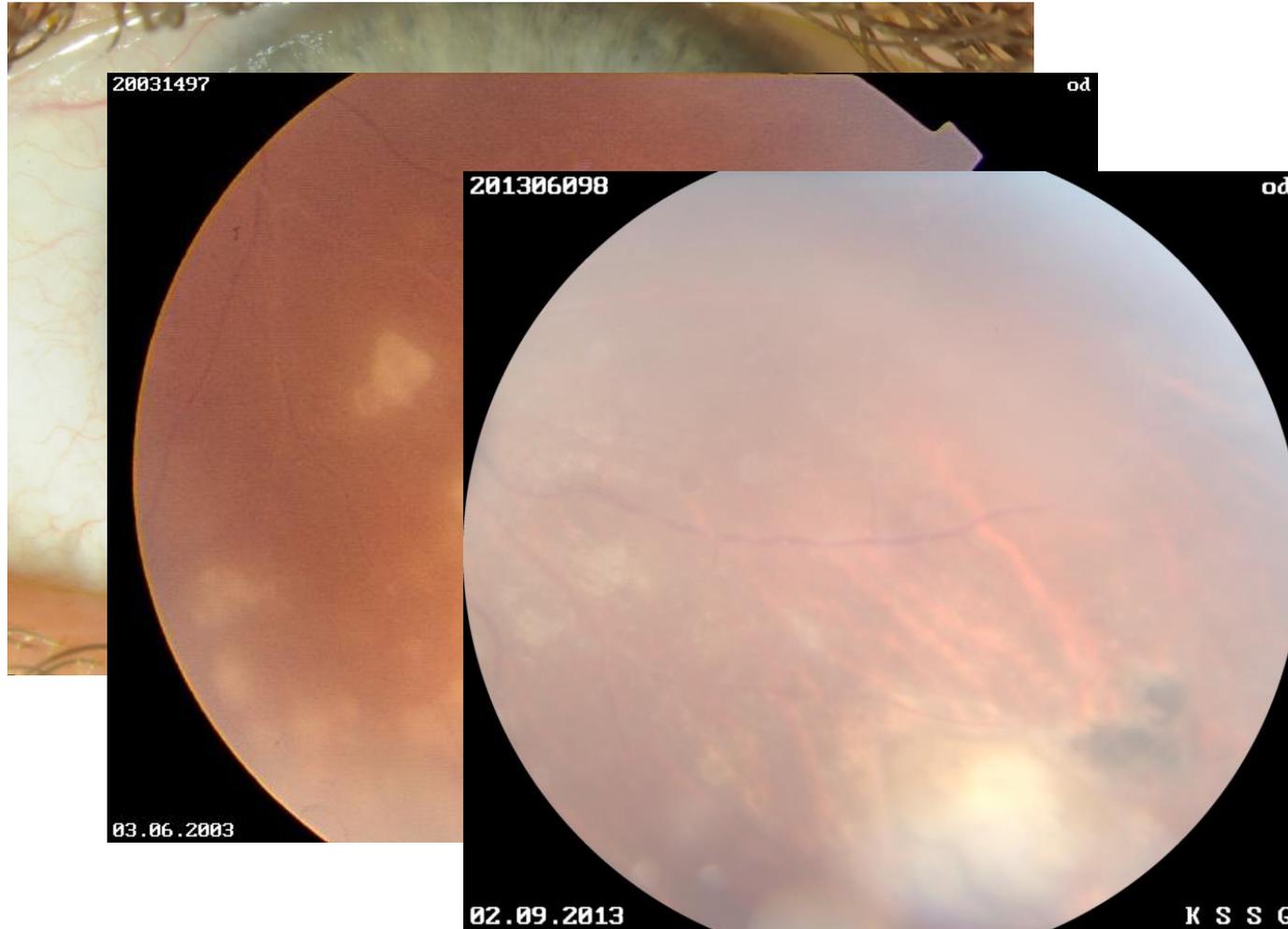
- Asiaten, Hispanics, 15.-50. Lebensjahr
- Auge: klassisch bilaterale Panuveitis
  - Vorderkammerabflachung
- ZNS-Beteiligung, Hörminderung
- Haut: Vitiligo, Alopezie
- Exsudative Ablatio, multiple feinfleckige Leckstellen im Fluo
- Gutes Ansprechen auf Steroide



21.4.17



# Zusammenfassung



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

