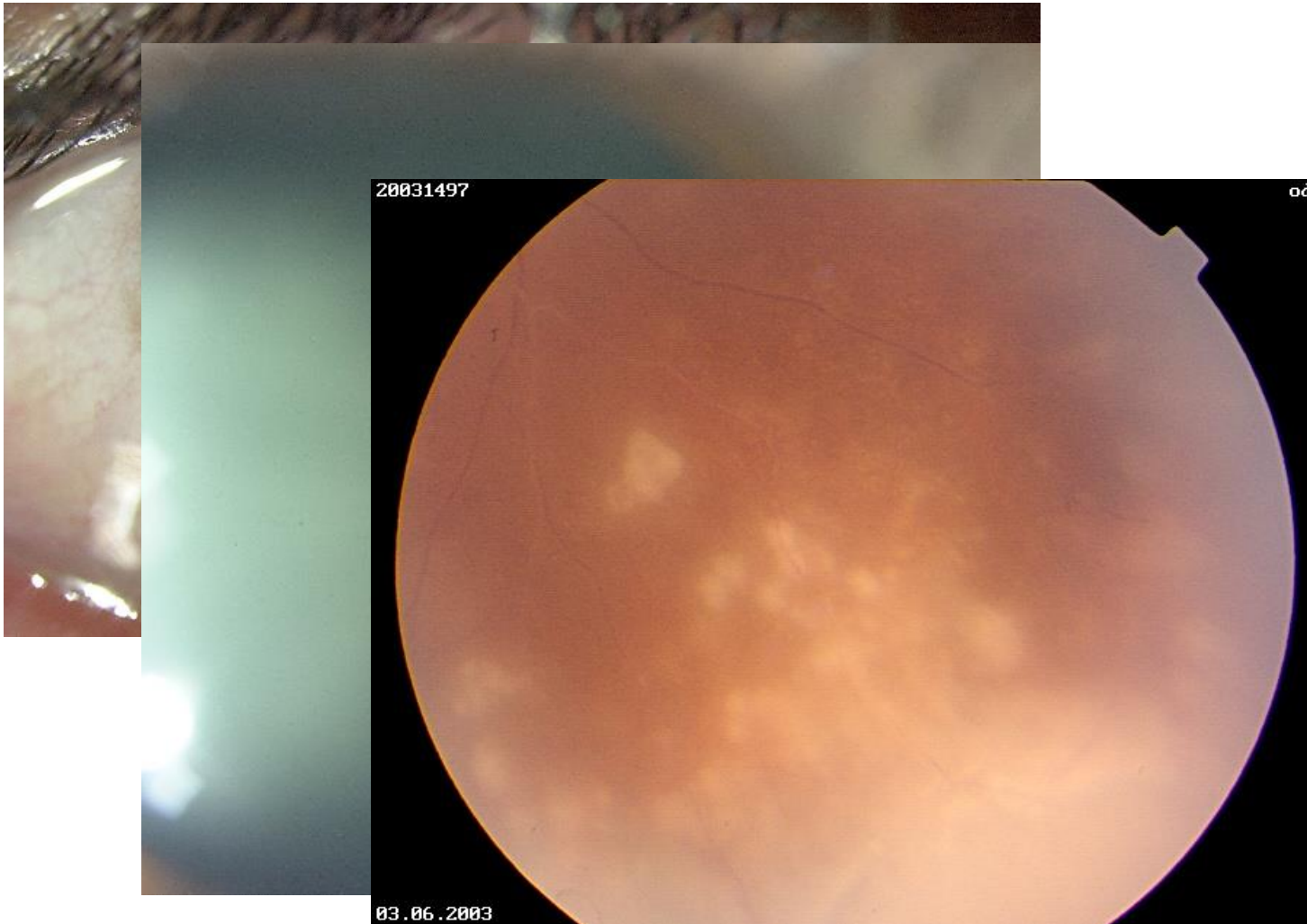
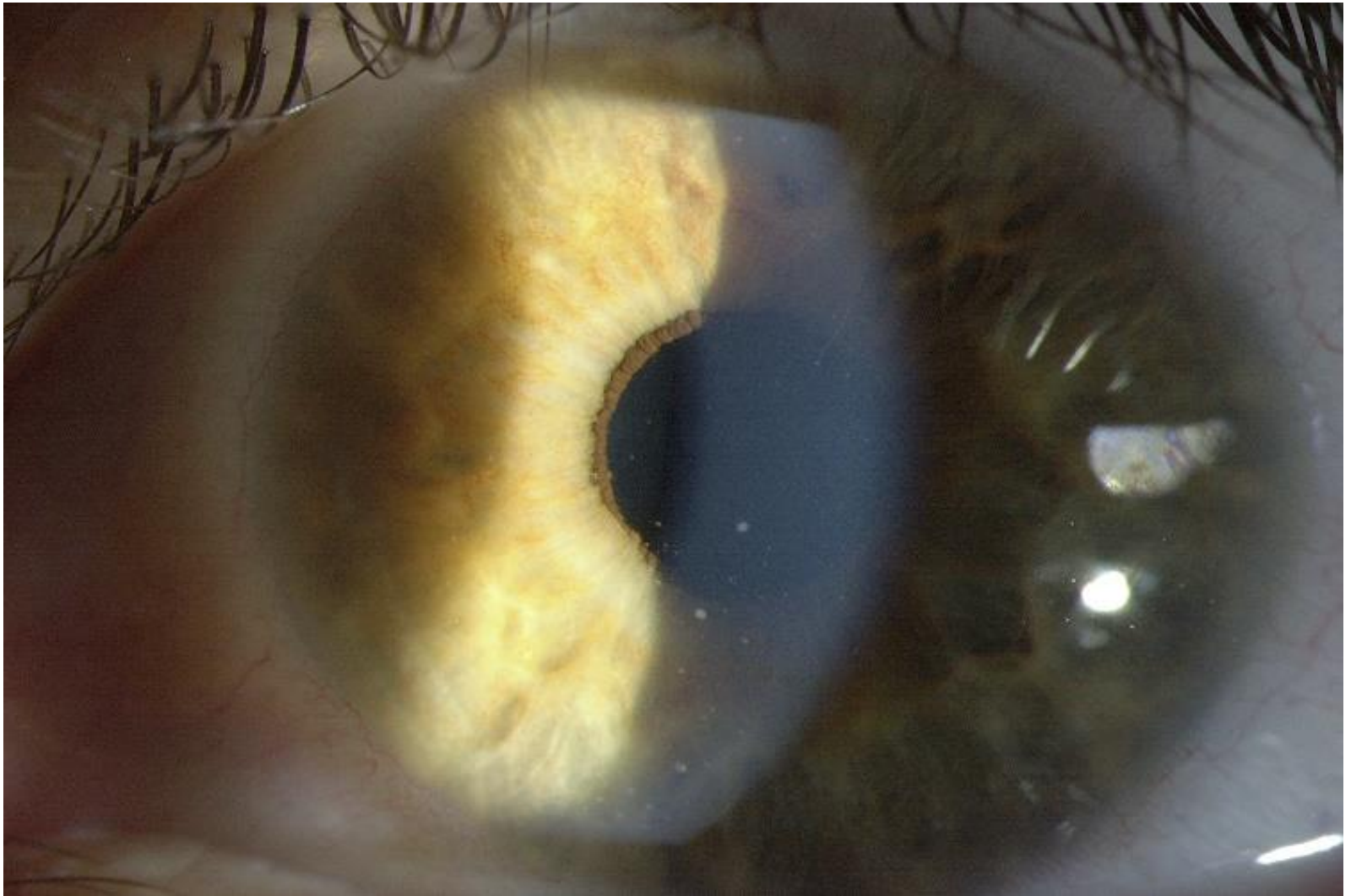


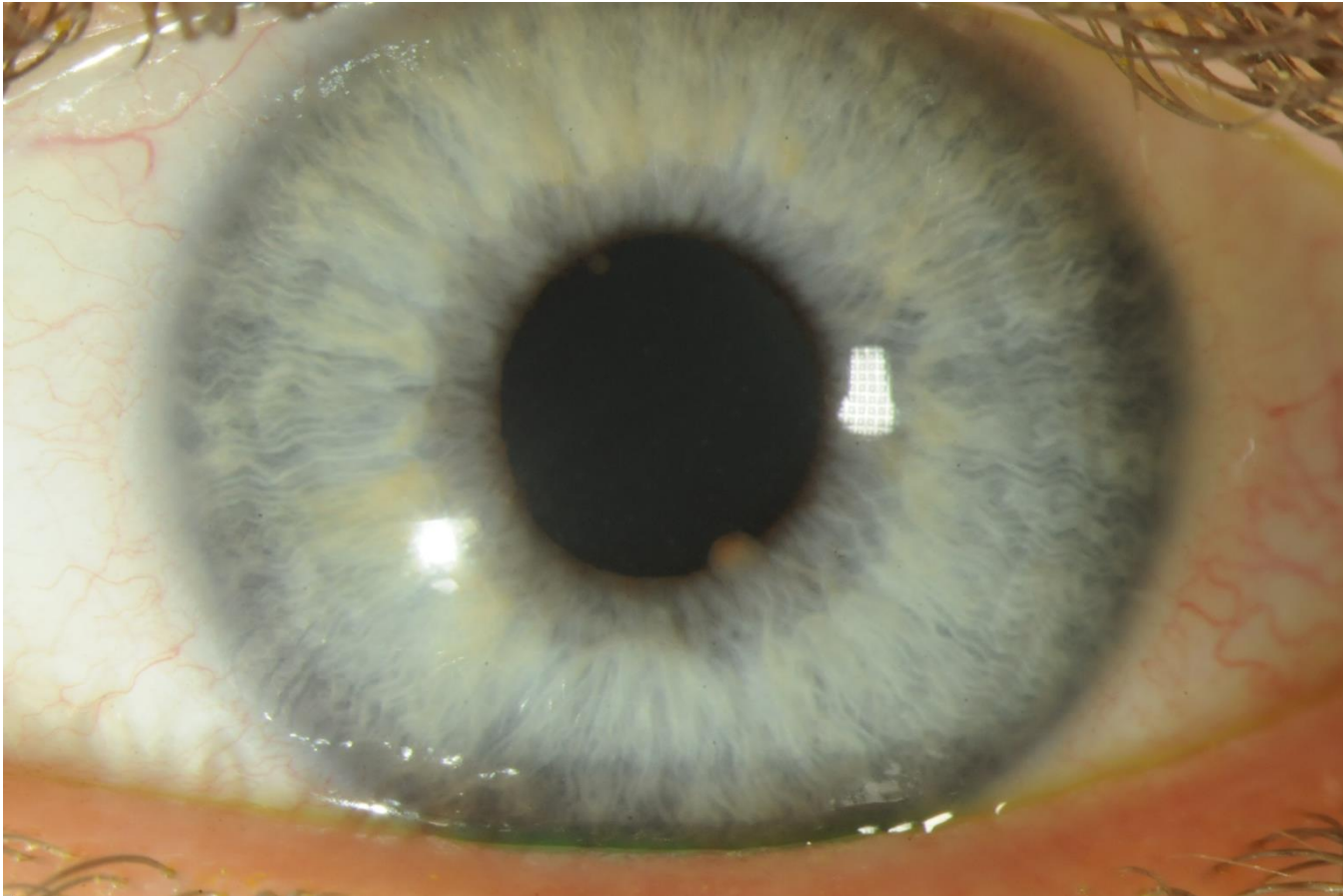
Uveitis-Abklärung

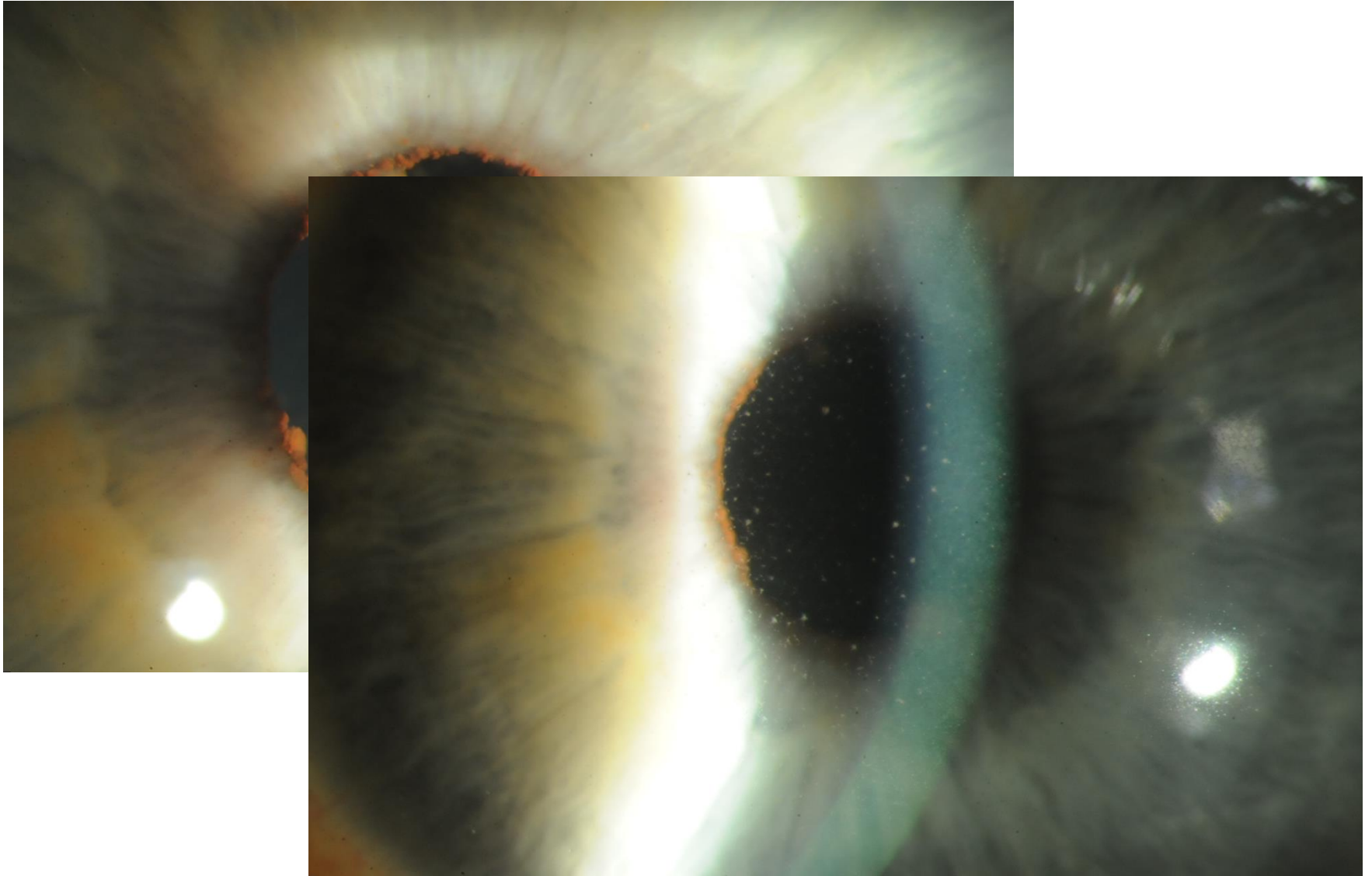
Ja - aber
oder
aber - Ja?

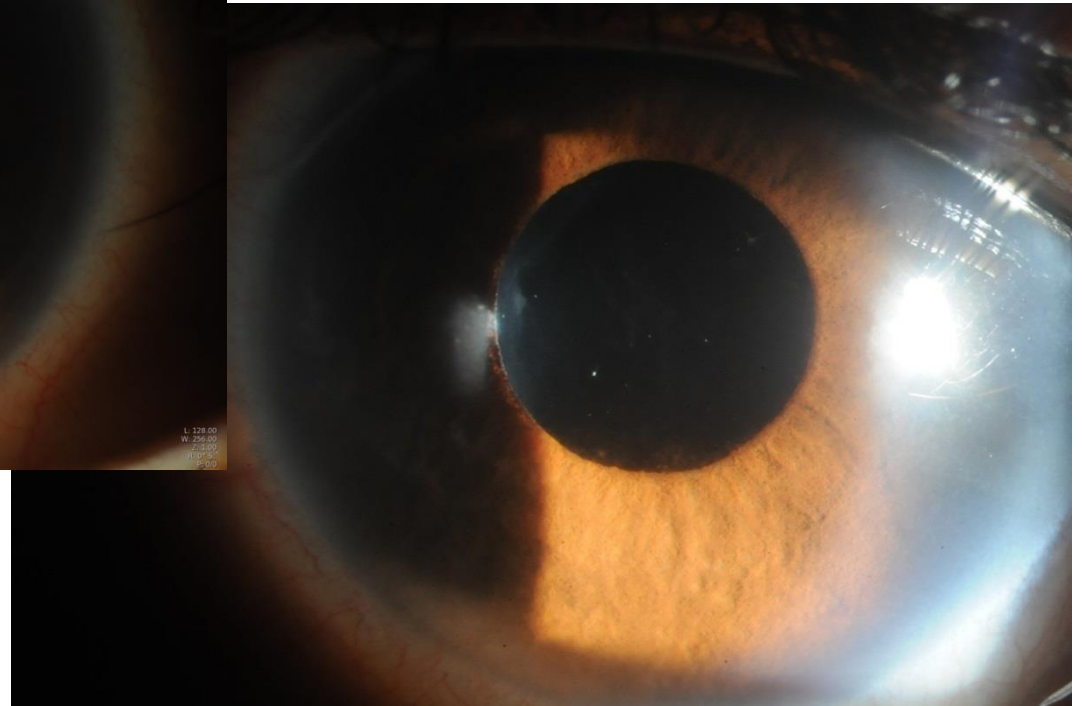
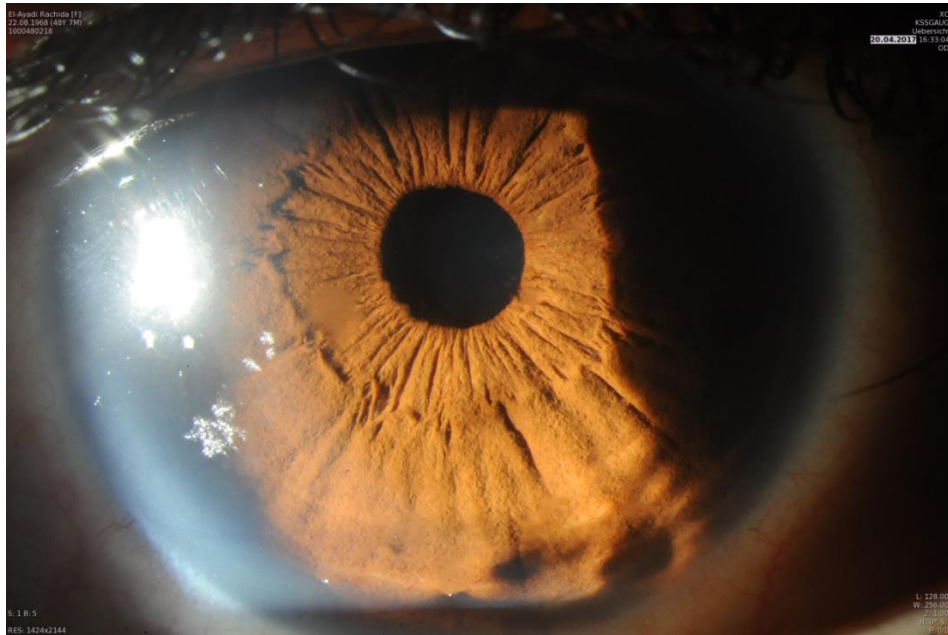








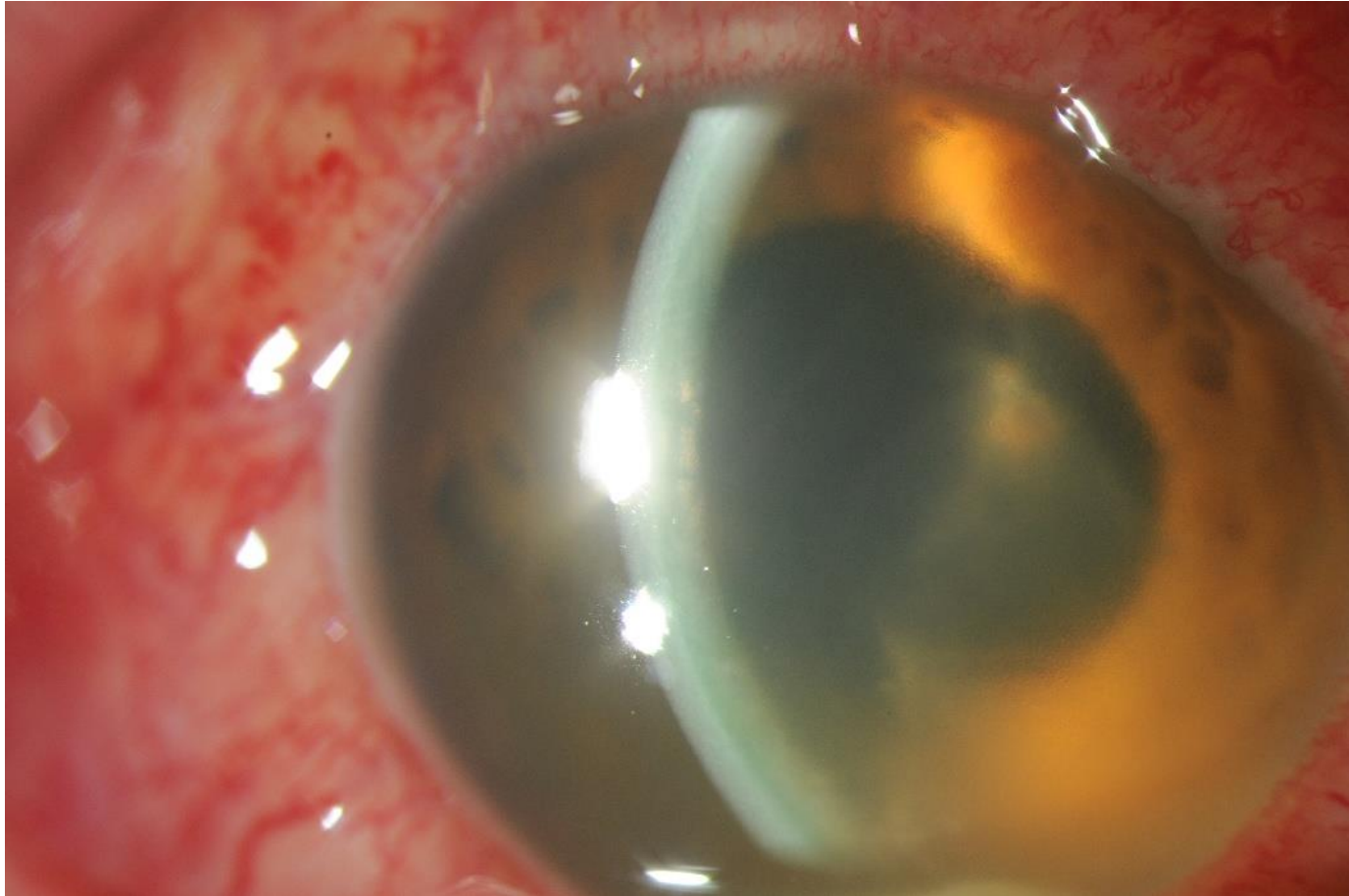




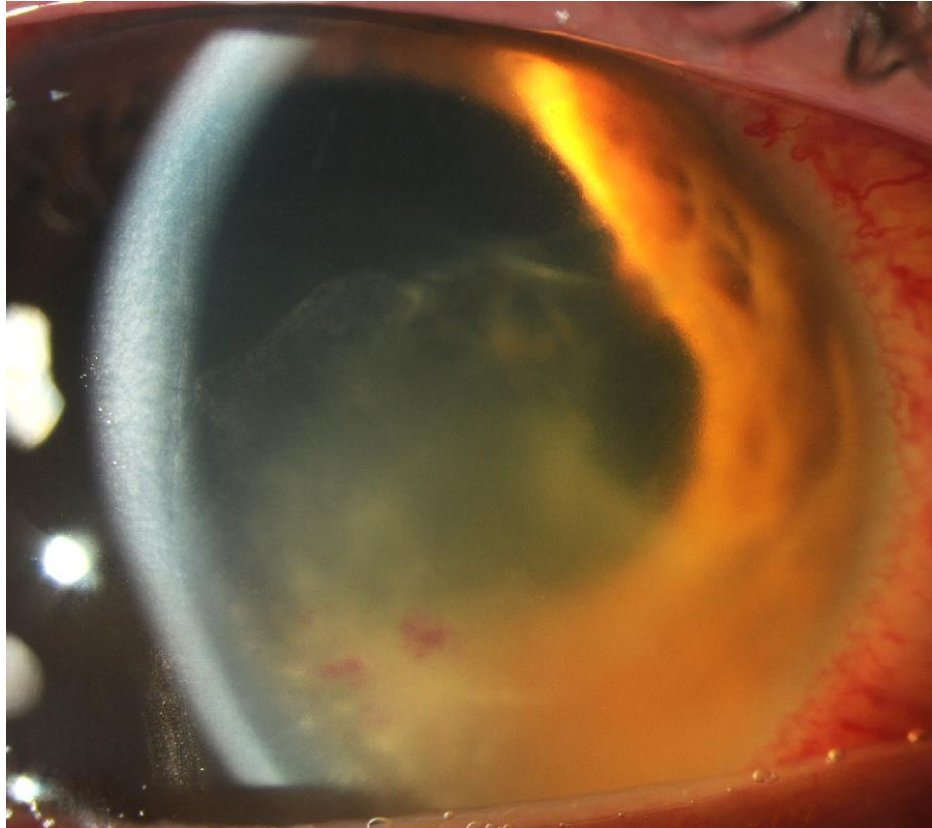
Fuchs Uveitis-Syndrom

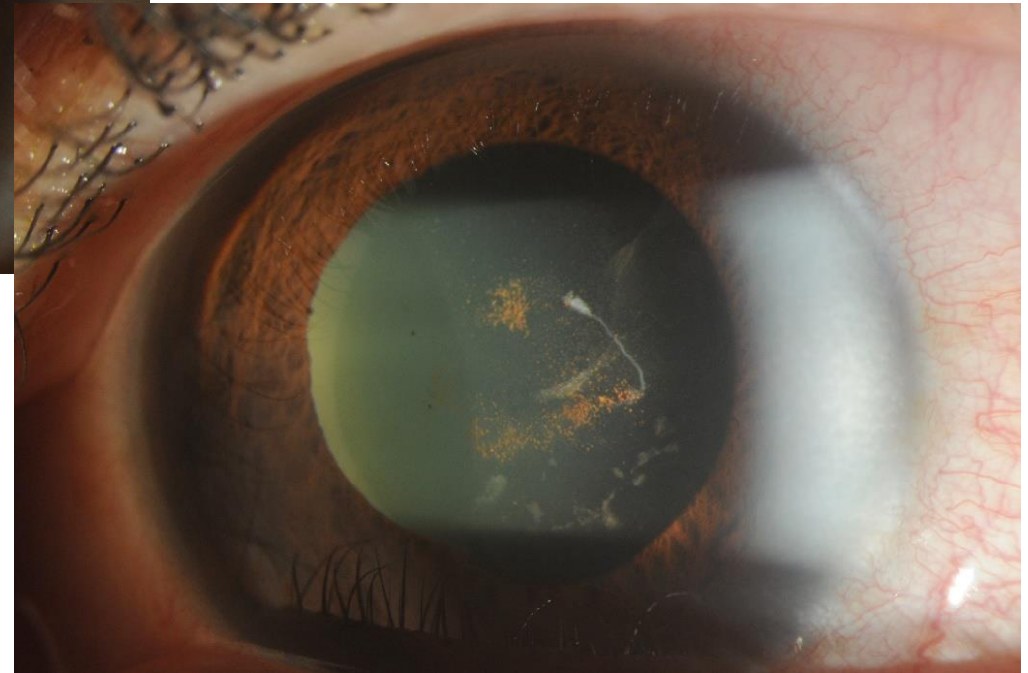
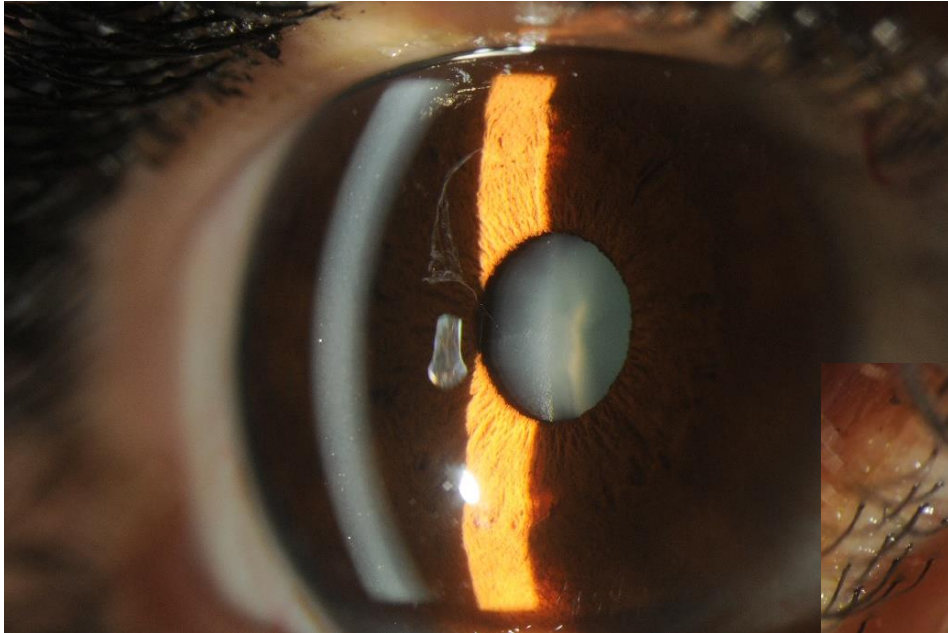
- Ätiologie: Röteln-Virus induziert
- HH-Endothelbeschläge diffus verteilt
- Vorderkammerreizung diskret
- Fehlende hintere Synechien
- Weisses schmerzfreies Auge

- Heterochromie nur in 30% der Fälle
- Atrophes Irisstroma



HLA-B27 pos.

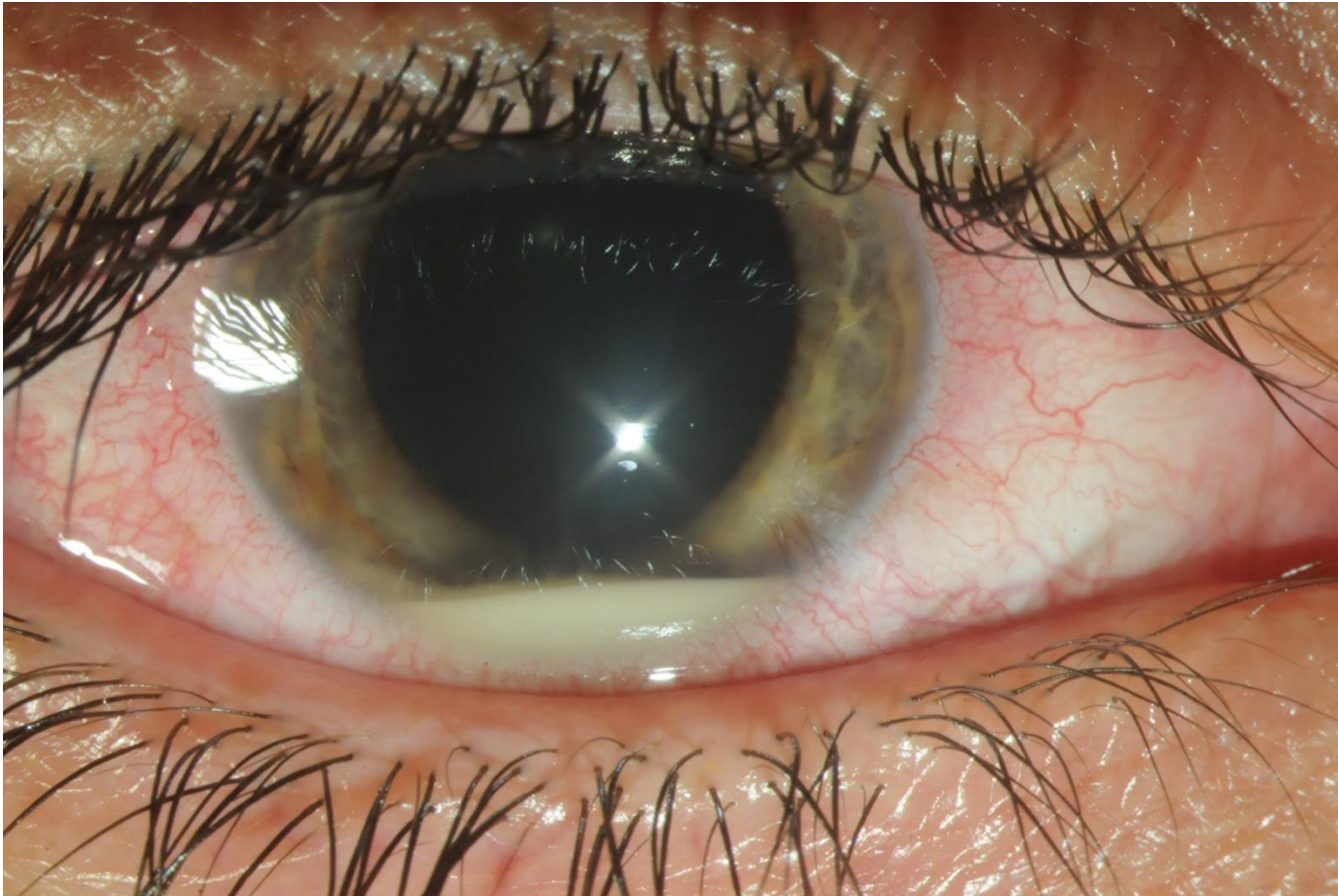




HLA B27 assoziierte Uveitis anterior

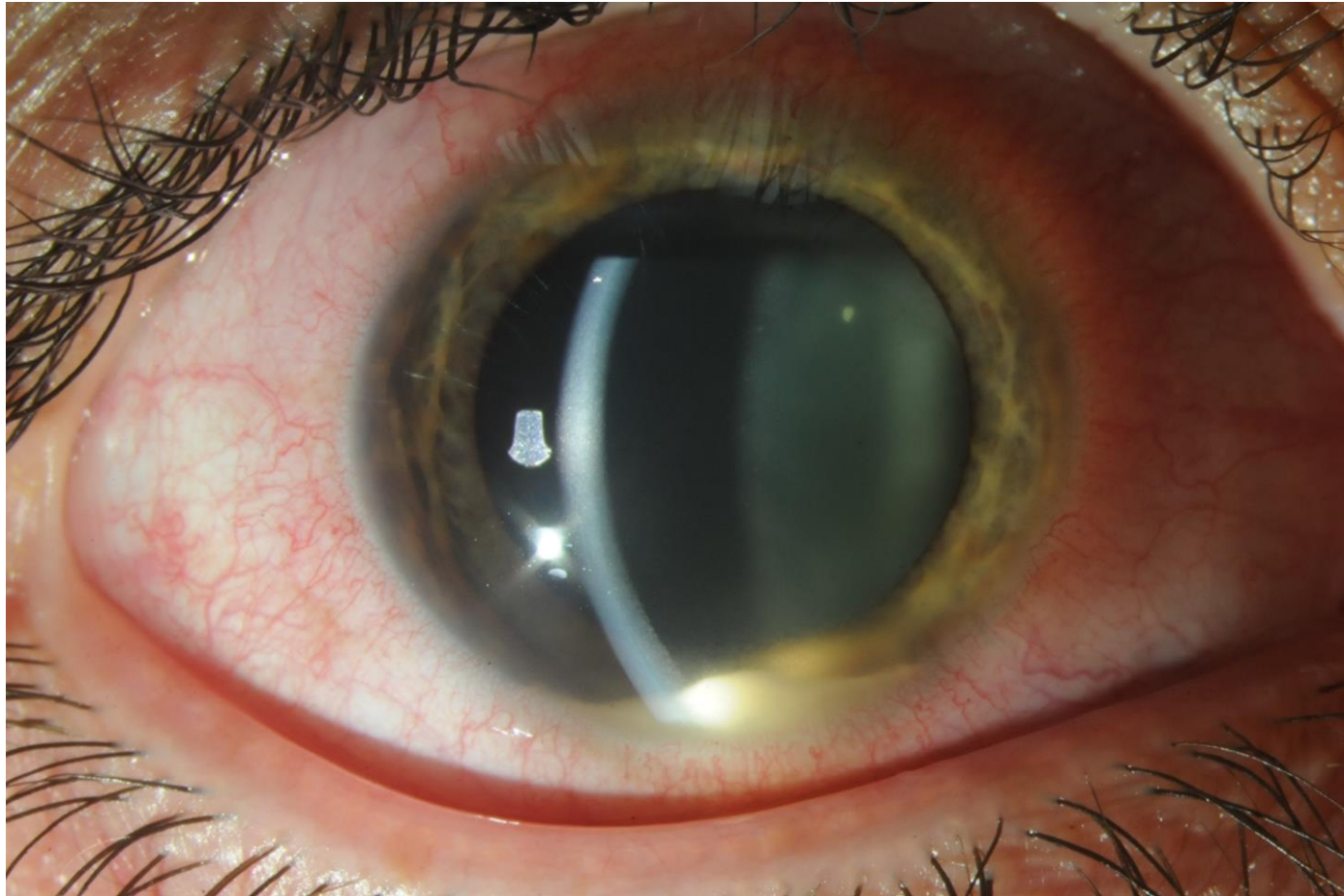
- Spondylitis ankylosans
- Reiter-Syndrom
- Psoriasis-Arthritis

- Morbus Crohn und Colitis ulcerosa



22.5.17

HLA B5



24.5.17



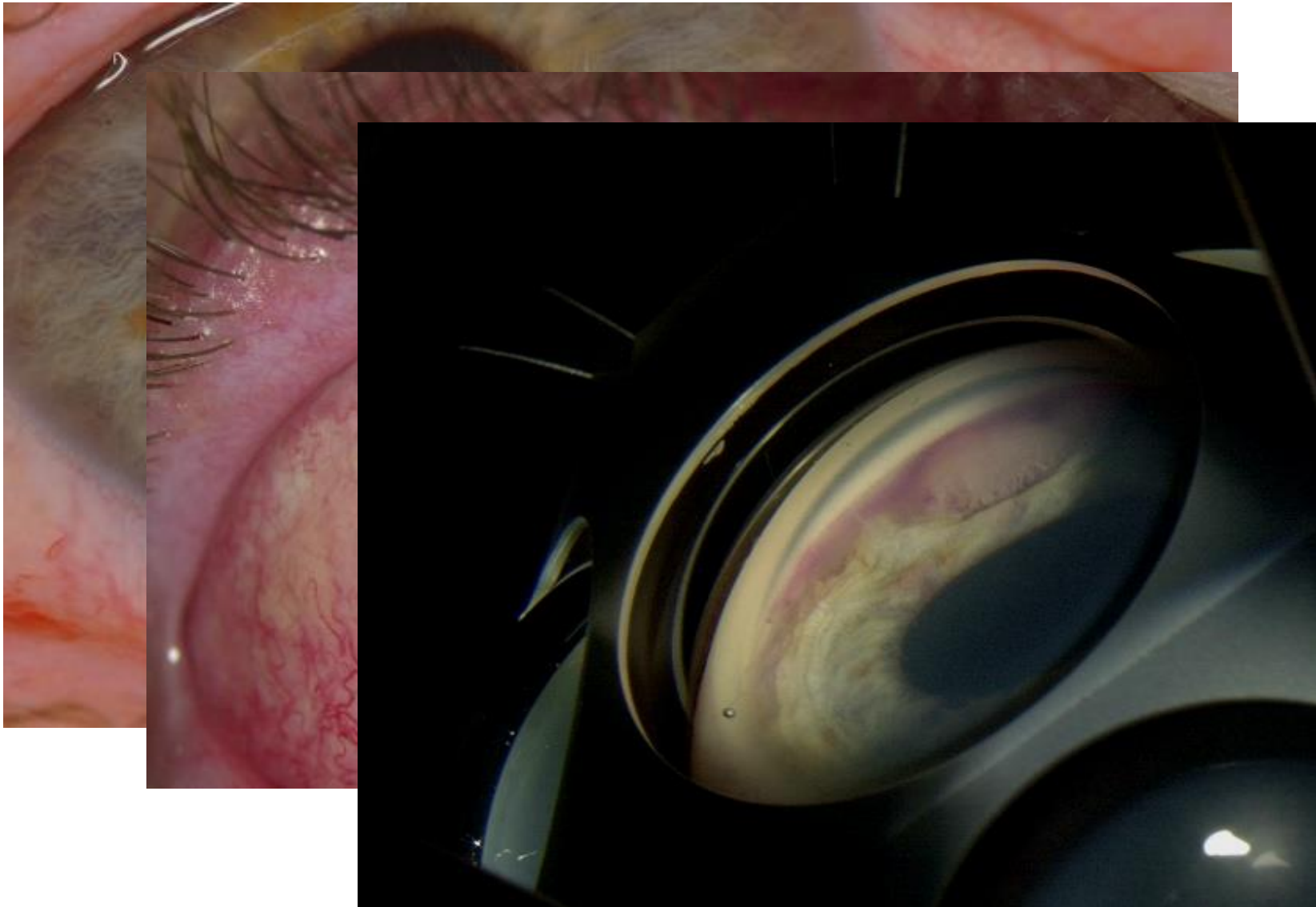
Granulomatöse Uveitis anterior

Nicht infektiös

- Sarkoidose
- Morbus Wegener
- VKH
- Sympathische Ophthalmie

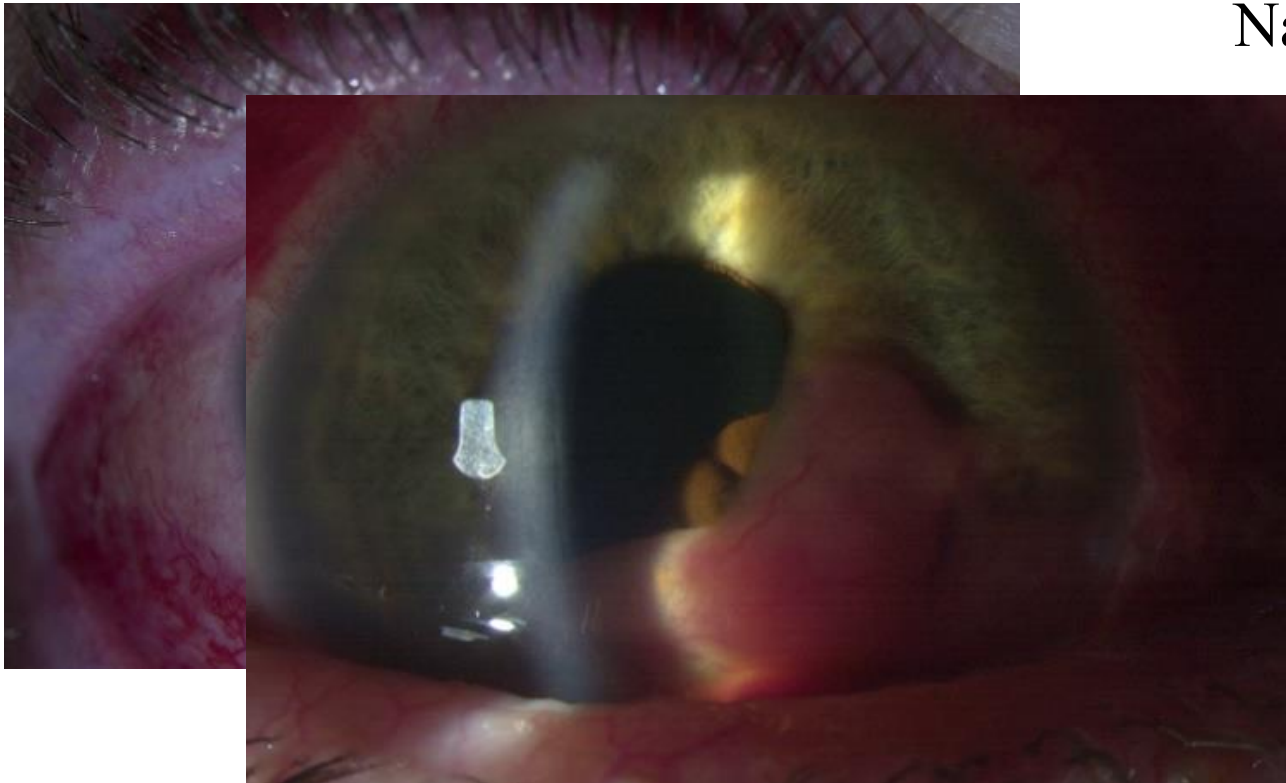
Infektiös

- Lues
- Tbc
- Lepra
- HSV/VZV



Verlauf

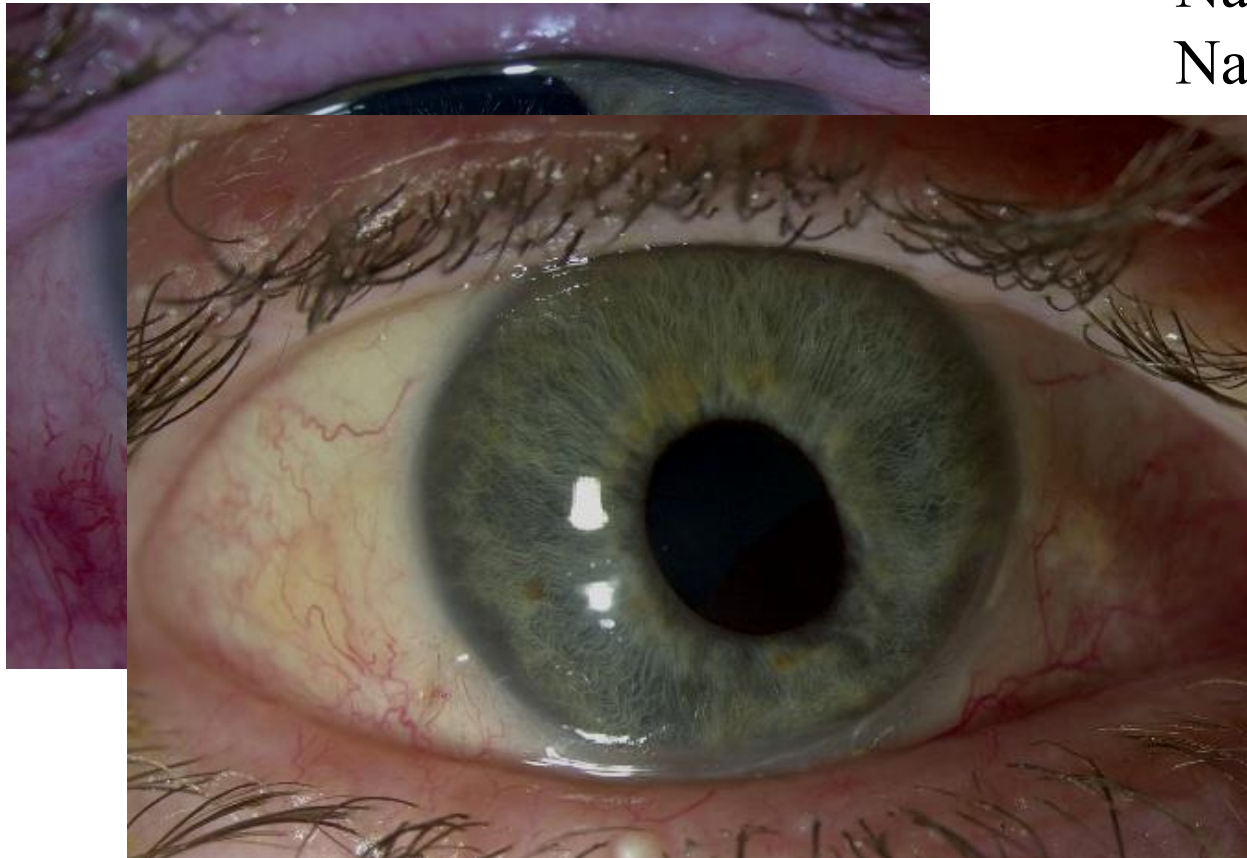
Nach 2 Wochen
Nach 1 Monat



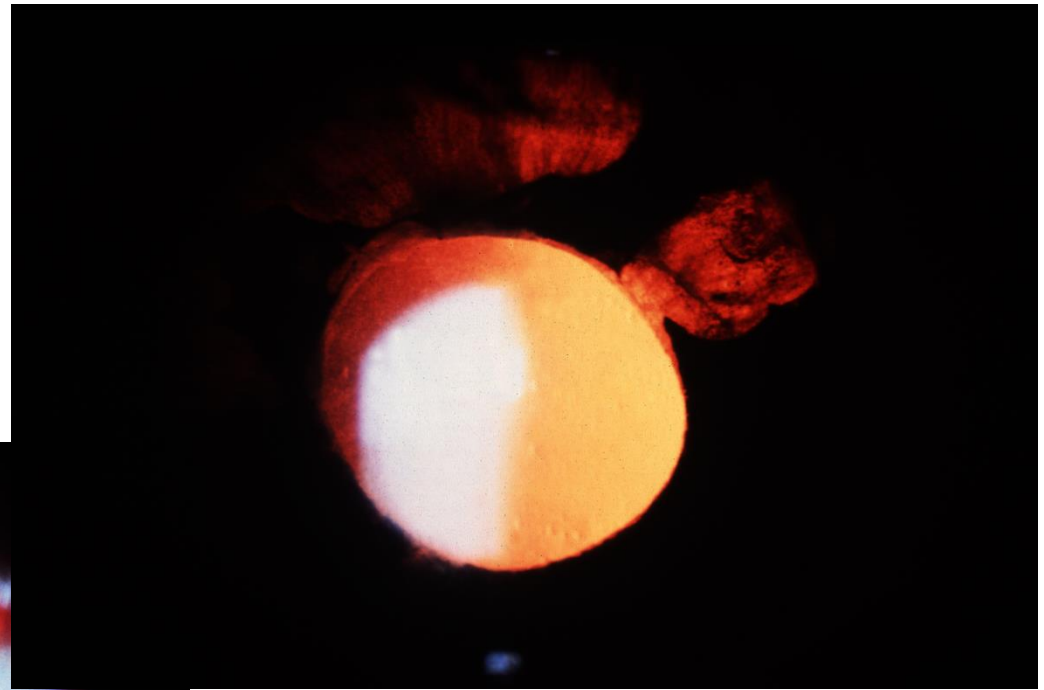
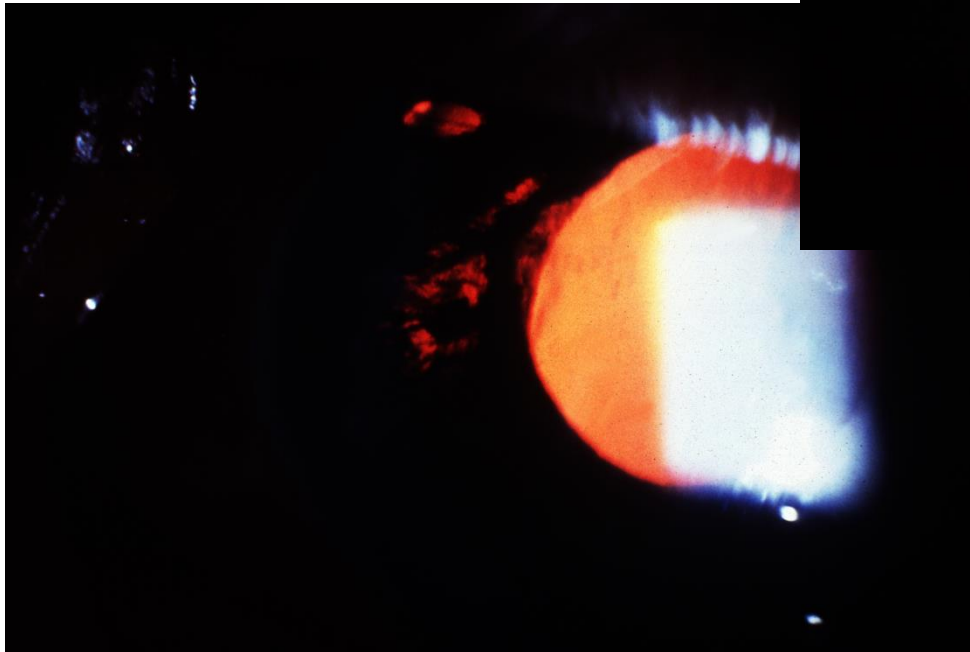
D: granulomatöse Entzündung

Therapie: systemisch Steroide

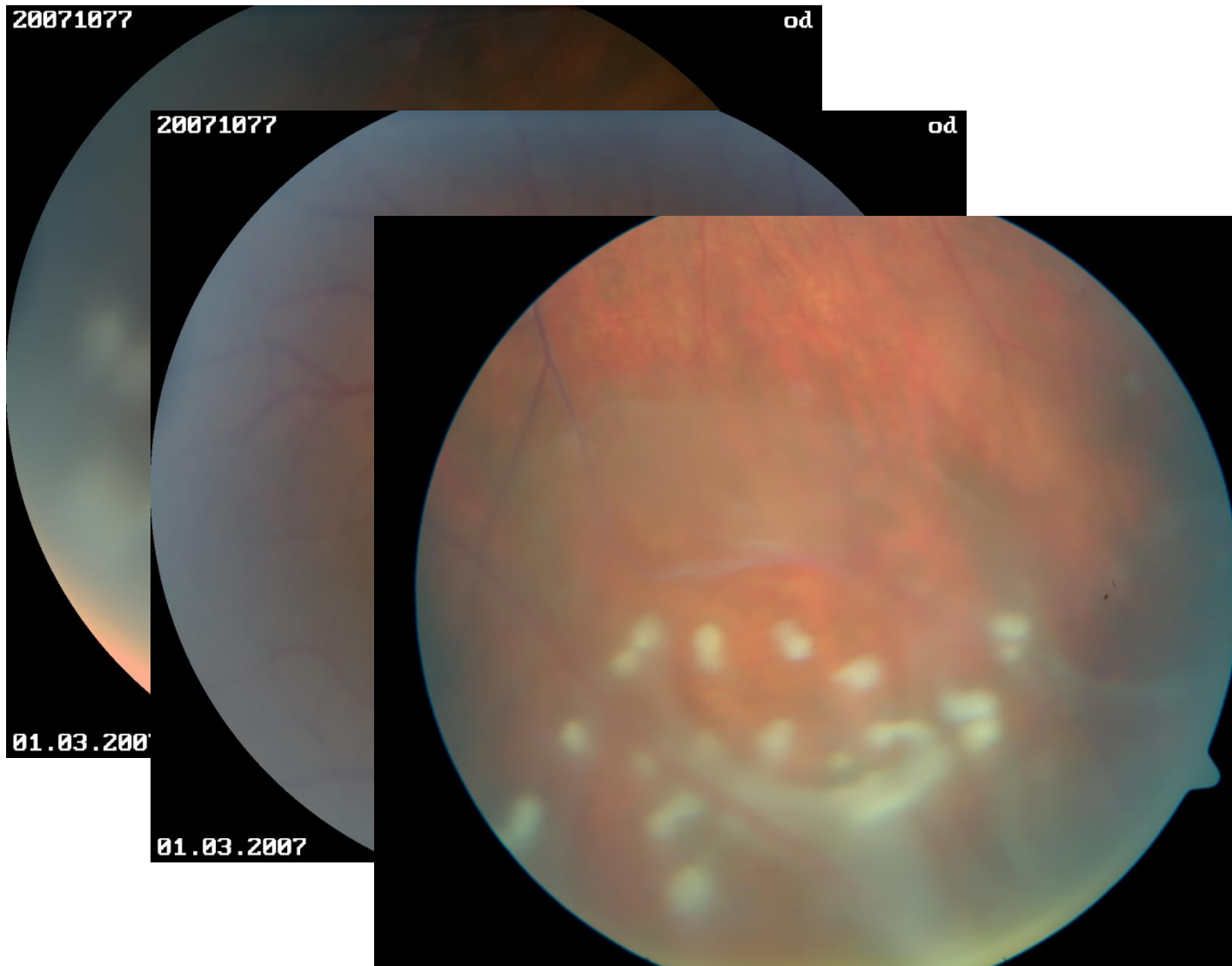
Nach 2 Wochen
Nach 1 Monat



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

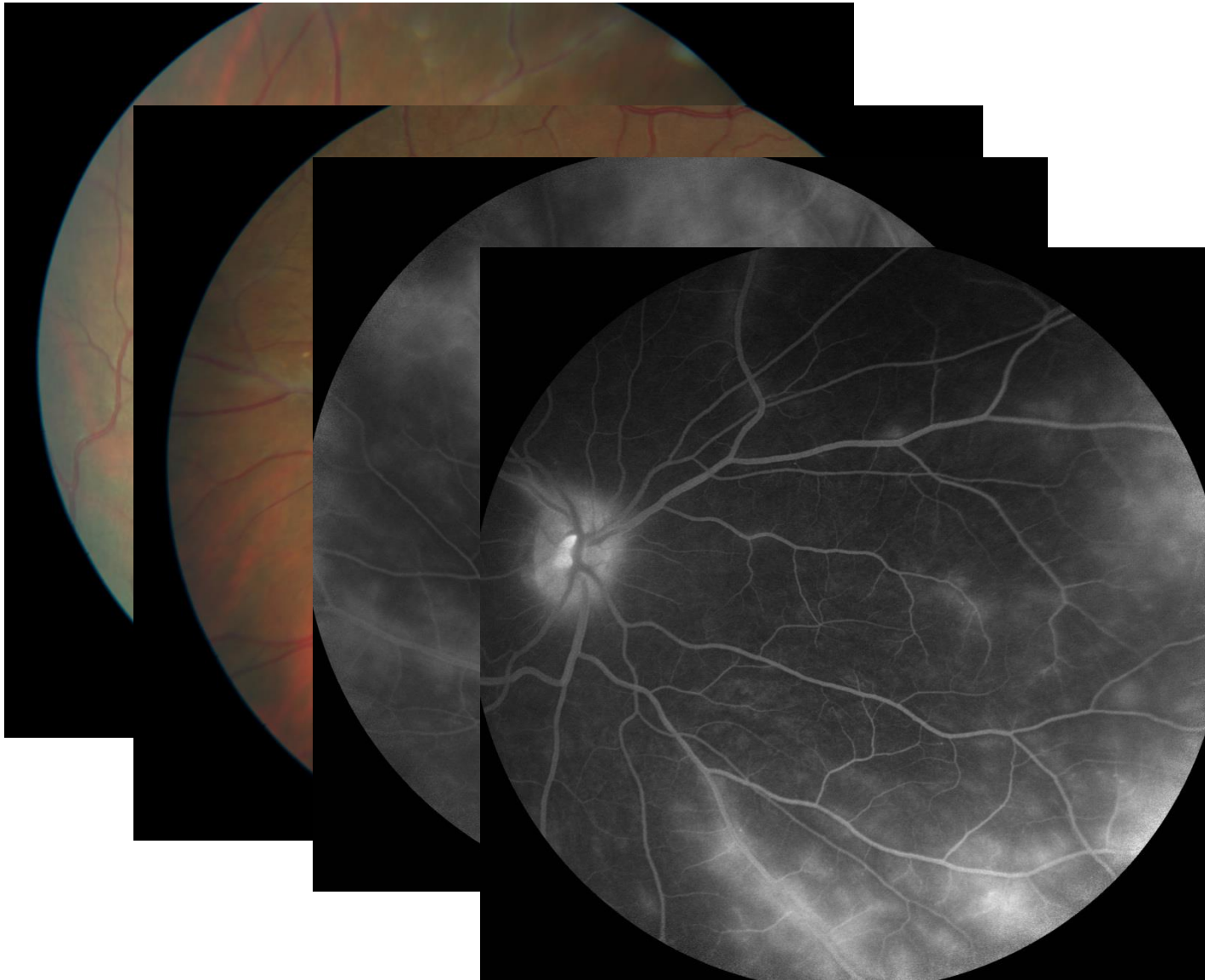
Infektiös

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

Patientin FA 1986



6.1.2017

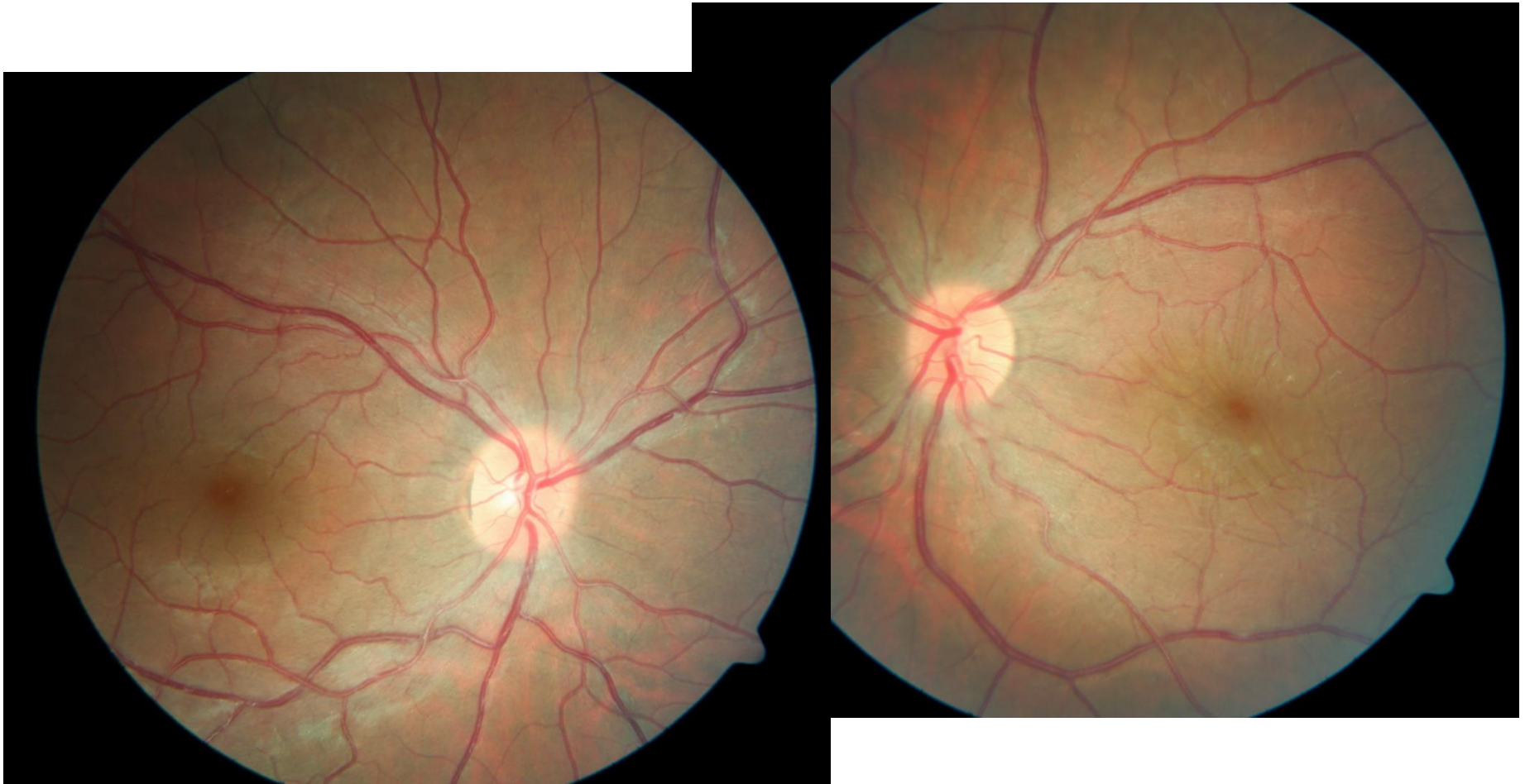


6.1.2017

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

201205733

od

201300315

od

06.07.2012

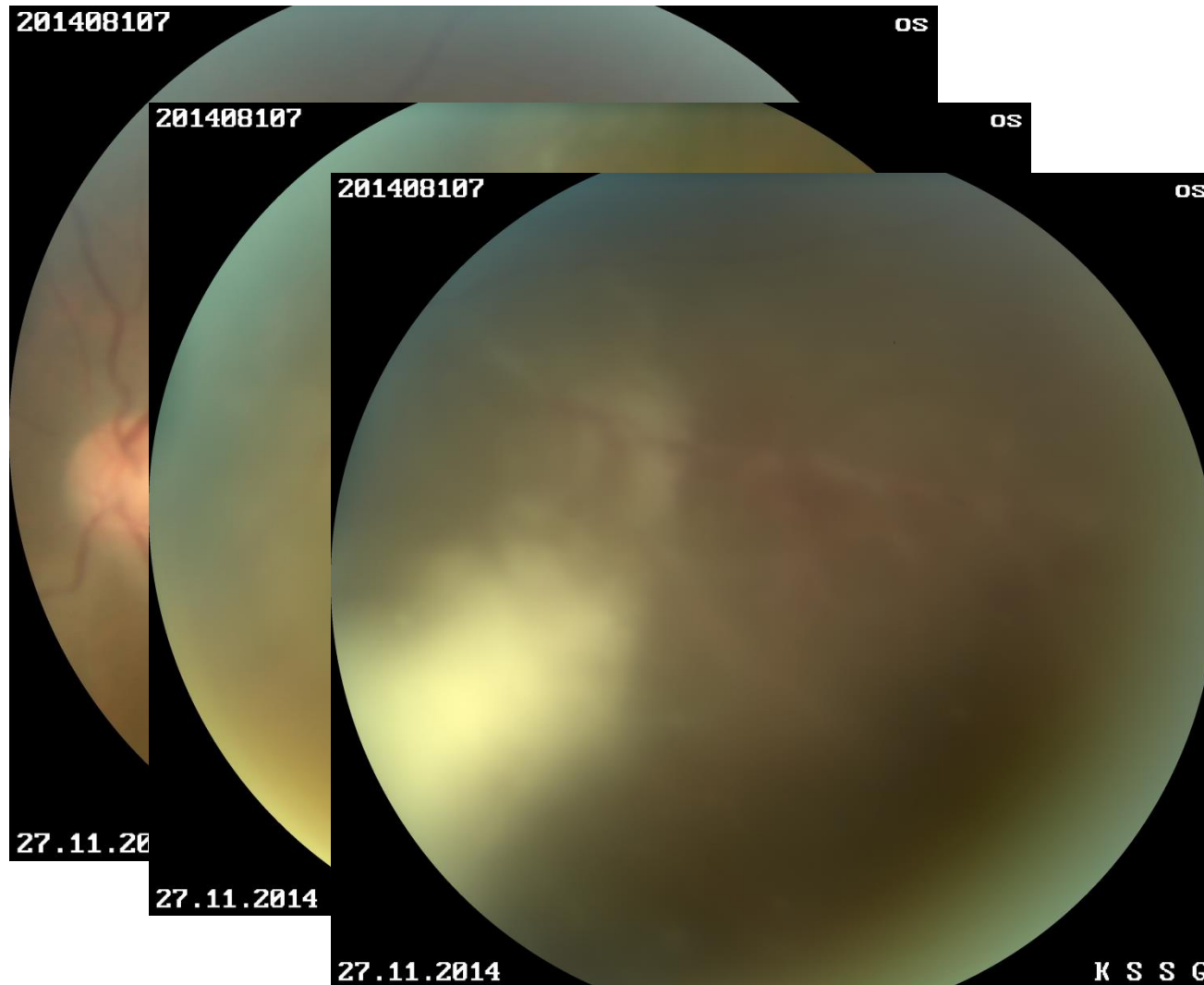
11.01.2013

K S S G

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 +++

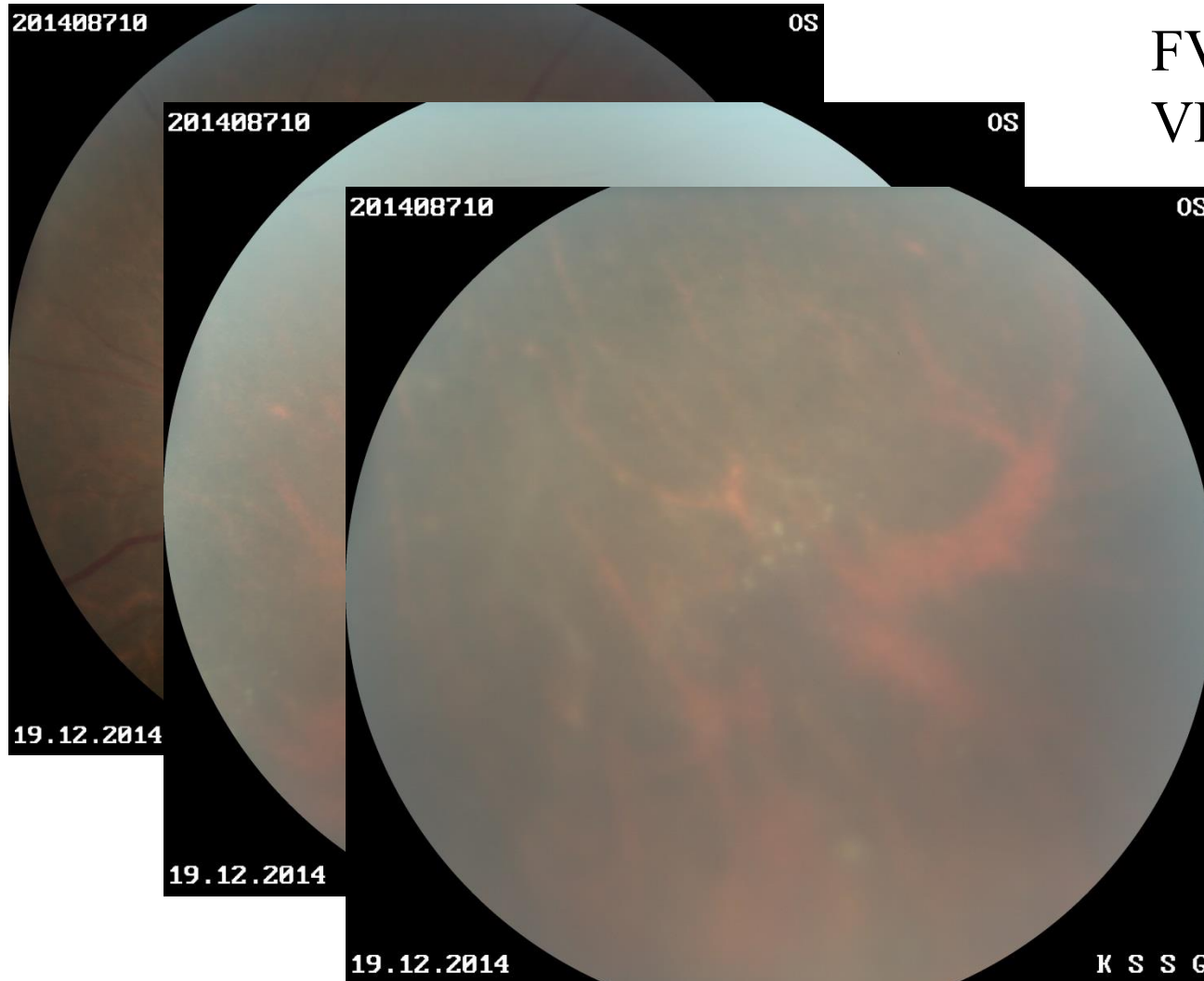
Patient S. J. 1986: DD

- 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

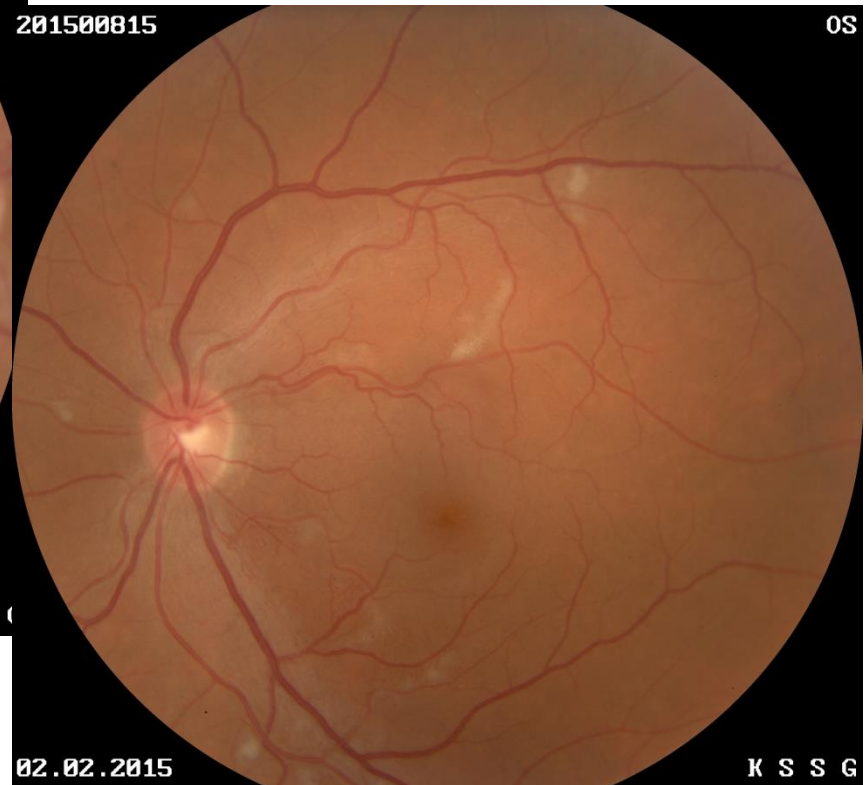
VKZ +

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



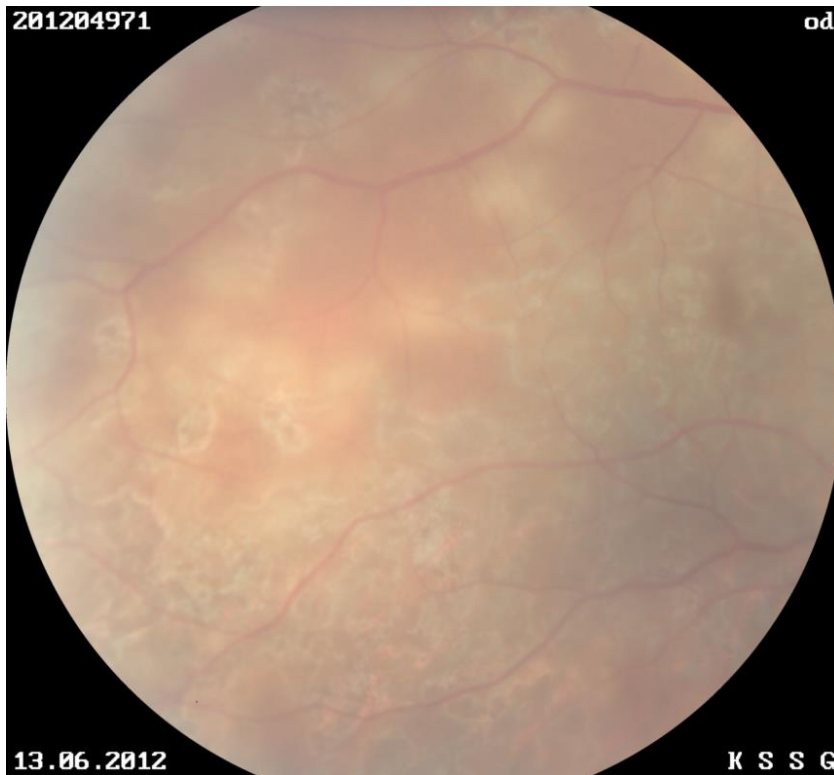
HIV assoziierte Mikroangiopathie

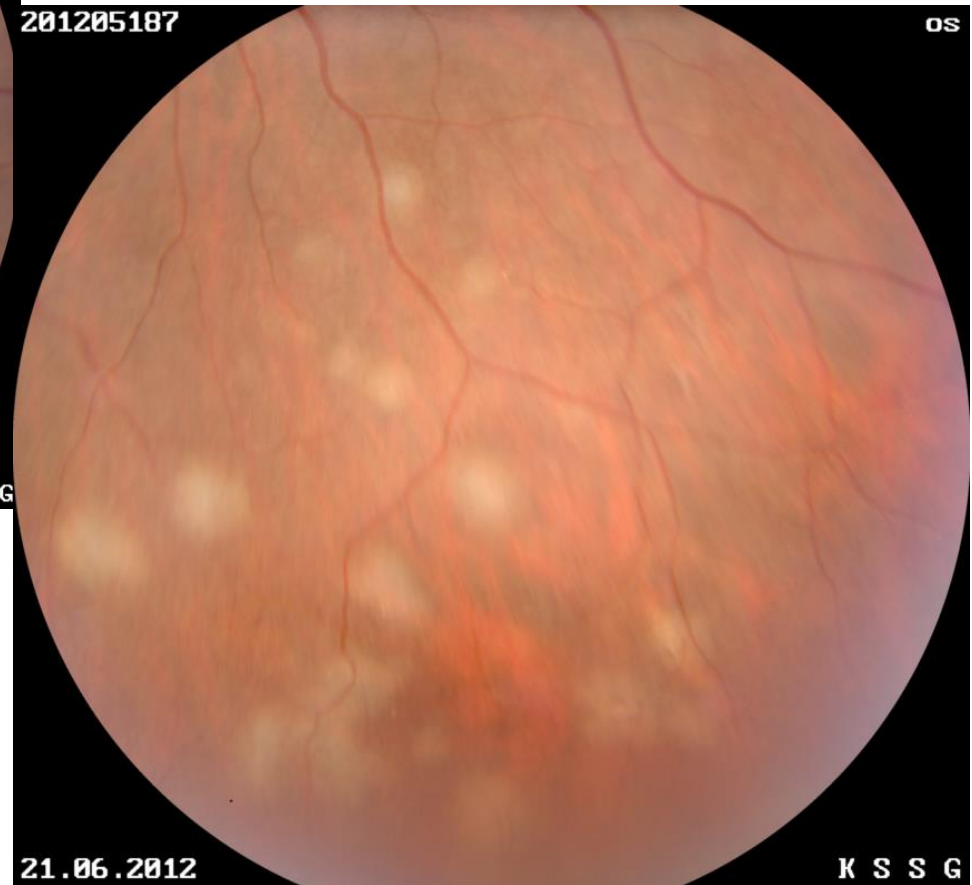
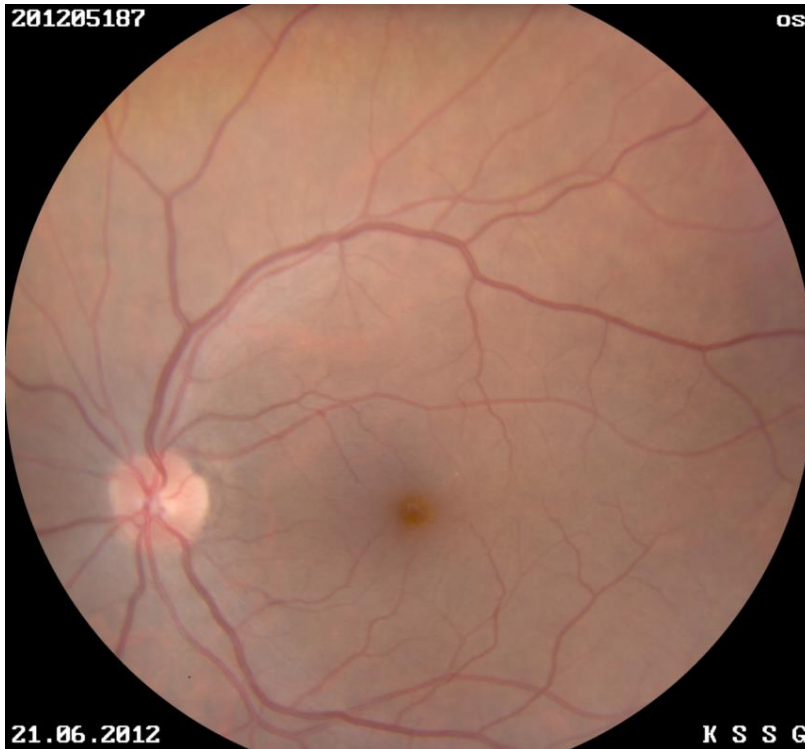


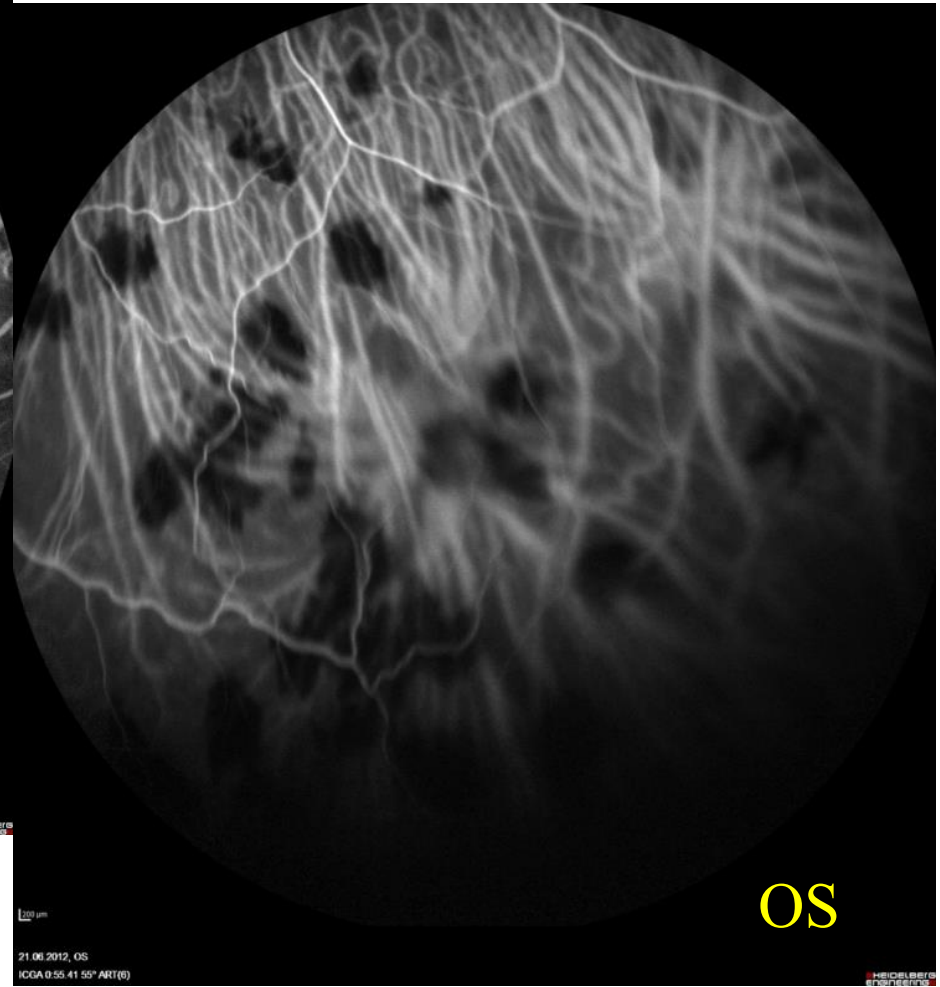
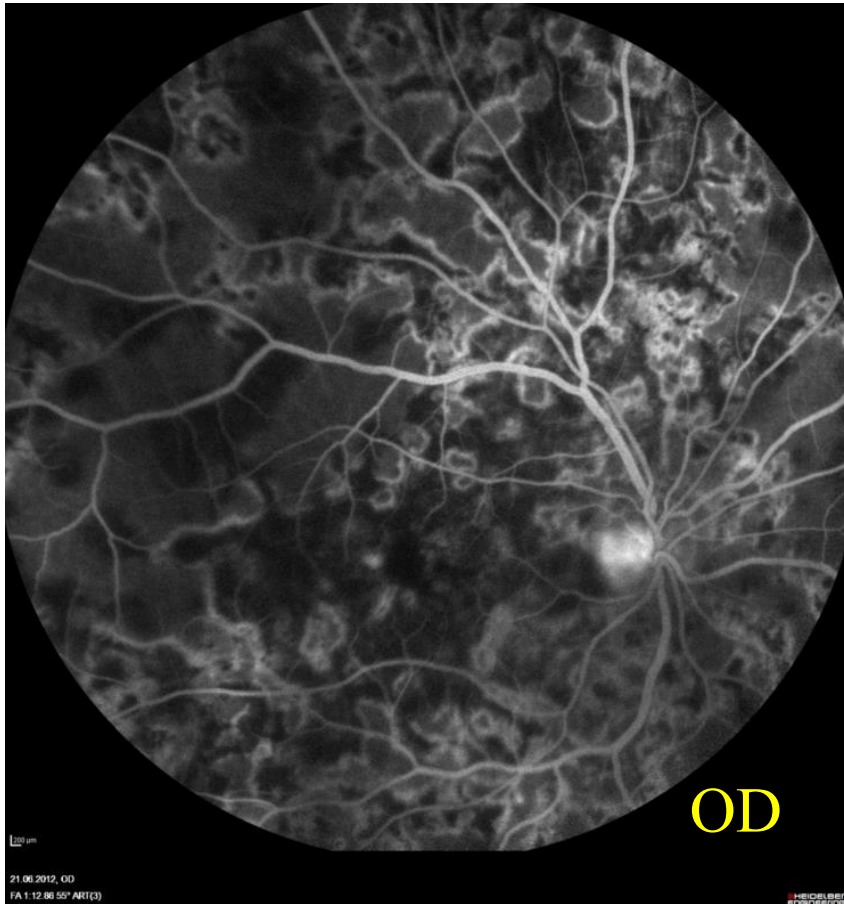
FV bds. cc 0,9
VKZ- bds

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)







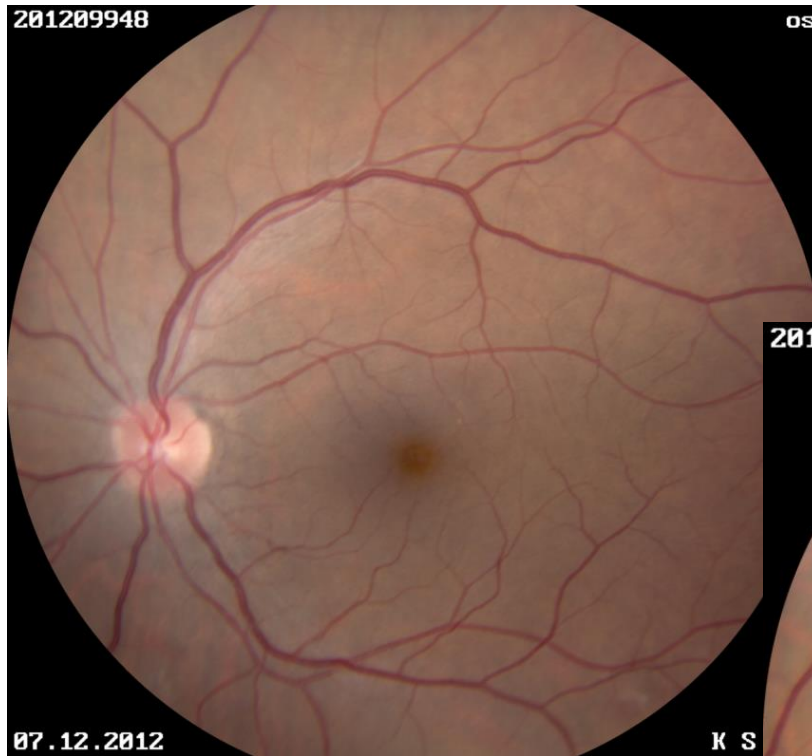
21.6.2012

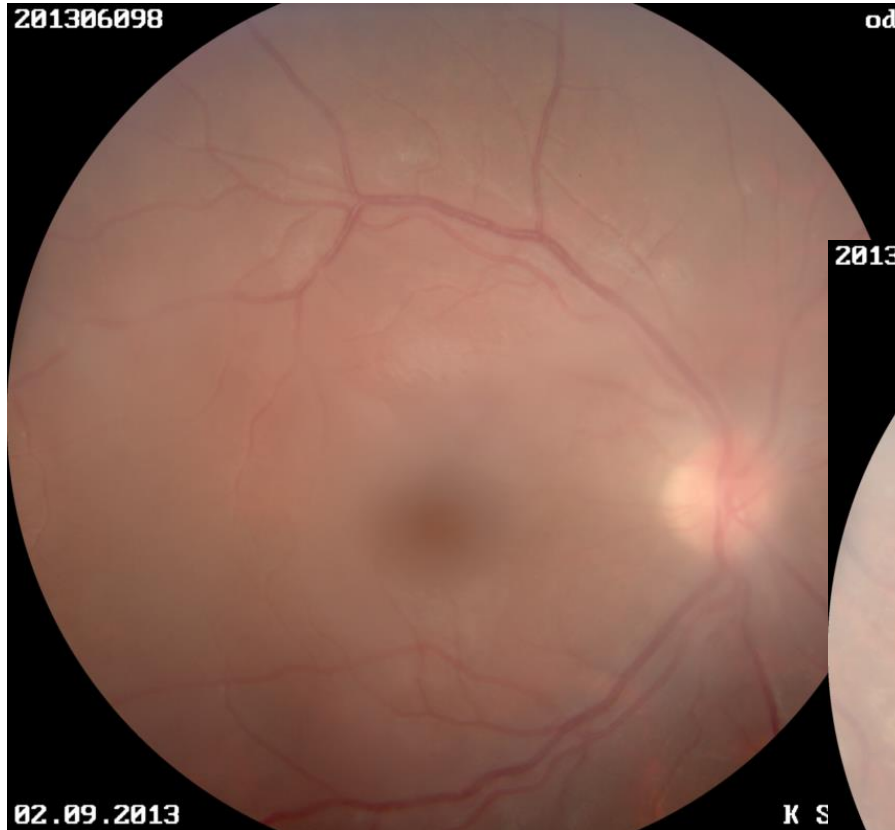
Abklärungen

- 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



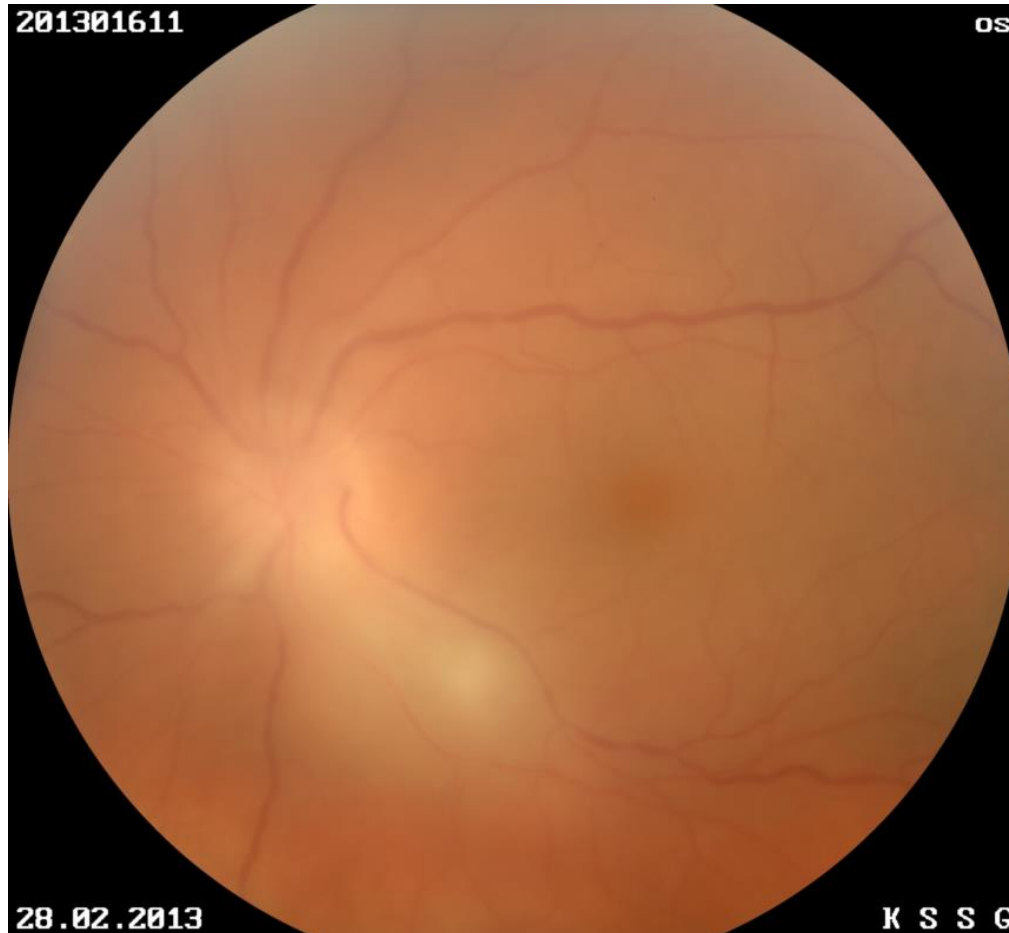


Z. L.





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

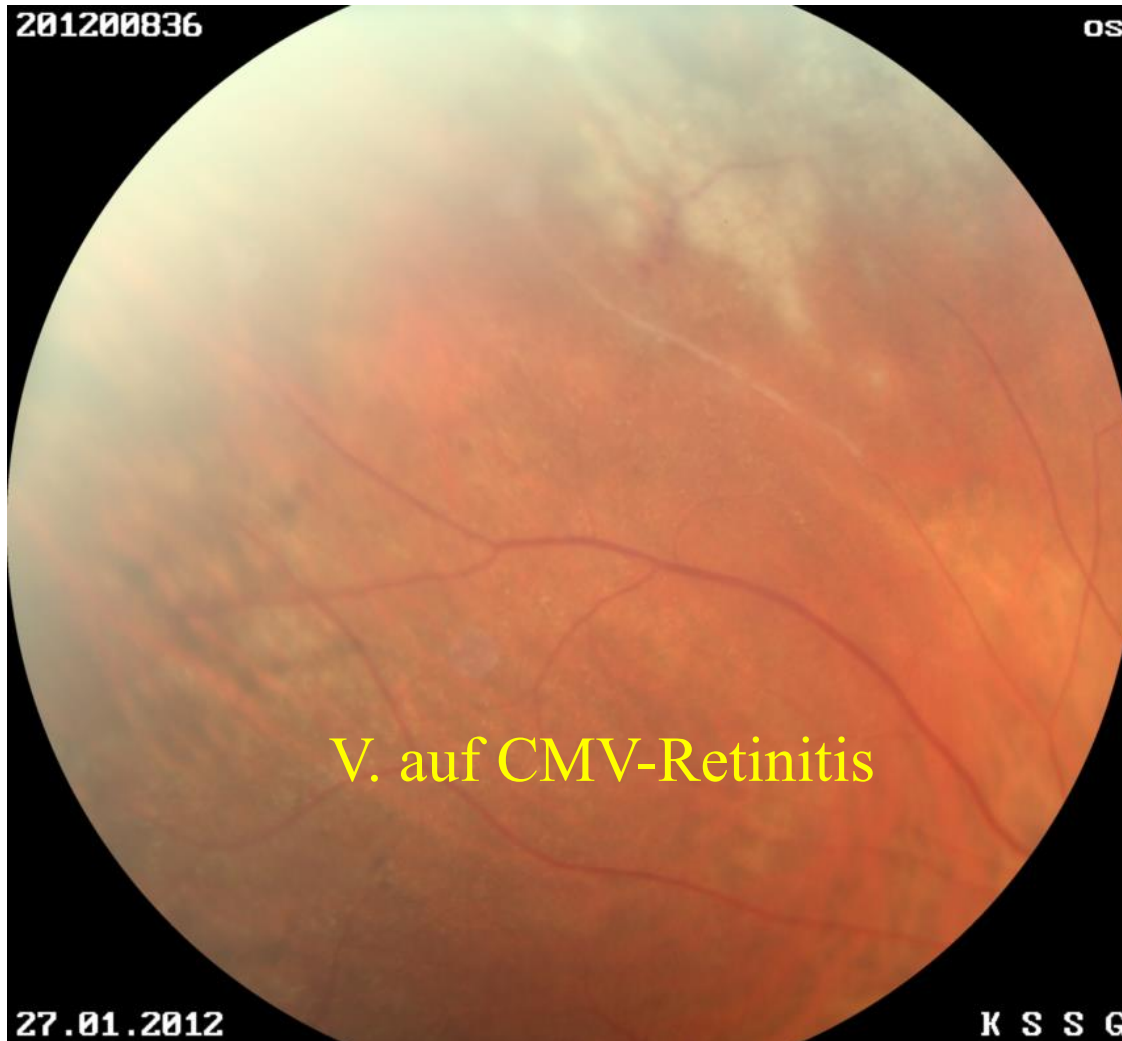
Patientin T.A. 1944

- 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+



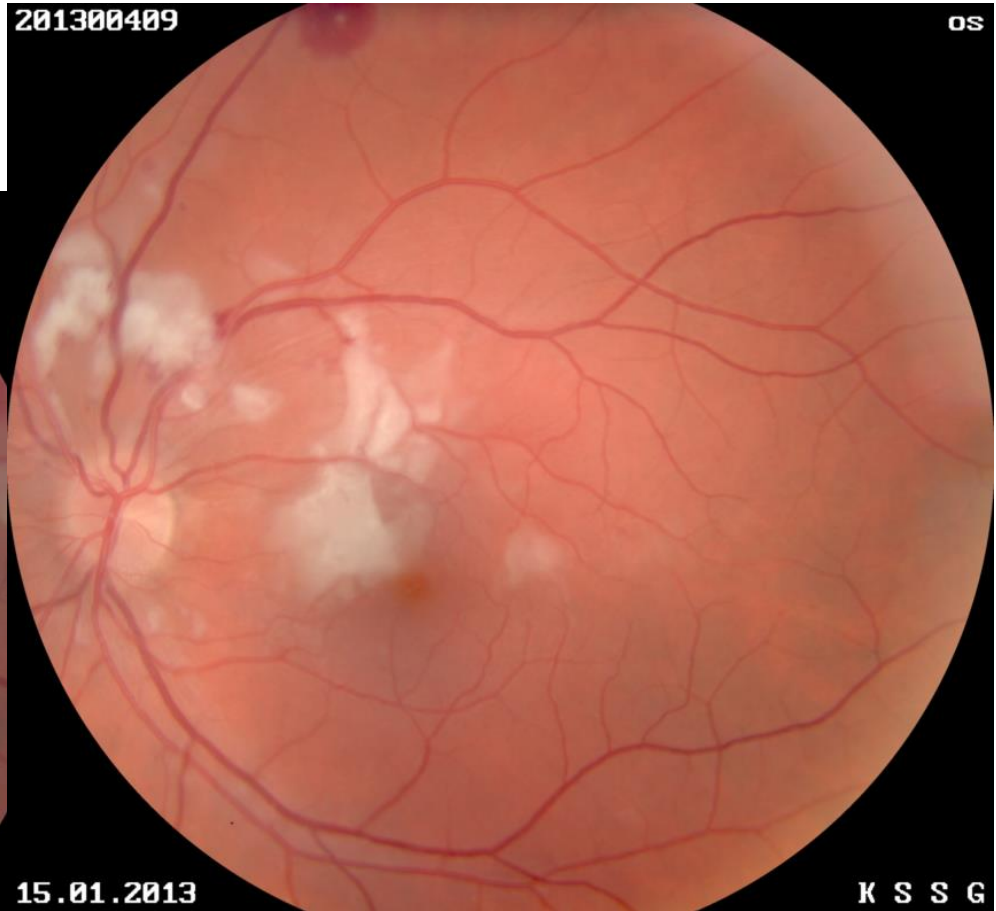
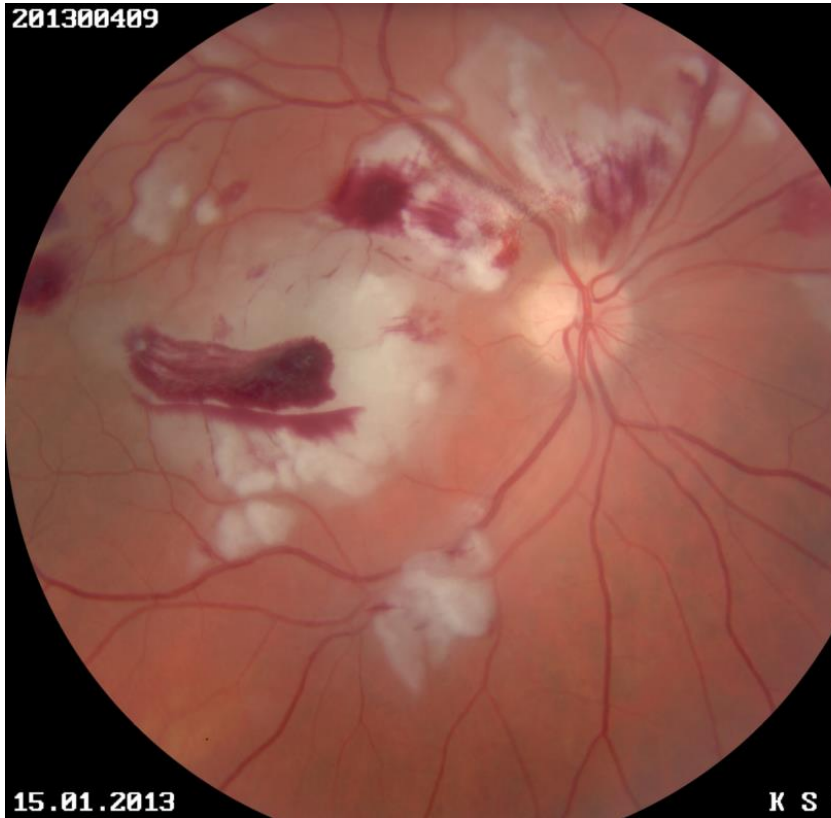
T. A.

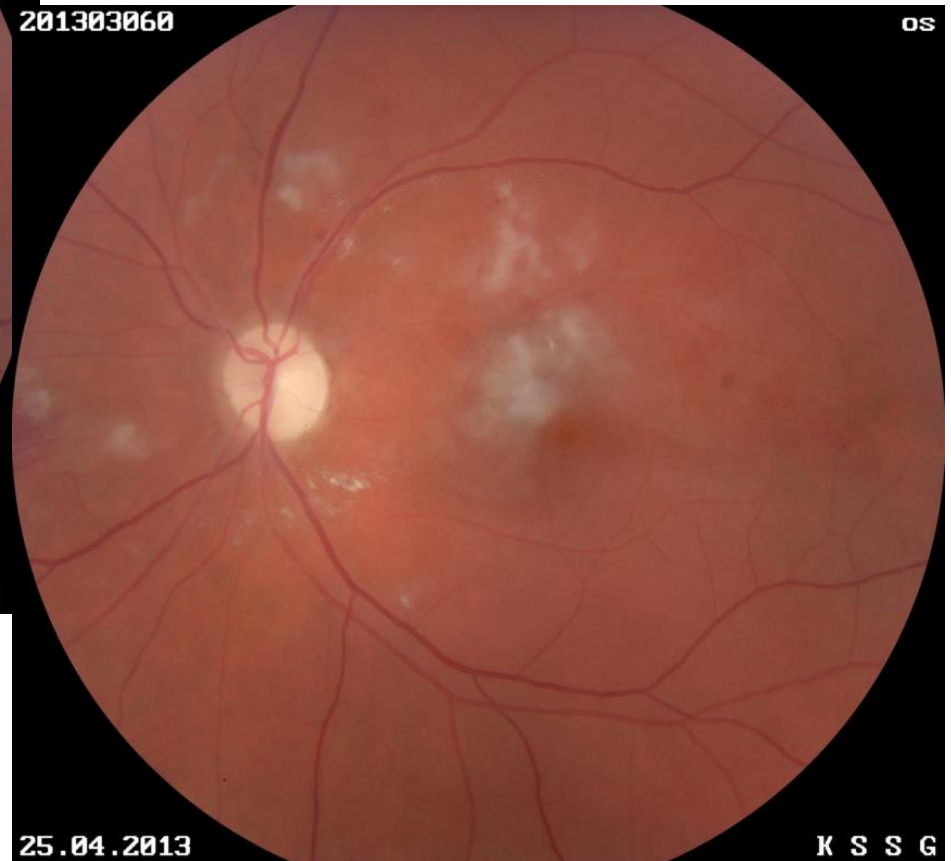






DD !



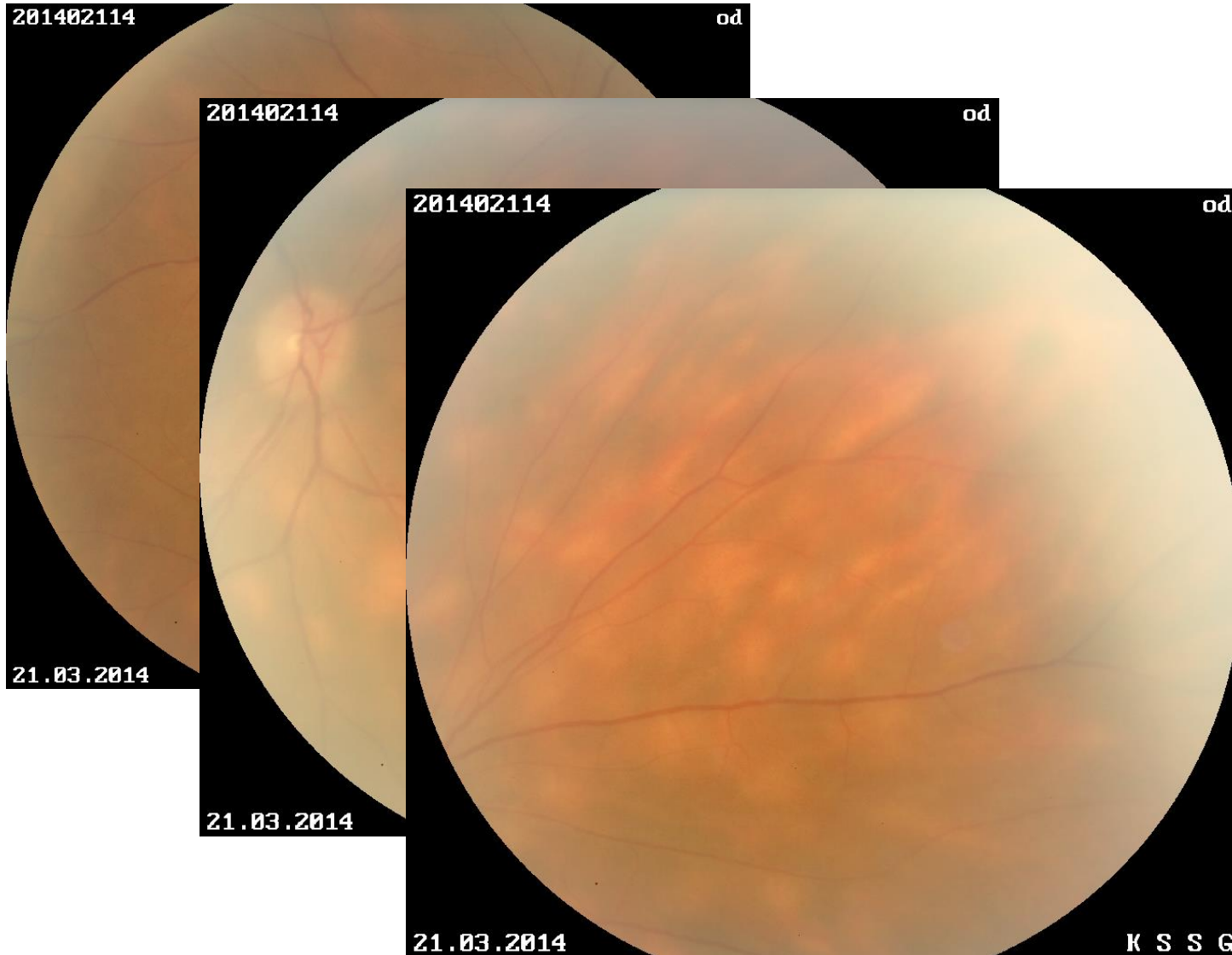


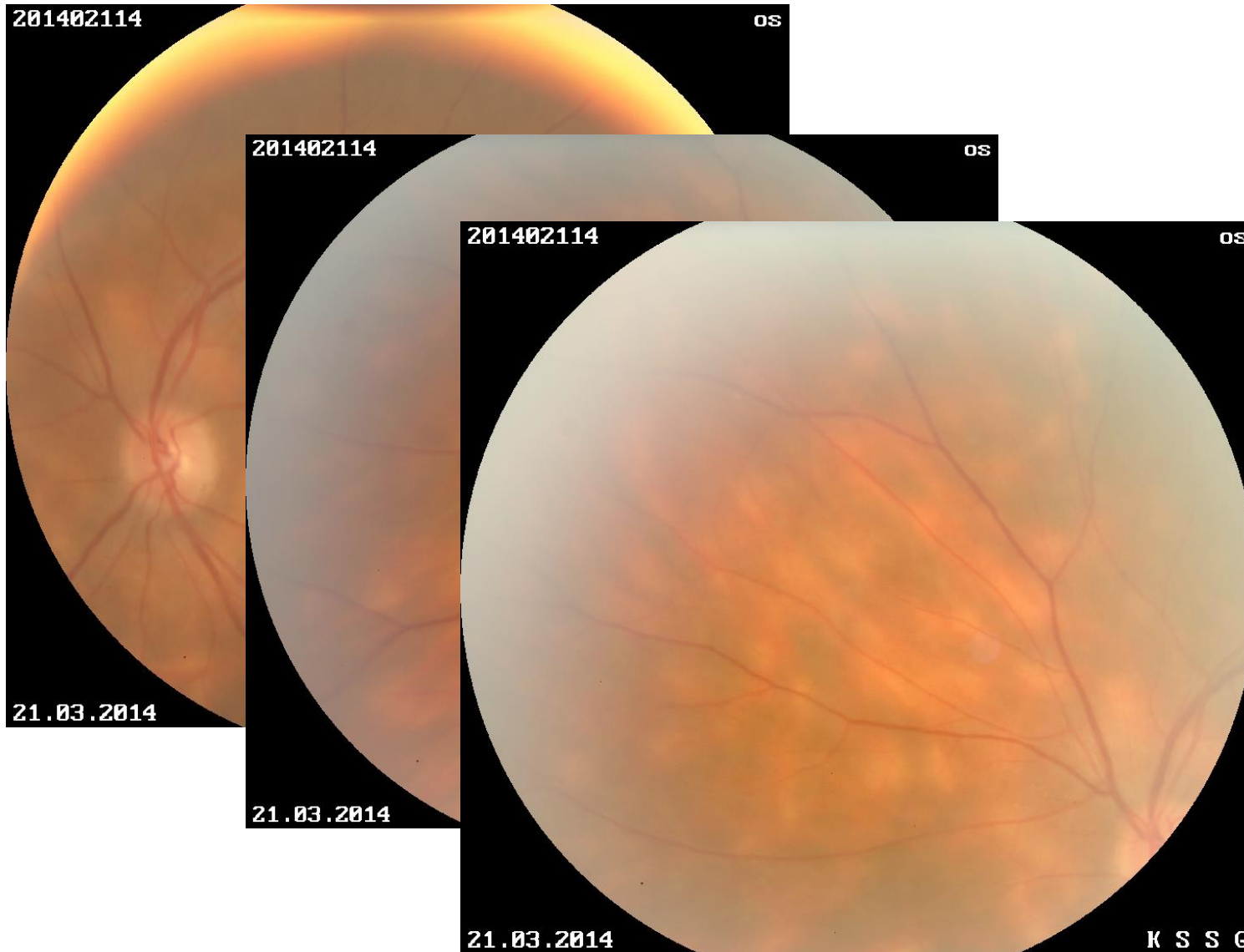
DD



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

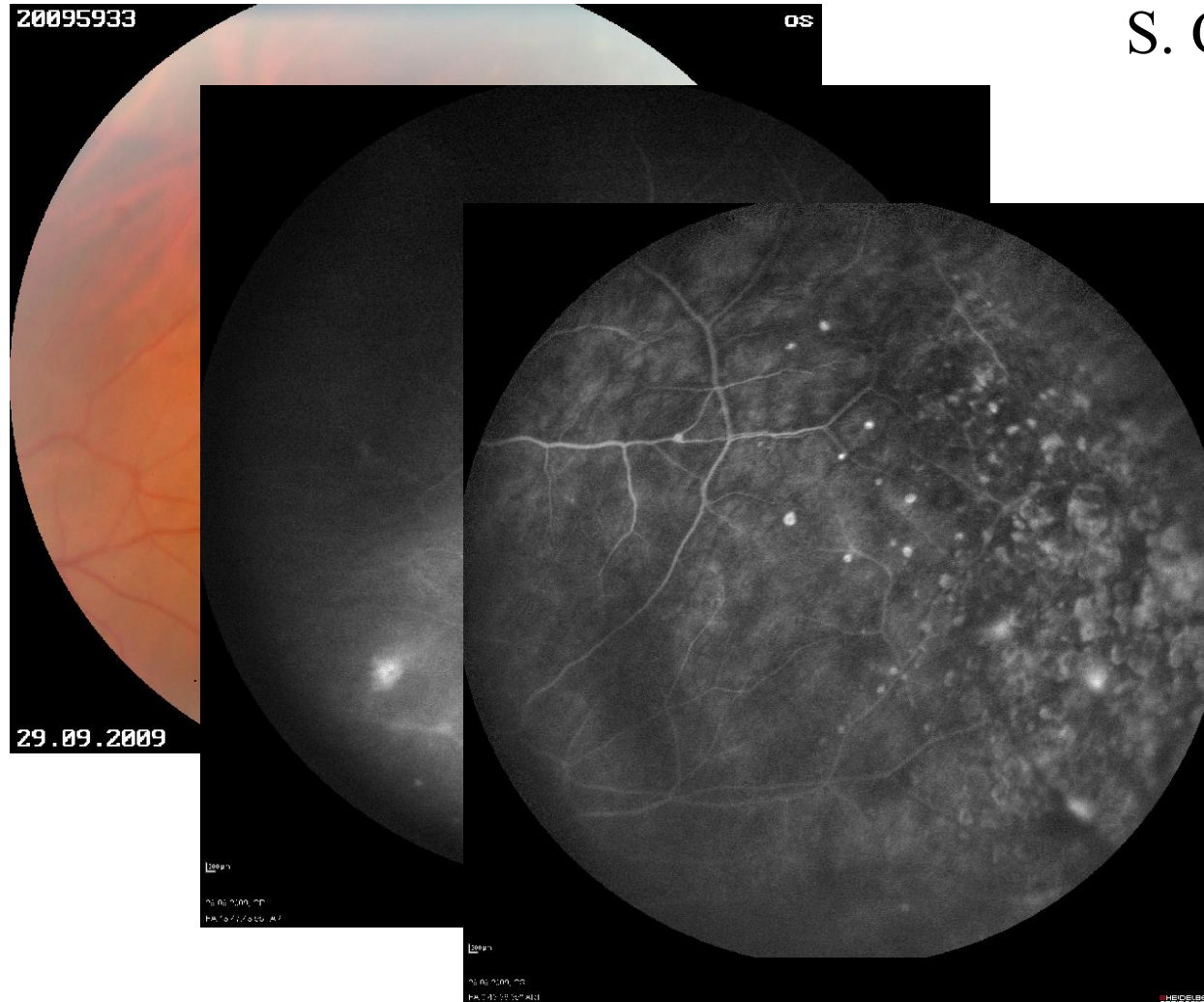
Birdshot Chorioretinopathie

- 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

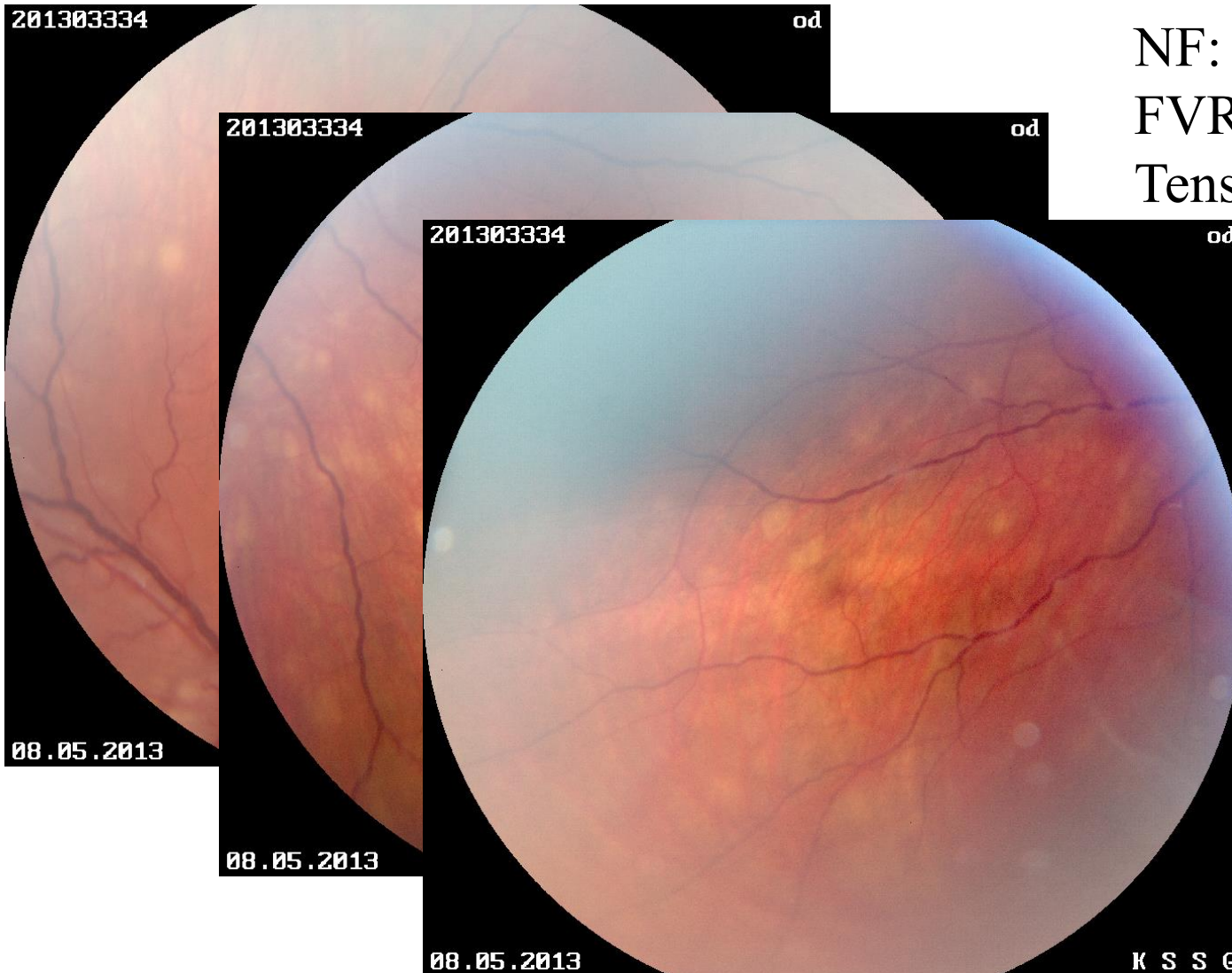
R.R. 1945

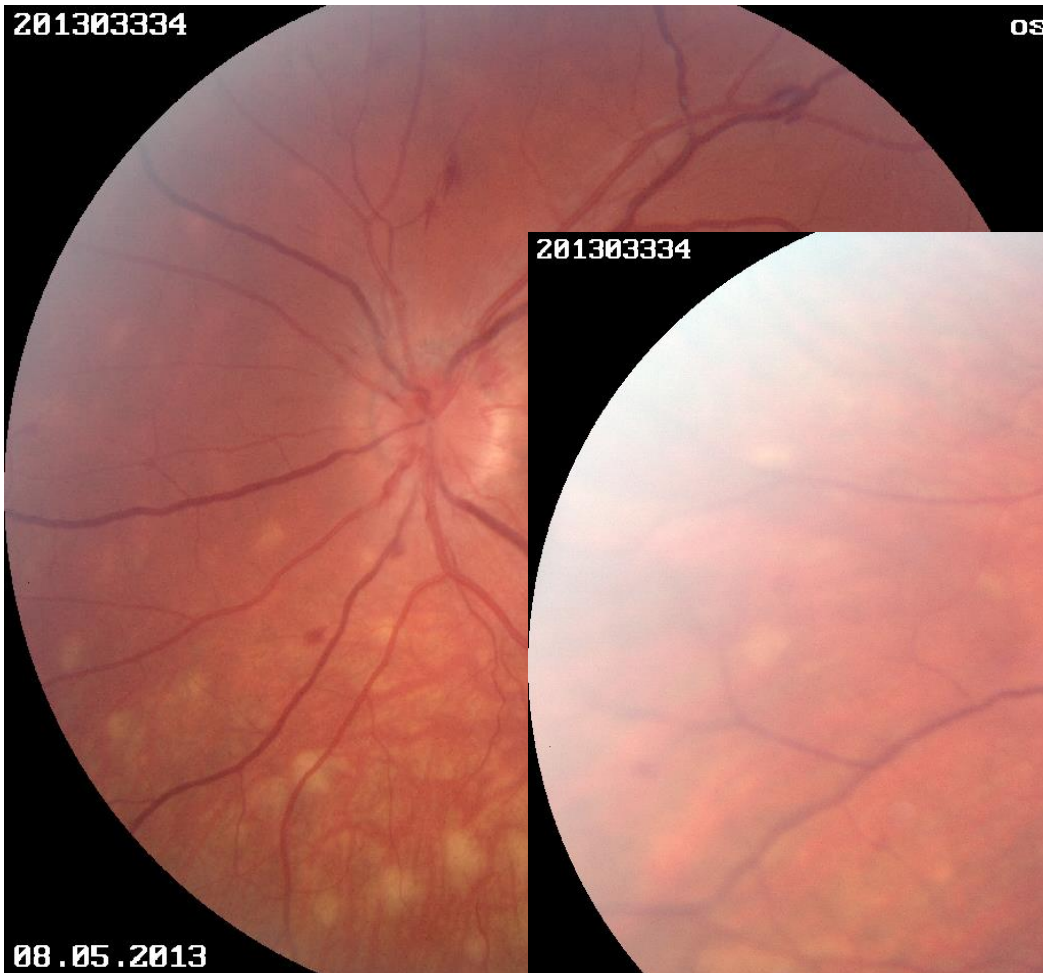
W.T. 1984

NF: Wolke links

FVR 1,0 FVL 1,2

Tension 34/36





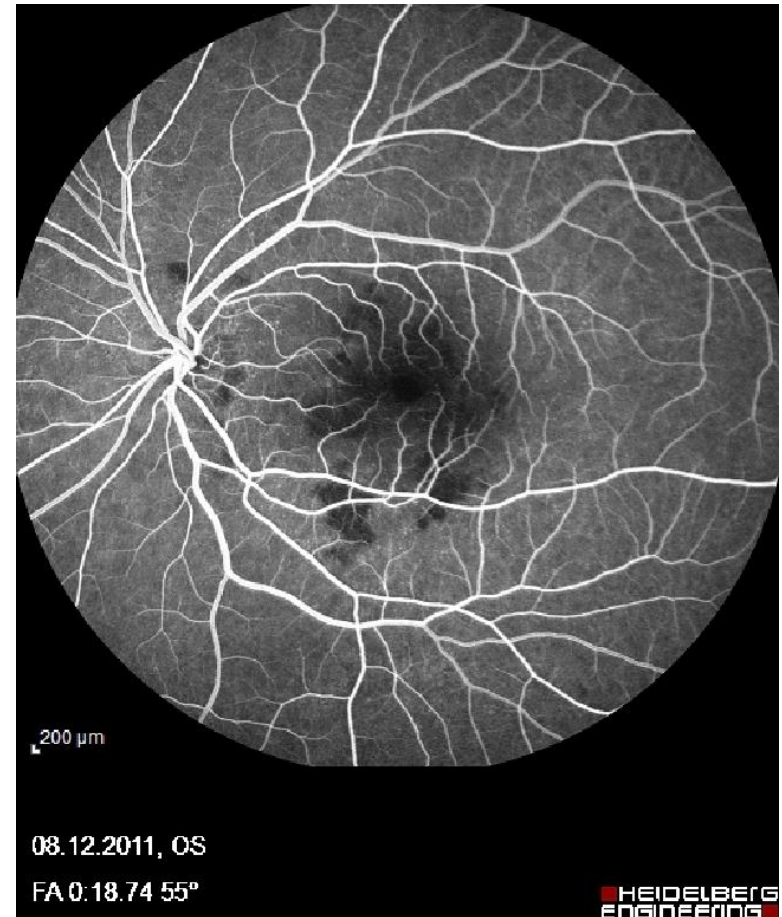
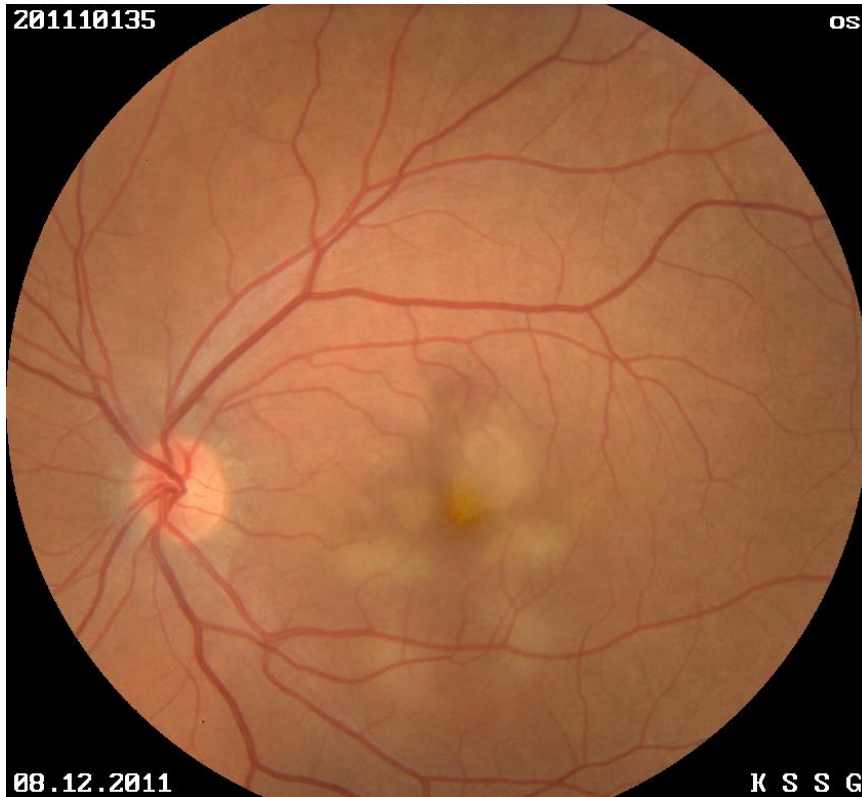
D: Sarkoidose

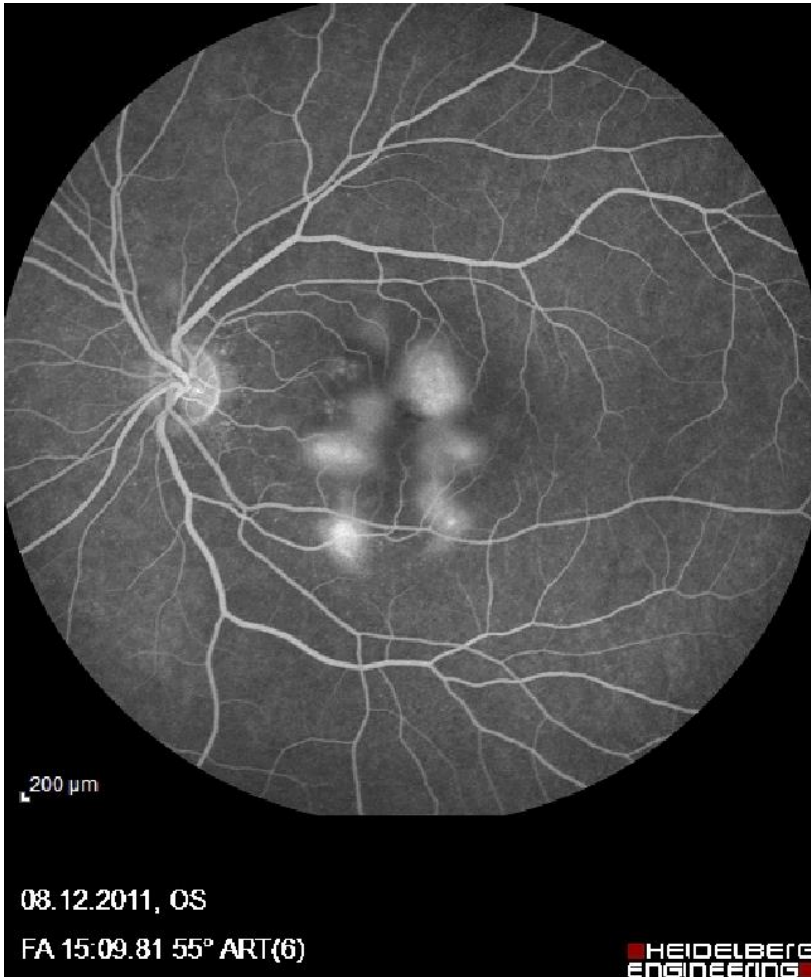


Fernvisus li: 0,2

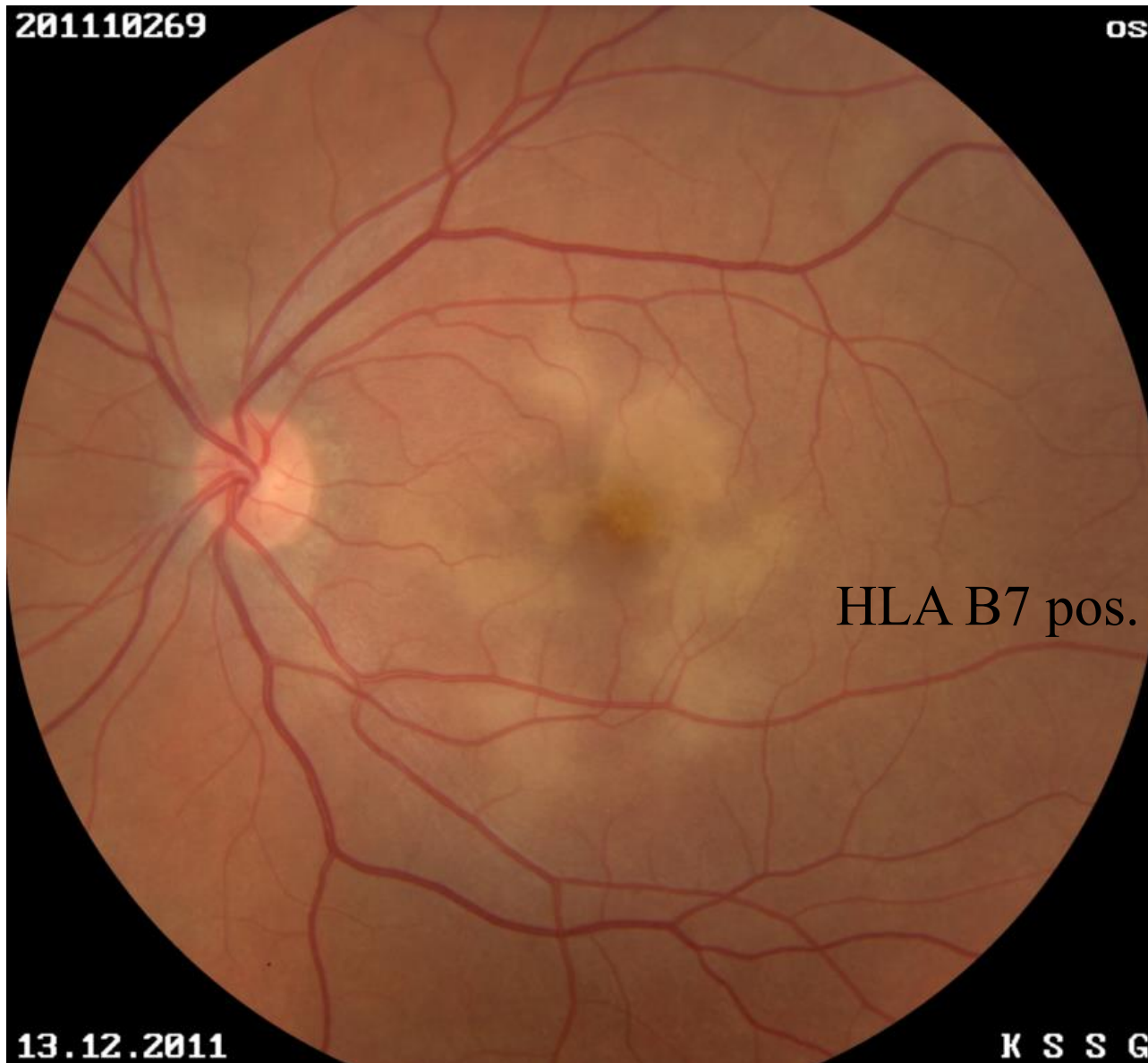


Patientin C.C. 1962
Visusverminderung seit
1 Woche
D.m. Typ II seit 2 Mten

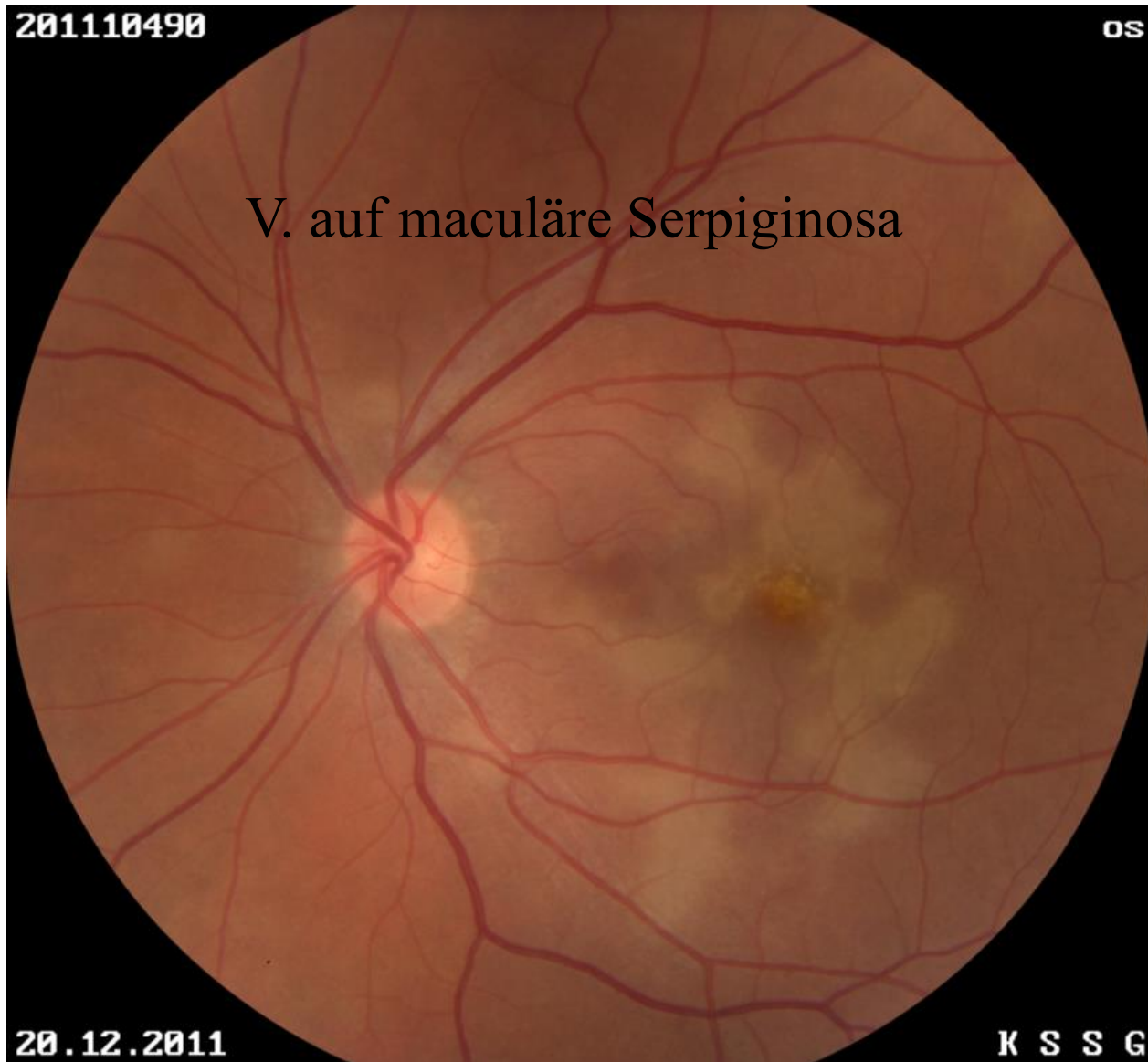




V. auf APMPPE

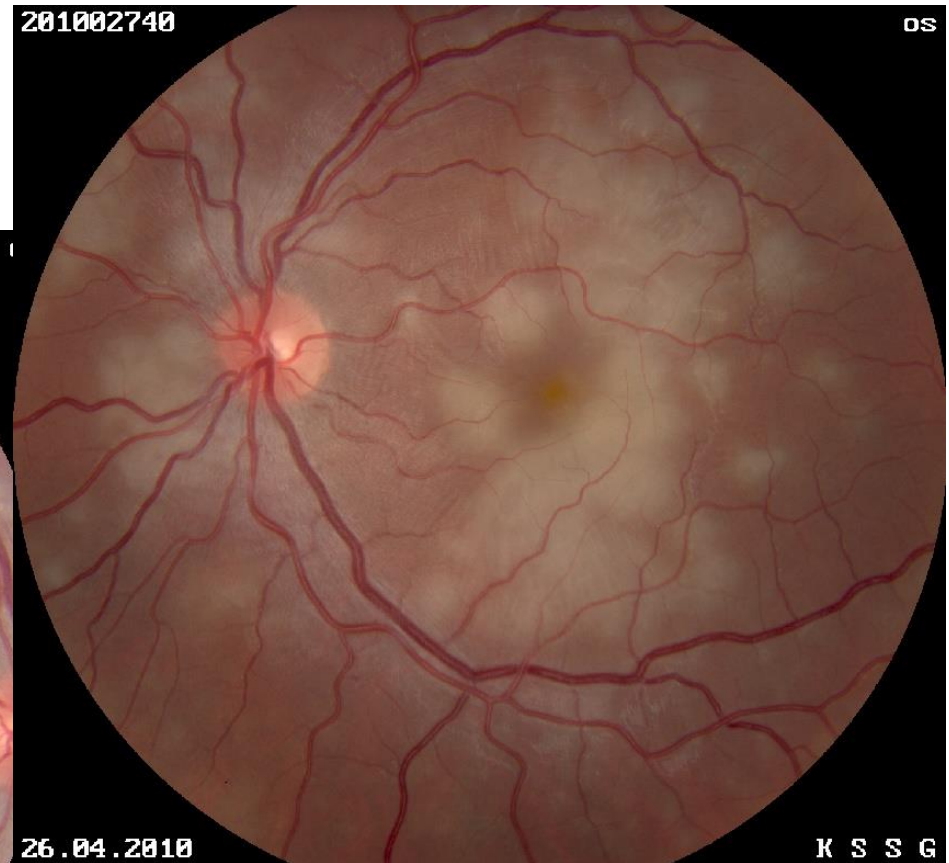
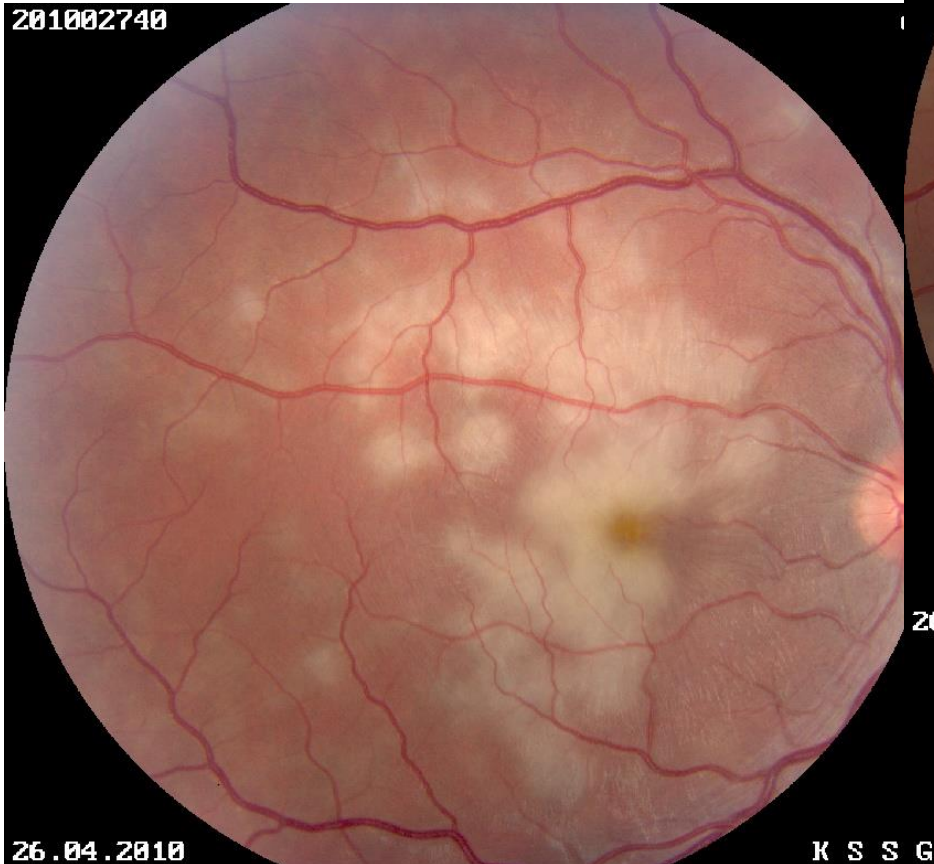




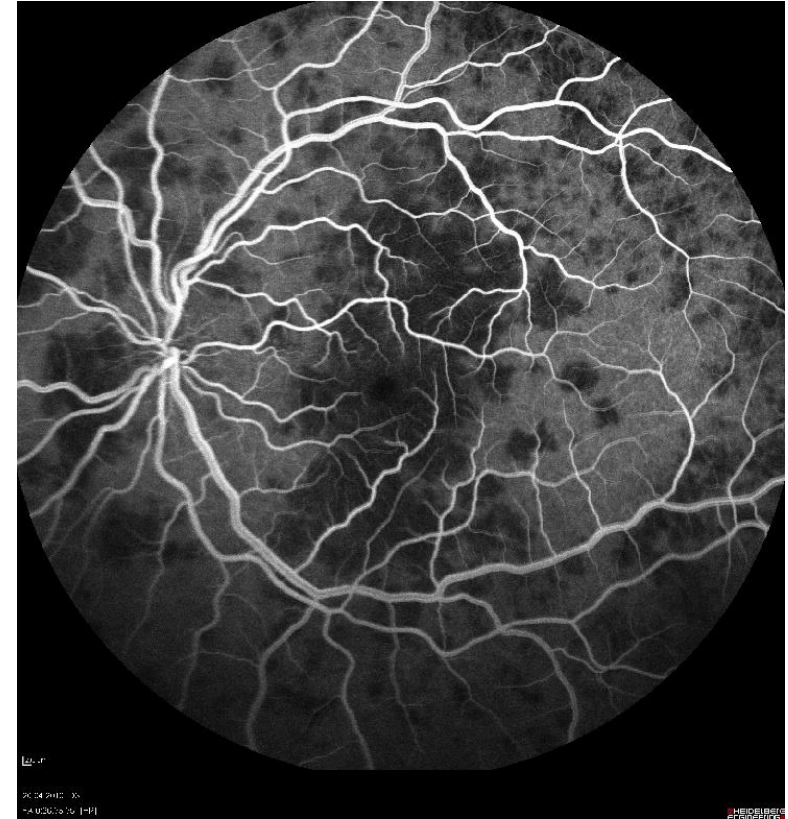
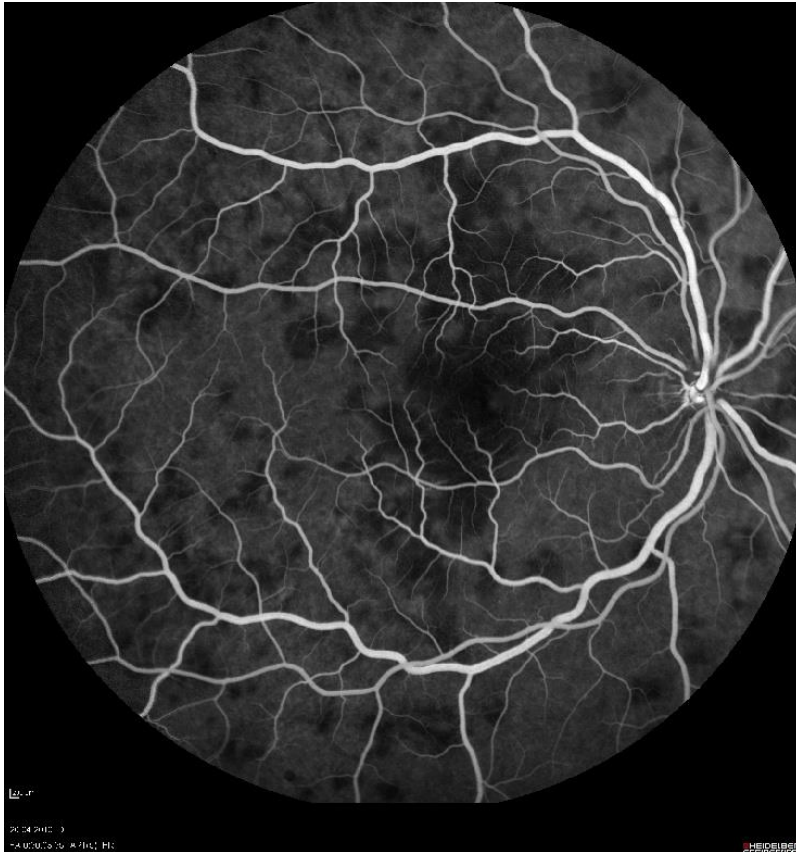




V.V. 1986, über Nacht:
Akute Visusverminderung

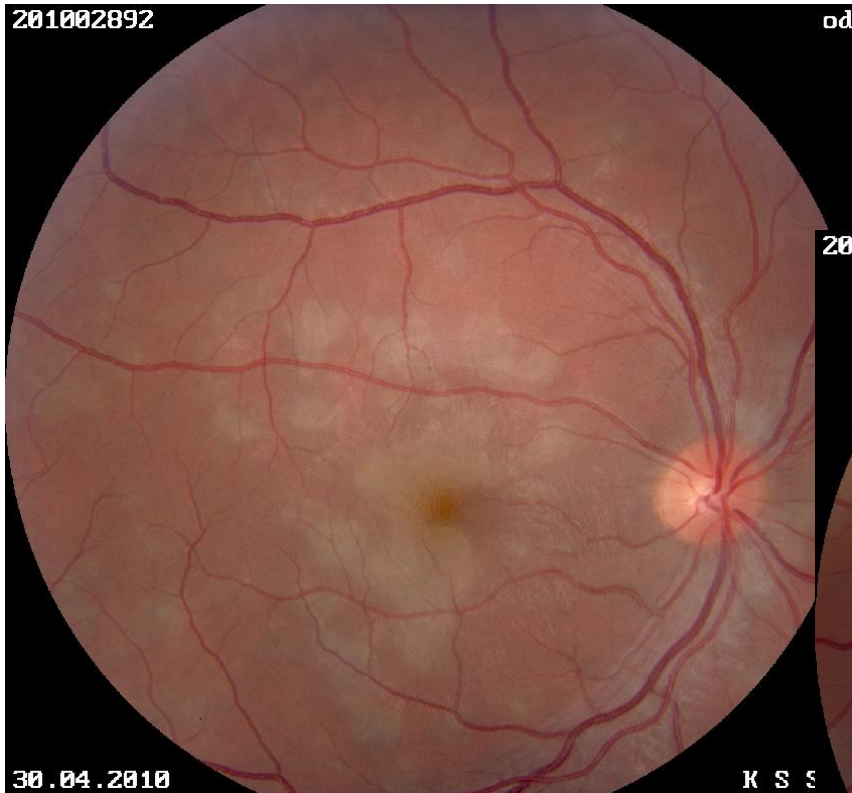


FVR: FZ 50cm
FVL: sc 0,2

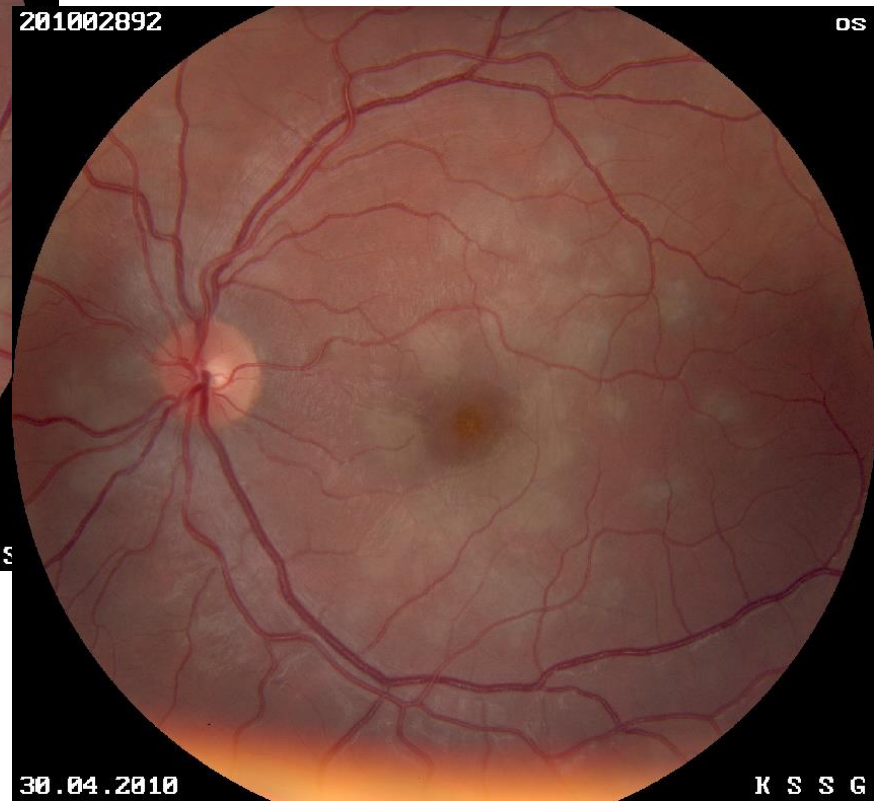


D: APMPPE



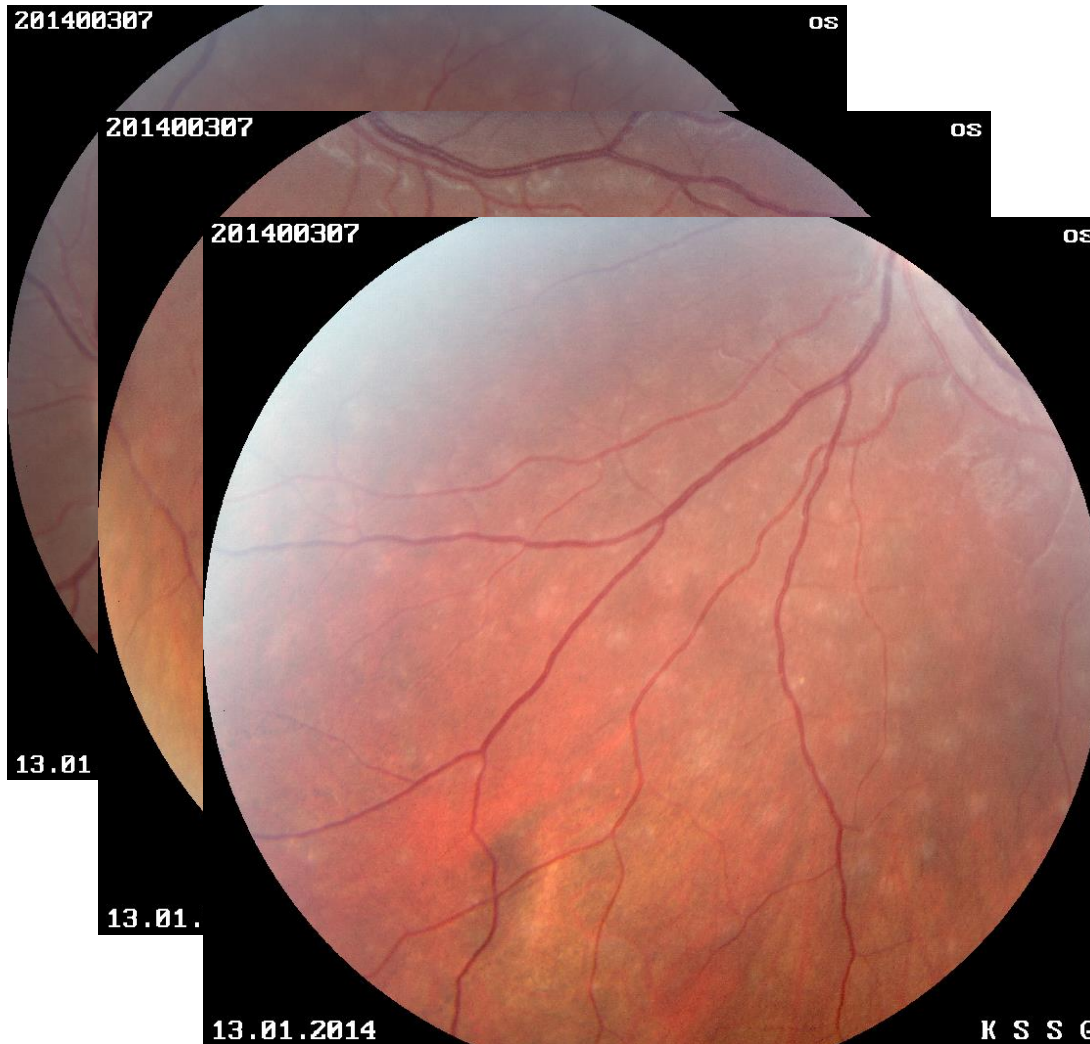


Fernvisus: 0,4



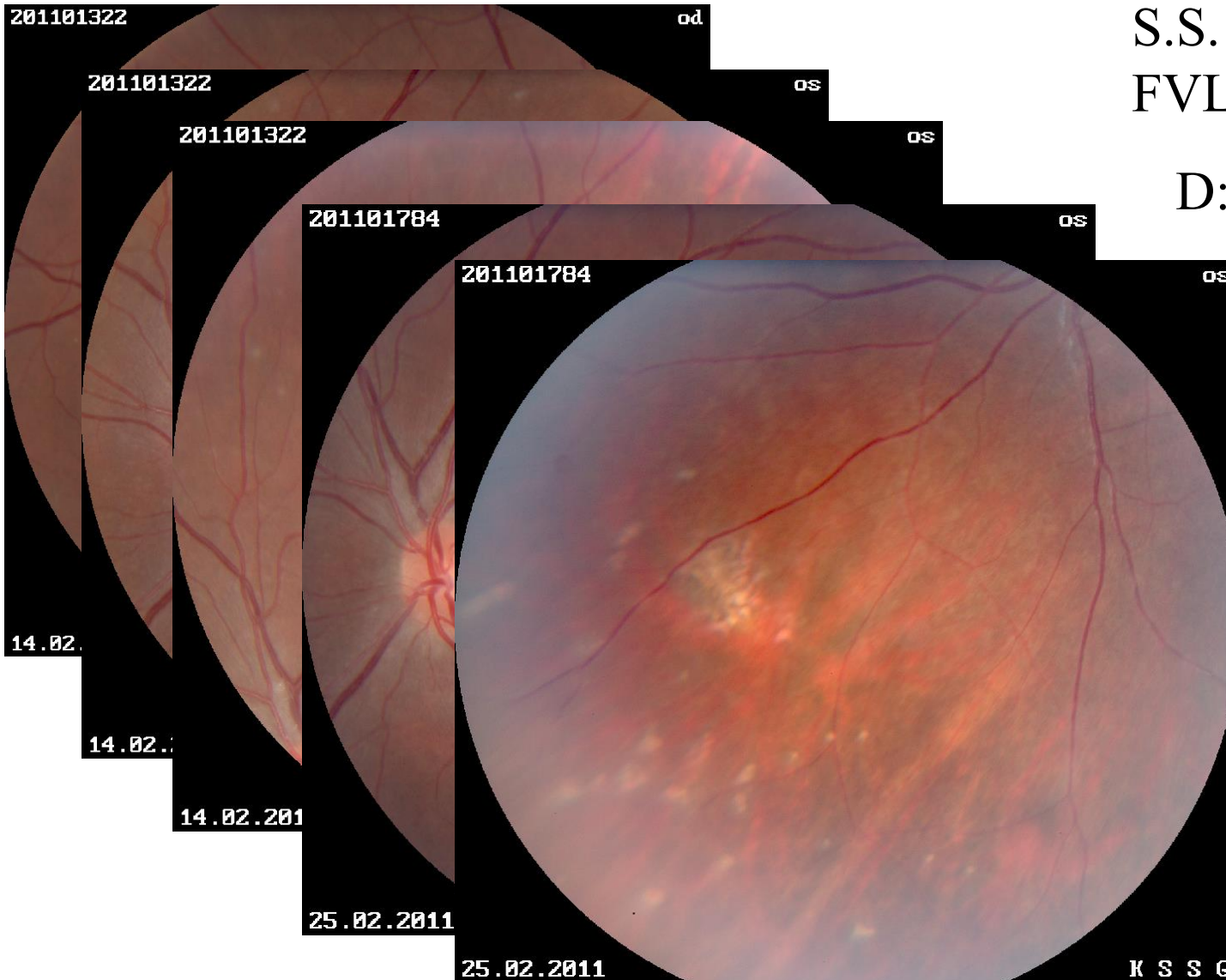
Fernvisus : 0,4

Nach Steroidtherapie



B. S. 1990
Schleier links
gesund

D: MEWDS



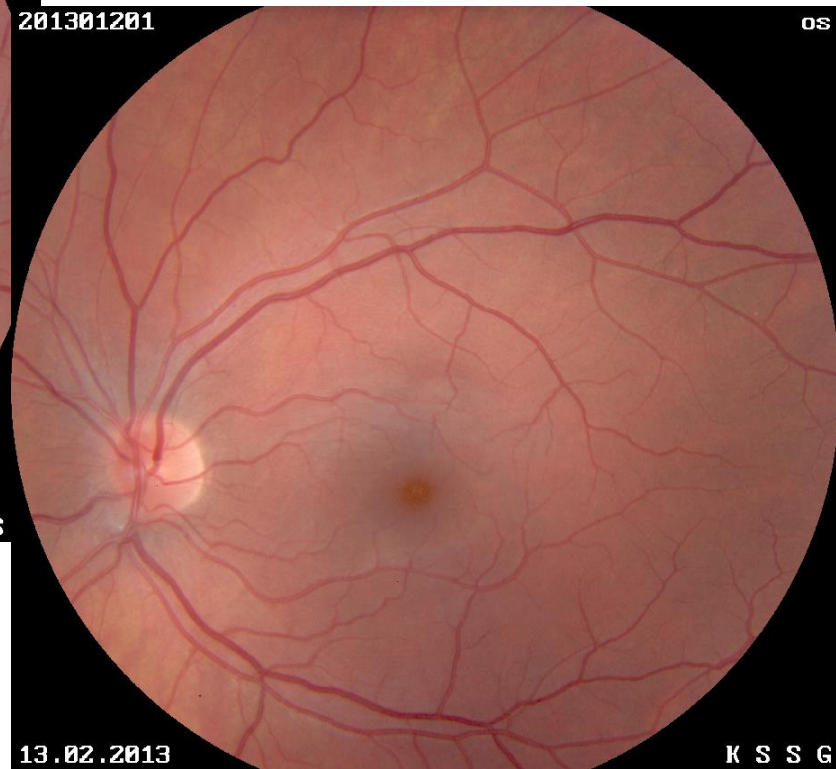
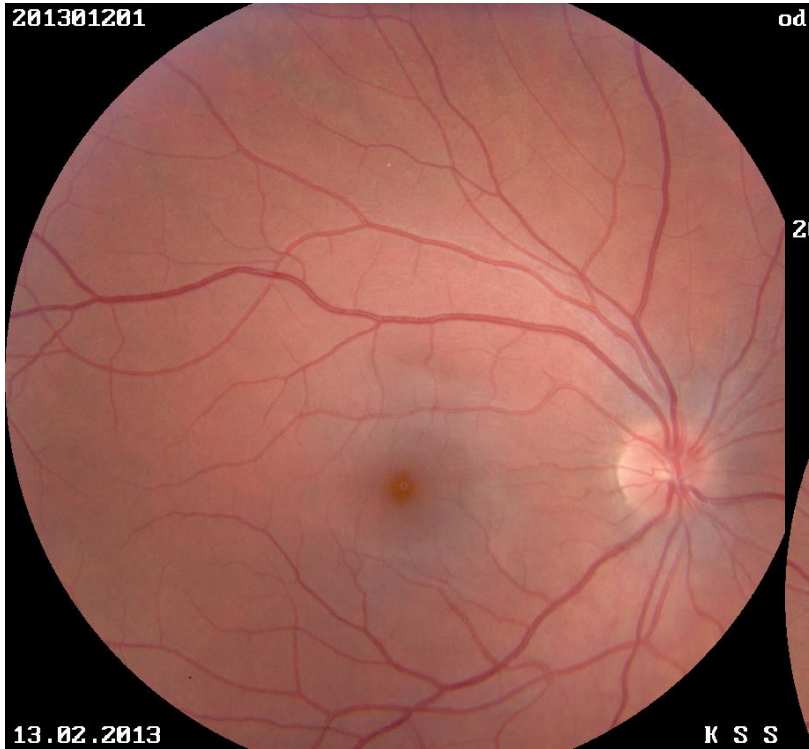
S.S. 1986

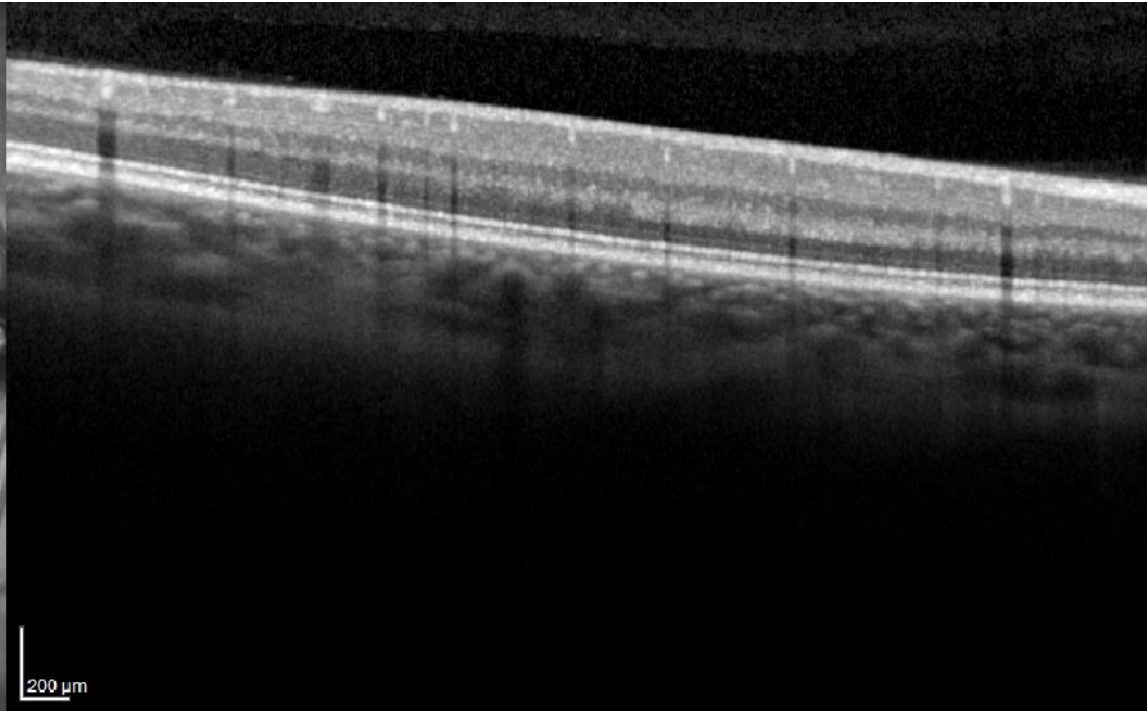
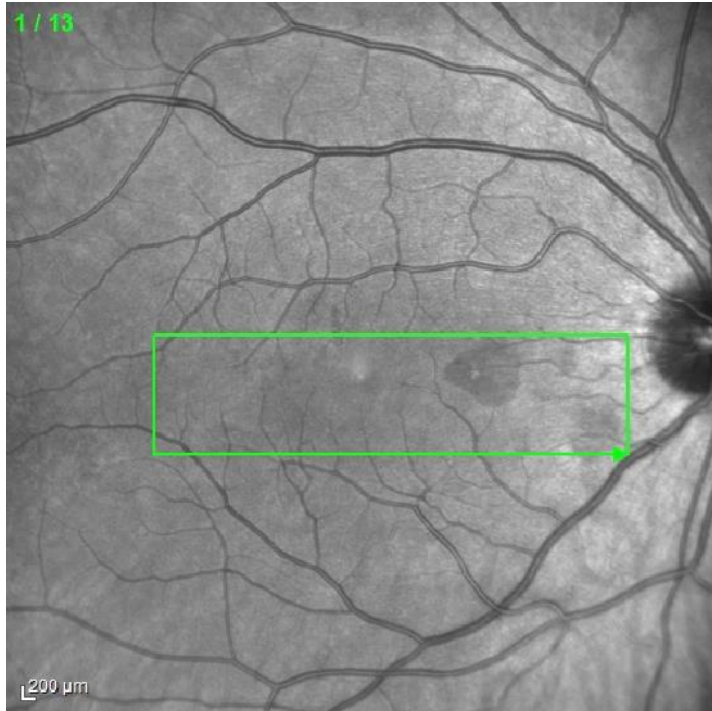
FVL: 0,5

D: MEWDS

Patientin M.L. 1985

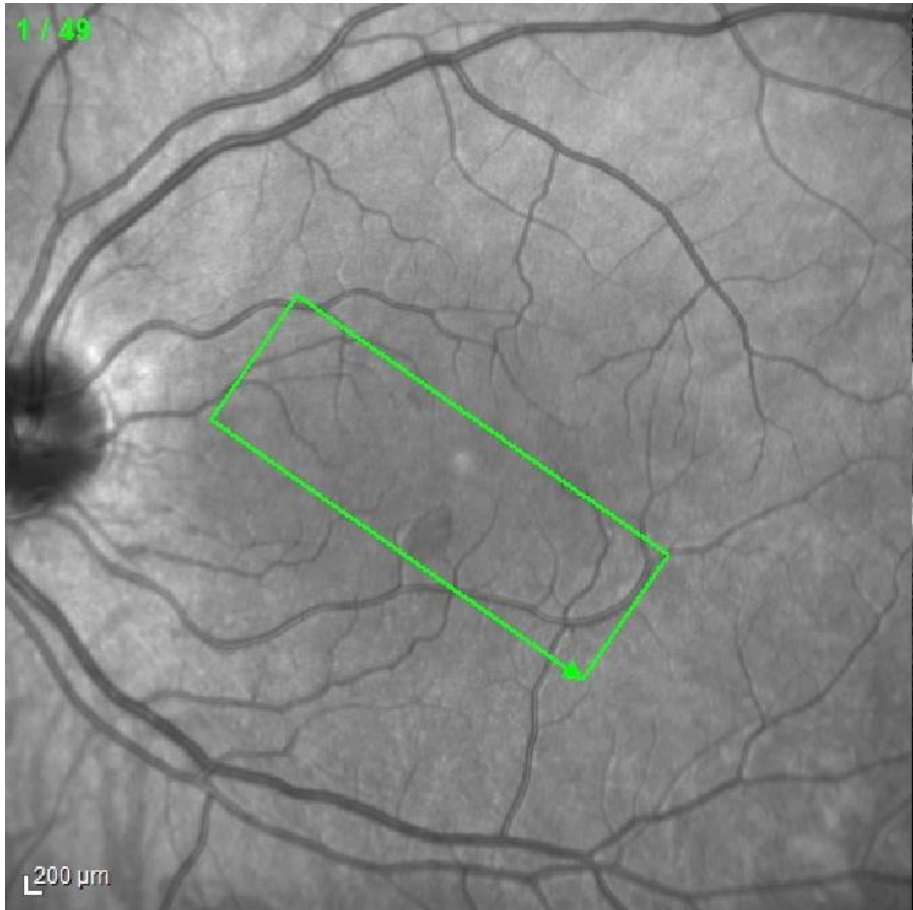
- NF-Vorstellung im KSSG im Febr. 2013
- Flimmernde Flecken parazentral bds.
- Vortag: leicht grippal
- Status:
 - Leichte Myopie
 - FV cc bds: 1,0
 - RVA
 - GK frei





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

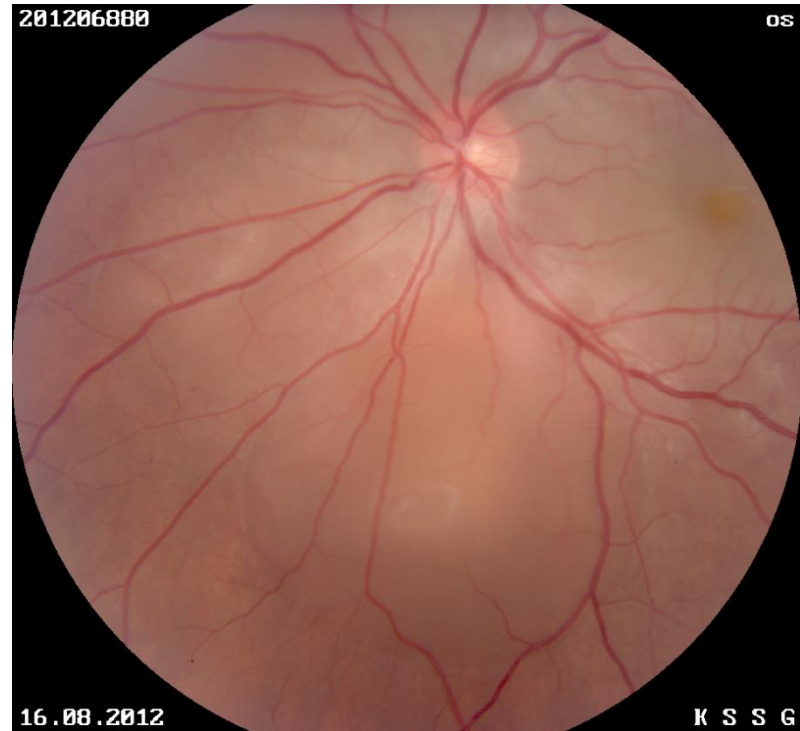
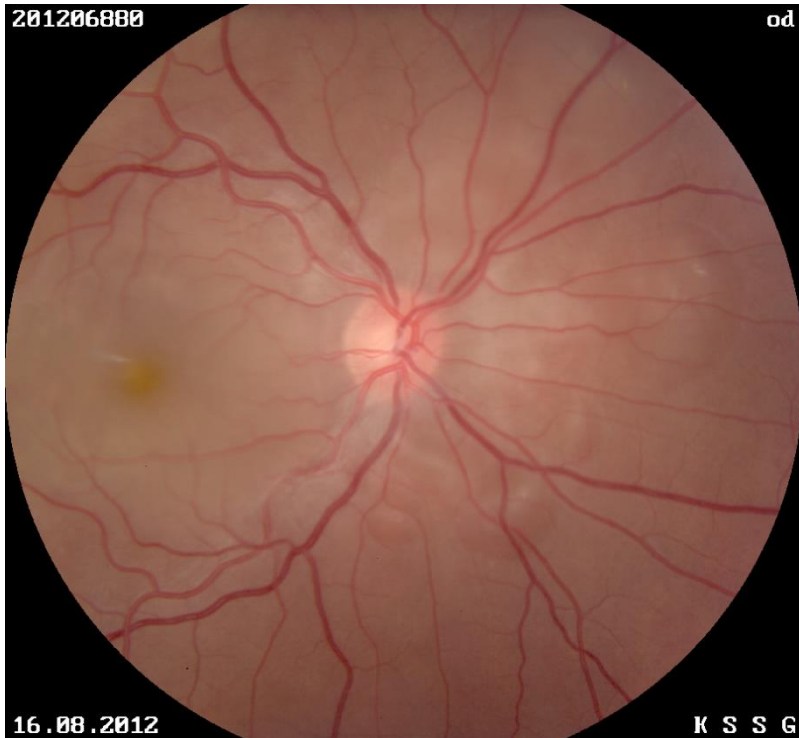
- Erstbeschreibung: 1975
- Junge, leicht myope Frauen
- Pathophysiologie nicht geklärt
- Risikofaktoren
 - Orale Kontrazeption
 - Hypotonie
 - Grippaler Infekt

Akute makuläre Neuroretinopathie

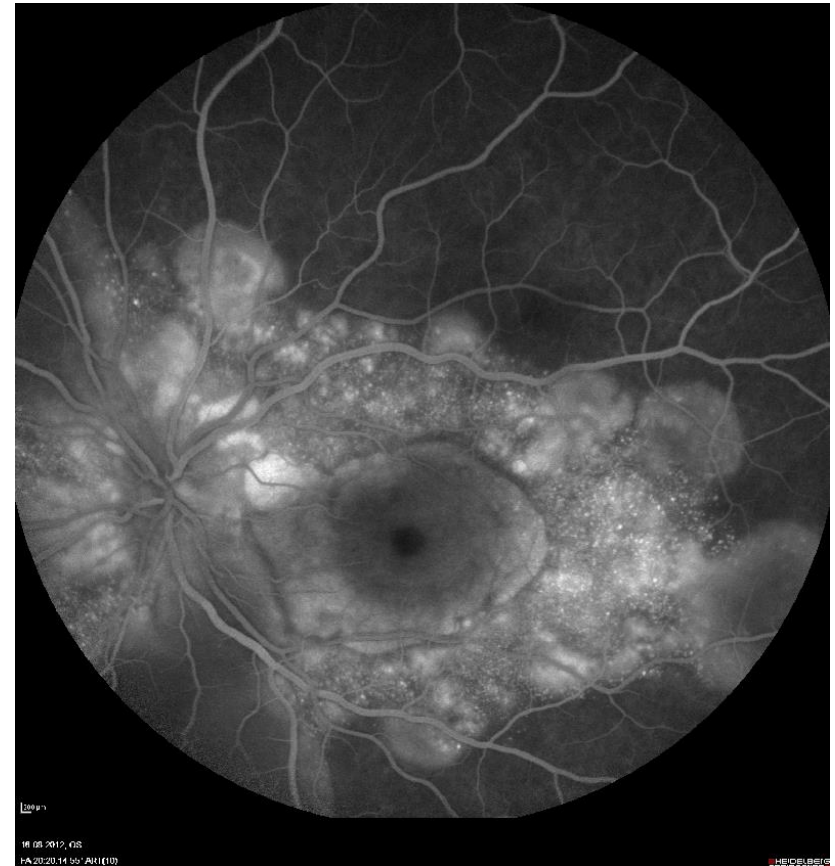
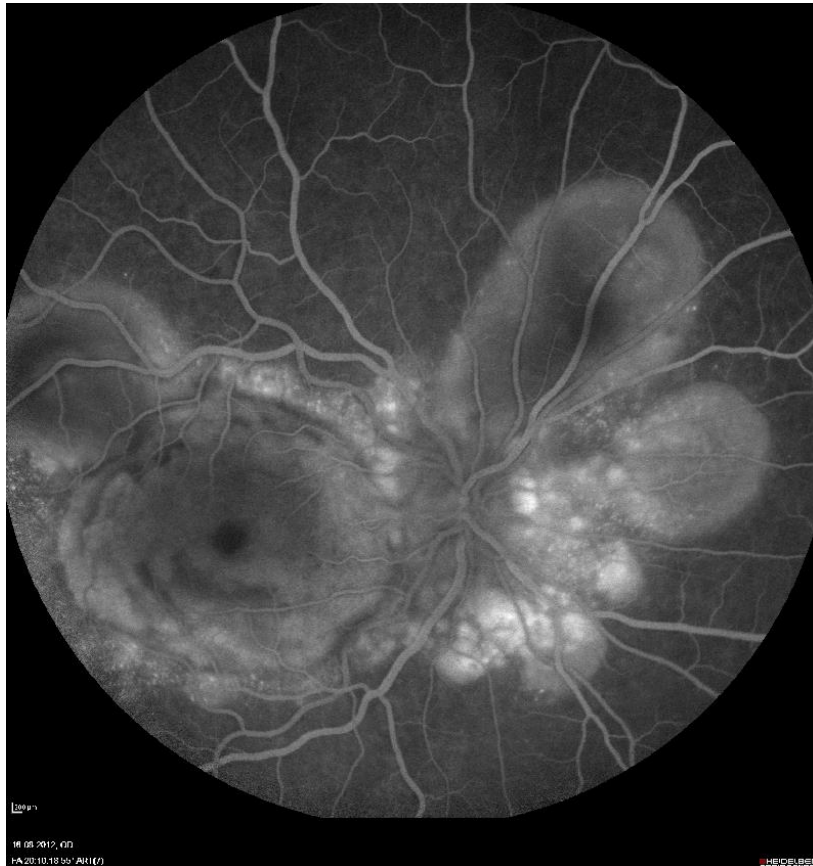
- Akuter Beginn
- Parazentrales (Flimmer-) Skotom
- Selten diskrete Visusverminderung
- Meist unilateral
- Fundus: unauffällig oder blütenblatt-förmige hellere parafoveale Läsionen
- «selbstlimitierend», langsame Rückbildung über Monate

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

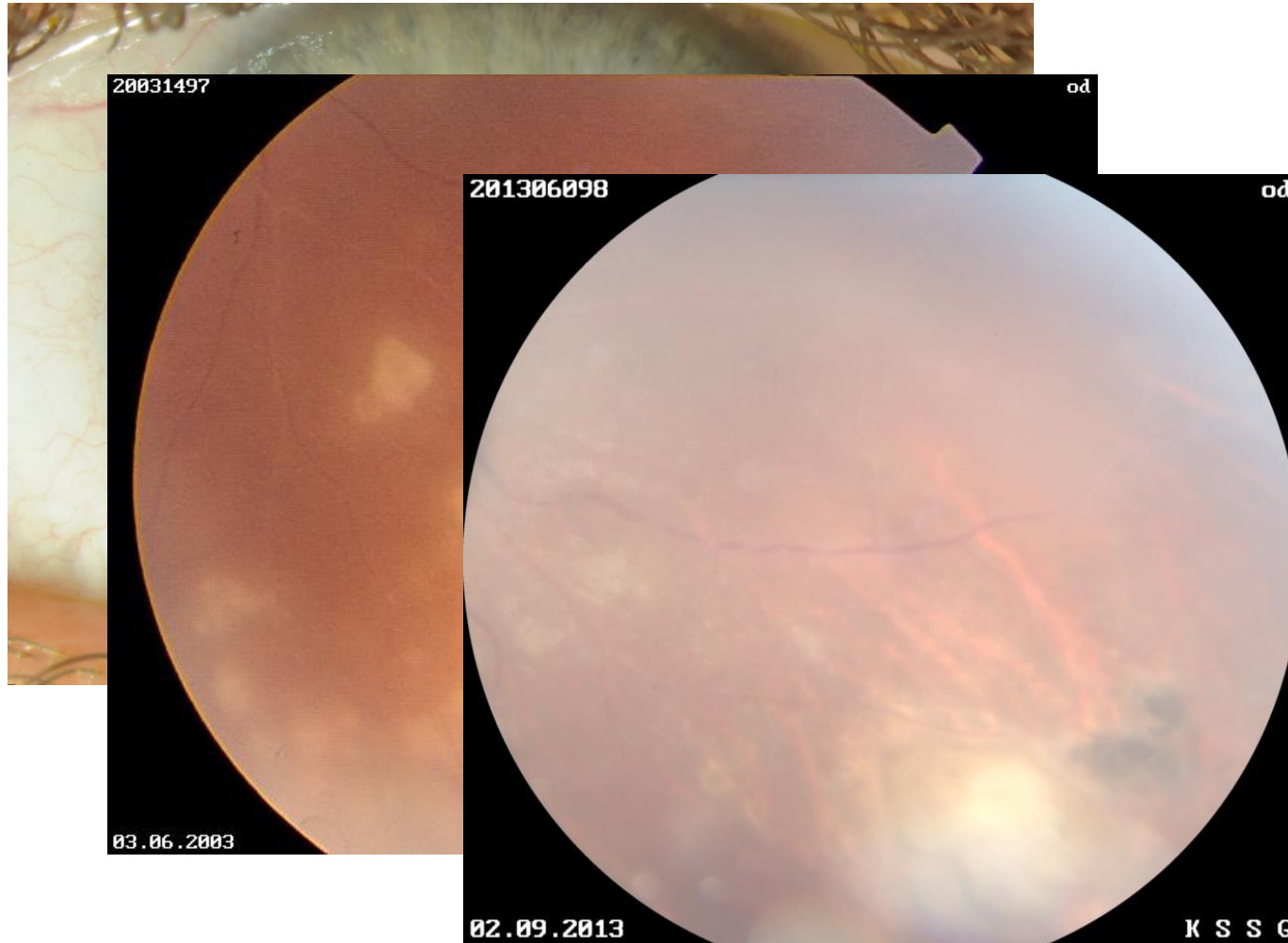
- Asiaten, Hispanics, 15.-50. Lebensjahr
- Auge: klassisch bilaterale Panuveitis
 - Vorderkammerabflachung
- ZNS-Beteiligung, Hörminderung
- Haut: Vitiligo, Alopezie
- Exsudative Ablatio, multiple feinfleckige Leckstellen im Fluo
- Gutes Ansprechen auf Steroide



21.4.17



Zusammenfassung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

