

AUGENNEWS

Newsletter der Univ.-Augenklinik Tübingen

*Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,*

Die aktuelle Ausgabe des Newsletters befasst sich diesmal mit dem Thema „Allergie und Uveitis“.

Das Team der Uveitis-Sprechstunde, Prof. Christoph Deuter, Prof. Deshka Doycheva und Prof. Manfred Zierhut bieten Ihnen einen Überblick über Neuerungen, als auch eine Bestandaufnahme des Status Quo. Zudem gibt es ein Interview mit den Profs. Doycheva und Deuter.

Des Weiteren möchten wir Sie auf einige bevorstehende Veranstaltungen aufmerksam machen.



Prof. Bartz-Schmidt für das Team der Augenklinik

06/2018
ALLERGIE & UVEITIS

Department für Augenheilkunde | Universitäts-Augenklinik Tübingen
Redaktion: Angelika Hunder, MA | Prof. Dr. K.U. Bartz-Schmidt

www.augenklinik-tuebingen.de

ALLERGIEN AM AUGE

Prof. Dr. Manfred Zierhut

Wird es Frühling freuen sich alle. Leider oft nicht die Allergiker, die eventuell schon sehr früh daran erinnert werden, dass auch in diesem Jahr die Fröhsommer-Rhinokonjunktivitis auftritt und zu massivem Jucken mit Rötung des Auges führt. Der frühzeitige Beginn (1 Monat vor dem erwarteten Polleneinbruch) der Therapie mit topischen Mastzellstabilisatoren und Antihistaminika kann hier schon sehr viele Probleme verhindern.

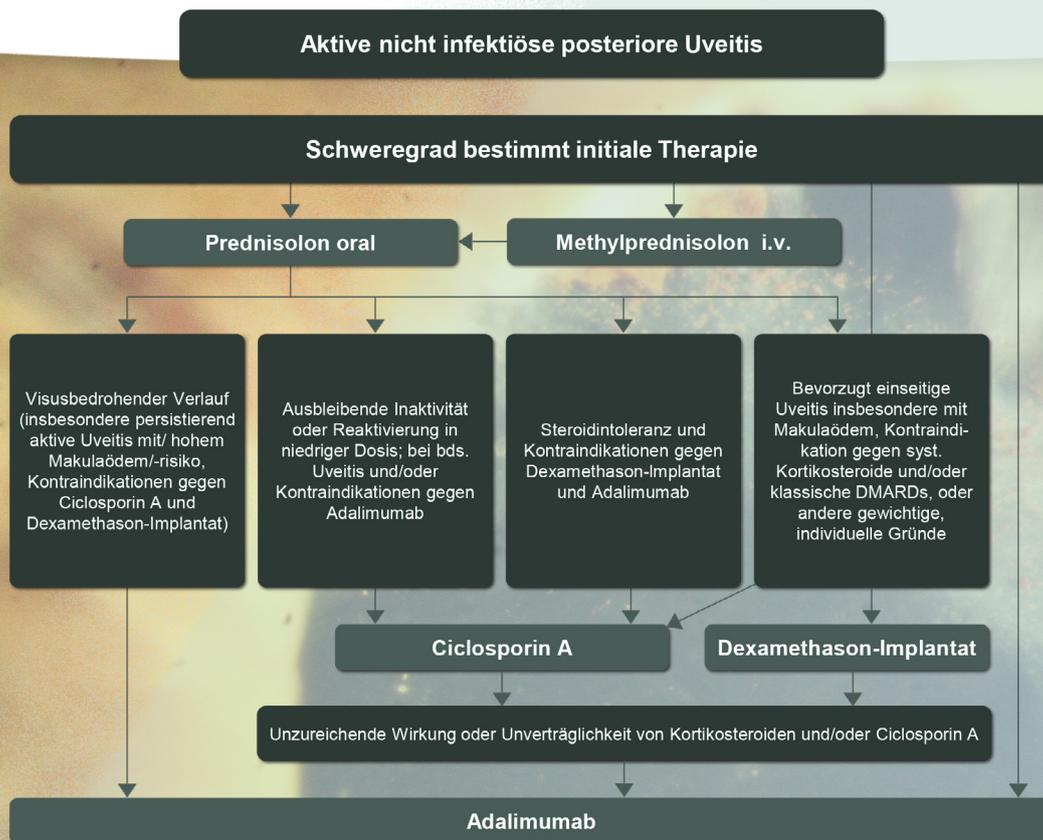
Problematischer wird es bei Kindern, die nicht selten auch zu diesem Zeitpunkt eine Keratokonjunktivitis vernalis entwickeln. Da es hierbei typischerweise über eine Limbusverdickung und Ausbildung von Trantas Dots (siehe Abbildung) zu einer Keratitis, die bis zur Ausbildung eines Schildulkus führen kann, kommen kann, muss hier schnell und entschieden therapiert werden. Wir empfehlen beim Nachweis von Trantas Dots unbedingt die Gabe von lokalen Steroiden, bei Schildulzera sogar von oralen Steroiden. Es zeigt sich dann im Laufe der Zeit eine gewisse Steroidabhängigkeit – gutes Ansprechen auf Steroide, Rezidiv bei der Reduktion. Es hat sich bei uns bewährt, diesen Kindern eine topische Cyclosporin AT Therapie zu geben, und zwar ganzjährig, auch wenn die akute Problematik dann im Laufe des Herbstes fast abrupt aufhört. Typischerweise sind die Schübe im nächsten Jahr dann (unter CsA Therapie) deutlich weniger ausgeprägt, um dann im dritten Jahr nur noch selten lokale Steroide zu erfordern. Cyclosporin A ist auch indiziert, da alle Allergiker mehr oder weniger heftige trockene Augen entwickeln.

Die dritte, von diesen beiden Erkrankungen abzugrenzende allergische Erkrankung ist die atopische Keratokonjunktivitis. Die Anamnese ist anders als bei der Vernalis, und zwar in dem Sinn, dass die Beschwerden mehr oder weniger ganzjährig bestehen. Hier kommt natürlich der Diagnostik ein hoher Stellenwert zu, da man mögliche auslösende Allergene eliminieren sollte. Wir unterteilen diese beiden klinisch recht ähnlichen Krankheitsbilder einfach danach, ob der Patient zusätzliche Allergien im Sinne einer Atopie hat („atopische Form“) oder nicht hat („vernalisis-Form“). Die Klinik ist oft noch aggressiver als bei der Vernalis, das heißt hier muss man leider öfter eine systemische Therapie einsetzen, um eine ähnlich gute Prognose wie bei der Vernalis zu erreichen.

Limbusbeteiligung (Trantas Dots) bei Keratokonjunktivitis vernalis

NEUE UVEITIS-LEITLINIEN

Prof. Dr. Deshka Doycheva



Die Leitlinien des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA) und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) sind Orientierungshilfen für Diagnostik und Therapie in der Augenheilkunde. Vor kurzem wurden zwei Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit Uveitis neu erstellt bzw. aktualisiert. In der neuen Leitlinie Nr. 24b „Nichtinfektiöse Uveitis posterior“ von BVA und DOG vom August 2017 ist der aktuelle Stand in der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit posteriorer Uveitis dargestellt. Berücksichtigt ist auch die Zulassung von Adalimumab (Humira) in der Therapie von Uveitis-Patienten. Die Behandlung der nichtinfektiösen posterioren Uveitis folgt einem Stufenschema. In der Leitlinie 24b ist ein Therapiealgorithmus ausgearbeitet, welcher die Indikationen zur Anwendung der derzeit bei Uveitis zugelassenen Medikamente – Kortikosteroide, Ciclosporin A, Adalimumab und Dexamethason Implantat (Ozurdex) zusammenfasst (Tab. 1).

Der Therapiealgorithmus soll den Ophthalmologen bei der Medikamentenauswahl unterstützen. Aufgrund ihrer starken und effektiven entzündungshemmenden Wirkung werden als erstes Mittel der Wahl Kortikosteroide verwendet. Bei einseitiger Uveitis oder Kontraindikationen gegen eine systemische Kortikosteroidtherapie kann Ozurdex intravitreal injiziert werden. Ciclosporin A ist aufgrund seiner Zulassung das bevorzugte Immunsuppressivum bei beidseitiger Uveitis posterior mit unzureichendem Ansprechen auf eine systemische Steroidtherapie. Bei Ineffektivität oder bei Kontraindikationen gegen Ciclosporin A oder bei Uveitis mit hoher entzündlicher Aktivität oder einem Makulaödem wird eine Behandlung mit Adalimumab bevorzugt.



Auch die „Interdisziplinäre Leitlinie zur Diagnostik und antientzündlichen Therapie der Uveitis bei juveniler idiopathischer Arthritis“ (LL 14) wurde überarbeitet. Der Algorithmus zur Behandlung von Kindern mit JIA-assoziiert anteriorer Uveitis ist in Tabelle 2 dargestellt. Als initiale Therapie werden topische Kortikosteroide eingesetzt. Wegen starker unerwünschter Wirkungen soll eine langfristige systemische Steroidtherapie bei Kindern möglichst vermieden werden. Eine persistierende Uveitisaktivität mit drohender Visusminderung ist eine Indikation zu einer immunsuppressiven Therapie mit Methotrexat als bevorzugtem Medikament. Bei Entzündungsaktivität oder Neuauftreten von Komplikationen unter Methotrexat soll dann eine Therapieintensivierung mit einem TNF alpha-Inhibitor erfolgen. Adalimumab (Humira), welches seit vergangenem Jahr für die Behandlung der chronischen nicht-infektiösen Uveitis anterior bei Kindern ab dem Alter von 2 Jahren zugelassen ist, stellt hierbei den bevorzugten TNFalpha-Inhibitor dar. Neu in der aktualisierten Leitlinie ist der Therapieschritt IV, welcher bei fehlendem Wirkungseintritt und Therapieversagen von TNF alpha-Inhibitoren weitere Therapieoptionen (z.B. IL-6 Blockade mit Tocilizumab) vorsieht.

Sofern Systemerkrankungen mit einer Augenbeteiligung einhergehen, wird auch hier bei der Erstellung von Therapieempfehlungen zumeist eine ophthalmologische Expertise eingeholt. So wurden kürzlich die aktualisierten Empfehlungen der European League Against Rheumatism (EULAR) zur Behandlung von Patienten mit Morbus Behçet publiziert, welche sich auch auf die okuläre Beteiligung dieser systemischen Vaskulitis beziehen (Hatemi G, et al. Ann Rheum Dis 2018). Entsprechend sollen Behçet-Patienten mit Uveitis, welche den hinteren Augenabschnitt betrifft, eine Therapie mit Azathioprin, Ciclosporin A, Interferon alpha oder TNF-Inhibitoren erhalten. Systemische Kortikosteroide sollen nicht als Monotherapie, sondern nur in Kombination mit Immunsuppressiva eingesetzt werden. Patienten mit Rezidiv einer akuten sehbedrohlichen Uveitis sollen eine Therapie mit hoch-dosierten Kortikosteroiden, dem TNF-Inhibitor Infliximab oder Interferon alpha erhalten. Bei Patienten mit einseitiger Uveitis-Exazerbation stellen intravitreale Kortikosteroide eine Option dar, allerdings nur als adjuvante Behandlung zusätzlich zur systemischen Therapie. Auch Behçet-Patienten mit lediglich anteriorer Uveitis, aber mit schlechten prognostischen Faktoren (junges Alter, männliches Geschlecht, früher Erkrankungsbeginn), sollen mit systemischen Immunsuppressiva behandelt werden.

DOYCHEVA & DEUTER

INTERVIEW

Die Uveitis-Sprechstunde der Augenklinik ist nicht nur in der Augenklinik, sondern auch interdisziplinär im Universitätsklinikum Tübingen zentral verbunden. Die Erfahrungswerte intraokularer Entzündungen, als auch entzündlicher Erkrankungen des äußeren Auges kommen in unterschiedlichen Fachzentren zum Tragen, so im Interdisziplinärem Zentrum für Klinische Immunologie, Rheumatologie und Autoimmunerkrankungen [INDIRA], dem Autoinflammation Reference Center Tübingen [arcT] und im Vaskulitiszentrum Süd [Interessensverband für seltene, gefäßentzündliche Erkrankungen]. Das Interview mit Prof. Dr. Deshka Doycheva und Prof. Dr. med. Christoph Deuter fokussiert Veränderungen in der Behandlung der Uveitis, als auch die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit.



1. Welche Faszination geht für Sie persönlich von entzündlichen Augenerkrankungen aus?

Prof. Doycheva:

Faszinierend finde ich unter anderem die Vielseitigkeit der Krankheitsbilder. Mich interessieren zudem die immunologischen Mechanismen, welche den entzündlichen Augenerkrankungen zugrunde liegen und über die man zunehmend mehr weiß. Mir gefällt darüber hinaus, dass bei Patienten mit Uveitis konservative und operative Behandlungsmöglichkeiten Anwendung finden.

Prof. Deuter:

Ich finde es spannend, dass man auf dem Gebiet der entzündlichen Augenerkrankungen interdisziplinär arbeiten kann bzw. muss und man somit auch Einblick in andere Fachgebiete bekommt. Es ist auch interessant, die Entwicklung neuer Medikamente verfolgen zu können. Immer wieder lässt sich das sogar mit meinem Interesse an klinischen Studien kombinieren.

2. Was hat sich in den letzten 10 Jahren in der Diagnostik und Therapie von Patienten mit Uveitis geändert?

Prof. Doycheva:

Wir gehen heute in der Diagnostik gezielter vor als noch vor einigen Jahren. Insbesondere die sogenannte Fokussuche besitzt heutzutage keinerlei Bedeutung mehr. Vor allem haben wir heute spezifischere Methoden zur Diagnostik infektiöser Erkrankungen, wie z.B. den Quantiferon-Test bei Tuberkulose. Gleichzeitig haben wir sensitivere molekularbiologische Methoden wie z.B. PCR oder Immunhistologie zur Verfügung, um mit geringeren Probenmengen bestimmte Krankheitserreger nachzuweisen. Davon profitiert natürlich die intraokulare Materialgewinnung, d.h. wir führen heute mehr Vorderkammerpunktionen und diagnostische Vitrektomien durch als früher.

Prof. Deuter:

Zunächst einmal: was hat sich nicht geändert: Kortikosteroide sind noch immer First-Line-Therapie bei akuter Uveitis. Allerdings haben wir mit der intravitrealen Anwendung neue Applikationsformen bekommen.

Revolutioniert worden ist die Therapie der Uveitis durch den zunehmenden Einsatz von Biologika. Ich kann mich noch an meine Anfangszeit in der Augenheilkunde erinnern, als man noch Kinder mit Rheuma und Uveitis sah, die Cyclophosphamid erhielten oder aufgrund einer längeren Kortisoneinnahme ein schweres Cushing-Syndrom aufwiesen. Das gibt es inzwischen praktisch nicht mehr. Allerdings hat es recht lange gedauert, bis mit Adalimumab das erste Biologikum für Uveitis zugelassen wurde. Ansonsten sind wir gezwungen, die Biologika im Off-label-Use einzusetzen. Aber nicht alle Biologika, die bei Rheuma wirken, funktionieren auch bei Uveitis. Nicht alle klinischen Studien waren hier erfolgreich.



3. Die Auswahl Immunmodulierender Medikamente und Applikationsformen ist mittlerweile weit gestreckt. Welche Kriterien sind bei Ihren Entscheidungen richtungsweisend?

Prof. Doycheva:

Natürlich spielt die Entität der Uveitis eine Rolle; nicht jedes Medikament ist für jede Uveitis-Form geeignet. Berücksichtigt werden muss auch, ob die Uveitis idiopathisch ist oder ob eine Systemerkrankung zugrundeliegt, welche womöglich ebenfalls behandelt werden muss. Handelt es sich um eine ein- oder beidseitige Entzündung? Darüber hinaus müssen wir uns natürlich an der Zulassungssituation der verschiedenen Medikamente orientieren. Leitlinien und Literaturdaten können darüber hinaus eine Hilfestellung bei der Wahl der Therapie geben. Letztendlich fließen auch immer eigene Erfahrungen in die Therapieentscheidung ein.

4. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird in der Uveitis-Sprechstunde aktiv gelebt, so auch mit Kollegen der Rheumatologie. In welchen Fällen ist eine solche Kooperation besonders wertvoll?

Prof. Deuter:

Die Kooperation mit den rheumatologischen Kollegen hier am UKT ist z.B. immer dann besonders wertvoll, wenn eine Uveitis im Rahmen einer Systemerkrankung (Beispiel Morbus Behçet) besteht und eine interdisziplinäre Betreuung wichtig ist. Die Rheumatologie übernimmt dann auch die Koordination zwischen den beteiligten Fachdisziplinen. Gelegentlich ist auch die entzündliche Augenerkrankung Erstmanifestation einer systemischen Erkrankung. In solchen Fällen können wir die Patienten sehr rasch einer adäquaten internistischen Diagnostik und Therapieeinleitung zuführen. Ein immenser Vorteil ist, dass wir uns alle schon lange persönlich kennen. Da bedarf es keiner großen Erklärungen oder Rechtfertigungen, wenn man von der jeweils anderen Fachdisziplin Unterstützung benötigt. Es muss jedoch betont werden, dass wir auch mit vielen niedergelassenen Rheumatologen in unserem Einzugsgebiet sehr gut zusammenarbeiten.

Prof. Doycheva:

Der Einsatz immunmodulierender Medikamente, sowohl konventioneller Immunsuppressiva als auch jetzt zunehmend von Biologika, spielt eine bedeutende Rolle in der Entzündungssprechstunde. Es ist wichtig, dass vor Therapiebeginn Kontraindikationen durch einen Rheumatologen ausgeschlossen werden. Auch hier profitieren wir natürlich sehr stark von den engen Kontakten und kurzen Wegen am UKT. Im optimalen Fall läuft es so, dass wir in der Uveitis-Sprechstunde die Indikation zur immunmodulierenden Therapie stellen, der Patient noch am selben Tag, sofern es sich um die interdisziplinäre Sprechstunde am Donnerstag handelt, vom Rheumatologen gesehen wird und mit dem fertigen Rezept nach Hause geht.

5. Welche Unterschiede erleben Sie in der Betreuung von Patienten im Kindes- und Erwachsenenalter?

Prof. Deuter:

Die juvenile idiopathische Arthritis ist die häufigste Ursache der anterioren Uveitis im Kindesalter, sodass diese Kinder grundsätzlich einem pädiatrischen Rheumatologen vorgestellt werden. Unterschiede bestehen auch in der therapeutischen Vorgehensweise. Im Gegensatz zu Erwachsenen sollten Kinder aufgrund der zum Teil gravierenden Nebenwirkungen, insbesondere der Wachstumsverlangsamung, nicht über längere Zeit mit systemischen Kortikosteroiden behandelt werden. Bei Kindern mit Uveitis wird daher die Indikation zur immunmodulierenden Therapie früher gestellt als bei Erwachsenen. Neben den erschwerten Untersuchungsbedingungen bei Kindern besteht ein weiterer wesentlicher Unterschied darin, dass bei Kindern mit Uveitis auch immer die Eltern mitbetreut werden müssen. Verständlicherweise sind sie wegen der Erkrankung ihres Kindes, aber auch wegen der möglichen Nebenwirkungen der Medikamente, welche wir einsetzen, besorgt.

6. Patienten mit uveitischen oder allergischen Erkrankungen hoffen auf zeitnahe medizinische Innovationen. Welche Entwicklungen erwarten Sie in der Diagnostik, als auch in der Medikation? Gibt es Tübinger Projekte?

Prof. Doycheva:

Erwarten können wir sicherlich Fortschritte in Hinblick auf die sogenannte personalisierte Medizin. Durch eine pharmakogenetische Blutuntersuchung könnte es dann z.B. möglich sein, schon vor Therapiebeginn zu erkennen, ob ein Medikament bei dem betreffenden Patienten wirken wird oder nicht. Wie lange es jedoch noch dauern wird, bis dies tägliche Routine wird, ist schwer zu sagen. Auf jeden Fall kann man annehmen, dass der Stellenwert der Biologika weiter zunehmen wird; vielleicht verwenden wir eines Tages nur noch Biologika und gar keine konventionellen Immunsuppressiva wie Ciclosporin oder MTX mehr. Zeitnahe Innovationen werden vermutlich eher die Applikationsformen betreffen. Auch bei den Uveitiden ist mit weiteren Medikamenten zu rechnen, welche intravitreal verabreicht werden können. Nicht zuletzt könnten auch Augentropfen auf Basis der Nanotechnologie irgendwann den Stellenwert der lokalen Therapie stärken. Daran wird ja auch hier in der Augenklinik intensiv geforscht (Arbeitsgruppe Dr. Schnichels).

KLINISCHE STUDIEN

PANOPTES Uveitis-Studie

In der PANOPTES Uveitis-Studie (Phase 1, Sponsor: Panoptes Pharma, Wien) wird die Sicherheit und Verträglichkeit einer einmaligen intravitrealen Injektion der Prüfsubstanz PP-001 untersucht. Dadurch wird die de novo Pyrimidinsynthese inhibiert, was zu einer verminderten Proliferation von T-Zellen führt. Darüber hinaus wird die Expression der proinflammatorischen Zytokine Interleukin-17 und Interferon gamma vermindert. Inhibitoren der DHODH werden als systemische Therapie bereits bei Rheumatoider Arthritis (Leflunomid) sowie bei Multipler Sklerose (Teroflunomid) routinemäßig eingesetzt.

In die Studie, an der 7 Zentren in Deutschland, Österreich, Belgien und den Niederlanden teilnehmen, sollen bis zu 16 Patienten mit nicht-infektiöser Uveitis des hinteren Augensegments eingeschlossen werden. Alle Patienten erhalten das Prüfpräparat, nach jeweils 4 Patienten wird die Dosierung gesteigert. Da das Prüfmedikament in dieser Studie erstmals am Menschen angewendet wird, sind die Einschlusskriterien entsprechend restriktiv. Obwohl sich die Rekrutierung dadurch sehr schwierig gestaltet, konnten wir dennoch schon Patienten in die Studie einschließen.

GILEAD Uveitis-Studie

In der GILEAD Uveitis-Studie (Phase 2, Sponsor: Gilead Sciences, Inc., USA) wird die Wirksamkeit des selektiven Janus-Kinase 1 (JAK 1)-Inhibitors Filgotinib im Vergleich zu Plazebo bei Patienten mit aktiver Uveitis des hinteren Augensegments untersucht. Durch Hemmung von Janus-Kinasen wird die intrazelluläre Signalübertragung verschiedener entzündungsfördernder Zytokine unterbunden. Wie viele andere Basistherapeutika, stammen JAK-Inhibitoren aus der Rheumatologie. Im Gegensatz zu anderen Biologika haben sie jedoch den Vorteil, dass sie in Tablettenform eingenommen werden können. An der Studie nehmen weltweit 50 Zentren teil. Gesucht werden Patienten, bei denen die nicht-infektiöse Uveitis intermedia, posterior oder Panuveitis trotz Prednisolon ≥ 10 mg/d Aktivität zeigt. Darüber hinaus ist die Einnahme bestimmter konventioneller Immunsuppressiva (MTX, Azathioprin) erlaubt, aber keine Voraussetzung für die Studienteilnahme. Die Patienten erhalten in der Studie Filgotinib 200 mg einmal täglich per os oder Plazebo über einen Zeitraum von 52 Wochen. Für diese Studie sind wir auf der Suche nach geeigneten Patienten.

TROCKENES AUGE Studie

Darüber hinaus nimmt unsere Klinik an einer Anwendungsbeobachtung von Ikervis® Augentropfen (Ciclosporin 0,1%; Sponsor: Santen, Genf) teil. In diese nicht-interventionelle Studie („nicht-interventionell“ bedeutet, dass die Patienten auch ohne Studien-Teilnahme mit dem für die Indikation zugelassenen Präparat Ikervis behandelt würden) werden erwachsene Patienten mit schwerer Keratitis im Rahmen eines Trockenen Auges ohne Besserung auf Tränenersatzmittel eingeschlossen. Die Studiendauer beträgt 12 Monate.

Prof. Dr. Christoph Deuter

Die Situation hat sich in den letzten Jahren zwar verbessert, dennoch gibt es nach wie vor nur wenige für Uveitis zugelassene immunmodulierende Medikamente. Es ist daher dringend notwendig, dass entweder neu entwickelte oder bereits verfügbare Substanzen bezüglich ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit bei intraokularer Entzündung untersucht werden.

Aktuell laufen an der Universitäts-Augenklinik Tübingen zwei klinische Studien bei Uveitis sowie eine Anwendungsbeobachtung bei Trockenem Auge.

Sollten Sie Fragen zu den genannten Studien haben oder uns potentiell geeignete Patienten zuweisen wollen, wenden Sie sich bitte an das STZ eyetrial, die Studienzentrale am Department für Augenheilkunde, Telefon: 07071-29 84898.

FALL DES MONATS

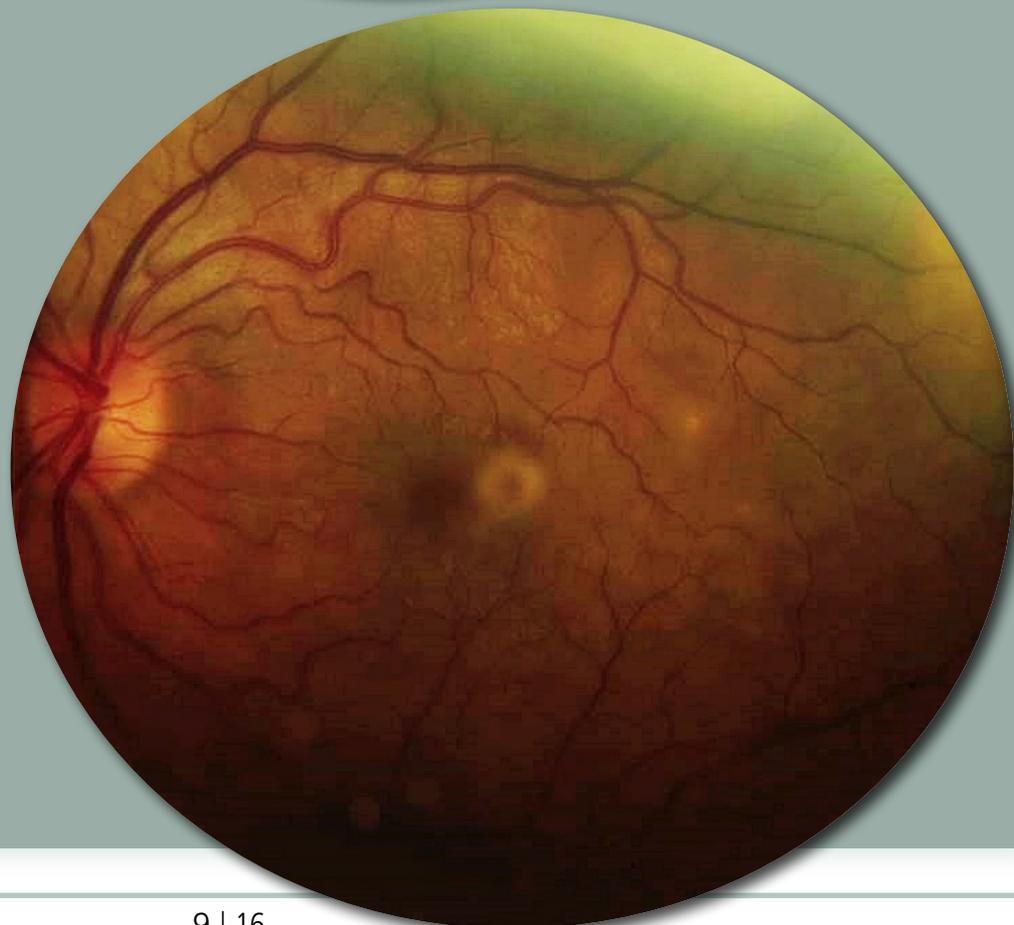
Dr. Bianca Sobolewska

Fallbericht

Ein 32-jähriger Mann stellte sich notfallmäßig wegen einer seit einer Woche zunehmenden beidseitigen Sehinderung, begleitet von Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit, jedoch ohne Fieber, vor. Die Augenanamnese war leer, er trug keine Brille. Allgemein bestand eine unklare Erhöhung der Leberwerte seit circa einem Jahr. Er besaß keine Haustiere. Die Reiseanamnese war leer, mit Ausnahme eines Urlaubs in Kroatien vor 12 Monaten. Der Visus betrug an beiden Augen 1,25 mit $-3,0 \text{ sph}/-0,25 \text{ zyl}/75^\circ$ am rechten Auge und $-2,0 \text{ sph}$ am linken Auge. Der Augendruck lag beidseitig bei 15 mmHg . Der Vorder- und Hinteraugenabschnitt waren bei Erstvorstellung unauffällig.

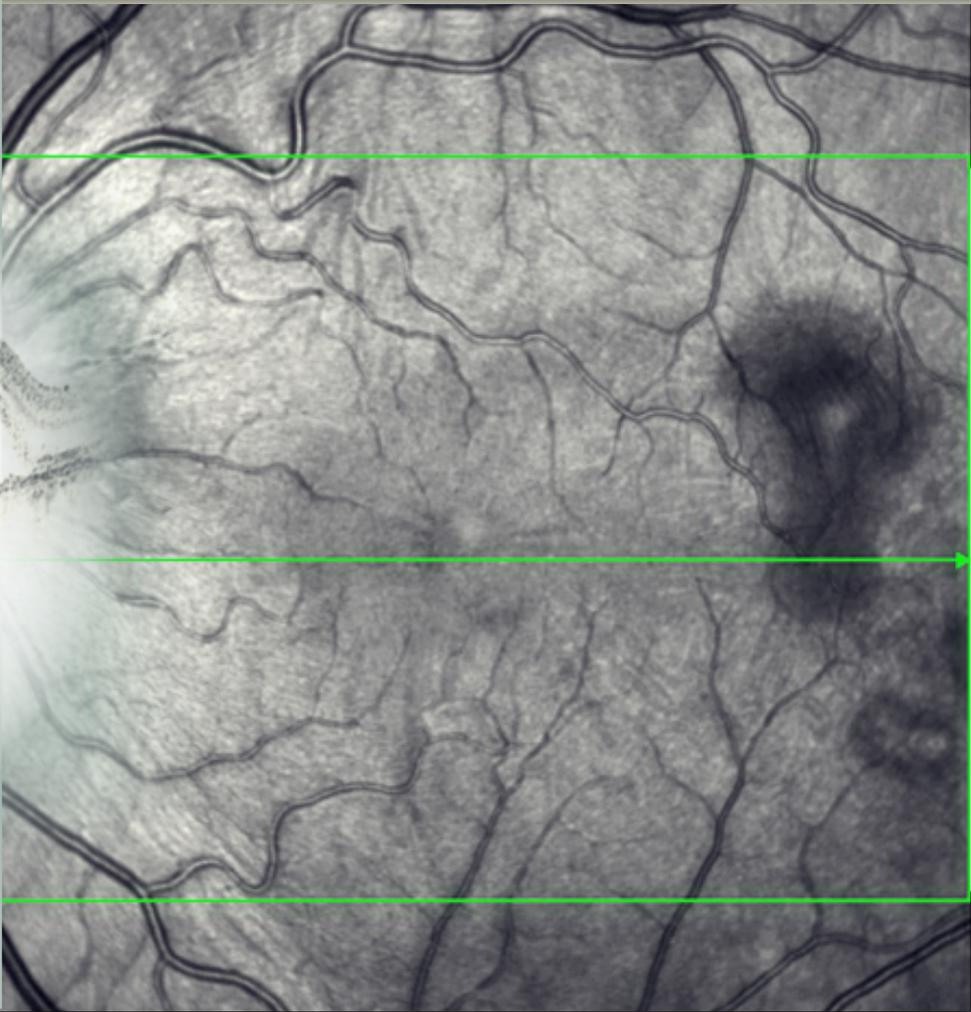
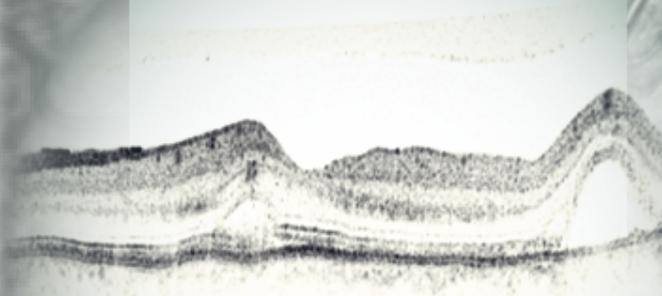
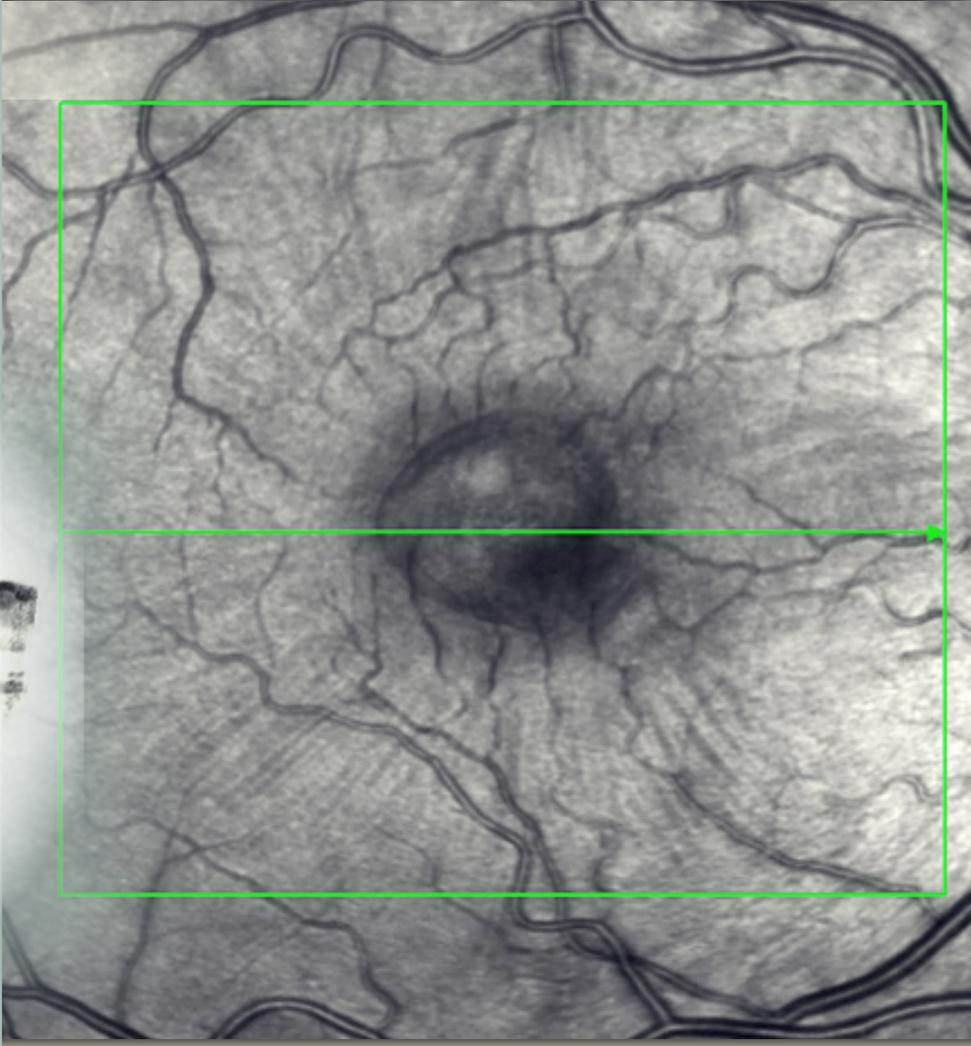
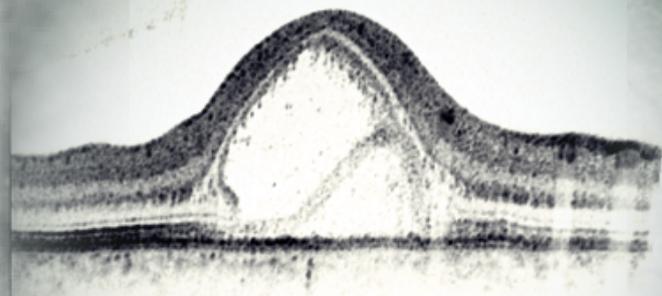
Aufgrund der Myopisierung und grippalen Symptome bestand der Verdacht auf eine Hantavirus-Infektion durch Puumala-Virus, so dass ein Schnelltest und PCR auf Puumala-Virus durchgeführt wurden. Beide Befunde waren negativ.

Drei Tage später kam es zur weiteren Sehverschlechterung links mehr als rechts. Der Visus betrug rechts $1,25$ mit $-3,0 \text{ sph}/-0,5 \text{ zyl}/90^\circ$ und links $0,8$ mit $-3,0 \text{ sph}$. Der Augendruck lag im Normbereich, der Vorderaugenabschnitt war unauffällig. Allerdings fiel bei der Ophthalmoskopie ein auffälliger Makulareflex an beiden Augen auf sowie weisslich-gelbliche subretinale Läsionen am linken Auge.



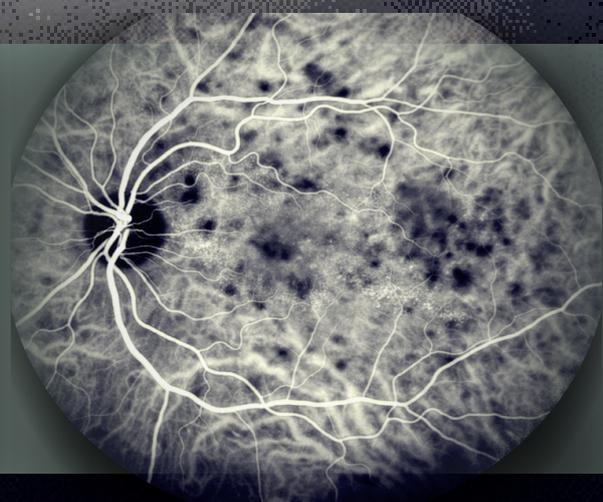
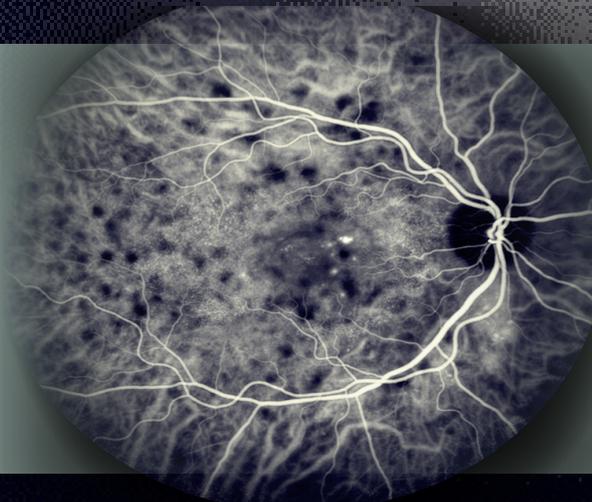
OCT Befund

Im OCT fanden sich eine subretinale Flüssigkeitsansammlung mit neurosensorischer Abhebung in der Makula am rechten Auge und multiple kleine neurosensorische Abhebungen am hinteren Pol am linken Auge.



FLA Befund

In der Spätphase der Fluoreszeinangiographie (FLA) waren kleine rundliche hyperfluoreszente Läsionen am hinteren Pol und sowie ein Pooling im Bereich der neurosensorischen Abhebung zu sehen.



ICGA Befund

In der Indocyaningrün-Angiographie zeigten sich beidseits multiple runde hypofluoreszente Läsionen am hinteren Pol.

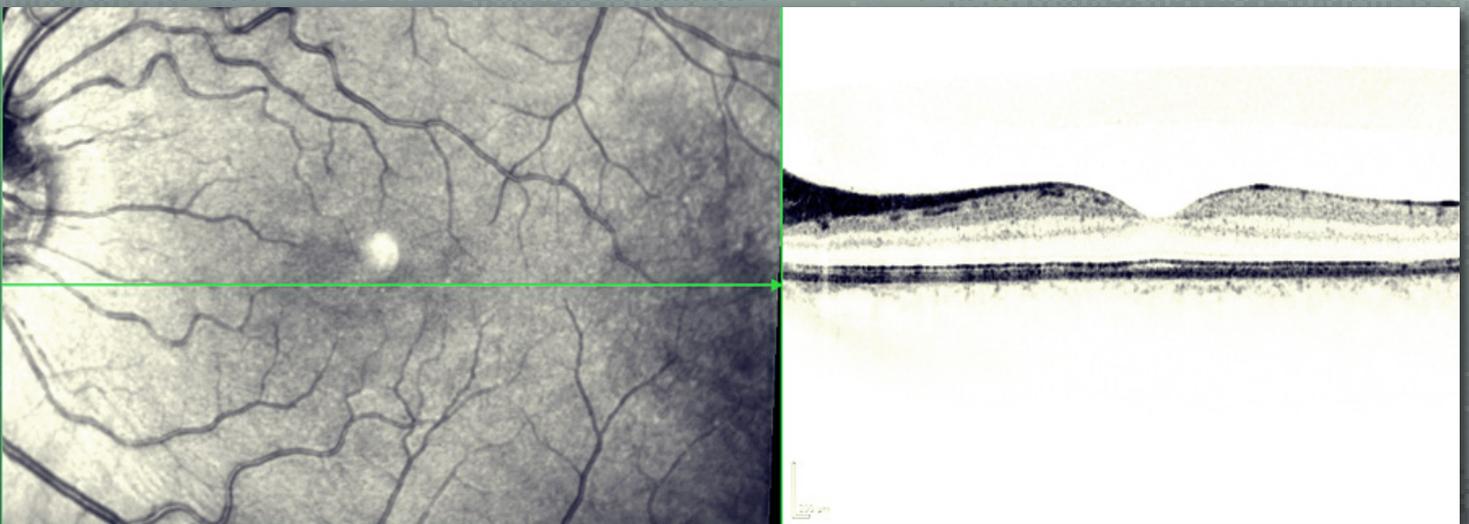
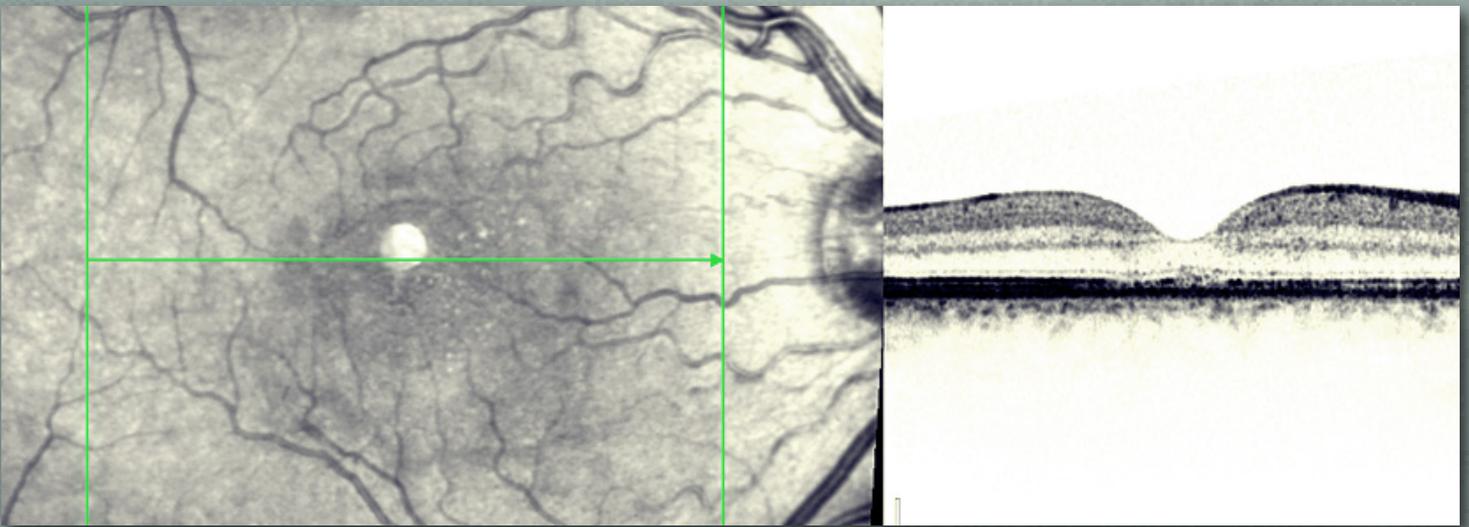
Differentialdiagnose und Diagnostik

Der Befund könnte mit einem Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom oder auch einer infektiösen Uveitis posterior vereinbar sein. Zur weiteren Abklärung und Ausschluss einer assoziierten Systemerkrankung oder einer infektiösen Genese der Uveitis erfolgte daher eine Blutentnahme mit Lues- und Borrelien-Serologie. Als Zusatzdiagnostik wurden auch die Durchführung einer Röntgen-Thorax-Aufnahme und ein cMRT zum Ausschluss von Sarkoidose und einer ZNS-Beteiligung veranlasst. Die durchgeführte Diagnostik war ohne auffällige Befunde, außer den bekannten erhöhten Leberwerten unklarer Genese.

Therapie und Verlauf

Als Therapie wurde eine intravenöse Hochdosis-Kortisontherapie mit Methylprednisolon 250 mg verabreicht. Darunter zeigte sich eine Befundbesserung mit rückläufiger neurosensorischer Abhebung; daher wurde die intravenöse Kortison-Therapie auf eine orale Gabe von Prednisolon umgestellt und in wöchentlichen Reduktionsschritten bis auf eine Erhaltungsdosis von 5mg/d ausgeschlichen.

Drei Wochen nach Beginn der Therapie betrug die Sehschärfe beidseitig 1,0 ohne Korrektur und die neurosensorischen Abhebungen hatten sich zurückgebildet.



LITERATUR EMPFEHLUNG

Prof. Dr. Christoph Deuter

Guidance on Noncorticosteroid Systemic Immunomodulatory Therapy in Noninfectious Uveitis.

Fundamentals of Care for Uveitis (FOCUS) Initiative.

Dick AD, Rosenbaum JT, Al-Dhibi HA, Belfort R, Brezin AP, Chee SP, Davis JL, Ramanan AV, Sonoda KH, Carreno E, Nascimento H, Salah S, Salek S, Siak J, Steeples L, for the Fundamentals of Care for Uveitis International Consensus Group.

Ophthalmology 2018;125:757-773.

Den Artikel können Sie hier abrufen:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161642017324466?via%3Dihub>

Die kürzlich erschienene Arbeit präsentiert evidenzbasierte Empfehlungen zur Therapie der nicht-infektiösen Uveitis mit immunmodulierenden Medikamenten. Diese wurden auf Basis einer Literaturlauswertung durch eine Gruppe internationaler Uveitis-Experten erarbeitet. Unter anderem wird zu folgenden Themen Stellung genommen:

- Welche Kriterien sollten zum Wechsel von Kortikosteroiden auf eine immunmodulierende Therapie führen und wann ist der optimale Zeitpunkt dafür?
- Wie geht man vor, wenn die immunmodulierende Therapie nicht den gewünschten Erfolg zeigt?
- Wann soll eine immunmodulierende Therapie beendet werden?
- Wie soll eine immunmodulierende Therapie überwacht werden?

Wie gestaltet sich eine effektive interdisziplinäre Kooperation? Darüber hinaus bietet die Publikation auch einen aktuellen Überblick über die Datenlage diverser immunmodulierender Substanzen, sowohl konventioneller Immunsuppressiva als auch Biologika, bei Uveitis.

Wer sich dafür interessiert, wie in spezialisierten Uveitis-Einrichtungen Therapieentscheidungen getroffen werden, findet in dieser Publikation eine geeignete und interessante Lektüre.

INTERNATIONALE UVEITIS-KURSE

Prof. Dr. Manfred Zierhut



Uveitis Kurs Venedig

Seit Jahren veranstalten wir für die International Uveitis Study Group internationale Uveitis Kurse, seit Jahren (alle 2 Jahre) zur Zeit des Karnevals im Frühjahr in Venedig. Diese Kurse liefern hervorragende Informationen, didaktisch optimal aufbereitet von Uveitis-Experten, und dies von Sonntag bis Freitag. Am Abend bleibt dann genug Zeit die optische Wirkung des Venezianischen Karnevals zu genießen. Wir wohnen auf der Isola de Servolo, auf der auch die International University of Venice lokalisiert ist. Wir haben es in den letzten Jahren immer wieder geschafft Grants für Afrikanische Ophthalmologen zu erreichen, die sich dann auch durch besonders intensive Teilnahme auszeichneten und noch Jahre später als Schwerpunkt „Uveitis“ in ihrem Land anbieten und an Tagungen über Uveitis berichten. Der nächste Kurs wird 2019 vom 2. bis zum 8. März stattfinden. Info material werden wir Ihnen mit dem nächsten Newsletter zuschicken.



Uveitis Kurs Addis Abeba

In diesem Februar wurde der Kurs dann nach Adis Abeba, Äthiopien, „exportiert“. Nahezu alle derzeit sich in Ausbildung befindlichen Augenärzte Äthiopiens waren zum Kurs eingeladen, was eine großartige Atmosphäre geschaffen hat. Wir planen, alternierend die Kurse weiterhin in Venedig, und im Folgejahr in einem Afrikanischen Land zu veranstalten. Uveitis ist eben eine weltweite Erkrankung.

FORT-UND WEITERBILDUNGEN

2018

04.07.18

Augenärzteabend | Uveitis

14.– 15.09.18

Angiographie- & OCT-Kurs

03.– 06.10.18

FUN-Kurs [ausgebucht bis 2020]

07.11.18

Augenärzteabend | Bild und Fall

VORSCHAU 2019

17.– 18.01.19

ERG Kurs

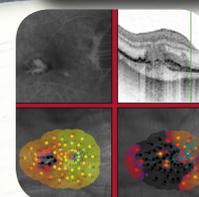
22.– 23.03.19

103. Jahrestagung der B-W AV

12.– 13.04.19

Tübinger Uveitis-Kurs

**Augen
Ärzte
Abend**
■■■■ Reihe



Anmeldung & weitere Informationen

06 | 2018



Department für Augenheilkunde | Universitäts-Augenklinik Tübingen
Redaktion: Angelika Hunder, MA | Prof. Dr. K.U. Bartz-Schmidt

www.augenklinik-tuebingen.de