LMU KLINIKUM
Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.

Uveitis im Norden
Selbsthilfegruppe in Norddeutschland

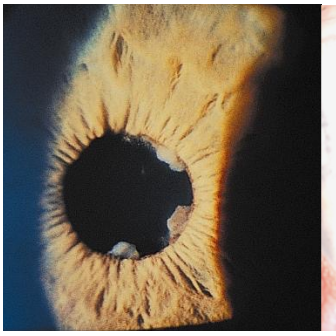
Nichtinfektiöse Iritis

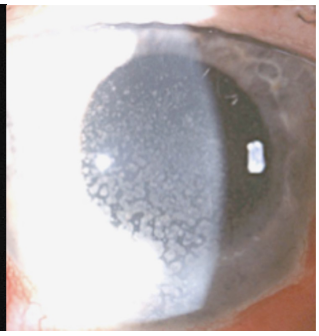
Augenklinik und Poliklinik, LMU Klinikum, LMU München
Benedikt Schworm



Entzündungstypen im Auge

LMU KLINIKUM





granulomatös **nodulär**

bestehen überwiegend aus **Makrophagen**,
Aussehen: **Korn** **Knötchen**

Sarkoidose TB	**Toxoplasma** **HSV, VZV, CMV** **Sympath. Ophthalmopathie** (Lues)





nicht granulomatös

Hypopyon = fibrinös sedimentierte **Granulozyten**

B27-assoz. anteriore Uveitis
Polychondritis
Morbus Behçet
juv. idiopathische Arthritis (JIA)
SLE
Endophthalmitis

Was ist eine Iritis?
Uveitis anterior

Die Uvea
Die mittlere Haut des Auges: Regenbogenhaut (Iris), Strahlenkörper und Aderhaut.

Anterior = vorne
Die Entzündung sitzt im vorderen Auge: in der Iris (Iritis), im Strahlenkörper (Zyklitis) oder in beiden (Iridozyklitis).

Nichtinfektiös
Nicht durch Erreger wie Bakterien oder Viren ausgelöst – das heißt: keine Ansteckungsgefahr.

Vier Formen der Uveitis – je nach Ort der Entzündung

Uveitis anterior
Vorderes Auge: Iris und Strahlenkörper – darum geht es hier

Intermediäre Uveitis
Glaskörper

Posteriore Uveitis
Netzhaut und/oder Aderhaut

Panuveitis
Vorderes Auge, Glaskörper und Netzhaut/Aderhaut

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis“ (045-022), Stand 12/2023

Was ist eine Iritis?
Beschwerden und Verlauf

Typische Beschwerden
- Schmerzen im Auge
- Rötung des Auges
- Verschlechterung des Sehens
- Bei Rückfällen oft frühe Warnzeichen – wer sie kennt, handelt schneller

Drei Verlaufsformen
- Akut: plötzlicher Beginn, begrenzte Dauer
- Rezidivierend: Schübe mit mindestens 3 Monaten Ruhe dazwischen (ohne Behandlung)
- Chronisch: Entzündung bleibt oder kehrt innerhalb von 3 Monaten nach Therapieende zurück

Die „leise“ Entzündung
- Chronische Verläufe machen manchmal wenig Beschwerden
- Dadurch werden sie spät erkannt
- Folge: Komplikationen
- Darum: regelmäßige Kontrollen

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis“ (045-022), Stand 12/2023

Uveitis anterior
Häufigkeit?

17–50

Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr (alle Uveitis-Formen, Mitteleuropa und USA)

58–90 %

aller Uveitis-Fälle in der Grundversorgung sind eine Uveitis anterior

ca. 30 %

der akuten Entzündungen kommen später wieder (Rezidiv)

Und in Deutschland? Die Leitlinie nennt Zahlen für Mitteleuropa und die USA, aber keine eigene Zahl für Deutschland. Grobe Hochrechnung auf rund 84 Millionen Einwohner (eigene Rechnung): etwa 14.000–42.000 neue Uveitis-Fälle pro Jahr, die meisten davon anterior.

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis" (045-022), Stand 12/2023

Uveitis anterior
… oft steckt eine Grunderkrankung dahinter

ca. 50 %

der Betroffenen mit akuter Uveitis anterior haben eine Grunderkrankung

Rund jeder Dritte mit Spondyloarthritis (32,7 %) entwickelt im Lauf der Zeit eine Uveitis.

Spondyloarthritis
u. a. Morbus Bechterew

Ch Da — Assoziation zu HLA B27
Morbus Crohn, Colitis ulcerosa

Psoriasis-Arthritis
Gelenkentzündung bei Schuppenflechte

Morbus Behçet
Systemerkrankung, u. a. mit Aphthen im Mund

Sarkoidose
entzündliche Systemerkrankung Granulomatöser Entzündungstyp!

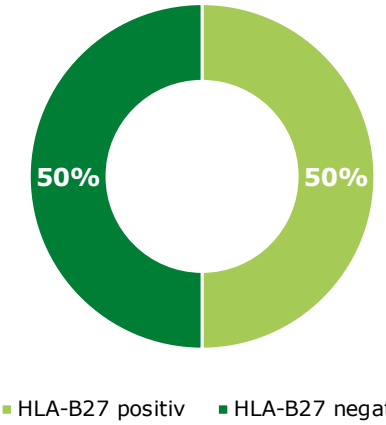
Juvenile idiopathische Arthritis
Kinderrheuma – eigene Leitlinie

Tipp: Nächtliche Rückenschmerzen oder Gelenkschmerzen unbedingt ansprechen.

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis" (045-022), Stand 12/2023

Uveitis anterior
Welche Rolle spielt HLA B27?

Akute Uveitis anterior: etwa die Hälfte ist HLA-B27-positiv



Was ist HLA-B27?

Ein erbliches Eiweiß-Merkmal auf Körperzellen, per Bluttest feststellbar (5-10% der Deutschen haben es). Es erhöht das Risiko – die allermeisten Träger bekommen aber nie eine Uveitis.

Wie groß ist das Risiko?

Lebenszeitrisiko für eine akute Uveitis anterior: ca. 0,2 % in der Bevölkerung (Niederlande), bis zu 1 % bei HLA-B27-Positiven.

Verbindung zu Rheuma

Wer HLA-B27-positiv ist und eine akute Uveitis hat, hat in 35 % zusätzlich eine Spondyloarthritis (HLA-B27-negativ: 3,8 %).

80% der Patienten mit axialer Spondyloarthritis sind HLA-B27-positiv.

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis“ (045-022), Stand 12/2023

Uveitis anterior
Was wird untersucht?

Beim Augenarzt – bei jedem Schub

- Gespräch: Beschwerden, Beginn, Verlauf, Vorerkrankungen
- Sehschärfe messen
- Spaltlampe: Entzündung im vorderen Auge beurteilen
- Augendruck messen
- Augenhintergrund bei erweiterter Pupille ansehen

Ab dem zweiten Schub: Ursachensuche

- Blutbild und Entzündungswerte (CRP/BSG)
- Tests auf Syphilis und Tuberkulose
- Nieren- und Leberwerte
- Bei Bedarf: HLA-B27, Röntgen der Lunge, weitere Tests
- Austausch mit Hausarzt, Rheumatologie u. a.

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis“ (045-022), Stand 12/2023

Therapie
Ziele und Behandlungsstufen

Entzündung beruhigen

Grunderkrankung mitbehandeln

Neue Schübe verhindern

Komplikationen vorbeugen

Behandlungsstufen – je nach Verlauf

1

Augentropfen

Kortison-Tropfen plus pupillenerweiternde Tropfen

2

Stärkeres Kortison

Injektion am/im Auge oder Tabletten bei schwerem Verlauf

3

Rückfallvorbeugung

Niedrig dosiertes Kortison, Immunmodulatoren

4

Biologika

Wenn andere Medikamente nicht ausreichen

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis“ (045-022), Stand 12/2023

Therapie
Behandlung im akuten Schub

Kortison-Augentropfen

Hochwirksame Tropfen, anfangs sehr häufig (stündlich), dann unter augenärztlicher Kontrolle schrittweise reduziert. Meist über mehrere Wochen.

Pupillenerweiternde Tropfen

Verhindern oder lösen Verklebungen der Iris mit der Linse (hintere Synechien) und lindern Schmerzen.

Bei schwerem Verlauf

Zusätzlich Injektionen am oder im Auge, Kortison-Tabletten oder -Infusion; bei Bedarf drucksenkende Tropfen.

Augendruck im Blick

Entzündung und Kortison können den Augendruck erhöhen. Darum wird er zu Beginn und im Verlauf kontrolliert.

Dosis nur in Absprache mit der Augenärztin / dem Augenarzt ändern.

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis“ (045-022), Stand 12/2023

Therapie
Vorbeugung von Rezidiven (Rückfällen)

Wann? z. B. bei 2 oder mehr Schüben pro Jahr oder sehgefährdenden Komplikationen wie einem Makulaödem. Ideal: Betreuung im Uveitiszentrum, in Zusammenarbeit mit der Rheumatologie.

Kortison, niedrig dosiert

- Bevorzugt als Augentropfen
- Tabletten nur niedrig dosiert (Langzeit: höchstens 5 mg pro Tag)
- Ab 3 Monaten Einnahme: Vitamin D3 und Knochendichte-Kontrolle
- Dauerhaft starke Tropfen: Risiko für Augendruck und Grauen Star

Immunmodulatoren

- Z. B. Methotrexat, Azathioprin, Ciclosporin A, Mycophenolat, Sulfasalazin
- Meist „off label" (keine formale Zulassung für diese Indikation), aber bewährt
- Wirkung oft erst nach 3–6 Monaten

Biologika

- Wenn Kortison und klassische Immunmodulatoren nicht ausreichen
- Vor allem TNF-α-Hemmer, z. B. Adalimumab (bei Erwachsenen „off label")
- Vorab Ausschluss u. a. von Tuberkulose

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis" (045-022), Stand 12/2023

Therapie
Komplikationen und ihre Behandlung

Komplikation	Mögliche Behandlung
Erhöhter Augendruck / Glaukom	Drucksenkende Tropfen, ggf. Tabletten; bei Bedarf Operation
Makulaödem (Schwellung der Netzhautmitte)	Kortison (Tabletten, Injektion, Implantat), Acetazolamid, Immunmodulatoren
Grauer Star (Katarakt)	Operation mit verstärkter Entzündungsbehandlung rund um den Eingriff
Verklebungen der Iris (Synechien)	Pupillenerweiternde Tropfen
Kalkablagerung auf der Hornhaut (Bandkeratopathie)	Abtragen, z. B. mit EDTA oder Excimer-Laser

Operationen am Auge sollen – außer in Notfällen – möglichst bei ruhigem Auge erfolgen (mindestens 3 Monate ohne Entzündungszeichen).

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis" (045-022), Stand 12/2023

Uveitis anterior
Kontrollen

Im akuten Schub

Engmaschige Kontrollen – je nach Befund.

Bei chronischem oder schleichendem Verlauf

Kontrolle etwa alle drei Monate, bei sehr ruhigem Befund dann längere Intervalle

Aufmerksam bleiben

Wer Warnzeichen und Komplikationen kennt, kann Rückfälle früher erkennen – Beschwerden bitte nicht aussitzen.
Für erfahrene Patienten: „Notfallfläschen" mit Kortison-Augentropfen sollte immer zuhause sein!

Gut zu wissen

- Die akute Uveitis anterior hat bei Erwachsenen meist eine gute Prognose, weil typische Beschwerden früh zur Behandlung führen.
- Eine „Herdsanierung" (z. B. Zähne ziehen) wird heute nicht mehr empfohlen.

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis" (045-022), Stand 12/2023

Uveitis anterior
Zusammenfassung

- Die Uveitis anterior ist die häufigste Form der Uveitis (58–90 % der Fälle).
- Etwa die Hälfte ist HLA-B27-positiv, etwa die Hälfte hat eine Grunderkrankung.
- Im akuten Schub: konsequent mit Kortison-Augentropfen behandeln, Augendruck kontrollieren.
- Bei häufigen Rückfällen: Rückfallvorbeugung, ggf. im Uveitiszentrum.
- Regelmäßig zur Kontrolle gehen und Beschwerden früh melden.

Quelle: AWMF S1-Leitlinie „Nicht-infektiöse anteriore Uveitis" (045-022), Stand 12/2023

LMU KLINIKUM
Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!