

Schritt 1: Anamnese

Schritt 2: Ophthalmologische Untersuchung: Bestkorrigierter Visus, Tonometrie, Inspektion, Spaltlampenuntersuchung und binokulare Ophthalmoskopie (auch bei Uveitis anterior mindestens einmal in medikamentöser Mydriasis!).

Schritt 3: Festlegung des Entzündungsschwerpunktes: Uveitis anterior, Uveitis intermedia, Uveitis posterior, Panuveitis oder Retinale Vaskulitis.

Schritt 4: Festlegung des Entzündungstyps: Granulomatös („speckige“ Endothelpräzipitate, Noduli, Dalen-Fuchs-Knoten) oder nicht-granulomatös

Schritt 5: Bestimmung uveitisbedingter Komplikationen (Bandkeratopathie, Glaukom, hintere Synechien, Katarakt, CMÖ, CNV, Phthisis bulbi)

Schritt 6: Ätiologische Abklärung (spätestens ab dem zweiten Schub bei anteriorer Uveitis, bei anderen Uveitis-Formen bereits bei Erstdiagnose):

Basisdiagnostik (jegliche Uveitis)

Basislabor: Differentialblutbild, CRP oder BSG, Kreatinin, ASAT, ALAT, Elektrolyte, Lues-Serologie.

Erweiterte Diagnostik (je nach Uveitis-Lokalisation)

Uveitis anterior (Erwachsene)

(Uveitisbeginn bei Kindern bis 16 Jahre: Leitlinie der AWMF „S2k-Leitlinie 045-012: Diagnostik und entzündliche Therapie der Uveitis bei juveniler idiopathischer Arthritis)

- **Bildgebende Verfahren:** OCT (Makulaödem?)
- **Granulomatös (oder nicht akut-fibrinös):** sIL-2R und ACE, Röntgen-Thorax (Tuberkulose oder Sarkoidose?), Tuberkulose-Test (IGRA). Einseitiger Befund, IOD↑, fokale Irisatrophie: ggf. Kammerwasserpunktion (HSV, VZV, CMV, selten EBV).
- **Kleine diffus verteilte, sternförmige Endothelbeschläge, „Mottenfraß“-artige Pigmentdefekte der Iris/Fuchs-Uveitis:** i.d.R. keine weitere Diagnostik
- **Akut-fibrinös (oder nicht-granulomatös):** HLA-B27. Bei Arthritis/ entzündl. Rückenschmerz: Rheumatologie. Bei GI-Beschwerden: Gastroenterologie. Bei begleitendem Papillenödem i.d.R. keine weitere Abklärung.
- **Zusatzlabor:** Borrelien-Serologie bei Erythema migrans, Arthritis oder neurologischen Spätmanifestationen

Uveitis intermedia

- **Ergänzung Basislabor:** sIL-2R und ACE
- **Bildgebende Verfahren:** OCT, FLA, Röntgen-Thorax (Tuberkulose oder Sarkoidose?). cMRT (s.o.)
- **Beginn nach 45. LJ:** ggf. diagnostische ppV (bei V.a. intraokulares Lymphom).
- **Neurologie mit cMRT** (M.S. ? Oder bei Beginn nach 45 LJ: ZNS-Lymphom?)
- **Zusatzlabor:** Borrelien-Serologie bei Erythema migrans, Arthritis oder neurologischen Spätmanifestationen

Uveitis posterior, Panuveitis, Retinale Vaskulitis

- **Ergänzung Basislabor:** sIL-2R u. ACE, Tuberkulose-Test (IGRA)
- **Bildgebende Verfahren:** OCT, FLA. **Bei V.a. Choroiditis:** mit ICG, Autofluoreszenz. Röntgen-Thorax (Tuberkulose oder Sarkoidose?).
- **Retinitis:** Klinisch: Toxoplasmose? Herpetisch? Retinaneekrose? (ggf. VK-Probe/PPV) Eine Serologie auf HSV, VZV, CMV, EBV ist NICHT diagnostisch wegweisend und sollte unterbleiben. Eine negative Serologie auf Toxoplasmose macht eine Toxoplasmose-Retinochorioiditis unwahrscheinlich.
- **Bei Vaskulitis, fokaler Retinitis, oralen/genitalen Aphthen :** HLA-B51 (V.a. M. Behçet)
- **Papillitis, Neuritis:** Neurologie.
- **Bei V.a. Systemvaskulitis oder Kollagenose** (insbesondere bei retinaler Vaskulitis und Skleritis): Autoantikörper (ANA, ANCA, dsDNA)
- **Bei Neuretitis:** Bartonella-Serologie
- **Endophthalmitis;** chorioretinale Infiltrate bei V.a. septische Endophthalmitis: Blutkultur, invasive Diagnostik (Kammerwasser-Probe, PPV, ggf. chorioretinale Biopsie)
- **Hautveränderungen:** Dermatologie
- **Zusatzlabor:** HLA-A29 bei V.a. Birdshot Chorioretinopathie, Borrelien-Serologie bei Erythema migrans, Arthritis oder neurologischen Spätmanifestationen