

 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	BAKRE UVEITT / KORIORETINITTER H30
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 04.07.2024/04.07.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 4.04
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Pål Varhaug	Dok.id: D22423

Symptomer (generelt):

Nedsatt syn. Uklart syn. Metamorfopsi. Flytere. Evt. rødme, smerter, lysømfintlighet.

Funn (generelt):

Vitritt (cellulær lysvei/kondensasjoner i corpus vitreum), snøballer (hvite, runde, cellulære aggregater nede i corpus vitreum), snøfonn (hvitt eksudativt materiale preretinalt langs ora serrata), bakre corpusløsning, corpusblødning.

Ødem: Papilleødem, cystoid makulaødem (CME), øvrig retinalt ødem, korioidal effusjon.

Infiltrater i retina og/eller korioida, retinale blødninger og harde eksudater, bomulls-eksudater, innskjedning av blodårer (periarteritt/-flebitt), retinal neovaskularisering.

Oftre fremre uveitt samtidig, eller "spill-over" av inflammatoriske celler til forkammeret.

Evt. glaukom, katarakt, korioidal neovaskulær membran (CNV), amotio.

Inndeling:

Etter etiologi: infeksjøs eller ikke-infeksjøs

Etter lokalisasjon: corpus ciliare, chorioidea, retina

Etter hyppighet

IKKE-INFESIØSE:

Vanlige

Pars planitt [H30.2]:

Oftest unge voksne eller barn. Oftest idiopatisk, evt. ved sarkoidose. Oftest bilateral.

Lett forkammerreaksjon. Snøballer og snøfonner. CME. Bakrepolskatarakt. Evt. vaskulitt.

Utredning? Let etter sarkoidose (rtg. thorax, s-ACE).

Behandling: Steroider, men bare ved symptomer, i praksis ved markert CME.

Subtenonal injeksjon av triamcinolon (Kenacort®), evt. prednisolon tabletter.

Ved «kroniske» forverrelser eller hyppig behandlingstrengende residiv kan intravitrealt dexametasonimplantat (Ozurdex®) være aktuelt.

Sarkoidose:

Oftest bilateral. Fremre uveitt. Vitritt. Gulhvite flekker (korieoretinale granulomer). Vaskulitt. Papilleødem. CME. Behandling som ved pars planitt.

Sjeldnere

Behçets sykdom:

Unge. Orogenitale ulcera. Bilateralt. Fremre uveitt. Vitritt. Vaskulitt, evt. med okklusjon. Små retinale infiltrater.

Behandling: Steroider, evt. immunosuppressivum (infliksimumab).

Birdshot retinokorioidopati:

Hyppigst middelaldrende kvinner. Assosiert med vevstype HLA-A29. Bilateralt. Vitritt. Multiple kremhvite flekker retinalt. Helst midtperifert, evt. spredning til makula. Ødem. Vaskulitt.

Behandling: Steroider, evt. immunosuppressivum.

Vogt-Koyanagi-Harada syndrom (VKH):

Asiater/indianere. Yngre. Vitiligo, alopeci, poliose, madarose. Bilateral. Fremre uveitt (granulomatøs). Vitritt. Papilleødem. Atrofiske flekker i retinalt pigmentepitel. Eksudativ amotio. Retinalblødning. Venøs dilatasjon. Vaskulitt. CNV.

Behandling: Steroider.

Multifokal choroiditt med panuveitt (MCP)*:

Middelaldrende kvinner. Uni-/bilateralt. Vitritt, evt. også forkammerreaksjon. Multiple små, korioidale lesjoner midtperifert (evt. også i bakre pol), nye lyse og gamle atrofiske om hverandre.

Behandling: Steroider.

Punktat indre korioretinopati (PIC)*

Unge kvinner. Myope. Bilaterale funn, men oftest unilaterale symptomer. (Lett) vitritt. Multiple, små, runde, bleke lesjoner i retinalt pigmentepitel makulanært. Symptomer oftest ved kompliserende CNV.

Behandling: Evt. steroider. Behandling mot CNV.

Multiple evanescent white dot syndrome (MEWDS)*:

Unge kvinner. Postviralt. Oftest unilateralt. Multiple, kremhvite flekker i pigmentepitelet. Granulert i fovea.

Behandling: Spontan remisjon.

*) Av de såkalte "White Dot Syndromes", tilstander tilhørende AZOOR-komplekset (Acute zonal occult outer retinopathy), med redusert funksjon i retinas ytre lag. Synlig bortfall på OCT. ERG-forandringer. Akutte synsfeltdefekter. Fotopsi.

Akutt multifokal posterior plakoid pigmentepiteliopati (AMPPPE):

Unge. Ofte postviralt. Akutt visustap. Bilateralt. Multiple, gråhvite subretinale lesjoner med uklare grenser, lokalisert i bakre pol. Karakteristisk hypofluorescens ved fluoresceinangiografi. Lett vitritt. Papilleødem. Serøs amotio sentralt.

Behandling: Oftest spontan bedring.

Akutt retinal pigmentepitelitt:

Unge. Akutt visustap. Grupper av grå flekker med lys halo i makulas pigmentepitel.

Behandling: oftest spontan remisjon i løpet av 6-12 uker.

Presumed ocular histoplasmosis syndrome (POHS):

Nordamerikanere. Atrofiske, små gulhvite arr ("histo-spots"). Evt CNV.
Behandling: mot CNV.

INFEKSIØSE:

Vanlige

Toxoplasma:

Unilateralt.

(Kraftig) vitritt. Ullen, gulhvite retinal lesjon, gjerne i kanten av skarpere avgrenset korioretinalt arr.

Utredning: toxoplasmaserologi (IgG) for bekreftelse av gjennomgått infestasjon. IgM-titerstigning forventes ikke ved okulært utbrudd alene.

Behandling: Antibiotika og steroider. Hos immunkompromitterte: alltid. Hos immunkompetente: for å forkorte forløpet og redusere størrelsen på arrdannelsen, dvs. i tilfeller med kraftig vitritt eller der lesjonen ligger sentralt (innenfor kararkadene eller < 2-3 mm fra papillen).

Terapi:

Klindamycin (Dalacin®) kapsler 150 - 300 mg x 4 i 14 dager, og Sulfonamid, trimetoprim-sulfa (Bactrim®) tabletter 2 + 2 i 10 dager, og Prednisolon tabletter 20 - 60 mg daglig, gradvis nedtrapping over 3-4 uker. NB! Prednisolonbehandling startes først etter 2 dagers antibiotikabehandling.

Candida:

Hos immunkompromitterte, intravenøse stoffmisbrukere og ved langvarig kateter- og i.v. antibiotikabehandling. Initialt gulhvite, dunaktige retinale eller preretinale lesjoner. Etter hvert "bomulldotter" (evt. som "perlesnor") i corpus vitreum.

Prøvetagning fra corpus vitreum før behandling.

Behandling: Systemisk antimykotikum og gjerne intravitrealt amfotericin B. Evt. vitrektomi.

Cytomegalovirus:

Hos immunkompromitterte (HIV / AIDS). Blødninger og flekkvis nekrose i retina. Behandling: Systemisk aciclovir, antiretroviral terapi. Evt. intravitrealt aciclovir.

Endoftalmitt:

Akutt eller protraheert postoperativ.

Traumatisk.

Endogen: som hematogen spredning ved sepsis.

Sjeldnere

Akutt retinal nekrose (ARN):

Unge eller middelaldrende voksne. Herpes simplex I/II, varicella zoster.

Unilateral (ved debut). Initial iridocyclitt, deretter vitritt. Vaskulitt og perifer avblekning av netthinnen, konfluering og sprer seg sentralt i løpet av dager.

Papilleødem/makulaødemskulær sheathing i perifer retina. Amotio.

Utredning: forkammerprøve til PCR-analyse

Behandling: Systemisk aciclovir, intravenøst første 10 dager. Tillegg av systemiske steroider etter 1-3 døgn.

Syfilis:

Akutt chorioretinit. Vitritt. Retinale pigmentklumper. Vaskulitt.

Utredning: serologi.

Behandling: benzatipenicillin. Ved Hudavdelingen?

Tuberkulose:

Granulomatøs fremre uveitt? Ved miliær tuberkulose evt. multifokale, små, gulhvite choroidale lesjoner.

Utredning: sputumprøve til laboratoriet (for mikroskopi, dyrkning og PCR)

Toxocara:

Barn. Unilateralt. Vitritt. Hvitt, elevert granulom i retina, oftest bakre pol.

Utredning: serologi.

Borrelia (borreliose, "Lyme disease"):

Flåttbitt. Erythema migrans. Arthritt. Bells parese.

Ulike former for bakre uveitt.

Utredning: serologi.

Septisk (embolisk) retinit:

Kritisk syk pasient. Akutt synsreduksjon. Retinalt ødem og blødninger med hvite sentra (Roths flekker).

Differensial-diagnoser:Lymfom

Persisterende corpus-celler hos eldre med gulhvite infiltrater og retinalt ødem / blødninger som responderer dårlig på systemiske steroider.

Korioidal metastase

Fortykkelse, misfarging og eksudasjon.

Intraokulære fremmedlegemer

(med persisterende inflammasjon)

Bakre sklerittAndre:

Amotio (forkammerreaksjon, pigmenterte retrolentale celler), retinoblastom, leukemi.

Tilnærming:

Immunstatus

Infeksiøst?

Prøvetagning fra forkammer eller corpus vitreum?