

Patientin mit rezidivierender Konjunktivitis

Diagnostische und therapeutische Überlegungen

von Johanna Wiedemann und Claus Cursiefen

Eine 41-jährige Patientin stellte sich aktuell mit dem Vollbild einer follikulären, mäßig papillären Konjunktivitis beider Augen inklusive Beteiligung der Ober- und Unterlider in unserer Sprechstunde vor. Beidseits zeigten sich keine Mollusca im Lidbereich als Differenzialdiagnose der chronisch follikulären Konjunktivitis. Bei der Vorstellung gab die Patientin an, seit einigen Tagen eitriges Sekret zu bemerken. Antibiotika, lokal Gentamycin und Azythromycin sowie systemisch Azythromycin, und Tränenersatzmittel wurden bereits erfolglos verwendet.

Anamnese

Fünf Jahre zuvor waren extern Chlamydien im Rahmen einer Pneumonie nachgewiesen worden. Nach einem Urlaub in Namibia war erstmals eine beidseitige Bindehautentzündung bemerkt worden, die persistierte. Bereits bei der damaligen Erstvorstellung bestand der Verdacht auf Steroidrespons. Es wurde ein intraokulärer Druck (IOD) extern bis 50 mmHg am linken Auge gemessen (Normalwert bis 21 mmHg). Unklar blieb, aufgrund welcher Vorerkrankung und in welcher Darreichungsform die Patientin extern Kortison bekam.

Diagnostik

Aufgrund des aktuellen ophthalmologischen Befundes erfolgten Abstriche zum Ausschluss einer bakteriellen, viralen oder fungalen Genese, und es wurde eine Behandlung mit antibakteriellem Azythromycin, antiviralem Gancyclovir, antiseptischem Lavasept und niedrigdosiert kortisonhaltigen Augentropfen begonnen. Bei Befundverschlechterung und erstmals beschriebenen nummulären Hornhauttrübungen wurde topisches Cyclosporin A bei Verdacht auf chronische Immunantwort in der Hornhaut verordnet und eine Bindehautbiopsie geplant. Zu diesem Zeitpunkt lautete die Arbeitsdiagnose

„Zustand nach adenoviraler Kerato-Konjunktivitis“. Sämtliche Therapien wurden nach mindestens zwei Wochen Therapiedauer bis auf das topische Cyclosporin A ausgeschlossen und abgesetzt. Der Visus war beidseits stets voll und normal. Extern war ein periorbitales Vitiligo aufgefallen, sodass zusätzlich eine dermatologische Vorstellung erfolgte. Hier konnten neuroektodermale Raritäten ausgeschlossen werden.

Weitere Untersuchungsbefunde

Zwei Monate nach Erstvorstellung der Patientin in unserer Klinik erfolgte eine Probeentnahme (PE) zur histopathologischen und ein Abstrich zur erneuten mikrobiologischen Untersuchung.

Mikrobiologische Testung (Abstrich): kein Pilz-/Keimnachweis; Chlamydien-PCR: negativ

Histologie der Probeexzision (PE) zum Ausschluss eines follikulären Bindehautlymphoms: Zusammenfassung: Bindehaut-PE (Auge rechts) mit einem umschriebenen vermehrten lymphozytären Infiltrat. Zur weiteren Charakterisierung der lymphozytären Infiltrate erfolgten immunhistochemische Zusatzanalysen. Das immunhistochemische Expressionsmuster zeigt regelrechtes lymphatisches Gewebe mit einzelnen Keimzentren ohne gesteigerte Hinweise für Infiltrate eines Lymphoms. Die Veränderungen sind somit als reaktiv zu bewerten. Es besteht kein Anhalt für Malignität (siehe Abb. 1). **RA**

Dr. Johanna Wiedemann und **Professor Dr. Claus Cursiefen** arbeiten und forschen am Zentrum für Augenheilkunde der Universität zu Köln sowie am DFG-Sonderforschungsbereich 1607. **Professor Dr. Malte Ludwig** ist ambulant als Angiologe in Gmund am Teegernsee tätig und arbeitet in Kooperation mit dem Gefäßzentrum am Krankenhaus Agatharied. Er koordiniert und begleitet die Reihe inhaltlich.

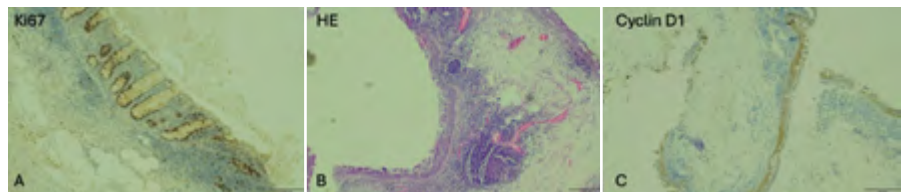


Abbildung 1: Histopathologische Schnitte eines Bindehautexzidates mit verschiedenen Färbungen zum Ausschluss Malignität. A zeigt eine Ki67-Färbung. Der Proliferationsmarker zeigt eine erhöhte Aktivität in den Keimzentren (braun). B zeigt eine Hämatoxylin-Eosin-Färbung (HE) zur besseren Darstellung der Gewebeschnitte, wobei Zellkerne blauviolett und das Zytoplasma sowie extrazelluläre Strukturen rosa bis rot gefärbt werden. C zeigt eine Cyclin-D1-Färbung, ein Onkogen, das hier negativ ist.

Quelle: Uniklinik Köln

Klinisch zeigten sich im weiteren Verlauf eine diffuse Bindehautinjektion und subkonjunktivale Follikel und Papillen (siehe Abb. 2).

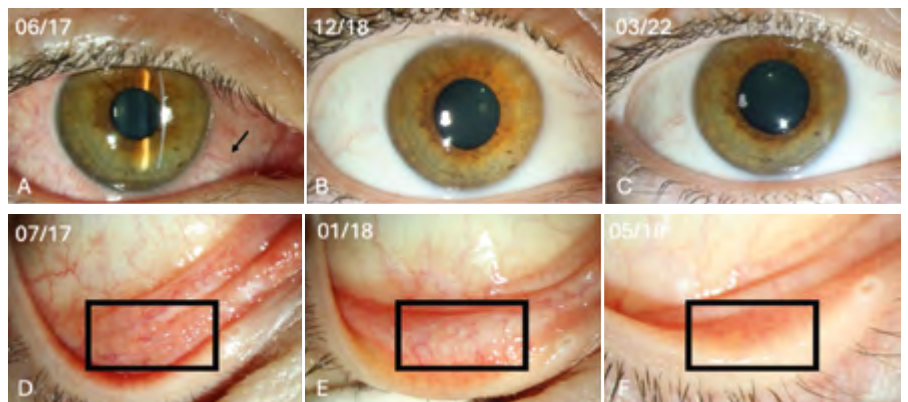


Abbildung 2: Spaltlampenbilder (A – C) im zeitlichen Verlauf mit zunehmend geringerer Bindehautinjektion und follikulärer Konjunktivitis (Pfeil). A zeigt den Befund bei Erstvorstellung, B, C zeigen einen unauffälligen, stabilen Befund hinsichtlich der Bindehautinjektion im zeitlichen Verlauf nach antiviraler und antientzündlicher Therapie.

Quelle: Uniklinik Köln

Kurzanleitung zur „Zertifizierten Kasuistik“

Hinweis: Die 2 Fortbildungspunkte können über das System des Einheitlichen Informationsverteilers (EIV) Ihrem Punktekonto bei der Ärztekammer gutgeschrieben werden. Zum Erwerb der Fortbildungspunkte müssen mindestens 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet werden.

via *Rheinisches Ärzteblatt*

Ausführliche Informationen zur Differenzialdiagnostik werden im Internet unter www.aekno.de/cme veröffentlicht.

Einsendeschluss: Die Lernerfolgskontrolle muss spätestens bis **Donnerstag, 27. November 2025** per Fax oder per Post eingegangen sein (Poststempel). **Fax: 0211/4302 5808**, Postanschrift: Ärztliche Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung in Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf.

Auflösung: im *Rheinischen Ärzteblatt* 12/2025 in der Rubrik Magazin.

via www.aekno.de

Die Zertifizierte Kasuistik findet sich auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein unter www.aekno.de/cme.

Anmeldung: Erstmalige Registrierung mit Nachnamen, Arztnummer, Einheitlicher Fortbildungsnummer (falls vorhanden) und einer aktuellen E-Mail-Adresse. An diese werden die Zugangsdaten geschickt. Die zukünftige Anmeldung erfolgt über die angegebene E-Mail-Adresse und das selbst gewählte Passwort.

Die bisher veröffentlichten Kasuistiken der Reihe finden sich zu Übungszwecken unter www.aekno.de/cmetest.

Fragenkatalog zur Zertifizierten Kasuistik „Patientin mit rezidivierender Konjunktivitis“

1. Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose?

- a) Allergie bei atopischer Systemerkrankung
- b) herpetische Konjunktivitis
- c) bereits anbehandelte bakterielle Konjunktivitis
- d) Lymphom
- e) Keratokonjunktivitis epidemica

2. Welche weitere Untersuchung würden Sie anfordern?

- a) Resistenztestung
- b) Wiederholung der Biopsie
- c) Mitbeurteilung durch Dermatologie
- d) Vorderkammerpunktion
- e) Suche nach anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen, außer Chlamydien

3. Welche weiterführende Therapie würden Sie im vorliegenden Fall der fehlenden Befundbesserung empfehlen?

- a) Desensibilisierung
- b) Foscavir AT
- c) Tränenersatzmittel
- d) verlängerte Virgantherapie
- e) kortisonhaltige Lokaltherapie

4. Welche Komplikationen treten häufig im Rahmen einer systemischen Therapie mit Acyclovir auf?

- a) Husten und Nasenbluten
- b) Leber- / Nierenbeeinträchtigung
- c) Kopfschmerzen
- d) Gliederschmerzen
- e) Durchfälle

5. Was wären weitere Differenzialdiagnosen?

- a) allergische Bindehautentzündung
- b) endokrine Orbitopathie
- c) Glaukomanfall
- d) Radius-Maumenee-Syndrom
- e) Sinus-cavernosus-Fistel

6. Was für eine Therapie wäre kontraindiziert bei Verdacht auf Herpeskeratitis ohne Vorderkammerreiz?

- a) Tränenersatzmittel
- b) kortisonhaltige Augentropfen
- c) antiallergische Augentropfen
- d) ausschließlich antibiotische Augentropfen
- e) antifungale Augentropfen

7. Was sind typische klinische Merkmale einer Herpeskeratitis?

- a) Keratitis dendritica
- b) Hypopyon
- c) Amaurosis fugax
- d) Flimmerskotome
- e) Netzhautinfiltrate

8. Wie unterscheidet man Herpes simplex und Herpes zoster klinisch?

- a) Hautbeteiligung über das Lid hinaus
- b) Dendritika
- c) Uveitis
- d) Netzhautbeteiligung
- e) Lidschwellung

9. Welche der folgenden Aussagen ist korrekt?

- a) Bei einer Herpeskeratitis heilt die Hornhaut immer ohne Narbenbildung ab.
- b) Die Hornhautsensibilität ist in der Regel reduziert.
- c) Die herabgesetzte Hornhautsensibilität ist pathognomonisch.
- d) Der Augennendruck ist im Regelfall normoton bei Vorderkammerbeteiligung.
- e) Durch die erhöhte Hornhautsensibilität haben die Patienten starke Schmerzen.

10. Welchen der unten genannten Fälle sollte man stationär behandeln?

- a) Patient mit IOD 50 mmHg, Ulkus und starken Schmerzen
- b) Patient mit Visus 0,8, vereinzelt Zellen und Dendritika
- c) Patient mit gering injizierter Bindehaut und 1 Dendritikabäumchen
- d) sehr besorgter Patient mit guter ambulanter Betreuung
- e) Patient mit kompensiertem IOD, Ulkus und Befundverbesserung im Verlauf

Lernerfolgskontrolle und Bescheinigung der Zertifizierten Kasuistik zum Thema „Patientin mit rezidivierender Konjunktivitis“



★ 2 7 6 0 5 1 2 0 2 5 0 3 5 3 6 0 0 4 4 ★

Titel, Vorname und Name (Bitte Druckbuchstaben)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Bitte füllen Sie die Lernerfolgskontrolle aus und unterzeichnen Sie die Erklärung.
Einsendeschluss: Donnerstag, 27. November 2025 per Fax oder Post (Poststempel)

Faxnummer: 0211 4302-5808

Postadresse: Nordrheinische Akademie, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Lernerfolgskontrolle

Zertifizierte Kasuistik „Patientin mit rezidivierender Konjunktivitis“ (*Rheinisches Ärzteblatt 10/2025*)

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

Fragen	Antwort a)	Antwort b)	Antwort c)	Antwort d)	Antwort e)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Erklärung: Ich versichere, dass ich die Fragen selbst und ohne fremde Hilfe beantwortet habe.

Ort, Datum, Unterschrift

Bescheinigung (wird von der Ärztekammer Nordrhein ausgefüllt)

- ☐ Hiermit wird bescheinigt, dass bei der Lernerfolgskontrolle mindestens 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden. Für die Zertifizierte Kasuistik werden 2 Fortbildungspunkte angerechnet.
- ☐ Die Fortbildungspunkte können nicht zuerkannt werden, da weniger als 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden.

Auflösung im *Rheinischen Ärzteblatt* Dezember 2025 in der Rubrik Magazin.

Düsseldorf, den _____
(Datum, Stempel, Unterschrift) Diese Bescheinigung ist nur mit Stempel gültig.

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

- ☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Ärztekammer Nordrhein meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Fortbildung „Zertifizierte Kasuistik“ speichert und verarbeitet.
Informationen zur Datenverarbeitung unter www.aekno.de/datenschutz

Ort, Datum, Unterschrift

Hier Teilnehmer EFN-Code
aufkleben

(Eine Weitergabe der erworbenen Punkte ist nur bei aufgeklebtem Barcode möglich.)