

Gäller för: Ögonsjukvård
Innehållsansvar: Murat Tatenov, (murta1), Överläkare
Granskad av: Murat Tatenov, (murta1), Överläkare
Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-05-27
Giltig till: 2028-05-27

Irit

Reviderat i denna version: Hela rutinen är uppdaterad.

Symtom

Rodnad, värk, ackommodationssmärta, ljuskänslighet, synnedsättning.

Prioritering av remiss till 1a besök inom 24 timmar (kväll men inte natt).

Undersökning

Anamnes: Noggrann anamnes, Rygg/ledbesvär? Inflammatorisk tarmsjukdom?
Urinvägsbesvär? Infektion? Annan långvarig sjukdom? Hudbesvär? Hosta osv

Status:

- ciliär eller blandinjektion
- precipitat (små daggfina: icke granulomatös, feta: granulomatös, stjärnformiga: Fuchs)
- celler och ljusväg gradering enl nedan, hypopyon,

Grad	Antal celler		Ljusväg	Beskrivning
0	<1		0	Ingen
0,5+	1-5		1+	Svag
1+	6-15		2+	Moderat, iris tydligt
2+	16-25		3+	Uttalad iris suddigt
3+	25-50		4+	Intensivt, fibrin
4+	>50			

- irisnoduli (Koeppel vid pupillsömmen, Busacca på irisyta: sarkoidos), vidgade iriskärl, sektoriell iristransilluminans: herpes
- synekier, mios
- celler kan finnas i främre glaskroppsrummet
- oftast låg IOP

OBS! Dilatera ALLTID. Diagnos enbart irit kan ställas om fundus är normal.

Etiologi

- Idiopatisk: Pat är för övrigt frisk och har ingen känd genetisk disposition. HLA-B27 negativ.
- HLAB27 associerad: 50 % av alla icke-granulomatösa iriter, 2-3 ggr vanligaste hos män. Kraftigare klinisk bild med fibrinlöjor i främre kammaren och kanske hypopyon
- Sarkoidos (granulomatös)
- Mb Behcets: inte sällan hypopyon som är rörlig, oftast bilateralt.
- Herpes uveit: inte alltid med kornea engagemang ej heller föregås av tidigare korneal herpes. Precipitaten är större, lokaliserade runt en korneal infektion eller spridda. Iris atrofi och mydriasis. Oftast högt IOP och behövs ej trycksänkande droppar. Försiktigt med steroiddroppar och behandla även med po Aciclovir.
- Posner-Schlossmann syndrom (glaukomatös cyklit): högt IOP, spridda stjärnformiga precipitat på endotelet. Lätt mydriasis.
- Juvenil idiopatisk artrit: vanligen som kronisk uveit.
- Uveit sekundär till sklerit
- Linsinducerad uveit, posttraumatisk, postoperativ. Glöm inte gonioskopi.
- TINU (tubulointerstitiell nefrit och uveit syndrom): Akut insjuknande, oftast bilateralt. Bakre uveit förekommer. Allmän påverkan med feber och sjukdomskänsla. Lab-mässigt: SR och Kreatinin-stegring, β_2 -microglobulin och vita i urin samt proteinuri och hematuri.
- Uveit efter Streptokockinfektion: Barn och unga människor <40år. Nästan alltid bilateralt. Icke granulomatös, ibland bakre engagemang. Förhöjda streptokock titrar av antistreptokock lysin O.
- Andra orsaker: Syfilis, Borrelia, HIV-infektion.

Utredning

Utredning ej aktuell:

- * Förstagångs unilateral icke granulomatös irit (ej fibrin/hypopyon) utan okulära eller systemiska tecken på bakomliggande sjukdom.
- * Typiska okulära tecken som ger diagnos (ex Fuchs uveit syndrom).
- * Känd systemisk sjukdom som kan stämma överens med iritbilden (sarkoidos, ulcerös kolit, RA).

Utredning aktuell:

- * Bilat irit
- * Andragångs irit
- * Svår irit (fibrin/hypopyon)
- * Kronisk eller behandlingsresistent
- * Granulomatös irit

- * Del av intermediär alt bakre uveit.
- * Okulära eller systemiska tecken som pekar på *möjlig* diagnos.
- * Barn (<18 år, oavsett vilken irit) →- remiss till barnkliniken.

Att tänka på vid utredning:

- * Ej ”så mycket som möjligt prover” princip, då dessa prover kan vara kostsamma och missledande.
- * Riktad utredning, kliniska fynd styr.
- * Granulomatösa tillstånd kan ge icke-granulomatösa iriter.
- * Om icke-granulomatös irit + i övrigt frisk → endast HLA-B 27
- * Om HLA-B 27 neg eller granulomatös irit → uvea baspaket + röntgen pulm till att börja med.
- * Övriga prover/undersökningar vid behov efter ev konsultation med uvealäkare.

Behandling:

- Mydriaticum. Maximal pupilldilatation på mottagning.
Om synekier: Tropicamid, Fenylefrin, och Cyclogyl i 3 omgångar med 5 min mellanrum. Om fortfarande synekier Atropin-kokain salva (be jourssk). Därefter sätt in behandling med Atropin 1 % x 2.
Om inga synekier: Cyclogyl x 3. Mydriatika kan sättas ut när det finns bara lindrig irit.
- Isopto-Maxidex:
Vid kraftiga iriter första dygn: en droppe varje timme alternativt en droppe per minut under fem minuter upprepas varje timme.
Vid lindrigare iriter: varannan timme eller x 8 gånger dagligen.
Fulldos behandling tills ljusväg och celler <1+. Nedtrappning med en droppe varje 5-7 dagar.
- Gravida kvinnor kan behandlas med Isopto-Maxidex och Isopto-Atropin enligt Janus info.
- Om pat är känd steroidresponder ge trycksänkande direkt (ej prostaglandinanaloga)
- Om kraftig ensidig irit och dålig compliance kan subkonjunktival Kenacort ges.
- Vid försämring trots maximal terapi: Initialdos Prednisolon 60- 80 mg. Succesivt nedtrappning efter klinisk effekt.
- Ev insättning av DMARD (disease modifying antirheumatic drugs, ex Azatioprin, Methotrexate mm) efter diskussion med uvealäkare kan vara aktuell vid:
 - *återkommande iriter $\geq 3/\text{år}$
 - *kortisonögondroppar $\geq 1-2 \text{ dr/dag}$ $>6\text{mån}/\text{år}$
 - *aggressiva iriter
 - *förhöjt ögontryck p g a kortisonögondroppar

Uppföljning:

Återbesök;

- Första gångs irit uttalat med synekier kvar: nästa dag (1-2 dagar)

Kontrollera IOP, att inflammationen minskar och att synekierna har släppt. Därefter kontroll varje och senare varannan vecka tills iriten är utläkt.

- Första gångs irit lindrig utan synekier: 7- 10 dagar.
- Recidiverade iriter utan tryckproblem: 4 veckor eller inget återbesök om pat känner sig trygg. Glöm inte att lämna behandlingsschema med Isopto-Maxidex.
- Kronisk irit med tryckproblem: 4 veckor och ev tryckkontroller hos ssk innan.
- Pat ska alltid uppmanas att höra av sig innan den planerade tiden vid försämring.

Konsultera med uvealäkare på kliniken vid:

*Frågor kring kompletterande utredning med andra prover/undersökningar

*Svårbehandlade, täta recidiverande iriter

Remiss till reumatologen?

HLAB27 pos ingen indikation för remiss till reumatologen.

Remiss indicerad om det finns misstanke om reumatisk sjukdom.

Patient med HLAB27 pos och misstanke om Mb Bechterews kan remitteras till VC för klinisk bedömning av spondylartriten och vid behov insättning av smärtstillande. CT ländrygg/SI leder behöver ej ordinerar.

Referenser:

1. Jack J Kanski Clinical Ophthalmology, sixth edition
2. The Wills Eye Manual, office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease, Adam T Gerstenblith , Michael P. Rabinowitz, sixth edition
3. Yanoff & Duker Ophthalmology, third edition
4. Review of Ophthalmology, William B. Trattler- Peter K. Kaiser – Neil J Friedman, second edition
5. Anteckningar från Uvea specialist utbildning 2008
6. Anteckningar från ST-kurs Uveas sjukdomar nov 2015
7. PM rutin gällande irithandläggning på Mölndals ögonklinik. (och diskussion med Tommy Andersson)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Murat Tatenov, (murta1), Överläkare

Granskad av: Murat Tatenov, (murta1), Överläkare

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10102-675416934-153

Version: 9.0

Giltig från: 2026-05-27

Giltig till: 2028-05-27