

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Innehållsansvar: Ágnes Butsy, (gnebu1), Underläkare, ST

Granskad av: Mimmi Lindqvist, (mimli), Överläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-06-17

Giltig till: 2026-06-17

Akut irit – behandling och synekisprängning

Förändringar sedan föregående version

Komplettering av fynd.

Tillägg av SUN-kriterier för ljusväg och celler.

Tillägg av antiviral behandling kan vara aktuell om ögonbotten inte kan bedömas.

Tillägg behandling vid herpesirit.

Bakgrund och syfte

Adekvat behandling och utredning av uveit.

Utförande

Symtom:

Rött öga, värk, fotofobi, eventuellt synnedsättning.

Status:

Visus

Tonus:

- Hypotoni vanligt vid HLA-B27.
- Hypertoni vanligare vid granulomatös irit, framför allt vid virusuveit: HSV, VZV samt sarkoidos, toxoplasmos.

Precipitat:

- Små, diffusa som dagg (enstaka celler), icke granulomatösa.
- Större (ansamling av celler), granulomatösa.

- Distribution:
 - Nertill: Arlts triangel.
 - Över hela ytan: Fuch´s.
 - Lokalt: HSV-endotelit.

Icke-granulomatösa	Granulomatösa
HLA-B27	HSV/VZV
Idiopatisk	CMV
IBD	Possner Schlossmann
Psoriasis	Toxoplasmos
JIA	Syfilis
Behcet´s	Tuberkulos
TINU	Sarkoidos
(Fuch´s uveit)	Borrelia

Ljussvåg: Gradering av celler eller ljussvåg enligt SUN-klassifikation.

Grad	Antal celler
0	1
0,5+	1–5
1+	6–15
2+	16–25
3+	25–50
4+	>50

Ljussvåg	Mängd protein
0+	Inget
1+	Svag = precis detekterbar
2+	Måttlig = irisdetaljer klara
3+	Uttalad = irisdetaljer suddiga
4+	Intensiv = fibrinutfällning

Noduli:

- Vid pupillsöm (Koeppé), på irisytan (Busacca) eller trabekelverknoduli. Talar starkt för sarkoidos.

Hypopyon: HLA-B27, Behcet, endoftamit.

Synekier: Vanligt vid pupillen. Perifera kan förekomma.

Transillumination: Sektoriell atrofi talar för herpes. Kan förekomma vid IOL-inducerad uveit.

Glaskropp: Celler, grumlingar (till exempel snowballs eller snowbanks vid pars planit).

Retina: Infiltrat, ärr, vaskulit, makulaödem, tumör eller avlossning.

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

Behandling:

- Isopto-Maxidex 8–16 dagligen, beroende på inflammationsgrad, i cirka 4–5 dagar, tills tydlig symtomlindring. Sedan x 4 fram tills återbesök. Därefter successiv nedtrappning under cirka 3–4 veckor med 1 droppe per vecka. Periokulär steroidinjektion eller Prednisolon med initialdos 30–40 mg (0,5 mg/kg) kan behövas ibland.
- **Dilatation:** Cyclogyl 1x3 i 7–10 dagar (Atropin vid väldigt kraftig inflammation).
- **Synekier:** Maxdilatation: Ge Cyclogyl varvat med Phenylephrine var 5:e minut under 1 timme. (Om inte hjärtarytmi eller nyligen genomgången hjärtinfarkt). Eventuellt upprepa dagen efter.
- **CME:** öka Isopto-Maxidex till 1x8.
- **Recidiv:** Om täta recidiv kan man överväga långtidsbehandling med en steroiddroppe dagligen eller ännu glesare
- **Herpesirit:** Valaciclovir (Valtrex) 500 mg 1x2–3 i 2–4 veckor (alternativ Aciclovir 400 mg 1 x 5). Steroidroppar, ej mer än 1x4. Om tryckstegring ges trycksänkande behandling. OBS!!Ej topikal behandling (Xorox) mot uveit primärt. Om den tillhör herpes kan man börja lite längre in?

Om aktiv dendritika behandlas den först, därefter tillägg av Maxidex. Om den tillhör herpes kan man börja lite längre in?

Om svårbehandlad eller recidiverande ges Valaciclovir 500 mg, 1x2.

- **VZV:** Valaciclovir (Valtrex) 1000 mg x 3 i 7–10 dagar, steroiddroppar, trycksänkande behandling vid tryckstegring.
- **CMV:** Steroiddroppar 8 (räcker oftast 1x2). Akut recidiv: Ganciclovir gel (Virgan) 0,15 % 1X5i 3 veckor därefter 1x3. Om kronisk CMV överväg p.o. Valganciclovir (Valcyte) 900 mg 1x2 i 6 veckor, sedan halva dosen i ytterligare 6 veckor eller mer. Valcyte: Gott terapisvar under behandling, ofta recidiv efter utsättning. Biverkningar: Neutropeni, anemi, diarré. Blodstatus ska följas regelbundet. Undershållsbehandling: 450 mg 1x2.

Uppföljning:

- **Förstagångsirit:** Okomplicerad (inga synekier, inga tryckproblem). Åter om 1–2 veckor.
- Några dagar om uttalad inflammation.

Utredning:

Riktad utredning om andra symtom.

Om enbart främre uveit och anamnes och klinik i övrigt blank behövs ingen utredning.

Noggrann anamnes. Rygg/ledvärk? Inflammatorisk tarmsjukdom?
Urinvägsbesvär? Infektion? Hudbesvär?

Tänk till och överväg utredning vid bilaterala uveiter, bakre engagemang, fläskiga precipitat.

- Icke granulomatös, blank anamnes: ingen utredning
- Vid recidiv: HLA-B27
- Granulomatös:
 - Fuch's – ingen utredning.
 - Sarkoidos: Tas sarkoidos-kit (blodstatus, diff, CRP, SR, elstatus, leverstatus, el-fores (proteinfraktioner), s-ACE (separat pappersremiss)).
 - Atypisk: Irit, vid ev. hudslag tas syfilis-ak.

Remiss till reumatolog:

Inte indicerad enbart på grund av HLA-B27 positiv. Inte heller om egen utredning är blank och patienten inte har några symtom.

Remiss befogad om:

- Klinisk misstanke om reumatisk sjukdom.
- Recidiverande iriter som inte kan hållas i schack med rimliga kortison doser. Patienten kan då behöva annan immunomodulerande behandling i steroidsparande syfte.

Relaterad information

1. SK-kurs i uveasjukdomar 2023.
2. AAO Intraocular Inflammation and Uveitis 2018-2019.
3. Uvea ST-dag: Lena Sjödel 2020-10-14.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Innehållsansvar: Ágnes Butsy, (gnebu1), Underläkare, ST

Granskad av: Mimmi Lindqvist, (mimli), Överläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9725-959466179-3

Version: 8.0

Giltig från: 2024-06-17

Giltig till: 2026-06-17