

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Giltig från: 2025-05-26

Innehållsansvar: Ágnes Butsy, (gnebu1), Specialistläkare

Giltig till: 2027-05-26

Granskad av: Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

# Intermediär uveit

## Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighetstid.

## Bakgrund och syfte

Inflammation i glaskroppen samt perifera näthinnan i frånvaro av fokala retinala och bakre koroidala inflammatoriska lesioner. Oftast yngre patienter och bilateralt. Kan vara självbegränsande, men oftare återkommande eller kronisk inflammation. Syftet med denna rutin är att hjälpa till med att säkerställa diagnos, utreda och behandla intermediära uveiter.

## Utförande

### Symptom

Successiv synnedsättning, prickar i synfältet (floaters). Kan vara utan symptom. Oftast ingen smärta men hos barn kan det vara typiska iritsymptom med rodnad, ljuskänslighet och obehag.

### Kliniska fynd

Celler i glaskroppen, snöbollar, snowbankings, veninskidningar, ofta lindrig inflammation i främre kammaren med precipitat. Om kroniskt kan patienterna få cystiskt makulaödem (CME), glaskroppsbldning, neovaskularisationer, epiretinalt membran (ERM), papillit, amotio, katarakt, för högt ögontryck samt synekier och bandkeratopati.

### Diagnos

- Idiopatisk
- Sarkoidos
- MS
- Borrelia
- Syfilis
- Inflammatorisk tarmsjukdom
- TBC
- Lymfom

- Andra orsaker: toxocara, toxoplasma

### Utredning

- Anamnes och status styr val av vilka prover man tar.
- Blodprov: Blodstatus och diff, ACE, S-Ca, syfilis-serologi/VDRL, eventuellt serologi för borrelia, bartonella, toxoplasma eller toxocara, quantiferon/PPD.
- Lungröntgen/DT torax (sarkoidos/TB).
- MRI hjärna och orbita om neurologiska symptom (MS).
- Lymfommisstanke: På äldre patienter tas blodstatus inklusive diff. SR, elfores (M-komponent), diagnostisk vitrektomi, LP, MR hjärna och orbita.
- OCT (CME?).
- FA kan vara av värde för att tydligare se en vaskulit.

### Behandling

- Behandla bakomliggande orsak om sådan finns. Skicka remiss till lämplig mottagning.
- Inte alla behöver behandling. Behandlingsindikation: CME, glaskroppstraktion, perifera kärlnybildningar eller glaskroppsgrumlingar som stör synen. Om lindrig inflammation kan Dexametason-droppar testas.
- Första behandling är oftast periokulär eller systemisk kortisonbehandling.
  - Subkonjunktival-, subenons- eller retrobulbar injektion. Behandlingen kan upprepas med 1–2 månaders minimumintervall.
    - Subkonjunktival injektion: Kenacort (triamcinolone 40mg/ml) finns i läkemedelsförrådet. Sprutor och kanyler finns i skåpet på MÖL-rummet och i MiV-förrådet. Använd 2 ml spruta. Dra upp Kenacort med rosa kanyl utan filter. Injicera 0,5–1,0 ml med grå (alternativt gul) kanyl.
  - Intravitrealt kortison, Ozurdex, kan vara av värde för resistent fall.
  - Systemiskt kortison vid svåra, resistent eller bilaterala fall samt om patienter får svårreglerad tryckstegring av lokal kortisonbehandling. Börja med 1 mg/kg/dag (mest 60 mg) med långsam nedtrappning var 1–2 veckor tills dosen är under 10 mg/dag. Då även mer långsam nedtrappning. Innan insättning av per os kortison måste lungröntgen beställas för att utesluta aktiv tuberkulos. Glöm inte osteoporosprofylax vid långvarig kortisonbehandling (>3 månader).
- Om inte systemiskt kortison kan trappas ner eller om >3 månaders behandling med en kortisondos >10 mg förväntas kan immunomodulerande behandling behövas.
  - Om en systemisk inflammatorisk sjukdom finns ska patienten remitteras till reumatologimottagningen SkaS.
  - Om det finns behov av immunomodulerande behandling, lägg fallet till uveateamet i signeringsrum.
  - Kontrollprover ska tas innan insättning av läkemedlet. Se rutin: [Immunomodulerande läkemedelsbehandling, handläggning inför uppstart - ögonsjukvård.](#)
  - Om man inte känner sig bekväm att välja preparat görs detta i samråd med ögonmottagningen Mölndal eller reumatologimottagningen SkaS. Då skrivs remiss dit.

- Behandla eventuella komplikationer (laserbehandling, anti-VEGF, trycksänkande droppar, kataraktoperation, vitrektomi).

### **Uppföljning och prognos**

Ett första återbesök inom en vecka. Därefter kontroll var 1–4 vecka beroende på aktivitet. I den kroniska fasen glesas kontroller ut till var 3–6 månad. Kontrollera ögontryck samt eventuella komplikationer såsom CME, ERM, neovaskularisationer, traktion, amotio och katarakt.

Om patienten står på immunomodulerande behandling och är stabil i sin uveit ska patienten fortsättningsvis kontrolleras på ögonmottagningen minst en gång per år.

## **Käll- och litteraturförteckning**

Uveitis, Fundamentals and clinical practice, Robert B. Nussenblatt & Scott M. Whitcup, fourth edition, 2010.

Section 9 -Intraocular inflammation and uveitis och Section 12 - Retina and vitreous. 2018-2019 Basic and clinical science course, American academy of ophthalmology.

Practical uveitis, Understanding the grape, Gwyn S. Williams & Mark Westcott, 2018.

The Wills eye manual, office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease, Niga Bagheri & Brynn N. 2017.

Kanski's Clinical Ophthalmology, A systemic approach, Brad Bowling, 2016.

Uveitis. Color atlas and synopsis of clinical ophthalmology, Wills eye institute, Sunir J. Garg, 2012.

Babu BM, Rathinam SR. Intermediate uveitis. Indian J Ophthalmol.

2010;58(1):21–27. doi:10.4103/0301-4738.58469

Bonfioli AA, Damico FM, Curi ALL & Orefice F., Intermediate Uveitis, 2005, Seminars in Ophthalmology, 20:3, 147-154, DOI: 10.1080/08820530500232035

Lai, Wico W et al., Intermediate uveitis, 2002, Ophthalmology Clinics, Volume 15, Issue 3, 309 - 317

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Ögon ÖNH Käk Log

**Innehållsansvar:** Ágnes Butsy, (gnebu1), Specialistläkare

**Granskad av:** Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

**Godkänd av:** Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9725-959466179-37

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2025-05-26

**Giltig till:** 2027-05-26