

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Innehållsansvar: Ágnes Butsy, (gnebu1), Specialistläkare

Granskad av: Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-05-26

Giltig till: 2027-05-26

# Sarkoidos - ögonsjukvård

## Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighetstid.

## Bakgrund och syfte

Stöd vid utredning av sarkoidos/uveiter.

## Utförande

Idiopatisk granulomatös inflammation som kan drabba alla organ. Oftast debut i 20 till 50 års ålder. Mörkhyade högre prevalens än vita.

### Misstanke och utredning vid:

- Kraftig uveit med fläskiga precipitat, “candle-wax dripping” vid retinala vener, irisnoduli, konjunktivala noduli, perifer retinal neovaskularisation eller högt IOP.
- Snabbt återkommande iriter, utan känd bakomliggande autoimmun sjukdom.
- Samtidiga systemiska fynd som andningssvårigheter, feber, ledvärk, hudutslag, förstörade körtlar (inkluderat saliv- och tårkörtlar), viktnedgång, facialispares eller andra nytillkomna CNS-syndrom.

### Utredning:

- Lab-diagnostik:
  - Tas uveit baspaket (blodstatus, diff, CRP, SR, elstatus, leverstatus, proteinfraktioner (elfores). ACE (pappersremiss).
  - SR/CRP - Kan vara förhöjda.
  - Blod diff – Lymfopeni vid aktiv sjukdom.
  - Serum-CA - Förhöjd hos <10 %.

- Serum-ACE - Förhöjd hos 60–90 % med aktiv sarkoidos.  
NB! ACE-hämmare och kortisonbehandling kan ge falska låga värden. Barn har oftast höga värden (normalt) och är därmed opålitligt.
- DT thorax (beställ kreatinivärden inför undersökning).
- Vid hud- och slemhinneförändringar tar man biopsi eftersom detta är det enda test som kan ge definitiv diagnos.
- MR hjärna vid misstanke om neurosarkoidos.
- Genetik: HLA-DRB1. Vid klinisk misstanke om övrig utredning inte leder fram till vilken diagnos patienten har.
- Överväg FA/ICG - Flebit? Koroidal?
- Vid negativa fynd men fortfarande hög misstanke om sarkoidos kan man överväga FDG-PET vid nukleärmedicin på Skaraborgs Sjukhus Skövde (positiv Panda- eller Lambda-sign samt förhöjd ACE är 73 % sensitiv och 100 % specifik för sarkoidos). Eventuellt remiss till lungmedicin för transbronkial lungbiopsi eller bronkoalveolar lavage (ökad CD4/CD8 ratio) vid ospecifika fynd på DT thorax.

### **Behandling:**

- *Anterior uveit* – Topikala steroider och mydriatika enligt irit-PM. Vid utebliven respons ges Prednisolon per os med startdos 30–60 mg/dag (max 1 mg/kg). Långsam nedtrappning vid objektiv förbättring.
- *Posterior uveit, neovasc, bakre engagemang (med eller utan visuspåverkan) eller opticusengagemang* – Per os Prednisolon 30–60 mg/dag i nedtrappning beroende på sjukdomens intensitet.
- Glöm ej Alendronat veckotablett, Calcichew-D3 och eventuellt Omeprazol vid kortisonbehandling per os.
- Vid utebliven förbättring på steroidbehandling måste man leta efter andra orsaker till uveit.
- Kontakt med andra specialiteter vid systemiska fynd för utredning och behandling (hud, CNS, lungor, reumatolog) samt vid behov av annan immunomodulerande.

### **Återbesök:**

- 1–7 dagar efter insatt behandling, beroende på inflammationsgrad, därefter längre intervaller när man ser förbättring.

## **Käll- och litteraturförteckning**

Albert & Jakobiec, Wills eye, internetmedicin.

# 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:** SKAS9725-959466179-63

**Version:** 9.0

**Giltig från:** 2025-05-26

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