

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Innehållsansvar: Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

Granskad av: Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-05-23

Giltig till: 2027-05-23

Temporalisarterit med ögonkomplikation

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighetstid samt komplettering.

Bakgrund och syfte

Säkerställa rutiner vid misstanke om temporalisarterit.

Utförande

Äldre patienter, extremt ovanligt under 50 års ålder. De flesta patienter är över 60 år. Kan ge synnedbrott och även ögonmuskelpares, pupillrubbnings med mera.

Ögonmanifestationer av temporalisarterit

- Synnedbrott, ofta uttalad.
- Synnedbrott: 80 % beroende på optikusinfarkt, så kallad arteritisk AION, eventuellt PION 20 % centralartäroklusion.

Vare sig det rör sig om optikusinfarkt eller centralartäroklusion kan synnedbrottet först vara transitorisk, senare permanent. Risk andra ögat.

Övergående synstörning har beskrivits hos 30–50 % innan patienten får permanent synnedbrott. Symtomen stärker misstanken om temporalisarterit: amaurosis fugax, kan vara frekventa repetitioner, även sidoväxlande och varierande dubbelseende, episoder av synfältsdefekt.

- Dubbelseende på grund av ischemi, följer inte kranialnerverna. Kan även visa sig som INO = internukleär oftalmoplegi.
- Ptos, nystagmus eller störningar i färgsinne kan förekomma.

Diagnos

Anamnes – fråga specifikt efter:

Kraniella symtom

- Nyttillkommen/ny karaktär av huvudvärk? Värk, svullnad av tungan?
- Tuggclaudicatio?
- Skalpömhet? (vid kamning?).

Allmänna symtom

- Trötthet, viktnedgång?
- Feber?
- Värk/stelhet i kroppen?
- Känd PMR = polymyalgia reumatica?

Fynd

Synnedläggning ofta djup, oftast 0,1 eller mindre.

Afferent pupilldefekt

AION – ödematös papill. Vanligaste manifestationen av AAION. Orsakas av vaskulit i bakre ciliarartären (klassiskt blekt papillödem).

Vid NAION ofta liten papill med minimal exkavation (disc at risk). Synnedläggningen är ofta inte så djup som vid AAION.

Mjuka exsudat kan ses.

PION – 0 fynd.

Eventuellt ischemiska fläckar vid artäroklusion.

Motilitet, dubbelseende?

Palpera temporalisartärerna (förtjockad? Öm? Rodnad? Upphävd pulsation?).

Prov

B-SR >50, CRP >10–100 mg/l eller högre (CRP känsligare, särskilt i början av sjukdomen).

Normala SR och CRP kan ej helt säkert utesluta temporaliserit, speciellt om atypisk presentation.

Eventuellt temporalisbiopsi, (ultraljud?) – öron.

Behandling

Vid några timmar gammal ensidig synnedsättning eller om andra ögat drabbas:

Medicinkonsult kontaktas för övertag och Solu-Medrol-infusioner intravenöst. Dosering 500–1000 mg Solu-Medrol tre dagar i följd, man måste ta hänsyn till andra sjukdomar och ålder. Därefter Prednisolon 1 mg/kg.

100–200 mg Prednisolon/dygn vid några dagar gammal synnedsättning (tänk på nedtrappning).

Steroider ges direkt (vänta inte på temporalisbiopsi). Tänk på osteoporosprofylax och ulcusrisk.

Återbesök

Eventuellt något eller några återbesök på ögonmottagningen. Bör sedan skötas på vårdcentral. Ställningstagande om körkort?

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Innehållsansvar: Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

Granskad av: Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9725-959466179-64

Version: 9.0

Giltig från: 2025-05-23

Giltig till: 2027-05-23