

## Regional medicinsk riktlinje

# Handläggning av patienter med endokrin oftalmopati (EO)

## Bakgrund

Denna RMR täcker vårdkedjan för patienter i primärvården avseende diagnos och vidare till specialiserad vård för behandling och åter till primärvård se [Nationella vårdprogrammet \(NVP\) Hypertyreos](#) kapitel 17.

## Riskfaktorer

Radiojodbehandling, höga TRAk, högt FT4 vid diagnos, stress, manligt kön och ålder över 45 år är riskfaktorer för EO. Rökning innebär en 7,7 gånger högre risk för EO samt att patienten svarar på sämre på medicinsk behandling för EO. Patienten ska uppmanas till rökstopp.

Enkla råd bör ges av den som uppmärksammar ett tobaksbruk.

Patienten bör också erbjudas ett rådgivande samtal/ kvalificerat rådgivande samtal se [NVP vid ohälsosamma levnadsvanor](#).

## Egenvård

Högvisköst tårsubstitut bör rekommenderas, liksom solglasögon/keps vid ljuskänslighet och högläge vid ögonlockssvullnad. Vid uttalat dubbelseende när prismakorrektion inte räcker till kan ”piratlapp” köpas på apotek.

## Omvårdnad

Patientens kontaktsköterska på specialiserad endokrinologisk mottagning följer också patienten inom ögonsjukvården.

För patienter med en omfattande funktionsnedsättning till följd av EO har kontaktsköterskan en viktig roll. För patienten är det ofta svårt att hålla

reda på allt och navigera genom till exempel besök, regler, förslag, goda råd, livsstilsförändringar, behandlingar, biverkningar. Kontaktsköterskan finns som ett stöd för patienten och kan lyfta frågeställningar till de berörda i teamet runt patienten. Förändrat utseende som negativt påverkar patientens självkänsla, bestående dubbelseende, bestående nedsatt synskärpa, ljuskänslighet, tårögdhet och sekundär dålig synfunktion. Självordsfrekvensen är ökad i patientgruppen.

## Aktivitetsparametrar och svårighetsgrad

Alla patienter med EO ska värderas avseende svårighetsgrad och inflammatorisk aktivitet, Clinical Activity Score (CAS). Ange KVÅ: kod AV131. Endast patienter med aktiv ögonsjukdom förväntas svara på immunosuppressiv behandling. Val av behandling eller exspektans påverkas också av svårighetsgraden där man utöver aktivitet också väger in

- synnedsättning pga dysthyroid opticus neuropati (DON)
- exoftalmus med risk för expositionskeratit och korneal ulceration,
- dubbelseende.

För bedömning av aktivitet och svårighetsgrad vg se [NVP 17.4.1](#). Noggrann beskrivning av CAS finns på *Controversies in the clinical evaluation of active thyroid-associated orbitopathy: use of a detailed protocol with comparative photographs for objective assessment - Dickinson - 2001 - Clinical Endocrinology - Wiley Online Library* där det också finns en atlas att tillgå med specifik beskrivning kring vad som krävs för att 1 poäng ska ges.

## Clinical Activity Score (CAS)

Tabell 1. Clinical activity score (CAS)

Parameter	Poäng
1. Spontan retrobulbär smärta	
2. Retrobulbär smärta av ögonrörelser	
3. Ögonlockserytem	
4. Konjunktival injektion	
5. Chemos	
6. Svullnad av karunkel	
7. Ögonlocksödem/svullnad	
8. Ökning av exoftalmus $\geq 2$ mm	
9. Minskad ögonrörlighet $\geq 8$ grader	
10. Minskning synskärpa $\geq 1$ rad (Snellen)	

1–7 vid förstabetesök. 1–10 vid uppföljningsbesök på ögonmottagningen:

Förändring av punkt 8–10 under senaste 1–3 månaderna för att klassas som aktivitetstecken. (Nej = 0p, Ja = 1p) CAS  $\geq 3$  (av parameter 1–7) vid baseline innebär aktiv sjukdom. CAS  $\geq 4$  (av parametrar 1–10) vid uppföljning innebär aktiv sjukdom.

## Vårdnivå och remissrutiner

### Primärvård

Det är viktigt att patienterna blir omhändertagna på rätt vårdnivå och vid behov remitteras till specialistcentrum på högre vårdnivå. På primärvårdsnivå omhändertas patienter med lindrig EO. Patienten uppmanas till rökstopp, tårsubstitut rekommenderas och tyreoidapровер inklusive TRAk kontrolleras.

Vid misstanke om endokrin oftalmopati med mer symtom än gruskänsla, ljuskänslighet och ökat tårflöde remitteras patienten till ögonklinik (läns sjukhus). Remissen ska innehålla utförlig anamnes/status såsom dubbelseende, retrobulbär smärta i vila eller rörelse, konjunktival injektion, exoftalmus, ögonlocksödem, motilitet, synskärpa, funktionsnedsättning och påverkad livskvalitet.

## Specialiserad vård endokrinologi

Remittera till ögonklinik, länssjukvård med samma info som ovan men med tillägg för CAS, aktuell tyreoidesituation och resultatet på GO-QoL (specifikt livskvalitetformulär med fokus på ögonfunktion och effekter av endokrin oftalmopati) (KVÅ kod AV117). För mer information vg se [NVP kapitel 7.12](#), bilaga 3. För digital användning vg kontakta regionutvecklare för 1177.

## Specialiserad vård – ögonklinik länssjukhusnivå/regionsjukhusnivå

Patientens diagnos är inte alltid tydlig varför en allmän oftalmolog kan behöva bedöma patienten primärt för vidare handläggning. Alla patienter med CAS  $\geq 4/10$  eller  $\geq 3/7$  poäng och/eller medelsvår, svår synhotande EO bör remitteras från ögonklinik, länssjukvård till Multidisciplinär konferens (MDK) Ögonkliniken SU/Mölndal för bedömning inför insättning av systemisk behandling. Detta gäller också vid lägre CAS men med kraftigt nedsatt livskvalitet enligt GO-QoL

Remissen ska innehålla progress av ögonsjukdom, CAS, svårighetsgrad, synskärpa och anamnes tidigare sjukdomar inklusive tyreoidesjukdom och aktuell läkemedelsbehandling.

Vid misstanke/konstaterat synhot ring ögonkliniken Mölndal. Remiss till MDK för distansrådgivning kan skrivas vid behov, tex när patienten inte kan personligt komma till MDK.

På länssjukhusnivå ska två ögonläkare vara utsedda att ha huvudansvar för vården av patienter med EO. Dessa ska vara väl förtrogna med CAS och handläggning av dessa patienter i samverkan med regionsjukvården. Vårdstruktureringen är viktig för en harmoniserad, jämlik vård och snar och effektiv handläggning när det behövs.

## Viss högspecialiserad vård sker utanför regionen

Patienter med synhotande EO (DON eller corneala ulcerationer) som inte svarat på systemisk behandling remitteras till S:t Eriks Ögonsjukhus, Stockholm (utan NHV-uppdrag) för kirurgisk behandling med orbital dekompression av Ögonkliniken Mölndal sjukhus/SU. Orbital

dekompression på basen av exoftalmus görs också i Stockholm men i lugnt skede. DT-orbita utan och med kontrast ska utföras och bilderna ska länkas tillsammans med remissen.

## Diagnostik på ögonklinik

Avseende undersökningar, radiologi och laboratorieprover se [NVP kap 17.4](#). vid misstanke om DON kompletteras med

- färgseende (Ishihara)
- papill-OCT
- synfältsundersökning.

Vid misstanke om EO utan säkerställd Graves sjukdom ska TSH, S-fritt T4 och TRAk tas. TSI kan vara aktuell vid TRAk-negativa patienter för att säkerställa diagnosen. Vid avvikande laboratorieprover bör remiss skrivas till endokrinologen.

## Sjukskrivning

Patientansvaret avseende sjukskrivning för EO ligger primärt hos den specialiserade ögonenheten, men vid behov av rehabiliteringsinsatser bör samverkan ske med primärvården. En sjukskrivning till följd av EO kan bli långvarig och beslutsstöd saknas för Försäkringskassan, det är således viktigt med en tydlig rehabiliteringsplan se [NVP kap 19.2](#). För att vidmakthålla funktion och inte hamna utanför sin arbetsplats är det ofta klokt att stödja patienten till deltidsarbete, vilket kan underlättas av anpassningar på arbetsplatsen. Tänk på behovet av färdtjänst oavsett om sjukskriven eller inte.

## Medicinsk behandling

### Lindrig EO

Tårsubstitut (helst utan konserveringsmedel) x flera per dag (droppar, gel, salva).

### Medelsvår/svår EO

Första linjens behandling: Indikation och utvärdering görs på sjukvårdsregionalt MDK, dit remiss skrivs av ögonkliniken. Med fördel

närvarar hemmaklinikens endokrinolog/ögonläkare på MDK under specifik patient. Detta kan ske antingen på plats, eller via digital uppkoppling. Behandling kan ges på endokrinmottagning på länssjukhusnivå. Endokrinolog på MDK alternativ hemmaklinik avgör om eventuella kontraindikationer föreligger. Endokrinolog (på MDK alternativ hemmaklinik) ansvarar också för adekvat tyreoidehandläggning och osteoporosprofylax om kortisonbehandlingen blir långvarig, >3 månader. Vid medicinsk behandling går patienten kvar på regionssjukhusnivå (företrädesvis på MDK) tills sjukdomen är stabil. Samverkan med hemmakliniken och MDK bör ske kontinuerligt särskilt avseende rökning, livskvalitet och nedsatt funktionsförmåga med hjälp av primärvården för ett komplett [omhändertagande](#).

För dosering av metylprednisolon se NVP kap 17.5.4.

Den kumulativa nivån av i.v glukokortikoider bör inte överstiga 8g.

Kontraindikationer: viral hepatit, signifikant leverdysfunktion, allvarlig hjärt- och kärlsjukdom, psykiatriska sjukdomar, okontrollerad hypertoni och okontrollerad diabetes mellitus.

Risker: allvarliga leverbiverkningar, osteoporos.

Mellan 70 och 80 % svarar bra på behandling. Hos patienter som inte svarar alls, försämras under behandlingen eller får allvarliga biverkningar bör andra linjens behandling övervägas.

## Medelsvår/svår EO andra linjens behandling

Sköts på regionsjukhus. Var god se [NVP 17.5.4.2](#) för

- tocilizumab
- mykofenolat
- metotrexat
- rituximab
- retrobulbär strålbehandling.

Retrobulär strålbehandling används framför allt vid dubbelseende.

Kontraindikationer: trånga förhållanden i apex, DON, ålder <35 år, hypertensiv ögonpåverkan eller diabetesretinopati.

Remiss till strålenheten onkologen SU skrivs av ögonkliniken.

## Synhotande EO

Indikation diskuteras på sjukvårdsregional MDK eller med ögonläkare inriktade på EO på Mölndals sjukhus/SU och behandling genomförs på länsjukhus alternativt regionsjukhus. Faxe remissen eller ring.

Utvärdering sker på regionssjukhusnivå/ögonkliniken för ställningstagande till vidare handläggning med eventuell akut orbital dekompression vg se [NVP 17.5.5](#)- Kontraindikationer enligt ovan.

Metylprednisolon ges i.v (0,5) –1 g varannan dag x 6 gånger. Behandlingen ges under 2 veckor, därefter 500mg/vecka, den totala dosen bör inte överskrida 8g. Kontroll hos ögonläkare 1–2 dagar efter den tredje dosen. Vid klar förbättring - fortsatt med metylprednisolon i.v enligt ovan. Vid otillräcklig respons eller försämring - remiss till S:t Eriks Ögonsjukhus, ögonplastikteam för subakut orbital dekompression så snart som möjligt. DT orbita bifogas. Fortsätt med metylprednisolon iv enligt ovan.

## Kirurgisk behandling

### Subakut orbital dekompression vid DON

Subakut dekompression görs under den aktiva fasen av sjukdomen vilket innebär att immunosuppressiv behandling behöver fortgå. Svår värk kan i vissa fall också vara en indikation för orbital dekompression. Uppföljning sker efter 1 vecka hos inremitterande klinik (ögonkliniken, Mölndals sjukhus (regionssjukvård) för suturtagning, synkontroll och vidare beslut om fortsatt behandling.

### Rekonstruktiv kirurgi

Bör göras när sjukdomen bedöms som stabilt inaktiv. Finns behov av dekompression genomförs det först, därefter eventuell skelningskirurgi och sedan eventuell ögonlocksplastik.

### Rekonstruktiv dekompression

För orbital dekompression i proptosreducerande syfte se [NVP 17.5.6.1](#).

## Skelningskirurgi

Vid kliniskt signifikant ögonmuskelpåverkan med diplopi kan såväl prismakorrektion som ögonmuskelkirurgi vara aktuell se [NVP 17.5.6.2](#). Ögonmuskelstatus bör ha varit stabilt i minst 6 månader och sjukdomen bedömas vara i ett inaktivt skede. Beakta eventuell tvångshuvudhållning. Ingreppet bör göras på enhet med tillgång till ortoptist och skelningskirurg med erfarenhet av endokrin oftalmopati.

## Ögonlocksoperation

Förändringar på ögonlocken sekundärt till EO bör ske inom regionfinansierad vård. De ingrepp som kan bli aktuella är sänkning av övre ögonlock, höjning av nedre ögonlock med lateral uppsträckning alt inläggande av spacer, excision av överskottshud och fett samt eventuell tarsorafi. Detta sker på länssjukhusnivå.

## Klinisk uppföljning

Patienter med mild EO behöver inte följas upp inom ögon. Ses av endokrinolog om hypertyreosbehandling sker där alternativt inom primärvården. Uppföljning av svårare grader av EO är individuellt och beror på aktivitetsgrad samt behandlingsform.

## Kvalitetsuppföljning

Nedanstående diagnoskoder ska dokumenteras vid varje besök hos ögonläkare och endokrinolog för kvalitetsuppföljning.

E05.0	Tyreotoxikos med diffus struma
H06.2	Dystyreoid exoftalmus (inom specialistvården ska diagnosen anges när CAS är $\geq 2$ poäng eller svårighetsgrad är påverkad)
U97.2	Medelsvår/svår EO
U97.3	Synhotande EO
AV131	CAS-score
XS008	MDK (utan patient)
XS007	MDK (med patient)

# Innehållsansvarig

Samordningsråd Internmedicin.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Regional medicinsk riktlinje, RMR

**Gäller för:** Västra Götalandsregionen

**Innehållsansvar:** Helena Filipsson Nyström, (helfi1),  
Överläkare/Universitetslekt

**Granskad av:** Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

**Godkänd av:** Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

**Dokument-ID:** SSN11800-2140136717-900

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2025-11-26

**Giltig till:** 2027-11-26