

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Giltig från: 2026-02-17

Innehållsansvar: Beatriz Jimenez Gomez, (beaji1), Överläkare

Giltig till: 2028-02-17

Granskad av: Lada Kalaboukhova, (ladka1), Sektionschef

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5), Överläkare/Professor

# UVEA Irithandläggning

## Syfte

Syfte är att optimera diagnostik, standardisera handläggning, behandling av främre uveiter.

## Arbetsbeskrivning

### Noggrann anamnes

- Rygg/ledbesvär?
- Inflammatorisk tarmsjukdom?
- Urinvägsbesvär?
- Tidigare långvarig sjukdom? Infektion?
- Sår i munnen/ genitalier?
- Hudbesvär?
- Kontakt med djur?
- Fästingsbett? Biten / riven av hund, katt
- Läkemedel? Till ex. Bisfosfonat?

### Status

Visus.

### Tonus

Hypotoni vanligt vid HLA-B27.

Hypertoni vanligare vid granulomatös, exempelvis herpessimplex/zoster, sarkoidos, toxoplasmos.

### Precipitat

- Små, diffusa (enstaka celler) – inte granulomatös, exempelvis vid HLA B27, Behcet.
- Större (ansamling av celler) – granulomatös (TB, sarkoidos)
- Distribution nedtill exempelvis HLA-B27, över hela ytan – exempelvis herpesirit, Fuchs heterochromic iridocyclit

### Ljusväg

Homogen, kornig, fibrin, hypopyon.

| Grad | Antal celler |  | Ljusväg | Beskrivning           |
|------|--------------|--|---------|-----------------------|
| 0    | <1           |  | 0       | Ingen                 |
| 0,5+ | 1-5          |  | 1+      | Svag                  |
| 1+   | 6-15         |  | 2+      | Moderat, iris tydligt |
| 2+   | 16-25        |  | 3+      | Uttalad iris suddigt  |
| 3+   | 25-50        |  | 4+      | Intensivt, fibrin     |
| 4+   | >50          |  |         |                       |

### **Noduli**

Vid pupillsöm (Koeppé) eller på irisytan (Busacca), talar för sarkoidos. Kan även ses vid Fuchs.

### **Synekier**

Vanligt vid pupillen. Perifera främre kan förekomma.

### **Transillumination**

Sektorielt talar för herpes. Kan även ses vid IOL-inducerad irit och UGH.

### **Glaskropp**

Celler, grumlingar (exempelvis: ”snowballs” eller exsudationer ”snowbanks” vid pars planit). **OBS!** Enstaka celler i glaskroppen vid kraftig irit är ej pars planit/ vitrit!

### **Retina**

Infiltrat, ärr, vaskulit, maculaödem, tumor och serös avlossning?

### **OBS!!**

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

Om ögonbotten inte kan bedömas, överväg ARN (akut retinal nekros) eller bakteriell, kan vara indicerat antiviral och eventuellt även antibiotikabehandling.

### **Utredning**

#### **Icke granulomatös**

- Förstagångsirit med blank anamnes – ingen utredning.
- Vid recidiv x3, recidiv vid pågående nedtrappning av kortison ögondroppar eller långvarig behandling med kortison ögondroppar (>3 mån) bör initieras utredning: sarkoidos profil +

syfilis + HLA-B27. Om negativt och flera recidiv --> till uveateam för utredning.

### Granulomatös

- Fuchs? Behöver ingen ytterligare utredning.
- Sarkoidos? Sarkoidosprofil (tänk på eventuell behandling med ACE-hämmare), röntgen pulm. Eventuellt lysozym
- Om atypisk eller svarar inte riktigt på behandling– tänk på syfilis i första hand eller andra infektioner exempelvis Borrelia, TB, HIV.

### Behandling

- Maxidex x 8–16. Minskas successivt. Om uttalad irit kan Ultracortenolsalva läggas till natten. Anpassa till fallen: om känd diagnos och lindrig irit (5–15 celler) räcker med x6.
- Periocular steroidinjektion eller Prednisolon peroralt med initialdos 30–40 mg kan behövas ibland. **OBS!** Bara om infektion har redan uteslutits eller känd diagnos.
- Mydriaticum, CYCLOGYL. Ev Tropicamid x3. Vid synekier kan tropikamid/K-droppe (cyclopentolat och fenylefrin ges x 3 (om inte hjärtarytmi eller nyligen genomgången infarkt) + Atropin-Kokainsalva. Eventuellt upprepa nästa dag.
- Vid mycket lindrig irit kan Tropicamid ges till kvällen. **OBS!** Instruera då patienten att kontrollera att pupillen blir stor och rund.
- Om patienten brukar stiga i tryck vid Maxidexbehandling, sätt in trycksänkande direkt.

### Herpersirit

Valaciklovir 500 mg x 3 under cirka 4 veckor kan vara adekvat, om kraftigt irit, 1gr x 3 den första veckan och sedan minska. Om tidigare känd herperskeratit ska antiviralbehandling alltid ges. **OBS!** Om aktiv keratit behandlas keratiten först, därefter tillägg av Maxidex.

Om upprepade recidiv kan profylaktisk behandling Valaciklovir 500 x 2 övervägas. Skyddet kvarstår så länge patienten tar medicinen. **OBS!** Maxidex ges alltid med skydd av valaciklovir! Vid kända tidigare herpesinfektion **ALDRIG** droppar ensamma.

Kontrollera njurfunktion vid långa behandlingar.

## Återbesök

### Förstagångsirit

- Okomplicerad, det vill säga inga kvarstående synekier, inga tryckproblem, lindrig irit, åter om 1–2 veckor till JÅB eller egen ST-mottagning. Om mer uttalad irit åter inom <1 vecka till jouråterbesök. Om lugnt, se handläggning ovan.
- Ge alltid patienten besked att ta kontakt vid försämring!
- Om subjektivt bra (efter första kontroll), tonus bra och iriten läkt eller endast lätt kvarvarande inflammation behövs inte ytterligare återbesök. Informera om att det finns risk för recidiv och att patienten då ska kontakta ögonmottagningen direkt, inte gå via vårdcentral.

### Recidiverande irit

- Okomplicerad, patienten har inte haft tryckproblem och kan sin sjukdom, åter om ca 4 veckor till egen ST-mottagning, eller eventuellt uvea.
- Vid återkommande, täta recidiv återbesök till uveamottagning. Kan behöva annan immunmodulerande behandling för att spara kortison.

### Kraftig irit eller tryckproblem

Individuell bedömning, eventuellt i samråd med uvealäkare.

### Iritbehandling vid graviditet

Maxidex och Tropicamid används som vanligt.

(Se [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se). Rekommenderas för information om läkemedel vid graviditet och amning och även vid frågor om interaktion mellan olika läkemedel).

### Remiss till reumatologen?

Inte indicerad enbart på grund av HLA-B27 positiv (finns hos ca 10 % av befolkningen). Inte heller om egen utredning är blank och patienten inte har några andra symptom.

Remiss befogad om:

1. Klinisk misstanke på reumatisk sjukdom
2. Recidiverande iriter som inte kan hållas i schack med rimliga

cortisondoser. Patienten kan då behöva annan immunmodulerande behandling i steroidsparande syfte.

Dessa patienter bör först komma till uveamottagningen.

### Diagnoskoder

|        |  |
|--------|--|
| H20.0  | Akut irit (Varar <3 mån).  |
| H20.1  | Kronisk irit (Varar >3 mån).   |
| H22.0  | Irit sekundärt till infektion. Även infektionen kodas.                     |
| H22.1  | Irit sekundärt till andra inflammationssjukdomar. Även grunddiagnos kodas. |
| H40.0W | OH i samband med uveit.  |
| H40.4  | Glaukom sekundärt till uveit.  |

## Ansvar

Gäller alla ögonläkare på Ögonkliniken.

## Kunskapsöversikt

- Eye Wiki mars 191126: Herpes simplex uveitis. Marissa Larochelle John A, Moran Eye Center, University of Utah. Jessica Shantha, MD Emory Eye Center Atlanta Georgia.
- Arch Ophthalmol. 1996; 114:1065-1072. A controlled trial of Oral Aciklovir for Iridocyclitis Caused by Herpes Simplex Virus. The Herpetic Eye Disease Study Group
- New Engl J Med 1998;339:300-306. Acyclovir for the Prevention of Recurrent Herpes Simplex Virus Eye Disease. The Herpetic Eye Disease Study Group
- Clinical Ophthalmology 2015;9 1017-1028. Review: Current aspects on the management of viral uveitis in immunocompetent individuals.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje verkställighet

**Gäller för:** Verksamhet Ögonsjukvård

**Innehållsansvar:** Beatriz Jimenez Gomez, (beaji1), Överläkare

**Granskad av:** Lada Kalaboukhova, (ladka1), Sektionschef

**Godkänd av:** Madeleine Zetterberg, (madan5),  
Överläkare/Professor

**Dokument-ID:** SU9820-1156830909-126

**Version:** 17.0

**Giltig från:** 2026-02-17

**Giltig till:** 2028-02-17