

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Giltig från: 2026-09-08

Innehållsansvar: Stina Andersson, (stian5), Överläkare

Giltig till: 2028-09-08

Granskad av: Ylva Friberg Riad, (ylvfr), Överläkare

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

NEURO Jättecellsarterit (= GCA / Temporalisarterit) ögon

Syfte

Säkerställa rutiner vid misstanke om jättecellsarterit och förstärka samarbetet mellan Verksamhet Ögonsjukvård, Verksamhet Medicin och Verksamhet Reumatologi, Mölndals sjukhus, Område 3, SU.

Arbetsbeskrivning

Jättecellsarterit med ögonkomplikationer, Ögonkliniken

Ögonsymptom

- Synnedsättning, ofta uttalad.
- Övergående synstörning har beskrivits hos 30–50 % innan patienten får permanent synnedsättning. Symptomen stärker misstanken om jättecellsarterit;
 - amaurosis fugax, kan vara frekventa repetitioner, även sidoväxlande
 - varierande dubbelseende
 - episod av synfältsdefekt.
- Dubbelseende på grund av ischemi, följer inte kranialnerverna. Kan likna INO (= internukleär oftalmoplegi).
- Ptos, nystagmus, störningar i färgsinne kan förekomma.

Anamnes – fråga specifikt efter:

Kraniella symptom

- Nyttillkommen/ny karaktär av huvudvärk? Värk, svullnad av tungan.
- Tuggklaudikatio?
- Skalpömheter?

Allmänna symptom

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

Status

- Afferent pupilldefekt? (Obs! Kan även testas om ena pupillen är dilaterad).
- AION (anterior ischemic optic neuropathy) = opticusinfarkt. Vanligaste manifestationen av AAION. Orsakas av vaskulit i bakre ciliarartären. (Klassiskt blekt papillödem).
- Vid NAION ofta liten papill med minimal exkavation (disc at risk)
- Synen vid arteritisk-AION är oftast mycket dålig det vill säga 0,1 eller mindre. Vid idiopatisk AION är synnedsättningen ibland mindre uttalad.
- Ocklusion av centralartär, grenartär eller cilioretinalartär förekommer.
- Mjuka exsudat kan ses.
- Normal fundusbild utesluter inte diagnosen jättecellsarterit.
- Motilitet.
- Palpera temporalisartärerna. (Förtjockad? Öm? Rodnad? Upphävd pulsation?).

Jättecellsarterit drabbar äldre. Förekommer ej innan 50 års ålder. Efter 60 ökar incidensen.

Utredning

CRP känsligare än SR. >10 enligt reumatologernas riktlinjer (8).

(CRP 24,5 enligt Hayreh 1997 (12), har använts (5). Detta är ett medianvärde, oklart hur/varför detta har valts ut).

SR ofta mycket hög, >50, men normal SR utesluter inte diagnosen. Ses hos 7–20 % (9).

Kombination SR och CRP kan ge högre sensitivitet (11).

Hb (anemi?) (2).

TPK (>400) Kombination med CRP kan vara känsligare än SR (5).

IL-6 Verkar vara känsligare än SR för att påvisa sjukdomsaktivitet. Bra indikator för att följa aktivitet såvida patienten inte behandlas med tocilizumab (1, 6, 11). (Går inte att köra akut, görs en gång i veckan, men behöver tas före första steroiddosen eftersom värdet sjunker snabbt (1, 11)).

Viktigt att behandla snabbt och adekvat. Om en patient får en jättecellsariteritmanifestation på ett öga är risken störst att andra ögat drabbas under de närmaste dygnet/veckorna.

Handläggning på Verksamhet Ögonsjukvård, Mölndals sjukhus, SU av patient med misstänkt jättecellsariterit med ögonkomplikation.

- Äldre patient (> 50 år) på ögonjouren med akut synnedsättning skall prioriteras.
- SR, CRP, tas direkt av förundersökande journalsjuksköterska på varje patient > 50 år med akut synnedsättning och med anamnestalande för jättecellsariterit.
- Om tillräcklig misstanke finns på jättecellsariterit ska patienten omedelbart få 80 mg Prednisolon per os (oavsett vikt). Vid osäkerhet bättre att starta behandling än att vänta. Vid blodsocker >10 tas kontakt med medicinjour för råd angående steroidhantering.

OBS! Patienten ska ha sitt kortison utan dröjsmål.

- Följande prover ordinerar på Ögonsjukvården, finns i Labest under Temporalisariterit:

- SR, CRP (om inte dessa redan tagits, ligger separat i Labest)
- B-Glukos
- TPK (förhöjt hos cirka hälften)

- Reumatolog- eller medicinkonsult kontaktas. Medicin sköter Solumedrol-infusioner intravenöst (4, 7, 8, 10). Dosering 1000 mg Solu-Medrol 3 dagar i följd, man måste ta hänsyn till andra sjukdomar och ålder (8). Därefter Prednisolon 1 mg/kg.
- Remiss för ultraljud temporalis-screening (till Klinfys) och temporalisbiopsi (till ÖNH) skickas i första hand från Verksamhet Medicin.
- Återbesök till Ögon bokas inom några veckor. Uppföljning och information om vad synnedsättningen innebär. Körkortsfrågor.

Ansvar

Ögonläkare och sjuksköterskor på Ögonsjukvården SU. Särskilt viktig för alla som deltar i jourarbetet.

Ytterligare dokument

Det finns ett [Nationellt Kunskapstöd](#) som avser vårdförlopp GCA.

Referenser

1. Arthritis and rheumatism vol 43, nr 5, maj 2000, pp 1041-1048
Treatment of Giant Cell Arteritis. Interleukin-6 as a Biologic Marker of Disease Activity
2. Medicine vol 84, nr 5, september 2005, pp 277-290
Giant Cell Arteritis. Laboratory tests at the time of Diagnosis in a Series of 240 Patients
1. Rec Neurol Dis. 2008;5(3):140-152
The Treatment of Giant cell Arteritis
2. Rheumatology 2010;49:1594-1597
BSR and BHPR guidelines for the management of giant cell arteritis
3. Ophthalmology 2011;118:1201-1204
Giant Cell Arteritis: Laboratory Predictors of a Positive Temporal Artery Biopsy

3. Rheumatology 2015;54:1397-1402
Serum markers associated with disease activity in giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica
4. World J Clin Cases 2015 June 16;3(6):484-494
Giant cell arteritis: Current treatment and management
5. Svensk reumatologisk förening 2019 (reviderat 2018)
Riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning av jättecelsarterit (GCA)
6. Emedicine.medscape.com Giant Cell Arteritis, 9 oktober 2019
7. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis
8. Arthritis and rheumatism, vol 36, nr 9, september 1993, pp1286-1294.
Correlation of interleukin-6 production and disease activity in Polymyalgia reumatica and giant cell arteritis.
9. AJO 1997;123:285-296
Giant Cell Arteritis: Validity and Reliability of Various Diagnostic Criteria

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Stina Andersson, (stian5), Överläkare

Granskad av: Ylva Friberg Riad, (ylvfr), Överläkare

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

Dokument-ID: SU9820-1156830909-33

Version: 12.0

Giltig från: 2026-09-08

Giltig till: 2028-09-08