

Neurooftalmologiska akutdiagnoser

Gäller för: Ögonkliniken

Faktaägare: Cristin Holm
Karin Ylvén

Innehållsförteckning:

Oculomotoriuspares – Akut debut

AION. Akut debut

Horners syndrom. Akut debut

Hypofyapoplexi. Akut insjuknande.

1.1 Oculomotoriuspares – Akut debut

Viktigaste frågan: Är orsaken kompression d.v.s möjligen ett **aneurysm**?

Intern/extern oftalmoplegi. Olika kombinationer finns från 0 till komplett, ev intern respektive extern oftalmoplegi. Olika kombinationer har olika prioritet (från mycket låg till mycket hög). Man kan ha hjälp av en tabell vid prioriteringen:

| | | | | | | |
|--------------------|--------|--------------|---|------------|--------|--------------|
| komplett | intern | oftalmoplegi | + | komplett | extern | oftalmoplegi |
| komplett | ” | ” | + | partiell | ” | ” |
| komplett | ” | ” | + | 0 | ” | ” |
| inkomplett | ” | ” | + | komplett | ” | ” |
| inkomplett | ” | ” | + | inkomplett | ” | ” |
| inkomplett | ” | ” | + | 0 | ” | ” |
| 0 pupillengagemang | | | + | komplett | ” | ” |
| 0 pupillengagemang | | | + | inkomplett | ” | ” |

(Komplett oftalmoplegi intern + extern: pupillen max dil, total ptos, ögat nedåt/utåt).

Obs att (bakre kommunikat) aneurysm **kan** förekomma vid pupillpåverkan och pupillengagemang **kan** finnas vid arteriosclerotisk n III-pares.

- Överväg diff. diagnoser: TA – MPA?, hjärninfarkt, tumör, MS, trauma, hypofysapoplexi, oftalmoplegisk migrän.
- Kontrollera övr. kranialnerver: abducens, opticus, trigeminus (kornealsensibilitet), trochlearis.
- Vid misstanke om aneurysm: **akut** remiss till medicinkliniken för vidare handläggning.
Röntgenundersökning – CTA/MRA (ev MR) samt neurokirurgkontakt.

Vid mindre akut situation och sannolikt arterioscleros ex vis vid diabetes som orsak, kan fortfarande remiss till medicinakuten övervägas då påverkat at och värk/smärta inte är ovanligt. Alternativt remiss till VC, medicinkliniken/neurolog. Kontroll av SR och CRP göres först.

1.2 AION. Akut debut

Viktigaste frågan: NA-AION eller A-AION?

- I ca 10 % är arterit orsaken och risk finns för blindhet (andra ögat) inom dagar om ingen behandling ges.
- Prodromalsymptom med: HV, skalpömhhet, käkclaudicatio förstärker misstanken liksom fynden:
 - Uttalad synnedsättning, ofta <FR
 - Kritvitt papillödem (jfr NAION med ofta hyperemisk papill)
 - Tecken på retinal ischemi (bomullsexsudat, arteriella occlusioner)
 - Nedsatt chorioidal fyllnad (ischemi) på (eventuell) F-angio
 - Palpömhhet/svullnad över temporalisartär
- Vid **misstanke** om **TA**:
 - Akutremiss till medicinkliniken för behandling
 - Ev först SR + CRP, trombocyter
behandling med **steroider** skall **snarast** inledas:
 - Om synsymptom: Indikation för intravenös behandling med högdos steroider, på medicinkliniken Solu-Medrol 1 g/dag i 3 dagar, därefter p o behandling. Vid uttalade **bilat** synsymptom ges tabl. Prednisolon i engångsdos, (1 mg/kg kroppsvikt) till pat på ögonmottagningen.
 - Inga synsymptom: p o behandling med tabl. Prednisolon 1 mg/kg kroppsvikt och dag, inledes.

Temporalis**biopsi** konfirmerar diagnosen. Vid misstanken TA insättes steroidbehandling genast, innan biopsisvaret anlant.

1.3 Horners syndrom. Akut debut

- Ptos (både övre och nedre ögonlocket, ”pseudoptos”)
- Mios; oftast inte uttalad, typiskt med *dilatations-lag*
- Anhidros samma öga
- Miosen kan misstolkas som fysiologisk anisokori, eller gammal Adies pupill (pupillotoni).
- Ev pupilltest för att bekräfta diagnosen, se neda och spec PM ”pupilltester”.
- Vanligen benigna orsaker såsom per operativ lesion, kongenitalt; men mer maligna underliggande orsaker förekommer och måste uteslutas:
 - Malignitet: (Apikala) lung tum, metastaser, thyroidea ca.
 - Stroke: Hjärnstamslesion – har ibland inte så många andra symp
 - Aneurysm: Carotis längre upp. Ger Horners syndrom samt abducensparet (diplopi).

Utredning med:

- CT orbita
hjärna
hals
thorax
- Doppler av carotis (vertebralis) kärlen. Vid misstanke om **carotidisdissektion** som orsak, **dvs akut smärtsamt Horners**, doppler eller CTA **skut** pga risk för **stroke**. **Remiss** till medicinakuten.
- Om nytillkommet Horners men utredning neg: Följ pat ngt år.

Pupilltest vid misstänkt Horners syndrom:

- 1 droppe Iopidine (apraclonidin) i båda ögonen
- Vänta ca 50 min
- Pos: Hornerpupillen vidgas medan den ”friska” pupillen är oförändrad.

1.4 Hypofyapoplexi. Akut insjuknande.

- HV, hormonrubbningar, synstörningar.
- Kolla visus, SF, pupiller, papiller

Typiska SF-defekter: bitemporala defekter. Kan vara **atypiska:**

- Förutom SF-defekter, vanligen:
 - Svår H
 - V
 - Diplopi (tryck på kranialnerv/sinus cavernosus)
 - BT-stegring
 - Suddig syn (tryck på n opticus)

Andra symptom (hormonellt betingade): galaktorre (pga högt prolaktin), tillväxt händer/fötter.

Diff diagnoser: Tumor, aneurysm, MS-plaques.

Utredning med röntgenundersökning – akut MR.

Akutremiss med kliniken, för ev vidare remiss till neurokirurg.

Behandling: Förutom kirurgi, medicinsk/endokrinologisk, strålning, expektans. Regelbundna kliniska ögonkontroller där synfältsundersökningen är viktigast.

Ex: Kontroller varje ½ år; om ingen förändring/försämring på 1-2 år: Övergå till kontroller 1 gång/år.

Synprognos:

Om OCT visar NFL-förlust är det inte sannolikt att visus bättras efter behandling. Ibland kan dock visus snabbt bättras, vid ex vis tumör som bromokriptinbehandlas minskar tumörstorleken snabbt och visus stiger. Prognosen till slut beror av hur länge trycket varat, därför viktigt identifiera även atypiska chiasmasyntfält!