

## Steroidbehandling, systemisk, rutiner

**Gäller för:** Ögonkliniken

**Faktaägare:** Kristin Holm Överläkare, ögonkliniken, Karin Ylvén Överläkare, ögonkliniken

### Steroidbehandling

1. Peroral behandling
  2. Intravenös behandling
  3. Skelettstärkande behandling/profylax osteoporos
  4. Vid TAO (thyreoidea associerad oftalmopati) och TA (temporalis arterit):  
Se resp. PM
  5. Övrigt (högdos vid papillödem)
  6. Kontroller
  7. Steroidkur vid uveit-ME
- 
1. Vanlig dosering  $0,5-1,5 \text{ mg/kg kroppsvikt/dag}$  vanligen i *engångsdos* på morgonen, vanlig dosering 60–80 (ej >80) mg/dag. Vid långtidsbehandling ev. varannandagsdosering mot slutet, ex vis vid TAO, däremot olämpligt vid TA där dosen till och med kan uppdelas i 2–3 ggr/dag.
  2. Indikation för *intravenös* behandling som för peroral behandling med tillståndet svårare, samt akuta synhotande tillstånd redan initialt. Bättre effekt och färre biverkningar än vid peroral behandling. Vanlig dosering är *Solu-Medrol 1 g/dag*. Intravenös behandling vanligen inläggande.
  3. Vid steroidbehandling > 3 mån > 5 mg *Prednisolon/dag* insättes *profylax/skelettsparende* behandling: T Alendronat 70 mg 1 tabl/vecka + Kalcipos D-forte 1 x 1.
  4. TAO, TA; Se resp. PM! Ofta långtidsbehandling och långsam nedtrappning.
  5. Övrigt  
Högdos steroidbehandling, vid *papillödem*, ex vis IHH och snabbt uttalad synnervspåverkan/synnedättning;  
tabl *Betapred 2 mg*, 1 x 2, med nedtrappning var 3:e vecka.

6. *Blodprover*, ev. röntgen, före steroidbehandling/immunmodulerande behandling, viktigt utesluta infektion!
  
7. ”Steroidkur” Uveit-Makulaödem  
60 mg en vecka  
40 mg 2 v försök till nedtrappning under några månader tills underhållsdos 7,5 mg/dag

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare**