

Iriter/Uveiter - behandling

Behandling av icke infektiösa inflammatoriska ögonsjukdomar

Gäller för: Ögonkliniken

Faktaägare: Kristin Holm Överläkare ögonkliniken, Karin Ylvén Överläkare ögonkliniken

1. steroidbehandling
2. behandling av A. akut irit (AAU) och B. kronisk irit (CAU) C. obs irit
3. immunmodulerande steroidsparande behandling

Indikationer för och behandling av de vanligaste **inflammatoriska icke infektiösa** tillstånden. Oftast **uveiter**, men även keratiter, (epi)scleriter, orbitala inflammationer (t ex myosit), vaskuliter, hör hit. **Behandlingstrappa** modell vid behov av steroidsparande behandling.

1. Steroidbehandling

Förstahandsalternativet i de allra flesta fall. Snabb effekt och kontroll vid akuta tillstånd. Topikal behandling med cortisondroppar (dexametason) vanligen tillräckligt vid inflammationer av lindrigt/måttligt slag i främre segmentet; vid **bakre uveiter**/engagemang och/eller svårare tillstånd (t ex **vaskuliter**) indikation för systemisk steroidbehandling och/eller tillägg av immunmodulerande steroidsparande preparat.

Vid långtidsbehandling

*gastroprofylax
osteoporosprofylax
långsam nedtrappning av steroiderna*

för detaljer se PM ”[steroidbehandling, systemisk, rutiner](#)”.

2.A. Behandling av akut irit/AAU

Akut irit/Acute Anterior Uveitis/AAU

Topikala steroider och mydriatika är basen i behandlingen. Steroiderna minskar inflammation och värk genom att immobilisera iris och därmed risken för sammanväxningar/synekier. Cortisondropparna penetrerar ej längre bak än till linsen, men *kan* ha effekt längre bak vid t ex maculaödem (ME) vid kronisk irit. Vanlig dosering: Iopto-Maxidex x 3–12(24), beroende på svårighetsgrad och Cyclogyl 1 x 1–2. Långtidsbehandling med lokala steroider kan ha utläkande effekt vid steroidkänslig irit, t ex sarcoidosirit, långsam nedtrappning under något år. Högt tryck kan komplicera = *hypertensiv irit*. Iriten kan bli kronisk vid recidiv och synekier. Tryckstegringen beror av att pat. är steroidresponder eller att vissa iriter har tryckstegring som symptom, t ex vanligt vid herpes. Hypertensionen kan utvecklas till ett sekundärglaukom. Även cataract kan komplicera. Vid sammanväxningar ges i tillägg till/istället för Cyclogyl, i det akuta skedet, synekilösande behandling, s k ”hästkur”, intensivkur av dilaterande droppar. PM ”[Pupilldilatation iritbehandling, hästkur](#)”.

Indikationer för (övergång till) perorala steroider:

- aggressiva svåra iriter
- otillräcklig effekt av droppar
- behov av > 2 droppar/dag efter 3(6) mån
- > 3 recidiv per år. Obs vid iritkontroll tidigare än 3 mån: verkligen ett recidiv? Eller iriten ännu inte läkt? (En irit/AAU är inte utläkt förrän efter 3 mån).
- tillstånd där steroider behövs men droppar är olämpligt p g a kornealt status med epiteldefekter t ex vid (herpes)keratouveit.
- synhotande maculaödem (ME).

Maculaödem vid irit, vanligare vid kronisk irit. Kan komma när som helst under uveitförloppet, oftast i form av ett cystiskt ödem, *CME*, och är en vanlig orsak till synnedsättning vid AAU. Ses vid sarcoidosirit och pars planit t ex. Ibland kan en kur med peroral steroidbehandling ha god effekt:

Steroidkur vid uveit CME:

tabl Prednisolon 60 mg 1 vecka => 40 mg i 2 veckor => underhållsdos 7,5 mg/dag inom några mån. Bäst effekt om ME varat < 3 mån och pat. < 60 år. Visus > 0,3 (0,3 – 0,6).

2.B. Kronisk irit/Chronic Anterior Uveitis/CAU

Irit som varat > 3 mån.

Vid svårare, kroniska iriter och alla bakre uveiter d v s engagemang av glaskropp (vitreit) och/eller retina (retinochoroidit), indikation för peroral steroidbehandling, ofta i kombination med droppar, och utredning avseende bakomliggande orsak skall göras.

Ibland är inte perorala steroider tillräckligt eller ger biverkningar och behandling med steroidsparande antiinflammatorisk behandling får övervägas.

2.C. OBS iriter:

BARN:

Irit vid **JIA**. Diff. diagnos sarcoidosirit. Viktigt med tidigt ställningstagande till utökad behandling om t ex recidivtendens finns. Om behov finns av ytterligare behandling än perorala steroider rekommenderas vanligen Methotrexat eller Humira, i första hand. All behandling i samråd med barnkliniken.

Sarcoidos. Vid utredning kontroll av lysozym/se.

Recidiv av akut lymfoblastleukemi (ALL). *Recidivet* i form av irit i 28,3 %, jfr irit vid debuten av ALL där irit ses i 2,8 %. OBS Irit med pseudohypopyon, irisinfiltration, ”maskeradsyndrom”. Iriten kan vara det enda tecknet på ett recidiv som inte sällan är svårt att konstatera, därför viktigt att noggrant utesluta/påvisa skyndsamt ett recidiv. (Från årsmötet Söf Örebro 2019).

TINU. Tubulär intertestiell nefrit + uveit. Bilat icke granulomatös irit, i 15-årsåldern. Njursvikt och uveit. (Beta 2 mikroglobulin/se).

Hypopyoniriter: Vid pos HLAB27, Behcet, endoftalmit, leukemi.

Spondylartbrit (Sp A) -irit: Kombinationen av: AAU+ryggvärk+ <45 år vid iritdebuten => risk för SpA, om dessutom pos HLAB27 är risken 66 % att utveckla SpA efter 9 år. Remiss till reumatologen. Med samma bild men neg HLAB27 är risken 6 %.

En Prednisolonkur på initialt 30–40 mg ofta tillräckligt för att bryta ett iritskov.

Herpes/ARN-irit: Debutsymptom vid ARN (akut retinal nekros). Irit där de subj. besvären ibland är mycket uttalade och inte överensstämmande med graden av irit.

Behandling med immunmodulerande steroidsparande preparat

Tänk:

BEHANDLINGSTRAPPA:

(Umeåmodellen)

1. Steroider förstahandsval, trappsteg nr 1, för att uppnå kontroll i den akuta fasen
2. *Methotrexat (MTX)* eller annan antimetabolit (Imurel eller Cellcept) förstahandsval som alternativ till steroider, trappsteg nr 2.
3. **TNF-alfa hämmare om fortsatt otillräcklig effekt;** förstahandsval av de biologiska preparaten, t ex *Humira*, trappsteg nr 3.
4. Tillägg av annan TNF-alfahämmare.

Indikationer för immunmodulerande steroidsparande behandling:

- (intolerabla) biverkningar, otillräcklig effekt
- recidiv av ögoninflammationen
- vid behov av >10 mg Prednisolon/dag efter 3 mån.
- vid behov av >7,5 mg Prednisolon/dag som underhållsdos.

Behandlingsduration av/ utsättande av immunmodulerande medel

- långvarig behandling behov, vanligen flera år.
- det tar 6–12 veckor innan effekt.
- stabil medicinering först efter 3–4 mån.
- när medicineringen är stabil startas nedtrappning av steroider mot 0. Detta sker mkt långsamt under 6–12 mån.
- efter ytterligare 1–2 års behandling kan ev. minskning av immunmodulerande behandling inledas.
- obs! Ögonsymptomen kan förvärras under insättningsfasen.
- obs! Risk för försämring av ögonsymptomen efter utsättandet, klinisk kontroll därför 2 mån efter utsättandet.

- vid vissa tillstånd/svåra vaskuliter t ex Behcet insättes samtidigt som högdos steroider ett steroidsparande preparat (TNF alfa hämmare).

Översikt över de vanligaste läkemedlen som kan komma ifråga, information om läkemedlen, biverkningar, provtagning, samt övrig praktisk information samlas i en pärm, märkt "Uveitbehandling", som finns i behandlingsrummet A-sidan plan 6 ögonkliniken.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare