

## Opticusneurit, atypisk

**Gäller för:** Ögonkliniken  
**Faktaägare:** Karin Ylvén  
Cristin Holm

Differentialdiagnos till typisk - det vill säga MS associerad - opticusneurit, ska övervägas vid avvikande symtom, klinisk bild eller sjukdomsförlopp.

### Typiskt för ATYPISK OPTICUSNEURIT:

- annan åldersgrupp; <12 år, >50 år.
- ingen smärta
- progressiv synnedsättning, ej bättre efter 6 veckor
- recidiv snart efter eller under steroidnedtrappning
- samtidigt systemiska symtom/sjukdom
- MR => bakre opticus/chiasma engagerad

### 1.1 Utredning/provtagning

- Synfälts- och färgsinnesundersökning skall alltid göras.
- Kontroll av blodstatus/diff., CRP, SR, b-glukos, BT, blodfetter, elfores, B12, folsyra, homocystein
- Ev. FA, ICG (om inslag av uveit, vaskulit)
- **Infektion** skall alltid uteslutas som orsak:
  - Borrelia? Borrelia (förhöjt IgG är inte = aktiv infl)
  - Lues? Treponema pallidum (Tp), HIV kollas samtidigt
  - Tbc? Rtg pulm, quantiferon/se, PPD. För PPD remiss inf. klin.
  - Neuroretinit? Bartonella henselae (odling)
- **Ischemi?** - Obs! NAION/AION? Temporalisarterit se [PM arteriella occlusioner](#)
- **Neuromyelitis optica/NMO** – Antiaquaprin 4
- **Kompression?** – CT/MR för att utesluta expansivitet, MR för att påvisa MS, CT bäst vid endokrin oftalmopatisstanke

- **Inflammation; sarcoidos?** – Ca/se. ACE, lysozym (barn), rtg pulm/CT thorax ([se PM sarcoidos](#)), octreotidscintigrafi, PET-scan, HLA B27, HLA B51, RF, ANA, kadiolipin
- **Lebers hereditära opticusneuropati (LHON)?** – Genanalys avs 11778 (vanligast), 3460, 14484
- **Infiltrativt?** – Leukemi, lymfom bl. a. Lp, remiss underlag
- **Paraneoplastiskt?** – Autoimmunt? (Förekommer CV2/CRMP5-ak, MOG-ak, auto ak. Vid olika neuropatier i smb med malignitet).

De flesta prover finns att ordina i CC. Om inte, finns förteckning över aktuella prover i **provtagningsspärmen i behandlingsrummet A-sidan**, vilka prover som kräver pappersremiss och var remisserna finns.

## 1.2 Behandling

I samråd med medicinkliniken. Riktad behandling mot bakomliggande orsak om sådan hittas. I övrigt behandlas med **steroider**; oftast initialt intravenöst på samma sätt som MS-behandling: 3 dygn med 1 g SoluMedrol dagligen, därefter tabl Prednisolon 1 mg/kg kroppsvikt och dag. Nedtrappningen går långsammare, under 6-12 mån. Vid recidiv iv behandling.

Om ingen bakomliggande orsak kan konstateras och pat. bättre på steroider; **autoimmun ON.**