

## Opticusneurit, typisk

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

Typisk opticusneurit (ON) = ON vid demyeliniserande sjukdom = **MS associerad ON**. Association till MS (långtidsuppföljning) ca 75 %.

Typisk ON bör utredas med avseende på **MS**. Detta gäller såväl förstagångs- som recidiverande ON och oavsett om andra neurologiska symptom föreligger.

**Symptom: Synnedsättning, synfältsdefekter, papillödem, färgsinnesdefekter.**

- **Synnedsättningen:** Akut insättande, monokulär (barn bilat), värk/smärta (> 90 %) kan föregå synnedsättningen, värk och fosfener vid ögonrörelser. Synnedsättningen progredierar typiskt under första veckan för att därefter vända och bättras. Om ingen synförbättring inom 3 veckor: överväg annan diagnos?
- **Synfältsdefekten:** Vanligen ett centralscotom, bilat defekter om chiasma/bakre synbaneengagemang; kan ha många olika utseenden.
- **Papillödemet:** = papillit i 25 %, retrobulbärt engagemang i 75 %.
- **Dyskromatopsin:** Alltid. Kvarstår lång tid, ibland för alltid.

**Utredning:** Alltid, alla ON, med avseende på MS.

Ej känd MS: MR och remiss neurologen. Vi skriver röntgenremissen och bifogar svaret till tidigare avsänd remiss. Vanligen akut, men individuell bedömning.

Insättandet av steroidbehandlingen sköts av neurologen.

Känd MS: Hänvisning till neurologen efter kontakt med ögonkliniken, vid behov föregånget av ögonstatus.

**Behandling:** Steroider, högdos intravenöst initialt: SoluMedrol iv 1 g/dag i 3 dagar, (vanligen) följt av peroral behandling, tabl Prednisolon 1 mg/kg kroppsvikt och dag, i 11 dagar. Indikation är grav ensidig eller bilat synnedsättning, men individuell bedömning göres, i vissa fall kan behandling vid mindre uttalad synnedsättning bli aktuell, praktisk gräns kan vara 0,5. Alternativt högdos peroralt Methylprednisolon: 500 mg i 5 dagar, därefter nedtrappning under 10 dagar till 0. Obs att behandling med lågdos perorala steroider är kontraindicerat vid denna diagnos!

**Förlopp/uppföljning:** Synnedsättningen kan vara lindrig eller uttalad, i 3 % ej P. Följs tills visus stabiliserats, ung 3 mån, efter 6 mån torde ingen ytterligare förbättring av visus vara att vänta, men t.ex. synfältsdefekter kan åtminstone

partiellt kvarstå under lång tid, och *VEP* kan vara patologiskt ett år efter skov. Följes med *visus* + *SF* (*Goldmann* eller *Humphrey*) + *FS* under förslagsvis minst 6 mån, om inga förändringar glesa ut kontrollerna, med slutkontroll kanske 1 år, *visus* efter 1 år  $>0,5$  i ca 90 %.

*OCT* visar tunt nervfiberlager efter attack/skov.

*Recidivrisk* av *ON* ca 40 %. Färgsinnesdefekterna blir kvarstående lång tid, kanske för alltid.