

Temporalisarterit (Jättecellsarterit, cranialarterit)

Gäller för: Ögonkliniken

Inflammatoriskt betingade allmänsymtom gemensamma med PMA:

- allmän sjukdomskänsla, trötthet
- feber
- psykiska symtom
- anemi
- viktnedgång

Ischemiskt betingade symtom vid cranialarterit:

- huvudvärk (ytlig, ”ny”)
- skalpömhets
- tuggclaudicatio
- ögonsymtom

Ögonsymptom:

Det vanligaste symtomet är **synnedsättning**, som först kan vara transitorisk, dvs **amaurosis fugax**, för att senare bli bestående. Även **diplopi** pga ögonmuskelpares, eller diverse **pupillrubbningar**, kan förekomma.

Värk/smärta i eller kring ögat. Ett ovanligt symtom är **synfältsdefekter** (homonym hemianopsi) pga cerebral infarkt. Obs att så kallad ockult temporalisarterit förekommer, dvs extra okulära symtom saknas.

Synnedsättningen beror i ca 80% av **opticusinfarkt**, vanligen främre (A-AION), mera sällan bakre (PION), och i ca 20% av **centralartäroklusion**.

Diagnostik:

- typiska symtom hos patient 70-90 år.
- CRP, SR, trombocyter. SR oftast >40, ibland tresiffrigt. Kan vara normal i cirka 10%. Vid recidiv normal SR i 50%. CRP och trombocyter kan vara förhöjda medan SR är normal.
- RAPD (amblyop pupillreaktion) finns alltid om ensidig synnedläggelse.
- papillbedömning: blekt ödem vid AION, normal papill om PION. Andra papillen: "disc at risc" talar för NA-AION, fysiologisk exavation för temporalisarterit.
- retina: titta efter ischemiska fläckar/exsudat och blödningar
- temporalisbiopsi: om kvarstående klinisk misstanke om temporalisarterit trots negativ biopsi, gör biopsi andra sidan. Biopsin bör helst göras inom **2 veckor** efter inledd kortisonbehandling.

Behandling av temporalisarterit:

- Sätt genast in steroider vid misstanke om temporalisarterit.
- Remiss medicinakuten. Vänta inte på biopsisvar.
- Höga doser vid **synsymtom**: Initialt helst intravenös behandling 500-1000 mg SoluMedrol (250 mg x 4) i minst 3 dygn och därefter tablett Prednisolon 1 mg/kg kroppsvikt och dag.
- Avsikten med behandlingen är att rädda synen på andra ögat.
- Vid lägre misstanke, speciellt om synnedläggelse saknas, är några dagar gammal, eller vid symtom så som diplopi etc: tablett Prednisolon 40-60 mg dagligen eller 1 mg/kg kroppsvikt och dag.

Uppföljning:

- Steroiddosen så låg som möjligt, men patienten ska vara symptomfri, patientens symtom styr dosen. Viss stegring av SR kan tolereras om patienten är symptomfri.
- Höj dosen vid recidiv. Vid recidiv av synsymtom: intravenös behandling
- Varannandags dosering ej lämpligt vid temporalisarterit. Uppdelning av dagsdosen eventuellt i 2-3 doser.

Steroid nedtrappningsschema

- Minska dygnsdosen med 5 mg varannan till var tredje vecka till 20 mg x 1
- Minska dygnsdosen med 2,5 mg varannan till var tredje vecka till 10 mg x 1
- Minska dygnsdosen med 1,25 mg varje månad till 0.

(Alternativ till steroider. Tocilizumab/Roactemra är biologiskt läkemedel som sedan 2017 är godkänt på indikationen jättecellsarterit.)

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