

## Neurooftalmologi - akut

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

### 4 Akutdiagnoser:

1. Oculomotoriuspares
2. AION
3. Horners syndrom
4. Hypofystumör

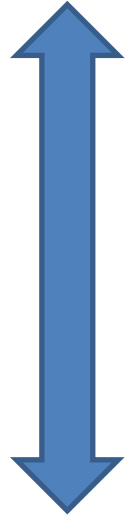
### Oculomotoriuspares. Akut debut

**Viktigaste frågan:** Är orsaken kompression d.v.s. möjligen ett aneurysm?

#### *Intern och extern oftalmoplegi:*

Olika grader finns, från 0 till komplett, av intern resp. extern oftalmoplegi. Olika kombinationer av dessa grader ger olika prioritet, från mycket låg till mycket hög, avseende risken att det skall röra sig om ett aneurysm som behöver akut omhändertagande.

Man kan tänka sig de olika kombinationerna av symptom/grader i form av en tabell, som hjälp i bedömningen:

komplett intern oftalmoplegi	+	komplett extern oftalmoplegi	prioritet	 mkt hög
komplett intern oftalmoplegi	+	partiell extern oftalmoplegi	prioritet	
komplett intern oftalmoplegi	+	0 extern oftalmoplegi	prioritet	
inkomplett intern oftalmoplegi	+	komplett extern oftalmoplegi	prioritet	
inkomplett intern oftalmoplegi	+	inkomplett extern oftalmoplegi	prioritet	
inkomplett intern oftalmoplegi	+	0 extern oftalmoplegi	prioritet	
0 pupillengagemang	+	komplett extern oftalmoplegi	prioritet	
0 pupillengagemang	+	inkomplett extern oftalmoplegi	prioritet	
				mkt låg

Kontrollera övriga kranialnerver/ögonnerver (abducens, troklearis, opticus, trigeminus).

**Akut komplett smärtsam intern + extern oftalmoplegi:** (pupillen max dilaterad utan ljusreaktion, total ptos samt bulben devierad utåt/nedåt): **Mycket hög misstanke om aneurysm.**

Obs att bakre kommunikantaneurysm **kan** förekomma utan pupillpåverkan och pupillengagemang **kan** finnas vid arteriosclerotisk oculomotoriuspares. Överväg diff. diagnoser: CGA? Hjärninfarkt? Tumor? Trauma? Oftalmoplegisk migrän? Hypofysapoplexi?

### Handläggning

**Akut remiss medicinkliniken/NK Lund, MR/MRA.**

#### **2. AION. Akut debut.**

Viktigaste frågan: NA-AION eller A-AION? Icke arteritisk eller **arteritisk ischemisk opticusinfarkt?**

#### **A-AION/GCA**

I ca 10 % är arterit orsaken och risk finns för blindhet inte bara i första ögat utan även i andra ögat om ingen behandling ges. Avsikten med behandlingen blir således oftast ett försök att rädda synen på andra ögat.

*Prodromalsymptom* med: Huvudvärk, skalpömheter. Käkclaudicatio förstärker misstanken liksom fynden med

Uttalad synnedsättning, ofta < fingerräkning

Kritvitt papillödem (jfr NA-AION där papillen inte sällan är hyperemisk)

Tecken på retinal och choroideal ischemi (Fluoresceinangiografi)

### Handläggning

Behandlingen är **högdos steroider**, och **vid minsta misstanke om GCA skall behandling inledas snarast. Akutremiss till medicinkliniken:**

Med *synsymptom*

Indikation för **intravenös steroidbehandling** med Solu Medtrol 1 g/dag i 3 dagar därefter fortsatt peroral behandling tabl. Prednisolon 1 mg/kg kroppsvikt och dag.

Med *uttalade/bilat synsymptom*

Som ovan, förslagsvis erhåller pat. på ögonmott. Engångsdos tabl. Prednisolon 1 mg/kg kroppsvikt som inledning på högdosbehandlingen enl. ovan.

*Inga synsymptom*

Behandling med tabl. Prednisolon (1 mg/kg kroppsvikt) inledes och pat. remitteras vidare för fortsatt utredning/behandling till medicinkliniken.

SR, CRP. Temporalisbiopsi konfirmerar diagnosen.

Vid *icke arteritisk* orsak, NA-AION: Remiss till medicinkliniken/VC för utredning/behandling av kända eller okända bakomliggande faktorer, vanligen arterioscleros. Högdos steroidbehandling har inget säkert värde i sådana fall.

Se i ö. PM ”GCA och ”AION”.

### 3. Horners syndrom. Akut debut

**Ptos** av övre ögonlocket + **mios**. Varken ptosen eller miosen brukar vara särskilt uttalad.

Anamnes samt typiskt fynd vid undersökningen av pupillerna/pupillen brukar vara tillräcklig för att kunna ställa diagnosen. Vid tveksamhet kan droppstest/pupilltest göras.

**Nytilkommet HS** skall utredas. Nytilkommet eller (congenitalt) nyupptäckt? Ibland svårt att avgöra.

Nytilkommet HS hos barn skall utredas med avseende på neuroblastom, remiss barnkliniken.

Vuxna med suspekt nytilkommet men ej akut HS utredes med CT orbita, hjärna, hals, thorax samt undersökning av halskärlen med i första hand duplex doppler. Vid ev. fynd vid utredningen remiss för vidare handläggning utifrån dessa. Om utredning inte påvisar någon förklaring: Kontroll 1 år för ny bedömning och ev. förnyad utredning spec. om progress av symptom.

Nytilkommet = Akut HS lättare att avgöra/påvisa om samtidigt andra symptom förekommer som t. ex. värk, dubbelseende, strokesymptom. Kan vara tecken på carotissjukdom:

#### **Akut HS som tecken på carotissjukdom:**

Carotisstenos. Om symptom <1–2 veckor, samt vid hopade TIA; akut remiss till medicinkliniken samt om signifikant stenograd *akut bedömning av kärlkirurg*. Strokerisk. För diagnos CTA/MRA.

Carotidisdissektion. Misstänk dissektion vid *akut smärtsamt HS*, spec. om trauma i anamnesen. Remiss akut medicinkliniken. De första 2 veckorna efter symptomdebuten störst risk för stroke. För diagnos CTA/MRA.

### 4. Hypofystumör. Akut insjuknande.

Symptom vid akut insjuknande/**apoplexi**:

- (svår) huvudvärk
- dubbelseende (tryck på kranial/ögonnerver i sinus cavernosus)
- blodtrycksstegring
- synnedbjudning/suddig syn (tryck på synnerver/chiasma)

- synfältsdefekter: Typiskt med **bitemporal hemianopsi**; defekterna kan vara *atypiska*:

- \* unilaterala defekter om tryck på distala synnerven före chiasma
- \* junction scotoma: Synnervskompression en sida och tryck mot chiasma andra sidan => centralscotom ett öga och temporal defekt andra ögat

Akut omhändertagande via medicinkliniken, efter akut MR för diagnos.