

Idiopatiskt intrakraniell hypertension och bilateralt papillödem

Gäller för: Ögonkliniken

Faktaägare: Sven Hector ST-läkare, Karin Ylvén Karin Ylvén överläkare ögonkliniken Växjö

Differentialdiagnoser vid bilateralt papillödem:

- Sinustrombos
- Intrakraniell rumuppfyllande process
- Meningit
- Idiopatiskt intrakraniell hypertension

1 Idiopatiskt intrakraniell hypertension

Vanligare hos unga överviktiga kvinnor. Symptom på ökat intrakraniellt tryck är huvudvärk, illamående, pulserande tinnitus, obskurationer (sekundkorta synbortfall), fotofobi och diplopi (ensidig eller bilateral).

1.1.1 Diagnos (Dandy kriterier):

- Symtom och klinik som tyder på ökat intrakraniellt tryck som ovan. (Papillödem obligat)
- Normal neurologisk undersökning förutom abducensparens och synpåverkan (visus och synfältsdefekter).
- Ingen annan orsak till intrakraniell tryckstegring normal DT/MR med venösa sekvenser (Se utredning, samt differentialdiagnoser)
- Likvor med öppningstryck $>25\text{mmH}_2\text{O}$ (barn $>28\text{mmH}_2\text{O}$) men med normal likvorkomposition.

1.1.2 Utredning

1. Visus, papillbedömning synfält (Goldmann eller 30–2) Ger oftast perifera synfältsdefekter och sparar centrum.
2. DT/MR med venösa sekvenser (utesluta venös sinustrombos och tumörer). Vanliga fynd är empty sella, tillplattning av ögongloben, vidgning av subarachnoidalrummet, stenosering av sinus transversus.
3. Blodprov (blodstatus, elektrolytstatus, thyroidea (P-TSH), P-Järn, P-Ferritin, SR och CRP.)
4. Lumbalpunktion mätning av trycket samt tappning. Analys av celler och protein.
Uppföljning med visus och synfältsundersökning **inte bara OCT papill.**

1.1.3 Behandling

Synpåverkan och/eller synfältsdefekter?

- **Ingen:** Viktreduktion och ögonkontroller.
- **Lindrig-Måttlig:** Viktreduktion och trycksänkande läkemedel. Vid försämring överväg kirurgi.
- **Allvarlig-synhotande:** Överväg akut kirurgisk åtgärd, Trycksänkande läkemedel.

Viktreduktion: 6–10% viktreduktion har visat sig räcka för att sänka det intrakraniella trycket.

Huvudvärk: remittera till neurolog eller vårdcentral. Stor risk för kronisk huvudvärk även om det intrakraniella trycket faller)

Trycksänkande läkemedel: Diamox 2-4g dagligen fördelat på två doser. Trappas upp över ca en vecka. Lägre doser kan räcka om hög dos inte tolereras. (informerar om biverkningar: stickningar i händer och fötter och runt munnen, metallisk smak, svårighet att tolerera kolsyrehaltiga drycker). Tillägg med Topiramet upptrappning i samråd med neurolog till 50mg x2.

Kirurgisk åtgärd: Remitteras till neurokirurgisk enhet. I första hand shunt om detta inte är möjligt kan fenestrering av optikusskidan vara en möjlighet. Gastric bypass och stent av stenoserad sinus transversus är också möjliga åtgärder.

1.1.4 Prognos och uttrappning.

Beror på visus och synfältsdefekter vid behandlingsstart. Vid god behandlingseffekt trappas trycksänkande behandlingen ut långsamt över månader eller kanske år. Recidivrisk är relativt stor.

1.1.5 Orsaker

Okänd men tillståndet drabbar oftare unga överviktiga kvinnor. Riskfaktorer för insjuknande är snabb viktökning, sömnapné, kronisk anemi, och medicinering såsom vitamin A behandling, tetracyklin, cyklosporin, minocyklider, doxacykliner, nalidixinsyra, sulfapreparat.

1.1.6 Referenser:

Neurooftalmology Illustrated 2nd edition V. Biousse, NJ. Newman.

Läkartidningen 2019;116:FI3R (Förslag till nationellt handläggningsstöd för utredning, behandling och uppföljning.)