

Opticusneurit (ON), typisk

Gäller för: Ögonkliniken
Faktaägare: Karin Ylvén
Cristin Holm

MS-associerad opticusneurit/MSON

ON vid demyeliniserande inflammation i synnerven/CNS

Symptom/fynd vid typisk opticusneurit:

Synnedställning

Akut insättande monokulär (barn bilat). Värk/smärta föregår s synnedställningen.
(> 90%), går över på någon vecka. Smärta och fosfener vid ögonrörelser.
Synnedställningen progredierar typiskt under första veckan (1-3 dagar) för att därefter vända och bättras. Synförbättring bör ha skett inom 3 veckor vid MSON.

Synfältsdefekter

Vanligen ett centralskotom, men kan ha många olika utseenden. Vid engagemang av bakre synnerven/chiasma kan bilaterala defekter förekomma.

Papillödem

Papillödem/papillit i 25 %, retrobulbärneurit i 75 %.

Dyskromatopsi

Alltid. Kvarstår lång tid, ibland för alltid.

RAPD

Ses alltid för monokulär ON.

Utredning

Alltid utredning med avseende på MS vid typiska fall, såväl förstagångs- som recidiv.
Association till MS (långtidsuppföljning) i 75 %.

Ej känd MS: Remiss till MR och till neurologen, vanligen akut, men individuell bedömning, frågeställning, MS, MR-svaret bifogas tidigare avsänd remiss. Patienten informeras av neurolog om sambandet med/risken för att utveckla MS. Eventuell iv steroidbehandling sköts av neurologen.
Känd MS: Hänvisning till neurologmottagningen, vid behov föregånget av ögonstatus.

Om *typisk bild* kliniskt och röntgenologiskt behövs t v ingen ytterligare utredning.

Förlopp/uppföljning

Typiskt förlopp avseende visus:

Första veckan efter symptomdebuten kan visus tom försämrats (1-3 dagar), därefter vara oförändrad under 1-2 veckor för att sedan relativt plötsligt vända och bättras, efter 3–6 mån vanligen stabilt, men viss långsam förbättring kan ses ett helt år efter genomgången ON.

Följs med visus, synfält, färgsinne, med allt glesare kontroller tills stabilt status, förslagsvis 6 (12) mån.

Vid utebliven förbättring/progredierande försämring av visus eller annat atypiskt i förlopp eller status skall utredning ske avseende annan bakomliggande orsak till ON – atypisk opticusneurit – se separat PM [”Opticusneurit atypisk”](#). Obs att den MR som gjordes akut vid debuten av synnedsättningen ej är tillräcklig för att ”påvisa/utesluta annan orsak till ON”, vid ev. vidare utredning.

Visus/slutvisus efter 6 mån >0,5 i 90%.

Synfält: Defekter kan åtminstone partiellt kvarstå under lång tid.

Färgsinne: Defekter blir kvarstående lång tid, kanske för alltid.

VEP: Kan vara patologiskt 1 år efter skov.

OCT: Visar tunt nervfiberlager efter attack/skov.

Några andra typiska symtom:

Uhthoffs fenomen - synförsämring vid kroppsansträngning (50%)

Pulfrichs fenomen – visuella objekt får ändrad bana (monokulär ON)

Internukleär oftalmoplegi (INO) – rörelserubbning, ett öga hänger inte med.

Vid blickriktning åt sidan följer inte det adducerande ögat med; det stannar upp och blir kvar i riktning (mer eller mindre) rakt fram, medan det andra abducerande ögat har full rörlighet, men med nystagmus. Bilateral INO talar för MS.

Behandling

Steroider bögdos, intravenöst initialt: Solu Medrol i v 1 g/dag (250 mg x 4 eller 500 mg x 2) i 3 dagar, därefter peroral behandling med tabl. Prednisolon 1 mg/kg kroppsvikt och dag i 11 dagar.

Indikationen är:

Grav ensidig, eller bilateral synnedsättning.

Ej indicerat vid ensidig synnedsättning men individuell bedömning; i vissa fall kan i v steroidbehandling ändå övervägas vid mindre uttalad monokulär synnedsättning, (en praktisk gräns skulle kunna vara visus 0,5).
Vid bilat synnedsättning kan genesen vara en annan än vid ensidig MS tex systemsjukdom och i de fallen kan steroider även av den anledningen vara värdefullt.

Alternativ till i v behandling: Högdos peroralt med tabl. Prednisolon 500 mg i 5 dgr, därefter nedtrappning under 10 dgr till 0.

Med intravenös steroidbehandling påverkas *inte slutvisus* (efter ett år). Endast en marginellt snabbare *återkomst av synen*.

Obs att **lågdos perorala steroider får anses kontraindicerat** vid denna diagnos.

CH 2020-04-05

Internetmedicin.se Jan Ygge 2019-05-09