

Pupiller - barn

Gäller för: Ögonkliniken

- Fullgångna barn (>30 v) bör ha normala ljusreflexer. Närinställningsreaktionen finns vanligtvis inte utvecklat hos små barn, svårbedömt därför vad eventuell avsaknad står för.

Leukokori: Innebär allvarlig patologi, i nästan 50% retinoblastom.

Dyskori: Deformerad pupill, till exempel vid iriskolobom.

Anisokori med normala symmetriska ljusreflexer:

- fysiologisk eller
- *Horners syndrom*, debut 0 - 4 veckor efter födseln: kongenitalt Horners. Oculosympatiska trådar sträcks i plexus brachialis i samband med svåra förlossningar. Heterokromi brukar ses som ett tecken på kongenitalt Horners. Ej färdigpigmenterat förrän vid ca 2 års ålder, vilket innebär att heterokromi före 2 år ej kan bedömas säkert. Barn <2 år och/eller i övrigt vid tveksamhet om kongenital Horners eller ej: Utredning med MR, (katekolaminer), för uteslutande av neuroblastom och andra tumörer. Akvireerat Horners syndrom är associerat med allvarlig patologi i upp till 50%. Vid *pupilltest* används *ej* apraklonidin (Iopidin 5%), som hos barn ger andningspåverkan, utan kokain (5%) som inte ger systempåverkan.

Anisokori med en stor, trögt ljusreagerande pupill:

- Irisanomalier (trauma, inflammationer, dysplasier).
- Tonisk pupill (status post vattenkoppor/ganglionit etc), vanligen unilateralt
- Farmakologisk mydriasis (åksjukeplåster?)
- Oculomotorius pares

Anisokori, där båda pupillerna är trögt ljusreagerande:

Viktigt kolla närreaktionen:

- Onormal närreaktion: generaliserad neuropati exempel diabetes, Miller-Fischer.
- Normal närreaktion = ljus-närinställnings-dissociation - dorsal midbrain syndrom måste uteslutas (MR hjärna/messencephalon).

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