

Pupillrubbningar

Gäller för: Ögonkliniken

En rubbning av pupillfunktionen kan bero på centralnervösa störningar, lesioner i nervbanorna till pupillen eller i iris. Pupillerna kan också användas för att objektivt testa det afferenta visuella systemet.

Några vanliga pupillrubbningar:

1. Anisokori med normal ljusreflex. Det finns två möjligheter, nämligen *fysiologisk anisokori* och *Horners syndrom*. I sistnämnda fallet är redilatationen långsammare än normalt i mörker, *dilatation lag*, och pupillen reagerar bättre på apraklonidindroppar, än det friska, d v s dilateras. Ytterligare utredning krävs eftersom syndromet kan förorsakas av maligna och benigna tumörer.

2. Aniskori med defekt ljusreflex och relativ mydriasis på ena ögat är betingad antingen av a) *parasympatikuslesion* eller av b) *perifer sfinkter pares*. I förstnämnda fallet a), kan det vara frågan om en *okulomotorius pares*, som vanligtvis också engagerar yttre muskler, eller en *pupillotoni*. En okulomotorius pares med pupillpåverkan kan vara ett symptom på ett intrakraniellt aneurysm, men pupillotoni är ofarlig. Dessa båda tillstånd kan skiljas åt genom att undersöka närinställningsreaktionen. Vid okulomotorius pares är närinställningsreaktionen och ljusreflexen drabbade i lika grad. Vid pupillotoni är däremot närinställningsreaktionen bättre bevarad än ljusreflexen (ljusnärinställnings-dissociation) och segmentella pareser kan påvisas vid undersökning i spaltlampa. Vid färsk pupillotoni kan dock även närinställningsreaktionen vara nedsatt. *Hypersensibilitet/denervationsöverkänslighet* för 0,1 % Pilokarpindroppar förekommer både vid okulomotorius pares och pupillotoni men inte vid perifer sfinkter pares.

b) *perifer sfinkter pares* ses vid exempelvis trauma och toxisk/farmakologisk påverkan.

3. Defekt ljusreflex bilateralt men normal

närinställningsreaktion (reflektorisk pupillstelhet) beror på lesion i dorsala mesencephalon. Om pupillerna är medelvida (4-5 mm), utgör denna pupillrubbing en del av det s k Parinauds syndrom (aquedukt syndrom, dorsal midbrain syndrome). Vidare utredning är obligatorisk. Om pupillerna är miotiska, kan det vara frågan om Argyll-Robertsons syndrom, vilket numera är mycket ovanligt.

4. Om **båda pupillerna reagerar dåligt för ljus då ena ögat stimuleras men normalt då andra ögat stimuleras** (relativt afferent pupillstelhet = RAPD) är det frågan om en ensidig *optikuslesion*. Det s k *swinging-flashlight*-testet är mycket användbart för att utreda en oklar synförsämring. Mediegrumlingar ger aldrig upphov till någon afferent pupilldefekt. En ensidig eller asymmetrisk lesion kan lätt upptäckas och graden av pupillpåverkan kan också mätas.

5. Se även PM "Pupilltest - farmakologisk".

Källa: "Pupillen i neurooftalmologin", Professor Helmut Wilhelm, UniversitÄts-Augenklirik, Tübingen.

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