

Temporalisarterit (jättecelsarterit, cranialarterit)

Faktaägare: Karin Ylvén
Cristin Holm

GCA och PMR förekommer ibland tillsammans. 20 % av patienterna med GCA har också symptom på PMR.

SYMPTOM

Symptom gemensamma med PMR, subakuta allmänsymptom såsom:

Subfebrilitet, trötthet, sjukdomskänsla, viktnedgång.

Vid GCA dessutom ischemibetingade symptom:

- Lokaliserad ytlig huvudvärk vanligen i tinningen, men värk i hjässa, bakhuvud, kind och kring örat (otit?) kan också förekomma
- Ömhet i hårbotten
- Tuggclaudicatio
- Aortabågssymptom 10–15 %
- Intracerebral artrit med stroke förekommer

Ögonsymptom

Ischemiskt betingad synpåverkan:

- Amaurosis fugax: Övergående bortfall av synen ibland recidiverande, vid engagemang av art centralis retinae.
- Syn/synfältsbortfall mer eller mindre bestående vid påverkan av synnervens artärförsörjning, från övergående synpåverkan till blindhet.
- Dubbelseende/ptos vid ögonmuskelpåverkan
- Blixtar, andra synfenomen, fotopsier, som tecken på retinal ischemi

KLINISKA FYND

- Ömhet/svullnad i skalpen, över tinningen, låggradig feber, allmänpåverkan

Ögonfynd

- Oftast är oftalmoskopifyndet normalt om inte tydlig varaktig synrubbnig finns, ibland kan ses exsudat eller mindre blödning som tecken på ischemi som ej drabbat synförmågan
- Papillödem pga. opticusinfarkt, partiell eller total med motsvarande bortfall av synfältet, typiskt med bågformade defekter nedåt/nasalt
- Blekhet och svullnad av näthinnan pga. uttalad ischemi, ibland ses embolier i retinas kärl, CRAO/BRAO (i central- respektive grenartär)
- Hypotoni, trögt ljusreagerande pupill, samt ljusväg/irit som tecken på ischemi i främre segmentet inklusive kammarvinkeln

UTREDNING/HANDLÄGGNING

Anamnes, status

SR, CRP. Normal SR förekommer. Specifikt blodtest för GCA finns inte. Blodtryck i båda armarna.

Akut remiss medicinkliniken, se nedan.

Remiss för biopsi art temporalis. Vanligen skriver medicinkliniken, dit patienten remitteras från ögonkliniken, remissen till ÖNH-kliniken. Biopsin bör helst tas inom en vecka från start av steroidbehandling, gärna samma dag eller nästa. B-glukos och rtg pulm kan bli aktuellt, inför steroidbehandling.

BEHANDLING

Vid **minsta kliniska misstanke på GCA** skall **högdos steroider** – vilket är enda terapin initialt – insättas.

1. Med synsymtom: Akut remiss till medicinkliniken/akuten för intravenös steroidbehandling (gärna även telefonkontakt):

- Metylprednisolon (Solu-Medrol) 500 eller 1000 mg/dygn intravenöst i 3 dygn. Därefter tabl. Prednisolon 60 mg/dag i minst en vecka eller tills symtomfrihet, därefter successiv sänkning.

OBS! * Remisser (biopsi, rtg etc.) får INTE fördröja initial behandling med steroider. Föreslår: Vid speciellt svåra symptom t ex blindhet eller hotande sådan, erhåller patienten redan på ögonmottagningen kortison-tablett Prednisolon 60-80 mg.

2. Utan synsymtom: Tablett Prednisolon 60-80 mg/dag i endos i 4 veckor, varefter successiv sänkning, se nedan ”uttrappning”.

Patient utan synsymtom skötes vanligen av primärvården eller medicinkliniken/reumatologen, beroende på eventuella övriga inflammatoriska symptom. Om inte patienten har några symptom från ögonen är det sannolikt att undersökningen utfaller normalt.

KONTROLLER

Behandlingsduration 1,5-2,5 år.

Kontrollerna/steroidbehandlingen brukar skötas av medicinkliniken/primärvården. Ögonkontroller så länge patienten har ögonsymptom och ett instabilt status, i övrigt vid behov. **Visus, tonus, ögonbotten – dilaterat** vid varje besök, **synfältsundersökning** inte så ofta. OCT kan vara värdefullt. Vid t ex opticusinfarkter är det viktigt att man inväntar stabila resultat på synfälten, av betydelse i körkortsärenden.

Steroidnedtrappningen (sköts av primärvården/medicinkliniken), en modell:

1. 40-60 mg i ca 4 veckor, till normalisering av SR och klinisk förbättring
2. Sänkning med 10 mg varannan vecka ned till 20 mg/dag
3. Sänkning med 2,5 mg var 2-4 vecka ned till 10 mg/dag
4. Sänkning med 1 mg varje eller varannan månad

Varannandagsdosering inte lämplig vid denna diagnos

En vanlig orsak till (ögon)behandlingssvikt är för snabb dossänkning/avslut. GCA har ett fluktuerande naturalförlopp vilket innebär att symptomgenombrott (synförsämringen) kan bero av för låg underhållsdos steroider, så vid synförsämring: Gå tillbaka till **steget över den senaste dosen där patienten var symptomfri**.

Vid uttalade besvär med recidiv av ögonsymptom som ej svarar tillfredsställande på medicinändring/ökning, eller problem med biverkningar vid det högre doser som patienten behöver, remiss till medicinkliniken/reumatologen för bedömning och ställningstagande till ytterligare behandling.

Tocilizumab (Roactemra) är godkänt för behandling av GCA, och rekommenderas som tilläggsbehandling till patient som uppfyller vissa kriterier. Ordinerar endast av reumatolog.

M 31.6

/CH

Ref: Internetmedicin. Reumatologen Uppsala. Uppdaterad 2020-04-24.

Giltig fr.o.m: 2018-10-12
Giltig t.o.m: 2022-11-25 00:00:00
Identifierare: 50086
Temporalisartrit (jättecellsartrit, cranialartrit)



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