

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h1>IRIDOCYCLITT</h1>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 03.07.2024/03.07.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 2.03
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Frank Jenssen	Dok.id: D21057

Betennelse i iris (iritt) eller iris og corpus ciliare (iridocyclitt). Vanligste betennelse i øyets fremre segment. Kan deles inn i granulomatøse og non-granulomatøse inflammasjoner.

Symptomer / anamnese:

- Raskt innsettende smerter, oftest ensidig, lokalisert til øyet/perioculært
- Palpasjonsømheter
- Fotofobi, sjelden tåreflod
- Tåkesyn

Funn:

- Redusert visus
- Ciliær injeksjon, evt generalisert rubor
- Miose
- Lavt IOP (evt høyt)
- Inflammatoriske irisnoduli ved granulomatøs inflammasjon (Busacca og Koeppe)
- Korpuskulær og homogen lysvei
- Keratiske presipitater (KP)
 - Små: non-granulomatøs
 - Store, fete: granulomatøs
- Lentikulære presipitater
- Bakre synekier, kløverbladspupille
- Hypopyon, fibrin i forkammeret
- Retrolentikulære korpuskler ved cyclitt (evt. "spill-over")
- Vitritt, papillitt, CME ved hissige iridocyclitt

Etiologi / differensialdiagnoser:

- **Non-granulomatøs:**
 - Idiopatisk
 - HLA-B27-assosierte lidelser som Mb.Bechterew, reaktive arthritter, inflammatorisk tarmsykdom, psoriasis
 - Sarkoidose
 - Traume (inkl. kirurgi)
 - Infeksjoner som HSV/VZV, Borrelia, Syfilis
 - Juvenil idiopatisk artritt
 - Fuchs heterokrom iridocyclitt
 - Behçet sykdom
 - Okulær rosacea
 - HIV
 - Leukemi
 - Fremre segmentsisemi (carotis interna-stenose)
 - Intraokulært fremmedlegeme
 - Tubulointerstitielt nefritt- og uveittsyndrom (TINU)
 - Paraneoplastisk syndrom

- **Granulomatøs:**

- Sarcoidose
- Syfilis
- Vogt-Koyanagi-Harada syndrom
- Sympatisk oftalmi
- MS
- Borreliose
- Tuberkulose
- Zoster ophthalmicus
- Lepra
- Toxoplasmose
- Juvenilt Xanthogranulom
- Leukemi
- Brucellose / Coccidiomycose
- Intraokulært fremmedlegeme
- Paraneoplastisk syndrom
- Idiopatisk

Utredning:

Førstegangs ukomplisert iridocyclitt trenger ikke utredes om det ikke er anamnestiske holdepunkter for systemsykdom.

Enhver granulomatøs iridocyclitt skal utredes, selv ved førstegangs anfall. Likeledes bilaterale iridocyclitter.

Utredningen tar utgangspunkt i nøye anamnese, og listen under er oppramsing av prøver som kan være aktuelle:

- **Blodprøver**
 - SR, CRP, ACE, Lysozym, S-Ca⁺⁺
 - Hvite med diff.telling
 - Syfilisserologi
 - HLA-B27
 - RF, ANA, ANCA
 - Borreliaserologi
 - Kreatinin og β2-mikroglobulin
- **Billeddiagnostikk**
 - Rtg. / CT thorax (spes. Ved mistanke om sarcoidose)
 - MR cerebrum
 - MR IS-ledd
 - Rtg. Colon / coloskopi
- **Annet**
 - PCR av kammervann mtp herpesvirus (HSV/VZV)
 - Biopsi av corpus vitreum
 - Mantoux-prøve/PPD (purified protein derivative)
 - Quantiferontest = QFT-TB (tuberkulose)
 - Urin stix (mtp TINU = tubulointerstitiell nefritt og uveitt)

Behandling:

Steroidbehandling viktigst. Avhengig av inflammasjonens alvorlighetsgrad.

- Lokale steroider x 6-8. Evt. Timedrypp eller halvtimesdrypp
- Supplere med steroidsalve til kvelden
- Cycloplegica for cycloplegi og for å forhindre bakre synekier
 - Cyclopentolat x 2
 - Atropin 1% x 1 – 2
- Steroidinjeksjon subconjunctivalt / subtenonalt (Celeston Chronodose eller Kenacort T) Eventuelt Ozurdex intravitrealt.

Bruke 1ml virkestoff, og blande med f.eks 0.5ml Xylocain 1%. Settes langsomt subconjunctivalt eller subtenonalt.

- Kenacort T = Triamcinolon 40 mg / ml
- Celeston Chronodose = Betamethason 3 mg / ml
- Ozurdex = Dexametason 0.7mg
- Systemiske steroider (Prednisolon) om hissig inflammasjon i dose 40 – 80 mg / dag. Barn 0.5 – 1.0 mg / kg / dag
- Ved høydose po steroider evt. supplere med Zantac 150mg x 2 profylaktisk
- Evt steroidsparende behandling med Methotrexate eller Cyclosporin A (Sandimmun Neoral)
- Evt. TNF α - hemmere
- Ved bakre synekier anlegge dilatasjonstampong fuktet med mydriatika i form av tropicamid, cyclopentolat, metaoxedrin og kokainklorid 4%. La tampongen ligge i 20 minutter før den fjernes. Kan evt. gjentas samme eller påfølgende dag.
- Ved forhøyet IOP vurdere trykksenkende medikasjon lokalt (ikke prostaglandinanaloger)

Oppfølging:

Hvor tett og hvor pasienten skal følges opp, avhenger av inflammasjonens alvorlighetsgrad.

Vurdere innleggelse om uttalt inflammasjon, og ved samtidig bruk av po steroider hos diabetikere.

Kontroll etter 1 – 4 dager, og gradvis nedtrapping av steroider etter behandlingsrespons (reduksjon av antall hvite blodlegemer i fremre kammer)

Kontroll 2 – 3 uker etter seponering av behandling for å avdekke evt. residiv.

Henvis pasientene til oppfølging hos avtalespesialist.

*ICD-10-koder:

H20.0	Akutt og subakutt iridocyclitt
H20.1	Kronisk iridocyclitt
H20.2	Fakoanafylaktisk iridocyclitt
H20.8	Annen spesifisert iridocyclitt
H20.9	Uspesifisert iridocyclitt
H22.0	Iridocyclitt ved infeksjonssykdommer og parasittsykdommer
H22.1	Iridocyclitt ved andre sykdommer klassifisert annet sted

Kryssreferanser

Eksterne referanser