

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til:03.07.2024/03.07.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 4.03
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Frank Jenssen	Dok.id: D21535

Betennelse i synsnerven grunnet demyelinisering, som kan opptre ved papillen (papillitt) eller bak papillen (retrobulbær nevritt). Tilstanden kan opptre isolert (idiopatisk) eller som en manifestasjon av multipel sklerose (MS).

Insidens på 1-5/100 000 per år, hyppigst i aldersgruppen 20-49 år, kvinner affiseres hyppigere enn menn.

Sykdommen gir oftest en subakutt unilateral synsreduksjon, men bilateral synsreduksjon kan også forekomme, samtidig eller sekvensielt (oftere hos barn).

Symptomer:

- Subakutt unilateral visusreduksjon (fra tåkesyn til manglende lyssans) som progredierer ilar dager til et par uker
- Moderate smerter ved øyebevegelse
- Redusert fargesyn
- Redusert kontrastsensitivitet
- Synsfeltsutfall
- Fotopsier
- Evt. ytterligere nevrologiske symptomer (parestesier, pareser, vannlatingsbesvær)

Funn:

- Redusert visus
- Svekket fargesyn ved Ishiara
- Synsfeltsdefekt, oftest sentralt eller parasentralt skotom
- RAPD (relativ afferent pupilledefekt)
- Normal (retrobulbær nevritt) eller ødematøs papille (papillitt hos 30-50% ved debut)
- Corpuskler i forkammer og corpus vitreum kan forekomme
- Retinal periflebitt kan observeres (assosiert med høyere risiko for utvikling av MS)
- Små flammeformede blødninger og bomullseksudater kan forekomme
- Pulfrich fenomen:
Endret persepsjon av bevegelige objekter.
- Uhtoffs tegn:
Forverrede symptomer ved fysisk aktivitet eller økt kroppstemperatur

Utredning:

- Nøye klinisk undersøkelse
- Oftalmologisk undersøkelse
- MR nevroakse (cerebrum og totalmedulla)
- VER
- Henvisning til nevrolog
- Blodprøver mtp differensialdiagnostikk (obs.utelukke infeksjon), OBS NMO
- Rtg. Thorax

Dersom MR undersøkelse og VER, i tillegg til klinikken, viser funn forenlig med demyeliniserende sykdom, bør pasienten henvises til spinalpunksjon (oligoklonale bånd)

Differensialdiagnoser:

- Infeksjon:
Borrelia, malaria, syfilis, tbc, meslinger, kuma, varicella, mononukleose og herpes zoster, hepatitt B, HIV, CMV.
- Inflammasjon: Fra hjernehinne (meningene), orbita og paranasale sinuser. Intraokulær inflammasjon.
- Vaskulære hendelser: Iskemisk optikusnevropati
- Kroniske immunopatier: SLE, polychondritt, mb. Crohn, ulcerøs colitt, panarteritis nodularis, Wegeners granulomatose og sarkoidose.
- Devic`s syndrom (neuromyelitis optica, NMO)
- Strålebehandling
- Nevroretinitt: parasitt, ødematøs synsnerve og stjernefigur i macula
- Toksisitet:
Ethambutol (ca. 2% får optikus-nevritt fra 1 mnd. etter beh.start ved Tbc, reversibelt ved sep.),
Kloramfenikol (systemisk), metanol og bly.

Behandling:

Metylprednisolon kan øke hastigheten og graden av restitusjon i synsstyrke ved akutt monosymptomatisk optikusnevritt, men det er ingen langtidseffekt. Bør gi behandling til pasienter som ikke har tavlesyn (innlegges i avdelingen). *Husk å utelukke infeksjon før behandlingen startes (rtg.thorax, infeksjonsparametere, temp, evt u-stix)*

Iskemisk hjertesykdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjertesvikt og ukontrollert hypertensjon må være utelukket. Konsultér eventuelt kardiolog.

Serum elektrolytter skal være normale.

Forsiktighet bør utvises hos pasienter med bl.a. aktivt magesår og/eller diabetes, se Fellekatalogens siste utgave.

Solu-Medrol i.v 1 gram x 1 i 5 påfølgende dager.

Zantac tbl 150 mg x 2 under behandlingen

Prosedyre Solu-Medrol-infusjon:

<https://handbok.helse-bergen.no/eknet/docs/pub/DOK19690.pdf>

Ved utskrivelse:

Nedropping med Prednisolon tabletter ihht skjema (60 mg i 2 dager, 50 mg i 2 dager, 40 mg i 2 dager, 30 mg i 2 dager, 20 mg i 2 dager, 10 mg i 2 dager)

Zantac tbl 150 mg x 2 under nedtrappingen

ON og MS:

Debuterende symptom hos 15-20% av MS pasienter. Etter 5 års oppfølging vil 30% av pasienter med ON ha utviklet MS, 39% etter 10 år

Oppfølging:

Avhengig av visus.

Dersom vedvarende visusreduksjon < tavlesyn: 1-2 uker etter avsluttet Solu-Medrol kur,

Ved bedring av visus til tavlesyn: 1-3 mnd.

Restitusjonen skjer hurtig initialt og er sannsynligvis knyttet til avtakende akutt inflammasjon og ødem og dermed redusert ledningsblokade gjennom synsnerven. Ved manglende bedring/ restutisjon etter mer enn 3 uker må man revurdere diagnosen.

<https://nevrologi.legehandboka.no/handboken/sykdommer/demyeliniserende-sykdommer/andre-demyeliniserende/optikus-nevritt/>