

 <b>HELSE BERGEN</b> <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<b>VIRAL KONJUNKTIVITT B30.8</b>	
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 04.07.2024/04.07.2026	
Organisasjonisk plassering: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 3.03	
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje	
Dok. ansvarlig: Morten Hove	Dok.id: D22409	

(Viral keratokonjunktivitt [B30.0])

### Symptomer:

Uttalt variasjon i grad av plager.

Fremmedlegemefølelse.

Svie.

Kløe.

Hevelse rundt øyet.

Rødt øye.

Vandig sekresjon.

Ved keratitt event. store smerter og lysømfintlighet.

### Anamnese:

Øvre luftveisinfeksjonssymptomer?

Andre affiserte i familie/nærmiljø?

Ensidig eller bilateral debut?

### Funn:

- Generelle funn som ved infeksjon i øvre luftveier.
- Palpable preaurikulær lymfadenopati.
- Rødt, hovent øyelokk (ofte mer enn ved bakteriell konjunktivitt).
- Serøst sekret i øyespalten eller uttalt vandig sekresjon.
- Også hvitlig puss i øyespalten forekommer.
- Konjunktival injeksjon eller blandings-injeksjon.
- Subkonjunktivale blødninger.
- Chemose.
- Follikler i conjunctivae palpebrae.
- Tynne, slyngete, irritert utseende kar i conjunctivae palpebrae.
- Pseudo-membraner (koagulert eksudat som løsner lett fra epitelet).
- Vanligvis en litt lettere affeksjon i det andre øyet, da gjerne etter ca en uke.

Hvis adenoviruskeratokonjunktivitt:

Stadium 1: Diffust utbredt punktat epitelial keratitt. Opptre innen 7-10 dager fra symptomdebut.

Forsvinner innen 2 uker.

Stadium 2: Fokale små subepiteliale lesjoner under de tidligere forekommende epiteliale punktformige forandringer. Derfor ofte fremdeles fluorescein-opptak.

Skyldes immunresponsen.

Stadium 3: Små anteriore stromale infiltrater. Ikke fluorescein-opptak. Kan bestå i måneder og år.

### Etiologi:

Finnes 41 ulike adenovirusserotyper.

19 av disse kan gi konjunktivitt.

- Adenovirus type 3, 4, 5 og 7:
  - Vanligste årsak til adenoviral keratokonjunktivitt.  
Vanlig hos barn. Gir faryngo-konjunktival feber (faryngitt, feber og konjunktivitt.).  
Uttalt vandig sekresjon, hyperemi, lett chemose, punktat epiteliopati, og hos 90% preaurikulær lymfadenopati, ihvert fall på en side.  
Total varighet ca 2 uker.
- Adenovirus type 8 og 19 og 37:
  - De varianter som gir epidemisk keratokonjunktivitt
  - Mer uttalte plager.
  - Vanligvis 1 til 3 ukers varighet av akutfasen.  
Ofte (alvorlig) keratitt (hos inntil 80%). Papiller og follikler  
Oftest ingen luftveissymptomer.

Andre virus som kan gi konjunktivitt:

Enterovirus 70, coxsackievirus A24, Newcastle disease, influenza A, Epstein-Barr, herpes simplex og molluscum contagiosum (se etter klassiske periokulære molluscer).

### Utredning:

Dyrkningsprøver fra konjunktiva:

Eget virusmedium med **rød** kork sendes til viruslaboratoriet. I utgangspunktet utføres da **PCR**-undersøkelse mtp adenovirus og Herpesvisus. Det må krysses av for begge deler. Laboratoriet velger tidvis med utgangspunkt i samme prøve også å utføre virus**dyrkning**. Dette avgjøres av laboratoriet og vi trenger ikke be om dette som rutine. Man kan ikke få utført bakteriologisk dyrkning med utgangspunkt i materiale innsendt på virusmedium.

Dyrkningsmedium for bakterier har **rosa** kork. Dyrkningsform må presiseres på rekvisisjonen. Man kan tidvis utføre PCR-undersøkelse med utgangspunkt i materiale innsendt på bakteriemedium.

Etter undersøkelse av suspekt viral keratokonjunktivitt vaskes spaltelampe og annet utstyr (som pas. har vært i kontakt med) med sprit. Innsettes dernest med Kloramin, som skal virke i min. 1 time. Bruk egen undersøkelsesenhet.

### Behandling/Håndtering:

Spontan bedring etter dager til uker. Finnes ingen kurativ terapi.

Seponere kontaklinser.

- Smitte-hygiene:  
Generelt antas smitteperioden å være rundt 12-14 dager fra debut av symptomer fra sist affisert øye.  
Smittes gjennom kontaktsmitte/hender (inkl. indirekte ved berøring av samme gjenstander) og dråpesmitte. Svært viktig med hyppig håndvask.  
Separate håndkler.  
Vurdere sykemelding (unngår å smitte arbeidskolleger).
- Profylaktisk antibakteriell behandling, for eksempel kloramfenikol x 6 o.u.
- Smerte-behandling:  
Paracet eller Paralgin Forte. Aldri lokale anestetika.
- Steroid-behandling?  
Ikke steroider hvis ikke infiltrater.

Hvis svært uttalte subjektive plager, liten tvil om diagnosen og klassisk klinikk med visusreduksjon pga infiltratene, kan kombinasjon av lokale antibiotika- og steroidholdige øyedråper gis.

I så fall hyppig dosering, for eksempel Spersadex med kloramfenikol x 6-8 per dag. Nedtrapping i tråd med behandlingsrespons, vanligvis ila uker.

Hvis ikke helt overbevisende klinikk, gi først antibiotika og avvent kombinasjonsbehandling antibiotika/steroider til etter at prøvesvar foreligger. Hvis svært langvarige plager og langvarig bestående infiltrater, vurder steroid-/antibiotikabehandling, selv om dette eventuelt ikke ble gitt i tidlig fase.

Trenger ikke gi en uke med lokale antibiotikadråper før kombinasjonsbehandling gis, da sekundær bakterieinfeksjon ved tidlig steroidbruk er svært sjelden.

**Oppfølging:**

Eventuelt kontroll minst 2 uker etter debut av symptomer på siste øye. Ved valg av langvarig steroid-behandling også senere, hovedsakelig mtp steroidglaukom.