 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	SKLERITT H15.0
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 04.07.2024/04.07.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 3.02
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Frank Jenssen	Dok.id: D22442

Kronisk, smertefull og potensielt blindende inflammasjon i sklera. Kan være diffus eller lokalisert. Unilateral eller bilateral. Anterior eller posterior. Ofte assosiert med autoimmune sykdommer. Mest vanlig i 40-50års alder

Symptomer / anamnese:

Uttalte, penetrerende smerter i øyet.
 Ømhet ved palpasjon og øyebevegelse.
 Radierende smerter til panne/bihuler og kjeve.
 Kun temporær effekt av smertestillende tabletter.
 Holder pasienten våken om nettene.
 Fotofobi og tåreflod.
 Redusert visus.

Anamnese:

Kjent autoimmun sykdom/vaskulitt
 Tidligere tilfelle av skleritt
 Stumpe/penetrerende traumer
 Tidligere øyekirurgi; spesielt om <1 år siden
 Medikamenter, for eksempel Fosamax
 Infeksjonssykdommer
 Diverse andre tilstander som atopi, rosacea, kjemiske påvirkninger

Funn:

Undersøkes makroskopisk i godt lys (helst i dagslys), og detaljert vha spaltelampe.
 Injeksjon mest uttalt interpalpebralt, og kan være sektoriell eller mer diffus.
 Dype kar, radiært forløpende, men også mer superfisiell injeksjon.
 Dype kar lar seg ikke bevege ved palpasjon med tørkespyd eller Q-tips.
 Superfisiell injeksjon avblekes ved å dryppe med Metaoxedrin. Dypere episklerale kar konstringeres ikke.
 Lettere å vurdere vaskulatur (grad av stuvning, neovaskulisering, avaskulær) i rødfritt lys.
 Immobiler sklerale noduli ved nodulær skleritt.
 Skleralt ødem
 Sklera kan være flekkvis fortynnet, og blålig på farge grunnet gjennomskinn fra choroidea.
 Palpasjonsømhet og smerter ved øyebevegelse.
 Redusert visus ved bakre skleritt med papilleødem, choroidale folder, blødninger og amotio

Annet:

Kornea-forandringer (inkl. perifer keratitt).
 Intraokulær trykkforhøyelse og eventuelt glaukom
 Uveitt
 Katarakt
 Serøs avløsning
 Proptose
 Økende hyperopi

Klassifikasjon:

- Diffus anterior skleritt:
Diffus og utbredt inflammasjon av anteriore sklera. Er den vanligste og mest godartete sklerittformen.
- Nodulær anterior skleritt:
Karakterisert ved én eller flere ubevegelige, inflammete knuter i fremre del av sklera. Ca. 20 % progresjon til nekrotiserende skleritt
- Nekrotiserende anterior skleritt med inflammasjon:
Uttalt smerte og skleral skade. Oftest ledd i kjent autoimmun sykdom (RA). Samtidig korneaskade gir sklerokeratitt
- Nekrotiserende anterior skleritt uten inflammasjon:
Scleromalacia perforans. Lite symptomer.
Assosiert med langvarig RA (♀).
Begynner med gulaktig nekrotisk område i sklera (rheumatisk knute). Etter hvert fortynning.
- Posterior skleritt:
Oftest ingen systemsykdom. Smerter og ømhet ved øyebevegelse.
Innskrenket motilitet (pga. myositt). Proptose.
Skleritt lokalisert bak ekvator. (Kan spres fra fremre skleritt).
Ledsages event. av serøs amotio, papilleødem, retinale blødninger, choroidalbukler og choroidalløsning.
Fortykkelse av øyevegg, og retrobulbær inflammasjon.

Patofysiologi:

Skyldes autoimmun dysregulering hos genetisk disponerte pasienter. Utløsende agens kan være infeksiose agens, endogene substanser eller traumer. Inflammasjon forårsakes av immunkompleksrelatert vaskulær skade (type III hypersensitivitet) og derved kronisk granulomatøs respons (type IV hypersensitivitet)

Etiologi:

Skleritt opptrer alene i 43 % og sammen med systemsykdom i 57 % av tilfellene:

- Autoimmune sykdommer:
 - Bindevevssykdommer etc:
 - Reumatoid arthritt
 - Ankyloserende spondylitt
 - SLE
 - Reaktiv arthritt
 - Psoriasis arthritt
 - Urinsyregikt
 - Inflammatorisk tarmsykdom
 - Polymyositt
 - Sjögren syndrom
 - Vaskulittsykdommer:
 - Polyarteritis nodosa
 - Allergisk angiitis (Churg-Strauss)
 - Wegeners granulomatose
 - Behçet sykdom
 - Kjempecellearteritt
 - Cogan syndrom

- Infeksiøst (7 %):
Bakterier (Pseudomonas, Borrelia, tbc), virus, sopp, parasitter.
- Diverse (2 %):
Fremmedlegemer, hypertensjon, atopi, rosacea, medikamenter (Fosamax), kjemisk påvirkning.

Utredning:

I henhold til mistanke om tilgrunnliggende årsak, og i samarbeid med annen aktuell avdeling

Lab:

SR, CRP, diff, RF, ANA, ANCA, HLA-B27, ACE, IgE, Urat, HbsAg, Luesserologi, Borrelia As etc

Billeddiagnostikk:

Rtg. thorax, Rtg IS-ledd, Rtg/CT bihuler, UL/MR øye
Fluorescein-/ICG-angiografi (ant/post)

Behandling:

Steroid øyedråper har ikke effekt, men kan benyttes for å lindre ubehag ved mildere sclerittformer; evnt i roligere fase for å forhindre oppbluss. Fare er utvikling av steroidindusert glaukom og katarakt.

Subkonjunktival steroid-injeksjon er kontraindisert. Ved nekrotiserende skleritt kan perforasjon forekomme.

- Diffus/Nodulær anterior skleritt:
NSAIDs kan være effektivt, f.eks Naproxen 250-500mg x2; spesielt om høy flow ved ant. segment Fluorescein-angiografi. Om ikke fullgod effekt, kan annet NSAID forsøkes. Behandlingen fortsettes til god respons. Respons skal sees etter 48 timer. Om ingen respons eller karokklusjon på Fluorescein-angio, skal systemiske steroider eller andre immunmodulerende medikamenter benyttes: Prednisolon 1mg/kg kroppsvekt (Max 80mg/dag) i opptil 4 uker, deretter:
 - nedtrapping med 10mg pr uke til 40mg/dag
 - etter 1 uke på 40mg/dag, nedtrapping med 5mg pr uke til 20mg/dag
 - etter 1 uke på 20mg/dag, nedtrapping med 2.5mg pr uke til 10mg/dag
 - etter 1 uke på 10mg/dag, langsom nedtrapping til dosen når 5mg/dagEvnt supplement med Methotrexat, Mycofenolat mofetil, Cyclofosamid eller Cyclosporin ved manglende terapierespons.
Evnt TNFalfa-hemmere (Infliximab, Adalimumab)

- Nekrotiserende anterior skleritt:

Systemiske steroider og immunmodulerende medikamenter. Evt. 500-1000mg Solu-Medrol iv om uttalt nekrose eller synstruende bakre skleritt. Om ineffektivt kan dette gjentas med 1-3 dagers intervaller til til sammen 3 doser. Eventuelt i kombinasjon med iv Cyclofosfamid-støt.

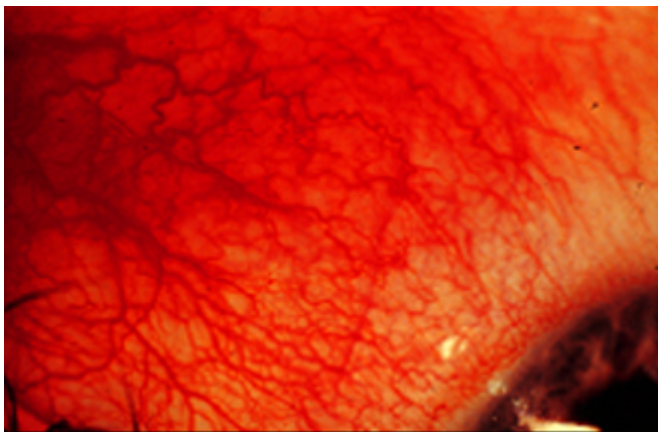
- Bakre skleritt:
NSAIDs, systemiske steroider og immunmodulerende medikamenter.

Ved skleritt som følge av infeksjoner, må infeksjonen behandles.
Obs. vernebriller om uttalt scleromalacia perforans.



Nodulær anterior skleritt

(Reza Dana, MD)



Diffus anterior skleritt

(Reza Dana, MD)