

# Riktlinjer vid undersökningar utförda av optometrister och optiker i Sverige

## *Hantering av patienter med Irit*

Författare: Karin Westerlund, Magister i Klinisk Optometri

Reviderat/Granskat av: Ögonläkare Amin-Robert Kassem

Godkänt för publicering, datum: 191218



**Optikerförbundet**

## **Allmänt om kliniska riktlinjer**

### **Avsikten med kliniska riktlinjer**

Kliniska riktlinjer är framtagna för att ange riktlinjer för en minsta nivå för hur undersökning och/eller bedömningar respektive åtgärder bör utföras vid hantering av patienter av olika kategorier som Optikerförbundet efter bedömning fastställt ska gälla i Sverige.

Riktlinjer är omfattande men kortfattat beskrivna. Referenser är inkluderade. Respektive optometrist /optiker är ansvarig för att upprätthålla denna minsta nivå samt att göra de kompletterande undersökningar som kan krävas i det enskilda fallet eller om nyttillkommen kunskap visar att så bör ske.

Kliniska riktlinjer revideras löpande.

### **Optiker och optometrister**

I Sverige finns sedan september 2016 optiker med behörighet att rekvirera och administrera läkemedel vid sina undersökningar. Dessa optiker har rätten att använda titeln optometrist i Sverige, vilket överensstämmer med den internationellt använda titeln.

Titeln optometrist används bland annat av Region Skåne (Melin, 2019). För att inte skapa oklarhet avseende titeln optometrist, får inte andra än de som har behörighet som optiker att rekvirera och administrera läkemedel, använda titeln optometrist.

Optometrister utgör idag ca 15% av den totala yrkeskåren av optiker. Denna andel är i stigande.

Optometrister och optiker är de som utför majoriteten av primära ögonundersökningar i Sverige (<http://www.ecoo.info>, 2017).

Optometrister och optiker har en viktig funktion i den svenska ögonhälsovården.

## Innehåll:

<a href="#">Tillståndet/Sjukdomen Irit</a> .....	4
Tillståndet/Sjukdomen Irit.....	4
Symptom .....	4
Kliniska fynd.....	4
Undersökningsrutin .....	5
Differentialdiagnoser.....	5
Remittering.....	5
Källförteckning/Litteraturförteckning.....	6
<i>Bilaga 1</i> .....	7

## Tillståndet/Sjukdomen Irit

Irit, även kallad främre uveit eller regnbågshinneinflammation är den vanligaste formen av uveit. Irit är en immunologisk reaktion som primärt engagerar iris och drabbar till störst del i övrigt friska patienter. Den vanligaste formen är akut irit där orsaken ofta är idiopatisk eller HLA-B27-relaterad, vanlig är Mb Bechterews. En annan form är kronisk irit som oftare är kopplad till annan systemisk sjukdom. Exempel på sjukdomar som ger en ökad risk att utveckla irit är sarkoidos, ulcerös colit, Crohns sjukdom, psoriasis och psoriasisartrit. Irit kan uppkomma i alla åldrar men vanligare bland personer i arbetsför ålder. Ju längre patienten går obehandlad desto svårare är iriten att behandla och därför är det av vikt att patienten får en omgående hänvisning vidare till akut ögonsjukvård. Prognosen är ofta god för akut irit om adekvat behandling tillhandahålls, dock inte ovanligt att tillståndet återkommer. Mer varierande prognos gäller för den kroniska iriten.

Detta dokument beskriver rutiner för undersökning av patienter med misstänkt eller konstaterad Irit. Det är upptill den enskilde legitimerade optikern att vid varje tillfälle bedöma om ytterligare undersökningar och/eller åtgärder behöver vidtas och att i detta sammanhang alltid agera i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

## Symptom

### *Akut Irit*

Oftast sker en snabb debut inom loppet av en till två dagar. Inflammationen är nästan alltid unilateral med kraftig ciliär/perikorneal injektion med symptom som fotofobi och kraftig värk där smärtan kommer av pupillsammandragningen. Akut irit ger ingen varig sekretion, däremot ökat tårflöde. Ljusväg ses i främre kammaren, då med risk för höjning av det intraokulära trycket. Dimsyn till måttlig påverkan av synskärpan kan förekomma.

### *Kronisk Irit*

Både snabb och smygande debut kan förekomma och inflammationen kan utvecklas under lång tid. Inflammationen är oftare bilateral. Viktigt symptom är synnedsättning. Patienten besväras karaktäristiskt ej av ciliär injektion eller smärta.

## Kliniska fynd

### *Akut Irit*

- *Kraftig ciliär/perilimbal injektion* med violett nyans i o m att även de djupgående kärlen är påverkade.
- *Mios* på det drabbade ögat p.g.a. spasm i musculus sphincter pupillae.
- *Ljusväg* p.g.a. celler i främre kammaren - god indikator på inflammatorisk aktivitet. Gradering av celler i främre kammaren, se *bilaga 1*.
- *Precipitat* på korneas endotel dvs ansamlingar/beläggningar av inflammatoriska celler. Precipitaten är ofta belägna på den nedre halvan av kornea där

nyttillkomna tenderar att vara vita och runda och äldre oregelbundna och pigmenterad.

- *Bakre synekier* dvs inflammatoriska sammanväxtningar mellan pupillkant och främre linskapseln.
- *Hypopyon* dvs utfällning av en mängd inflammatoriska celler som ansamlar sig i den nedre delen av främre kammaren. Detta är vanligt vid HLA-B27-relaterad akut irit.

### *Kronisk Irit*

I och med att kronisk irit vanligtvis kommer utan smärta och injektion är fynden vid biomikroskopi det som vägleder till diagnosen, se ovan.

## Undersökningsrutin

I anamnesen kan ledtrådar som eventuell sjukdomshistorik, synförsämring, värk, epifora/rinnande öga, rodnad, fotofobi, besvärens uppkomst, duration och progression inhämtas.

Vid yttre inspektion görs en bedömning av ögats injektion samt mios kan noteras.

Mät upp visus för att påvisa eventuell synförsämring.

Med biomikroskopi undersöks främre segmentet efter tecken som ljusväg, precipitat, bakre synekier. Infärgning med fluorescein görs för att utesluta differentialdiagnoser.

Intraokulära trycket mäts för att påvisa skillnad mellan höger och vänster öga samt utesluta differentialdiagnoser.

## Differentialdiagnoser

- Konjunktivit: oftast bilateral, symptom som skav och irritation, ev. varig sekretion. Konjunktivit är vanlig i samband med förkylning. Visus är opåverkad, kornea klar och avsaknad av ljusväg.
- Keratit: vitt infiltrat på kornea. Notera utseendet innan infärgning med fluorescein för att undvika att missta keratiten för en kornealerosion.
- Episklerit (inflammation i Tenons kapsel): rodnad lokaliserad till en sektor av ögat, övriga delen av den synliga ögonbulben är blek. Visus är normal, inget var, kornea klar, avsaknad av ljusväg samt opåverkad pupillstorlek.
- Akutglaukom: kraftig värk, huvudvärk och illamående kan förekomma. Patienten har synpåverkan, kraftigt förhöjt intraokulärt tryck, disig kornea samt medeldilaterad ljusstel pupill. Drabbar oftare äldre patient.

## Remittering

Akut remiss till ögonläkare för behandling med steroiddroppar och dilaterande ögondroppar. Ju tidigare behandlingen sätts in desto bättre prognos för patienten. Ta kontakt med kliniken som patienten skickas till för att underlätta handhavandet av remissärendet för både klinik och patient.

## Källförteckning/Litteraturförteckning

Bowling, B. (2016) Kanski's Clinical Ophthalmology – a systematic approach eighth edition, 396-399.

Kugelberg, M., Ygge, J. (2010) Ögonboken, 75-77.

Tallstedt, L. (2019-07-19) Internetmedicin.se "Irit".

## Bilaga 1

Gradering av celler (vita blodceller) i främre kammaren.

<b>Grad</b>	<b>Antal celler i främre kammaren</b>
0	<1
0.5+	1-5
1+	6-15
2+	16-25
3+	26-50
4+	>50



**Optikerförbundet**