



Landstinget i Uppsala län

## Ögonsjukdomar

Vårdprogram utarbetat i samarbete mellan  
primärvården och Akademiska sjukhuset

För Akademiska sjukhuset  
Överläkare Per Söderberg, ögonkliniken

För primärvården  
Leg läkare Klas Tufvesson, Österbybruks  
husläkarmottagning

Kontaktperson  
Överläkare Per Söderberg, ögonkliniken,  
018-611 00 00 vx

Fastställt den 30 september 2003.  
Revideras senast den 30 juni 2007

# Innehåll

Syfte med programmet	2
Kontakter och remisser	3
Akut synnedsättning	4
Röda ögat/trauma	8
Katarakt	12
Ögonlocksbesvär	13
Näthinneproblem	16
Diabetesscreening	17
Barn	18
Mest alarmerande symptom	20

## Syfte med vårdprogrammet

Ögonpatienter ses inte särskilt ofta inom primärvården, kanske ett par fall per vårdcentral och vecka. Det är därför naturligt att den personliga erfarenheten av ögonsjukdomar varierar mycket. Ögonkliniken hälsar av detta skäl husläkare välkomna att auskultera hos ögonjourhavande dagtid.

Det är inte möjligt att göra ett vårdprogram i form av en handbok i ögonsjukvård och göra strikta avgränsningar vad primärvården skall sköta. Spektrat av ögonsjukdomar är så stort att det alltid finns extrema varianter inom varje diagnos. Möjlighet att få hjälp av ögonspecialist ska finnas när man har behov därav. Mycket ungefärligt kan väl ändå sägas att infektion/allergi/inflammation i conjunctiva och ögonlock samt borttagande av ytliga skräp kan handläggas inom primärvården.

Skriften syftar i stället till att underlätta samarbetet på så sätt att vanliga missförstånd i vår gemensamma hantering av patienterna undviks, framför allt att remissen blir så bra att den underlättar i den svåra prioriteringen. Detta är tyvärr ett måste om medicinsk säkerhet skall kunna upprätthållas med de kapacitetsproblem som ögonsjukvården lider av. Syftet är således att för patientens skull undvika både farliga dröjsmål i omhändertagandet i det enskilda fallet och att generellt underlätta patientflödet genom att undvika i onödan höga prioriteringar.

# Kontakter och remisser

## Telefonkontakt

Alltid att föredra vid tveksamhet. Alltid om patienten ska skickas akut!

Medicinsk rådgivning, bokning av jourtider (sköterska):

dagtid 018-611 51 28 eller 611 51 31.

Efter 16.30 vardagar, lördag – söndag avd 85 C 018-611 51 05.

Primärjour bär sökare 99399.

## Allmänt om remisser

Uppgifter av betydelse för att snabbt kunna nå patienten

Skriv på remissen telefonnummer eller liknande där patienten kan nå dagtid! Gäller det barn, skriv vårdnadshavares namn och personnummer.

## Remissinnehåll

### *Detaljerad anamnes*

Undvik subjektiv tidsangivning som kortvarigt, hastigt etc.

Använd objektiv skala sekunder – år.

### *Förmodad synnedsättning*

Hur gamla är patientens glasögon? Synnedsättning sedan hur länge?

Senaste undersökning hos ögonläkare eller optiker? Remissen bör innehålla **synskärpa med ev egna glasögon** samt helst även **tryck**.

Använd glaucotest.

### *Retrobulbär värk*

Remissen ska innehålla uppgift om ev injektion, pupillreaktion och helst även tryck. Använd glaucotest.

### *Synfält*

Om anledning finns att undersöka synfältet skriv hur det är undersökt och resultatet. Bästa metod simultan konfrontation med händerna på vardera sidan om medellinjen ovan och nedom horisontalplanet. Testa helst ett öga i taget.

### *Optiker*

Vilken optiker?

## Optiker

Patient som klagar över successivt sämre syn och som hade senaste optiker- eller ögonläkarundersökning för mer än ett år sedan ska först hänvisas till optiker. Detta gäller särskilt medelålders patienter där en tilltagande stelhet av linsen kan medföra att glaskorrektionen behöver ändras. Om optikern inte kan få fram fullt visus med hjälp av refraktionering är denne skyldig att skriva remiss till ögonläkare. Optikern skall inte hänvisa patienter till allmänläkare för remiss.

## Akut synnedsättning

Bestående kraftig försämring av synen på ett öga under loppet av sekunder-minuter-timmar. Obs! Viktigt att utesluta falskt akut synnedsättning. Patienten har då råkat täcka för sitt friska öga accidentellt och upptäcker då en synnedsättning som är av äldre datum (riktad anamnes utesluter).

Orsaken till akut synnedsättning är mångfaldig, bl a artäremboli, optikusinfarkt, centralvensthrombos, glaskroppsbloodning, maculabloodning, amotio etc.

*Nivå:* Ögonläkare akut.

## Amaurosis fugax

Sällan längre än några minuter med kraftig synnedsättning eller blindhet för ett öga. Håller patienten för det friska ögat finns inte ledsyn. Den uppmärksamme kan säga att påverkan började perifert i synfältet och normaliseringen från centrum. Är uttryck för arteriell cirkulationsstörning till ögat. Oftast microembolier från arteriosclerotiska plaque i carotis men i **sällsynta** fall kan arteritis temporalis debutera så här.

Handläggning: Diagnosen ställs på anamnesen. Ingen oftalmologisk differentialdiagnos. Enda differentialdiagnos är obskurationer pga staspapiller. Obskurationer uppkommer först vid höggradig staspapill. Således ingen fara att man missar diagnosen vid oftalmoskopi!

Obskuration = synnedsättning under 10-30 sek, ofta kombinerat med tillfällig huvudvärk och lägesförändringar (ex framåtböjning). När diagnosen ställts med anamnespenetration, uteslut höggradig staspapill

med oftalmoskopi. Uteslut arteritis temporalis (SR). Utredning och åtgärd av microemboliproblemet oftast genom invärtesmedicinsk akut konsultation.

### *Nivå*

Allmänläkare för diagnos, vidare handläggning oftast via internist hos yngre. Om anamnesen är svårtolkad är telefonkontakt bättre än remiss.

### **Hemianop TIA-attack**

Höger eller vänster del av båda ögonens synfält försvinner helt under en till några minuter. Cirkulationsstörning i vertebrobasilarissystemet. Handläggning som ovan, men ovanstående differentialdiagnoser finns ej.

### **TIA-attack med total blindhet**

Samtidig homonym hemianopsi åt både höger och vänster. Handläggning som ovan.

### **Ögonmigrän**

Synstörning som uppträder före den attackvisa intensiva huvudvärken, men som också, särskilt hos äldre, förekommer utan efterföljande huvudvärk. Synstörningen är av betydligt längre duration än en TIA-attack, oftast 15–20 min. Kan börja som ett litet område med flimrande ljus centralt homonymt strax till höger eller vänster om fixationspunkten. I området ett scotom så att enstaka bokstäver och även ord försvinner om man sitter och läser.

Breder ut sig till en homonym hemianopsi åt periferin. I kanten av det växande området finns dubbelbrytande flimrande zigzag-linjer eller fortifikationspektra. Mitt i anfallet beskrivs ofta att man bara ser ena halvan av ansiktet på en person. Synen återkommer inifrån och ljusflimret försvinner ut i periferin. Andra varianter finns, som ex ett ljusmoln av små punkter eller streck som börjar centralt och vidgar sig åt sidorna för att sedan klarna upp från mitten.

### *Handläggning*

**Noggrann** anamnes. Diagnosen ställs helt på anamnesen. Ingen sjukdom i ögat som kan vara differentialdiagnos! Den långa durationen av anfallet, progression-regression, vandring perifert och positivt scotom är avgörande detaljer i anamnesen.

### *Nivå*

Allmänläkare. Neurolog vid behov. Om svårfångad/svårtolkad anamnes hjälper ögonmottagningen gärna, men det är ingen idé att skicka remiss. Bättre med telefonkontakt så vi får ta anamnesen direkt per telefon.

### *Differentialdiagnos*

Occipital retning (ex tumor) kan ge enkla, formade, synhallucinationer som lysande ringar, fyrkanter etc, homonymt. TIA-hemianopsin har betydligt kortare duration. De ljusblixtar som kan förekomma vid retinal retning (ex glaskroppsavlossning, amotio) är ännu kortare, bara omkring en sekund, och finns bara på ett öga.

### **Hastigt uppträdande synfältsdefekt på ett öga**

Hastigt = inom några minuter. Kan vara optikusinfarkt, grenvens-thrombos, grenartäremboli, maculablödning, amotio m fl **intraoculära** sjukdomar.

*Nivå:* Ögonläkare akut.

### **Hastigt uppträdande synfältsdefekt för båda ögonen**

Homonymt, dvs åt vänster eller hö i båda ögonens synfält. Vanligen cerebral infarkt och, om ej förenat med annan neurologi, oftast occipitalt.

### *Handläggning*

Konstatera synfältsdefekten med simultan konfrontationsmetod. Invärtesmedicinare akut.

### **Optikusneurit**

#### *Allmänt*

Associerat med MS i ca 50%. Synprognosen god.

#### *Symptom och fynd*

Lätt smärta vid ögonrörelser och under loppet av dagar sjunkande synskärpa på ett öga. Afferent pupilldefekt.

#### *Nivå*

Ögonläkare inom ett par dygn. Första synfält lämpligen sju dagar efter debuten.

## Olikstora pupiller

Den större pupillen reagerar ej på ljus – Adie. Aldrig bråttom om ej samsidig ögonmuskelpares, se nedan. Pupillerna reagerar normalt i förhållande till sin storlek – fysiologisk anisokori eller Horner.

*Nivå:* Ögonläkare. Vanlig remissgång.

## Dubbelseende

### *Bakgrund*

Vanligen microvasculär sjukdom i vasa nervorum hos äldre patienter.

### *Handläggning*

Lugnande besked. 75% av fallen går tillbaka spontant inom 2-3 månader. Täck för ena ögat med lapp (finns på apotek) eller tejpa för ena glasögat med ogenomskinlig tejp.

### *Nivå*

Ögonläkare. Vanlig remissgång. Allmänläkare informerar om sannolik orsak och sätter in ocklusionsbehandling.

**Undantag** - oculomotoriuspares med påverkad pupillreaktion (stor ljusstel pupill). Skickas akut för att utesluta aneurysm tryckande på oculomotorius vid bakre communicanten eller i sinus cavernosus. Dubbelseende hos unga och framför allt barn – större brådska, ring helst.

## Akut glaukom

### *Bakgrund*

Drabbar personer med trång kammarvinkel. Linsen växer långsamt genom livet och med ökande ålder blir det allt trängre förhållanden. Sällsynt. Ses praktiskt taget enbart efter 60 års ålder. Ökande frekvens med åren.

### *Symptom och diagnos*

Kan ha haft tidiga attacker. Plötslig **svår** värk i ett öga. Värken så svår att de ofta inte kan klart och tydligt peka ut var den sitter! I princip alltså en patient liggande på bårvagn med svår smärta och handen för ena ögat. Kan knappast missas! Stasinjektion. Cornea är lite matt och inte så speglande som den brukar vara när man lyser med ficklampa. Pupillen medelvid och ljusstel. Palpera patientens andra öga

eller ditt eget och jämför (omväxlande tryck och släpp med två fingrar), ögat är stenhårt.

### *Differentialdiagnos*

Vanligare orsak till retrobulbär värk är migrän eller muskelspänningsbetingad värk. Ögat är då helt blekt, pupillen reagerar och är inte dilaterad, ingen skillnad i ögontryck palperas. Normalt tryck med glaucotest.

### *Handläggning*

Akut till ögonkliniken (ring innan). Dilaterande droppar: Risken att drabbas av akut trångvinkelglaukom är så liten att man knappast kan räkna med någon risk att utlösa ett sådant med dilaterande droppar av typ tropicamid (Mydriacyl). Samma gäller anticholinergica i tablettform. Ett flitigt användande av dilatation i primärvården rekommenderas.

## **Det röda ögat/trauma**

### **Kontusion**

Trubbigt våld. Ljusväg måste uteslutas. Kan ge senkomplikation i form av näthinneavlossning.

### **Blow-out-fraktur**

Vid trubbigt våld som ovan glöm inte att pröva ögonrörelser framför allt vertikalt uppåt.

### **Intraoculär flisa**

Anamnes att järn slagits mot järn, till exempel hammare mot mejsel. Flisan får så hög hastighet att ögat kan penetreras. Ses med vanlig slätröntgen. Röntga gärna en gång för mycket vid flisanamnes!

### **Främmande kropp – subtarsal**

Evertera! Tag bort skräpet med fuktad bomullspinne om det är synligt. Om ej synligt, drag med bomullspinnen längs hela sulcus (insidan närmast kanten) och fråga sedan patienten om skräpet är borta. Upprepa om patienten säger att det är kvar.

## Främmande kropp – korneal

Främmande kroppsinstrument med trubbig ände och lupp. Små hastiga rörelser från centralt om främmande kroppen mot periferin till dess metallen är borta. Perifert på kornea kan lite färg lämnas. Främmande kropp i optiska zonen helst till ögonläkare. Chl-salva. Patienten tillsäges söka ögonmottagningen om inte helt besvärsfri efter tre dygn.

## Erosion

En bit av korneaepitelet har skalats av. Känns ordentligt. Som ett lass grus i ögat. Exempel barnfinger, trädgren. Färgas med fluorescein. Chloromycetinsalva. Låker på två dygn. Smärtan ej möjlig att påverka. Ge ej lokalanestetika, då läker inte såret.

### *Vårdnivå*

Ögonläkare om ljusväg eller blow-out inte kan uteslutas.  
Grad inom optiska zonen eller svår att få bort.

## Akut konjunktivit

### *Allmänt*

Vanligt och oskyldigt. Går även utan behandling i regel över inom cirka en vecka. Både bakteriell och viral genes, det senare vanligast.

### *Diagnos*

Drag alltid ned det undre ögonlocket. En **konjunktival injektion** är alltid mest uttalad perifert på bulben och framför allt på **ögonlockets insida**. Sekret kan ses i konjunktivalsäcken och på ögonlockskanten. Det är svårt att kliniskt skilja mellan bakteriell och viral genes, men **folliklar** (små knottor på insidan av undre ögonlocket) och en mer vattnig, serös, sekretion talar för virus liksom samtidiga förkylningssymptom. Dubbelsidighet .

### *Differentialdiagnos*

Keratit och irit har ciliär injektion. Denna är mest uttalad perikornealt och har en litet mer blåaktig ton då kärnen sitter djupare, i skleras övre del. Titta på kornea. Är den överallt speglande? Keratitmisstanke - färga med fluorescein så syns eventuellt epiteldefekt bättre. Ensidig konjunktivit – misstänk subtarsalt skräp som underhåller infektion – evertera.

Ensidig tåröksinfektion – tryck mot saccus och se om det tränger ut pus ur punktum. Diff- ensidighet!

### *Handläggning*

Vid lätta fall och trolig viral genes, badda ögonen med vanligt kranvatten 2-3 gånger dagligen. Noggrann handhygien. Om ingen tendens till förbättring inom en vecka kan man överväga lokal abi-behandling om bakteriell genes är trolig, för att förkorta förloppet. Viktigt dock att fortsätta att badna ögonen. Tillgången till lokalantibiotika är mycket begränsad! I första hand Fucithamlic (G-pos) och i andra hand Isopto-Biotic (G-neg, tar även pseudomonas).

Kloramfenikol är bakteriostatiskt varför endast aktuellt i salvform. Nyare bactericida bredspektriga preparat bör förbehållas keratiter med tanke på resistensutveckling.

*Nivå:* Egenvård. Allmänläkare.

## **Allergisk konjunktivit**

### *Bakgrund*

Orsaken är allergi, till exempel mot pollen, pälsdjur, kosmetika eller ögondroppar. Ofta har patienten samtidigt andra allergiska symptom, till exempel hösnuva.

### *Diagnos*

Symptomen börjar vanligen samtidigt i båda ögonen, i undantagsfall förekommer ensidiga akuta reaktioner med typisk vattmig svullnad – kemos. Kännetecknande är klåda, irritation och ögonlockssvullnad. Ögonrodnaden är lättgradig mest på conjunctiva bulbi, men kan saknas helt. Vid eversion kan ses gatstensliknande papillhypertrofi på insidan av **övre** ögonlocket (mycket större, plattare och blekare än folliklar), vernal konjunktivit.

### *Handläggning*

Sedvanlig eliminering av allergener. Anamnesen är viktigare vid utredning än allergitest. Basbehandling vid långvariga besvär natriumkromoglykat i engångspipett (effekt efter 2 veckor). För snabb lindring topikalbehandling med nya generationens selektiva H1-receptorblockerare med mastcellsstabilisering, till exempel Opatanol.

Kan kompletteras med peroral antihistaminterapi. Akuta fall med rejäl kemos Ultracortenol x4 i 2-3 dagar (enda fall där allmänläkare utan vidare kan använda topikal steroid).

### *Nivå*

Allmänläkare. Ögonläkare vid terapiresistenta fall, särskilt patienter kring nedre tonåren där långdragna och svåra fall av vernal konjunktivit är vanliga.

*OBS!* Ögonkliniken utför ej allergitest!

## **Keratit**

### *Bakgrund*

Hornhinneinflammation orsakas vanligen av bakterie- eller virusinfektion. Dessa infektiösa agens har svårt att tränga igenom epitelet i en frisk hornhinna, därför är risken ökad hos kontaktlinsebärare, efter ögonskador och vid ögonsjukdomar med kronisk hornhinnsvullnad. Vanligaste bakterierna är grampositiva luftvägspatogener, men även gramnegativa bakterier (särskilt pseudomonas) kan orsaka svåra keratiter. Recidivkeratiter är ganska vanliga vid Herpes simplex.

### *Diagnos*

De farliga keratiterna är vanligtvis **ensidiga**. Patienten besväras av tårflöde, ljuskänslighet och smärta i form av skavkänsla eller molvärk. Ögonrodnaden är perikorneal. Pupillen kan vara mindre i det sjuka ögat. Fluoresceinfärgning (inspektion helst i blått ljus) visar färgtagande epiteldefekter. Ibland ser man vita opaciteter (infiltrat) eller djupa sår även utan spaltlampa.

*Nivå:* Ögonläkare. Brådska. Kontakta ögonjouren per telefon !

## **Akut irit**

### *Bakgrund*

Immunologisk reaktion. Sjukdomen förekommer oftast hos övrigt helt friska, men risken är ökad i samband med vissa allmänsjukdomar (t ex sarkoidos och HLA-B27-relaterade sjukdomar. Recidiv är inte ovanliga och kan återkomma flera år efter förstagångsiriten.

### *Diagnos*

Typiskt är ensidig värk och ljuskänslighet. Ögonrodnaden är perikorneal. Pupillen är mindre och vid synekier oregelbunden i det sjuka ögat. Fluorescein visar inga färgtagande epiteldefekter i hornhinnan. Med spaltlampemikroskop kan man se precipitat på baksidan av hornhinnan, ljusväg och inflammationsceller i främre kammaren. Synskärpan kan ev vara nedsatt.

*Nivå:* Ögonläkare. Helst samma dag.

## **Katarakt**

### *Bakgrund*

Utgör en mycket stor del av ögonverksamheten med besvärande operationsköer. För att hinna med att operera är det av största vikt att så få mottagningsbesök som möjligt åtgår.

### *Diagnos*

Lys med oftalmoskopet mot pupillen från 0,5 meters håll. I den normalt intensivt röda reflexen ses svarta områden som ekrar(kortikal katarakt) eller en svart skiva i mitten(subkapsulär katarakt). Vid nukleär katarakt kan hela reflexen vara neddämpad av svärta och är inte längre lysande röd utan benämns "smutsröd".

### *Remiss*

Synskärpa med eget glas. Oftast är katarakten redan känd då patienten sökt ögonläkare privat. De privata ögonläkarna och vi offentliga har ett djupgående samarbete. Våra indikationer för operativt ingripande är gemensamma. Det är därför naturligt att ny remiss (exempelvis för att påpeka sociala skäl, ytterligare synförsämring etc) går till patientens egen ögonläkare. Detta för att undvika improduktivt dubbelarbete i en resursbristsituation. Detta gäller även om patienten önskar en second opinion, då det ju finns uppgifter om patientens status som vi behöver från patientens ögonläkare.

# Ögonlocksbesvär

## Vagel och chalazion

### *Bakgrund*

En **vagel** (hordeolum) är en bakteriell infektion i en av ögonlockets körtlar. Den kan vara lokaliserad ytligt till en körtel vid ögonlocks-kanten eller djupt i en Meiboms körtel i tarsalplattan. En vagel ger en röd öm knöl. Ett **chalazion** är en bakteriefri retention av sekret i en Meiboms körtel i tarsalplattan; ofta en följd av en vagel. Chalaziet ge en öom rundad knöl i ögonlocket; den kan bukta framåt eller bakåt.

### *Diagnos*

Vagelns röda, ömma knöl kan inte misstolkas. Chalaziet ger (utöver den runda knölen) ofta en röd eller grå fläck på insidan av tarsalplattan. I sällsynta fall kan en ögonlockstumör likna ett chalazion; detta kan misstänkas hos äldre personer med lång anamnes.

### *Förlopp*

Vageln läker vanligen utan behandling. Det är mycket ovanligt att den blir stor, att infektionen breder ut sig i ögonlocket eller ger allmän-påverkan med svullna regionala lymfkörtlar. Läkningen kan ta några veckor eller någon månad.

Även chalaziet läker vanligen av sig själv, men det kan ta lång tid; upp till ett halvt år.

Det är inte ovanligt att en vagel eller ett chalazion retar konunktiva till bildning av ett papillom på lockets insida; detta är ofarligt och försvinner.

### *Handläggning*

En vagel kräver ingen behandling, och det är inte känt att lokala antibiotika gör någon nytta. Ser man en smältning, kan man incidera vageln med exempelvis en kanyl; man bör dock inte klämma på ögonlocket. En mycket stor, ful vagel kan motivera behandling med generella antibiotika.

Ett chalazion kan opereras om det inte försvunnit på ett halvår, är kosmetiskt störande, irriterar mycket eller trycker på ögat (astigmatism). Utan särskilda skäl opererar man inte förrän efter ett halvt år.

### *Nivå*

Allmänläkare kan informera om tillståndens benigna karaktär, om spontanläkningen och den tid det kan ta. Behandling behövs vanligen inte alls. Remiss till ögonläkare är motiverad vid uttalade infektioner eller speciella fall av chalazion.

## **Hängande ögonlock hos vuxna**

### *Bakgrund*

Med stigande ålder förslappas ögonlocken och förtunnas vävnaderna - detta är ett normalt åldersfenomen. Det kan medföra att ögonbrynen sänks, att ögonlockshuden veckas ned mot eller över ögonlockskanten (dermatochalasis) eller att själva ögonlocket sänks (ptos).

### *Handläggning*

Om synen klart påverkas, går ned över pupillen, är remiss motiverad. Ange gärna i remiss hur mycket av pupillen som täcks.

## **Småknölar**

### *Bakgrund*

Många benigna små tumörer kan sitta i ögonlockshuden. Vanligast är vårtor (papillom), nevi och cystor.

### *Handläggning*

Knölar av benign utseende med lång anamnes och utan tillväxt kräver inte åtgärd; i många fall motiverar endast den kosmetiska störningen kirurgi. Småtumörer kan tas om hand av allmänläkare: med eller utan anestesi kan de klippas bort utan sutur.

Knölar som tillväxer, blöder eller på annat sätt ger misstanke om malignitet remitteras till ögonläkare.

## **Ektropion**

### *Bakgrund*

Senilt ektropion beror på slapphet i undre ögonlocket (framför allt de senor som fixerar locket åt sidorna).

### *Diagnos*

Ögonlocket släpper kontakten med ögat och vänder sig utåt. Konjunktiva exponeras och blir inflammerad och svullen. Tillståndet kan nästan inte misstolkas.

### *Handläggning*

Ektropion kräver vanligen operation av ögonläkare. En samtidig bakteriell infektion kan behandlas med lokala antibiotika (till exempel kloramfenikolsalva).

## **Entropion**

### *Bakgrund*

Senilt entropion (som bara ses i undre locket) beror på slapphet i lockets ”retraktorer”.

### *Diagnos*

Ögonlocket vrider sig inåt och cilierna skaver på ögat: skavningskänsla, tårflöde, ljusskygghet etc samt rött öga. Skavningen kan ge en skada på hornhinnan med keratit. Ibland är entropiet intermittent och måste provoceras fram, exempelvis genom att patienten kniper kraftigt.

### *Handläggning*

Entropion kräver vanligen operation. En patient med senilt entropion kan hjälpas genom att undre lockets kant tejpas ned mot kinden. En samtidig varig infektion behandlas med lokala antibiotika.

## **Trichiasis**

### *Bakgrund*

Trichiasis betyder att cilier skaver på ögat. Förekommer vid entropion men också till följd av felväxande cilier hos normalt ställda ögonlock.

### *Diagnos*

Med förstoring (lupp) kan man se en eller fler felvända cilier.

### *Handläggning*

Epilation (bortdragning av cilier) ger lindring några veckor; sedan har cilierna växt ut. Definitiv bot kräver kryobehandling eller operation.

# Näthinneproblem

## Glaskroppsavlossning

Symptom på glaskroppsavlossning kan vara ett nät eller en formad fläck (krok, svart fluga, spindel), som simmar omkring i synfältet. Grumlig syn förekommer, men som regel är synskärpan opåverkad. Symptomet kan förklaras av att glaskroppsgelen med stigande ålder fluidifieras.

Patienten kan också uppleva **ljusblixtar** som tecken på att glaskroppsmembranet, som omsluter glaskroppen, utövar dragning på näthinnan. Detta kan leda till att en spricka (retinal ruptur) uppkommer, vilket i sin tur kan leda till näthinneavlossning genom att vätska från glaskroppsrummet rinner in genom hålet och under näthinnan.

### *Vårdnivå*

Ögonläkare inom ett par dygn om symptomen uppträtt inom senaste 3-4 veckorna.

## Näthinneavlossning

Näthinneavlossningen börjar i området kring näthinnesprickan. Denna sitter ofta i ögats ekvator eller framför denna. Allt eftersom större delar av näthinnan lossnar får patienten tilltagande symptom av en skugga eller gardin. Den kan upplevas med varierande grad av ”ogenomskinlighet” och börjar således i perifera synfältet. Först när macula påverkas sjunker synskärpan.

Tiden under vilken avlossningen utvecklas kan starkt variera. Speciellt vid stora sprickor i näthinnans övre delar kan utvecklingen till en total näthinneavlossning gå mycket snabbt.

### *Vårdnivå*

Ögonläkare akut. Brådska. Det funktionella resultatet beror i hög utsträckning på om macula hunnit påverkas och hur länge.

## Metamorfopsi

Metamorfopsi innebär att omvärlden ses deformerad, raka linjer blir krokiga. Symptomet antyder förekomst av en svullnad i eller under näthinnan, eller en dragning av näthinnan, så att fotoreceptorernas lokalisation påverkas. Ibland är metamorfopsi förenad med makropsi

(objektet ses förstorat) som kan förklaras av en kompression av sinnescellerna eller mikropsi (objektet ses förminskat) pga separation av sinnesceller.

Metamorfopsi är ett **viktigt symptom** därför att den nästan alltid beror på en förändring i ögats bakre pol (makula), som ofta är behandlingsbar **om** vi får tag i patienten tillräckligt tidigt i förloppet!

*Vårdnivå:* Ögonläkare via skyndsam kontakt, helst per telefon.

## Diabetesscreening

För att i tid hitta patienter med behandlingskrävande retinopati bör alla diabetiker regelbundet kontrolleras, antingen via vanlig ögonläkarundersökning eller med ögonbottenfotografering.

**Första undersökningen**, sker efter remiss vid diabetesdiagnos, hos barn dock först vid 10 års ålder. Här görs även synskärpa.

Tidpunkten för **uppföljande undersökning** bestäms av utfallet av föregående undersökning. Ögonklinikens rutiner är här endast ögonbottenfoto.

Om senaste foto ej visar några förändringar tas nytt foto om 2 år (ny remiss behövs ej).

För patienter med välreglerad (HbA<sub>1c</sub> kring 6%), kostbehandlad typ 2 diabetes är dock risken att utveckla synhotande retinopati så liten att nytt foto kan tas först efter 4 år. (Obs! Ny remiss **önskas** på grund av det långa tidsintervallet).

Om senaste foto visar någon form av diabetesförändring tas nytt foto efter varierande tidsintervall beroende av förändringarnas karaktär. Vid ögonbottenförändringar som kräver åtgärd får patienten tid för läkarbesök med ev laserbehandling.

Särskilda rutiner gäller för **gravida** diabetiker. Remiss önskas när graviditeten är fastställd (vecka 12). Nya foton tas då samt sedan var tredje månad (eller tätare om så krävs) till efter partus, varefter patienten återförs till vanliga rutiner.

Resultatet av undersökningen rapporteras till behandlande diabetesdoktor, som i sin tur skall **informera** patienten vid positivt fynd. Fotograferande ögonsköterska informerar patienten att om han

inte hör av sin doktor, fanns ingen retinopati. Kallas patienten till ögonkliniken för läkarbesök (vid behandlingskrävande förändringar eller vid ej bedömbara bilder) informerar vi patienten.

## Barn

### Syntestning av barn (vanligen på bvc)

#### *Förskolebarn*

HVOT-test rekommenderas (avstånd 3 meter). Prövning sker av ett öga i taget. Det andra förtäckes effektivt, helst med plåsterlapp, t ex Scanportejp.

Två tester före remiss, som i första hand sker till BVC-ortoptist, om sådan finnes, annars till ögonläkare. Vid omprövning av synen, börja med det sämsta ögat. Vid misstanke om uttalad synnedläggning, direkt telefonkontakt med ortoptist eller ögonläkare.

Gräns för remiss i 4-årsåldern: Mindre än 0,8 på endera ögat.

#### *Skolbarn*

KM-test eller bokstavstest (BR). Tavlorna placeras i ljusskåp. Avståndet mellan barnet och syntavlan måste vara exakt det avstånd som tavlan är avsedd för. Detta finns angivet på tavlans baksida. Prövning sker enligt ovan.

Gräns för remiss: Mindre än 0,8 på endera ögat med KM- eller bokstavstavla.

Om barnet är yngre än 8 år skrives remiss till ögonläkare. Är barnet 8 år eller mer skickas remiss i första hand till optiker, om misstanke om brytningsfel föreligger.

### Skelning

#### *Barn under 6 månader*

Inåtskelning remitteras alltid. Ständig utåtskelning remitteras. Tillfällig och kortvarig utåtskelning remitteras inte.

#### *Barn 6 månader eller äldre*

All form av skelning remitteras. Ange i remissen om skelningen är ständig eller tillfällig.

Vid **akut debuterande** skelning föreslås remiss via telefonkontakt.  
Vid **misstänkt** skelning påtittas barnet i första hand av ortoptist på bvc.

### **Misstanke om grå/vit pupill**

Titta i första hand med oftalmoskop i genomfallande ljus. Om misstanken då kvarstår remitteras barnet direkt till ögonläkare via telefonkontakt.

### **Tårflöde hos små barn**

Tårkanalen öppnas till näsan mycket sent i fosterstadiet. Hos en del barn öppnas den efter födelsen och då oftast under det första levnadsåret.

#### *Diagnos*

Tårögt, kladdigt men blekt öga. Tårigheten ökar utomhus (vid kyla) och kladdigheten i samband med förkylning. Andra skäl till tårflöde såsom trichiasis eller infektion utesluts genom att man tittar noga på ögat, gärna med lupp.

#### *Handläggning*

Tillståndet spontanläker i cira 95 procent av fallen under första året. Föräldrarna instrueras att hålla rent med ljummet vatten. Massage av tårpåsen kan påskynda att membranen till näsan öppnas; man trycker då med ett finger nedåt över tårpåsen. Vid ordentlig kladdighet kan antibiotikadroppar ges i perioder på 7-10 dagar. Kvarstår besvären vid cirka 10 månaders ålder är remiss till ögonklinik motiverad. Tidigast efter ettårsdagen görs sondering av tårvägarna i kort narkos.

## Mest alarmerande symptom

Dubbelseende (n III) <u>med</u> ljusstel pupill	(intrakraniellt aneurysm)
Huggsmärtor, djupt, i ena ögat	(irit)
Ljusskygghet och värk, ensidigt	(irit, keratit)
Smärta, djup, ensidig samt medelvid och ljusstel pupill och stasinjektion	(akut trångvinkelglaukom)
Ljusblixtar, ena ögat	(retinal traktion)
Plötsligt större formad fläck, ena ögat	(krok, ring etc)(gk-avlossning)
Plötsligt en mängd prickar för ena ögat	(gk-avlossning, gk-blödning)
Krokigt seende	(makulapåverkan)
Gardin, långsamt ökande från periferin mot centrum, ena ögat	(näthinneavlossning)
Synbortfall ena ögat, bestående	(flera intraoculära sjukdomar)
Synbortfall ena ögat, tillfälligt	(amaurosis fugax)
Synbortfall ena ögat, 10-30 sek kombinerat med tillfällig huvudvärk och ofta provocerat av lägesändring, t ex framåtböjning	(staspapill)
Järn slaget mot järn och något stack till i ögat	(intraoculär flisa)
Svart rök och prickar, sedan mycket dålig syn, ena ögat	(gk-blödning)

Tryckt program beställs på 018-611 51 02