

**BEHANDLINGSVEILEDER FOR OPTIKUSNEVRITT HOS VOKSNE****BAKGRUNN**

Mange voksne pasienter med akutt optikusnevropati vil i spesialisthelsetjenesten først sees av vaktteamet ved øyeavdelingen. Klassiske funn på optikusnevropati er visus- og synsfeltsreduksjon, dyskromatopsi (som overgår visusreduksjonen) og en relativ afferent pupilledefekt/positiv ”swinging light test”. De vanligste tilstandene som gir akutt optikusnevropati er:

	<b>Demyeliniserende optikusnevritt</b>	<b>Non-arterittisk anterior iskemisk optikus-nevropati (NAION)</b>
Alder	Gjerne < 50 år	Gjerne > 50 år, og med påvisbare aterosklerotiske/NAION-risikofaktorer
Debut	Subakutt, eventuelt med Uhthoffs fenomen	Akutt, gjerne om natten, slik at pasienten våkner med synstap Tenk på kjempecellearteritt ved prodromale forbigående synstap
Smerter	> 90 %, spesielt ved øyebevegelse	< 10 % i mild grad, uten forverring ved øyebevegelse
Papillfunn	Ødem uten blødninger hos omkring 1/3, da gjerne diffust og lite uttalt	Ødem hos alle, gjerne med hyperemi/blødninger/segmentalt preg, samt liten CD-ratio (”disc at risc”) på frisk side Tenk på kjempecellearteritt ved blekt ødem
Spontant forløp	Gjerne bedring	Gjerne liten grad av bedring
MR-funn (diskuter gjerne med nevradiolog)	Flertallet har økt STIR- og DWI-signal*, samt kontrastoppladning i nerven <sup>+</sup>	Mindretallet har økt STIR- og DWI-signal, samt kontrastoppladning i nerven

**”KLASSISKE” VERSUS ”ATYPISKE” FUNN VED OPTIKUSNEVRITT**

	<b>”Klassisk” demyeliniserende optikusnevritt</b>	<b>”Atypisk” optikusnevritt</b>
Alder	< 50 år	> 50 år
Affeksjon	Ensidig	Bilateral
Andre manifestasjoner	Ingen	Andre neurologiske og/eller systemiske manifestasjoner
Papillefunn	Papilleødem uten blødninger hos 1/3	Papilleødem med blødninger/eksudater/”macular star” Samtidig uveitt/vaskulitt/retinitt
Spontant forløp	Gjerne bedring	Gjerne liten grad av bedring

\* Short T1 inversion recovery (STIR) gir fettsupprimerte T1-bilder, diffusion-weighted imaging (DWI) gir økt signal ved diffusjonsinnskrenkning

<sup>+</sup> Median varighet av kontrastoppladning er omtrent 30 dager

## **SUPPLERENDE ØYEUNDERSØKELSER**

Det bør i tillegg til visus/fargesyn suppleres med en perimetri-undersøkelse ved initial vurdering. Vår ”standard” Octopus G/TOP 30° terskelperimetri er et godt førstevalg. Perimetri-funn (diffus/bueformet/sentral/altitudinell reduksjon i sensibilitet) er ikke spesifikke for en bestemt bakenforliggende årsak. Selv om et sentralt skotom regnes som klassisk, kan optikusnevritt gi nesten alle typer perimetri-funn. Altitudinell reduksjon er vanlig ved NAION.

### **A) VIDERE UTREDNING OG BEHANDLING AV AION**

I de tilfellene vakteamet ved anamnese/klinisk undersøkelse konkluderer med NAION som tentativ diagnose, er det viktig å utelukke kjempecellearteritt/arterittisk AION. Er kjempecellearteritt utelukket, kan videre NAION-oppfølging i utgangspunktet skje poliklinisk, med utredning av risikofaktorer i regi fastlege. Det vises til egen prosedyre.

### **B) VIDERE UTREDNING OG BEHANDLING VED ”KLASSISK” OPTIKUSNEVRITT**

Diagnosen ”klassisk” optikusnevritt stilles i utgangspunktet ved klinisk undersøkelse. Det suppleres med MR orbita + caput inkludert kontrast. Undersøkelsen bør gjennomføres innen 3 døgn. Da tidlig MR med kontrast har høy sensitivitet ved optikusnevritt, forventes MR-funn svarende til nerven. MR kan være ellers normal eller vise cerebrale hvit substans-forandringer. Videre oppfølging er avhengig av både synsfunksjonen og MR-funn:

**1) Optikusnevritt med betydelig synstap eller  $\geq 2$  cerebrale hvit substans-forandringer** tilsier indikasjon for rask neurologisk vurdering/spinalpunksjon og i.v. metylprednisolon-behandling. Behandlingen finner sted på neurologisk dagpost, som er åpen alle hverdager. Ta kontakt med neurologisk bakvakt (calling 73602) for avtale om vurdering/behandling.

**2) Optikusnevritt uten betydelig synstap, men med cerebrale hvit substans-forandringer** tilsier poliklinisk oppfølging på øyeavdelingen, med forventet spontan bedring av synsfunksjonen over tid. I tillegg henvises pasienten til elektiv poliklinisk utredning ved neurologisk avdeling.

**3) Optikusnevritt uten betydelig synstap, og uten cerebrale hvit substans-forandringer** tilsier poliklinisk oppfølging på øyeavdelingen, med forventet spontan bedring av synsfunksjonen over tid. Samtidig gis tilbakemelding til fastlege om å henvise pasienten til neurologisk utredning, dersom fremtidige symptomer/funn gir mistanke om neurologisk sykdom.

### **C) VIDERE UTREDNING VED ”ATYPISK” OPTIKUSNEVRITT**

Utredning er i utgangspunktet målrettet mot aktuelle kliniske differentialdiagnoser. Utredningen kan kreve innlegges på neurologisk avdeling/nevrolog må konfereres. Aktuelle tilstander kan være:

- Inflammatorisk optikusnevritt (sarkoidose/SLE/NMO)
- Paraneoplastisk optikusnevritt (CRMP-5/CV2-antistoffer)
- Infeksiøs optikusnevritt (syfilis/borreliose)
- Genetisk optikusnevropati (LHON)
- Nevroretinitt (ofte idiopatisk, men er assosiert med en rekke ulike tilstander - bartonella\*/syfilis/borreliose/toxoplasmose/sarkoidose/tuberkulose/andre), hypertensjon, stasepapiller og NAION kan gi et liknende (non-inflammatorisk) bilde

Morten C. Moe  
Avdelingsleder og professor

Øystein Kalsnes Jørstad  
Seksjonsoverlege, poliklinikk for medisinsk oftalmologi

---

\* Vanligst blant de identifiserbare årsakene