Region Halland

Temporalisarterit - Jättecellsarterit, GCA

Hitta i dokumentet

Sammanfattning
Utredning och bedömning
Anamnes
Handläggning:
Uppdaterat från föregående version

Sammanfattning

Vaskulitsjukdomen jättecellsarterit (giant cell arteritis, GCA) drabbar stora och medelstora artärer. Arteria temporalis är den vanligast engagerade artären, Ca 15% av patienterna har storkärls-engagemang, dvs. inflammation i aorta med avgångar (3), och neurologiska symtom med stroke drabbar ca 10%
GCA är mycket ovanlig hos personer yngre än 50 år och flertalet som insjuknar är mellan 71-80 år.
Kvinnor drabbas 2-4 gånger oftare än män. Sjukdomen har högst incidens i Skandinavien. Incidens ca 14 fall/100000/år. Riskfaktorer: rökning, amning, tidig menopaus, lågt BMI.
50% av patienter vid TA har PMR vid diagnos. Ungefär 20% av patienter men PMR utvecklar TA.

Kriterierna tillämpas på patienter - med en kliniskt diagnostiserad vaskulit i stora eller medelstora kärl - för vilka andra tillstånd som kan likna vaskulit uteslutits		
Obligat krav	Ålder ≥ 50 år	
Kliniska kriterier	Morgonstelhet i axlar/nacke	2 poäng
	Plötsligt synbortfall	3 poäng
	Tugg- eller tungklaudikatio	2 poäng
	Ny tinninghuvudvärk	2 poäng
	Skalpömhet	2 poäng
	Onormala kliniska fynd vid undersökning av temporalartärerna	2 poäng
Kriterier från blodprover, bilddiagnostik eller biopsi	SR ≥ 50 mm eller CRP ≥ 10 mg/l	3 poäng
	Positiv temporalartärbiopsi eller typisk halo vid ultraljud av temporalartären	5 poäng
	Bilateralt engagemang av axillarartären	2 poäng
	Ökat upptag i hela aorta vid FDG-PET undersökning	2 poäng

Total poängsumma ≥ 6 poäng krävs för att klassificeras som jättecellsarterit

Riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning av jättecellsarterit (GCA) obs klicka på diagnos

Utredning och bedömning

Anamnes + klinisk bild + blodprov + biopsi

Anamnes

Ögonmanifestationer av kraniell GCA(tidigare temporalisarterit):
1. Övergående synstörning har beskrivits hos 30-50% innan patienten får permanent synnedsättning. Symptomen stärker misstanken om temporalisarterit.
a. Transitorisk synnedsättning (från några sekunder till 30 minuter) kan vara frekventa repetitioner, även sidoväxlande
b. varierande dubbelseende/ptos
c. episod av synfältsdefekt
2. Synnedsättning, ofta uttalad. Synpåverkan drabbar vanligen tidigt sjukdomsförloppet. Blindhet är den mest fruktande komplikation.

Vid kranialarterit dessutom ischemibetingade symtom:
Prodomer (hos drygt 80% av patienter)
- huvudvärk(90%) av “ny” typ.
- skalpömhet
- tugg-claudicatio

Allmänsymtom/gemensamma med polymyalgia reumatika förutom*/:
- Subakut debut av inflammationsbetingade allmänsymtom såsom:
  - Trötthet, sjukdomskänsla, viktnedgång, matleda, subfebrilitet, nattsvettningar
- - depression*
  - - hörselnedsättning*

Undersökning
1.Synnedsättningen är oftast grav med visus på 0,1 eller lägre (<0.1 i 60% av patienterna).
2. Pupillreaktioner: RAPD- om ensidig synnedsättning
3 Färgseende: SST/BKIII- kan vara påverkad
4. Synfältsdefekter: typiskt altitudinal (dvs respekterar horisontal meridian)
5. Biomikroskop:
- Blek papill med ödem: Den optiska disken är vid AAION oftast blekare än vid NAION.
- Bomullsexsudat förekommer som tecken på retinal ischemi.
- Choroidal infarkt 6 %
- Gren/centralartär ocklusion 4-5 % eller optikusinfarkt
- Posterior Ischemic Optic Neuropathy (PION, normal papill)

*dokumentera gärna med papill-OCT

6. Ögonmotorik: dubbelseende på grund av ischemi. Följer inte kranialnerverna

7. Ptos kan förekomma

Blodprov (AKUT)

Sänkan(SR) vanligen upp till 70 mm
CRP: stegrad och mer specifikt.(kombinerad SR,CRP: 95% specificitet)
Trombocyter

Handläggning:

Om klinisk misstanke om TA remiss skickas AKUT till medicinkliniken och kontakt tas med primärjouren på akuten. Vidare handläggning via medicinkliniken.

Temporalisartärbiopsi/bilddiagnostik: Beställs av primärjouren på medicinakuten :

Objektiv verifiering med temporalisartärbiopsi eller bilddiagnostik antingen är obligat, men ska inte fördröja behandling vid klinisk diagnos/välgrundad misstanke. Biopsi kan vara normal i 9%.

Bilddiagnostic för kraniell GCA:
Ultraljud av både temporalartärer och axillar-artärer, Magnetresonans tomografi (MRT) av temporalis-artär och PET-CT

Behandling : sköts av medicinakuten(inom 24 timmar)

Urakut handläggning krävs.

Om en patient får en temporalisarteritmanifestation på ett öga är risken störst att andra ögat drabbas under de närmaste dygnen/veckorna.

Vid ögonengagemang :metylprednisolon iv pulsbehandling 500–1000 mg/dag i tre dagar i följd, sedan per os (prednisolone 60 mg)med nedtrappning i flera månader under upprepad kontroll av SR,CRP. Trombocythämmare (ASA) eller antikoagulantia ska inte användas rutinmässigt vid GCA.

Alternativ till steroids: Tocilizumab(IL-6 hammare) är sedan september 2017 godkänt för behandling av GCA.Hanteras av specialist reumatologi.

Uppföljning:

- Första uppföljningsbesök på ögonkliniken inom 2 veckor
Sedan 1 gång i månaden tills papillödem är borta och visus är stabilt.
Sedan glesa kontroller 1-2 gånger, därefter avslut.
Tänk på att testa SF med Humphrey 24-2 Sita-fast samt Estermann binokulärt om önskemål för bilkörning föreligger.

- Remiss till syncentral om det behövs

- Rekommendera patient att sluta röka.

- Information till patient och brev till primärvård/medicinklinik när ögonkontroll avslutas.
Ny remiss får skickas om behov finns om förnyad ögonundersökning vid aktivitetstecken.

Patientinformation/delaktighet
https://www.1177.se/Halland/sjukdomar--besvar/hjarta-och-blodkarl/blodkarl/inflammation-i-tinningens-pulsader--temporalisarterit/

Länkar och referenser:
https://www.internetmedicin.se/ogonsjukdomar/optikusinfarkt
Riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning av jättecellsarterit (GCA) obs klicka på diagnos
Terapirekommendationer Halland

AION Anterior ischemisk opticusneuropati lånad från Västra Götaland Region

Diagnoskoder
M31.5 Jättecellsarterit med polymyalgia rheumatica
M31.6 Annan jättecellsarterit
H46.9 Synnervsinflammation

Uppdaterat från föregående version

Reviderad vårdriktlinje 2025-11-25 tillsammans med Shehrose Y./bkn
Ny vårdriktlinje 2019