

Kliniska riktlinjer - Torra ögon

Viktig information till läsarna:

Författarna till detta dokument, eventuella granskare och utgivaren av dokumentet har gjort stora ansträngningar för att försäkra sig om att behandlingar, läkemedel och doseringar som nämns i dokumentet är korrekta och att informationen i dokumentet ansluter sig till vetenskap och klinisk erfarenhet vid publikationstillfället. Kunskapen om olika sjukdomstillstånd och deras behandling förändras dock successivt. Kontinuerlig forskning, ökande klinisk erfarenhet, rimliga åsiktsskillnader mellan olika auktoriteter, unika aspekter på den enskilda kliniska situationen och möjligheten av felaktighet i dokumentet pga den mänskliga faktorn under framställandet av ett dokument, kräver dock att läsaren använder sitt eget individuella omdöme, när vederbörande fattar kliniska beslut, och att läsaren om nödvändigt kontrollerar informationen i dokumentet via andra kunskapskällor. Läsaren uppmanas särskilt att noga genomläsa fabrikantens produktinformation för varje läkemedel, innan det förskrivs eller administreras, speciellt om läkemedlet är obekant för läsaren eller om det användes sällan.

Innehåll

[Definition](#)
[Etiologi](#)
[Symtom](#)
[Differentialdiagnoser](#)
[Remittering](#)
[Diagnos](#)
[Topikal behandling](#)
[Generell behandling](#)
[Uppföljning](#)
[Dokumentinformation](#)

Mer information finns i

[State of the Art - Torra ögon](#)

Definition

Torra ögon innebär att tårfilmen inte fungerar tillfredsställande. Termen keratoconjunctivitis sicca (KCS) används som benämning på kroniskt torra ögon.



Etiologi

Det finns en rad orsaker till att ögonen blir torra, det vill säga att tårfilmen inte fungerar tillfredsställande. Den vanligaste orsaken är att tårvätskesekretionen inte räcker till. Det finns, som alltid i sådana här sammanhang, en glidande övergång från normalt via gränstillstånd till klart sjukliga tillstånd.

Bland orsakerna till torra ögon, är dessa de vanligaste

- Åldersbetingad minskad tårvätskesekretion
- Ogyggsam miljöpåverkan
- Hormonellt betingade slemhinneförändringar

- Allergi eller atopi med reducerad tårfilmsstabilitet
- Infektion
- Förändringar i ögonlock och epitel
- Iatrogen effekt
- Autoimmun sjukdom



Symtom

Det är inte vanligt att patienter med torra ögon spontant uppger torrhet i ögonen som huvudproblemet. Istället använder de som regel helt andra ord för att beskriva sina besvär. Ögontrötthet är ett mycket vanligt symtom vid torra ögon. Andra vanliga symtom är främmande-kroppskänsla, skav, sveda, klåda, brännande känsla, tråddragande sekret, ljuskänslighet, dimsyn m.m. Ögonen brukar ofta kännas igenklistrade på morgnarna. Ofta är besvären mest uttalade vid synintensiva sysslor såsom läsning, TV-tittande eller bildskärmsarbete.



Differentialdiagnoser

Bland de vanligaste symtomen vid tårfilmsdysfunktion är - som nämnts ovan - gruskänsla, rodnad, sveda, klåda, trötthet, varierande grad av dimsyn och trötthet i ögonen vid synkrävande sysselsättning. Allt detta är symtom som även kan vara tecken på infektiösa eller inflammatoriska tillstånd. Med andra ord kan det dölja sig en dålig tårfilmsfunktion hos en stor andel av de personer som har ögonproblem. Det är viktigt att hitta dessa, men naturligtvis minst lika viktigt att rätt diagnostisera andra ögonsjukdomar såsom infektiös konjunktivit och keratit eller uveit.



Remittering

Om man känner sig övertygad om att patientens besvär med stor sannolikhet orsakas av en defekt tårfilm och det inte föreligger några tecken till annan, allvarligare ögonåkomma, kan man mycket väl påbörja behandlingen utan att patienten nödvändigtvis behöver träffa ögonläkare.

Det är dock viktigt att man remitterar de patienter som har besvär som tyder på generaliserad sjukdom såsom följande:

- muntorrhet
- påtaglig värk i leder och muskler
- onormal trötthet

I följande fall är det också lämpligt med en remiss till ögonspecialist:

- uttalat sicca-syndrom med patologisk BUT och Schirmers test
- om behandlingen med tårsubstitut inte ger avsedd effekt
- om besvären förvärras



Diagnos

Diagnosen KCS ställs genom att minst två av följande tre tester är patologiska:

- Break-up time (BUT), patologiskt: ≤ 10 s
- Schirmers-1-test (S1T), patologiskt: ≤ 5 mm/5 min

- Rose-bengal score (RBS), patologiskt: ≥ 4 p

Det är väsentligt att diagnosen KCS ställs på rätt sätt och enligt fastställda kriterier, inte minst genom att KCS är ett av diagnoskriterierna för Sjögrens syndrom. För diagnosen primärt Sjögrens syndrom (pSS) krävs såväl KCS som kroniskt torr mun (stomatitis sicca). Sekundärt Sjögrens syndrom anses föreligga om KCS och/eller stomatitis sicca kan påvisas samtidigt som patienten har en annan väl definierad autoimmun kollagenos såsom RA.



Topikal behandling

Det finns ingen medicinsk eller kirurgisk behandling som kan återskapa en normal tårsekretion eller -funktion, utan behandlingen vid torra ögon bygger på tillförsel av tårersättningsmedel. Man skall dock inte glömma att försöka eliminera orsaker som bidrar till att tårfilmen inte fungerar tillfredsställande såsom ogynnsam miljöpåverkan eller allergisk konjunktivit.

När det gäller behandling med tårsubstitut skall man ställa följande krav på ett ändamålsenligt preparat:

- refraktivt index överensstämmande med tårvätskan
- rätt sammansättning vad gäller joner, buffertkapacitet etc.
- lämpliga viskositetsegenskaper
- infektionsskyddande funktion
- inte innehålla tillsatser som kan skada eller irritera epitelet

Det finns inget preparat som uppfyller alla krav, men vissa är mer ändamålsenliga än andra. Man kan undvika preparat som onödigtvis ger dimsyn, som saknar väsentliga joner, som har en onödigt hög viskositet eller som innehåller epiteltoxiska konserveringsmedel. I princip skall man enligt min mening undvika tårsubstitut med konserveringsmedel vid kronisk behandling av torra ögon. I varje fall gäller detta vid droppfrekvens på mer än 3-4 gånger dagligen.

Det är väsentligt att tårersättningsmedel administreras frekvent vid KCS. Patienten måste motiveras och samarbete och återkommande uppföljningsbesök är väsentligt. Hur ofta ögondropparna måste tas, varierar betydligt, men generellt kan sägas att en patient med KCS behöver droppa åtminstone var 3:e till var 4:e timme. Det är inte ovanligt att tårersättningsmedel måste ges så ofta som var 10:e minut under dygnets vakna timmar.

Påfallande ofta ser man att effekten av ett medel, som till en början fungerade bra, efter en tid avtar. Det är en klinisk iakttagelse att man genom att kombinera olika preparat och/eller skifta mellan olika preparat, i viss mån kan förebygga denna tendens.

De olika tårsubstituten kan delas in i olika grupper fr.a. beroende på viskositetsgrad. Vid måttlig sicca klarar man sig ofta med tårsubstitut i droppform, ev. med tillägg av hypotona (0,5%) koksaltdroppar. Vid svårare fall måste man ta till mer högviskösa droppar, Dessa droppar har ökad kontakttid. Mycket viskösa droppar ger övergående dimsyn och kan ge avlagringar i cilierna. Även här är en kombination med hypotona koksaltdroppar av värde. Ofta har patienten glädje av en neutral salva i ögonen vid sänggåendet. Däremot skall man undvika salva under dygnets vakna timmar, eftersom de flesta salvor förkortar BUT och alltså gör tårfilmen ännu mer instabil. Det finns också tårsubstitut i gelform såsom polyacrylsyra och povidone, vilka förenar droppars ringa besvär med dimsyn, med den långa retentionstiden hos salvor och högviskösa droppar. Dessa substanser har i likhet med tårvätskan ickenewtonska viskositetsegenskaper, dvs viskositeten sjunker med ökande rörelse i vätskan, s.k. shear rate.

Många patienter besväras av segt, dehydrerat, tråddragande mucin som samlas bakom nedre ögonlocket och som medför avsevärda obehag vid blinkning genom att ögonlockens rörelse fortplantas till epitelcellernas yta via det sega mucinet. I dessa fall är mukolytiskt medel såsom acetylcystein av värde. Förskrivs som ex tempore-preparat och används som tillägg till tårsubstitut. Det är viktigt att tänka på att man med acetylcystein inte bara löser upp det sjukligt förändrade mucinet, utan även det normala mucin som kan finnas kvar och som är väsentligt för tårfilmens stabilitet. Det är därför lämpligt

att kombinera acetylcystein med något mucomimetiskt, ickenewtonskt tårsubstitut, t.ex. någon av de nyare tårsubstituten i gelform, baserade på polyacrylsyra eller povidone.

Ofta är det nödvändigt att behandla den kroniska inflammation som ofta föreligger i ögats ytskikt. Lokalt applicerat NSAID och glucokortikosteroid har visat sig effektiv vid akut ickebakteriell keratokonjunktivit. Lokal behandling med cyklosporin A har i vissa undersökningar visat effekt medan andra inte kunnat påvisa detta, och för närvarande pågår en internationell multicenterstudie.

Hos mycket torra KCS-patienter kan en ocklusion av de nedre tårpunkterna vara av värde. Innan en permanent ocklusion utförs, antingen genom elektrokoagulation eller plastik, kan effekten utvärderas genom hoplimning av tårpunkterna med histoakryl-lim eller genom förslutning med silikonpluggar eller kollagenstavar. De sistnämnda upplöses under loppet av några veckor och om patienten under denna tid upplever en symtomförbättring, kan de betydligt dyrare silikonpluggarna användas. Detta ger en reversibel ocklusion till skillnad från operation.

Det är viktigt att man individualiserar behandlingen och att man i samråd med patienten kartlägger hur de dagliga sysslorna ser ut och med ledning av detta lägger upp en behandlingsrutin som fungerar såväl medicinskt som socialt.



Generell behandling

Oral behandling med bromhexin kan ibland hjälpa vissa personer med torra slemhinnor då den i vissa fall tycks stimulera mucinproduktionen. Man skall dosera högre än den dos som anges i FASS för att få denna effekt. Lämplig begynnelsesdos är 2 tabletter à 8mg 3 gånger dagligen. Om man inte märker någon effekt efter två veckor, kan dosen ökas till 3 tabletter 3 gånger dagligen. Om det fortfarande efter ytterligare två veckor inte märks någon förbättring, kan dosen ökas till 4 tabletter 3 gånger dagligen. Högre än så är det ingen idé att gå. Behandlingen är ofarlig och kan mycket väl prövas. Magknip är en inte ovanlig biverkan i högre dosering.

En intressant behandling är med nattljusolja-kapslar innehållande di-homo-gamma-linolensyra, som har effekt på slemhinneproblemen och framför allt på den uttalade trötthet som patienter med Sjögrens syndrom plågas av. Behandlingen innebär ganska höga kostnader.

Patienter som har så pass avancerade symtom att de kräver generell behandling bör skötas av, eller i varje fall i samråd med, ögonspecialist.



Uppföljning

Att ha KCS, i synnerhet vid Sjögrens syndrom, är en börda, men som regel inget synhotande tillstånd. Patienterna kan förbättra såväl sitt ögon- som allmäntillstånd genom att följa den ordinerade terapin och genom att undvika drag, rök och damm. Den allmänpraktiserande läkaren bör alltid överväga om ordination av medicin med eventuell uttorkande effekt såsom antikolinergika, kan skapa problem.

Ett särskilt problem är användningen av kontaktlinser. De flesta patienter med KCS kan inte använda kontaktlinser. Detta beror på att den sparsamma tårfilmen medför en ökad avlagring på linserna, en ökad mekanisk belastning på ögat samt risk för kontaktlinsallergi. Dessutom sker en ökad avdunstning av tårvätska från en kontaktlinsyta jämfört med ögats yta. Måste kontaktlinser användas bör halvhårda eller mjuka lågvätskehaltiga linser prövas.

Bristen på tårvätska innebär att ögats infektionsförsvar är nedsatt. Patienterna bör instrueras att höra av sig vid tecken till bakteriell infektion, så att akuta infektioner kan behandlas i tidligt skede. Dessutom kräver den konstanta bevakningen av sjukdomen, ändring av lokalbehandlingen etc. att patienten ses en till två gånger om året.

Man skall inte heller förringa betydelsen av läkarens psykologiska stöd vid en kronisk sjukdom för vilken

ingen verksam bot finns. Man får aldrig glömma bort den sista delen av läkarens åligganden - att ställa inför en patient med sjukdom sträva efter att bota, lindra och *trösta*.



Dokumentinformation

Institution:	Sveriges ögonläkarförening
Titel:	Torra ögon
Dokumentdatum:	1999-09-09
Publiceringsdatum (Internet):	2000-08-16
Version:	1.0
Publiceringshistorik:	
Bibliografisk referens:	
Personlig huvudman/huvudexpert:	Bo Hedqvist Leg.läkare Ögonspegeln AB Järnhälsan Järntorgsgatan 8 413 01 Göteborg
Dokumenttyp:	Kliniska riktlinjer
Diagnoskod enl Klassifikation av sjukdomar 1997:	H19.3
Åtgärdskod enl Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997:	
ATC-kod:	



För dig utan ramar: [Hemsidan](#) | [Innehållsförteckning](#)

Denna webbplats använder inte cookies. © Sveriges ögonläkarförening 1996-2009. [Webbmaster](#).



besökare sedan 16/1 2005.