

Reumasjukdomar och ögonen

Reumapatienter har oväntat mycket ögonproblem, som ofta kommer i skymundan för den underliggande ledsjukdomen. Ihållande rodnad i ögat eller variga ögon kan vara tecken på torra ögon, som förekommer i samband med många reumasjukdomar. Att upprepade gånger drabbas av irit (reumatisk inflammation) kan vara ett tecken på ryggradsreuma och diagnostiseringen kan tidigareläggas med 10-15 år. Hornhinneinflammation, sklerit, tyder på en aktiv ledsjukdom, oftast på ledgångsreuma. Synnedläggning hos barnpatienter tyder på symptomfri irit, som kan förorsakas av barnreuma med lindriga besvär. Å andra sidan kan reumasjukdomens behandling medföra ögonproblem.

Det vanligaste problemet idag är gråstarr som kan uppträda tidigt på grund av kortikosteroidbehandling. Tidigare förorsakade Heliopar förändringar i ögonen. Regelbundna besök hos ögonläkare rekommenderas och är nödvändiga för personer med reumasjukdomar.

I de följande kapitlen behandlas de vanligaste ögonproblemen hos reumatiker:

Ledgångsreuma eller reumatoid artrit

Torra ögon påträffas hos upptill 30 % av reumapatienterna, speciellt vid långvarig sjukdom. Ögonen svider, kliar, varas och rodnar och det känns som om man hade något främmande föremål i dem. Symptomen förvärras mot kvällen och ögonen blir lätt trötta. Utomhus rinner ögonen. Ögonen blir irriterade av bilens ventilation och luftkonditionering och speciellt i bastun. Många patienter som lider av torra ögon lider också av torrhet i övriga slemhinnor och då kan det vara frågan om sekundärt Sjögrens syndrom. Torra ögon i samband med ledsjukdom är relativt vanligt och oftast ofarligt och behandlas regelbundet med tårsubstitut i form av ögondroppar. Ovannämnda symptom kan uppkomma i samband med en ospecificerad inflammation då tårsekretionen blir nedsatt och/eller tårvätskans konsistens ändras så att den inte längre klarar av att fukta ögats yta.

Torra ögon behandlas flera gånger per dag med tårsubstitut i form av ögondroppar, ögongel eller ögonsalva till natten, och vid behov oftare. Vid svårare hornhinne- eller bindhinneinflammation, d.v.s. keratoconjunctivitis sicca, förorsakad av torrhet i ögonen, behövs behandling med antibiotika-kortikosteroiddroppar och antibiotikasalva när inflammationen tidvis kommer in i ett besvärligare skede. Lider man av torra ögon bör man sköta om ögoninflammationer omsorgsfullt. Speciellt vid inflammation i ögonlockskanten är det risk att torrhetssymptomen ökar.

Vid svårare torrhetssymptom kan man sluta tårpunkten eller bränna den och/eller använda speciella skyddsglasögon avsedda för personer som har problem med torra ögon. Sim- eller slalomglasögon hjälper en del personer. Det är viktigt att göra livsmiljön ögonvänlig; att reglera den maskinella ventilationen, öka luftfuktigheten, sanera damm o.s.v.

Det är viktigt att inse att man bör söka hjälp hos ögonläkare om ögonen trots substitutbehandlingen är irriterade. Vid riktig substitutbehandling bör man använda preparat utan konserveringsmedel eftersom man också kan bli överkänslig för konserveringsmedlet

(benzalkonklorid) i ögondropparna. Tårsubstitut finns att köpas receptfritt på apotek. Vid regelbunden användning kan man få en 3 månaders dos förmånligare.

En **inflammation i hornhinneytan**, i sklera, kännetecknas av ett ofarligt, rodnande område vanligen i ögats yttre eller inre ögonvrå som kan orsaka smärre besvär. Inflammationen kan läka utan behandling, men lugnas snabbt ned med kortikosteroiddroppar inom 2-4 veckor och med antiinflammatoriska läkemedel oralt. Sjukdomen kan återkomma, men skadar inte synen. Vanligtvis förekommer episklerit i samband med ledgångsreuma.

Sklerit, som också är en hornhinneinflammation, men som går djupare in i ögat, är alltid en allvarlig sjukdom. På ögats yta i ögonvitan uppstår en blårod ömmande knöl. Ofta konstateras samtidigt ett sår i hornhinnans kant och lindrig irit. Sklerit behandlas i samarbete av både ögon- och reumaläkare; kortikosteroid lokalt och kortison oralt, effektiv behandling av den underliggande sjukdomen.

Sklerit hotar synen och är ofta ett tecken på aktiv ledgångsreuma, men med dagens effektiva reumavård ser man mycket sällan allvarligare former av sklerit.

Sjögrens syndrom eller s.k. primärt Sjögrens syndrom

Torra ögon och torr mun - Sjögrens syndrom. Torra slemhinnor, speciellt i ögonen, utan underliggande ledsjukdom, hör väsentligen till Sjögrens syndrom, som dessutom kännetecknas av trötthet, ledvärk och många andra symptom. Grunden i behandlingen av ovan beskrivna symptom är fuktande ögondroppar och behandling av ögoninflammationen samt att göra miljön mindre irriterande för ögonen. Vid svårare sjukdomsform används ibland reumamediciner, t.ex. kortikosteroider eller Oxiklorin. Svårare former av ögontorrhet bör vårdas av ögonläkare.

Ryggradsreuma och besläktade sjukdomar (Spondylartroser)

Akut **regnbågshinneinflammation**, irit eller iridocyklit är typiska ögonsjukdomar i samband med ryggradsreuma. Sjukdomen börjar vanligen med rodnad i ena ögat, ljuskänslighet och ömhet vid beröring; ögat varas inte, ej heller försämras synen till en början. Första gången iriten uppträder drar den vanligen ut på tiden tills man söker vård hos ögonläkare och får kortikosteroiddroppar, en salva till natten och droppar som utvidgar pupillen. Iriten lugnar vanligen ner sig inom 4-6 veckor med ändamålsenlig behandling, men kan återkomma i samma öga eller i andra ögat till och med flera gånger per år.

Regnbågshinneinflammationen kan tidigarelägga diagnostiseringen av ryggradsreuma med upptill 10-15 år. Det kan vara svårt att konstatera ryggradsreuma i synnerhet hos kvinnor. Irit förekommer hos c. 25 % av alla ryggradsreumatiker. För patienter som bär riskfaktorn HLA B27 är risken för irit ännu större. Vid återkommande irit kan det vara bra att diskutera effektiverad behandling av den underliggande sjukdomen för att minska risken för att iriten kommer tillbaka. Återkommande och utdragen regnbågshinneinflammation kan förorsaka svullnad i ögonbotten och synförsämring, medan långvarig kortikosteroidbehandling främjar gråstarr och förhöjer ögontrycket hos vissa patienter. Iritpatienter bör vårdas av ögonläkare.

Akut irit förekommer också i samband med andra reaktiva artrit, psoriasis och tarmsjukdomar (ulcerös colit, Chrons sjukdom), samt vid Reiters syndrom, där bindhinneinflammation kan konstateras vid sjukdomens debut. Torrögdhet förekommer också hos patienter i denna sjukdomsgrupp.

Barnreuma

I Finland konstateras cirka 150 nya fall av barnreuma årligen. Olika undersökningar som finns att tillgå påvisar att regnbågshinneinflammation, d.v.s. irit förekommer hos 2 - 21 % av barnreumapatienterna. Iriten i samband med barnreuma är i 90 % av fallen helt symptomfri, en latent inflammation, som, om den inte behandlas, kan leda till synskada och hos 6 - 12 % till och med till blindhet. Vid diagnostisering av barnreuma bör barnet besöka en ögonläkare för att utesluta eller konstatera symptomfri irit. Regelbundna ögonkontroller görs i sjukdomens initialskede med 3-4 månaders mellanrum under ett par års tid, och därefter halvårsvis åtminstone under 7 års tid. Oftast är iriten dubbelsidig och kronisk och den konstateras hos flera än 90 % inom 4-7 år av reumans debut. Ibland kan den dock uppträda mycket senare. Med dagens noggranna ögonkontroller upptäcks iriten redan i initialskedet och med effektiv behandling kan man undvika större problem.

Effektiv behandling av barnreuma och irit, effektiv lokal behandling och modern ögonkirurgi har förbättrat prognosen för irit i samband med barnreuma. Största risken att drabbas av irit har små flickor med ledsjukdom som drabbat 1-4 leder och hos vilka man konstaterat antinukleära antikroppar, men irit konstateras vid alla former av barnreuma.

Övriga reumasjukdomar

Torrögdhet förekommer vid många reumasjukdomar, bl.a. vid LED, sklerodermi och vid blandad bindvävssjukdom. Om LED:n inte blir behandlad kan det leda till förändringar i ögonbotten, vid jättecellersartrit kan synen försämrans snabbt, vid sklerodermi kan huden på ögonlocken bli åtstramad och vid dermamyosit förekommer rödskiftande eksem på ögonlocken.

Reumamediciner och ögonen

De flesta reumamediciner är trygga med tanke på ögonen och bl.a. ciklosporin och metotrexat används vid behandling av svår regnbågshinneinflammation. Tidigare kunde man konstatera förändringar i ögonbotten och grumling i hornhinnan hos patienter som använde klorokinpreparat, främst då Heliopar, medan patienter som använde Oxiklorin (eller Plaquen) inte hade dessa problem. Om klorokinbehandlingen pågår i flera än 6 år rekommenderas ögonläkarkontroller med 1-2 års mellanrum.

En känd biverkning av kortikosteroidanvändning är grumling av linsens bakre del, tidig grå starr, som kan komma till följd av långvarigt bruk av kortikosteroiddroppar och/eller kortisonpreparat oralt. Kortisonet kan också hos vissa patienter förorsaka förhöjt ögontryck, varför man bör besöka ögonläkare i synnerhet under de första månaderna av behandling med droppar. Små kortison doser (<10mg/dygn) via munnen förorsakar inte i allmänhet starr.

Överkänslighet för guld eller sulfasalazin kan förorsaka förändringar i slemhinnorna också i ögats yta, men oftast konstateras allergin redan innan ögonsymptomen uppträder.