

Dokument-id i Barium
20769

Dokumentserie
skas/med

Giltigt t.o.m.
2019-05-08

Version
6

Innehållsansvarig: Grete Garberg (grega) (Läkare ögon/Övergreipande/K5/Skaraborgs Sjukhus)

Granskad av: Rebecca Oscarsson (rebwe) (Ledningsgrupp K5/Övergreipande/K5/Skaraborgs Sjukhus)

Godkänd av: Rebecca Oscarsson (rebwe) (Ledningsgrupp K5/Övergreipande/K5/Skaraborgs Sjukhus)

verksamhetschef

Publicerad för: K5

Revideringar i denna version

Ersätter PM: Centralvenstrombos/Hemitrombos samt BRVO – Grenvenstrombos

Bakgrund, syfte och mål

Syftet med rutinen är att om möjligt förebygga synnedsättning och komplikationer till retinala venocklusioner.

Arbetsbeskrivning

Orsak

Oftast idiopatisk. Största riskfaktor kardiovaskulära sjukdomar (hypertoni), glaukom, diabetes mellitus (DM), hyperkoagulabilitet, vaskuliter

Diagnos

Det är den kliniska bilden som ger diagnos med dilaterade vener blödningar, ofta strimformiga eller flammiga, mjuka och/eller hårda exudat. Vid oklar diagnos övervägs fluoresceinangiografi. Venocklusioner delas in i tre huvudtyper efter utbredning; **grenvensocklusion, hemitrombos och centralvensocklusion.**

Utredning

Remiss till V&C för kontroll av blodstatus, blodtryck, blodsocker, blodfetter. **Skicka standardbrev.**

Observera att okulära venocklusioner **inte** är indikation för insättande av trombosprofylax (ökad risk för retinala blödningar, och sämre visusprognos), men redan insatt behandling på annan indikation bör fortgå.

Vid misstanke om vaskulit tas riktade prover SR, CRP, ANA. ANCA.

Yngre än 50 år: blodstatus SR CRP APTT, APC-resistens, **lupus antikoagulans, kardiolipin-antikroppar samt p-Homocystein.** Vid misstanke om koagulationsrubbnig, remiss till med.klin. Eventuellt fluoresceinangiografi.

Ansvarsfördelning

Patienter som är aktuella för injektionsbehandling tas om hand av medicinsk retina-läkare. Övriga patienter med venocklusioner följes upp av patientansvarig läkare.

Om injektionsbehandling avslutas pga. otillräcklig effekt/låg visus, får man inte glömma risk för rubeosutveckling. Gonioskopi och tryckkontroller!

A. Hemitrombos/centralvensocklusion (CRVO)

Typindelning

1. Icke-ischemiska (venös stas) oftast välbevarad visus och ofta god prognos, 15 % omvandlas till ischemiska
2. Ischemiska (hemorragiska). Sämre visus ev pos RAPD, ofta associerad med makulaödem, sämre prognos; risk för retinala proliferaationer (papillen)/irisrubeos.

Behandlingsindikationer

Man rekommenderar ej profylaktisk scatterbehandling vid ischemi. Hemitrombos/CRVO har sämre naturalförlopp än grenvensocklusioner; vid behandlingsindikation bör behandling sättas in så snart som möjligt!

Om ingen behandlingsindikation föreligger, tänk på att:

Icke-ischemiska (< 10 PPA capillary drop-out, god visus) kan => ischemiska. Risken störst de första 3-6 månaderna. Kontrollera ca 1 mån, därefter var 3:e mån upp till 1 år. Eventuellt fluorescein-angiografi.

- a. **Makulaödem:** Visus 0,5-0,1 Snellen eller motsvarande ETDRS och närvisus bättre än 24 p. Ofta dåligt behandlingsresultat vid visus <0,1/24 p. Om "sista-öga" kan man överväga att försöka, men avsluta behandling om visus inte går upp.
 - a. Anti-VEGF (se under behandling BRVO)
 - b. Steroider (se under behandling BRVO)

- b. **Proliferaationer:**

- a. Retinala/på papillen: Panretinal scatterbehandling (PRP)/ scatter i ischemisk sektor
- b. Irisrubeos
 - b1 Lokalbeh: Behandla eventuell tryckstegring; steroider ("anti-rubeotisk")
 - b2 PRP/beh ischemisk sektor
 - b3 Eventuellt tillägg av anti VEGF
 - b4 Cyclodiodlaser i trycksänkande syfte
 - b5 Cyclo-retinal-cryo-behandling för att minska rubeos/sänka trycket

Uppföljning

25-60% av ischemiska CRVO utvecklar rubeotisk glaucom. Risken är störst de 3 första mån, och få fall dyker upp efter 1 år. Proliferaationer på papill kan dyka upp senare. Om man inte behandlar med injektion eller avslutar injektionsbehandling, bör patienterna följas upp med gonioskopi och tryckmätning samt ögonbottenundersökning 1 g/mån de första 3 mån, därefter kan man glesa ut kontrollerna till 6-8 v de nästa 3 mån, därefter ytterligare ett par gånger tills ett år efter debut. Icke ischemiska kontrolleras efter cirka 1 mån, därefter var 3:e mån upp till 1 år.

B. Grenvensocklusion (BRVO)

Omfattar en kvadrant eller en mindre gren(t.ex. makula-venocklusion)

Oftast relativt god prognos. Viss spontan läkning, ger i stort sett aldrig sek. proliferationer. Ingen indikation för profylaktisk laser.

Behandlingsindikationer

a. Makulaödem

1. Visus $\geq 0,6$: Ingen behandlingsindikation Kontroll cirka 3 mån, om oförändrat, avslut.
2. Visus $< 0,6$: Viss chans för spontan förbättring. Överväg att avvakta 2-3 mån.
 - a. Konventionell laser: kan övervägas vid ringa ödem, eventuellt under vägledning av fluoresceinangiografi. Scatterbehandling i ischemisk sektor vid proliferationer.
 - b. Injektionsbehandling
 - b1 Anti VEGF (Lucentis, Eylea (Avastin?))
Förstahandsbehandling vid glaukom och faka patienter (ej katarakterade).
Relativt kontraindicerad efter stroke/hjärtinfarkt.
 - b2 Steroider (Ozurdex).
Överväg Ozurdex hos diabetiker.
Relativt kontraindicerad hos faka patienter (ej katarakterade); inducerar katarakt, och glaukopatienter; kan ge tryckstegring

b. Retinala proliferationer

1. Konventionell laser i aktuell sektor

Generellt om injektionsbehandling

1. Anti VEGF. Man ger 3 injektioner i rad. Utvärdering 1 mån efter 3:e inj. Visus o OCT.
 - a Torrt: nästa kontroll ca 6 v
 - b Ej torrt, men bättre: ytterligare injektioner
 - c Ej bättre, men visus $>0,1/24p$: överväg att ändra behandlingsstrategi (annan anti- VEGF/sterioder).
2. Steroider (Ozurdex)
 - a Undvik Ozurdex vid glaucom och faka (ej katarakterade)
 - b Tryckkontroll efter 3 v
 - c Läkarkontroll efter cirka 2 mån med visus, tryck och OCT; därefter läkar/sköterskekontroll varannan månad med visus, tryck och OCT
 - d Ev ändra behandling/ supplera med anti VEGF om ej tillräcklig effekt visus $>0,1/24p$, eller tryckstegring av steroider. Eventuell katarakt: Överväg kataraktoperation.

Uppföljning var 3:e månad om man ej behandlar upp till 1 år.

Arbetsgrupp

Grete Garberg, överläkare, K5 (ögonenheten)

Emelie Gyllencreutz, underläkare, K5 (ögonenheten)

Käll- och litteraturförteckning

Sota-dokument, augusti 2014