

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Giltig från: 2025-12-05

Innehållsansvar: Bára Ingimarsdóttir, (brain1), Specialistläkare

Giltig till: 2027-12-05

Granskad av: Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

# Ögonbottenfotografering - diabetesscreening inklusive barn

## Förändringar sedan föregående version

Mindre revidering.

## Bakgrund och syfte

Adekvat ögonbottenkontroll/screening.

## Utförande

Fotografering från debut (barn från 10 års ålder). Digifundus ansvarar för diabetesscreening av patienter 16–80 år utan behandlingskrävande retinopati. Patienter över 80 år utan retinopati ska avslutas. För övriga patienter över 80 år ska man ta hänsyn till ”allmäntillstånd”.

Välreglerade diabetiker utan retinopati fotograferas vartannat år (eventuellt var tredje år, typ 2).

Vid retinopati bestäms intervall efter retinopatigrad.

	<b>Grad av diabetes-retinopati (DRP)</b>	<b>Statusfynd</b>	<b>Kontrollintervall</b>
	Ingen DRP Grad 0	Inga.	<b>Typ 1 diabetes:</b> kontroll vartannat år från 10 års ålder <b>Typ 2 diabetes (tablett och/eller insulin):</b> kontroll vart annat till tredje år <b>Typ 2 diabetes (kost):</b> Vid terapiändring (Skövde). Patienter över 80 år avslutas.
Icke synhotande (såvida inte makulopati)	Lindrig DRP Grad I	Enstaka mikroaneurysm och/eller småblödningar.	Varje eller vartannat år.
	Måttlig DRP Grad II	Mikroaneurysm, småblödningar, mjuka exsudat och/eller hårda exsudat.	<b>Utan makulaödem:</b> Varje år <b>Risk för makulaödem:</b> Var sjätte månad eller till läkare. Vid stabila tillstånd kan intervallet ökas.
Preproliferativ diabetes-retinopati PPDR 4:2:1	Allvarlig PPDR	<u>Ett</u> av nedanstående.	Var sjätte månad -1 år (om stabil) <b>OBS!</b> Sjunkande HbA1c.
	Mycket allvarlig PPDR Grad III	Minst <u>två</u> av nedanstående.  <b>1.</b> Uttalade intraretinala blödningar i <u>fyra</u> kvadranter (mera än 20 i vardera). <b>2.</b> Uttalad flebopati (segmenterade, pärlbandsliknande vener eller omegafenomen) i <u>två</u> kvadranter. <b>3.</b> Uttalade IRMA i <u>en</u> kvadrant.	Var fjärde till sjätte månad. Överväg scatter behandling speciellt vid sjunkande HbA1c.  Vid både allvarlig och mycket allvarlig icke-proliferativ DRP kan man överväga scatter vid: 1. Snabb progress. 2. Om man inte kan ha tillräckligt med täta ögonkontroller. 3. Om patienten planerar graviditet/under graviditet. 4. Innan kataraktoperation. 5. Vid tilltagande katarakt (medan scattereffekterna fortfarande tar) även om det ännu inte är dags för operation.

	<b>Grad av diabetes-retinopati (DRP)</b>	<b>Statusfynd</b>	<b>Kontrollintervall</b>
PDR	PDR Grad IV	Högrisk karaktäristiska (risk för snabb och allvarlig synförsämring). <b>1. Papillproliferationer</b> som är minst 1/3 papillyta i storlek. <b>2. eller proliferationer på papillen eller övriga näthinnan kombinerat med preretinal blödning eller glaskroppsblödning.</b>	Omedelbar scatterbehandling.
Siginifikant diabetes-makulopati	SDM	<b>1. Ödem eller exsudat inom 500 mikrometer från centrum</b> <b>2. Ödem med diameter &gt;1 500 mikrometer (1 papilldiameter) inom 1 500 mikrometer från foveas centrum.</b>	Behandling inom 3 månader.

**OBS!**

- Sänkning av HbA1c innebär risk för progress av befintlig diabetesretinopati.
- Oregelbunden vågformig glittrighet i centrala ögonbotten hos unga kan vara ett tecken till att det snabbt kan bli proliferativ DRP. Därför täta kontroller.
- Gravida patienter med diabetes kontrolleras 4 gånger så ofta som icke gravida.
- ”Tyst ischemi” diabetes typ 1 lång duration.

**Läkarbesök:**

1. **Efter scatterbehandling (kan ersättas av fotokontroll):** 2–3 månader om patienten är yngre och med mer aggressiva proliferationer. Äldre patienter med mindre aggressiva proliferationer: kontroll om 4 månader. Proliferationerna börjar försvinna efter 1 månad. När det är lugnt kan patienten återgå till fotokontroller med 6- och 12-månaderskontroller. Om det är stabilt kan man öka intervall ytterligare.

- **Vid glaskroppsblödning:** 1 månad om patienten är scatterbehandlad. 2–3 veckor om patienten är scatterbehandlad och vitrektomerad.

Recidiverande glaskroppsblödningar/dålig regress av proliferationer trots full scatter:

- Överväg vitrektomi eller enstaka injektioner anti-VEGF intravitrealt alternativt supplerande scatter.
- Glaskroppsblödning utan tecken till resorption: remiss för ev. vitrektomi. Äldre tolererar längre tids glaskroppsblödning än yngre.
- Fibros med traktion av makula eller hotande traktion: remiss för eventuell vitrektomi (subakut, kontakta Bakre segment, SU/Mölnadal).

För gravida se styrdokument:

[Ögonbottenfotografering – gravid patient med diabetes](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Ögon ÖNH Käk Log

**Innehållsansvar:** Bára Ingimarsdóttir, (brain1), Specialistläkare

**Granskad av:** Lena Kovalchuk, (oleko1), Specialistläkare

**Godkänd av:** Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9725-959466179-73

**Version:** 14.0

**Giltig från:** 2025-12-05

**Giltig till:** 2027-12-05