

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Giltig från: 2025-09-03

Innehållsansvar: Martin Breimer, (marbr56), Specialistläkare

Giltig till: 2027-08-22

Granskad av: Maria Bitziou, (marbi13), Överläkare

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5), Överläkare/Professor

ÖGONJOUR Medret-fall på ögonjouren. Handläggning av cirkulationsstörningar samt serosa (CSR)

Revideringar i denna version

WF-OCTA (med Canon Xephilio) kan ofta ersätta eventuell fluoresceinangiografi (FA) och även WF-foto (Clarus) vid frågeställning proliferationer.

Serosa GKB vid diabetes hänvisas till separat PM.

Bakgrund och Syfte

Detta utgör en handledning för underläkaren vid första omhändertagande av patienter på ögonjouren, som diagnostiseras med nedanstående tillstånd.

Det förutsätts i det följande att diagnosen är känd. Hur man kommer fram till den beror på anamnes, symtom och fynd.

Innehållsförteckning

Bakgrund och Syfte	1
Arbetsbeskrivningar	2
1. Makulavenocklusion (MVO)	2
2. Grenvenocklusion (BRVO)	2
3. Centralvenocklusion	3
4. Hemisfärvenocklusion	4
5. Irisrubeos	4
6. Sekundär glaukom (vid CRVO)	5
7. Amaurosis fugax (TIA).....	6
8. Grenartärocklusion (BRAO).....	6
9. Centralartärocklusion (CRAO)	6
10. Makroaneurysm	7
11. Glaskroppsbloodning (GKB) vid diabetes.....	7
12. Central serös retinopati (CSR, Serosa)	7
Ansvar	8

Arbetsbeskrivningar

Makulavenocklusion (MVO)

Komplikationer, akut utredning och handläggning som vid grenvenocklusioner avseende makulaödemet (se nedan), men det föreligger inte risk för neovaskularisationer varför uppföljning för detta inte planeras.

Grenvenocklusion (BRVO)

Komplikationer: Makulaödem med synnedsättning. Senare neovaskularisationer i retina med eventuell glaskroppsbloodning. Makulaödemet utvecklas snabbt och kan progrediera (oftast) eller regrediera medan neovaskulär utveckling uppkommer långsammare, oftast mellan 6–12, upp till 18 månader efter ocklusionen.

Akut utredning: Fråga om diabetes och blodtryck.

Handläggning:

1. Mät IOP (RVO ofta förknippat med förhöjt IOP).
2. Remiss till primärvården för kontroll av blodtryck, blodsocker, lipider och rökvanor, men mät gärna blodtrycket som är den vanligaste riskfaktorn, för snabbare handläggning av eventuell större avvikelse.

Informera patienten och lämna patientinformation ”Propp i ögats grenven”.

ASA-profylax rekommenderas inte.

Återbesök:

Om färsk BRVO med lätt ödem med lätt-måttlig synnedsättning ($\geq 0,6$): överväg exspektans och kontroll på ST-/allmän mottagning 1 mån för ställningstagande till IVT för makulaödem. Tidigare kontroll om märkbart sämre syn.

Om duration 2–12 mån, synpåverkan och centralt makulaödem: anmäl till IVT enl. flödesschema.

Om duration > 12 mån, konsultera ev. Medret team angående indikation för IVT, men indikationen är liberal vid BRVO även vid längre anamnes.

Om ej behandling: kontroll avseende proliferationer (NVE), läk mott DM alt. SSK-mott FOTO, orsak BRVO. 2 mån, dil. Imaging: WF-OCTA alternativt Clarusfoto, OCT.

FA inte motiverad. WF-OCTA visar både ischemisk utbredning samt NVE.

Centralvenocklusion

Komplikation: Permanent synnedsättning och eventuell sekundärt glaukom pga. Irisrubeos. Risk för blindhet. 20 % av patienter med CRVO utvecklar sekundärglaukom och 80 % av dessa inom 3 månader.

Akut utredning: Som BRVO. Fråga om diabetes och blodtryck. Mät gärna blodtrycket.

Handläggning:

- Mät IOP (ofta förknippat med förhöjt IOP).

- Remiss till primärvården för kontroll av blodtryck, blodsocker, lipider och rökvanor, men mät gärna blodtrycket som är den vanligaste riskfaktorn, för snabbare handläggning av eventuell större avvikelse.

Informera patienten och lämna patientinformation ”Propp i ögats centralven”.

Om makulaödem: inled IVT prompt, inom 1 v, med anti-VEGF.

Om ej ödem: åter medret eller dig själv <1 mån (blir ofta sämre, med ödem), sedan till medret mott DM 2, 3, 6 respektive 12 mån efter ocklusionen avseende kontroll irisrubeos inklusive gonioskopi. Således odilaterad undersökning. Avslutas om ej irisrubeos efter 12 mån.

ASA-profylax rekommenderas inte.

Hemisfärvenocklusion

Komplikationer som vid grenvenocklusion, men också viss risk för irisrubeos.

Akut utredning som BRVO och CRVO.

Handläggning som centralvenocklusioner vad gäller IVT-behandling, förutom att man vid kontroll avseende neovaskularisationer (efter avslutad eller utglesad IVT-behandling) får titta **både** efter irisrubeos, även med gonioskopi, odilaterat, och titta efter NVE efter dilatation (foto Clarus eller WF-OCTA).

Irisrubeos

Komplikation: Sekundärglaukom.

Akut utredning: Fråga om blodtryck, diabetes, TIA/stroke eller tidigare ocklusion.

Handläggning: Vid irisrubeos efter tidigare ocklusion utförs omedelbart eller skyndsamt panretinal laserbehandling (PRP). Komplet behandling motsvarar åtminstone 3000 effekter. Hela behandlingen kan ges i en session.

OBS! skall ej sättas på bedömningslista medret; skall utföras eller bokas på första tillgängliga tid.

Överväg IVT för snabb minskning av kärlbildning och risk för sekundärglaukom.

Vid idiopatisk irisrubeos ges patienten återbesök till Medicinsk Retina för utredning med WF-OCTA. Därefter kan fluoresceinangiografi (FA) övervägas.

Sekundär glaukom (vid CRVO)

Komplikation: Farmakologiskt terapiresistent tryck, smärta och korneala komplikationer.

Akut utredning: Fråga om blodtryck, blodsocker, eller tidigare ocklusion.

Handläggning: Ge omedelbart rätt farmakologisk behandling. Denna kan omfatta, efter behov:

Mixtur Glycerol per os (75–100 ml eller 1 ml/kg kroppsvikt), T Diamox 125–250 mg (obs njurar) och topikala preparat.

Recept till hemgång, t.ex.:

- Isopto-Maxidex x 6
- Timolol 0,5 mg x 2
- Isopto-Atropin 1 % x 2
- Kapsel Diamox Depot 250 mg x 2

Överväg IVT-behandling med anti-VEGF, om inte kammarvinkeln redan helt synekibunden och stängd.

Utför eller planera till första möjliga lasermottagning (boka prioriterat, sätt ej på VL som kan innebära fördröjning) för behandling panretinal laser (PRP). Förstagångsbehandling anges som PAN-1 i ELVIS. Totaldos ≥ 3000 effekter. Om möjligt ge hela behandlingen 360 grader i en session. Föreligger korneaödem på grund av högt tryck kan det klarna med Glyceroldroppar lokalt (OBS föregånget av Tetrakain). Eventuellt makulaödem behandlas med anti-VEGF, om synnivån motiverar det (vis $\geq 0,1$. Om lägre, konsultera medret team).

Om ingen effekt av maximal laserbehandling och IVT, med fortsatt ödem i kornea och/eller bristande regress av irisrubeos och tryckstegring och/eller värk i ögat görs cyclodiodlaserbehandling.

Om PRP, retinal laserbehandling inte kan göras på grund av liten pupill eller disiga medier görs panretinal kryo och cyclodiodbehandling. Kryobehandlingen utförs i alla fyra kvadranter av perifera retina och kombineras med cyclodiodbehandling av 2 kvadranter av corpus ciliare. Remiss BAS/team kirurgiskt glaukom.

Amaurosis fugax (TIA)

Förutom som jourfall hör dessa fall till Neurooftalmologiska mottagningen.

Komplikation: stroke.

Akut utredning: Fråga om rökning, hjärta-kärlsjukdomar, neurologi.

Handläggning: Vid telefonkonsultation skall patienten på basen av symtomen hänvisas direkt till Medicin-/Neurologakuten, som vid behov kan begära konsult dagen därpå. Titta efter embolikällor: Kolesterol-kristaller, trombocyttaggregat, andra emboliformer.

3. Ålder <50 år: Akut remiss till Neurologen SU, remiss i handen.
4. Ålder ≥ 50 år: akut remiss Medicinkliniken Mölndal (**eller om dagtid möjligen till hemkliniken om kort resväg**).

Grenartärocklusion (BRAO)

Förutom som jourfall hör dessa fall till Neurooftalmologiska mottagningen.

Akut utredning: fråga efter tidsförloppet och TIA.

Handläggning:

Akut remiss till neurologen (utredning och profylax). Jättecellsarterit (GCA) är ovanlig orsak till BRAO, men tag SR.

Uppföljning:

Eventuellt återbesök enligt neurooftalmologens bedömning.

Centralartärocklusion (CRAO)

Förutom som jourfall hör dessa fall till Neurooftalmologi mottagningen.

Komplikation: Irisrubeos/sekundärglaukom (terapieresistent) och papillneovaskularisationer.

Akut utredning: Fråga efter tidsförlopp, allmäntillstånd och TIA. Carotisblåsljud? Flimmer?

Akut åtgärd: SR, även om GCA är mindre vanlig orsak till CRAO.

Handläggning:

- Om urakut tillstånd, tydligtvis <4 tim anamnes: ring Strokejouren på Sahlgrenska, med frågeställning om trombolys kan vara aktuell.
- Akut remiss till Medicinklinik om suspekt temporaliserit (TA) – annars remiss som nedan.
- Akut remiss till Neurologiklinik om TIA eller suspekt karotisengagemang (utredning och profylax).

Uppföljning:

Eventuellt återbesök enligt neurooftalmologens bedömning.

Makroaneurysm

Komplikation: GKB, progredierande ödem, blödning lokalt.

Akut utredning: Fråga efter hypertoni. Del i vaskulitbild?

Handläggning:

- Remiss till primärvård för blodtryck.
- Till lasermottagning för fokalbehandling, om makulaödem, manifest eller hotande.

Efter ruptur/blödning, utan att makulaödem utvecklats, så krävs i regel inte laser.

Glaskroppsblödning (GKB) vid diabetes

Komplikationer: Traktionsamotio/amotio.

Handläggning: Se separat PM.

Central serös retinopati (CSR, Serosa)

Symptom: Synnedsettning och mikropsi.

Komplikationer: nedsatt synskärpa och färgseende. För äldre: MNV.

Akut utredning: fråga efter kortisonbehandling.

Handläggning: Muntlig och skriftlig info. Återbesök 2 mån egen/allm.mott. Om oförändrat eller sämre: planera FA+ ICG), orsak Serosa, 1 mån, för ställningstagande till 1. SMPL (Subthreshold MicroPuls Treatment).

Be patienten avboka FA-besöket om upplevd som återställd. Planera då i stället OCT-kontroll medret SSK 1–2 mån.

Ansvar

Rutinen gäller medarbetare inom Ögonsjukvården som hanterar patienter med akut synnedsättning samt personal som handlägger patienter på medret-mottagning. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns. Linjechefer ansvarar för att rutinen blir känd i verksamheten.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Martin Breimer, (marbr56), Specialistläkare

Granskad av: Maria Bitziou, (marbi13), Överläkare

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5),
Överläkare/Professor

Dokument-ID: SU9820-1156830909-109

Version: 6.0

Giltig från: 2025-09-03

Giltig till: 2027-08-22