

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Christopher Torisho, (chrto18), Underläkare, ST

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-02-12

Giltig till: 2027-01-30

Glaskroppsblödning

Reviderat i denna version

Hela rutinen är uppdaterad.

Vanligaste orsaker

- 1) Näthinneavlossning eller ruptur** som följd till **bakre glaskroppsavlossning**
- 2) Proliferativ retinopati** – diabetisk, som följd till BRVO eller CRVO, sickle cell disease, Eales disease, vaskulit
- 3) Andra retinala sjukdomar** – våt AMD, makroaneurysm, teleangiectasi, kapillär hemangiom, Coats disease, tumör
- 4) Trauma** – trubbig, penetrerande, iatrogen
- 5) Systemiska sjukdomar** – blödningsrubbningar, Terson syndrom

Symptom

Plötsligt smärtfri ensidig synnedsättning, rörliga slöjor eller skuggor i synfältet.

Komplikationer

- Amotio
- Tryckstegring
- I övrigt beroende på grundorsaken

Handläggning

a) Allmänt hos alla patienter

- **Anamnes** (Tidigare sjukdomar, ögonsjukdomar, mediciner – Waran, Trombyl osv.)
- **Tryckkontroll** + ev. trycksänkande behandling vid behov
- Vid otillräcklig insyn – **Ultraljud B-scan** av bakre segment i syfte att identifiera ev. näthinneavlossning, synlig näthinneruptur eller tumör.
- Om man **inte hittar orsak**, alltså ingen misstänkt amotio eller ruptur på ultraljud och ingen diabetes, ska patienten följas kliniskt, med arbetsdiagnosen retinal ruptur:

Kontroll 1: efter 3-4 dagar

Kontroll 2: efter ytterligare 7 dagar

Om ingen tydlig upplärning vid kontroll 2, kontakt med BAS (bakre segmentjouren) Mölndal för ställningstagande till vitrektomi och diskussion kring fortsatta kontroller.

b) Vid diabetesretinopati

- Glaskroppsblödning i ett öga hos patient med allvarlig diabetesretinopati eller med proliferativ diabetesretinopati i andra ögat, bör misstänkas vara orsakad av proliferativ diabetesretinopati om ingen ruptur eller annan genes hittas
- Om patienten inte har känd diabetesretinopati eller endast har mild eller måttlig diabetesretinopati, handläggning enligt punkt a) samt
 - Dilaterad undersökning av kontralaterala ögat bör göras tidigt i vårdförloppet för gradering av retinopati i oklara fall
 - Om ingen orsak hittas efter upplärning, kan man vid behov genomföra fluoresceinangiografi för att leta efter proliferationer
- Scatter ska endast bokas när insynen är tillräcklig för behandling

1) Om insyn

- Tidigare **ej panretinalt laserbehandlad** – inledning av scatterlaserbehandling inom 3 veckor, prio 1
- Tidigare **panretinalt laserbehandlad** – komplettering av scatterlaserbehandling inom 3 veckor, prio 1

2) Om ingen insyn – ultraljud B-scan av bakre segment

- Tidigare **ej panretinalt laserbehandlad** - kontroll efter 3-4 dagar, prio 1 och därefter varje vecka tills upplärning. Så fort insyn – inledning av scatterlaserbehandling inom 3 veckor, prio 1
- Tidigare **panretinalt laserbehandlad** – kontroll på mottagning efter 4 veckor. Om insyn, komplettering av scatterlaserbehandling inom 3 veckor, prio 1. Om ingen insyn då, nytt ultraljud och remiss till SU/Mölndal bakre segment för vitrektomi.

- **Om ingen spontan uppkläring** (längre än 6 veckor – max 3 månader; dock i varje enskilt fall bedöms detta separat! – bilat glaskroppsblödning osv.) → remiss till SU/Mölndal bakre segment för vitrektomi. Telefonkontakt vid tveksamhet.
- Anti VEGF-behandling finns som behandlingsalternativ för proliferationer. Evidensen för glaskroppsblödning är begränsad, men kan vara ett behandlingsalternativ, exempelvis hos redan panretinalt scatterbehandlade patienter som har en mindre riskprofil för komplikationer. Behandlingen kan ges enskilt, inför scatter eller inför vitrektomi. Viktigt att notera risken för fibrotisering av proliferationer vid anti VEGF behandling. Vid stora proliferationskomplex runt kärnbågarna föreligger risk för traktionsamotio som involverar makula, så kallad ”tabletop” amotio. Ev. behandlingsbeslut ska fattas i samråd med retinaspecialist/bakre segmentkirurg.

c) Andra retinala sjukdomar (AMD, makroaneurysm, teleangiectasi, kapillär hemangiom)

- Om insyn tillåter så att man kan se och bedöma förändringar. OCT, OCT angio, FAI eller ICG används för diagnostisering vid behov.

d) Vid trauma

- Uteslut näthinneavlossning, ruptur, bulbpenetration – hittas detta, akut kontakt med SU/Mölndal. (Försiktigt ultraljud B-scan av bakre segment om ingen insyn, dock ej vid kliniskt uppenbar bulbpenetration)
- Behandla främre skador (erosion osv.)

Kontroller planeras individuellt baserat på helhetsbilden

Referenser

Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach, 7th Edition

By Jack J. Kanski, MD, MS, FRCS, FRCOphth and Brad Bowling, FRCSEd(Ophth), FRCOphth

The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease

By Adam T. Gerstenblith, Michael P. Rabinowitz

Diabetic Retinopathy Clinical Research Network*. Randomized clinical trial evaluating intravitreal ranibizumab or saline for vitreous hemorrhage from proliferative diabetic retinopathy. JAMA Ophthalmol. 2013 Mar;131(3):283-93. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.2015. PMID: 23370902; PMCID: PMC4217122.

Antoszyk AN, Glassman AR, Beaulieu WT, Jampol LM, Jhaveri CD, Punjabi OS, Salehi-Had H, Wells JA 3rd, Maguire MG, Stockdale CR, Martin DF, Sun JK; DRCR Retina Network. Effect of Intravitreal Aflibercept vs Vitrectomy With Panretinal Photocoagulation on Visual Acuity in Patients With Vitreous Hemorrhage From Proliferative Diabetic Retinopathy: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2020 Dec 15;324(23):2383-2395. doi: 10.1001/jama.2020.23027. PMID: 33320223; PMCID: PMC7739132.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Christopher Torisho, (chrto18), Underläkare,
ST

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10102-675416934-127

Version: 13.0

Giltig från: 2025-02-12

Giltig till: 2027-01-30