

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Innehållsansvar: Grete Garberg, (grega), Överläkare

Granskad av: Mimmi Lindqvist, (mimli), Överläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-03-03

Giltig till: 2027-03-03

Retinala venocklusioner

Förändringar sedan föregående version

Mindre revidering.

Bakgrund och syfte

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

Utförande

Orsak

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

Diagnos

Det är den kliniska bilden som ger diagnos med dilaterade vener, blödningar, ofta strimformiga eller flammiga, mjuka och/eller hårda exsudat. Vid oklar diagnos övervägs fluoresceinangiografi.

Venocklusioner delas in i tre huvudtyper efter utbredning:

grenvensockklusion, hemitrombos och centralvensockklusion.

Utredning

Remiss till vårdcentral 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 och **p-Homocystein**. De flesta koagulationsrubbningar har i regel gett sig till känna tidigare. Vid misstanke om koagulationsrubbning, remiss till medicinkliniken.

Eventuellt fluoresceinangiografi.

Ansvarsfördelning

Patienter som är aktuella för injektionsbehandling tas om hand av medicinsk retina-läkare.

Övriga patienter med venocklusioner följs upp av patientansvarig läkare.

Hemitrombos/centralvensockklusion (CRVO)

Diagnosnummer: Hemitrombos H34.8B / CRVO H34.8A

Typindelning

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

Behandlingsindikationer

Man rekommenderar ej profylaktisk scatterbehandling vid ischemi.

Hemitrombos/CRVO har sämre naturalförlopp än grenvensockklusioner; **vid behandlingsindikation bör behandling sättas in så snart som möjligt!**

Makulaödem bör behandlas snarast.

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 cirka 1 månad, därefter var 3:e månad upp till ett år. Eventuellt fluoresceinangiografi.

- **Makulaödem:**

Visus > 0,1 Snellen eller motsvarande ETDRS och närvisus bättre än 24 p.
Ofta dåligt behandlingsresultat vid visus <0,1/24 p. Om ”sista-öga” eller kort tids anamnes 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)

- **Proliferationer:**

- a) Retinala/på papillen: Panretinal scatterbehandling (PRP)/ scatter i ischemisk sektor
- b) Irisrubeos
 1. Lokalbehandling: Behandla eventuell tryckstegring; steroider ("anti-rubeotiskt)
 2. PRP/behandlad ischemisk sektor
 3. Eventuellt tillägg av anti-VEGF
 4. Cyclodiodlaser i trycksänkande syfte
 5. Cyclo-retinal-cryo-behandling för att minska rubeos/sänka trycket

Uppföljning

25–60 % av ischemiska CRVO utvecklar rubeotiskt glaukom. Risken är störst de tre första månaderna, och få fall dyker upp efter ett år. Proliferationer på papill kan dyka upp senare.

Om man inte behandlar med injektion eller avslutar

injektionsbehandling på grund av lågt visus, bör patienterna följas upp med gonioskopi och tryckmätning samt ögonbottenundersökning 1 gång/månad de första 3 månaderna, därefter kan man glesa ut kontrollerna till 6–8 veckor de nästa 3 månaderna, därefter ytterligare ett par gånger tills ett år efter debut.

Icke ischemiska kontrolleras efter cirka 1 månad, därefter var 3:e månad upp till ett år.

Grenvensocklusion (BRVO)

H34.8B

Omfattar en kvadrant eller en mindre gren (t.ex. makula-venocklusion). Oftast relativt god prognos. Viss spontan läkning, ger i stort sett aldrig sekundära proliferationer. Ingen indikation för profylaktisk laser.

Behandlingsindikationer

- **Makulaödem**

- a) Visus $\geq 0,6$: Ingen behandlingsindikation. Kontroll cirka 1–2 månader, om oförändrat, åter vid behov.
- b) Visus $< 0,6$: Viss chans för spontan förbättring. Överväg att avvakta 1–2 månader om ödem och ischemi är lindriga. Vid visus $< 0,1$ vinner man i regel inget på behandling. Behandla endast vid hastig synnedsättning eller om "sista öga".
 1. Konventionell laser: Kan övervägas vid ringa ödem, eventuellt under vägledning av fluoresceinangiografi. Scatterbehandling i ischemisk sektor vid proliferationer.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

2. Injektionsbehandling:

- a. **Anti VEGF** (Vabysmo förstahandspreparat, eventuellt Eylea vid behandlingssvikt).
Förstahandsbehandling vid glaukom och faka patienter (ej katarakterade) eller defekta zonulatrådar eller kapselruptur.
Relativt kontraindicerat efter stroke/hjärtinfarkt.
 - b. **Steroider** (Ozurdex)
Överväg Ozurdex hos diabetiker.
Relativt kontraindicerat hos faka patienter (ej katarakterade) – inducerar katarakt, och glaukopatienter – kan ge tryckstegring, och patienter med defekta zonulatrådar eller kapselruptur (staven kan vandra in i främre kammare).
- **Retinala proliferationer**
 - a) Konventionell laser i aktuell sektor. Eventuellt under vägledning av fluoresceinangiografi.

Generellt om injektionsbehandling

- Anti VEGF. Man ger 3 injektioner i rad. Utvärdering 1 månad efter 3:e injektionen. Visus och OCT.
 - a) Torrt: Nästa kontroll om cirka 6 veckor.
 - b) Ej torrt, men bättre: Ytterligare injektioner.
 - c) Ej bättre, men visus $>0,1/24p$: överväg att ändra behandlingsstrategi (annan anti VEGF/steroider).
- Steroider (Ozurdex)
 - a) Undvik Ozurdex vid glaukom och faka (ej katarakterade).
 - b) Tryckkontroll efter 3 veckor.
 - c) Läkarkontroll efter cirka 2 månader med visus, tryck och OCT; därefter läkar-/sköterskekontroll varannan månad med visus, tryck och OCT.
 - d) Eventuellt 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 ett år.

Käll- och litteraturförteckning

Sota-dokument, augusti 2014

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Ögon ÖNH Käk Log

Innehållsansvar: Grete Garberg, (grega), Överläkare

Granskad av: Mimmi Lindqvist, (mimli), Överläkare

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9725-959466179-60

Version: 13.0

Giltig från: 2025-03-03

Giltig till: 2027-03-03