

Gäller för: Ögonmottagning Mölndal, Verksamhet Ögonsjukvård, Läkare ögon
medicin, Akutmottagning ögon Mölndal
Innehållsansvar: Martin Breimer, (marbr56), Överläkare
Granskad av: Fatima Al-Yakoubi, (fatal8), Specialistläkare
Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5), Överläkare/Professor

Giltig från: 2026-07-21

Giltig till: 2028-07-21

MEDRET Glaskroppsbloodning handläggning på ögonjouren

Syfte

Syftet med dokumentet är att förtydliga handläggningen av
glaskroppsbloodning på ögonjouren.

Arbetsbeskrivning

1. Är patienten känd med diabetesretinopati (DR)?

Ja: Fortsätt till steg 2.

Nej: Genomför en detaljerad anamnes för att utesluta
glaskroppsavlossning, trauma, tidigare retinal venocklusion
(RVO).

Primär misstanke bör vara retinal ruptur som orsak till
bloodningen.

Alltid trespegla! Glöm inte att bedöma det kontralaterala ögat!

2. Hur var bedömningen av DR vid senaste screeningen, stödjer den misstanken om glaskroppsbloodning på grund av PDR?

Ja: Gå till steg 3.

Nej: Återgå till steg 1.

3. Vid undersökningen: Finns det insyn till bakre segmentet?

Ja: Bedöm retinas status för eventuell proliferation eller ruptur.

Nej: Utför okulärt ultraljud → Ruptur? Retinalavlossning? Proliferation? Traktion?

4. Är det patientens sista öga?

JA: Kontakta BAS. Erbjud inläggning akut om patienten har kraftig synnedsättning och svårt att klara sig hemma.

5. Har patienten diabetes och tidigare genomgått skatterlaserbehandling/panretinal fotokoagulation (PRP)?

Ja: Om övriga diagnoser är uteslutna (ruptur/näthinneavlossning) och misstanken är PDR utan traktion → ordinera anti-VEGF behandling, lämpligen 2 gånger med 4 veckors intervall (fler injektioner i serie om lång väntan på laserbehandling). Första injektionen ges vid akutbesöket efter att normalt tryck bekräftats. Åter inom injektionsteamet 1 mån efter inj 2, snabbmottagning, dilaterad undersökning. *

När blödningen resorberas, ställningstagande till komplettering med skatterlaserbehandling.

Nej: Om övriga diagnoser är uteslutet (ruptur/näthinneavlossning) och det finns misstanke på PDR → *till studie SMART-PRP** (Randomiserad studie (RCT) av dr Imadeddin Abu Ishkheidem) om inte exklusionskriterier föreligger. Anti-VEGF ordinerar inte till studiepatienter.*

Om exkluderad från studie:

Anmäl till laserbehandling för PDR, orsak PAN-1. Inför planerad laserbehandling ordinerar anti-VEGF behandling ^{1,2,3,4}

Ordinera två injektioner med fyra veckors intervall. Första injektionen ges vid akutbesöket (efter att normalt tryck bekräftats). Återbesök inom injektionsteamet 1 mån efter inj 2, snabbmottagning, dilaterad undersökning, för ställningstagande till ytterligare IVT om ej slutförd laserbehandling.

6. Kontakta BAS för ställningstagande till vitrektomi

⁵ om:

- Ej skatterlaserbehandlad och det finns kraftig glaskroppsblödning som inte klarnat upp under 2–3 veckor.
- Komplet skatterbehandlad och det finns GKB som inte klarnat upp på mer än 6–8 veckor.
- Ny upptäckta traktioner/fibroser.

* Vid återbesök på injektionsteamet: fus med Clarus WF-foto (OCT endast om samtidigt DME konstaterats).

** [länk till SMART-PRP studie](#)

Ansvar

Denna rutin gäller för både process MEDRET (medicinsk retina) samt processen för BAS (bakre segment).

Referenser

1. Amer F. Alsoudi, MD; Karen M. Wai, MD; Euna Koo, MD; Ravi Parikh, MD, MPH; Prithvi Mruthyunjaya, MD, MHS; Ehsan Rahimy, MD. Initial Therapy of Panretinal Photocoagulation vs Anti-VEGF Injection for Proliferative Diabetic Retinopathy.

JAMA Ophthalmol. Published online August 29, 2024.
doi:10.1001/jamaophthalmol.2024.3283

2. Jennifer K Sun 1, Adam R Glassman 1, Wesley T Beaulieu 1, Cynthia R Stockdale 1, Neil M Bressler 1, Christina Flaxel 1, Jeffrey G Gross 1, Michel Shami 1, Lee M Jampol 1
Rationale and Application of the Protocol S Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Algorithm for Proliferative Diabetic Retinopathy Ophthalmology. 2018 Aug 7;126(1):87–95. doi: 10.1016/j.opthta.2018.08.001
3. [Jeffrey G. Gross, MD¹](#); [Adam R. Glassman, MS²](#); [Danni Liu, MSPH²](#); et al
Five-Year Outcomes of Panretinal Photocoagulation vs Intravitreal Ranibizumab for Proliferative Diabetic Retinopathy. A Randomized Clinical Trial *JAMA Ophthalmol.* 2018;136(10):1138-1148.
doi:10.1001/jamaophthalmol.2018.3255
4. Sivaprasad S, Prevost AT, Vasconcelos JC, et al; CLARITY Study Group. Clinical efficacy of intravitreal aflibercept versus panretinal photocoagulation for best corrected visual acuity in patients with proliferative diabetic retinopathy at 52 weeks (CLARITY): a multicentre, single-blinded, randomised, controlled, phase 2b, non-inferiority trial. *Lancet.* 2017;389(10085):2193-2203. doi:[10.1016/S0140-6736\(17\)31193-5](#)
5. Alsoudi AF, Wai KM, Koo E, Parikh R, Mruthyunjaya P, Rahimy E. Progression to pars plana vitrectomy in patients with proliferative diabetic retinopathy. *JAMA Ophthalmol.* 2024;142(7):662-668. doi:[10.1001/jamaophthalmol.2024.1844](#)

Arbetsgrupp

Gunnar Jakobsson, överläkare, ögon kirurgi

Författare: Fatima Al-Yakoubi, specialistläkare, ögon medicin (2024-10-22)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ögonmottagning Mölndal, Verksamhet
Ögonsjukvård, Läkare ögon medicin, Akutmottagning ögon
Mölndal

Innehållsansvar: Martin Breimer, (marbr56), Överläkare

Granskad av: Fatima Al-Yakoubi, (fatal8), Specialistläkare

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

Dokument-ID: SU9820-1156830909-247

Version: 1.0

Giltig från: 2026-07-21

Giltig till: 2028-07-21