

RPO ögonsjukdomar

Öppenvinkelglaukom

Riktlinjer för Sydöstra sjukvårdsregionen (Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland).

Bakgrund

Boken ”Riktlinjer för Glaukombehandling” (2011) kan betraktas som ett rättesnöre för glaukomvård.

Den viktigaste nyheten är att ta reda på patientens ”Rate of Progression” det vill säga hur snabbt glaukomsjukdomen försämras hos den enskilde patienten. Därför bör man utföra tätare synfältsundersökningar i början, lämpligen 5 st. Humphrey-SF under de 2 första åren.

Man vet nu också att det alltid kan löna sig att sänka trycket. Varje mmHg sänkning kan ha betydelse. Detta gäller även vid normaltrycksglaukom, men här bör man också tänka på cirkulatoriska orsaker till synfältsförsämring. Lågt blodtryck, speciellt nattetid, kan möjligen förvärra sjukdomen. Patienter med normaltrycksglaukom som progredierar snabbt trots låga tryck bör således remitteras till VC för dygnsblodtrycksmätning, särskilt om de står på hypertoni behandling.

Glaukomdiagnos innebär att det föreligger för sjukdomen typiska skador på papill och/eller synfält. Enbart högt ögontryck uppfyller inte diagnoskriterierna för glaukom.

Journalföring

I journalen ska det finnas en sammanfattning innehållande:

Typ av glaukom/riskfaktor, debutår, ingångstryck/maxtryck, gonioskopi, pachymetri, genomgångna behandlingar/operationer, överkänslighet etc.

När glaukomdiagnos (H40.1) sätts första gången, ex när en okulär hypertension övergår till glaukom, skall åtgärds kod AC043 också sättas. Detta för att möjliggöra kvalitetsmätning.

Individuella måltryck kan användas men måste alltid omvärderas vid progress av synfältsdefekter. Om måltryck anges bör det utgå från en sammanvägning av flera faktorer såsom ex, ingångstryck, progresshastighet, riskfaktorer, behandlingsbiverkningar etc.

Riktlinjer

Standardmetod för att mäta ögontryck inom glaukomverksamheten är **applanationstonometri**. Kalibrering av tonometrar bör ske 3-4 ggr/år, eller regelmässigt enligt klinikens rutiner.

Icare kan användas på patienter som inte kan medverka till applanationstonometri, alternativt genomgått korneakirurgi. Det viktigaste är att man använder samma metod varje gång.

Gräns för att kontrollera okulärhypertension är **24 mmHg eller högre**. Initial pachymetri bör utföras för att identifiera riskfaktorer, men korrigerat tryck bör inte användas vid uppföljning.

Kontrollera om sidoskillnad **5 mmHg eller mer**, gäller ex inte om ena ögat är pseudofakt.

För uppföljning av Glaukom, OH och andra riskfaktorer är inte enbart tryckmätning tillräcklig, kompletteras med antingen papill-OCT, FDT eller Humphreysynfält.

Hos vissa patienter (hög ålder, bristande medverkan) är synfältsundersökning ofta inte längre meningsfull. Dessa patienter kan följas med enbart tryckkontroller.

Vid ”svarta synfält” med Humphrey 24:2 men skaplig central synskärpa, kan man istället prova att undersöka med 10:2 programmet som är bättre utformat för att följa centrala synfältsrester.

Glaukomherediteter kontrolleras i allmänhet inte på ögonmottagning, (hereditet = minst en nära släkting med glaukom). Hänvisas till optiker. Lokala rutiner kan utformas med optiker/privat vårdalternativ för kontroll av glaukomhereditet.

Riktlinjer för kontrollintervall

Kontrollintervallen nedan är endast rekommendationer och bör givetvis anpassas efter varje patients förutsättningar. Faktorer som ålder, progresshastighet, andra ögonsjukdomar, hornhinnetjocklek etc. måste vägas in.

2 år

- Glaukommissstänkt papill/påtaglig sidoskillnad utan SF-skador.
- Okulär hypertension: tryck på 24-27 mmHg utan tecken till glaukomskada på synfält, papill eller papill-oct.
- Tryckskillnad på 5 mmHg eller mer. Gäller inte om ögat med lägst IOP är pseudofakt.
- Pigmentdispersionssyndrom
- Papillkantsblödningar (utan samtidig okulär hypertension).

Kontroller hos ssk/optiker/usk. Enligt lokala rutiner med OCT-papill, FDT, Humphrey. Till läkare endast vid behov.

6-12 månader

1. Okulär hypertension vid tryck 28 mmHg eller högre.
2. Okulär hypertension vid tryck 24 mmHg eller högre om pseudoexfoliationer eller sista ögat.
3. Behandlad stabil okulär hypertension.
4. Friskt öga med andra ögat förlorat i glaukom.
5. Välreglerat, stabilt glaukom.

Kontroller hos ssk/optiker/usk. Enligt lokala rutiner (OCT-papill, FDT, Humphrey). Till läkare vid behov. Om manifest synfältsdefekt föreligger följs patienten med Humphreyperimetri.

3-6 månader

1. Dålig tryckreglering.
2. Snabb synfältsprogress, $\geq 2\%$ försämring av VFI/år på rate of progression.
3. Vid ”sista öga” med glaukom eller 2 mycket dåliga glaukomögon.
4. De två första åren efter glaukomdiagnos (”rate of progression”).

Kontrollintervallen anpassas individuellt. Tätare läkarbesök och synfältsundersökningar.

Vid snabb synfältsprogress (oavsett trycknivå) överväg alltid kirurgisk åtgärd, även tidigt i förloppet.

Grundprincipen är att patienter med manifest glaukom eller hög risk att utveckla glaukom ska göra **synfält minst en gång per år**. Dock kan man hos patienter med stabilt glaukom vid hög ålder eller bristande medverkan avsluta synfältskontroller och enbart fortsätta med tryckkontroller.

Inga kontroller

Kontroller kan avslutas hos patienter med:

Friskt, obehandlat öga med normal synnerv och synfält, ögontryck < **24 mmHg** vid upprepade tillfällen. Ta hänsyn till hornhinnetjockleken.

Friskt, obehandlat öga med normal synnerv och synfält, ögontryck < **28 mmHg där patienten uppnått så hög ålder att synhandikapp till följd av glaukomutveckling är osannolik.**

Flöde av nya patienter (huvudsakligen optikerremisser)

IOP 24-30 mmHg hos optiker, eller tryckskillnad > 5 mmHg:

1:a besök hos ssk/optiker/optometrist/usk < 3 månader

- visus och tryck
- OCT papill eller FDT enligt lokal rutin
- pachymetri

2:a besök hos läkare < 6 månader (tidsintervall bestäms utifrån undersökningsresultaten ovan)

- visus och tryck
- synfält
- gonioskopi
- papillfoto som referensbild
- bedömning av papill, exfoliationer, pigmentdispersion, etc.

Besökens inbördes ordning och innehåll kan anpassa efter lokala rutiner. Huvudbudskapet är att man bör göra en initial utredning av alla patienter som vi planerar att kontrollera under många år. Denna bör innehålla minst 2 separerade tryckmätningar (för att få en bättre uppfattning om ingångstrycket innan ev. behandling påbörjas) samt ovan beskrivna undersökningar.

Efter sammanvägning av anamnes och undersökningsfynd från dessa båda besök sätts diagnos och fortsatta kontrollintervall bestäms.

Vid tryck < 24 mmHg och normala undersökningsfynd, inga ytterligare kontroller.

IOP 30-40 mmHg:

Läkarbesök < 2 veckor (enligt ”2:a besök” ovan)

IOP > 40 mmHg:

Läkarbesök < 2 dagar (helst samma dag, uppsök jouren)

Om dokumentet

Fastställt av Regionalt programområde ögonsjukdomar 2019-05-06

Framtaget av:

Renata Kalman, överläkare, Ögonkliniken i Jönköping

Markus Karlsson, överläkare, Ögonkliniken i Linköping

Amin Kassem, överläkare, Ögonkliniken i Värnamo

Susanne Lagergren Gross, överläkare, Ögonkliniken i Eksjö

Tomasz Marczuk, överläkare, Ögonkliniken i Västervik

Anna Skobe, överläkare, Ögonkliniken i Kalmar