

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| Förvaltning | | Dokumentrubrik | Dokumentnr Revision |
| Verksamhet VO ögon | | Epiretinalt membran/Makula pucker – Bedömning och handläggning före och efter operation vid den inremitterande kliniken | 1185394 R1 |
| Diariernr | Dokumentkategori Rutiner | Ägare Therése Cater | Reviderat datum 2026-03-13 |
| | | Slutgranskare Therése Cater | |
| | | Fastställare Petra Hedlund | Giltigt datum fr o m 2026-03-13 |

Epiretinalt membran/Makula pucker – Bedömning och handläggning före och efter operation vid den inremitterande kliniken

Författat av: Fabian Kananen, överläkare

Berett av:

Beslutat av: Eva Karlsson

Diagnos

Epiretinalt membran (ERM), även kallat makulapucker, är en fibrocellulär proliferation på inre begränsande membranet (ILM) i makulaområdet. ERM kan orsaka veckbildning i näthinnan med försämrad synskärpa och metamorfosier som följd.

Idiopatiskt ERM är den vanligaste formen och förekommer i cirka 95 % av fallen. Riskfaktorer inkluderar ålder, bakre glaskroppsavlossning och ERM i det andra ögat.

Sekundära ERM ses i samband med intraokulär kirurgi, retinala kärlsjukdomar, retinala rupturer med eller utan näthinneavlossning, uveiter, trauma, patologisk myopi samt vid intraokulära tumörer.

Majoriteten av patienter med ERM är över 50 år, medelåldern vid diagnos är cirka 65 år. Prevalensen varierar mellan olika studier men har rapporterats vara mellan 7 % och 11 %, och så hög som 17 % hos individer över 80 år. Incidensen av att utveckla ERM i andra ögat är 2,7 % per år.

Behandlingsmöjligheter

Standardbehandling av symptomgivande ERM vid USÖ: Pars plana vitrektomi med membranpeeling av ERM +/- ILM samt luftfyllnad.

Komplikationer: recidiv av ERM, näthinneavlossning (<2 %), makulahål, blödning, endoftalmit, samt kataraktprogress.

Prognos

Naturalförlopp

De flesta patienter med idiopatiskt ERM har en långsamt progredierande eller stabil sjukdom. Sekundära ERM progredierar vanligtvis snabbare (månader).

Efter behandling

Majoriteten av behandlade patienter får en stabiliserad synskärpa samt minskad metamorfopsi. En mindre andel uppnår en visusförbättring (vanligtvis 1-2 rader Snellen).

Studier har visat att patienter med bättre preoperativt visus har ett bättre slutligt postoperativt visus, men förbättringen är större hos patienter med sämre preoperativt visus. Postoperativt visus är likartat oavsett om man gör en enkel (ERM)- eller dubbelpeeling (ERM+ILM), och i genomsnitt ses en förbättring motsvarande två rader med båda metoderna. Även i de fall där visus inte förbättras uppger många patienter lindring av metamorfopsier, vilket ibland kan vara mer funktionsnedsättande än själva synnedsättningen.

Preoperativa undersökningar och bedömning

Anamnes: Symptom (synförsämring, metamorfopsi, påverkan på vardagen)? Duration? Monokulära eller binokulära symptom? Övriga sjukdomar?

Status: Biomikroskopi, OCT. Undersök båda ögonen

Operationsindikation föreligger?

- Symptom – nedsatt visus och/eller störande metamorfopsi
- OCT-bild förenlig med symptom – ERM, utslätad foveakontur, retinal förtjockning
- Avsaknad av andra progressiva synstörande ögonsjukdomar – meningsfull, bestående synförbättring svår att uppnå med synstabiliserande kirurgi i dessa fall (framför allt AMD)
- Avsaknad av demenssjukdom – meningsfull synförbättring svår att uppnå, samt kraftigt ökad risk för per-operativa komplikationer på grund av dålig medverkan från patientens sida

Preoperativa undersökningar/behandlingar på hemorten innan remiss

- Säkerställ att patienten önskar operation efter information om naturalförlopp, förväntat resultat och risker.
- Kataraktoperation av patienter >50 år innan remiss skrivs.
- Undersökningar: Fullständig ögonundersökning av båda ögonen inklusive visus, refraktion, tryckmätning, biomikroskopi samt OCT-makula.
- Allmänmedicinsk anamnes.
- Efterfråga proppförebyggande och blodförtunnande medicinering och indikation.

Vid osäkerhet kring dosjustering och om Fragminbrygga behövs skall inremittenten konsultera patientens behandlande läkare (kardiolog/neurolog) och informera opererande klinik.

- Remiss enligt mall. Målsättningen är att majoriteten av ERM-patienter ska kunna kallas för one-stop kirurgi.

Postoperativ uppföljning

Kontrollintervaller på hemorten

Postoperativ behandling sker enligt ordination och justering efter behov, vanligtvis kortisondroppar x3 i 4 veckor och tropikamid x2 i 2 veckor. Tillägg av tryckbehandling vid behov. Vanligtvis behövs inte postoperativ positionering. Rutinkontroller enligt nedan, vid komplikationer bör USÖ konsulteras (vanligen hypotoni postoperativt samt näthinnekomplikationer senare i förloppet).

- Dag 1: Tryck? Inflammationsgrad? Sklerotomier täta? Näthinna intilliggande?
- 4-6 veckor: Tryck? Inflammationsfritt främre segment? ERM avlägsnats? Makulasvullnad? Näthinna intilliggande?
- 3-5 månader: Slutkontroll med synskärpa, IOP och OCT. Förbättring av visus och/eller symptom? På USÖ sker denna kontroll hos sköterska, läkare bedömer OCT

Eventuell synförbättring efter ERM-kirurgi kommer ofta långsamt (upptill 3 år beskrivet i studier).

Referenser

American Academy of Ophthalmology. *Idiopathic Epiretinal Membrane and Vitreomacular Traction Preferred Practice Pattern*®. 2024.

Fung AT, Galvin J, Tran T. Epiretinal membrane: A review. *Clin Exp Ophthalmol*. 2021 Apr;49(3):289-308. doi: 10.1111/ceo.13914. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33656784.

Ożóg MK, Nowak-Wąs M, Rokicki W. Pathophysiology and clinical aspects of epiretinal membrane - review. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Aug 10;10:1121270. doi: 10.3389/fmed.2023.1121270. PMID: 37636571; PMCID: PMC10447902.