

Makulahål - PM för bedömning och handläggning före och efter operation vid den inremitterande kliniken

Författat av: Karim Makdoumi

Berett av:

Beslutat av: Eva Karlsson

Diagnos

Genomgripande makulahål (full-thickness macular hole) kallades tidigare för idiopatiskt makulahål. Då tillståndet orsakas av traktion från glaskroppen och är associerat till vitreomakulär traktion (VMT) används benämningen idiopatisk alltmer sällan. Tillstånden är bäge exempel på anomal glaskroppsavlossning eller så kallade vitreomakulära ”interface” sjukdomar. En något förenklad förklaring på patogenesen är att den åldrande glaskroppen blir alltmer oorganiserad på grund av ökad vattenhalt, vilket leder till antingen okomplicerad eller anomal glaskroppsavlossning.

Lamellärt makulahål – detta är en speciell typ av sjukdomstillstånd i makula, som inte klassificeras som makulahål och handläggs på annat sätt. Se stycke i slutet av detta PM.

Epidemiologi

Sjukdomen uppkommer vanligen hos personer i 60-70-årsåldern.

Prevalens: 1,6-2,7 per 1000 individer.

Incidens: Cirka 8 individer per 100 000 individer.

Tillståndet är vanligare hos kvinnor jämfört med män. De flesta studier visar att det är mer än dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män (ratio 2-3:1).

Risken att andra ögat drabbas inom en 5-årsperiod är 10-15%. Risken minskar markant om det föreligger bakre glaskroppsavlossning på det ögat.

Prognos

Genomgripande makulahål har som regel god läkning med operation >90%, genom pars plana vitrektomi med gastamponad. Genomförande av peeling av ILM (internal limiting membrane) är vanligt och sker i de flesta fall. I vissa fall läker ett makulahål spontant, oftast i väntan på kirurgi, varför operationen då som regel inhiberas. Det är inte ovanligt med bilaterala makulahål cirka 10% samt vitreomakulär patologi i andra ögat. Man bör hantera tillståndet med viss prioritet, då synprognosen är sämre då durationen varit lång.

Preoperativa undersökningar och bedömning

Säkerställ att rätt diagnos och operationsindikation föreligger. Skriv remiss enligt nedan.

Information till opererande klinik som krävs för bedömning och handläggning (samtliga punkter krävs)

- Journalkopia inkluderande:
 - Anamnes: allmän hälsa
 - Anamnes: ögon (bilateralt)
 - Aktuell läkemedelslista, speciellt blodförtunnande läkemedel
 - Förekomst av allergi
 - Allmäntillstånd
 - Visus (bilateralt)
 - Närvisus
 - Biomikroskopiskt status för bägge ögonen
 - OCT (bilateralt) – genomgripande makulahål (kopia av bild bifogas)
 - Bedömning av inremitterande om patienten kan opereras i lokalanestesi
 - Bedömning av inremitterande om patienten kan opereras polikliniskt
 - Patienten ska ha fått information på hemortskliniken kring sannolik diagnos, behandling, risker/möjligheter

Om ovanstående uppfylls skall patienten med förtur genomgå kataraktoperation på det aktuella ögat på hemorten i samband med att remiss till USÖ skickas. Patienten behöver därefter INTE kontrollera om ovanstående punkter igen.

I det fall patienten behöver operation i narkos gör man ofta en kombinerad kataraktoperation och vitrektomi.

Vid sekundära makulahål pga till exempel trauma, myopi, kirurgi, makulablödning etc. bör remiss skickas för klinisk bedömning vid ett separat läkarbesök och inte planeras för operation direkt.

Handläggning av inkommen remiss vid Ögonkliniken i Örebro

Om patienten bedöms lämplig för operation redan vid remiss kan patienten sättas upp för antingen:

- a) One-stop-surgery: kallas direkt till poliklinisk ögonoperation med återbesök dag 1-2 på hemorten
- b) Operation inläggande på vårdavdelning. Inskrivning dag 1, operation dag 2 och utskrivning dag 3.

Om det av remissen bedöms osäkert om operationsindikation föreligger, kallas patienten till ett första läkarbesök i Örebro där förhållandena får klargöras inför eventuell operation senare.

Postoperativ uppföljning

Positionering/läge: ansiktet nedåt dagtid i 2-3 dagar postoperativt. Nattetid sova på motsatt sida än op-ögat (t.ex. om höger öga är opererat ska patienten ligga på vänster sida) 2-3 nätter postoperativt. Ej ryggläge under 1-2 veckor postoperativt.

Droppar: Isopto-Maxidex x 3-4 i 3-4 veckor. Pupillvidgande droppar är inte alltid nödvändigt. I utvalda fall antibiotikadroppar 5 dgr postop (pga att vi numera gör transkonjunktivala sklerotomier, med teoretiskt större risk för glaskroppsexposition som skulle kunna öka risken för intraokulär infektion). I så fall ges t.ex. Vigamox x 3-4 i 5 dagar.

Begränsningar så länge gas finns i ögat: Flyga, sövas med NO₂ (lustgas), försiktighet vid bilkörning, försiktighet att vistas på hög höjd.

Återbesök på hemorten:

- 1-2 dagar postoperativt efter one-stop-surgery,
- 7-10 dagar
- 6 veckor.
 - Vid läkt MH avslutas kontroller.
 - Icke komplett läkning (dvs fortfarande genomgripande makulahål) → remiss till Örebro (samma operatör) med OCT-bilder för bedömning av eventuell re-operation.
- Ca 3 mån – slutkontroll.

Lamellära makulahål är en specialgrupp av makulaförändringar som egentligen inte klassificeras som makulahål. Enbart en liten andel av dessa patienter har något att vinna med en operation. Patienter med symptomgivande synpåverkan tillsammans med traktion/ERM är de som kan vinna på att genomgå operation. Patienten följs på hemorten tills det står klart att operationsindikation föreligger.

Rekommendation innan remiss skickas med frågeställning operation av lamellärt hål:

- *Patient med lamellärt makulahål ska kontrolleras igen på hemorten efter 6 - 8 månader.*
- *Om stabilt visus vid återbesök efter 6 - 8 månader avslutas kontrollerna, och patienten instrueras att höra av sig vid progredierande symptom, alternativt rekommenderas optikerkontroll om möjligt.*
- *Vid synförsämring vid kontroll 6 - 8 månader eller senare som bedöms kopplad till det lamellära hålet (lamellärt makulahål+traktion/ERM) → Remiss för ställningstagande till kirurgi.*
- *Om det föreligger en kliniskt relevant katarakt bör denna opereras och utvärdering av synskärpa samt subjektiva symptom bör ske innan remiss skrivs.*

Referenser

Idiopathic Macular Hole Preferred Practice Pattern, AAO 2024