

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

Författat av: Achilleas Filios

Berett av:

Beslutat av: Eva Karlsson

Diagnos

- Näthinneavlossning (amotio) sker när vätska samlas under näthinnan ¹. Tre subtyper av amotio finns: Rhegmatogen (hål i näthinnan), Traktions (dragning av näthinna, tex vid diabetesretinopati), serös (tex inflammatorisk orsak).
- Incidens 14,5:100 000 ².
- Riskfaktorer: hög myopi och lattice-degeneration, tidigare trauma eller ögonoperation, tidigare operation för amotio, hereditet.
- Differentialdiagnos: Retinoschis, koroidal tumör ³.

Behandlingsmöjligheter

- Fotokoagulation om begränsad till 1 - 2 klockslag perifert.
- Pneumatisk retinopexi (gas+kryopexi eller Fotokoagulation).
- Operation: intern (vitrektomi, ev.peeling av membran) med tamponad (gas eller olja) och/eller extern (cerclage/plomb).
- Kataraktoperation kan kombineras med amotio-operation.
- Majoriteten av patienterna blir inlagda på ögonavdelning 49 i Örebro.

Prognos

- Cirka 90% av primär amotio återställs (anatomiskt) med en enda operation.
- Macula on eller off avgör synhabilitering. Snabb operativ intervention är vanligtvis avgörande. Macula off amotio med kort anamnes opereras snabbt i mån av lediga operationstider.
- Efter behandling: positionering av patient är viktig när det finns tamponad.
- Komplikationer: tryckstegring/lågt ögontryck första dygnet efter operation, re-amotio, PVR (proliferativ vitreoretinopati), endoftalmit (ovanligt) kan förekomma och kräver ny operation. Glaskroppsblödning, cystiskt makulaödem, macula pucker, kataraktutveckling mm.

Preoperativa undersökningar och bedömning

- Klinisk undersökning i ögonmikroskop med hjälp av lins (och vid behov skleral impression) och ultraljud ställer diagnosen. OCT och ögonbottenfotografering används vid behov.
- Nyupptäckt amotio behöver rapporteras till bakjouren i Örebro (bakre segments- eller främre segmentskirurg) samma dag via telefonsamtal. Översändning (fax) av journalkopior + eventuell biometri sker oftast samma dag.
- Preoperativa undersökningar/behandlingar ska göras på hemorten innan remiss:
 1. Fotokoagulation av retinal ruptur/lokaliserad perifer amotio anteriort om ekvatorn.
 2. Fullständig somatisk anamnes om faktorer som påverkar planering av operation som tex:
 - a. Allergier mot läkemedel.
 - b. Antikoagulantia (tex Waran, Klopido-rel, NOAK preparat som ofta behöver sättas ut 1 - 3 dygn före operation). Trombosprofylax behöver vanligen ordineras på hemorten. Trombyl behöver inte sättas ut.
 - c. Färsk hjärtinfarkt (inom 6 månader), stroke, lungemboli och aktiv infektion/sår behöver rapporteras till bakjouren.
 - d. Om patienten går på dialys.
 3. Fullständig oftalmologisk anamnes bilat med bilat status visus+tryck, ögonundersökning och beskrivning av främre segment, linsstatus, retinastatus, tidigare ögonanamnes (tex operationer, amblyopi, trauma, refraktiv operation), glasögonstyrka mm.
 4. Diskussion med patienten om operation i lokal anestesi - vanligaste anestesimetod. Alternativt narkos (tex mycket nervös patient, Parkinson/skakningar av kroppen, kyfos, Down syndrom, demens, cerclage, trauma, ung patient, planerad mycket lång operation mm).
 5. Samtycker patienten till sammanhållen journal, dvs får vi patientens godkännande att titta i deras övriga journaler på andra sjukhus inklusive läkemedelslistor.

Transport av patienten – enligt bakjourens direktiv. Remitterande klinik tillser att patienten får sjukresa om sådan önskas/anses befogad.

Postoperativ uppföljning

- Kontrollintervaller
 - Patienten undersöks i Örebro vid rondan post-op dag 1 och därefter på hemorten med kontroll dag 1, 7 - 10 dgr, 6 v, 3 - 4 mån (S, IOP, OCTw, Optos) för primär icke-komplicerad amotio. Individuellt anpassad uppföljning vid behov.
 - Patienter med olja: följs på hemorten med IOP-kontroller och inspektion av näthinnan tills oljan evakuerats. Tacksam för ny remiss för ställningstagande till oljeevakuering i samband med sexveckors-besöket. Patienten planeras även från Örebros sida men remiss som säkerhetsåtgärd. Målsättningen är att oljan evakueras inom 3 - 6 månader postop.
 - De flesta patienter blir utskrivna med steroiddroppar 3 - 6 gånger dagligen, mydriatikum 2 gånger dagligen. Individuell anpassning/titrering av droppar sker sedan på hemorten liksom borttagning av suturer.
 - Komplicerade operationsfall diskuteras på telefon med bakjouren och återbesök/kontroll planeras i Örebro vid behov.
 - Sjukintyg sköts av avdelningsläkare i Örebro vid utskrivningen och förlängning sköts på hemorten.

Referenser:

Kort referenslista sammanställs avseende innehållet i dokumentet

1. Kuhn F, Aylward B. *Ophthalmic Res.* 2014;51(1):15-31
2. Ge Jasmine et al *Survey of Ophthalmology*, 2024-05-01, Volume 69, Issue 3, Pages 330-336
3. [Eyewiki.org/Retinal_Detachment](https://eyewiki.org/Retinal_Detachment)