

 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<h2 style="margin: 0;">AKUTT VINKELBLOKK H40.2</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 01.07.2024/01.07.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 2.04
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Frank Jenssen	Dok.id: D21537

Symptomer/anamnese:

- Kraftige smerter lokalisert okulært, maxillært, frontalt
- Kvalme og oppkast
- Bradykardi og svetting
- Tåkesyn og haloer pga. korneaødem
- Abdominale kramper

Patofysiologi:

- Primært vinkelblokk med pupilleblokk (90% av tilfellene) Gir et relativt pupilleblokk med trykkøkning i bakre kammer, og med framoverskyving av iris og linse som konsekvens
 - Grunt forkammer (1.5 – 2.0mm)
 - Kort akselengde
 - Linse forskutt framover
 - Mindre corneadiameter
 - Hypermetropi
 - Obs van Hericks test som screening
- Primært vinkelblokk uten pupilleblokk
 - Platåiris-konfigurasjon
 - Platåirissyndrom (med patent iridotomi)
- Kombinasjonsformer (relativt pupilleblokk med platåiris-konfigurasjon)

Differensialdiagnoser:

- Sekundært vinkelblokk med pupilleblokk
 - Bakre synekier
 - Miotika
 - Afaki (korpus) / pseudofaki (forkammerlinse)
 - Vitrektomi med gassinstillasjon
 - Malignt glaukom
 - Linseindusert (stor linse / subluksasjon)
- Sekundært vinkelblokk uten pupilleblokk
 - PAS (inflammasjon, neovaskularisering, ICE)
 - Aniridi, iridoschise
 - Intraokulære tumores
 - Chorioidal effusjon (cerclage, CRVO, PRP, nanofthalmos, bakre skleritt)
 - Retrolentikulær vevskontraksjon (ROP, PHPV)

Funn:

- Forhøyet IOP til 50-80 mmHg
- Redusert visus pga. korneaødem
- Grunt / flatt forkammer
- Semidilatert, lysstiv pupille
- Perifere iris framoverskutt og i kontakt med Schwalbes linje
- Gonioskopi viser 360° lukket vinkel

- Glaukomflecken og kataraktutvikling
- Venøs stuvning og ciliær injeksjon
- Papilleødem, venøs stuvning, splintblødninger
- Papille normal eller med glaukomatøs ekskavasjon
- Mulig okkludabel vinkel i andre øye

Provokasjonsprøver

- Bør ikke brukes; kan være falsk negative

Behandling av akutt vinkelblokk

- Hurtig trykksenkende terapi systemisk og lokalt
 - Glycerol 1ml/kg kroppsvekt po (ofte dårlig toleranse pga kvalme)
 - Mannitolinfusjon (150mg/ml) 250 – 500ml iv over 30 min
 - Diamox 500mg po alt. 500mg iv
- Øyedråper som reduserer kammervannsproduksjonen (øker drenasje)
 - Betablokkere (Timosan, Oftan, Blocadren)
 - Alfa2-agonister (Alphagan, Iopidine 0.5%, Iopidine 1.0%)
 - Karbonsyreanhydrasehemmere (Trusopt, Azopt)
 - Evt. prostaglandinanaloger lokalt (Xalatan, Travatan, Lumigan)
 - Evt. kombinasjonsdråper (Cosopt, Xalcom, Combigan, Ganfort)
- Kvalmestillende med. po/iv/im (Afipran 10-20mg iv/im inntil x 3)
- Indentasjon av kornea med glasstav eller indentasjonslinse for å åpne kammervinkelen
- Pilocarpin 2% 2-3 ganger første timen om pupillen viser lysreaksjon
- Glycerol øyedråper på kornea for å bedre innsynet for diagnostisering og behandling
- Laser-iridotomi (evnt. 2)
- Laser iridoplastikk (ved platåiriskonfigurasjon/-syndrom)
- Steroid øyedråper for å redusere ledsagende inflammasjon

YAG-iridotomi

- Tilgang fortrinnsvis langt perifert og skjult under øvre øyelokk
- Optimalt 100 mikron i diameter
- Gjerne 2 stykker

Dråpeanestesi, Abrahamlinse, burst 3 initialt (med fokusskift = 0 eller posterior skift 125mikron). Energibehov avhengig av iristykkelse; fra 3-8 mJ. Når åpning og god pigmentutstrømming, utvides iridotomien med noe lavere energisetting og kun burst 1.

Om profylaktisk iridotomi, predrypping med Iopidine 1% og Pilocarpin 2%. Postoperativ behandling med lokale steroider x 4-5 i 4-5 dager.

Ved risiko for blødning/tykk iris kan iridotomiområdet prebehandles med Argonlaser/Dobbelfrekvent YAG-laser. Ved blødning fra iridotomistedet under prosedyren, kan denne stoppes ved å komprimere øyet med kontaktlinse.

Laser iridoplastikk

- Ved trang vinkel tiltross for patent iridotomi (platåirissyndrom)
- Ved trang vinkel pga endret linseposisjon (med patent iridotomi)

- Kan også benyttes for å åpne vinkel om problemer med å få utført iridotomi
- Argonlaser eller Dobbelfrekvent YAG-laser

Prebehandling med Pilocarpin 2% og Iopidine 1%, Dråpeanestesi, Kontaktlinse (Abraham iridotomilins eller Goldmann goniolinse), Energi 200-400mW, applikasjonstid 500msek, spot 300-500 mikron. Totalt 24-36 applikasjoner mot periferien av iris (rett sentralt for "iriskne") plassert over 360 grader. Målet er lett kontraksjon av iris. Postoperativ behandling med lokale steroider x 4-5 i 4-5 dager

Utredning:

- Gonioskopi med indentering mtp apposisjonell vinkel evnt PAS
- ACD-måling (A-scan, IOLM/Lenstar, Pentascan)
- UBM/UL B-scan

Oppfølging:

- Profylaktisk iridotomi/irisplastikk i andre øye?
- Profylaktisk kataraktekstraksjon for å bedre plassforhold i fremre segment?