

 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<h2>AMOTIO RETINAE H33</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 01.07.2024/01.07.2025
Organisasjon: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 2.05
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Jørgen Krohn/Pål Varhaug	Dok.id: D23997

Amotio retinae

Insidens: 1:10.000 pr. år (sannsynligvis noe høyere pga. økende antall cat.operasjoner)
 10-20% bilateralt

Etiologi:

- Rhegmatogenøs amotio retinae [H33.0]:
 Skyldes hull/rift i netthinnen.
 Assosiert med myopi, bakre korpusavløsning (PVD), tidligere øyekirurgi
- Traksjonsamotio [H33.4]:
 Skyldes kontraksjon av fibrøst vev sub-, intra- og epiretinalt.
 Assosiert med proliferativ vitreoretinopati (PVR), proliferativ diabetisk retinopati, prematuritetsretinopati (ROP), traume
- Eksudativ amotio retinae [H33.2]:
 Skyldes eksudasjon av væske subretinalt.
 Assosiert med tumor (choroidalt malignt melanom, metastase, choroidalt hemangiom), inflammasjon (uveitt, Vogt-Koyanagi-Harada-syndrom, bakre skleritt), medfødte tilstander (Coat's disease, nanofthalmus), sentral serøs chorioretinopati, uveal effusjon

Symptomer:

- Flytende uklarheter
- Lysglimt (fotopsier)
- Perifer skygge i synsfeltet, gradvis økende ("gardin")
- Redusert visus

Funn:

- Skygge i rød refleks
- Uklarheter og pigmentstøv (evt. blod) i korpus vitreum
- Noe lavere IOP
- Avløst netthinne (lavt avløst eller høybuklet)
 - rhegmatogen amotio: hull/rift i netthinnen, pigment i korpus vitreum, PVD
 - traksjonsamotio: fibrose, stive folder i avløste netthinne/stjernefigurer konkav/lav avløsning
 - eksudativ amotio: "shifting fluid", høybuklet nedad, tumor?
- Hvis netthinnen har vært avløst i lang tid:
 - proliferativ vitreoretinopati (PVR) (uker/mnd.)
 - pigmentert demarkasjonslinje (mnd.)
 - subretinale presipitater (mnd.)
 - atrofi/fortynning av retina (år)

- intraretinale cyster (år)

Undersøkelse/utredning:

- Fullstendig øyeundersøkelse, med angivelse av visus
- Indirekte oftalmoskopi av begge øyne i mydriasis, helst både med 90D linse og kontaktglass
- Let nøye etter hull/rift i retina!
NB: De fleste hull er lokalisert perifert i øvre temporale kvadrant, evt. mot kanten av den delen av avløst netthinne som ligger lengst oppad i fundus (jfr. Linkoff-reglene).

Husk at det ofte er flere hull i netthinnen

- Lag fundustegning (rødt = tilliggende netthinne, blått = avløst netthinne, hull/rift i retina = rødt med blå kant, blått skravert rutefelt = lattice degenerasjoner, svart = pigment, grønt = blod/corpusuklarheter, gult = eksudater)
- Eksudativ amotio: Ultralyd, fluoresceinangiografi, evt. generell malignitetssutredning

Preoperativt:

- Pasienter med amotio retinae skal innlegges Øyeavdelingen samme dag (evt. senere hvis det er spesielle forhold som tilsier det, og da alltid etter avtale med vitreoretinal-kirurg)
- Ved truende maculaløsning må man vurdere om pasienten skal posisjoneres under transport. Pasienten skal da ligge med hodet slik at det avløste området el. netthinneriften vender ned
- Pasienten skal opereres så snart det er praktisk mulig
- Operasjonene gjøres som regel i retrobulbær anestesi, men narkose er aktuelt hos pasienter som er unge, samarbeider dårlig til us., eksessivt myope eller som er operert flere ganger tidligere. Ved tvil om anestesimetode skal pasienten holdes fastende til neste morgen!
- Preoperativt sengeleie med toalett-lov, hullet/riften i retina skal vende ned
Eks.: hull kl.10 od. (oppad temporalt høyre side) → lavt hodeleie mot høyre
hull kl. 4 os (nedad temporalt venstre side) → høyt hodeleie mot venstre

Operasjon:

- Eksternt inngrep:
Kryoterapi, cerclage med eller uten silikonblombe, evt. injeksjon av gass

Indikasjoner: tidligere var dette standardoperasjonen ved netthinneløsning. Nå er metoden stort sett forbeholdt unge pasienter og pasienter med oradialyse

- Endo-inngrep:
Vitrektomi (evt. kombinert med cerclage/plombe), endolaser, tamponade med gass eller silikonolje
Indikasjoner: etter hvert standard prosedyre hos pasienter over 50-60 år. Dersom pasienten ikke allerede er operert for katarakt gjøres dette i samme inngrepet. Ellers velges endoinngrep som regel alltid ved sentralt beliggende netthinne rift/hull, manglende innsyn til fundus (f.eks. korbussblødning), traksjonsamotio, PVR
- Pneumatisk retinopexi:
Injeksjon av liten gassboble i korpus vitreum (uten vitrektomi). Transskleral kryoterapi eller transpupillær laserterapi omkring rift. Streng posisjonering av pasienten etterpå
Indikasjoner: brukes sjelden, men vurderes i tilfeller med liten, perifer avløsning utgående fra hull/rift øverst i fundus (kl. 11-1) og der det samtidig foreligger stor grad av bakre korbussløsning

Postoperativt:

- Tobrasone x 6 og evt. mydriatikum (f.eks. Cyclopentolat x 2), vurderes individuelt
Ofte p.o. prednisolon (20-60 mg x 1) etter omfattende inngrep eller ved tegn til PVR
- Som oftest kan pasienten være oppe etter operasjonen, men noen dagers sengeleie med posisjonering (motsatt av preoperativt hvis pasienten har gass i øyet) kan være nødvendig

Ved utskrivelse:

- Tobrasone x 6 inntil første postoperative kontroll, deretter gradvis nedtrapping. Evt. mydriatikum i noen dager
- Sykemelding i 2-4 uker
- Vurder forbud mot bilkjøring (gjelder alle pasienter med gass i øyet)
- Poliklinisk kontroll etter 1-2 uker ved poliklinikken (evt. henvisende øyelege)
- Kontroll hos henvisende øyelege etter ca. 1-2 mnd.
- Be pasienten ta direkte kontakt med øyeavdelingen hvis:
 - økende smerter
 - lysglimt (fotopsier)
 - økende skygge i synsfeltet
- Hvis pasienten har gass i øyet:
 - unngå hjemreise over høye fjelloverganger eller med fly
 - informer om flyforbud

- informere om at ved evt. inngrep i narkose må anestesilegen få beskjed om dette

(man må da benytte i.v. anestesimidler, ikke lystgass)

- forklar pasienten hvordan synsbildet endres etter hvert som gassen resorberes

Prognose:

- Tilliggende makula → god prognose for visus
- Avløst makula → det kan forventes noe synsreduksjon
- Avløst makula > 2 mndr. → betydelig reduksjon av visus

Med operasjon oppnår man tilliggende netthinne hos > 90% av pasientene