

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til:04.07.2024/04.07.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 4.03
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Pål Varhaug	Dok.id: D24007

Symptomer / anamnese:

Akutt eller subakutt synstap, ofte først som tråder og flotterende uklarerheter i synsfeltet. Evt lysglimt. Oftest smertefritt og ensidig.

Disponerende sykdom:

- Okulære: diabetesretinopati, proliferativ retinopati av annen årsak, eksudativ makuladegenerasjon, retinalt makroaneurysme, Coats sykdom m.fl.
- Generelle: hypertensjon, blødningstendens
- Evt. traume (inkl. valsalva-manøver)

Funn:

Svekket eller utslukket rød refleks. Blod i corpus vitreum (farge og struktur endrer seg med tiden).

Utredning:

Indirekte oftalmoskopi, evt ultralyd B-scan.

Mål: så nøyaktig oversikt over netthinnen som mulig.

Etiologi:

Vanligste:

- Bakre korpusløsning med overrivning av retinalkar
- Blødning fra retinal neovaskularisering
- Gjennombruddsblødning fra subretinalt hematom ved eksudativ makuladegenerasjon

Sjeldnere:

- Gjennombruddsblødning fra retinalt hematom ved makroaneurysme
- Tersons syndrom (staseblødning fra retinalvener pga intrakraniell trykkstigning ved subaraknoidalblødning. Iblant bilateralt)

Behandling:

- Ukjent årsak og manglende innsyn:
anta bakre korpusløsning med stor sannsynlighet for retinalruptur: observasjon med hyppige (daglige) kontroller, evt innleggelse. Fysisk ro, unngå valsalva. Høyt hodeleie. Evt seponere platehemmer, NSAIDS.
- Kjent, "ufarlig" årsak (AMD, Tersons):
Avvente spontan resorpsjon, evt vitrektomi ved manglende oppklarning etter ca 3 mnd, tidligere ved affeksjon av begge øyne
- Kjent, "farlig" årsak (proliferativ retinopati)
Avvente spontan resorpsjon hvis tilrådelig, evt tidlig vitrektomi (før 3 mnd)

Interne referanser

Eksterne referanser