

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 01.07.2024/01.07.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 3.04
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Pål Varhaug	Dok.id: D24014

### Epidemiologi:

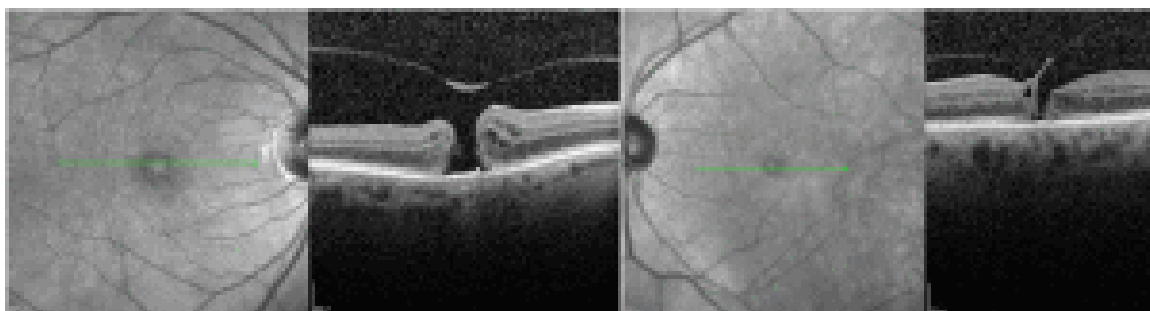
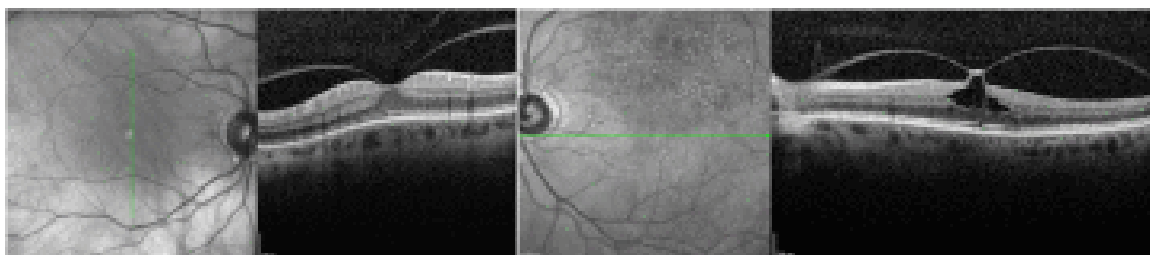
- Prevalens: 0,1-0,8 % > 40 år
- Insidens: 0,78:100.000
- flest > 65 år
- kvinner > menn (2 av 3)
- Risiko for makulahull i det andre øyet:
  - <2 % hvis PVD
  - 15 % hvis ikke PVD, 50 % hvis stadium I

### Etiologi:

- Anteroposterior traksjon p.g.a. bakre korpussløsning (PVD)
- Tangentiell traksjon p.g.a. skrumpning av pre- og perifoveolært korpus vitreum
- Traumer, inflammasjon, proliferativ vitreoretinopati (PVR)

### Inndeling:

- Stadium 1a: Gul flekk i fovea (vitreofoveal traksjon)
- Stadium 1b: Gul ring i fovea (foveal pseudocyste)
- Stadium 2: Gjennomgående hull <400 µm
- Stadium 3: Gjennomgående hull >400 µm, evt. med pseudooperkel
- Stadium 4: Gjennomgående hull >400 µm og «fullstendig» PVD med Weiss-ring



**Symptomer/funn:**

- Relativt hurtig synsreduksjon, oftest til 0,1-0,2
- Metamorfopsi/sentralt skotom
- Sirkulært, sentralt hull i makula, evt. med løftet/ødematøs kant, ofte druselignende materiale i bunnen
- Differensialdiagnoser:
  - ikke-gjennomgående hull: lamellært hull eller pseudohull
  - cystoid makulaødem
  - sirkulær atrofi av retinalt pigmentepitel

**Undersøkelse/utredning:**

- Fullstendig øyeundersøkelse, med angivelse av visus
- Indirekte oftalmoskopi av begge øyne i mydriasis, helst både med 90D linse og kontaktglass
- OCT / fundusfoto
- Watzke-Allen tegn: Ved positiv test angir pasienten at en tynn, vertikal lysstripe fra spaltelampen blir brutt på midten

**Behandling:**

- Vitrektomi kombinert med fjerning av epiretinal fibrose og membrana limitans interna (ILM), væske/gass- utskiftning
- Kataraktoperasjon på forhånd eller i samme inngrepet (alle pasienter utvikler postoperativ katarakt)
- Stadium 1: Observasjon minst 3 mnd. Deretter evt. operasjon.
- Stadium 2 og 3: Bør opereres raskest mulig, og helst <6 mnd. etter sykdomsdebut
- Stadium 4: Som oftest operasjon, men med redusert prognose
- Enzymatisk vitrolyse (intravitreal injeksjon av Jetrea®)? Foreløpig ikke rutinemessig terapi hos oss

**Postoperativt:**

- Postoperativt unngå å se oppover/unngå å ligge på rygg i 3 dager
- Tobrasone x 6, evt. korttidsvirkende mydriatikum

**Ved utskrivelse:**

- Poliklinisk kontroll etter 1-2 uker ved poliklinikken (evt. henvisende øyelege)
- Kontroll hos henvisende øyelege etter ca. 1-2 mnd.

- P.g.a. risiko for trykkstigning og amotio retinae, be pasienten ta direkte kontakt med øyeavdelingen hvis:
  - smerter
  - lysglimt (fotopsier)
  - økende skygge perifert i synsfeltet
- P.g.a. intraokulær gass:
  - unngå hjemreise over høye fjelloverganger eller med fly
  - informér om flyforbud og sjåførforbud i bil så lenge det er gass i øyet, vanligvis 3 uker
  - informér om forbud mot lystgass (ved evt. inngrep i narkose må anestesilegen få beskjed om at man må benytte i.v. anestesimidler, ikke lystgass)
  - forklar pasienten hvordan synsbildet endres etter hvert som gassen resorberes

**Prognose:**

- Etter operasjon lukkes maculahullet hos ca. 90% av pasientene
- Visus bedres til  $\geq 0,3$  hos flertallet av pasientene
- Visus kan bedres i opptil et år etter operasjonen

**Ekstern referanse:**

Steel DH & Lotery AJ: Idiopathic vitreomacular traction and macular hole: a comprehensive review of pathophysiology, diagnosis, and treatment. Eye (Lond) 2013 Oct;27 Suppl 1: S1-21