

 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<h2>Bruk av Eylea (aflibercept) intravitrealt.</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 20.01.2020/20.01.2021
Organisasjon: Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 6.01
Godkjenner: Jenssen, Frank Tore	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Morten Hove	Dok.id: D33653

Førstevalget for intravitreale injeksjoner er hos oss fortsatt Avastin/bevacizumab ved AMD og venetromboser med maculaødem eller som forbehandling til laserbehandling.

Kun i særskilte tilfeller tilbyr vi intravitreale injeksjoner der det ikke foreligger tavlesyn:

- Funksjonelt enøyde
- Store blødninger i bakre pol som gir meget store skotomer
- Ved fingertellingsvisus på beste øye, og det er viktig å bevare dette

Praktisk tilnærming:

I utgangspunktet er førstevalget ved all anti-VEGF-behandling hos oss Avastin. Det er unntak, og anerkjente rutiner for når man skal gå rett på Eylea fremfor Avastin er følgende:

- Dårlig effekt av Avastin i det andre øyet
- DME med visus dårligere eller lik 0,4.
- Der on-label-behandling bør velges (mindreårige, og de som insisterer).
- Ved tilstander der injeksjonsantallet må holdes lavest mulig, som langtkommet glaukom, dårlig kooperasjon ifm med injeksjonsprosedyren, postinjeksjonsuveitt, trykkstigning ifm med intravitreal injeksjon.
- Ved utilstrekkelig effekt av Avastin.
- Ved forverring tross 4 ukers intervall med Avastin.
- Ved PCV eller uvanlig aggressiv eksudativ tilstand av andre årsaker.
- Ved tilgrunnliggende CSR.

Pasienten skal settes tilbake til Avastin etter forsøksbehandling med Eylea hvis ikke Eylea har bedre effekt (ikke bare OCT-messig, men subjektivt og visusmessig).

Ikke intensivere unødig i form av bytte til Eylea fra Avastin eller intervallreduksjon. Dvs lett ødem ved DME, BRVO, CRVO som ikke gir symptomer eller visusreduksjon, skal ikke nødvendigvis medføre intensivert behandling. Ødemøkning, mer subsensorisk væske eller større PED ved eksudativ AMD, er indikasjon på sykdomsaktivitet, og skal medføre behandlingsintensivering. Dvs annen terskel ved AMD enn de andre indikasjonene.

NB: Vær obs på serøse PEDer og morkent RPE med redusert pumpefunksjon. Dette kan gi fluktuerende mengde subsensorisk væske uten at det skyldes reell lekkasje/aktivitet, og intensivering av behandling, særlig med Eylea, gir ytterligere RPE-atrofi, som gir enda dårligere pumpefunksjon og sekundært dårligere fotoreseptorfunksjon.

Vær restriktiv til Eylea ved geografisk atrofi (GA). Randsoneaktivitet kan ofte holdes i sjakk med Avastin, og Eylea gir mer økning av GA enn Avastin. Ikke ekstendere for tidlig etter residiv. En god kjøreregul ved AMD er å vente med intervalløkning i ett år etter residiv. Residiv på intervalløkning ved Avastin har en tendens til å medføre automatisk bytte til Eylea. Vurder hvert enkelt tilfelle mtp om intervallreduksjon med Avastin er like gunstig som bytte til Eylea.

Forhindre residiv, dvs heller et par Avastin- eller Eyleainjeksjoner årlig, for eksempel med 10-12-14 ukers intervall enn gjentatte reduksjoner til 4 uker og bytte til Eylea pga gjentatte residiv.

Kun OCT-messig effekt, og ingen visusgevinst verken subjektivt eller målbart, bør forårsake behandlingsstans.

Eylea settes intravitrealt på samme måte som Avastin.

Medikamentet leveres ferdig opptrukket i steril pose fra apoteket.

0,05 ml av medikamentet tilsvarer 2 mg og settes intravitrealt vha 1 ml sprøyte og 30G kanyle.

Det foreligger en egen rutine for bestilling av Eylea.

Kun i særlige tilfeller settes Eylea i begge øyne samme dag.