Region Stockholm

14

Yttrande över remiss om riktlinjer inom området ögonsjukdomar

VKN 2021-0251

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2021-0251
2021-12-17

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss om riktlinjer inom området ögonsjukdomar

Ärendebeskrivning

Fem nya kunskapsstöd i form av riktlinjer har tagits fram av nationellt programområde för ögonsjukdomar. Arbetet har skett inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. För att kvalitetssäkra kunskapsstöden genomförs nu en öppen remiss. Detta ärende utgör regionens remissvar till det nationella programområdet.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion Riktlinje för merkelcellscancer i ögonregionen
Remissversion konsekvensbeskrivning Riktlinje för merkelcellscancer i ögonregionen
Remissversion Riktlinje för periokulär talgkörtelcancer
Remissversion konsekvensbeskrivning Riktlinje för periokulär talgkörtelcancer
Remissversion Riktlinje för retinal venocklusion
Remissversion konsekvensbeskrivning Riktlinje för retinal venocklusion
Remissversion Riktlinje för våt åldersförändring i gula fläcken (våt AMD)
Remissversion konsekvensbeskrivning Riktlinje för våt åldersförändring i gula fläcken (våt AMD)

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till nationellt programområde för ögonsjukdomar

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning i Sveriges regioner i samverkan har fem nationella riktlinjer tagits fram på uppdrag av nationellt programområde för ögonsjukdomar. Syftet med riktlinjerna är att skapa ett underlag för en likvärdig vård i Sverige, genom att upprätta nationella riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning av patienter baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet.
Riktlinjerna som gått på remiss omfattar två ovanliga cancerformer i ögonregionen, merkelcellscancer i ögonregionen och periokulär talgkörtelcancer, samt riktlinjer för retinal venocklusion och våt åldersförändring i gula fläcken (våt AMD)

Överväganden
En genomgång har gjorts av underlagen med stöd av den regionala sakkunnigstrukturen avseende medicinskt innehåll och konsekvensbeskrivningar. Generellt saknar konsekvensbeskrivningarna hälsoekonomiskt underlag eller noggrannare beskrivning av behov av resursutökning och ekonomiska konsekvenser kan i regel inte bedömas. Riktlinjerna är inte utformade enligt det generiska ramverket för vårdprogram och saknar evidensgradering. Riktlinjerna utgör ett konsensusdokument. Riktlinjerna är utformade enligt kunskapsstyrningens inriktning om att erbjuda kunskapsstöd i patientmötet då utformningen passar väl med en lättillgänglig klinisk riktlinje.

Merkelcellscarcinom (MCC) är en ytterst ovanlig, högaggressiv hudtumör som är vanligast i den äldre befolkningen (medianålder 81 år i Sverige). Periokulär talgkörtelcancer (SGC – sebaceos gland carcinoma) är en ovanlig men potentiellt aggressiv cancer. För dessa riktlinjer som rör cancerformer kan metodbeskrivningen tydligare beskriva hur samarbete har skett med regionalt cancercentrum i samverkans sakkunniga och hur ögonspecifik information kan särskiljas från RCC:s riktlinjer och kongruens dem emellan säkerställas. Riktlinjen stämmer i övrigt med regionens hantering av patientgrupperna och omfattar mycket små patientvolymer; regionen kan därför inte kan se någon systempåverkan av förslaget till riktlinje.

Riktlinjen för retinal venocklusion beskriver handläggning vid blodpropp i ögat vensystem med olika grader av omfattande påverkan på näthinnan med synnedsättning i drabbat område. Prevalensen ökar med ålder och kardiovaskulära sjukdomstillstånd.

Riktlinjen stämmer med Region Stockholms nuvarande handläggning av tillståndet även om det finns en möjlig underbehandling i regionen vad gällerbehandlings- och kontrollintervall. Tillgången till behandling med injektioner i ögats glaskropp kan behöva ses över regionalt vid ett införande.

Åldersförändring i gula fläcken i ögat (age-related macular degeneration, AMD) är den vanligaste orsaken till svår synnedsättning bland personer över 60 års ålder i västvärlden och i åldersgruppen 85 år och äldre har 25 procent av alla någon form av åldersförändring i gula fläcken. Den allvarligare våta formen av åldersförändring (våt AMD) utgör 10–15 procent av all AMD. Behandlingen för våt AMD utgår från injektioner i glaskroppen av särskilda läkemedel.

Riktlinjens skrivning om läkemedelsrekommendationer bör ändras så att den är samstämmig med NT-rådets (Rådet för nya terapiers) rekommendation. Alternativt kan läkemedelsrekommendation lyftas ur och hänvisas till regionala tillägg utifrån läkemedelskommittéers rekommendation. Detta då pris kan skilja sig mellan regioner samt att en regional ekonomisk analys bör göras av kostnad för läkemedel jämfört med kostnad för tätare injektionsintervall för aktuell region utifrån tillgängliga resurser. För Region Stockholm är det svårt att med nuvarande resurser öka antalet behandlingar eller förtäta injektionsintervall varför en regional analys av konsekvenser och alternativ vid införande behöver göras.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas få oförändrade ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas få oförändrade konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård. De föreslagna nationella riktlinjerna förväntas ha positiva effekter för jämlik och jämställd vård genom att utgöra ett likriktande underlag för handläggning av patientgruppen.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för administration hos vårdgivarna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Nationellt programområde för ögonsjukdomar

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-12-17

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av merkelcellscancer i ögonregionen

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av Merkelcellscancer i ögonregionen

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av Merkelcellscancer i ögonregionen 2
Versionshantering 2
Sammanfattning 4
1. Om konsekvensbeskrivningen 4
2. Konsekvenser 4
2.1 Omfattning 4
2.2 Nytta eller risker för individen 4
2.3 Etiska aspekter 4
2.4 Verksamhet och organisation 5
2.5 Kostnader 5
2.6 Kompetensförsörjning 5
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 5
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 5
2.9 Uppföljning 5
2.10 Övriga konsekvenser 5

Sammanfattning

De viktigaste konsekvenserna av den framtagna riktlinjen är att patienter med Merkelcellscancer i ögonregionen ska erbjudas likvärdig vård oavsett bostadsort. Riktlinjen bygger på internationella rekommendationer som är anpassade nationellt och är framtagna efter regionrepresentanternas stora gemensamma kliniska erfarenhet. Det har tidigare inte funnits gemensamma riktlinjer lokalt, regionalt eller nationellt.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen (NAG) Plastik orbita ansvarar för konsekvensbeskrivningen.

Eva Dafgård Kopp, ögonläkare i Stockholm och ordförande i NAG Plastik orbita, har lett arbetet. Övriga representanter i NAG Plastik orbita är Annelie Hamrin (Sundsvall), Eva Källsbo (Stockholm), Karin Svedberg (Göteborg), Karl Engelsberg (Lund), Kersti Sjövall (Västerås) och Sofia Hjersing (Linköping).

Samtliga representanter har deltagit i arbetet och godkänt det slutliga förslaget.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

I Sverige diagnosticeras cirka 50 nya fall av Merkelcellscancer per år varav drygt 1 % drabbar ögonregionen. På grund av dess sällsynthet är det av vikt att det finns riktlinjer för handläggning och behandling då varje enskild ögonläkare ute i organisationen inte kommer att se särskilt många fall, om ens något, under sin yrkeskarriär. Patienter med Merkelcellscancer i ögonregionen behöver utredas, behandlas och följas av ögonläkare eller annan specialist med okuloplastisk kompetens. Vid spridd sjukdom kommer även specialister inom ÖNH-sjukdomar, plastikkirurgi och onkologi att involveras. I dessa fall hänvisas till det nationella vårdprogrammet för Merkelcellscancer.

2.2 Nytta eller risker för individen

Nyttan för individen med riktlinjen är att en tidig upptäckt och likartad behandling och uppföljning av Merkelcellscancer i ögonregionen oavsett boendeort skulle kunna ge ett förbättrat behandlingsutfall. Några risker för individen med den kliniska riktlinjen har inte identifierats. Genom att inrätta funktionen kontaktsjuksköterska där det saknas på regionnivå kan man förmoda att individens möjlighet till delaktighet kan förbättras.

2.3 Etiska aspekter

Vi ser inte att riktlinjen skapar undanträngningseffekter för andra patientgrupper eller har negativa konsekvenser ur ett jämlikhetsperspektiv. Periokulär cancer har hög prioritet i hälso-och sjukvården och kommer inte att ändras efter denna riktlinje. Vi ser inte några risker med inklusionskriterierna utan att vård, behandling och undersökningar är motiverade och nödvändiga.

2.4 Verksamhet och organisation

Den nya riktlinjen innebär ett förtydligande av redan etablerad utredningsgång och behandling för denna sällsynta tumör. Efter diagnos handläggs tumörformen redan i dag centraliserat. Möjligheten med närvarande kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbesked finns dock inte utbyggd på alla regionkliniker och där så är fallet kommer riktlinjen att medföra behov av utbildning och rutinförändring inom kliniken. Detta kan ta en del resurser från övrig verksamhet men då tumörformen är så pass ovanlig bör det inte påverka tillgängligheten för övriga diagnosgrupper när väl funktionen är på plats.

2.5 Kostnader

På de flesta kliniker kommer riktlinjen inte att medföra några extra kostnader. Om det finns behov av att inrätta funktionen kontaktsjuksköterska kommer det dock att krävas utbildning och rutinförändring. Kostnaden för detta är svår att uppskatta.

2.6 Kompetensförsörjning

Riktlinjen ändrar inte behovet av kontinuerlig kompetensförsörjning. På specialistkliniker där en kontaktsjuksköterska för patienter med en cancersjukdom saknas kan det krävas utbildningsinsatser för dessa. I samband med införandet kommer också en utbildningsinsats kopplat till spridningen av riktlinjen att krävas. Inget behov av nyanställningar beräknas uppstå.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Riktlinjen bedöms inte påverka andra kunskapsstöd.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Riktlinjen bedöms inte påverka andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.

2.9 Uppföljning

Riktlinjen innebär en rekommendation om att kontroller av denna patientgrupp ska vara enhetlig och lika oavsett bostadsort.

2.10 Övriga konsekvenser

Riktlinjen bedöms inte ge övriga konsekvenser.

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av periokulär talgkörtelcancer

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Nationell arbetsgrupp (NAG) Plastik orbita
Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögon
Kontaktuppgifter: carina.libert@sll.se

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för periokulär talgkörtelcancer

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Namn, titel i samm

Datum (tryck på pil

Ort

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för periokulär talgkörtelcancer 2
Versionshantering 2
Sammanfattning 4
1. Om konsekvensbeskrivningen 4
2. Konsekvenser 4
2.1 Omfattning 4
2.2 Nytta eller risk för patient 4
2.3 Etiska aspekter 4
2.4 Verksamhet och arbetssätt 4
2.5 Kostnader 5
2.6 Kompetensförsörjning 5
2.7 Påverkan på jämlik vård 5
2.8 Påverkan på miljö och klimat 5
2.9 Uppföljning 5
2.10 Övriga konsekvenser 5

Nationell arbetsgrupp (NAG) Plastik orbita
Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögon
Kontaktuppgifter: carina.libert@sll.se

Sammanfattning

Riktlinjen bygger på internationella rekommendationer som är anpassade nationellt och är framtagna efter regionrepresentanternas stora gemensamma kliniska erfarenhet och syftar till att patienter med periokulär talgkörtelcancer ska erbjudas likvärdig vård oavsett bostadsort.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen (NAG) Plastik orbita ansvarar för konsekvensbeskrivningen.

Eva Dafgård Kopp, ögonläkare i Stockholm och ordförande i NAG Plastik orbita, har lett arbetet. Övriga representanter i NAG Plastik orbita är Annelie Hamrin (Sundsvall), Eva Källsbo (Stockholm), Karin Svedberg (Gö[illegible]Hjersing (Linköping).

Samtliga represent[illegible]

2. Konsekv[illegible]

2.1 Omfattni[illegible]

Incidensen är cirka [illegible]
Patienter med peri[illegible]gonläkare eller annan specialist me[illegible] [illegible]attas även av specialister inom Ö[illegible]

2.2 Nytta elle[illegible]

Nyttan för individer[illegible] [illegible]opföljning av periokulär talgkörte[illegible]utfall. Några risker för individen [illegible] av kontaktsjuksköters[illegible]öjlighet till delaktighet kan för[illegible]

2.3 Etiska aspekter

Den framtagna riktlinjen bygger på internationella rekommendationer samt är anpassade efter regionrepresentanternas stora gemensamma erfarenhet. Vi ser inte att riktlinjen skapar undanträngningseffekter för andra patientgrupper eller har negativa konsekvenser ur ett jämlikhetsperspektiv.

Periokulär cancer har hög prioritet i hälso- och sjukvården och har inte ändrats efter denna riktlinje. NAG Plastik orbita ser inte några risker med inklusionskriterierna utan bedömer att vård, behandling och undersökningar är motiverade och nödvändiga.

2.4 Verksamhet och organisation

Riktlinjen medför inte några verksamhetsförändringar eller organisatoriska förändringar.

2.5 Kostnader

Om det finns behov av att inrätta funktionen kontaktsjuksköterska kommer det dock att krävas utbildning och rutinförändring. Kostnaden av detta är svår att uppskatta.

2.6 Kompetensförsörjning

Riktlinjen ändrar inte behovet av kontinuerlig kompetensförsörjning. På specialistkliniker där en kontaktsjuksköterska för patienter med en cancersjukdom saknas kan det krävas utbildningsinsatser för dessa.

Riktlinjen behöver spridas till regionerna och till andra specialiteter som behandlar denna patientgrupp i regioner där ögonläkare med okuloplastisk kompetens saknas.

2.7 Påverkan

Riktlinjen bedöms i

2.8 Påverkan

Riktlinjen bedöms i

2.9 Uppföljni

Riktlinjen innebär e ara enhetliga och lika oavsett bo

2.10 Övriga k

Riktlinjen bedöms i

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av retinal venocklusion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av retinal venocklusion

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning av riktlinje för handläggning av retinal venocklusion 2
Versionshantering 2
Sammanfattning 4
1. Om konsekvensbeskrivningen 4
2. Konsekvenser 4
2.1 Omfattning 4
2.2 Nytta eller ris 5
2.3 Etiska aspekt 5
2.4 Verksamhet 5
2.5 Kostnader 6
2.6 Kompetensfö 6
2.7 Påverkan på 6
2.8 Påverkan på 6
2.9 Uppföljning 6
2.10 Övriga kons 6
3. Referenser 6

Sammanfattning

Riktlinjen vid retinal venocklusion bygger till största del på ett inom ögonsjukvården tidigare antaget nationellt vårdprogram samt ett europeiskt vårdprogram. Den aktuella riktlinjen skiljer sig inte i någon stor omfattning från tidigare rekommendationer respektive etablerad vårdpraxis. Flertalet kliniker följer sannolikt tidigare antaget vårdprogram väl men den nya nationella riktlinjen kan komma att nå större spridning och bli mer styrande.

Riktlinjen tydliggör handläggning, utredning, behandlingsstrategier och kontrollintervall vid retinal venocklusion. Intravitreala injektioner vid venocklusion och andra retinala sjukdomar är resurskrävande och det finns på grund av otillräckliga resurser inom ögonsjukvården i nuläget risk för underbehandling och förlängda väntetider, vilket påverkar behandlingsresultaten negativt. Den nya riktlinjen kan därför [illegible] utrustning samt risk för ökade läken[illegible]

Riktlinjen bedöms k[illegible] bättra behandlingsresulta[illegible] cklusioner över landet.

1. Om kon[illegible]

Konsekvensbeskriv[illegible] 21-xx-xx.
Ansvarig är NAG me[illegible] lonen. I arbetsgruppen har [illegible] sregionen, Pierfrancesco Mira[illegible] regionen, Henrik Dahlgren sjukvårds[illegible] sanne Albrecht, styrgruppen för Sve[illegible] ar ordförande i NAG medicinsk reti[illegible]

2. Konsekv[illegible]

2.1 Omfattni[illegible]

Mer än 50 % av pat[illegible] 0,7 % < 60 år, 1,2 % 60–69 år, 2,1 % 70–79 år, 4,6 % > 80 år. Det finns ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor.

Retinal venocklusion har oftast ett mycket långdraget eller kroniskt förlopp. Behandling och kontroller behöver fortsätta lång tid eller livslångt. Det innebär att antalet personer med pågående behandling för retinal venocklusion (RVO) successivt ökar över tid. Intravitreala injektioner vid venocklusion och andra retinala sjukdomar har de senaste åren ökat kraftigt och tar i anspråk en stor och kontinuerligt ökande andel av ögonsjukvårdens resurser.

Diagnostik, behandling och uppföljning sker inom den specialiserade ögonsjukvården. Utredning av riskfaktorer och eventuell bakomliggande sjukdom kan ske inom primärvård eller annan specialiserad vård i begränsad omfattning. Behandling för retinal venocklusion utgörs i första hand av intravitreala injektioner med anti-VEGF-läkemedel eller dexametason. Laserbehandlingar, behandling med trycksänkande droppar eller andra trycksänkande åtgärder görs i mindre omfattning.

2.2 Nytta eller risker för individen

Riktlinjen betonar vikten av god tillgänglighet till den specialiserade ögonsjukvården vid retinal venocklusion. Snabb behandlingsstart är viktig vid konstaterad venocklusion, framför allt vid CRVO och vid rubeosutveckling eller neovaskulärt glaukom. Intravitreala injektioner med anti-VEGF eller dexametason respektive laserbehandling ska ges i tillräcklig omfattning för bästa synfunktionsresultat. Riktlinjen betonar även vikten av individuellt anpassad behandling och uppföljning eftersom sjukdomens allvarlighetsgrad varierar stort mellan personer.

Om ingen behandling för retinal venocklusion ges kan sjukdomen medföra svår synfunktionsnedsättning eller total blindhet med värk i det drabbade ögat. Detta kan leda till försämrad livskvalitet, minskad autonomi och ökat hjälpbehov. Vård för RVO har hög medicinsk angelägenhetsgrad [illegible] prioriteringsordning [illegible] PO) Ögonsjukdomar [1].

Riktlinjen bedöms [illegible] behandling i rätt tid samt kunna min[illegible]lar av landet.

Inga risker för indiv[illegible]

Riktlinjen är basera[illegible] tenskapliga studier.

Förutsättningarna f[illegible]

2.3 Etiska asp[illegible]

Riktlinjen innebär i[illegible]

Diagnostik, behand[illegible]gelägenhetsgrad och är resurskrävan[illegible] bestående synfunktionsnedsätt[illegible]dlingar sämre behandlingsresulta[illegible]lgänglighet och otillräckliga resurse[illegible]ekter för andra patienter inom ögo[illegible]

Riktlinjen utgår frår[illegible] venocklusion har hög medicinsk angelägenhetsgrad och behandlingens effekt bedöms som stor enligt medicinska prioriteringsordningen för ögonsjukvård, godkänd av Nationella programområdet ögonsjukdomar NPO Ögon [1].

Retinal venocklusion är ungefär lika vanlig hos män som hos kvinnor. Riktlinjen medför inga konsekvenser ur jämlikhetsperspektiv.

God bevarad synfunktion har mycket stor betydelse för individens livskvalitet. Redan en måttlig nedsättning av synfunktionen ger en påtagligt försämrad livskvalitet. Den nya riktlinjen bedöms inte leda till någon onödig eller omotiverad vård. Någon risk för att patienter felaktigt exkluderas bedöms inte heller föreligga.

2.4 Verksamhet och organisation

Det är viktigt att den enskilda ögonkliniken har skriftliga och på enheten väl kända rutiner för diagnostik, behandling och uppföljning av retinal venocklusion. Kliniken behöver även adekvata

resurser i form av personal med rätt kompetens, lokaler och utrustning men den nya riktlinjen innebär ingen påverkan på organisation i form av koncentration eller decentralisering av verksamheten. Riktlinjen innebär inte heller någon stor påverkan på vårdpraxis då det inte i någon stor omfattning skiljer sig från aktuella rekommendationer.

2.5 Kostnader

Eftersom behandling av retinala venocklusioner är resurskrävande finns det en risk att det i nuläget förkommer viss underbehandling med alltför långa behandlings-och kontrollintervall. Riktlinjen innebär inte någon förändring vad gäller behandlingsindikationer eller intervall mellan behandlingar respektive kontroller jämfört med rådande rekommendation. Den nya riktlinjen kommer troligen nå större spridning och [illegible] till gällande rutiner. De[illegible]rden i form av till exempel OCT-ut[illegible]tens. Dessa resurser kommer d[illegible]

2.6 Kompete[illegible]

Handläggning av re[illegible]ka ske inom den specialiserade ögon[illegible]ller kroniskt förlopp, varför beh[illegible]bulationen med pågående behandli[illegible] mande åren. Detta kommer att r[illegible]ı ögonsjukvården, så[illegible]rsköterskor och administrativ perso[illegible]om behövs.

2.7 Påverkan[illegible]

Riktlinjen bedöms i[illegible]

2.8 Påverkan[illegible]n

Diagnostik, behand[illegible]nsjukvården och kan inte ske på[illegible]terligare koncentration av vå[illegible]

2.9 Uppföljning

Riktlinjen förändrar inte behovet av uppföljning. Behandling av retinal venocklusion ska rapporteras till det nationella kvalitetsregistret Svenska Makularegistret.

2.10 Övriga konsekvenser

Riktlinjen bedöms inte ge övriga konsekvenser.

3. Referenser

1. NPO Ögon Medicinska prioriteringar inom ögonsjukvård (Medicinska prioriteringslistan inom \366gonsjukv\345rd 2020, Godk\344nd av NPO 201013, 201019.xlsx) (https://swedeye.org)

[illegible]

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Riktlinje för handläggning av merkelcellscancer i ögonregionen

NPO Ögonsjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD, giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögon
Kontaktuppgifter: carina.libert@sll.se

Innehållsförteckning

Syfte ... 3
Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram ... 3
Bakgrund ... 3
Utredning/diagnostisering ... 4
Behandling/handläggning ... 6
Kirurgisk behandling ... 6
Onkologisk behandling ... 7
Läkemedelsbehandling ... 7
Egenvård ... 7
Palliativ vård med indikationer för brytpunktssamtal ... 7
Vårdnivå ... 8
Uppföljning ... 8
Kvalitetsuppföljning ... 8
Innehållsansvarig ... 9
Referenser ... 10

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD, giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögon
Kontaktuppgifter: carina.libert@sll.se

Syfte

Syftet är att skapa ett underlag för en likartad vård i Sverige oavsett bostadsort genom att upprätta en nationell riktlinje för utredning, behandling och uppföljning av patienter med periokulär Merkelcellscancer, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Riktlinjen bygger på det Nationella vårdprogrammet för Merkelcellscancer.

Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Denna riktlinje har utarbetats av NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp (NAG) för Plastik orbita. I den nationella arbetsgruppen har representanter från alla sex sjukvårdsregioner ingått. Ordförande har varit Eva Dafgård Kopp, sjukvårdsregion Stockholm-Gotland.

Patienter har inte funnits med i den nationella arbetsgruppen. Ingen patientförening finns för aktuellt område.

Den nationella arbetsgruppen inventerade initialt befintliga kunskapsstöd inom regionerna. En systematisk sökning av internationell litteratur inom området gjordes med hjälp av sökmotorn Pubmed. Innehållet i denna riktlinje bygger på Merkelcellscancer – Nationellt vårdprogram, remissversion 2020-09-15 [15]. Därutöver har information hämtats från relevanta fallstudier och översiktsartiklar, till exempel Europeiska konsensusbaserade interdiciplinära riktlinjer [12]. Sakkunniggranskning har skett av Jan Lapins, hudspecialist, Karolinska universitetssjukhuset. Arbetsgruppen har granskat riktlinjen och kommit fram till detta konsensusdokument.

Bakgrund

Merkelcellscarcinom (MCC) är en ovanlig, högaggressiv hudtumör. Ursprunget anses vara neuroendokrina celler, så kallade merkelceller [1]. Tumören metastaserar lätt och utmärker sig genom sin snabba tillväxt. Kliniskt presenterar den sig som en snabbväxande, fast, oöm, hudfärgad eller blåröd knuta i kroniskt solexponerade hudytor hos patienter med ljus hudtyp. Den vanligaste lokalisationen är huvud-halsregionen (52 %) och i denna region utgår 5–20 % från ögonlocken. Histopatologisk analys av friska ögonlock har visat att Merkelcellerna framför allt är lokaliserade i anslutning till ciliernas hårfolliklar centralt på ögonlocket. Tumören sitter i cirka 75 % av fallen i det övre ögonlocket och nära ögonlockskanten [2,17]. MCC är vanligare bland män (61,5 %) och hos äldre med en medianålder vid diagnos på 81 år i Sverige [4,5,6]. Svårigheterna att ställa rätt diagnos tidigt gör att prognosen försämras då sjukdomsutbredningen vid diagnostillfället har stor betydelse för överlevnaden.

Incidensen i Europa beräknas till 2–4 per miljon invånare och den har ökat sedan 1980-talet [3,4]. En anledning till den ökande incidensen kan vara ökad andel äldre i befolkning och förbättrad diagnostik. I Sverige diagnosticeras cirka 50 nya patienter per år varav drygt 1 % drabbar ögonregionen.

Riskfaktorer för att utveckla MCC [9,15] är följande:

- Kumulativ exponering av UV-strålning, inkluderande artificiellt UV-ljus från exempelvis solarier.
- Ljus hudtyp.

- Hög ålder.
- Merkelcellspolyomavirus (MCPyV)-infektion. Viruset är vanligt förekommande hos vuxna människor [7], men trots att många i vuxen ålder är infekterade med MCPyV så utvecklar väldigt få MCC. Det har angetts virusförekomst i tumörmaterial mellan 25–80 % [8,10]. Det är sannolikt att de flesta MCPyV-infektioner inte orsakar cancer. Människor med MCC och MCPyV-infektion smittar inte.
- Immunosuppression.
    - Hiv.
    - B-cellsmaligniteter.
    - Organtransplantation med påföljande immunosuppression.
- Andra aktiva maligniteter.

Prognostiskt ogynnsamma faktorer är manligt kön, tumörlokalisation i huvud, hals eller bål, tumörstorlek och pågående immunosuppression [11]. MCC som ännu inte metastaserat har den bästa prognosen (71 % survival rate). Vid regional och fjärrmetastasering är femårsöverlevnaden 52 % [5].

Utredning/diagnostisering

Patienten kan söka för en snabbväxande (inom 3 månader), röd-violett eller rosa hudförändring, ofta utan symtom. I status noteras typiskt en solitär, fast, oöm, hudfärgad eller rödaktig tumör med nodulärt eller mer plaqueformat växtsätt. Tumören sitter typiskt nära ögonlockskanten i övre ögonlocket och är ofta associerad med madaros. Tumören är oftast inte ulcererad vid diagnos. Exempelbilder på kliniska utseendet återfinns bland annat i Nationella vårdprogrammet för Merkelcellscancer [15].

En klinisk undersökning av förändringen, omkringliggande hud samt ytliga lymfkörtelstationer ingår i status.

Vid alarmsymtom för okänd hudtumör bör man sträva efter en högprioriterad utredning och diagnos baserad på histopatologisk undersökning. Alarmsymtomen är en asymtomatisk, snabbväxande lesion på solexponerad hud hos patient med immunosuppression och ålder över 50 år.

Väntetiden på excision får inte fördröja utredningen utan bör prioriteras i klass med hudmelanom. Vid misstanke om MCC bör diagnostisk biopsi/excision göras inom en vecka. Om tumören är lokaliserad där det är lätt att excidera den i sin helhet, är det att föredra framför partiell biopsitagning, se nedan.

Tumören ska fotodokumenteras. Den ska också mätas vid diagnostillfället då den är snabbväxande. Undersökningar av hela hudkostymen ska utföras, lämpligen av hudläkare. Mikrometastaser är vanliga. Lymfkörtlar ska palperas.

Initial radiologisk undersökning efter PAD-verifierad MCC är fortfarande omdiskuterad. Om det inte föreligger någon klinisk misstanke om regionala lymfkörtelmetastaser rekommenderas generellt sett inte någon initial radiologisk undersökning.

Föreligger inga palpabla lymfkörtlar vid diagnostillfället gör man portvaktskörtelbiopsi, om möjligt i samband med excision/utvidgad excision av primärturmören. Finns palpabla lymfkörtlar går man i stället vidare med finnålsaspiration eller mellannålsbiospi. Vid positivt fynd är nästa steg PET-DT eller DT huvud-hals, thorax, buk, bäcken.

Behandlingsstrategin avgörs beroende på utfallet av lymfkörtelundersökningen [15].

Diagnos fås genom biopsi med PAD. I klinisk praxis anses typisk histologi kompletterad med positiv CK-20 och TTF-1 immunofärgning vara tillräcklig för diagnos. Vid excision är radikalitet viktig och på övriga kroppen eftersträvar man en marginal på (1) –2 cm där det är möjligt. I huvud/hals-regionen får dock funktionella hänsyn tas [12]. Excision med 5 mm marginal rekommenderas för tumörer periokulärt. Det har visat sig att storleken på den fria marginalen har dålig korrelation med risken för lokala och regionala recidiv [17,18]. Om hela tumören inte kan excideras ska biopsi tas. Biopsin tas lämpligen där tumören är som tjockast och inte ulcererad. Preparatet ska märkas med sutur och inte skäras igenom. Delar av preparatet får inte avlägsnas. Tunna eller svårorienterade preparat nålas med fördel på korkplatta. Preparatet läggs i ett kärl med 4-procentig buffrad formalinlösning.

Stadieindelning MCC, AJCC VICC 8:e upplagan

T-stadium	**T-kriterier**
Tx	Vävnadsprovet otillräckligt för kategorisering av tumör
T0	Okänd primärtumör
Tis	Tumör in situ
T1	Tumörens diameter ≤ 2 cm
T2	Tumörens diameter >2 ≤ 5 cm
T3	Tumörens diameter > 5cm
T4	Tumörväxt ner i fascia, muskel, brosk eller ben
Regional spridning	**N-kriterier**
Nx	Regionala lymfkörtelmetastaser kan inte bedömas
N0	Inga regionala lymfkörtelmetastaser
N1	Regionala lymfkörtelmetastaser
N2	In transit-metastas utan regional lymfkörtelmetastas
N3	In transit-metastas med regional lymfkörtelmetastas
M-stadium	**M-kriterier**
M0	Inga bevis för distala metastaser efter klinisk eller radiologisk undersökning
M1	Kliniskt eller radiologiskt bevis för distala metastaser
M1a	Distala metastaser i hud, subcutis eller distal lymfkörtelmetastasering
M1b	Lungmetastaser

Klinisk stadieindelning

Stadium		Primärtumöromr̊åde	Lymfkörtlar	Fjärrmetastaser
0		In situ	Inga metastaser till lymfkörtlar	Inga fjärrmetastaser
I	Klinisk/Patologisk	≤ 2 cm max tumörstorlek	Lymfkörtlar utan spridning kliniskt eller efter patologisk undersökning	Inga fjärrmetastaser
IIA	Klinisk/Patologisk	> 2cm tumörstorlek	Lymfkörtlar utan spridning kliniskt eller efter patologisk undersökning	Inga fjärrmetastaser
IIB	Klinisk/Patologisk	Primärtumör invaderar ben, muskel, fascia eller brosk	Lymfkörtlar utan spridning kliniskt eller efter patologisk undersökning	Inga fjärrmetastaser
III				Spridning bortom regionala lymfkörtlar
IV				Återfall efter behandling

Differentialdiagnoser är benigna tumörer som lipom, dermatofibrom, epidermal cysta, chalazion eller pyogent granulom. MCC kan också misstas för basalcellscancer, skivepitelcancer, keratoakantom, kutana metastaser från till exempel småcellig lungcancer eller tumörer utgående från hårkörtlar eller talgkörtlar. Till skillnad från basalcellscancer och skivepitelcancer sitter MCC oftare i de övre ögonlocken.

Diagnoskod: C44.1W Andra maligna tumörer i huden på ögonlock inklusive ögonvrå.

Behandling/handläggning

MCC beror i hög grad på kumulativ exponering av UV-ljus, även artificiellt. Förebyggande rekommendationer till befolkningen blir därför individuellt anpassade solskyddsråd [16] och att avråda från användning av solarier, särskilt för personer under 18 år. Bästa solskyddet är kläder, hatt och solglasögon.

Kirurgisk behandling

Behandlingen är i första hand kirurgisk. Radikal excision, gärna med 1–2 cm marginal där det går med hänsyn till funktion. För periokulära tumörer kan dock 5 mm marginal vara tillräcklig [17,18]. Excisionen bör göras med god marginal på djupet, ned till muskelfascia eller periost där så är möjligt.

Om det inte finns några palpabla, regionala lymfkörtlar rekommenderas portvaktskörtelbiopsi i samband med det primära ingreppet alternativt i samband med utvidgad excision.[13] Mikrometastasering till lymfkörtlar förekommer i cirka en tredjedel av fallen [14].

Mellannålsbiopsi eller finnålsaspiration rekommenderas till alla patienter med MCC med palpabla regionala lymfkörtlar. Metod väljs efter vad som ger snabbast svar.

Efter kirurgisk behandling bör patienter diskuteras på multidisciplinär konferens.

Vid bristande kirurgisk radikalitet av primärtumören bör lokal strålbehandling erbjudas om re-excision inte kan utföras.

Onkologisk behandling

Adjuvant strålbehandling till tumörområdet bör erbjudas till patienter med merkelcellscancer stadium I–III. Om tumören är mindre än 1 cm, excisionen är radikal med vid marginal och patienten är i stadium I utan riskfaktorer kan observation övervägas. Strålbehandlingen bör inledes senast inom 4–6 veckor efter operation [15]. Strålbehandling bör övervägas som primär behandling i stadium I–III när kirurgi av någon orsak inte är möjlig. Se Nationellt vårdprogram merkelcellscancer.

Läkemedelsbehandling

Adjuvant cytostatika- och immunterapi rekommenderas inte i normalfallet. Vid metastaserad sjukdom bör systemisk behandling övervägas med PDL1-hämmare alternativt platinumbaserad cytostatikabehandling [15].

Egenvård

Patienten bör få undervisning om egenkontroller av huden och sunda solvanor. Fokus på inspektion av operationsärr och hela huden samt palpation av lymfkörtlar. Man bör avråda från komplementär och alternativ medicin som kan ha en negativ påverkan på effekterna av cancerläkemedel. Man bör rekommendera begränsat alkoholintag och rökstopp. Vikten av fysisk aktivitet efter förmåga bör framhållas [15].

Palliativ vård med indikationer för brytpunktssamtal

Specialister i palliativ medicin samt sjuksköterskor i palliativ omvårdnad bör inkluderas i ett multidisciplinärt team. Vid komplexa vårdbehov bör patient och närstående erbjudas remiss till ett specialiserat palliativt team i alla stadier av sjukdomen. Strålbehandling bör övervägas vid tumörsår och smärta [15].

Efter diagnos ska patienten remitteras till universitetssjukhus med tillgång till specialister inom kirurgi med kompetens för hudtäckning och rekonstruktion av huddefekter inom huvud-halsområdet samt för portvaktskörtelbiopsi och lymfkörtelutrymning.

Remissen bör innehålla

- lokalisation och storlek
- foto
- anamnes, allmäntillstånd och samsjuklighet, läkemedel, social situation, behov av tolk, eventuell funktionsnedsättning

- PAD-svar inklusive datum för biopsi
- hur patienten fick sitt PAD-besked
- kontaktuppgifter till patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande.

Vårdnivå

Eftersom MCC är en så pass ovanlig cancerform rekommenderas omhändertagande på universitetssjukhus. Enheten bör delta i multidisciplinära konferenser, ha kompetens för kirurgisk excision och rekonstruktion inom huvud-halsområdet. Onkologisk klinik behövs med möjlighet att ge extern strålbehandling och medicinsk onkologisk behandling. I Sverige saknas ett standardiserat vårdförlopp (SVF) för MCC, men hög prioritering av handläggningen är nödvändig. Tiden från klinisk misstanke om MCC till biopsi eller diagnostisk excision och diagnos bör vara i paritet med tidsprioriteringen för hudmelanom.

I samband med diagnosen bör patienten få saklig information om sjukdomen, dess behandling och förväntat resultat. Uppföljande samtal ska erbjudas vid behov. Informationen ska vara individuellt anpassad och saklig. Patienten bör erbjudas en kontaktsjuksköterska. Skriftlig patientinformation återfinns i bilaga 1 i Nationella vårdprogrammet Merkelcellscancer.

Uppföljning

Uppföljning görs var 3:e månad i 1 år och därefter var 6:e månad i upp till 5 år. Vid stadium T1N0 kan uppföljning ske var 6:e månad redan under det första året. Vid kontrollerna ska hela hudkostymen inspekteras vid mottagning med dermatoskopikunskap och lymfkörtlar ska palperas. Detta utförs lämpligen på hudklinik. Vid misstanke om återfall görs bilddiagnostik med DT, PET-DT eller MRT hjärna. Rutinmässig bilddiagnostik utan klinisk misstanke rekommenderas inte [15].

Kvalitetsuppföljning

Det finns inget nationellt kvalitetsregister för merkelcellscancer (MCC) i Sverige. Registrering görs i Cancerregistret som är inrättat enligt lag. Registret ger underlag för såväl planering och utvärdering av sjukvård och förebyggande insatser som epidemiologisk och tumörbiologisk forskning. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om uppgiftsskyldighet till cancerregistret (HSLF-FS 2016:7) beskrivs hur samtliga vårdgivare är skyldiga att rapportera till registret. För ytterligare information se Cancercentrum.se/Cancerregistret. Samtliga fall av MCC ska anmälas till cancerregistret. Anmälan görs elektroniskt via CanINCA eller på blankett.

Följande kvalitetsindikatorer och målnivåer för diagnosen skulle kunna vara relevanta [15].

Kirurgi

- Väntetid remiss till första besök.
    - Andel patienter som fått nybesök på specialistklinik på grund av misstänkt eller konstaterad MCC inom en vecka efter utfärdande av remiss.
- Väntetid från diagnos till primär excision och eventuell portvaktskörtelbiopsi.
- Väntetid från primär excision och portvaktskörtelbiopsi till PAD-besked.
    - Andel patienter som fått PAD-besked om cancerdiagnos inom elva dagar efter utförd portvaktskörtelbiopsi.
- MDK
    - Andel patienter utan fjärrmetastaser som diskuterat på MDK. Definitionen av MDK är att hudläkare, kirurg och onkolog deltar.
- Kurativt syftande behandling vid lokaliserad MCC.
    - Andelen patienter med lokaliserad MCC som fått kurativt syftande behandling.

Innehållsansvarig

Eva Dafgård Kopp, överläkare, docent, S:t Eriks Ögonsjukhus och Karolinska Institutet, Stockholm.

Referenser

1. Van Keymeulen A, Maxcre G, Yoseff KK, Harle I, Michaux C, De Geest N, et al. Epidermal progenitors give rise to Merkel cells during embryonic development and adult homeostasis. J Cell Biol 2009; 187 (1):91-100

2. Helen Merritt, Matthew C Sniegowski, Bita Esmaeli. Merkel Cell Carcinoma of the Eyelid and Periocular Region. Cancers 2014 Jun; 6(2): 1128-1137

3. Hussain SK, Sundquist J, Hemminiki K. Incidence trends of squamous cell and rare skin cancers in the Swedish national cancer registry point to calendar year and age-dependent increase. J invest Dermatol 2010; 130(5):1323-8

4. Albores-Saavedra J, Batich K, Chagle-Montero F, Sagy N, Schwartz AM, Henson DE. Merkel cell carcinoma demographics, morphology, and survival based on 3870 cases: a population based study. J Cutan Pahtol 2010;37(1)20-7

5. Agelli M, Clegg LX. Epidemiology of primary Markel cell carcinoma in the United States. J Am Acad Dermatol 2003;49(5):832-41

6. Zaar O, Gillstedt M, Lindelof B, Wennerberg-Larko AM, Paoli J. Merkel cell carcinoma incidence is increasing i Sweden. Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology: JEADY. 2016;30(10):1708-13

7. Carter JJ, Paulson KG, Wipf GC, Miranda D, Madeleine MM, Johnson LG, et al. Association of Merkel cell polyomavirus-specific antigodies with Merkel cell carcinoma. Journal of the National Cancer Institute. 2009;101(21):1510-1522

8. Feng H, Shuda M, Chang Y, Moore PS. Clonal integration of a polyomavirus in human Merkel cell carcinoma. Science (New Yor, NY). 2008;319(5866):1096-100.

9. Lanoy E, Costagliola D, Engels EA. Skin cancers associated with HIV infection and solid – organ transplantation among elderly adults. Int J Cancer 2010;126 (7):1724-31

10. Rodig SJ, Cheng J, Wardzala J, DoRosario A, Scanlon JJ, Laga AC et al. Imrpoved detection suggests all Merkel cell carcinomas harbor Markel polyomavirus. J Clin Invest 2012;122(12):4645-53

11. Tarantola TI, Vallow, LA, Halyard MY, Weenig RH, Warschaw KW, Grotz TE, et al. Prognostic factors in Merkel cell carcinoma: analysis of 240 cases. J AM Acad Dermatol 2013;65 (3):425-32.

12. Diagnosis and treatment ov Merkel Cell Carcinoma. European consensus-based interdisciplinary guideline. European J of Cancer (2015) 51,2396-2403.

13. Maubec E. Sentinel node biopsy in the initial evaluation av 87 patients with Merkel cell carcinoma. ASCO;2014.

14. Righi A, Asioli S, Caliendo V, Macripo G, Picciotto F, Risio M, et al. An ultrasonography-cytology protocol for the diagnosctic management of regional nodes in a subset of patients with Merkel cell carcinoma of the skin. Br J Dermatol 2013;168(3);563-70

15. Merkelcellscancer – Nationellt vårdprogram, remissversion, 2020-09-15. www.cancercentrum. se

16. Strålsäkerhetsmyndighetens råd och rekommendationer om sol och solarier

17. Victoria S. North, Larissa Habib, Michael Yoon. Merkel cell carcinoma of the eyelid: A review. Survey of ophthalmology 64 (2019) 659-667

18. Helen M Herbert, Michelle Sun, Dinesh Selva mfl. Merkel Cell Carcinoma of the Eyelid, Management and Prognosis. JAMA Opthalmol.2014;132(2);197-204

Riktlinje för handläggning av periokulär talgkörtelcancer

NPO Ögonsjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD, giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögon
Kontaktuppgifter: carina.libert@sll.se

Innehållsförteckning

Syfte ... 3
Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram ... 3
Bakgrund ... 3
Epidemiologi ... 3
Etiologi ... 3
Riskfaktorer ... 4
Symtom ... 4
Utredning/diagn ... 4
Undersökning ... 5
Metastasutrec ... 5
Differentialdia ... 6
Diagnoskod ... 6
Behandling/hanc ... 6
Kirurgisk beha ... 6
Behandling vic ... 7
Recidiv ... 8
Patologi ... 8
Prognos ... 8
Åtgärdskod ... 8
Patientinformation ... 9
Vårdnivå ... 9
Uppföljning ... 9
Kvalitetsuppföljning ... 9
Innehållsansvarig ... 9
Referenser ... 10

Syfte

Syftet är att skapa ett underlag för en likartad vård i Sverige, oavsett bostadsort, genom att upprätta nationell riktlinje för utredning, behandling och uppföljning av patienter med periokulär talgkörtelcancer (SGC – sebaceos gland carcinoma), baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Denna riktlinje har utarbetats av NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp (NAG) Plastik orbita. I den nationella arbe[illegible]tt. Ordförande har varit Eva Dafgå[illegible]

Patient har inte fun[illegible]ns för aktuellt område.

Den nationella arbe[illegible]nerna. En systematisk sökning[illegible]kmotorn Pubmed. Riktlinjen [illegible]a fallstudier och översiktsartiklar. Sa[illegible]tssjukhuset. Arbetsgruppen har [illegible]t.

Bakgrund

SGC är en ovanlig m[illegible]nen är i de flesta fallen från Meibom[illegible]r i ögonlockens hårsäckar, talgkörtl[illegible]onlocket är den vanligaste lokalisati[illegible]odulär solitär form samt en diffus[illegible]

Epidemiologi

Incidensen är runt 0,5 per miljon invånare i västvärlden och står för 1–3,2 % av alla maligna ögonlockstumörer [2]. Det har varit en uppfattning att SGC är vanligare bland asiater än hos kaukasier men detta har dock inte kunnat bevisas i registerdata utan kan stå för att basalcellscancer och skivepitelcancer är ovanliga hos asiater. I dessa grupper står SGC för 33 % av maligna ögonlockstumörer i Kina respektive 40–60 % i Indien [3].

Etiologi

Orsaken är okänd i de flesta fallen. Tumören har sitt ursprung från talgkörtelceller. Med bakgrund av genetiska studier tror man att SGC är multifaktoriellt orsakad.

Riskfaktorer

- Strålbehandling: Kan uppkomma hos patienter som tidigare strålats för retinoblastom men det finns även en association mellan ärftlig retinoblastom och SGC.
- Immunosuppression: Man har sett en ökad risk för SGC hos patienter med AIDS samt en möjlig ökad risk hos organtransplanterade patienter.
- Ålder: Drabbar oftast äldre, vanligast mellan 60–79 år.
- Kön: Vanligare bland kvinnor, 51–70 %.
- Muir Torre syndrom (MTS) är ett ovanligt ärftligt cancersyndrom förenat med talgkörteltumörer och andra maligniteter i huken. Extraokulär SGC är starkt associerat med MTS vilket d[illegible] [5].

Symtom

Symtomen är ofta d[illegible] [illegible]öm och ibland gulaktig knöl i ögon[illegible]

Utredning/di[illegible]

Noggrann anamnes[illegible] strålbehandling, immunsuppression[illegible] [illegible]n och nära släktingar.

En remiss till hudläk[illegible] [illegible]n övervägas.

Kliniken vid SGC är [illegible] [illegible]h andra tumörtillstånd. Den[illegible] [illegible]alt växer den på djupet i tarsalplatta[illegible] [illegible]kan till en början vara fritt för[illegible] [illegible] [illegible]tumörer från Zeis körtlar kan upp[illegible] [illegible]an. Cilieförlust som är ett vanligt k[illegible] [illegible]

Det näst vanligaste utseendet är en ensidig diffus förtjockning av ögonlocket.

Det är mycket vanligt att SGC missbedöms kliniskt och misstolkas som en inflammation såsom konjunktivit, blefarit, chalazion eller andra inflammationer i ögonlock och konjunktiva. SGC kan även missdiagnostiseras som basaliom, skivepitelcancer eller andra ögonlockstumörer vilket ofta innebär en försenad diagnos på 12–24 månader. Av 60 fall med SGC var misstanken initialt enbart 32 % [4]. Det är viktigt att överväga SGC vid ensidiga blefarit hos en äldre person.

Ibland förekommer SGC som en polypliknande förändring i ögonlocket.

SGC i karunkeln är ovanligt och uppträder som en oregelbunden gulaktig knöl i mediala kantus. Utöver dessa lokalisationer kan SGC även förekomma i ögonbrynet.

Undersökning

Fullständig ögonundersökning med dubbelevertering av ögonlocken, ögonmotilitet, proptos, felställning av ögat, känselnedsättning och pupillreaktion. Vid misstanke om SGC bör en biopsi tas för diagnos. Denna kan inkludera hud, tars och konjunktiva eller en partiell biopsi av konjunktiva och tarsalplatta. Antingen krävs en stor stansbiopsi på minst 4 mm eller två biopsier på vardera 2 mm av ett område bredvid varandra.

Patologin kan vara svårtolkad och det är viktigt att uppge misstanke om SGC i PAD-remissen. Fel histopatologisk diagnostiserade histopatologiskt, va

Kartläggning av utb rats [6] och flera olika tekniker att detektera intraepitelial växt h ytan av denna metod. En del expe dersökning av den ursprungliga bi konjunktival växt ses kliniskt, rel mfattningen av tumören.

Vid misstanke om c täta snitt eller MR.

Metastasutredning

SGC kan metastase ; preaurikulära, parotida, submandi ket i olika rapporter, 10–20 % oggrann palpation av de reg samtliga efterföljande kontr

Det finns inga studier eller rekommendationer beträffande radiologisk undersökning av regionala lymfkörtlar eller om denna undersökning kan påverka överlevnad. Ultraljudsundersökning av lymfkörtlar är mycket beroende på utföraren och datortomografi kan på så sätt tänkas säkrare. Det är rimligt att vid diagnos göra en radiologisk undersökning av regionala lymfkörtlar.

En portvaktskörtelbiopsi kan övervägas för tumörer stadium T2c eller högre där patologiska lymfkörtlar inte kunnat påvisas genom palpation, ultraljud eller CT. För tumörer > T2b finns rapporter som visar att upp mot 15 % av patienter har positiva lymfkörtlar med portvaktskörtelbiopsi [8]. Man har dock ännu inte kunnat visa huruvida portvaktskörtelbiopsi förlänger överlevnad vid lymfkörtelmetastaser.

Dessutom finns risk för hög falskt negativt resultat. Från ett center med stor erfarenhet av portvaktskörtelbiopsier har uppåt 20 % falskt negativa värden rapporterats [9]. Resultaten är beroende på variationer av teknik och utförandet. En negativ portvaktskörtelbiopsi utesluter inte täta kontroller av regionala lymfkörtlar.

Om förstorade lymfkörtlar påvisas bör dessa remitteras för finnålspunktion. Om metastaser i lymfkörtlar föreligger utvidgas utredningen med CT hals, thorax samt buk alternativt PET/CT.

Differentialdiagnoser

- Chalazion kl[illegible] individer, oftare smä[illegible] an cilieförlust. Hos äldre in[illegible]lazion, skall dessa biops[illegible]
- Blefarit – di[illegible]k är blefarit ofta bilater[illegible]
- Konjunktivi[illegible]rnix eller bulbära kor[illegible] konjuntiviter hos äldre b[illegible]
- Keratokonj[illegible]
- Andra tum[illegible]IN) kan både kliniskt och[illegible]

Diagnoskod

C441W

WHO klassifikation:[illegible]

Behandling/h[illegible]

Kirurgisk behandling

Kirurgisk excision med kontroll av marginaler rekommenderas. Internationellt rekommenderas Mohs kirurgi, som dock inte finns tillgänglig i Sverige för SGC. Så kallad 2-dagars-kirurgi med snabb fixering och paraffinsnitt är att föredra och rekonstruktion när fria marginaler påvisats. Den kirurgiska marginalen bör vara 3–5 mm [2].

Topikal mitomycin C kan vara bra som tillägg till fokala positiva konjunktivala marginaler eller lokala konjuntivala recidiv efter upprepad kirurgi samt som adjuvans vid diffus intraepitelial spridning över bulbära konjunktiva. Topical mitomycin C ges i 0,04 % x 4 under 1 vecka, med uppehåll 1 vecka i cirka 3 cykler [2,10]. Kompletterande kryoterapi är beskrivet men är ej utbrett.

Exenteration bör övervägas vid utbrett orbitalt engagemang eller utbredd växt över konjunktiva och kornea.

Vid inoperabla fall kan strålbehandling övervägas i 56–70 Gy i 2-Gy fraktioner. Dock är risken att skada ögat och risken för recidiv hög.

Adjuvant stålning kan övervägas vid perinerural växt i 50–60 Gy i 2-Gy fraktioner men har oklar betydelse.

Behandling vid metastaser

Remittera till multidisciplinär konferens.

Lymfkörtelutrymnin[illegible] kan övervägas. Effekten av lymfkör[illegible]ad.

Neoadjuvant kemo[illegible] volym och potentiellt undvika [illegible]

Det saknas prospek[illegible]api. Vid lymfkörtelmetastas[illegible]d lymfkörtelutrymnin[illegible]api och immunterapi är un[illegible]

SGC ska anmälas til[illegible]

Stadieindelning: An[illegible]

Tis Carcinoma in sit[illegible]

T1 Tumörens diameter ≤ 10 mm [illegible]

T1a Tumör[illegible]

T1b Tumör[illegible]

T1c Tumören invaderar hela ögonlockets tjocklek

T2 Tumörens diameter > 10 mm ≤ 20 mm

T2a Tumören invaderar inte tarsalplattan eller ögonlockskanten

T2b Tumören invaderar tarsalplattan eller ögonlockskanten

T2c Tumören invaderar hela ögonlockets tjocklek

T3 Tumörens diameter > 20 mm ≤ 30 mm

T3a Tumören invaderar inte tarsalplattan eller ögonlockskanten

T3b Tumören invaderar tarsalplattan eller ögonlockskanten

T3c Tumören invaderar hela ögonlockets tjocklek

T4 Ögonlockstumör som växer in i intilliggande öga, orbita eller ansiktsstrukturer

T4a Tumör som växer in i intilliggande öga eller orbita

T4b Tumör som växer in i eller eroderar genom orbitans benväggar eller växer in i bihålor, tårsäck, tårkanal eller hjärna.

Recidiv

Recidivfrekvensen v[illegible] tienter.
Recidiven kommer [illegible]

Patologi

SGC uppvisar en st[illegible]
(immunhistokemi). [illegible] tare i stora, lågt differentierade, hö[illegible]

I höggradiga tumör[illegible] skret till den grad att SGC lätt ka[illegible] urg och patolog inkluderar SGC i mö[illegible].

Prognos

Patienter med sym[illegible] onlocken och/eller orbital vä[illegible] er perineuralt växtsätt och > T2b h[illegible]

I en studie omfattande 191 patienter [11] estimerades regionala lymfkörtelmetastaser efter 5 respektive 10 år vara 0 respektive 0 % vid T1, 11 respektive 11 % vid T2, 44 respektive 59 % vid T3 och 100 % vid T4 efter 5 år. Dödligheten i metastaser efter 5 respektive 10 år estimerades till 0 respektive 0 % vid T1, 3 respektive 3 % vid T2, 30 respektive 50 % vid T3, och 100 % vid T4 efter 5 år.

Åtgärdskod

CBB30 Exstirpation av tumör eller lokal förändring i ögonlock

CBB50 Exstirpation av tumör eller lokal förändring i ögonlock, rekonstruktion med transplantat eller lambå

CBB 32+ZXC50, Kryoterapi av tumör

DT108 Cytostatikatillförsel UNS

Patientinformation

Patienter som behandlats för SGC bör erhålla information om sjukdomen samt i lämpliga fall instrueras om egenkontroller av perifera lymfkörtlar.

Så här undersöker du dina lymfkörtlar, S:t Eriks Ögonsjukhus (pdf)

Vårdnivå

Utredning görs av ögonspecialist och kirurgisk behandling av ögonspecialist eller annan specialist med kirurgisk okulc[illegible] [illegible] [illegible] [

Referenser

1. Owen JL, et al Sebaceous carcinoma: evidence-based clinical practice guidelines.

Lancet Oncol. 2019 Dec;20(12):e699-e714.

2. Wu A, Rajak SN, Huilgol SC, James C, Selva D.Cutaneous sebaceous carcinoma.

Austral J Dermatol. 2020 Aug;61(3)

3. Jerry A Shields, H[illegible] [illegible] [illegible] [

12. Bita Esmaeli Qasiem J Nasser, Hilda Cruz, Melissa Fellman, Carla L Warneke, Doina Ivan American Joint Committee on Cancer T category for eyelid sebaceous carcinoma correlates with nodal metastasis and survival.. Ophthalmology 2012 May;119(5):1078-82.

13. Knackstedt T, Samie FH.Sebaceous Carcinoma: A Review of the Scientific Literature.

Curr Treat Options Oncol. 2017 Aug;18(8):47.

14. Kaliki S, Ayyar A, Nair AG, Mishra DK, Reddy VA, Naik MN. Neoadjuvant Systemic Chemotherapy in the Management of Extensive Eyelid Sebaceous Gland Carcinoma: Study of 10 Cases. Ophthalmic Plast Reconstr Surg

Övrig litteratur

Ocular sebaceous g Int Ophthalmol. 2019 May;39(5):11

An Update on Eyeli Clin. 2019 Spring;59(2):1-11.

Sebaceous carcinor Worley B, Owen JL, Kelm RC, Bichakj Alam M. Arch Dermatol Res. 202

Updates on the clin brief review of the literature. Xu Y,

Periocular intraepit prognostic importance. Margo

Current review of s Shinder. Curr Opin Ophthalmol. 2018 Sep;29(5):445-450.

Nordic treatment practices survey and consensus for treatment of eyelid sebaceous carcinoma. Leivo T, Sarmela J, Enckell-Aaltonen M, Dafgård Kopp E, Schmitt C, Toft PB, Sigurdsson H, Uusitalo M. BMC Ophthalmol. 2020 Mar 16;20(1):103.

Riktlinje för handläggning av retinal venocklusion

NPO Ögonsjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD, giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögon
Kontaktuppgifter: carina.libert@sll.se

Innehållsförteckning

Syfte 3
Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram 3
Bakgrund 3
Definitioner 3
Epidemiologi 4
Etiologi/Riskfa 4
Symtom 4
Utredning/diagn 4
Status 4
Bilddiagnostik 4
Utredning av r 5
Diagnoskoder 5
Behandling/hanc 5
Vårdnivå 7
Kvalitetsuppföljn 7
Innehållsansvarig 8
Referenser 8

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar ÅÅÅÅ-MM-DD, giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögon
Kontaktuppgifter: carina.libert@sll.se

Syfte

Riktlinjen är en sammanfattande beskrivning av diagnostik och handläggning av retinal venocklusion (RVO), med syfte att åstadkomma en kunskapsbaserad, säker, personcentrerad, jämlik, effektiv och tillgänglig vård.

Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Denna riktlinje har utarbetats av NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp medicinsk retina. I den nationella arbetsgruppen har representanter från alla sex sjukvårdsregionerna ingått. Ordförande för NAG medicinsk retina har varit Urban Amrén, ögonläkare sjukvårdsregion Stockholm och sedan april 2021 Elisabet Gran[illegible] [illegible]jande personer ingått: Monica Löve[illegible] [illegible]östra sjukvårdsregionen, [illegible] [illegible]rdsregion Stockholm, Mattias[illegible] [illegible]en för Svenska Makularegistret.

Nationella arbetsgr[illegible] [illegible]liga samverkansregione[illegible]

Den nu framtagna r[illegible] [illegible]und samt behandlingsstrateg[illegible] [illegible]nagement of Retinal Vein Ocklus[illegible]

Riktlinjen har arbet[illegible] [illegible]jukdomar har innehållsgranskat s[illegible] [illegible] Patientrepresentan[illegible] [illegible]a remissrundan ges möjlighet för p[illegible]

Bakgrund

Definitioner

- CRVO (centralvensocklusion):
  Ocklusion av centralvenen med påverkan på retinas alla kvadranter.
- BRVO (grenvensocklusion):
  Ocklusion av vengren med påverkan på en kvadrant eller mindre beroende på hur perifer ocklusionen är.
- HRVO (hemiretinal venocklusion):
  Ocklusion med påverkan på övre eller nedre halvan av retina. Ocklusionen kan finnas där övre eller nedre grenvenerna går samman, antingen före eller efter inflödet i synnerven. Det saknas konsensus om HRVO ska klassas som en undergrupp till CRVO eller BRVO.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Epidemiologi

Mer än 50 % av patienterna som drabbas är över 65 år. Prevalensen stiger med ålder: 0,7 % < 60 år, 1,2% 60–69 år, 2,1 % 70–79 år och 4,6 % > 80 år. Ingen signifikant skillnad ses mellan män och kvinnor.

Etiologi/Riskfaktorer

Risken för RVO tilltar med åldern. Arterioskleros, hypertoni, diabetes, hyperlipidemi och glaukom är kända riskfaktorer. Koagulationsstörningar verkar förekomma oftare hos patienter under 50 år utan annan känd riskfaktor. Även hyperviskositetssyndrom och möjligen kronisk njursjukdom är mindre vanliga riskfaktorer [illegible] RVO, liksom i sällsynta fall även k[illegible]

Symtom

Ett vanligt symtom [illegible] and kan den dock komma mer s[illegible] and på grund av värk i ögat, på grun[illegible] ande tryckstegring. Vid B[illegible] ienten en måttlig synnedsättn[illegible] för allt om den drabbar en nasal kv[illegible]

Utredning/di[illegible]

Status

- Visus med i[illegible]
- Intraokulär[illegible]
- Gonioskopi[illegible]
- Ögonbotte[illegible] ingar, mjuka exsudat och[illegible] r i fyra kvadranter[illegible] nråde.

Bilddiagnostik

- OCT (Optisk koherenstomografi) – För att kvantifiera makulaödem vid behandling och uppföljning.
- OCT-A (OCT-angiografi) – Kan göras vid oklar diagnos samt för att bedöma grad av ischemi.
- Fluoresceinangiografi – Kan övervägas för att bedöma ischemi och läckage inför eventuell laserbehandling. Angiografi kan även vara indicerat vid oklar diagnos och för att bedöma förekomst av kärlnybildning. Man bör dock vänta med undersökning tills eventuellt blockerande blod resorberats.

Utredning av riskfaktorer

Remiss till primärvården för att identifiera påverkbara allmänna riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. RVO i sig är inte indikation för blodförtunnande behandling.

Hos unga patienter (under 50 år) kan man överväga bredare koagulationsutredning.

Eventuell övrig utredning utifrån anamnes och klinik, till exempel vaskulit, hyperviskositet.

Diagnoskoder

Centralocklusion av retinalven H34.8A

Grenocklusion av re[illegible]

Hemiretinal venock[illegible]

Behandling/h[illegible]

BRVO

Behandling vid syn[illegible] [illegible] [illegible] [

- Ofullständigt svar på anti-VEGF.
- Korta injektionsintervall med anti-VEGF.
- Patienten har svårt att komma på frekventa kontroller.
- Kroniskt ödem och omfattande exsudat.
- Patientens önskan.

Tryckkontroll hos sköterska inom 3–4 veckor. Klinisk kontroll med OCT makula efter två månader och därefter varannan månad.

Rebehandling kan ges efter fyra månader, eventuellt tre månader om upprepade recidiv innan fyra månader. Dexametason behandlingsalgoritm kan tillämpas [3].

Komplikationer och
Komplikationer av i lokal irritation, rodnad, y ular inflammation. Den -3000 injektioner (Svensk motio, framför allt om Injektionen

Injektion av dexam tedan genomgått katarak fått två injektioner. Även ri ametason. Cirka 15 % får en tryckste ydligt större tryckstegring än så. utom är den i de flesta fall övergå n injektion.

Gridlaserbehandlin
Gridlaserbehandlin ng visat bristande effekt elle

Vid neovaskularisat ka området. Profylaktisk scatter rekommenderas inte men kan övervägas vid avancerad ischemi och dålig compliance.

Om behandlingsindikation inte föreligger – uppföljning var tredje månad i tolv månader.

CRVO

Behandling vid synnedsättning på grund av makulaödem: Hänsyn till synskärpa och sjukdomsduration ska tas vid inledande av behandling. Även vid låg synskärpa rekommenderas behandling. Vid utebliven förbättring av synen följs patienten.

Anti-VEGF
Anti-VEGF-behandling utgör förstahandsval. Initialt ges 3 månatliga injektioner. Övergång till TAE rekommenderas en månad efter de tre inledande injektionerna.

Vid normaliserad bild efter tre injektioner och avsaknad av blödningar kan man överväga att gå över till behovsstyrd behandling enligt PRN.

Överväg att gå över till kontroll och behandling enligt PRN om patienten har varit torr och stabil på långa intervall (exempelvis 12 veckor) flera gånger.

Dexametason
Dexametason kan övervägas som förstahandsval, framför allt vid genomgången myokardinfarkt eller stroke. Det är ett bra alternativ om patienten har svårt att komma på täta besök.

Faktorer som ytterligare talar för dexametason – se behandling BRVO.

Tryckkontroll hos s[illegible] två månader och därefter varannan m[illegible]

Rebehandling kan g[illegible] div innan fyra månader.

Vad gäller komplika[illegible]VO.

Kärlnybildning (ne[illegible]
Vid neovaskularisat[illegible] fullständig scatter utföras. Anti[illegible]t minska ödem och blödningar inf[illegible]stande effekt av scatter eller oklara [illegible]rvägas. Profylaktisk scatter[illegible] dålig compliance eller on[illegible]

Om behandlingsind[illegible] 1, 2, 3, 5, 7 ,9 och 12.

Vårdnivå

Retinal venocklusion ska utredas, behandlas och följas inom den specialiserade ögonsjukvården. Utredning av systemiska riskfaktorer kan ske i primärvård, på medicinklinik eller inom övrig specialiserad sjukvård.

Kvalitetsuppföljning

- Behandling av RVO med glaskroppsinjektioner ska registreras i det nationella kvalitetsregistret Svenska Makularegistret, SMR https://makulareg.se/

- Eventuella komplikationer och biverkningar till injektioner ska registreras i SMR. Misstänkta systemiska biverkningar ska rapporteras till Läkemedelsverket.

- Registerdata ska användas för att följa vårdkvaliteten. Varje klinik har tillgång till sina egna registerdata, vilka kan jämföras med data för hela landet.

- Kvalitetsindikatorer, som hämtas från Svenska Makularegistret:

  1. **Förbättrad eller stabil synskärpa**
  Andel stabila eller förbättrade patienter (ögon) ett år efter behandlingsstart. Med förbättring avses minst en rads förbättring på syntavla (ETDRS).
  Målvärde > 75 %.
  2. **Andel synskärpa ≥0.5**
  Synskärpa ≥ 0.5 på behandlade ögat (körkortsyn personbil) efter 12 månaders behandling
  Målvärde >
  3. **Andel l**
  Synskärpa ≤
  Målvärde <

Innehållsansv

Mattias Eklund, öve

Referenser

1. Kalm H, Lin
behandling A-retinala-venocklusic

2. Schmidt-Er ayoni R *et al*. Guidelines iety of Retina Specialists (0502041.

3. Epstein D, M ethasone intravitreal ol 2020;98:e528-e529. Doi: 10.1111/aos.14339.

[illegible]

[illegible]

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

Remissversion

Remissversion

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

[illegible]

Remissversion

arande synfunktion: avståndssynskärpa ≥0.1 och/eller närsynskärpa ≥24 punkter. Det finns olika modeller för hur behandling med anti

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion

[illegible]

[illegible]

[illegible]

- [illegible]

- [illegible] vståndssynskärpa ≥0.1 Snellen alternativt ≥35 bokstäver ETDRS och/eller närsynskärpa ≥24 punkter

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] avståndssynskärpa ≥0.1 (≥35 bokstäver ETDRS) och/eller närsynskärpa ≥24 punkter [illegible]

[illegible]

[illegible]

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

[illegible]

remissversion

Remissversion

Remissversion

Remissversion

Remissversion

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Remissversion