Region Stockholm

7

Yttrande över remiss om riktlinjer inom området ögonsjukdomar

VKN 2021-0179

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

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2021-0179
2021-11-04

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 Katarakt – specialiserad vård
Remissversion konsekvensbeskrivning Katarakt – specialiserad vård
Remissversion Bakteriell endoftalmit – specialiserad vård
Remissversion konsekvensbeskrivning Bakteriell endoftalmit – specialiserad vård Remissversion Riktlinje för diagnos och uppföljning vid icke-arterisk ischemisk optikusneuropati (NAOIN)
Remissversion konsekvensbeskrivning Riktlinje för diagnos och uppföljning vid icke-arterisk ischemisk optikusneuropati (NAOIN)
Remissversion Riktlinje för orbitala och periorbitala infektioner
Remissversion konsekvensbeskrivning Riktlinje för orbitala och periorbitala infektioner
Remissversion Riktlinje för periorbital nekrotiserande fasciit
Remissversion konsekvensbeskrivning Riktlinje för periorbital nekrotiserande fasciit

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 omfattar dels det relativt vanliga tillståndet katarakt (130.000 operationer årligen nationellt) dels de mer ovanliga tillstånden icke-arterisk ischemisk optikusneuropati (NAOIN) och infektiösa tillstånd bakteriell endoftalmit, orbitala och periorbitala infektioner och periorbital nekrotiserande fasciit (enstaka fall årligen).

Överväganden
En genomgång har gjorts av underlagen med stöd av den regionala sakkunnigstrukturen avseende medicinskt innehåll och konsekvensbeskrivningar. Generellt saknar konsekvensbeskrivningarna hälsoekonomiskt underlag 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.

Katarakt, eller grå starr, utgör en grumling av ögats lins och är den vanligaste anledningen till synnedsättning hos äldre. Behandlingen utgörs av operation med linsbyte. Riktlinjen för katarakt – specialiserad vård beskriver i huvudsak nuvarande handläggning inom regionen. Regionen ser det som positivt att riktlinjen föreslår en visusgräns för operationsindikation om inte medicinsk indikation föreligger.
I konsekvensbeskrivningen problematiseras att utbildning av nya kataraktkirurger nästan sker uteslutande vid offentliga kliniker och att riktlinjen föreslår att denna ordning ses över för att säkra framtida försörjning av kataraktkirurger. Denna information saknas dock i den utskickade remissversionen av riktlinjen. En förändring av utbildningsplacering för läkare under utbildning kan eventuellt få konsekvenser för vårdavtal inom specialiserad ögonsjukvård. Utbildning av ST-läkare sker troligen nästan uteslutande idag vid S:t Eriks ögonsjukhus och Södersjukhuset i Region Stockholm.

Bakteriell endoftalmit är en bakteriell infektion inuti ögat och förekommer främst efter intraokulär kirurgi men kan även uppstå genom blodburen smitta till ögat. Den nya föreslagna riktlinjen för handläggning av bakteriell endoftalmit är tänkt att ersätta ett tidigare *"State of the art"*- dokument framtaget av Socialstyrelsen 1999. Den nya nationella riktlinjen innehåller inte rekommendationer om smittspårning, antibiotikaval och dosering vid injektion i glaskroppen, topikal tilläggsbehandling, antiinflammatorisk behandling eller endogen endoftalmit, vilket det tidigare dokumentet gjorde. Regionerna uppmuntras att tillhandahålla denna information i lokala/regionala riktlinjer vilket regionen behöver komplettera med. Riktlinjen stämmer med regionens handläggning idag och förväntas inte leda till ökade kostnader.

NAOIN utgör en akut insättande smärtfri monokulär synnedsättning som visar sig som ensidigt papillödem och gradvis försämrad syn under en period av dagar till veckor. Skadan kan orsaka atrofi av synnerven och irreversibel synskada. Det saknas idag en etablerad behandlingsmetod för NAOIN och riktlinjen beskriver möjliga behandlingsalternativ och rekommendationer kring uppföljning. Riktlinjen stämmer med regionens handläggning idag och förväntas inte leda till ökade kostnader.

Infektioner i ögonhålan (orbita) eller runt ögonhålan (periorbitalt) är allvarliga tillstånd med risk för spridning till öga och hjärna. Som följd kan betydande funktionsförlust uppstå men även död. Denna mellanansikteinfektion orsakas företrädesvis bakterier eller svamp som ofta spridits från närliggande bihålor, munhåla, tårgångar eller huden nära ögat. Riktlinjen innebär ett förtydligande av vårdnivå och trycker på betydelsen av samarbete mellan olika specialiteter. Det förtydligar varje specialitets ansvar vilket sannolikt underlättar det direkta patientarbetet. Riktlinjen stämmer med regionens handläggning idag och förväntas inte leda till ökade kostnader.

Nekrotiserande fasciit är en snabbt förvärrande infektion av den ytliga muskelfascian som leder till vävnadsdöd som även omfattar överliggande hud och fettväv. Fasciit kan uppstå överallt i kroppen. Antibiotika fungerar dåligt vid fasciit då små blodproppar i underhuden gör att läkemedlet inte sprider sig i den angripna vävnaden. Vävnadsskadorna orsakas av bakteriella nekrotoxiner som sannolikt också är upphovet till komplikationer såsom njurskador, hjärtmuskelinflammation, toxisk chock och död. Tillståndet är ovanligt och akut då det kan gå enbart timmar

mellan insjuknande och död. Riktlinjen stämmer med regionens handläggning idag och förväntas inte leda till ökade kostnader.

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. Den föreslagna nationella riktlinjen 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, 2021-11-04

Konsekvensbeskrivning för diagnos och uppföljning av icke-arteritisk ischemisk optikusneuropati (NAION)

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Nationellt system för kunskapsstyrning, Sveriges regioner i samverkan

Nationell arbetsgrupp (NAG) för Neurooftalmologi [Datum för publicering]

Nationellt programområde för Ögonsjukdomar

Kontaktperson: [Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Namn, titel i sammanhanget

Datum (tryck på pilen för att ändra)

Ort

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning, Sveriges regioner i samverkan
Nationell arbetsgrupp (NAG) för Neurooftalmologi
Nationellt programområde för Ögonsjukdomar
Kontaktperson: [Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

[Datum för publicering]

Innehållsförteckning

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 5
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

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning, Sveriges regioner i samverkan
Nationell arbetsgrupp (NAG) för Neurooftalmologi [Datum för publicering]
Nationellt programområde för Ögonsjukdomar
Kontaktperson: [Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

Sammanfattning

Riktlinjen gäller ögonläkarens roll gällande ögonuppföljning av icke-arteritisk anterior ischemisk optikusneuropati (NAION) som är en småkärlssjukdom som påverkar den främre delen av synnerven, det vill säga papillen.

Syftet med riktlinjen är att ge ett stöd till ögonsjukvården för att på ett enhetligt sätt bedöma och följa patienterna med NAION. Vid NAION samarbetar flera vårdgivare inom olika specialiteter kring patienten. I regel håller ögonspecialist i diagnostik och uppföljning, medan allmänmedicin bidrar med bedömning och kontroll av riskfaktorer, såsom hypertoni, arterioskleros, dyslipidemi, diabetes med mera.

NAION är den vanligaste akuta optikusneuropatin bland individer över 50 år, med en beräknad årlig incidens på 2,3–10,2/100 000 invånare/år.

Denna riktlinje innebär inte några förändrade arbetssätt enligt nuvarande vårdpraxis.

1. Om konsekvensbeskrivningen

NAG neurooftalmologi (NPO ögon) har gemensamt tagit fram dokumentet för ögonuppföljning vid NAION. Marcos Ramella, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset har lett arbetet under samarbete med ledamöterna i NAG neurooftalmologi, Frank Träisk, ordförande (Stockholm), Fatima Pedrosa-Domellöf (Umeå), Åke Fridman (Falun), PierFranscesco Mirabelli (Linköping) och Björn Hammar (Lund), alla har deltagit i arbetet och godkänt slutliga förslaget. NPO ögonsjukdomar har godkänt konsekvensbeskrivningen inför remissrunda.

Remissversion

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Incidensen av NAION har en beräknad årlig incidens på 2,3–10,2 /100 000 invånare/år och är den vanligaste akuta optikusneuropatin bland individer över 50 år.

Tidsintervall för syn-/ögonuppföljning av diagnosen NAION är månadsvisa kontroller tills att papillen inte längre är svullen och synen är stabil. Därefter endast vid behov. Vid svårare och avvikande synnedsättningar, komplicerade fall med påverkan av andra ögat med mera bör individuell uppföljning ske med tätare kontroller. Riktlinjen berör endast ögonläkarens roll i uppföljningen av patienter med diagnosen.

2.2 Nytta eller risker för individen

En trygg och ändamålsenlig uppföljning av synen hos patienter med NAION, enligt framtagen riktlinje. Syftet är att skydda synen från att försämras som konsekvens av sjukdomen.

2.3 Etiska aspekter

De framtagna riktlinjerna bygger på nationella och internationella rekommendationer. Undersökningarnas omfattning och frekvens är anpassade till dessa liksom till regionrepresentanternas gemensamma kliniska erfarenhet. Vissa aspekter av uppföljningsrekommendationerna har inte studerats i jämförande studier, men bygger på lång erfarenhet och praxis.

2.4 Verksamhet och organisation

Kunskapsstödet medför inte några verksamhetsförändringar eller organisatoriska förändringar.

2.5 Kostnader

Kunskapsstödet medför inga kostnadsförändringar.

2.6 Kompetensförsörjning

Inte aktuellt.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Inte aktuellt.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Inte aktuellt

2.9 Uppföljning

Kunskapsstödet medför inga förändrade behov av uppföljning, till exempel koppling till nationellt kvalitetsregister, datainsamling från regionerna eller annan nationell uppföljning.

2.10 Övriga konsekvenser

Kunskapsstödet medför inga förändrade behov av uppföljning, till exempel koppling till nationellt kvalitetsregister, datainsamling från regionerna eller annan nationell uppföljning.

Remissversion

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd för periokulär nekrotiserande fasciit

NPO Ögonsjukdomar /NAG Plastik orbita

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

KONSEKVENSBESKRIVNING

Nationell arbetsgrupp (NAG) för Plastik orbita

[Datum för publicering]

Nationellt programområde för Ögonsjukdomar

Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libertsll.se

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd för periokulär nekrotiserande fasciit

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Remissversion

Namn, titel i sammanhanget

Datum (tryck på pilen för att ändra)

Ort

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd för periokulär nekrotiserande fasciit 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 5
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 6
2.9 Uppföljning 6
2.10 Övriga konsekvenser 6

Remissversion

Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libertsll.se

Sammanfattning

Riktlinjer för behandling av ögonnära nekrotiserande fasciit har tidigare funnits på vissa ögonkliniker men varken regionalt eller nationellt. Med tanke på att ingen information finns om tidigare vårdpraxis förutom på vissa sjukhus är det svårt att bedöma vilka förändringar som dessa riktlinjer medför i den enskilda regionen eller på det aktuella sjukhuset. Nationella riktlinjer innebär att det klargörs för vården vilken vårdnivå och vilka resurser som behövs för behandling av ögonnära nekrotiserande fasciit. Dessutom ges tydliga riktlinjer om utredning och behandling vilket ökar möjligheten för jämlik vård i hela landet

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen i plastik och orbita ansvarar för konsekvensbeskrivningen. Eva Dafgård Kopp, regionrepresentant och ögonläkare i Stockholm har lett arbetet. Representantera i NAG plastik-orbita Annelie Hamrin (Sundsvall), Kersti Sjövall (Västerås), Eva Källsbo (Stockholm), Karin Svedberg (Göteborg), Sofia Hjersing (Linköping), Karl Engelsberg (Lund) har deltagit i arbetet och godkänt det slutliga förslaget.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Incidensen av ögonnära nekrotiserande fasciit i Sverige är okänd. Vi uppskattar att det handlar om enstaka fall/år i respektive region. Incidensen förefaller dock vara något ökande.

Diagnoskoderna H 00.0 eller H 01.8 är inte specifika för diagnosen varför det är sannolikt att även andra tillstånd kommer att följa med om man söker ut dessa koder.

Det är svårt att uppskatta hur många personer som får diagnosen per år i Sverige. Gissningsvis cirka 10 personer som kräver avancerad vård av ögonplastikkirurg, infektionsläkare, anestesiolog och ibland även ÖNH-specialist eller plastikkirurg. Intensivvårdens resurser behövs liksom tillgång till operationsmöjligheter i narkos.

2.2 Nytta eller risker för individen

För individen innebär riktlinjerna en kvalitetshöjning genom att det blir lättare för behandlande läkare att ge korrekt vård. Någon risk för den individuella patienten har arbetsgruppen inte kunnat identifiera.

De åtgärder i riktlinjerna som föreslås är framtagna efter en omfattande genomgång av befintlig vetenskaplig internationell litteratur inom området. Riktlinjen har även granskats av specialister inom områdena infektionssjukdomar och ÖNH.

Remissversion

2.3 Etiska aspekter

Ingen negativ påverkan på individens autonomi eller integritet har kunnat identifieras, inte heller några undanträngningseffekter då diagnosen är ovanlig.

Riktlinjerna bedöms inte ha några konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso-och sjukvården. Riktlinjerna har inga konsekvenser ur ett jämlikhetsperspektiv.

Alla patienter oavsett kön, ålder etc beräknas kunna behandlas enligt riktlinjerna varför frågan om inklusionskriterier inte är relevant.

2.4 Verksamhet och organisation

Arbetsgruppen bedömer att riktlinjerna innebär ett förtydligande av ansvaret för och vårdnivån för patienterna vilket i vissa fall kan innebär att patienterna (förhoppningsvis) koncentreras till kliniker med kompetens för vården. Dessutom är det meningen att riktlinjerna ska förtydliga behovet av samarbete mellan olika specialiteter i vården av dessa patienter samt understryka behovet av att alla som behövs i den aktuella vården tar sin del av ansvaret.

Om dessa riktlinjer innebär någon förändring av vårdpraxis är svårt att bedöma.

2.5 Kostnader

Arbetsgruppen bedömer att riktlinjerna inte innebär några kostnadsförändringar.

2.6 Kompetensförsörjning

Arbetsgruppens bedömning är att riktlinjerna inte innebär någon kompetensväxling. De nya riktlinjerna ska göras kända för alla inblandade specialiteter vilket innebär en viss utbildning och kompetensökning.

Införandet av riktlinjerna kommer att kräva en viss nationell utbildning men knappast några nyanställningar.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

I den mån andra NAG-grupper har gjort riktlinjer för omhändertagandet av patienter med nekrotiserande fasciit i andra kroppsdelar än periokulärt kommer det att finnas kunskapsöverlapp. Arbetsgruppen är inte informerade om andra NAG-grupper har gjort sådana riktlinjer.

Remissversion

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Riktlinjerna innebär ingen påverkan på nyckelfrågor såsom omställningen till nära vård.

2.9 Uppföljning

En specifik diagnoskod för nekrotiserande fasciit skulle underlätta framtagandet av statistik av diagnosen.

2.10 Övriga konsekvenser

Inga ytterligare konsekvenser har kunnat identifieras.

Remissversion

Konsekvensbeskrivning riktlinje för orbitala och periorbitala infektioner

NPO Ögonsjukdomar/NAG Plastik orbita

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

KONSEKVENSBESKRIVNING

[Datum för publicering]

Konsekvensbeskrivning riktlinje för orbitala och periorbitala infektioner

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring

Namn, titel i sammanhanget

Datum (tryck på pilen för att ändra)

Ort

Remissversion

KONSEKVENSBESKRIVNING

Nationell arbetsgrupp (NAG) för Plastik orbita

[Datum för publicering]

Nationellt programområde för Ögonsjukdomar

Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libertsll.se

Innehållsförteckning

Konsekvensbeskrivning för kunskapsstöd för orbitala och periorbitala infektioner 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
2.6 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

Remissversion

KONSEKVENSBESKRIVNING

[Datum för publicering]

Sammanfattning

De viktigaste konsekvenserna är att patienter i hela landet kan få tillgång till samma vård. Det har tidigare funnits riktlinjer på enskilda ögonkliniker men inte gemensamma riktlinjer regionalt eller nationellt.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella arbetsgruppen i plastik och orbita ansvarar för konsekvensbeskrivningen. Eva Dafgård Kopp, regionrepresentant och ögonläkare i Stockholm har lett arbetet. Representantera i NAG plastik-orbita Annelie Hamrin (Sundsvall), Kersti Sjövall (Västerås), Eva Källsbo (Stockholm), Karin Svedberg (Göteborg), Sofia Hjersing (Linköping), Karl Engelsberg (Lund) har deltagit i arbetet och godkänt det slutliga förslaget.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Det finns inga nationella data för incidens av dessa diagnoser. En del patienter med preseptal cellulit behandlas inom primärvården. De andra patienterna med preceptal cellulit eller orbital cellulit behandlas inom öppen eller sluten vård på ögonklinik, barnklinik eller öron-näsa-halsklinik. Antalet är svårt att uppskatta.

2.2 Nytta eller risker för individen

Kunskapsstödet syftar till likvärdig utredning och behandling av diagnoserna i hela landet patienten söker vård och bör därför komma patienterna till nytta genom att vården blir mer jämlik. Några risker för individen har ej identifierats.

Riktlinjerna är författade efter omfattande kunskapsgenomgång av internationellt publicerad vetenskaplig litteratur inom området. Därefter har riktlinjerna granskats genom remissförfarande av specialister i infektionssjukdomar, ÖNH-sjukdomar och pediatrik.

2.3 Etiska aspekter

Individens autonomi och integritet bedöms inte påverkas av de nya riktlinjerna.
Riktlinjerna bedöms inte ha några konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso-och sjukvården.

Remissversion

Alla patienter ska ges samma behandling varför enbart positiva konsekvenser ur jämlikhetsperspektiv kan identifieras. Eftersom det inte finns några inklusions- eller exklusionskriterier finns det heller inga risker ur etiskt perspektiv.

2.4 Verksamhet och organisation

Kunskapsstödet innebär ett förtydligande av vårdnivå och trycker på betydelsen av samarbete mellan olika specialiteter. Det förtydligar varje specialitets ansvar vilket sannolikt underlättar det direkta patientarbetet.

Det nya kunskapsstödet innebär inte några stora förändringar gentemot befintliga vårdrutiner enbart förtydligande och stöd.

2.6 Kompetensförsörjning

Kunskapsstödet innebär inte någon kompetensväxling. I samband med införandet kommer en utbildningsinsats kopplat till spridningen av riktlinjen att krävas. Inga nyanställningar beräknas då detta är vård som redan genomförs.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Kunskapsstöd inom samma ämne framtagna av NAG inom andra specialiteter kan överlappa.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

En del av denna vård utförs idag av primärvården. Vi bedömer inte att proportionerna kommer att eller kan förändras.

2.9 Uppföljning

Det är svårt att följa upp dessa diagnoser då diagnoskoderna inte är specifika utan inkluderar andra närliggande diagnoser.

2.10 Övriga konsekvenser

Arbetsgruppen har inte kunnat identifiera några ytterligare konsekvenser av införandet av riktlinjerna.

Remissversion

Bakteriell endoftalmit – specialiserad vård

NPO ögonsjukdomar

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Vårdnivå och samverkan ..... - 3 -

Bakgrund ..... - 3 -

Definition ..... - 3 -

Förekomst ..... - 3 -

Orsaker ..... - 3 -

Utredning ..... - 4 -

Provtagning vid misstanke om bakteriell endoftalmit ..... - 4 -

Behandling ..... - 4 -

Antibiotikabehandling vid misstanke om bakteriell endoftalmit ..... - 4 -

Vitrektomi vid misstanke om bakteriell endoftalmit ..... - 4 -

Metodbeskrivning ..... - 5 -

Syftet med riktlinjen ..... - 5 -

Referenser ..... - 5 -

Konsekvensbeskrivning ..... - 5 -

Remissversion

Vårdnivå och samverkan

Primär behandling med antibiotika bör ske på närmaste enhet med tillgänglig kompetens och utrustning för intraokulära ingrepp inklusive intravitreala injektioner. Om ögonläkare med kompetens att ge intravitreal injektion finns att tillgå bör behandling således ges vid diagnos, även under jourtid, och inte fördröjas genom remittering till större enhet. Provtagning bör göras men osäkerhet kring provtagningsteknik får ej föranleda utebliven snabb behandling och kan undantagsvis avstås.

Alla enheter där intraokulär kirurgi eller intravitreala injektioner utförs ska ha en beredskapsplan för lokala/regionala rutiner för handläggning vid endoftalmit. Beredskapsplanen ska tas fram i samråd med närmaste enhet som utför vitrektomi. Denna enhet bör kontaktas snarast vid misstänkt endoftalmit för ställningstagande till vitrektomi.

Bakgrund

Definition

Endoftalmit är en infektion inuti ögat som orsakas av patogena organismer. Bakteriell endoftalmit förekommer främst efter intraokulär kirurgi men kan även komma från en endogen spridning.

Förekomst

Antalet intraokulära ingrepp ökar för varje år och med det ökar också antalet behandlingskrävande bakteriella endoftalmiter. Enligt svenska studier är incidensen av endoftalmit efter operation vid gråstarr (katarakt) 0,02–0,04 % [1], efter glaskroppsoperation (small-gauge vitrektomi) 0,14 % [2] och efter filtrerande kirurgi vid grön starr (glaukom) 0,46% [3]. Det ökande antalet injektioner av läkemedel i glaskroppen (intravitreal injektion) vid svullnad i gula fläcken har under senare år lett till fler endoftalmiter och även om incidensen per injektion är låg, 0,02—0,05 % [4], så innebär den upprepade behandlingen över en längre tidsperiod en ökad risk per individ.

Orsaker

Grampositiva bakterier är det vanligaste fyndet i positiva odlingar [5, 6], men i många fall är odlingssvaret negativt trots en stark misstanke om bakteriell genes. Odling från glaskroppsprov visar oftare ett positivt resultat jämfört med prov från främre kammaren [7]. Odling på kammarvätska anses mindre relevant men rekommenderas eftersom sensitiviteten ökar vid provtagning från både främre kammare och glaskropp. Många bakterier visar en snabb initial tillväxthastighet. Djurmodeller har visat att antalet bakterier ökar 10 gånger var tredje timme. Studierna visar också maximal inflammatorisk respons strax efter att en platåfas med bakteriell tillväxt har uppnåtts [8, 9]. Av detta kan man dra den rimliga slutsatsen att behandling med antibiotika så snart som möjligt har stor betydelse för utfallet.

Remissversion

Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Utredning

Provtagning vid misstanke om bakteriell endoftalmit

Odling av både kammarvätska och av glaskropp för att säkerställa etiologisk diagnos har betydelse både gällande prognos och epidemiologi. Vitrektomi möjliggör ett gott utbyte av glaskropp för odling men får inte fördröja behandling. Vid intravitreal behandling utan samtidig vitrektomi bör provtagning ske med spruta och kanyl. Utbytet vid provtagning med kanyl från glaskropp är dock ofta sparsamt och försiktighet vid aspiration med kanyl uppmanas. Prov från främre kammaren kan ge ett bättre utbyte men ger oftare ett falskt negativt resultat [7].

Behandling med intravitreal antibiotika ska ske även vid ett uteblivet utbyte av glaskropp vid provtagning. Undantagsvis kan antibiotikabehandling initieras utan föregående provtagning om svårigheter med att säkra material för odling föreligger.

Behandling

Antibiotikabehandling vid misstanke om bakteriell endoftalmit

Intravitreal antibiotikabehandling med vancomycin och ceftazidim har varit gängse rutin i Sverige under många år. Kombinationen har ett brett antibakteriellt spektrum och låg risk för resistens [4]. Intravitreal antibiotika stannar i glaskroppen i flera dagar, kontroller 3 - 4 dagar efter initial injektion visar doser väl över MIC (minimum inhibitory concentration) för de flesta bakterier [10]. Efter vitrektomi elimineras antibiotika snabbare. Avsaknaden av glaskropp innebär även att retina är mer utsatt för antibiotikans toxiska effekt. Hos dessa patienter måste det kliniska svaret styra eventuell ytterligare behandling [4]

Vikten av en snabb primär behandling med intravitreal antibiotika vid endoftalmit är bevisad och får således inte fördröjas. Upprepad antibiotikabehandling har däremot ingen bevisad gynnsam effekt [4].

Vitrektomi vid misstanke om bakteriell endoftalmit

Endophthalmitis Vitrectomy Study (EVS) var en prospektiv randomiserad studie som undersökte värdet av inkomplett vitrektomi som tillägg till intravitreal injektion av antibiotika. EVS visade att vitrektomi enbart var gynnsamt som tillägg till intravitreal antibiotika vid synskärpa ljusperception eller sämre vid behandling [5]. Studien publicerades 1995 och trots stora framsteg med förbättrad kirurgisk teknik, instrumentering och visualisering sedan dess, har slutsatsen ofta använts som intäkt för att avstå vitrektomi när synskärpan är handrörelser eller bättre.

Resultaten av EVS har ifrågasatts och många förespråkar idag en tidig komplett vitrektomi, vilket även senare mindre studier har bekräftat [11, 12]. Svåra kirurgiska förhållanden på grund av nedsatt insyn och skör retina innebär dock en hög risk för komplikationer. Enbart intravitreal antibiotika som i många fall kan vara tillräckligt [13], kan således vara mindre riskfyllt än vitrektomi. Eftersom stora

Remissversion

randomiserade studier med modern vitrektomiteknik saknas finns dåligt vetenskapligt stöd för val av behandling och måste således avgöras individuellt från fall till fall.

Metodbeskrivning

Denna riktlinje har utarbetats av NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp kirurgisk retina. I den nationella arbetsgruppen har representanter från alla sex sjukvårdsregionerna ingått. Ordförande har varit Joakim Thylefors ögonläkare, sjukvårdsregion södra. Patientrepresentant har inte funnits med i den nationella arbetsgruppen för medicinsk retina. Ingen patientförening finns för aktuellt område.

NPO ögonsjukdomar har godkänt riktlinjen inför nationell remissrunda. Innehållsgranskning har utförts av NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupper: NAG linsens sjukdomar och NAG medicinsk retina samt av sakkunnig inom ögoninfektioner.

Utvecklingen av injektionsbehandling i ögat innebär att ögonläkare idag har kompetens att ge glaskroppsinjektioner och således kan initiera behandling vid infektioner inuti ögat (endoftalmit). Detta var inte möjligt när den tidigare riktlinjen ”Kliniska riktlinjer – Endoftalmit” (Socialstyrelsen, ISBN 91-7201-169-6) skrevs 1999 och publicerades av Sveriges Ögonläkarförening. Internationella riktlinjer gällande handläggning vid bakteriell endoftalmit saknas, men praxis har förändrats utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. En ny svensk riktlinje anses angelägen utifrån ny kunskap och förändrade förutsättningar.

Remissversion

Syftet med riktlinjen

- Att förkorta tiden från diagnos till behandling vid bakteriell endoftalmit.
- Att standardisera handläggningen vid bakteriell endoftalmit.

Referenser

Se referenslista i bifogad bilaga.

Referenser_endoftalmit.pdf

Dokumenttyp: Pdf

Innehållsansvarig: NPO Ögonsjukdomar

Senast reviderad: 2021-05-11

Konsekvensbeskrivning

Se konsekvensbeskrivning i bifogad bilaga.

Konsekvensbeskrivning-riktlinje-handlaggning-vid-bakteriell-endoftalmit-remiss.pdf

Dokumenttyp: Pdf

Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Innehållsansvarig: NPO Ögonsjukdomar

Senast reviderad: 2021-05-11

Remissversion

Riktlinje för diagnos och uppföljning vid icke- arteritisk ischemisk optikusneuropati (NAION)

NPO Ögonsjukdomar

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Riktlinje för diagnos och uppföljning vid icke-arteritisk ischemisk optikusneuropati (NAION)

Hälso- och sjukvård
Sveriges regioner i samverkan
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar 2021-06-02, giltig till 2024-06-02
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Innehållsförteckning

Syfte 4
Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram 4
Bakgrund 4
Definition 4
Epidemiologi 4
Etiologi 5
Riskfaktorer och utlösande faktorer 5
Symtom 5
Anamnes 6
Status 6
Diagnoskod 6
Behandling/handläggning 6
Läkemedelsbehandling 6
Remissrutiner 7
Sjukskrivning 7
Vårdnivå 7
Uppföljning 7
Innehållsansvarig 7
Referenser 8

Remissversion

Riktlinje för diagnos och uppföljning vid icke-arteritisk ischemisk optikusneuropati (NAION)

Hälso- och sjukvård
Sveriges regioner i samverkan
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar 2021-06-02, giltig till 2024-06-02
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Syfte

Icke-arteritisk anterior ischemisk optikusneuropati (NAION) är en småkärlssjukdom som påverkar den främre delen av synnerven, det vill säga papillen. Det kännetecknas av plötslig, smärtfri monokulär synnedsättning som visar sig som ensidigt papillödem och gradvis försämrad syn under en period av dagar till veckor. Skadan kan orsaka atrofi av synnerven och irreversibel synskada.
Syftet med denna riktlinje är att ge ett stöd till ögonsjukvården för att på ett enhetligt sätt bedöma och följa patienter med NAION.
Vid NAION samarbetar flera vårdgivare inom olika specialiteter kring patienten. I regel håller ögonspecialist i diagnostik och uppföljning, medan allmänmedicin bidrar med bedömning och kontroll av riskfaktorer såsom hypertoni, arterioskleros, dyslipidemi, diabetes med mera.

Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Denna riktlinje har utarbetats i enlighet med det generiska ramverket för utarbetande av kunskapsstöd inom Nationellt system för kunskapsstyrning. Riktlinjen baseras delvis på existerande kunskapsstöd med rekommendationer som utarbetats regionalt, nationellt eller internationellt och kvalitén hos dessa har utvärderats enligt AGREE II. De slutgiltiga rekommendationerna i denna riktlinje fastställdes genom konsensus i NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp för neurooftalmologi.

I den nationella arbetsgruppen har representanter från alla sex sjukvårdsregioner med specialistkompetens i neurooftalmologi ingått. Huvudförfattare har varit Marcos Ramella, överläkare, processansvarig för Neurooftalmologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Ordförande har varit Frank Träisk överläkare, sektionschef för neurooftalmologi, S:t Eriks Ögonsjukhus, Stockholm. NPO ögonsjukdomar har godkänt riktlinjen inför remissrunda.

Patientrepresentant har inte funnits med i den nationella arbetsgruppen. Ingen patientförening finns för aktuellt område. I den öppna remissrundan ges möjlighet för patientrepresentanter att lämna synpunkter.

Remissversion

Bakgrund

Definition

Icke-arteritisk anterior ischemisk optikusneuropati (NAION) är en småkärlssjukdom som påverkar den främre delen av synnerven, det vill säga papillen. Det kännetecknas av plötslig, smärtfri monokulär synnedsättning som visar sig som ensidigt papillödem och gradvis försämrad syn under en period av dagar till veckor. Skadan kan orsaka atrofi av synnerven och irreversibel synskada.

Epidemiologi

NAION är den vanligaste akuta optikusneuropatin bland individer över 50 år, med en beräknad årlig incidens på 2,3–10,2/100 000 invånare

Hälso- och sjukvård
Sveriges regioner i samverkan
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar 2021-06-02, giltig till 2024-06-02
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Etiologi

Den exakta orsaken till NAION är fortfarande inte helt klarlagd. Även om den patofysiologiska grunden för NAION utan tvekan är ischemisk, finns det hittills ingen tillfredsställande förklaring till varför den kapillära mikrovaskulära bädden som ligger under synnervshuvudet främst påverkas. Mest uppmärksamhet har lagts på de korta bakre ciliära artärerna och deras grenar som sträcker sig till näthinnans peripapillära kapillärer och peripapillära choricapillaris enligt OCTA-studier (Optic Coherence Tomography-Angiography).

Riskfaktorer och utlösande faktorer

Drusenpapill har i ett antal rapporter föreslagits som riskfaktor för NAION, särskilt hos yngre under 18 år. De vanligaste systemiska sjukdomarna associerade med NAION är högt blodtryck (hos 50 % av patienterna) och diabetes mellitus (hos 25 %). Hyperkolesterolemi, stroke, ischemisk hjärtsjukdom, nattlig hypotension, användning av tobak, systemisk ateroskleros och obstruktiv sömnapné har också associerats med risk för att utveckla NAION. [1,2]
Akut förhöjning av det intraokulära trycket under kataraktoperation kan också utlösa NAION. [3]
Vissa läkemedel, såsom amiodaron (antiarytmika) och sildenafil (läkemedel vid erektil dysfunktion), nasala avsvällande medel samt vasopressormedel har också kopplats som risk för NAION. [4]

Symtom

Diagnosen NAION är främst klinisk. De viktigaste kliniska särdragen är ensidigt papillödem och förekomsten av relativ afferent pupilldefekt (RAPD). Ett viktigt fynd är närvaron av en liten och trång papill med en liten eller nästan osynlig fysiologisk exkavation, som definierar den så kallade ”disc at risk”. [5] Papillödemet klingar av under en period av 5–10 veckor och efterlämnar en blek papill. Ibland ses endast en sektoriell papillblekhet.
Synstörningen sträcker sig från nästan normal synskärpa till djup synnedsättning. Typiska synfältsdefekter är ofta altitudinella. Synförbättring är inte ovanlig, hos cirka 40 % sker en förbättring på minst tre rader inom 6 månader.[6]

Risken för återfall i samma öga är väldigt låg, och drabbar mindre än 5 % av patienterna. Detta förklaras av det faktum att den första synnervsinfarkten minskar trycket som nervfibrerna förmodligen utsätts för som en följd av papillens trängsel. Engagemang av det andra ögat har rapporterats i intervallet 12–15 % på fem år. [7]

Remissversion

Hälso- och sjukvård
Sveriges regioner i samverkan
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar 2021-06-02, giltig till 2024-06-02
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Utredning/diagnostisering

Utredning, diagnostisering och uppföljning av en patient med NAION sköts av ögonläkare och kontroll av riskfaktorer sköts av allmänmedicin.

Anamnes

NAION är oftast en plötslig smärtfri monokulär synnedsättning som kännetecknas av ensidigt papillödem och gradvis försämrad syn under en period av dagar till veckor. Ögonsmärta i samband med synnedsättningen är mycket ovanlig och det bör då övervägas andra orsaker till synnedsättning, framförallt optikusneurit. Temporalisarterit-relaterad A-AION (arteritisk anterior ichemisk optikus neuropati) måste alltid övervägas som differentialdiagnos till NAION.

Status

Ögonstatus bör inkludera minst synskärpa, synfältsundersökning och fundusundersökning.

- Synskärpa (bästa korrigerade).
- Rutinundersökning/beskrivning av papillstatus bilateralt.
- Synfältsundersökning bör utföras med statisk automatiserad perimetri av det centrala synfältet. Det vanligaste synfältsdefekten är en nedre altitudinell synfältsdefekt men andra defekter kan också orsakas av NAION, såsom centrala skotom. En uttalad sådan synfältsdefekt är oftast ganska lätt att fånga även med synfältsundersökning enligt Donders (enkelt konfrontationstest).
- Andra orsaker till ensidigt papillödem (till exempel papillit, neuroretinit, A-AION/temporalis arterit, CRVO med mera) och eventuell papilldrusen/pseudopapillödem måste identifieras. Särskilt viktigt är detta förstås i diagnosskedet.
- OCT-undersökning (Optic Coherence Tomography) av papill och makula ger ofta ytterligare information, dels avseende graden respektive förändringen av papillsvullnaden, dels utvecklingen av eventuell förlust av nervfiberlagret/gangliecellslagret.

Remissversion

Diagnoskod

ICD H47.0

Behandling/handläggning

Det finns ingen etablerad behandling hittills för NAION. Ischemic Optic Neuropathy Decompression Trial (IONDT), den hittills största multicenterstudien, visade ingen fördel med kirurgisk dekompression av synnerven. [8]

Läkemedelsbehandling

Användningen av intravitreal injektion av antivaskulära endoteltillväxtfaktorer och användningen av glukokortikoider är båda effektiva för att minska storleken på cirkulatoriskt orsakat ödem men verkar inte förbättra det visuella resultatet på lång sikt [9].

Orala glukokortikoider kan övervägas i speciella fall där det finns sekventiell involvering av båda synnerverna eller ovanligt ihållande och svår progressiv synnedsättning under en period av mer än 2–3 veckor. Det finns visst stöd för att kortison kan hjälpa trots att detta inte är bekräftat i olika studier. I studien av Hayreh et.al gavs behandling med 80 mg prednisolon dagligen i 2 veckor och sedan nedtrappning till 70 mg i 5 dagar, 60 mg i 5 dagar och sedan minskat med 5 mg var 5:e dag. Man får i det enskilda fallet ta resonemanget med patienten om biverkningar kontra risker med behandlingen. [10] Vid tveksamhet rekommenderas neurooftalmologisk konsultation.

Aspirin har prövats som ett förebyggande medel för att minska risken för andra ögat, men resultaten är fortfarande kontroversiella.

Remissrutiner

Vid upptäckt av ensidigt papillödem som är kliniskt förenligt med NAION remitteras patienten till primärvårdsläkare för att påbörja kontroll av de ovannämnda riskfaktorerna.

Sjukskrivning

Sjukskrivning kan övervägas om synnedsättningen påverkar patientens arbetsförmåga.

Vårdnivå

Specialistmottagning för ögonsjukdomar har ansvaret för att utreda behandla och följa upp NAION. Primärvården ansvarar för kontroll och behandling av nämnda riskfaktorer.

Uppföljning

Förslag till tidsintervall för syn-/ögonuppföljning:

- Återbesök: Månadsvis kontroller tills att papillen inte längre är svullen och synen är stabil. Därefter endast vid behov.
- Svårare och avvikande synnedsättningar, komplicerade fall med påverkan av andra ögat med mera bör följas med tätare kontroller.

Innehållsansvarig

Huvudförfattare har varit Marcos Ramella, överläkare, processansvarig för neurooftalmologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och ledamot i nationell arbetsgrupp för neurooftalmologi under NPO Ögonsjukdomar.

Remissversion

Hälso- och sjukvård
Sveriges regioner i samverkan
Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för Ögonsjukdomar 2021-06-02, giltig till 2024-06-02
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO Ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Referenser

1. Arnold AC. Pathogenesis of nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. J Neuroophthalmol 2003;23:157-163)
2. Hayreh SS. Ischemic optic neuropathies — where are we now? Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2013;251:1873-1884)
3. McCulley TJ, Lam BL, Feuer WJ. Nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy and surgery of the anterior segment: temporal relationship analysis. Am. J. Ophthalmol. 2003;136:1171-2
4. Fivgas GD, Newman NJ. Anterior ischemic optic neuropathy following the use of a nasal decongestant. Am. J. Ophthalmol. 1999;127:104-6
5. Doro S, Lessell S. Cup-disc ratio and ischemic optic neuropathy. Arch Ophthalmol 1985;103:1143-1144)
6. David Kaufman, DO, Kay Dickersin et al. Ischemic optic neuropathy decompression trial: twenty four month update. Arch Ophthalmol 2000; 118:793-798)
7. Biousse V. Newman, N. N Engl J Med 2015; 372:2428-2436).
8. The IONDT Research Group. The ischemic optic neuropathy decompression trial (IONDT): design and methods. Control Clin Trials. 1998 Jun;19(3):276-96. doi: 10.1016/s0197-2456(98)00003-8. PMID: 9620811.
9. Atkins EJ, Bruce BB, Newmann NJ, Biousse V. Treatment of nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. Surv. Ophthalmol 2010;55:47-63
10. Hayreh, S. S., Zimmerman M.B. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2008 Jul; 246(7): 1029–1046.

Remissversion

Riktlinje för orbitala och periorbitala infektioner

NPO Ögonsjukdomar/NAG Plastik orbita

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för ögonsjukdomar 2021-06-10 , giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, Överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordförande i NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

Riktlinje för orbitala och periorbitala infektioner

Eventuellt förord/sammanfattning

[Brödtext]

[Namn, titel i sammanhanget]

[Datum, Ort]

Remissversion

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för ögonsjukdomar 2021-06-10 , giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, Överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordförande i NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

Innehållsförteckning

Riktlinje för orbitala och periorbitala infektioner 2
Eventuellt förord/sammanfattning 2
1.1. Syfte 4
1.2. Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram 4
1.3. Bakgrund 5
1.4. Utredning/diagnostisering 7
1.5. Behandling/handläggning 10
1.6. Vårdnivå 11
1.7. Uppföljning 12
1.8. Kvalitetsuppföljning 12
1.9. Innehållsansvarig 12
1.10. Referenser 13

Remissversion

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för ögonsjukdomar 2021-06-10 , giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, Överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordförande i NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

1.1. Syfte

Syftet med riktlinjen är att skapa ett underlag för en likvärdig vård i Sverige för utredning, behandling och uppföljning av patienter med orbital och periorbital infektion, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet.

1.2. Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Denna riktlinje har utarbetats av NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp för Plastik orbita. I den nationella arbetsgruppen har ingått representanter från alla sex sjukvårdsregioner. Ordförande har varit Eva Dafgård Kopp, sjukvårdsregion Stockholm-Gotland. Patientrepresentant har inte funnits med i den nationella arbetsgruppen eftersom ingen patientförening finns för aktuellt område. I den öppna remissrundan har patientrepresentanter möjlighet att lämna synpunkter.

Den nationella arbetsgruppen inventerade initialt befintliga kunskapsstöd inom regionerna. Arbetsgruppen har också eftersökt nationella kunskapsstöd via svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi samt infektionsläkarföreningen. Det fanns inga nationella kunskapsstöd. Det fanns ett antal regionala kunskapsstöd inom ögonsjukvården. Innehållet i dem var väldigt lika. En systematisk sökning av internationell litteratur inom området gjordes med hjälp av sökmotorn Pubmed. Förutom gruppens egen sökning av relevant litteratur har bibliotekarien Linda Hammarbäck på biomedicinska biblioteket, Göteborgs universitetsbibliotek, hjälpt till med referenssökningen. Riktlinjen bygger på originalartiklar, relevanta fallstudier och översiktsartiklar. För att täcka så stor mängd litteratur som möjligt ligger tonvikten på översiktsartiklar vilket även innefattar riktlinjer från några olika länder [1–8]. Riktlinjen samt konsekvensbeskrivningen har delgivits NPO nervsystemets sjukdomar, för att ge dem möjligheten att komma med synpunkter innan den öppna remissrundan. Sofia Hultman-Dennison, ÖNH-specialist vid Karolinska sjukhuset, har granskat dokumentet och tillfört synpunkter, liksom Anders Ternhag, docent i infektionssjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset har tillfört synpunkter beträffande antibiotikaval. Arbetsgruppen har granskat riktlinjen och kommit fram till detta konsensusdokument.

Remissversion

1.3. Bakgrund

Orbital och preseptal cellulit är infektioner orsakade av företrädesvis bakterier eller svamp i orbita respektive mellanansiktet runt själva orbita. Det är allvarliga tillstånd med risk för spridning till ögat och intracerebralt. Som följd kan betydande funktionsförlust uppstå men även död. Infektioner inom området klassificeras enligt Chandler [9] in i fem grupper efter allvarlighetsgrad:

1. Preseptal cellulit = infektion begränsad till mjukdelarna framför septum orbitale.
2. Orbital cellulit = diffus infektion i orbita med inflammation av det orbitala fettet.
3. Subperiostal abscess = ansamling av pus mellan periostet och den beniga orbitaväggen.
4. Orbital abscess = ansamling av var i orbitan, innanför periostet.
5. Trombos i sinus cavernosus.

I den här texten delas klassifikationerna in i Preceptal cellulit (PC, Chandler 1) respektive Orbital cellulit (OC, Chandler 2–5). Den information som är specifik för respektive tillstånd markeras med underrubrik i texten.

Definition

Perceptal cellulit (PC) innebär en infektion i ögonlocken och området runt ögat framför septum orbitale. Infektionen omfattar epidermis, dermis och subkutant fett [10].

Orbital cellulit (OC) innebär en infektion i orbita, bakom septum orbitale.

Epidemiologi (incidens och prevalens)

PC är vanligare än orbital cellulit [1]. Både PC och OC är vanligare hos män [11,12]. I en studie av inläggningskrävande komplikationer av rinosinuit hos barn 0–4 år var incidensen 36 PC per 100 000 [13].

För OC finns en incidens på 1,6/100000 för barn och 0,1/100000 för vuxna enligt en rapport från Skottland [14]. I Sverige finns en studie publicerad som anger en incidens på OC som en komplikation till rinosinuit på 2,5/100000 hos barn 0-4 år [13] och för barn 5-18 år till 5,8/100000 [15].

Etiologi

PC orsakas nästa alltid av grampositiva bakterier, stafylokocker och streptokocker [10]. Det förekommer att gramnegativa bakterier (som exempelvis Pseudomonas aereginosa) och anaeroba bakterier är agens. Blandinfektioner förekommer också [3].

OC orsakas vanligen av stafylokocker och andra grampositiva bakterier, särskilt hos barn i förskoleåldern. Med ökande ålder förekommer allt mer gramnegativa bakterier, anaerober och blandflora [3,10,12,14]. Även svamp kan infektera orbita då vanligen som komplikation till en sinuit hos en immunkomprometterad patient [2–4].

Sedan införandet av vaccin mot Hemofilus influenzae i det allmänna vaccinationsprogrammet har denna bakterie blivit sällsyntare som agens både när det gäller PC och OC [3,4].

Remissversion

Riskfaktorer

PC är vanligast hos barn i förskoleåldern men förekommer i alla åldrar [1].

Även OC är vanligare hos barn än hos vuxna [3]. Ett typiskt scenario är ett barn som söker efter en nyligen genomgången övre luftvägsinfektion [15].

En annan riskfaktor än ålder är nedsatt immunförsvar antingen på grund av annan behandling eller annan sjukdom. Det gäller både PC och OC [1].

Utlösande faktorer

Utlösande faktorer (PC):

- Hudsår.
- Insektsbett.
- Postoperativ sårinfektion.
- Spridning från infektion i tårvägarna.
- Tandinfektion, konjunktivit, vagel eller rinosinuit som sprids till mjukdelarna i ögonlocken och området runt orbita [4,10].

Utlösande faktorer OC

Cirka 75% av OC är komplikationer till sinuiter. Andra direkt orsakande faktorer kan vara spridning från tandinfektion, dakryocystit (tårsäcksinflammation), sepsis eller i samband med trauma [3,4,10].

Symtom

Symtom PC

Smärta, rodnad, värmeökning, ömhet och svullnad i ögonlocken och området runt ögat, oftast ensidigt.

Symtom OC

- Rodnad, svullnad, smärta, värmeökning och palpationsömhet av ögonlocken och området runt ögat.
- Proptos. Även ögonbulben är röd och svullen.
- Synnedsättning, försämrat färgseende och dubbelseende kan förekomma.
- Feber, sjukdomskänsla eller allmänpåverkan [10,14].

Symtomen är mildare hos patienter som är immunsupprimerade och högre grad av misstanke krävs av klinikern.

Symtom som talar för att PC/OC är en komplikation orsakad av bakteriell rinosinuit [4]:

- Nästäppa.
- Snuva.
- Ansiktsvärk.
- Hosta.
- Feber.
- Dubbelinsjuknande.

Remissversion

1.4. Utredning/diagnostisering

Anamnes

Riskfaktorer, utlösande faktorer och symtom enligt ovan. Debut och tidsförlopp.

Status

Status Preseptal cellulit

- Ögonlocken svullna, rodnade och ömma.
- Bevarad syn, ögonrörlighet och pupillreaktioner.
- Själva ögat blekt eller svagt injicerat (svagt rodnat).
- Viss värk i området runt ögat men vanligen inte svår värk.
- Vanligen normal kroppstemperatur.
- Allmäntillståndet gott.
- Fullständigt öron-näsa-halsstatus (ÖNH) ska utföras vid misstänkt rinosinuit och patienten behöver då remitteras till ÖNH-specialist. På den affekterade sidan påvisas ofta rodnad och svullen nässlemhinna framför allt i mellersta näsgången,
- färgat sekret/vargata i näsan eller hypofarynx.

Status Orbital cellulit

- Se under symtom.
- Patienten är ofta allmänpåverkad med feber [3]. Mätning av kroppstemperatur.

Orbitastatus ska göras, här ingår

- inspektion
- motitlitet
- visus
- retropulsionsmotstånd
- pupillreaktioner
- mätning av proptos som minimum.

Motiliteten är påverkad i varierande omfattning. Synskärpan och färgmättnaden kan vara försämrad. Afferent pupilldefekt är tecken på orbitalt kompartmentsyndrom eller annan synnervspåverkan. Proptos, lateralisering av ögonbulben, chemos och ögonmotilitetsstörningar är kliniska tecken på abscessutveckling [3,14].

Remissversion

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för ögonsjukdomar 2021-06-10 , giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, Överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordförande i NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

Laboratorieprover

Laboratorieprover Preseptal cellulit

Odling från eventuella sår. Vid misstänkt rinosinuit ska riktad näsodling tas hos ÖNH-läkaren, om möjligt i mellersta näsgången, på affekterade sidan tas.

Laboratorieprover Orbital cellulit

- CRP
- Vita blodkroppar. Leukocytos har rapporterats hos 47% [3,14]. Även leukopeni finns beskrivet särskilt hos patienter med infektion av Pseudomonas aereginosa.
- Kreatinin.

Odlingar

- Odling från eventuella sår samt nasofarynx. Vid ÖNH-konsult rekommenderas odling från mellersta näsgången. Odlingar från näsan, svalget och ögat har givit mer användbara resultat än blododlingar men material taget från orbital abscess eller bihålor är det som bäst speglar aktuellt agens till infektionen [4,12]. Det är ganska låg överensstämmelse mellan odling från luftvägarna och odling tagen från sinus/abscess men bättre överensstämmelse än med blododling [1,14].
- Blododling har inte visat sig vara värdefull utom vid svår komplikation eller tecken på sepsis [11,13]. Kan eventuellt tas om det inte fördröjer administrationen av antibiotika.
- Odlingar ska tas innan antibiotika ges. För diagnos av svampinfektion krävs i allmänhet biopsi.

Undersökningar

Undersökningar Preseptal cellulit

Noggrann ögonundersökning inkluderande orbitastatus. I orbitastatus ingår

- inspektion
- motitlitet
- visus
- retropulsionsmotstånd
- pupillreaktioner
- mätning av proptos som minimum.

Undersökningar Orbital cellulit

- Datortomografi med kontrast av hjärna, orbita och sinus med axiala och coronala snitt ska göras så snart patienten hunnit få sin första antibiotikados [1,4,14,16]. Lågdosdatortomografi är ej tillräcklig för att diagnosticera orbital infektion. Vid svampinfektion kan man se tecken på bennedbrytning.
- MR ska göras på misstanke om intrakraniell påverkan [16].

Remissversion

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för ögonsjukdomar 2021-06-10 , giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, Överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordförande i NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

Diagnoskriterier

Preseptal cellulit: Klinisk diagnos om inga tecken på orbitalt engagemang finns i status (3).

Orbital cellulit: Kliniskt status tillsammans med fynd på datortomografi förenliga med infektion i orbita.

Differentialdiagonser

Preceptal cellulit:

- Orbital cellulit.
- Nekrotiserande fasciit.
- Vagel.
- Meibomit
- Konjunktivit.
- Infektion med herpesvirus i huden.
- Dakryocystit.

Orbital cellulit:

- Preseptal cellulit.
- Nekrotiserande fasciit.
- Dakryocystit.
- Blödning i orbita.
- Orbital inflammatorisk sjukdom (OID).
- Orbital tumör.
- Tyroideaassocierad oftalmopati.

Diagnoskod

Preseptal cellulit: L 03.2 Cellulit i ansiktet.

Orbital cellulit: H 05.0 Akut inflammation i ögonhålan.

Remissversion

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för ögonsjukdomar 2021-06-10 , giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, Överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordförande i NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

1.5. Behandling/handläggning

Läkemedelsbehandling

Preseptal cellulit
Perorala antibiotika riktad mot stafylokocker och streptokocker:

- Vuxna: T flukloxacillin 1 g x 3 per os i 10 dagar.
  Vid terapisvikt alternativt injektion kloxacilllin 2g x 3 iv.
  Vid typ 1-allergi mot penicillin kan man ge tabl klindamycin 300 mg x 3 per os eller inj 600 mg x 3 iv.
- Barn: Mixtur flukloxacillin 15 mg/kg x 3 eller mixtur klindamycin 7 mg/kg x 3. Mixturer ska endast ges till de barn som inte kan ta tabletter.

Vid inneliggande vård kan det vara av värde att följa progress/regress med att markera kanten på rodnaden i huden med en penna.

Orbital cellulit
Antibiotika som täcker de vanligaste agens ges intravenöst i meningitdos:

- Vuxna: Inj cefotaxim 3g x 3 iv + inj metronidazol 1g x 1 iv (första dagen 1,5g x 1)
  Vid misstanke om infektion med Pseudomonas ges i stället för cefotaxim inj meropenem 2g x 3 iv.
- Barn: Inj cefotaxim 50 mg/kg x 3 (75 mg/kg x 4 vid tecken till meningit) + inj metronidazol 7,5 mg/kg x 3 (högst 500 mg x 3).

Övergång till per oral behandling kan ske vid orbital infektion utan abscess eller annan försvårande omständighet hos patient som svarat på behandling. Optimal total behandlingstid är inte fastställd men ska vara i storleksordningen 2–4 veckor. Den längre behandlingstiden vid benengagemang eller intrakraniell infektion.

Avsvällande nässpray ska ges [3,4].

Det vetenskapliga stödet för kortison intravenöst eller peroralt är ännu svagt. De studier som finns har visat att utläkningen av infektionen eventuellt kan påskyndas utan att komplikationer uppstår [17-19].

Kirurgisk behandling

Orbital cellulit
Orbitala abscesser genomgår alltid kirurgisk behandling [3]. I samband med kirurgi ska odling tas. Vid tecken på orbitalt kompartementsyndrom bör trycket i orbita avlastas akut genom klippning av de laterala kollateralligamenten i ögonlocken eller orbitakirurgi [4].

Om det inte föreligger orbitalt kompartmentsyndrom kan man avvakta 24–48 timmar med kirurgi av eventuell abscess under noggrann övervakning. Mindre subperiostala abscesser kan behandlas framgångsrikt med antibiotika intravenöst hos barn men trots det genomgår en majoritet av barn som har subperiostal abscess kirurgisk dränering [10].

Remissversion

Sjukskrivning

Preseptal cellulit: 1–2 veckor

Orbital cellulit: Sjukskrivning nödvändig, längden varierar.

Komplikationer

Preseptal cellulit:
Spridning till orbita med utvecklande av orbital cellulit och vidare spridning till meninger, sinus cavernosus och intracerebralt [4,10,14,20].

Orbital cellulit:

- Bestående synnedsättning.
- Intraokulär infektion.
- Spridning av infektionen via vensystemet kan ge trombos i sinus cavernosus [14,20].
- Meningit, cerebral infektion. Tillståndet kan leda till döden [4,10].

1.6. Vårdnivå

Preseptal cellulit

PC behandlas oftast genom öppenvård, inom primärvården eller via ögonsjukvården [1,4]. Om utebliven bättring eller försämring efter 48 timmar ska diagnosen omvärderas och inneliggande vård kan bli aktuell.

Ledtider för utredning och behandling: Patient med misstänkt PC bör tas emot för undersökning och påbörja behandling inom 24 timmar.

Orbital cellulit

En orbital infektion är en mycket allvarlig infektion som kräver sluten specialiserad vård. Patienten bör vårdas på en klinik som kan ge kirurgisk behandling. OC är en multidisciplinär angelägenhet och för bästa resultat krävs samarbete mellan flera specialiteter. Specialister från ögonsjukvården, infektion, anestesi-och intensivvård med flera behöver vara aktivt verksamma i vården [1,3,4].

Utredning och behandling ska starta så snart patienten söker. OC är ett akut medicinskt tillstånd. Fördröjning av handläggningen kan påtagligt försämra prognosen och leda till sämre funktionellt utfall.

Klinisk uppföljning Orbital cellulit

Om det finns risk för försämring och orbitalt kompartmentsyndrom bör status med syn och pupillreaktioner kontrolleras tätt till dess att risken inte bedöms föreligga längre. Vid tecken på orbitalt kompartmentsyndrom ska man lätta på trycket i orbita exempelvis genom att göra en lateral kantotomi eller annan orbitakirurgi. Ett lämpligt kontrollintervall kan vara var tredje timme. Kontrollerna bör utföras av ögonutbildad personal som har tillräcklig kompetens för uppgiften [4].

Remissversion

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för ögonsjukdomar 2021-06-10 , giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, Överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordförande i NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare, carina.libert@sll.se

1.7. Uppföljning

Preseptal cellulit: Återbesök på ögonkliniken eller i vissa fall barnkliniken.

Orbital cellulit: Uppföljning på behandlande klinik men också alltid på ögonklinik även om det inte har varit den klinik där har vårdats inneliggande.

1.8. Kvalitetsuppföljning

Orbital cellulit: Kvalitetsuppföljning kräver någon typ av register som inte finns idag. Möjliga kvalitetsvariabler kan vara vårdtid, kvarstående funktionsbortfall samt allvarliga komplikationer.

1.9. Innehållsansvarig

Eva Dafgård-Kopp, överläkare och docent, S:t Eriks ögonsjukhus och Karolinska institutet, Solna

Remissversion

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

1.10. Referenser

1. Hamed-Azzam S et al. Common Orbital Infections – State of the Art – Part I. J Ophthalmic Vis Res. 2018;13(2):175-82.

2. Hamed-Azzam S, AlHashash I, Briscoe D, Rose GE, Verity DH. Rare Orbital Infections – State of the Art – Part II. J Ophthalmic Vis Res. 2018;13(2):183-90.

3. Amin N, Syed I, Osborne S. Assessment and management of orbital cellulitis. Br J Hosp Med. 2016;77:216-20.

4. Howe l, Jones NS. Guidelines for the management of periorbital cellulitis/abscess. Clin Otolaryngol. 2004;29:725-8.

5. Baring DEC, Hilmi OJ. An evidence based review of Periorbital Cellulitis. Clin Otolaryngol. 2011;36:57-64.

6. Galli L, Venturini E, Bassi A, Castelli Gatinara G, Chiappini E, Defilippi C et al. Common Community-acquired Bacterial Skin and Soft-tissue Infections in Children: an Intersociety Consensus on Impetigo, Abscess, and Cellulitis Treatment. Clin Ther. 2019;41(3):532-51e.

7. Afteh MS, Khalil HS. Orbital infections: five-year case series, literature review and guideline development. J Laryngol Otol. 2015;129:670-6.

8. Wong SJ, Levi J. Management of pediatric orbital cellulitis: A systematic review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018;110:123-9.

9. Chandler JR, Langenbrunner DJ and Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. Laryngoscope 1970;80(9):1414-28.

10. Botting AM, McIntosh D, Mahadevan M. Paediatric pre- and post-septal peri-orbital infections are different diseases. A retrospective review of 262 cases. Int J Pediatr Otorhinolaryngology. 2008;72(3):377-83.

11. Stimes GT, Girotto JE. Applying Pharmacodynamics and Antimicrobial Stewardship to Pediatric Preseptal and Orbital Cellulitis. Pediatric Drugs. 2019;21(6):427-38.

12. Zhao EE, Koochakzadeh S, Ngyen SA, Yoo F, Pecha P, Schlosser RJ. Orbital complications of acute bacterial rhinosinusitis in the pediatric population: A systematic review and meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2020;135:110078.

13. Hultman Dennison S et al. Serious complications due to acute rhiosinusitis in children up to five years old in Stockholm, Sweden – Still a challenge in the pneumococcal conjugate vaccin era. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2019;121: 50-4.

14. Tsirouki T, Dastiridou AI, Ibanez flores N, Castellar Cerpa J, Moschos MM, Brazitikos P et al. Orbital cellulitis. Surv Ophthalmol. 2018;63 534-53.

15. En referens till från S Hultman Dennison ska in här när den blivit publicerad.

16. Cunnane MB, Curtin HD. Imaging of orbital disorders. Handb Clin Neurol. 206;135:659-72.

Remissversion

17. Chen LMS, Silverman N, Wu ABS, Shinder R. Intravenous Steroids With Antibiotics on Admission for Children With Orbital Cellulitis. Ophthal Plast Reconstr Surg 2018;34(3):205-8.

18. Pushker N,Tejwani LK, Bajaj MS, Khurana S, Velpandian T, Chandra M. Role of Corticosteroids in Orbital Cellulitis. Am J Ophthalmol. 2013;156:178-83.

19. Yen MT, Yen KG. Effect of Corticosteroids in the Acute Management of Pediatric Orbital Cellulitis With Subperisoteal Abscess. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2005;21(5):363-6.

20. van der Poel NA, de Witt KD, van den Berg R, de Win MM, Mourits MP. Impact of superior ophthalmic vein thrombosis: a case series and literature review. Orbit. 2019;38(3):226-32.

Remissversion

Riktlinje för periorbital nekrotiserande fasciit

NAG Plastik orbita

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Riktlinje för periorbital nekrotiserande fasciit

Eventuellt förord/sammanfattning

[Brödtext]

[Namn, titel i sammanhanget]

[Datum, Ort]

Remissversion

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för XX ÅÅÅÅ-MM-DD, giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordf NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare] NPO Ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Innehållsförteckning

Riktlinje för periorbital nekrotiserande fasciit 2
Eventuellt förord/sammanfattning 2
1.1. Syfte 4
1.2. Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram 4
1.3. Bakgrund 5
1.4. Utredning/diagnostisering 6
1.5. Behandling/handläggning [1–4] 7
1.6. Vårdnivå 8
1.7. Kvalitetsuppföljning 8
1.8. Innehållsansvarig 8
1.9. Referenser 8

Remissversion

1.1. Syfte

Syftet med riktlinjen är att skapa ett underlag för en likvärdig vård i Sverige, genom att upprätta nationell riktlinje för utredning, behandling och uppföljning av patienter med periokulär nekrotiserande fasciit, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet.

1.2. Metodbeskrivning – Så har riktlinjen arbetats fram

Denna riktlinje har utarbetats av NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp för plastik orbita. I den nationella arbetsgruppen har ingått representanter från alla sex sjukvårdsregioner. Ordförande har varit Eva Dafgård Kopp, sjukvårdsregion Stockholm-Gotland. Patientrepresentant har inte funnits med i den nationella arbetsgruppen. Ingen patientförening finns för aktuellt område. I den öppna remissrundan ges möjlighet för patientföreträdare att lämna synpunkter.

Den nationella arbetsgruppen inventerade initialt befintliga kunskapsstöd inom regionerna. Det fanns inget nationellt kunskapsstöd men ett antal regionala kunskapsstöd med nästa identiskt innehåll. Arbetsgruppen har också eftersökt nationella kunskapsstöd via Svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi samt infektionsläkarföreningen. Några sådana fanns inte. En systematisk sökning av internationell litteratur inom området gjordes med hjälp av sökmotorn Pubmed. Förutom gruppens egen sökning av relevant litteratur har bibliotekarien Linda Hammarbäck på biomedicinska biblioteket, Göteborgs universitetsbibliotek, hjälpt till med referenssökningen. Några randomiserade studier finns inte inom området utan kunskapsstödet baseras på fallstudier och översiktsartiklar.

Riktlinjen samt konsekvensbeskrivningen har delgivits NPO nervsystemets sjukdomar, för att ge dem möjligheten att komma med synpunkter innan den öppna remissrundan. Sofia Hultman-Dennison, ÖNH-specialist vid Karolinska sjukhuset, har granskat dokumentet och tillfört synpunkter liksom Anders Ternhag, docent i infektionssjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset har givit synpunkter på antibiotikaval. Hela arbetsgruppen för plastik orbita har granskat riktlinjen och kommit fram till detta konsensusdokument.

Remissversion

1.3. Bakgrund

Nekrotiserande fasciit (NF) är en snabbt progredierande nekrotiserande infektion av den superficiella muskelfascian med sekundär nekros av överliggande hud och fettväv. Den kan förekomma var som helst i mjukvävnaden men denna riktlinje behandlar NF periokulärt. Vävnadsskadan orsakas av bakteriella nekrotoxiner som sannolikt också är upphovet till glomerulonefrit, endokardit, toxisk chock och död. Subkutana kärltromboser som leder till nekros gör att antibiotika penetrerar dåligt [1–4].

Epidemiologi (incidens och prevalens)

NF är en sällsynt sjukdom. Data om incidens och prevalens är inte tillgängliga. Infektionen är ännu mer sällsynt hos barn än hos vuxna.

Etiologi

Den vanligaste orsakande patogenen är Grupp A hemolytiska streptokocker som står för cirka hälften av sjukdomsfallen. Därefter följer Pseudomonas aerogenosa, Stafylokockus aureus, blandinfektioner med olika bakterier och en stor mängd ovanligare bakterie- och svampinfektioner. Även anaeroba bakterier förekommer som agens [1–4].

Riskfaktorer [1–4]

- Immunosuppressiv behandling.
- Missbruk.
- Diabetes mellitus.
- Autoimmuna sjukdomar.
- Malnutrition.
- Hjärt-kärlsjukdomar.
- Andra pågående infektioner.

Cirka hälften av sjukdomsfallen av NF inträffar hos i övrigt helt friska individer utan predisponerande faktorer.

Utlösande faktorer [1–4]

- Trauma.
- Kirurgi.
- Tandinfektion.
- Pågående infektion i sinus.
- Pågående infektion i och omkring ögat.

Symtom

- Svår smärta i ett område med svullen, rodnad, varm, ömmande hud/mjukvävnad.
- Eventuellt förekommer redan vid diagnosen hudnekroser och blåsor i huden.
- Allmänpåverkan med sjukdomskänsla, illamående, svettning och feber är vanligt.

Remissversion

1.4. Utredning/diagnostisering

Utredningen och behandlingen av NF är mycket brådskande. Sjukdomen har ett snabbt förlopp, ibland kan det gå enbart ett par timmar mellan insjuknande och död. Handläggningen har högsta prioritet.

Anamnes

Riskfaktorer och utlösande faktorer enligt 1.3.3 och 1.3.4. Status:

- Allmäntillståndet är ofta påverkat.
- Förhöjd kroppstemperatur kan förekomma. Mätning av kroppstemperatur.
- Tecken på inflammation och eventuellt hudnekros av det angripna området.
- Själva ögat är vanligen opåverkat.
- Orbitastatus (visus, pupillreaktioner, motilitet, proptos, inflammationstecken på eller i ögat) bör göras för att differentiera mot preseptal och orbital cellulit.
- Vid palpation av området kan man ibland höra krepitationer subkutant. Luft subkutant kan ses på röntgenbilder.
- Mätning och fortsatta kontroller av vitala funktioner som puls, blodtryck, syremättnad och kroppstemperatur.

Handläggning vid utredning [1–4]

Diagnosen ställs vanligen utifrån det kliniska utseendet och en hög nivå av misstänksamhet krävs av klinikern. Vid eventuell tveksamhet är det lämpligt att via explorerande incision undersöka om infektionen breder ut sig längs fasciaplanet utanför det angripna hudområdet.

Laboratorieprover

- CRP (vanligen hög eller mycket hög).
- LPK (både leukopeni och leukocytos finns beskrivna).
- Odling tas från eventuella sår samt vid kirurgi. Odling ska tas innan antibiotika ges.
- Blododling kan tas men har begränsat värde och får inte fördröja igångsättande av behandling.

Bilddiagnostik

CT kan bli aktuellt i ett senare skede.

Diagnoskriterier

Klinisk diagnos enligt ovan.

Differentialdiagnoser

- Orbital cellulit.
- Preseptal cellulit.
- Infektion med herpesvirus.
- Vagel.
- Dakryocystit.

Remissversion

Diagnoskod

- H00.0 Andra djupare inflammationer i ögonlock.
- H01.8 Annan specificerad inflammation i ögonlock.

1.5. Behandling/handläggning [1–4]

Stödjande intensivvårdsbehandling behövs ofta. Hyperbar syrgasbehandling i tryckkammare kan övervägas i svårare fall.

Kirurgisk behandling

Kirurgisk debridering av all nekrotisk vävnad är den viktigaste behandlingen. Detta måste vanligen upprepas, ofta dagligen, till dess att infektionen är under kontroll och inga nya nekrotiska områden bildas. Infektionens utbredning på hudnivå kan markeras med en penna för att följa eventuell progress eller regress.

Så länge det är aktuellt med operation i narkos ska patienten hållas fastande.

Läkemedelsbehandling

Intravenös behandling med antibiotika i högdos riktad mot sannolik eller odlingsverifierad patogen är obligat. Empirisk behandling (innan odlingssvar) inleds med en karbapenem tillsammans med klindamycin. Vid hög misstanke om MRSA ges kombinationsbehandling med vancomycin istället för klindamycin.

- Vuxna: Meropenem 1g x 3 iv + klindamycin 600 mg x 3 iv.
- Barn: Meropenem 20 mg/kg x 3 iv + klindamycin 10 mg/kg x 3 iv.

Komplikationer

- Förlust av ögat.
- Bestående skador av mjukvävnad.
- Tillfälligt eller bestående nedsatt synfunktion.
- Vid spridning av NF till omkringliggande vävnader såsom hals eller mediastinum – septisk chock, endokardit, njursvikt, tromboser i venösa och arteriella kärl.
- Tillståndet kan leda till döden.

Mortaliteten har rapporterats i sjunkande. Den senaste siffran angående mortalitet av periokulär NF är 8,5% [2]. Storleken på vävnadsförlusten är beroende av hur långt infektionen hunnit progrediera innan den stoppas upp.

Klinisk uppföljning

På ögonklinik och eventuellt på plastikkirurgisk klinik. Omfattande rekonstruerande kirurgiska åtgärder kan behövas efter utläkt infektion.

Remissversion

Fastställd i Nationellt programområde (NPO) för XX ÅÅÅÅ-MM-DD, giltig till ÅÅÅÅ-MM-DD
Fastställd regionalt ÅÅÅÅ-MM-DD
Innehållsansvarig: Eva Dafgård Kopp, Docent, överläkare, S:t Eriks Ögonsjukhus. Ordf NAG plastik orbita
Kontaktperson: Carina Libert, processledare] NPO Ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

1.6. Vårdnivå

NF kräver multidisciplinärt samarbete. Patienten ska vårdas inneliggande på klinik som har tillgång till intensivvård och kirurgi. Infektionsläkare, ögonläkare, specialister i anestesi- och intensivvård och ibland ÖNH-läkare och/eller plastikkirurg är de specialister som har huvudrollen i patientens vård.

Ledtider för utredning och behandling: Högsta prioritet gällande diagnostik och behandling på grund av sjukdomens snabba och allvarliga förlopp.

1.7. Kvalitetsuppföljning

Kvalitetsuppföljning förutsätter någon typ av internationellt eller nationellt register vilket inte finns idag. I händelse av ett inrättande av ett sådant kunde man exempelvis registrera vårdtid, funktionsförlust eller funktionsnedsättning, antal operationer, död.

1.8. Innehållsansvarig

Eva Dafgård Kopp, överläkare och docent, S:t Eriks ögonsjukhus och Karolinska institutet, Solna.

1.9. Referenser

1. Lazzeri D, Lazzeri S, Figus M, Tascini C, Bocci G, Colizzi L et al. Periorbital necrotising fasciitis. Br J Ophthalmol. 2010; 94:1577-85.
2. Amrith S, Hosdurga Pai V, Wan Ling W. Periorbital necrotizing fasciitis – a review. Acta Ophthalmol. 2013; 91:596-603.
3. Clebak KT, Malone MA. Skin infections. Prim Care 2018;45(3):433-54.
4. Hamed-Azzam S, AlHashash I, Briscoe D, Rose GE, Verity DH. Common Orbital Infections – State of the Art – Part I. J Ophthalmic Vis Res. 2018;13(2):175-82.

Remissversion

Katarakt – specialiserad vård

NPO ögonsjukdomar

Remissversion

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Innehållsförteckning

Vårdnivå och samverkan 4
Bakgrund 4
Förekomst 4
Utredning 4
Anamnes 4
Status 5
Handläggning vid utredning 5
Laboratorieprover 5
Bilddiagnostik 5
Övriga undersökningar 5
Diagnoskriterier 5
Behandling 5
Förebyggande åtgärder 5
Egenvårdsråd 6
Nutrition 6
Läkemedelsbehandling 6
Kirurgisk behandling 6
Uppföljning 7
Palliativ vård med indikationer för brytpunktssamtal 7
Remissrutiner 7
Sjukskrivning 8
Komplikationer 8
Klinisk uppföljning 9
Kvalitetsuppföljning 10
Patientmedverkan och kommunikation 11
Patientinformation 11
Relaterad information 11
Metodbeskrivning 11
Syfte 12
Referenser 12
Konsekvensbeskrivning 12

Remissversion

Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Remissversion

Kontaktperson: Carina Libert, processledare NPO ögonsjukdomar, carina.libert@sll.se

Vårdnivå och samverkan

- Vid misstanke om synnedsättande katarakt behöver man ta reda på patientens bästa synskärpa med rätt glas. Det görs oftast bäst hos optiker som vid behov remitterar till ögonspecialist.
- Utredning sker hos ögonspecialist. Kataraktvården ska organiseras så att patienten i de allra flesta fall undersöks endast en gång innan operation. När specialist i ögonsjukdomar bedömt att operationsindikation föreligger ska opererande klinik som regel kunna planera för operation utan att upprepa redan gjorda undersökningar Det förutsätter noggranna och väl dokumenterade förundersökningar där eventuella riskfaktorer framkommer och att patienten informeras om förutsättningar och operationsrisker.
- Vid behov av uppföljning görs det normalt hos ögonspecialist alternativt annan vårdpersonal på ögonklinik. Efter okomplicerad operation kan eventuell uppföljning begränsas till glasögonutprovning hos optiker.
- Väntetiden till kataraktoperation räknas från det att ögonspecialist fattat beslut om operation.

Bakgrund

Riktlinjerna avser katarakt hos personer äldre än 8 år.

Förekomst

Kataraktkirurgi utförs vid mer än 90 kliniker i landet, och antalet ingrepp per år är mer än 130 000. Medelåldern är cirka 74 år och cirka 57 % av de som opereras är kvinnor. Mer än 95 % av ingreppen registreras i Nationella kataraktregistret (NCR). Mer än 60 % av ingreppen görs idag vid privata kliniker med offentlig finansiering genom vårdavtal med sjukvårdsregion. Betydande skillnader i bland annat operationsindikationer, volymer och väntetider ses mellan olika kliniker och sjukvårdsregioner. Utbildning av nya kataraktkirurger sker nästan uteslutande vid offentliga kliniker.

Remissversion

Utredning

Kataraktvården bör organiseras så att patienter så långt som möjligt undersöks endast en gång innan en operation. Om en specialist i ögonsjukdomar har bedömt att operationsindikation föreligger ska en opererande klinik som regel kunna sätta patienten på väntelista för operation utan att upprepa redan utförda undersökningar.

Anamnes

- Annan ögonsjukdom.
- Tidigare ögonkirurgi inklusive refraktiv sådan.
- Trauma eller amblyopi.
- Övriga sjukdomar av betydelse.

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

- Läkemedel av betydelse såsom alfa-adrenoreceptorantagonister eller pågågende cytostatikabehandling.
- Läkemedelsallergier.

Status

- Bästa korrigerade visus med fördragbar korrektion.
- Avläsning av eget glas.
- Ögontryck.
- Ögonundersökning i kornealmikroskop.

Handläggning vid utredning

Katarakt är en klinisk diagnos och utredning är inte indicerat.

Laboratorieprover

Laboratorieprover är endast aktuellt inför operationer i narkos.

Bilddiagnostik

OCT (Optic Coherence Tomography) av makula, ultraljud och liknande undersökningar är inte nödvändigt att genomföra rutinmässigt inför kataraktkirurgi.

Övriga undersökningar

- Biometri – i första hand optisk interferometri, i andra hand ultraljud.
- Vid val av formel beaktas tidigare refraktiv kirurgi.
- Kontaktlinsvila bör ha utförts i några dagar före mätning för mjuka linser, och i två veckor för hårda.

Diagnoskriterier

Diagnoskod enligt lokala rutiner H25.0 – H26.9.

Behandling

Förebyggande åtgärder

Faktorer som har visat sig påskynda utveckling av katarakt är:

- Rökning.

Remissversion

- Hög exponering av ultraviolett ljus (UVB) i form av solljus.
- Diabetes.
- Långvarig behandling med kortison.

I och med att dessa faktorer är möjliga att påverka kan förebyggande åtgärder vara relevanta.

Egenvårdsråd

- Justering av glasögonstyrka via optiker kan göra att god synskärpa bibehålls i början av kataraktutvecklingen, som ofta medför förändringar i refraktionen särskilt i form av ökad närsynthet.
- Bländningsbesvär kan minskas med lämplig skuggande huvudbonad och dylikt.

Nutrition

Oxidativa processer i linsens vävnad har en påvisad roll vid utveckling av katarakt men inga studier har kunnat påvisa någon effekt av diet eller kosttillskott på sjukdomsförloppet hos människa.

Läkemedelsbehandling

För närvarande finns ingen läkemedelsbehandling som har visat sig kunna förhindra eller bromsa utveckling av katarakt hos människa.

Kirurgisk behandling

Den enda effektiva behandlingen för katarakt är kirurgi. Den metod som idag utgör ”golden standard” och används i mer än 98 % av kataraktoperationer i Sverige är fakoemulsifiering och implantation av artificiell intraokulär lins (IOL). I komplicerade fall eller beroende på tillgänglig utrustning kan extrakapsulär kataraktextraktion (ECCE) eller intrakapsulär kataraktextraktion (ICCE) utföras, med eller utan IOL-implantation vid det primära ingreppet.

Vid defekt eller skadad linsupphängning är kataraktextraktion med vitrektomiteknik/fragmatom ett alternativ. Kataraktoperation där vissa moment utförs med stöd av femtosecondlaser (Femtosecond Laser Assisted Cataract Surgery, FLACS) har under senare år introducerats, men har inte visats ge bättre synresultat jämfört med fakoemulsifiering utförd med sedvanlig teknik.

Intrakameral injektion av antibiotika ska användas vid kataraktoperation för att förebygga postoperativ infektion. I anslutning till operationen ska medicinsk behandling ges för att dämpa postoperativ inflammation och när behov bedöms föreligga minska risk för postoperativ stegring av ögontrycket.

Efter okomplicerad kataraktkirurgi på annars friskt öga rekommenderas lokala steroider eller NSAID som inflammationsprofylax. Kombinationsbehandling bör reserveras för komplicerade fall och fall med komorbiditet som exempelvis diabetes.

Remissversion

Kataraktoperation utförd samma dag i båda ögonen på korrekt indikation påskyndar patientens synrehabilitering, effektiviserar vårdprocessen, innebär besparingar för sjukvård, övriga samhället och patienten, samt minskar miljö- och klimatpåverkan. Villkor till vårdgivare bör utformas så att båda operationerna ersätts fullt ut vid operation av båda ögonen samma dag.

Uppföljning

Efter okomplicerad kataraktoperation behövs ingen uppföljning. Patienten ska informeras om risk för efterstarr. Vid misstanke om efterstarr får patienten på nytt kontakta ögonsjukvården via nämnda remissvägar.

Palliativ vård med indikationer för brytpunktssamtal

Kataraktoperation utförd på korrekt indikation ger mycket goda förutsättningar till förhöjd livskvalitet. Ingreppet är inte kostsamt eller omfattande, och kan som regel utföras i lokalbedövning. Effekten av en kataraktoperation kan dock i vissa fall ifrågasättas med hänsyn till patientens allmäntillstånd eller förväntade återstående livstid. Iakttagna komplicerande omständigheter rörande själva katarakten liksom risker med narkos när detta bedöms nödvändigt för att kunna utföra en operation bör också vägas in.

När beslut fattats att låta en synstörande katarakt kvarstå utan åtgärd bör patient/anhöriga noggrant informeras om grunden för beslutet. Som regel är palliativa åtgärder inte aktuella särskilt för katarakten utan vidtas utifrån allmäntillstånd/allmänsjukdom.

Åtgärdskod CJC00-99, CJD00-99, CJE00-99, CJG00-99

Remissversion

Remissrutiner

Majoriteten av patienterna med katarakt identifieras primärt upp av optiker och remitteras av optiker till ögonsjukvården. Primärvården är också relativt vanlig remittent. Övriga medicinska specialiteter kan remittera i sällsynta fall.

För att ögonsjukvården ska kunna optimera remisshantering och prioritering behöver remiss innehålla uppgift om synskärpa (prövad med åtminstone egen glasögonkorrektion), beskrivning av subjektiva besvär och påverkan i dagliga aktiviteter samt hur lång tid besvären varat. Remitterande enheter där prövning av synskärpa och refraktion inte går att genomföra bör hänvisa patienten till optiker för remittering därifrån efter adekvat prövning av synskärpa och refraktion.

När ögonspecialist remitterar patient med diagnostiserad katarakt för operation på annan ögonsjukvårdsenhet ska remissen tillsammans med eventuella bifogade journalhandlingar dessutom innehålla:

- Dokumentation att patienten önskar genomgå operation efter att ha mottagit information om förutsättningar och risker.

- Aktuell refraktion på båda ögonen.
- Dokumenterade önskemål från patienten om postoperativ refraktion.
- Om remittenten förfogar över adekvat utrustning – biometridata (axellängdsmätning och k-värden).

Alla opererande kliniker ska kunna ta hand om samtliga patienter planerade för kataraktoperation i loklabedövning. Förväntat tekniskt krävande eller komplicerad operation, funktionshinder, tidigare refraktiv kirurgi är inte anledning att remittera patienten till annan klinik. För patienter där en komplikation inträffat (som exempelvis tappad linskärna, endoftalmit) ska etablerad remissväg till klinik med bakre segmentkirurgisk verksamhet finnas.

Sjukskrivning

Vid katarakt och utförd åtgärd kataraktkirurgi där arbetsbelastningen innefattar normala synkrav rekommenderas ingen sjukskrivning.

Sjukskrivning rekommenderas:

- Vid katarakt där arbetsbelastningen innefattar höga synkrav som till exempel bilkörning rekommenderas sjukskrivning på heltid fram till operation.
- Vid katarakt och utförd åtgärd kataraktkirurgi där arbetsbelastningen innefattar höga synkrav som till exempel bilkörning rekommenderas sjukskrivning upp till 3 veckor på heltid.
- Vid katarakt och utförd åtgärd kataraktkirurgi där arbetsbelastningen innefattar smutsiga miljöer eller risk för ögontrauma rekommenderas sjukskrivning upp till två veckor på heltid.
- Om utprovning av definitiva glasögon är en förutsättning för att uppnå de synkrav som arbetet ställer som till exempel bilkörning kan sjukskrivning upp till åtta veckor efter utförd kataraktkirurgi rekommenderas.

Läs mer om sjukskrivning vid katarakt på Socialstyrelsens sjukskrivningsstöd

Remissversion

Komplikationer

Obehandlad katarakt:

- Påverkad synkvalitet (nedsättning av synskärpa/kontrastkänslighet/mörkerseende).
- Bländning.
- Försämrad samsyn.

Obehandlad katarakt ger också sekundära komplikationer, omfattande men inte begränsade till kognitiv påverkan, depression och ökad fallrisk.

Peroperativa komplikationer:

- Skada på linskapsel och/eller upphängning.

- Ultraljudsorsakad brännskada i operationssnittet.
- Förlust av linssubstans till glaskroppsrummet.
- Corneaödem.
- Skada på iris.
- Suprachoroidal blödning.

Postoperativa komplikationer:

- Avvikelse från planerad postoperativ refraktion.
- Ökad eller långdragen inre retning.
- Stegrat ögontryck.
- Svullnad i hornhinnan.
- Svullnad i näthinnans gula fläck.
- Postoperativ infektion i ögats inre, endoftalmit.
- Näthinneavlossning.
- Dislokation av IOL.
- Efterstarr.

Alla opererande kliniker ska ha en fungerande rutin för handläggning av misstänkt endoftalmit, antingen med egen provtagning och behandling eller via etablerat samarbete med annan klinik. Snabb behandling ska prioriteras högre än diagnostik vid misstänkt endoftalmit.

Remissversion

Klinisk uppföljning

Efter okomplicerad kataraktoperation i ögon som saknar andra komplicerande sjukdomar eller riskfaktorer finns ingen tvingande medicinsk anledning till att patienten ska återkomma till ögonsjukvården för kontroll.

Uppföljning, inklusive användning av Catquest 9SF, rekommenderas under mars månad varje år för registrering i Nationella kataraktregistret. Planering av klinisk uppföljning ska baseras på aktuellt operationsförlopp och ögats tillstånd i övrigt, exempelvis förekomst av glaukom med eller utan synnervsskada eller annan samtidig ögonsjukdom eller annat som ökar risken för avvikande postoperativt förlopp.

Opererande klinik ska följa och behandla alla egna komplikationer som inte specifikt kräver till exempel vitreoretinal kirurgi, som exempelvis kärnbit i främre kammaren, högt postoperativt tryck, okomplicerat cystiskt makulaödem eller efterstarr.

Alla kataraktoperationer ska rapporteras till det svenska Nationella Kataraktregistret via webbformulär.

Användning av Nationell Indikationsmodell för KataraktExtraktion (NIKE) rekommenderas, och rekommenderas starkt som beslutsstöd i samtliga fall vid synskärpa på >0,7 på det aktuella ögat. Operation kan därvid bli aktuell vid NIKE ≤3.

Deltagande i Nationella kataraktregistrets årliga uppföljningsstudie under mars månad, inklusive användning av Catquest 9SF, rekommenderas.

Nationella kataraktregistret

Kvalitetsuppföljning

Kvalitetsuppföljning av kataraktkirurgi för vuxna i Sverige sker idag via Nationella kataraktregistret. Rapportering till registret ska vara obligatorisk.

Data från registret speglar kriterierna för God vård:

- Kunskapsbaserad: Resultaten kan jämföras med andra vetenskapligt publicerade data.
- Säker: Analys av rapporterade metoder och resultat kan belysa graden av säkerhet.
- Individanpassad: Metod-och materialval rapporteras till registret.
- Jämlik: Data från registret visar hur vården fördelas avseende regioner, ålder, kön och samsjuklighet.
- Tillgänglig: Via registret kartläggs variationer i väntetider och indikationer för kirurgi.
- Effektiv: Registret innehåller delar som avspeglar den upplevda nyttan för patienten.

De variabler som rapporteras till Nationella Kataraktregistret:

- Är mätbara, har hög relevans och är entydigt tolkningsbara.
- Anpassas över tid för att kunna belysa viktiga aspekter på vårdens kvalitet och vårdnytta.
- Gör det möjligt att identifiera förhållanden som bör analyseras närmare och där möjlighet till förbättring finns
- Har redan använts och ska kunna användas för att påvisa kvalitetsförbättringar, spåra förändring över tid och identifiera områden för framtida forskning.

Registret innehåller data som omfattar:

- CROM kliniskt rapporterade - det vi kan hämta ur journalen.
- PROM - patientrapporterad hälsa o livskvalitet.
- PREM – patientens upplevelse.

Remissversion

Patientmedverkan och kommunikation

Patientinformation

Använd benämningarna på de optiska konstruktionerna som exempelvis lins med ökat/förlängt skärpedjup, multifokal lins eller torisk lins. Använd inte uttryck som standardlins, premiumlins eller liknande.

Berätta kort om:

- Sjukdomen och hur den påverkar synen, hur behandlingen syftar till att förbättra synen, och hur den går till praktiskt ur ett patientperspektiv.
- Hur en konstgjord lins fungerar och vilka optiska alternativ/konstruktioner som finns tillgängliga och hur synkvaliteten påverkas av de olika alternativen/konstruktionerna.
- Risker och komplikationer, förväntade bieffekter på synkvaliteten som en konstgjord lins kan medföra inklusive bieffekter av olika optiska lösningar.

Informera om:

- Förväntat postoperativt förlopp, instruktioner om postoperativ behandling och anvisningar om inskränkningar i aktiviteter under den första veckan efter operation.
- Kontaktinformation om behov skulle uppstå av akut bedömning av postoperativt tillstånd.

Relaterad information

Toriska intraokulära linser (IOL) kan implanteras på medicinsk indikation – det vill säga att sjukvårdshuvudmannen står för kostnaden - vid en corneal astigmatism på ≥2,5D. (En okorrigerad astigmatism på 2,5 dioptrier medför att avståndssynskärpan försämras till cirka 0,3. För lägre grader av astigmatism kan toriska IOL finansieras antingen helt av vårdtagaren, via ett så kallat co-payment system eller helt av sjukvårdshuvudmannen. För IOL av typen ”extended depth of focus” (EDOF), multifokala IOL och liknande gäller ingen motsvarande medicinsk indikation. Dessa kan finansieras antingen helt av vårdtagaren eller via ett så kallat co-payment system.

Vetenskaplig evidens för användning av topikala antibiotika före eller efter ingreppet är svag, under förutsättning att intrakamerala antibiotika används.

Metodbeskrivning

Denna riktlinje har utarbetats av NPO ögonsjukdomars nationella arbetsgrupp (NAG) för katarakt. I den nationella arbetsgruppen har ingått representanter från fem olika sjukvårdsregioner. Ordförande har varit professor Anders Behndig, Region Västerbotten. NPO ögonsjukdomar har delgivits och godkänt riktlinjen samt tillhörande konsekvensbeskrivning inför remissrunda. Riktlinjen har utformats genom gemensamt arbete av NAG-gruppen, vars första möte ordnades på S:t Eriks Ögonsjukhus i Stockholm 3/9 2019. Löpande arbete har sedan bedrivits via mailkontakt i gruppen och totalt 7 virtuella möten. Ordförande, tillika registerhållare i Nationella Kataraktregistret (NCR), har

Remissversion

haft löpande kontakt med NCR:s styrgrupp, som godkänt utformningen av riktlinjen i sin nuvarande form. Arbetet har också presenterats vid NCR:s användarmöte 2019 och 2020, där synpunkter från landets opererande kliniker har inhämtats.

Patientrepresentant har inte funnits med i NAG-gruppen. Det finns inte någon nationell patientförening för katarakt, men patientrepresentanten i NCR:s styrgrupp har godkänt riktlinjen. I den öppna remissrundan ges ytterligare möjlighet för patientrepresentanter att lämna synpunkter.

Syfte

Syftet med vårdriktlinjen är att ge nationellt enhetliga och medicinskt/vetenskapligt förankrade rutiner för vården av patienter med katarakt: enhetliga operationsindikationer - volymer och - metoder och enhetliga väntetider.

- Om ingen medicinsk indikation finns ska kataraktkirurgi endast komma i fråga vid symtomgivande katarakt. Som regel innebär detta en nedsättning av synskärpan med bästa fördragbara glas till ≤0,7 på det aktuella ögat. I vissa fall kan operation vara aktuell även vid högre synskärpa, till exempel vid uttalade bländningsbesvär.
- Stor restriktivitet ska gälla för kataraktkirurgi vid synskärpa >0,7 och avsaknad av medicinsk indikation.
- Varje sjukvårdsregion ska sträva efter en operationsvolym, som - relaterad till demografi - ligger inom ±10% från riksgenomsnittet.
- Varje sjukvårdsregion ska sträva efter väntetider för kataraktkirurgi som ligger max 10% över riksgenomsnittet.
- Faktorer som ålder, behov av narkos och liknande bör inte påverka väntetiden till kataraktoperation.

Referenser

Referenser Katarakt.pdf

Dokumenttyp: Pdf
Senast reviderad: 2021-08-13

Konsekvensbeskrivning

Konsekvensbeskrivning-for-kunskapsstod-katarakt.pdf

Dokumenttyp: Pdf
Senast reviderad: 2021-08-13

Remissversion