

AMD – behandling med anti-VEGF

Vid misstanke om neovaskulär (våt) AMD

Hitta i dokumentet

[Symtom](#)

[Statusfynd i makula/bakre polen](#)

[Utredning](#)

[Bedömning](#)

[Diagnoser](#)

[Visuskriterier](#)

[Behandling](#)

[Kvalitetsregister](#)

[Behandlingsalternativ](#)

[Observe & Plan](#)

[Fallgropar och specialfall](#)

[Referenser](#)

[Beslut](#)

[Länkar](#)

[Ansvariga för dokumentet](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Symtom

- Visusnedsättning framför allt närseende
- Krokseende
- Mikropsi

Statusfynd i makula/bakre polen

- Svullnad
- Exsudat
- Blödning

Utredning (< 2 veckor)

- Visus och LIX
- OCT
- OCT-angio om behov av skärpt diagnostik (framförallt nya patienter)
- Eventuell klinisk undersökning hos läkare
- FAG/ICG (ffa om oklar diagnos; OBS. Ska dock inte fördröja behandlingen!)

Bedömning

Undersökning läggs till behandlande läkare eller retinarond för bedömning/ställningstagande till utredning/behandling med högprioritet om ny patient (!) (bara OCT/OCT-angio- till "fikOCT", OCT + angiografi till "fikreti")

Diagnoser

- Klassiskt CNV
- Ockult CNV
- RAP – Retinal Angiomatös Proliferation

- PCV – Polypoidal choroidal vasculopathy.

Visuskriterier

- Visus $\geq 0,1$
- Läsformåga ≥ 24 punkter
- Undantag vid mycket snabb synförsämring/uttalat ödem som kan förklara visus/"sista öga"

Exklusionskriterier för behandling

- Permanent skada – atrofi/fibros, som förklaring till synnedsättning

Behandling

Målet är att alla "nya" AMD patienter ska få första injektionen så snart som möjligt efter diagnos (varje dag gör skillnad för prognosen).

Behandlingsalternativ

Vid klassiskt/ockult membran eller RAP:

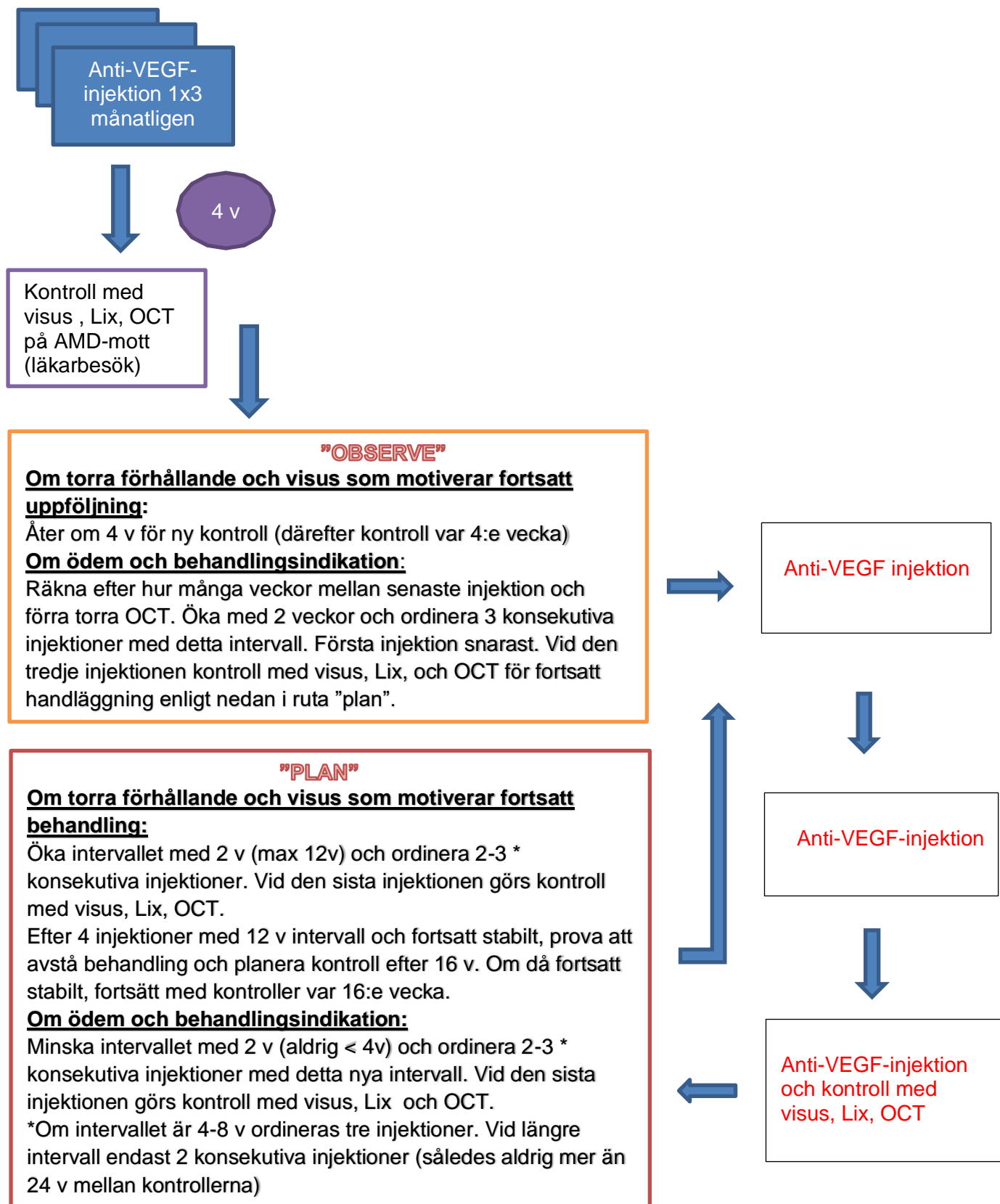
- Avastin (enligt nuvarande klinikchefsbeslut, förstahandsval preparat vid våt AMD, ifall terapivikt byte till någon av nedanstående preparat)
- Eylea
- Lucentis
- Ev Beovu (om terapivikt på övriga preparat och behov av täta behandlingsintervall; OBS! Dessa patienter behöver individuell behandlingsplan + behov av kliniska undersökningar hos läkare av främre och bakre segment inför varje injektion Ex. på behandlingsplan vid terapibyte: Beovu x 3 var 6:e vecka inklusive kliniska kontroller hos läkare inför varje injektion i 6 månader; därefter injektion var 8:e vecka om torrt, annars fortsatt behandling var 6:e vecka). Om intraokulär inflammation eller retinit/BRAO: kontraindikation mot fortsatt behandling.

Nydiagnostiserade patienter med våt AMD – erbjud behandling enligt "Observe & Plan" regim, (var god se flödesschema nedan).

Vid PCV:

- Anti-VEGF som vid CNV (om central subretinal vätska/ödem som påverkar visus), eventuellt följt av laserbehandling (var god se nedan)
- PDT (remiss till Mölndal eller Lund)
- mikropulslaserbehandling
- Eventuellt fokal laser om extrafoveal

Observe & Plan



Behandlingsregimen inleds med 3 månatliga injektioner. Därefter kontroll med visus, Lix och OCT var fjärde vecka. Undersökningarna utförs av sjuksköterska och bedöms, direkt eller i undantagsfall i efterhand via bevakningslådan fikOCT, av läkare. Om fikOCT används, märk meddelandet HPRI.

- Vid god behandlingseffekt upprepas kontrollen var fjärde vecka. Om recidivfri i 6 månader, glesas stegvist kontrollerna ut upptill 4 månader
- Vid otillfredsställande effekt efter 4 veckor överväg byte av anti-VEGFpreparat.
- Vid recidiv erbjuds snarast möjligt 3 konsekutiva injektioner. Intervallet mellan injektionerna bestäms av hur lång tid efter den senaste injektionen som patienten klarat sig utan recidiv + 2 veckor. I samband med den tredje injektionen genomförs av sköterska Visus, LIX, OCT som ligger till grund för fortsatt behandlingsbeslut enligt nedan.

Ex. Vid första (4v)och andra(8v) kontrollen var makula torr men vid tredje (12v)kontrollen råder recidiv. Nytt intervall sätts till 10v och pat ordineras 3 injektioner.

Behandlingen fortsätter som Observe&Plan med 2-3 injektioner i taget och samtidig visus, LIX, OCT vid den sista planerade injektionen. Undersökningarna görs av sköterska och bedöms, vid AMD-mottagning eller i efterhand via bevakning i VAS (FikOCT – normalprio; OBS! gäller ögonmottagningen i Halmstad), av läkare.

- Vid torra förhållanden förlängs intervallet 2 veckor upp till max 12 veckor.
- Vid recidiv förkortas intervallet 2 veckor, (förutsatt att tidigare planerat intervall kunnat hållas, vid förseningar kan man behöva backa mer). Minsta intervall 4 veckor.

För att undvika för lång tid mellan kontrollundersökningarna planeras vid långa behandlingsintervall endast 2 injektioner i taget enligt tabellen nedan.

Intervall	Antal injektioner
4-8 v	3 st
10-12 v	2 st

- Proceduren upprepas så länge synskärpmässig behandlingsindikation föreligger. Efter 3-4 injektioner i rad med 12 veckors intervall och fortsatt torra förhållanden planeras istället efter 16 veckor slutkontroll med visus, LIX, OCT och läkarbesök. Om då fortsatt stabilt fortsatt med kontrollerna vad 16:e vecka + instruktion till patient om självkontroll.

[Standardbrevsvar till patienten AMD 1-5](#)

Fallgröpar och specialfall

Vid otillfredsställande effekt provas byte av anti-VEGF-preparat. I förekommande fall kan ett byte tillbaka vara aktuellt.

På grund av de ibland glesa kliniska kontrollerna och risk för oförutsedd sjukdomsaktivitet måste patienterna beredas möjlighet att snabbt komma in om de upplever försämring.

Viktigt med skarpa ögonbottenbilder och att bedöma även dessa. Risk för blödningsrecidiv utan tydligt ödem på OCT-scan.

Vid bilateral sjukdom med olika behandlingsintervall krävs extra vaksamhet och noggrannhet för att inte missa bedömningar eller kallelser. Ibland kan det vara lämpligt att justera behandlingsintervall för att synkronisera behandlingarna.

Referenser

Parvin P, Zola M, Dirani A, Ambresin A, Mantel I. Two-year outcome of an observe-and-plan regimen for neovascular age-related macular degeneration treated with Aflibercept. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2017;255(11):2127–2134. doi:10.1007/s00417-017-3762-2

Gianniou C, Dirani A, Ferrini W, et al. Two-year outcome of an observe-and-plan regimen for neovascular age-related macular degeneration: how to alleviate the clinical burden with maintained functional results [published correction appears in *Eye (Lond)*. 2015 Mar;29(3):450-1]. *Eye (Lond)*. 2015;29(3):342–349. doi:10.1038/eye.2014.258

Monés, Jordi et al. Risk of Inflammation, Retinal Vasculitis, and Retinal Occlusion–Related Events with Brovacizumab. *Ophthalmology*, 2020; Volume 128, Issue 7, 1050 - 1059

Beslut

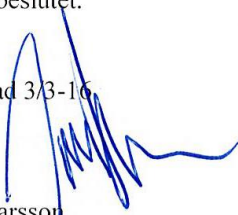
1(1)



Beslut att övergå från användning av Eylea och Lucentis® till Avastin® för behandling av åldersrelaterad makuladegeneration.

Med stöd av följande studie: "*Ranibizumab and Bevacizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration*" N Engl J Med. 2011 May 19;364(20):1897-908. samt Sveriges ögonläkareförenings styrelses uttalande i samband med årsmötet i Linköping 24-26/8 2011 beslutas att från och med 2016-05-16, inom ögonsjukvården i Halland, övergå från användning av Eylea och Lucentis® till Avastin® vid neovasculär åldersrelaterad maculadegeneration. Ärendet har beretts i Läkemiddelskommittén i Halland samt Region Hallands kunskapsstyrningsråd vilka har ställt sig bakom beslutet.

Halmstad 3/3-16



Jonas Larsson
Verksamhetschef
Ögonkliniken
Hallands Sjukhus Halmstad

Länkar

- [Makularegistret](#)

Ansvariga för dokumentet

Författare: Anna Wojciechowska-Zajac, överläkare

Granskare: Anna Dahlgren, överläkare

Fastställare: Minna Idoffsson, Verksamhetschef

Uppdaterat från föregående version

Uppdaterad: 200505/ Anna Dahlgren och Anna Wojciechowska-Zajac