

Bakre segment - epiretinalt membran och vitreomakulärt traktionssyndrom, glaskroppsblödning, makulahål.

Hitta i dokumentet

[Remissrutin](#)
[Epiretinalt membran Sammanfattning](#)
[Fynd](#)
[Symptom](#)
[Indikationer för behandling i enlighet med Kloka Kliniska Val: Vitrektomi med peeling av ILM är behandlingen för symptomgivande ERM. Indikation för kirurgi finns om patienten upplever metamorfopsi binokulärt, det vill säga patienten besväras av krokseende när hen tittar med båda ögonen.](#)

[Vitreomakulärt traktionssyndrom Sammanfattning](#)
[Fynd](#)
[Symptom](#)
[Uppföljning](#)
[Makulahål](#)
[Bakre segment glaskroppsblödning](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Remissrutin

Vid remiss för nedanstående tillstånd till universitetsklinik skall remissen innehålla följande;

- OCT-bild i pappersutskrift ange snitt i remisstexten så skriver sekreterare ut.
- Klarar patienten operation i lokal anestesi?
- Är patient pseudofak.
- Information till patient att näsa ner postoperativt kan behövas i upp till tre dygn.
- Information till patient att kataraktoperation kommer att ske samtidigt om inte redan gjort.

Epiretinalt membran

Sammanfattning

Epiretinalt membran ERM (macula pucker, cellophane maculopathi) är ett halvgenomskinligt, avaskulärt fibrocellulärt membran som oftast sitter premakulärt över ILM (internal limiting membrane) i retina. Upp till 20 % av befolkningen över 75 år uppvisar någon form av epiretinalt membran. De flesta är asymtomatiska. Incidenten av bilateralt är cirka 10-20 % och svårighetsgraden är vanligtvis asymmetrisk. ERM beror vanligtvis på en tidigare glaskroppsavlossning där själva separationen antingen lämnat delar av glaskroppsmembranet kvar på retina som i sin tur prolifererar eller att traktionen i ILM lett till bristningar genom vilka intraretinala gliaceller prolifererar.

ERM kan uppstå sekundärt till intraokulär kirurgi, laser, inflammation/uveit eller retinala rupturer.

Fynd

Glittrighet i makulaområdet, flackt utseende, eventuellt striae i retina. På OCT karakteristiskt utseende med förtjockning preretinalt. Ofta ses rynkor i retina. Ibland cystiska förändringar.

Symptom

De flesta är asymptomatiska. Vid mer uttalade förändringar uppstår metamorfopsi (krokseende), mikropsi, ibland makropsi och synnedsättning.

Indikationer för behandling

I enlighet med Kloka Kliniska Val: Vitrektomi med peeling av ILM är behandlingen för symptomgivande ERM. Indikation för kirurgi finns om patienten upplever metamorfopsi binokulärt, det vill säga patienten besväras av krokseende när hen tittar med båda ögonen.

Eller

Synskärpa 0,6 eller sämre.

Övriga patienter ska inte opereras eller följas.

Patienten bör informeras om att operationens mål är minskade metamorfopsier och inte förbättrat synskärpa.

Innan vitrektomi planeras bör patienten katarakteras oavsett förekomst av katarakt. I vissa fall kan resultatet av kataraktoperationen bli oväntat gott och vitrektomi med peeling kan avfärdas.

Slutresultatet efter operation kan värderas först efter 1 år.

Vitreomakulärt traktionssyndrom

Sammanfattning

Vitreomakulärt traktionssyndrom (VMT) orsakas av vitreomakulär adhesion, då glaskroppen har en onormalt stark vidhäftning till den centrala delen av näthinnan.

Kan påverka både män och kvinnor, kvinnor har en högre incidens. Kan förekomma i alla åldrar. VMT är en komplikation av den naturliga glaskroppsavlossning som sker med stigande ålder. När glaskroppen lossnar förblir den bakre hyaloiden bunden vid makula, vanligtvis fovea, vilket orsakar foveal distorsion, cystiskt ödem och i svåra fall, traction foveal avlossning.

Fynd

Svagt synligt, glittrande genomskinligt membran med kontakt till den centrala delen av makula.

OCT visar en partiell bakre glaskroppsavlossning med ihållande glaskroppskontakt till fovea. Spetsig vinkel mellan bakre hyaloidea och inre retinal yta. Förändringar i foveal kontur eller retinal morfologi (pseudocystbildning, CME, macular schisis, makulahål).

B-Scan kan användas för att utvärdera för partiell bakre glaskroppsavlossning som ses som ett tunt, slätt, kontinuerligt membran med fokal fästning anteriort till näthinneytan. Den saknar komplett PVD och Weiss-ringen som skiljer den från ERM.

Symptom

Synnedstättning, metamorfopsi (krokseende).

Uppföljning

I enlighet med Kloka Kliniska Val:

VMT kan följas förslagsvis 1 gång efter 3 månader för att se om det spontant har löst sig eller progredierar.

Indikationer för behandling

I enlighet med Kloka Kliniska Val:

Asymtomatiska patienter är **inte** kandidater för kirurgisk behandling. Om patienten vid 3 månaders uppföljning inte är så besvärad och OCT-anatomin oförändrad – avsluta kontrollerna.

Vitrektomi med eller utan peeling av ERM kan övervägas hos patienter med binokulära besvär. Vitrektomikirurgi är mycket framgångsrik(effektiv) behandling för att uppnå upplösning av VMT.

Patienten bör informeras om att operationens mål är minskade metamorfopsier och inte förbättrat synskärpa.

Makulahål

Bakre segment glaskroppsbloodning

Vanliga orsaker

- PDR (Proliferativ diabetesretinopati)
- Retinal ruptur/avlossning som följd till bakre glaskroppsavlossning
- Trauma

Mindre vanliga orsaker

- Retinal proliferation vid BRVO/CRVO
- Proliferativ sickle cell retinopati
- Makroaneurysm
- Våt AMD
- Terson syndrom (blödning i samband med arachnoidal-/subduralblödning)

Symptom

- Plötsligt smärfri synnedsättning
- Grumlingar i synfältet
- Blixtrar

Vad göra?

Om insyn

Inspektion av retina i dilatation. Leta efter blödningsorsak.

Om insyn + misstänkt orsak är diabetesretinopati eller annan proliferativ orsak

Ej tidigare scatterbehandlad: Påbörja panretinal scatter (PRP) inom 4 veckor om ej annan blödningsorsak hittas.

Om tidigare scatterbehandlad men det finns luckor, komplettering av scatterbehandling inom 4 veckor

Om ingen insyn + PRP sedan tidigare

Återbesök cirka varannan vecka. Om kraftigt laserbehandlad – kontroll efter 1 månad räcker.

OBS! Obehandlat PDR kan utveckla traktionsamotio relativt snabbt.

Om spontan uppkläring ej ses inom 1 månad skickas remiss för vitrektomi.

Om ingen insyn och ej PRP

Ultraljud för att utesluta ruptur/näthinneavlossning och följ upp med täta mellanrum. Försök 3-spegla periferin. Rupturer kan eventuellt identifieras och även behandlas. Informera om självkontroll.

Om det **inte** klarnar inom några dagar, överväg remiss för vitrektomi / diskutera med vitreoretinalkirurg.

Tidig vitrektomi bör övervägas hos monokulära patienter med glaskroppsblödning.

Om det **inte** klarnar inom några dagar, överväg remiss för vitrektomi / diskutera med vitreoretinalkirurg.

Tidig vitrektomi bör övervägas hos monokulära patienter med glaskroppsblödning.

Uppdaterat från föregående version

260423: Uppdaterad enl Anna Dahlgren remissdetaljer + kriterier för kirurgi av epiretinalt membran. Beslut på KLG 260401 att Region Halland följer instruktioner från SUS, bakre segment Lund.

2025-10-14: Uppdatering enl mail från Anna Dahlgren/bkn

2025-09-16: Uppdatering enl mail från Keti Jovanova Milenkoska/bkn

2024-10-24 Redaktionella ändringar enl mail från Henrik/Bkn