

UVEA - Koroidala nevi

Hitta i dokumentet

[Bakgrund](#)

[Undersökning](#)

[Handläggningsrutin](#)

[Referenser](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Bakgrund

Koroidala nevi förekommer hos cirka 6 % (prevalens 4,2 % till 7,9 %) av vuxna kaukasier, ovanligt hos barn. De flesta koroidala nevi är extrafoveolära (94 %) jämfört med subfoveolära (6 %) och de flesta är pigmenterade (77 %).

Koroidala nevi är oftast asymtomatiska, men det finns risk för synpåverkan, synfältsbortfall, CNV utveckling (<1%) och subretinal vätska samt malign transformation. Risken för ett nevus att omvandlas till malignt melanom uppskattas till 1/8845 och är åldersrelaterad, uppskattningsvis 1:3 664 för en 80-84 årig kaukasier.

Metastasering av koroidala melanom sker oftast tidigt i förloppet då melanomet är litet och kan förväxlas med ett benigt nevus. Tidig upptäckt av ett melanom är avgörande för möjlighet till behandling och bättre prognos.

Jättenevus (diameter ≥ 10 mm) representerar 8 % av alla nevi och dessa nevi kräver en livslång uppföljning, övergångsrisik till melanom är 18 % efter 10 år.

Benigna nevi kan uppvisa en minimal tillväxt över lång tid, det rör sig om 0,06 mm/år. Tillväxt under kort tid är ett varningens tecken. Dokumenterad tillväxt ger en åttafaldig ökad risk för metastaserad sjukdom jämfört med ingen tillväxt.

Undersökning

Kliniska riskfaktorer som ska bedömas vid varje nevuskontroll.

- Tjocklek över 2 mm eller en bas som är bredare än 5 mm
- Subretinal vätska
- Visuella symtom, nedsatt synskärpa/suddig syn/synfältsbortfall/blixtar
- Orange pigment (lipofuscin)
- Juxta-papillär lokalisation, ≤ 3 mm från papillen

”Lågrisk” nevus inkluderar förekomst av drusen och halo. Halonevus representerar 5 % av alla nevi.

OCT är av värde vid nevus som inte går att fånga med ultraljud och för att påvisa/dokumentera subretinal vätska. Ett observandum oavsett om klinisk undersökning eller fotokontroll är nytillkommen blödning.

Handlägningsrutin

Om inga riskfaktorer föreligger kan man följa med en ny kontroll efter 3-4 månader för att klargöra om det är en snabbt växande förändring. Ytterligare en kontroll görs efter ett år och om status är stabilt kan man överväga att avsluta kontrollerna.

Om man identifierar en eller två riskfaktorer kan man följa med en ny kontroll efter 3-4 månader, därefter halvårskontroll och vid stabilt status årliga kontroller livet ut.

Om man identifierar tre eller fler riskfaktorer rör det sig med stor sannolikhet om ett melanom, remittera till högspecialiserad onkologisk enhet (S:t Eriks Ögonsjukhus).

Patienter med ett befintligt nevus som står på immunomodulerande behandling, däribland TNF- α hämmare, skall kallas på tätare kontroller. Kortisondoser högre än 40 mg dagligen ska efterfrågas då även detta har en immunosuppressiv effekt.

Manligt kön och hög ålder kan innebära ökad risk i sammanhanget.

Referenser

1. Shields CL, Furuta M, Berman EL, Zahler JD, Hoberman DM, Dinh DH, Mashayekhi A, Shields JA, Choroidal nevus transformation into melanoma, Arch Ophthalmol 2009;127(8):981-987
2. Shields CL, Cater J, Shields JA, Singh AD, Santos MCM, Carvalho C, Combination of clinical factors predictive of growth of small choroidal melanocytic tumors, Arch Ophthalmol 2000;118:360-364
3. Shields CL, Shields JA, Clinical features of small choroidal melanoma, Curr Opin Ophthalmol 2002;13:135-141
4. Li HK, Shields CL, Mashayekhi A, Randolph JD, Bailey T, Burnbaum J, Shields JA, Giant choroidal nevus, Ophthalmology 2010;117:324-333
5. Chien JL, Sioufi K, Surakiatchanukul T, Shields JA, Shields CL, Choroidal nevus: a review of prevalence, features, genetics, risks and outcomes, Curr Opin Ophthalmol 2017;28:228-237

Uppdaterat från föregående version

2020-10-06 uppdaterad/bkn916