Region Halland

Anti-VEGF mot våt åldersförändring i gula fläcken (våt AMD, våt maculadegeneration, intravitreal anti-VEGF)

Hitta i dokumentet

Sammanfattning
Anti-VEGF – Vilket preparat?
Länk till nationell vårdriktlinje
Vid diagnos
Alla patienter ska få information om risken för endoftalmit
Patientinformation – anti-VEGF
Laddningsdoser
Specialfall där PRN (pro re nata) kan vara lämpligt
Treat and Extend – del 1
Treat and Extend – del 2
Treat and Extend – del 3
Vid lätta recidiv
Vid kraftigt recidiv
Upprepade recidiv vid försök till utglesning
Syntestning
OCT
OCT-angio = OCTA
Om risk finns för att OCT-bedömning försenas
Ögonundersökning av läkare
Avsluta
Kvalitetsregister = Svenska Makularegistret
Gällande kardiovaskulär sjukdom
Gällande tandläkarbesök, kirurgi, vaccinationer
Gällande blefarit
Gällande Vabysmo och irit/uveit
Anti-VEGF är kontraindicerat vid graviditet
Journalföring/dokumentation
Referenser
Bilagor
Uppdaterat från föregående version

Sammanfattning

Innefattar samlad vårdriktlinje för intravitreal Anti-VEGF-behandling mot våt åldersförändring i gula fläcken för Ögonkliniken Hallands sjukhus.

Anti-VEGF – Vilket preparat?

1. Vabysmo - delad vial där sprutor förfylls via "Läkemedelsproduktion"

2. Vid behov av switch - Eylea 8 mg, 114,3 mg/ml - förfylld spruta (från läkemedelsleverantören)

Om a. eller b. inte är tillgänglig - använd i första hand det tänkta läkemedlet, levererat som lösning i ampull.

En ampull per öga gäller. Vi delar inte vial/ampull på sal!

Vid diagnos

Diagnos våt AMD ställs med OCT och OCT-angio (OCTA).

Med OCTA subgrupperas membranet (MNV = macular neovascularization).
MNV 1, MNV 2, MNV 3, blandmembran, sekundär MNV pga. ex myopi/uveit.
(PCV, som ibland har typiska tecken på OCT, avhandlas inte här).
Tiden från symptom till diagnos bör ej försenas (riktmärke - symptomduration är lika lång som tid till besök).

Tiden från diagnos till första injektion bör vara så kort som möjligt, max 2 veckor.
En ny patient bör läkarundersökas med dilaterande droppar före behandling.
Testa syn, tryck och OCT makula bilateralt. OCT-angio av aktuellt öga.
Observera att en makula med PED och eller MNV på OCT-angio men utan blödningar, exsudat, intra- eller subretinalt ödem, behandlas inte som våt AMD i normalfallet.

Alla patienter ska få information om risken för endoftalmit

I samband med beslut om behandling
· Vid varje injektion
Informationen skall innehålla risk för bestående synskada, symptom och var/när/hur man skall höra av sig om man misstänker endoftalmit.
Informationen vid injektioner bör finnas tillgänglig i skriftlig form och man bör journalföra att information givits.
Se Bilaga nedan

Patientinformation – anti-VEGF

Vid injektion använder vi povidonjodid på periokulär hud, ögonlock och okulär yta. För att motverka postoperativ sveda, ges smörjande gel direkt och patienten utrustas med gel att ta hemma första dagen.

Laddningsdoser

3 injektioner med 4 veckors mellanrum.

Samma dag eller strax före injektion 3 görs syn och OCT på båda ögonen.

Det är lämpligt att patienten får ett samtal med läkare i samband med denna första utvärdering av behandling. Samtalet bör täcka besked på resultat, repetition av diagnos, genomgång av fortsatt plan, kunskap om behandlingsmål, repetition av varningssignaler för endoftalmit.

Specialfall där PRN (pro re nata) kan vara lämpligt

Myopt MNV: Endast en injektion. Instruktion enligt Medicinska retinaklubbens höstmöte 2024.
Observera att högmyopa patienter med bara en makulablödning (alltså inget MNV på OCTA) EJ SKA INJECERAS.

Treat and Extend – del 1

1. Om OCT torr – glesa intervall till 8 veckor för injektion 4.

2. Om OCT visar kvarvarande aktivitet, behåll intervall 4 veckor ytterligare 1-2 injektioner. (Räknas inte som recidiv om detta är en första behandling. Det finns ingen evidens som talar

för att man ska byta preparat redan då).

3. Om OCT visar kraftigt kvarvarande aktivitet, gör som punkt 2 eller överväg switch av preparat och börja om från början eller överväg att avsluta.

Treat and Extend – del 2

4. Vid varje fortsatt injektion skall OCT (men inte syn) göras, (även på andra ögat om det har en god funktion).

5. Så länge makula är torr, ordineras nästa injektion med 4 veckors längre intervall, dvs 12 veckor, 16 veckor och 20 veckor.

6. Hos patienter med en lång historia med våt AMD, som behövt täta intervall med andra anti-VEGF, glesa intervall endast med 1–2 veckor – inte 4.

Treat and Extend – del 3

7. Om makula är torr vid OCT som görs när injektion ges med 20 veckors intervall, ordineras ingen ny injektion utan

8. Då planeras enbart syn och OCT med 24 veckors intervall tills patienten varit utan behandling i 2 år.

Vid lätta recidiv

- Backa injektionsintervallet med 2 veckor.

- Ordinera flera injektioner med det intervallet.
    - Max 8 v intervall - Ordinera Inj x 3
    - 10–14 v intervall – Ordinera Inj x2
    - 16–20 v intervall – Ordinera Inj x1

- Kontroll av OCT vid sista injektionen i ordningen.

Vid kraftigt recidiv

- Överväg preparatbyte (om injektionerna redan givits tätt)
- Återgå till steg 1 dvs 3 laddningsdoser

Upprepade recidiv vid försök till utglesning

Ligg kvar minst 6 månader på samma intervall. Glesa sedan bara 2 v (eller i vissa fall 1 v) åt gången.

Syntestning

Syn för avstånd (det som på ett enkelt sätt går bäst, egna glas, alternativt AR) testas vid diagnos, i samband med sista laddningsdosen och härefter endast årligen samt inför

avslutad uppföljning.

Följande undantag:
· Man behöver hålla ordning på om körkortssyn upprätthålls.
· Patienten klagar över ny synpåverkan
· Remiss till Syncentralen övervägs

Lix – testas endast om syn </= 0,3 eller inför remiss till Syncentralen.

OCT (dilaterande droppe om det behövs för att OCT skall kunna bedömas)
Görs vid diagnos och vid varje injektion.
Undantag när flera injektioner ordineras på rad (dvs laddningsdos 1 och 2 samt om flera injektioner ordineras på ett utprövat intervall).

OCT-angio = OCTA

Görs för diagnos och subgruppering samt vid behov att ompröva diagnos.
Gör bara det aktuella ögat. Observera att det kan finnas kliniskt tysta MNV. Därför skall OCTA inte användas för än man misstänker våt AMD.
Observera att en makula med PED och eller MNV på OCT-angio men utan blödningar, exsudat, intra- eller subretinalt ödem, inte behandlas eller följs som våt AMD i normalfallet.

Om risk finns för att OCT-bedömning försenas

Om din mottagning har en period då du befarar att bedömning av OCT, och därmed ordination av nästa injektion, kan vara försenad, kan du göra så här:

- Ordinera flera injektioner med samma intervall
- Planera för OCT med kortare intervall

Ett ex. - över sommarsemestrar – “ordinera 4 injektioner med 6 veckor men mät OCT redan efter 2

Ögonundersökning av läkare

- En ny patient bör läkarundersökas med dilaterande droppar före behandling. Testa syn, tryck och OCT macula bilateralt. OCT-angio av aktuellt öga.
- Om det uppkommer andra ögonbekymmer under tiden (så som tecken på grå starr, efterstarr, misstanke om högt tryck), bör nytt läkarbesök planeras in för ny klinisk undersökning.

Avsluta

- Om OCT torr 2 år efter senaste injektion
- Syn <0,1 och / eller Lix <24p.
- Multisjuk så att patienten inte riktigt orkar
- Ökad risk för endoftalmit
- Låg motivation

I de fall då patienten har ett öga där behandling avslutas men det andra ögat är friskt. Erbjud fortsatta kontroller var 3e till 6e månad (baserat på hur utbredda de torra förändringarna i macula är) - tills det har gått 2 år. Förutsatt att patienten är en lämplig kandidat för injektioner om MNV upptäcks.

Mätning av ögat med låg syn behövs ej.
Observera att risken för recidiv efter avslutad behandling av våt AMD är ca 50% under 1 år. Många märker inte sitt recidiv. (2)

Man kan försöka fånga dem genom att tydligt uppmana till egenkontroller.

Hög tillgänglighet för att patient som hör av sig med besvär, får komma inom kort för ny OCT.

Kvalitetsregister = Svenska Makularegistret

Alla patienter i Region Halland som får behandling med anti-VEGF mot våt ADM skall löpande registreras i svenska Makularegistret.

Den klinik som behandlar ansvarar för registrering.

Lägg extra vikt på att registrera sub-grupp och biverkningar!

Gällande kardiovaskulär sjukdom

Det finns ingen evidens för att anti-VEGF är kontraindicerat vid hjärt-kärlsjukdom eller stroke. Man behöver inte göra något uppehåll i behandlingen utan kan behandla vidare så länge som patienten orkar. (3)

Gällande tandläkarbesök, kirurgi, vaccinationer

Det finns ingen evidens för att anti-VEGF är kontraindicerat vid någon av ovanstående situationer. Om patienten har en sårinfektion eller feber bör man avvakta tills detta är under kontroll. Patienten ska känna sig frisk vid besöket.

Infektioner/sår i ansikte/öga/ögonlock: behöver ofta omplanering.
Ex: genomgått kryo mot basaliom i ansiktet, opererat bort en tand, förkylning med feber, öppen sårinfektion efter kirurgi på kroppen, stor vagel/akut konjunktivit.

Förslag: planera in ny tid om 2 veckor och lämna åt patienten att höra av sig om förbättring uteblir.

Gällande blefarit

Blefarit behöver ofta inte vara en kontraindikation för injektion. Vid kraftig blefarit, behandla med egenvård och eventuellt antibiotikadroppar och gör omtag.

Gällande Vabysmo och irit/uveit

En liten andel patienter verkar utvecklar irit och vitrit av bland annat Vabysmo. Detta är väl känt. (6)

Enligt föreläsning (4) så kommer inflammationen ofta efter ca 3e injektionen.

Patienterna verkar inte få bestående synnedsättning. Inflammationen behandlas och man kan ta paus i behandlingen, som sedan kan återupptas.

Glöm inte att registrera händelsen i Makularegistret!

Region Halland

Anti-VEGF är kontraindicerat vid graviditet

Journalföring/dokumentation - skall innehålla

- MNV subgruppering vid diagnos
- Behandlingsbeslut (sökordet i VAS) eller motsvarande för ordination
- Planering (när ska nästa OCT ske)
- Diagnos (H353B våt AMD) + KVÅ (KMÅ) (AC022 OCT), (XCD20 AOCT)
- Vid injektion KVÅ CKD05 (intravitreal injektion), höger ZXA00, vänster ZXA05, bilateralt ZXA10.
- Kod för preparat och batchnummer (Vabysmo S01LA09), (Eylea S01LA05)
- Vid granskning i efterhand - hänvisa i första hand till att läsa den egna journalen genom att logga in med bank-ID i 1177.
- Efter behov - Standardbrev - Våt AMD – se Bilaga nedan

Referenser

1. Våt åldersförändring i gula fläcken (våt AMD) - Nationellt kliniskt kunskapsstöd (nationnelltkliniskt kunskapsstod.se

2. Aslanis S, Amrén U, Lindberg C, Epstein D. Recurrent Neovascular Age-Related Macular Degeneration after Discontinuation of Vascular Endothelial Growth Factor Inhibitors Managed in a Treat-and-Extend Regimen. Ophthalmol Retina. 2022 Jan;6(1):15-20. doi: 10.1016/j.oret.2021.03.010. Epub 2021 Mar 26. PMID: 33775926.

3. Dalvin LA, Starr MR, AbouChehade JE, Damento GM, Garcia M, Shah SM, Hodge DO, Meissner I, Bakri SJ, Iezzi R. Association of Intravitreal Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Therapy With Risk of Stroke, Myocardial Infarction, and Death in Patients With Exudative Age-Related Macular Degeneration. JAMA Ophthalmol. 2019 May 1;137(5):483-490. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2018.6891. PMID: 30703203; PMCID: PMC6512306.

4. Digital föreläsning i Roches regi. 240425. “Erfarenhetsutbyte av VABYSMO med Robin Hamilton (Moorfields) och Miklos Schneider (Glostrup)

5. Schneider M, Bjerager J, Hodzic-Hadzibegovic D, Klefter ON, Subhi Y, Hajari J. Short-term outcomes of treatment switch to faricimab in patients with aflibercept-resistant neovascular age-related macular degeneration. Graefes
Arch Clin Exp Ophthalmol. 2024 Feb 28. doi: 10.1007/s00417-024-06421-0. Epub ahead of print. PMID: 38416237.

6. Yen WT, Wu CS, Yang CH, Chen YH, Lee CH, Hsu CR. Efficacy and safety of intravitreal faricimab for neovascular age-related macular degeneration: a
systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2024 Jan 30;14(1):2485. doi: 10.1038/s41598-024-52942-3. PMID: 38291069; PMCID: PMC10827713

Bilagor

Patientinformation injektionsbehandling

AMD standardbrev Ögon HS

Uppdaterat från föregående version

Ny version.
250203: Uppdatering av text enl Anna D/Bkn
Här kan man skriva en kort information om de viktigaste uppdateringarna.