

Intraviteal injeksjon - Behandlingsveileder for våt AMD

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Ortopedi- og kirurgiavdeling/Øyeseksjon/Øyepoliklinikk
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 15.11.2022

1. HENSIKT

Sikre god behandling og oppfølging av pasienter med makulaødem. Målet for behandlingen er å tilby pasienten noe som gir økt funksjonsnivå og økt livskvalitet.

2. ANSVAR

Lege og sykepleier

3. FREMGANGSMÅTE

Oppstart av behandling:

På bakgrunn av klinisk undersøkelse samt funn ved OCT og FA/evt. ICG bestemmer man om behandling skal startes.

Om valg av medikament

- Avastin er avdelingens førstevalg ved indikasjon for anti-VEGF behandling.
- Der det tross injeksjoner med Avastin hver 4. uke over tid (3-6 påfølgende injeksjoner) ikke er tilstrekkelig klinisk respons, konverteres det til Eylea.
- Pasienter som responderer dårligere på Eylea enn på opprinnelig behandling konverteres tilbake.

Behandlingsstrategi

- Behandlingsstrategi uavhengig av medikament er "treat and extend" – injeksjon gis med intervall 4 uker til tørre forhold i makula. Man kontinuerer behandlingen når man mener at det er pågående aktivitet i lesjonen, lesjonen responderer på repetert behandling, og det ikke er noen kontraindikasjoner.
- Deretter eksterendes intervallet med 2 uker av gangen til intervallet er 12 uker eller til et residiv.
- Ved et residiv reduseres intervallet - minst med 2 uker dersom residivet er lett, og maksimalt til opprinnelige intervall 4 uker dersom residivet er kraftig.
- Intervallet kan igjen utvides ved tørre forhold i makula, men til maksimalt to uker mindre enn residivintervallet. Man kan vurdere å utvide forbi residivintervallet dersom det ligger godt tilbake i tid.
- Ved terapieresistente lesjoner kan det være aktuelt å revurdere diagnosen. Det bør da tas en ny FA og ICG for evt. å avdekke PCV eller annet.

Om time til klinisk kontroll og direkte til injeksjon

- Pasienten kommer til klinisk kontroll når det kliniske forløpet er uavklart eller der intervallet er blitt endret.
- Ellers tilstrebes time direkte til injeksjon og klinisk kontroll omkring hver 12. uke.

Avslutning av behandling:

Målet med behandlingen er at den skal tilføre økt funksjon og livskvalitet. Med dette som bakgrunn kan man vurdere å avslutte behandling dersom:

- Det er tørre, atrofiske forhold på intervall 12 uker over tid, er observasjon videre og behandling "pro re nata" en mulig behandlingsstrategi ("Pro re nata" = ved behov, altså behandling ved funn av blod/ødem). Behandlingsansvarlig lege vurderer i så fall om pasienten kan kontrolleres hos egen øyelege.
- Det har vært en allergisk reaksjon til medikament.

- Reduksjon av visus under behandling til dårligere enn 0,05 på to påfølgende kontroller.
- Visusfall 2-3 linjer eller mer siden baseline eller beste visus etter baseline.
- Det er holdepunkter for forverring av lesjonen (oct-funn) tross optimal behandling over 3 påfølgende kontroller.

Langt kommet sykdom med dårlig prognose.

Hos noen pasienter er det allerede skjedd såpass mye skade på netthinnen at behandling ikke gir den ønskede gevinsten. Derfor kan man vurdere å **la være å starte opp**

behandling hos pasienter som:

- Har visus dårligere enn tavlesyn (0,1) over lengre tid
- Det er ikke siste øye.
- Det er permanent strukturell skade i sentrale fovea, for eksempel et større (disciformt) arr, som etter klinikerens vurdering forhindrer meningsfull bedring av visus med behandling.

Eventuelt kan man gi en prøvebehandling etter nøye pasientinformasjon. Man gir da tre injeksjoner med 1 mnd. mellomrom og ved kontrollen deretter avgjør man om pasienten har hatt effekt av behandlingen.

4. GENERELT

5. INTERNE REFERANSER

6. EKSTERNE REFERANSER

7. VEDLEGG