

Patient som söker pga. prickar/flugor och/eller ljusfenomen i synfältet.

Författare: Göran Skjöld, Msc klinisk optometri, FAAO

Reviderat/granskat av: Rune Brautaset och Jeanette Brandt

Godkänt för publicering, datum: 2021-03-01

Allmänt om kliniska riktlinjer

Avsikten med kliniska riktlinjer

Kliniska riktlinjer är framtagna av Optikerförbundet för att ange riktlinjer för en minsta nivå hur undersökningar och/eller bedömningar, respektive åtgärder bör utföras vid hantering av patienter av olika kategorier. Dessa har efter bedömning fastställts ska gälla i Sverige.

Riktlinjer är omfattande men kortfattat beskrivna. Referenser är inkluderade. Respektive optometrist / optiker är ansvarig för att upprätthålla denna minsta nivå, göra en samlad bedömning samt att göra de kompletterande undersökningar som kan krävas i det enskilda fallet, eller om nytillkommen kunskap visar att så bör ske. Allt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kliniska riktlinjer revideras löpande.

Optiker och optometrist

I Sverige finns sedan 2014 optiker med behörighet att rekvirera och administrera läkemedel vid sina undersökningar. Dessa optiker har rätten att använda titeln optometrist i Sverige, vilket överensstämmer med den internationellt använda titeln.

För att inte skapa oklarhet avseende titeln optometrist, får inte andra än de som har behörighet som optiker att rekvirera och administrera läkemedel, använda titeln optometrist.

Optometrist och optiker är de som utför majoriteten av primära ögonundersökningar i Sverige (<http://www.ecoo.info>, 2017).

Optometrist och optiker har en viktig funktion i den svenska ögonhälsovården.

Inledning	4
Glaskroppsavlossning	4
<i>Normal åldringsprocess</i>	4
<i>Kliniska tecken på PVD</i>	5
Differentialdiagnos vid symptom med prickar, flugor och/eller ljusfenomen i synfältet	5
Hantering av patienten med symptom av typen prickar, flugor och/eller ljusfenomen	6
Undersökning av patienter som söker pga. Prickar, flugor och/eller ljusfenomen	6
<i>Rutin vid undersökning</i>	7
Information till patienten när ingen näthinneskada misstänks	8
Journalföring vid undersökning av patient pga. akut PVD	8
Uppföljning när ingen näthinneskada misstänks	8
Åtgärd vid misstänkt skada i näthinnan	8
<i>Exempel på diagnoskod/-koder, ICD10, som kan vara aktuella</i>	9
<i>Exempel på remisstext vid misstänkt retinaskada</i>	9
Referenser	10

Inledning

Optiker och optometristerna kommer dagligen i kontakt med patienter som rapporterar symptom av typen prickar eller flugor som plötsligt upptäckts. Vissa patienter rapporterar även upplevda blixtar eller ljusfenomen ensamt eller i samband med prickar eller flugor.

Dessa symptom, som uppkommit plötsligt, och upplevs som bestående, beskrivs ofta som förhållandevis tydliga fläckar som rör sig i synfältet, och som förändras i läge när blickriktningen ändras. Ljusfenomenen eller blixterna, upplevs oftast vid förändring av blickriktningen.

Symptomen som beskrivs av patienten, kan ha olika orsaker. Symptom som är övergående eller som återkommer periodiskt, kan orsakas av migrän, medan symptom som kvarstår kan orsakas av bakre glaskroppsavlossning, av uveit, av blödning i glaskroppen, eller av opaciteter i glaskroppen som i sin tur kan ha olika orsaker såsom kondensationer av typen sychysis scintillans eller asteriod hyalos.

En mer allvarlig orsak kan vara näthinneavlossning. I sällsynta fall kan opaciteter i hornhinnan ge dessa symptom.

Symptom kan även ibland av patienten beskrivas som prickar, flugor eller ljusfenomen, men som kan i själva verket vara symptom som orsakas av läkemedel, svullnad i hornhinnan eller helt enkelt komma av fotofobi/ljuskänslighet.

I fall där patienter söker optiker eller optometristerna, är det av största vikt att orsaken till patientens symptom undersöks noggrant, så att misstanke om allvarliga orsaker kan uteslutas.

Glaskroppsavlossning

Normal åldringsprocess

Kortfattat kan man beskriva den normala åldringsprocess som glaskroppen genomgår så här: Det blir en ökande täthet av fibrerna i glaskroppen vid ca 40 års ålder. Hyaluronsyra mister sin starka bindning till collagen (vitrosin), vilket ger en ökande liquifiering av glaskroppen över tiden. Utöver ålder kan UV-strålning bidra till att hyaluronsyran tappar denna bindning. Detta gör att glaskroppen krymper i storlek (syneresis) som resultat av separationen mellan vätska och fiber.

Den ökande liquifieringen gör att Cloquets kanal får en ökad rörlighet, vilket bidrar till de symptom patienten upplever.

Glaskroppen är starkt fäst mot linsens baksida, vid synnerven, samt vid basen vid ciliarkroppen, samt lösare fäst över makula och längs retinas blodkärl.

När glaskroppens volym minskar, uppkommer till slut ett läge där någon del, oftast den bakre delen släpper sitt fäste mot retinas inre membran. Detta kallas bakre glaskroppsavlossning och förkortas ofta PVD (Posterior Vitreous Detachment). Liquifieringen är normalt så omfattande hos 60% av alla 60-åringar, att glaskroppen har tendens att släppa baktill.

Kliniska tecken på PVD

Innan glaskroppen börjat släppa, uppkommer en ökande traktion, som kan ge makulaödem pga fästet av glaskroppen i det området.

Traktion kan också ge upphov till "white-without pressure" vilket oftast ses upptill eller temporalt.

Om det även förekommer fibros i det makulära området, s.k. epiretinalt membran, kan traktion och bakre glaskroppsavlossning ge upphov till makulahål.

I samband med att glaskroppen släpper, kan små kärl brista och ge upphov till minimala blödningar. Dessa är av övergående natur. Blödningar kan även uppkomma i glaskroppen. Vid PVD med glaskroppsbloodning är risken för näthinneskada mycket stor, uppåt 75%.

Om glaskroppen släppt från sitt fäste runt synnerven, ses ofta en ringformad opacitet (Weiss ring).

Om den traktion som uppkommer, ger upphov till en reva eller skada i näthinnan, frigörs ofta pigment från RPE, och kan då ses i utrymmet strax bakom linsen, det s.k. retrolentala utrymmet.

Pigment i detta område kallas "Tobacco dust" eller "Shafers tecken", och är starkt indikativt för reva i näthinnan.

Revor i näthinnan i samband med PVD, kan uppkomma i ca 10-30 % av fallen, beroende på vilken referens man läser.

Pga den höga andelen revor i näthinnan, är det viktigt att undersöka alla med symptom med prickar, flugor och/eller blixtar/ljusfenomen noggrant. Hantering enbart genom telefonkontakt är inte tillräckligt som hantering av dessa fall.

Differentialdiagnos vid symptom med prickar, flugor och/eller ljusfenomen i synfältet

Symptom där prickar, flugor och ljusfenomen i synfältet ingår, kan, utöver vid glaskroppsavlossning, förekomma i flera tillstånd, där de viktigaste är:

- Glaskroppsblödning
- Hyaloidrester i glaskroppen
- Näthinneskada/reva
- Näthinneavlossning
- Traktion i näthinnan
- Sarcoidos
- Migrän
- Bländning
- Fotofobi
- Synchrony scintillans
- Asteriod hyalos
- Uveit
- Entoptiska fenomen från näthinnans blodkärl

Hantering av patienten med symptom av typen prickar, flugor och/eller ljusfenomen

Alla patienter som rapporterar dessa symptom måste betraktas som ett akut fall. Samtlig personal som tar emot telefonsamtal eller har direkt kontakt med dessa patienter, måste utbildas för att kunna hantera varje fall korrekt.

Beslut om åtgärd kan endast fattas av optiker eller optometrist, och aldrig efter endast telefonkontakt.

Patienter som söker pga. dessa symptom ska ges en tid för undersökning samma dag. Om den som får den första kontakten inte själv har möjlighet att undersöka patienten, ska patienten hänvisas till någon annan som har möjlighet att undersöka patienten.

Om patientens symptom redan vid första kontakten bedöms så, att risk för näthinneavlossning kan föreligga, ska patienten rekommenderas att söka ögonläkare akut direkt.

Om patientens symptom inte bedöms vara av sådan natur att ögonläkare ska sökas direkt, kan patienten hänvisas till optometrist för dilaterad undersökning, se senare.

Undersökning av patienter som söker pga. Prickar, flugor och/eller ljusfenomen

I de flesta fall krävs dilaterad undersökning för att säkert kunna utesluta misstanke om onormalt tillstånd.

I fall där optiker saknar möjlighet för tillräcklig undersökning för att utesluta denna misstanke, bör patienten hänvisas till kollega med behörighet för diagnostiska läkemedel

(optometrist). Detta gäller inte i de fall där patientens symptom är av sådan natur att patienten bör hänvisas direkt till ögonläkare. Processen får aldrig fördröjas så att patienten utsätts för fara.

Rutin vid undersökning

Avsikten med den akuta undersökningen är att utgöra tillräckligt underlag för att kunna göra de bedömningar som är nödvändiga för att kunna utesluta misstanke om skador i näthinnan, och måste alltid omfatta följande moment i fall där dilatation krävs för att kunna utesluta misstanke om onormalt tillstånd:

- Noggrann anamnesupptagning, inklusive aktuell medicinering, för att kunna bedöma debut och duration av symptomen
- Kontroll av visus med habituell korrektion. Vid visus under förväntat normal nivå, kontrolleras visus med stenopeiskt hål (STP)
 - Om visus med STP blir normal noteras detta som den visus patienten kan uppnå
 - Om visus inte förbättras med STP noteras detta, och måste undersökas vidare
 - Om visus med STP sjunker kan det indikera makulaskada av något slag, och måste undersökas vidare
- Pupillreflexer undersökt med swinging-light-teknik
- Synfält kontrolleras med Donders metod samt fingerräkning i alla kvadranter
- Undersökning i spaltlampa inklusive att bedöma och gradera främre kammarvinkel (van Herrick gradering)
- Mätning av intraokulärt tryck. Uppmätt IOP samt metod noteras
- Dilatation med Tropicamid 0,5% om ingen kontraindikation föreligger
 - Bör göras binokulärt för att undvika Pulfrich eller Enright fenomen och de effekter det kan ge på avstånds- och djupbedömning för patienten
- Dilaterad undersökning efter att dropparna fått effekt. Vid behov kompletterande droppar om effekten inte är tillräcklig
 - Indirekt oftalmoskopi med 60/78/90D -lins
 - Undersökning med 3-spegel lins, efter bedövning med ytanestetika
- Om möjligt fotodokumentation, med Optomap eller liknande som omfattar och inkluderar eventuellt skadat område
- OCT-undersökning av makula om möjligt

Den undersökning som görs, är inte en undersökning som är avsedd att utmytna i en ordination av nya glasögon eller annat. Avsikten är endast att undersöka det som krävs för att kunna utesluta misstanke om skada på näthinnan, eller om annat onormalt tillstånd, som kräver remiss till läkare. Detta är viktigt att informera patienten om.

Information till patienten när ingen näthinneskada misstänks

Patienten som sökt pga. symptom med prickar, flugor och/eller ljusfenomen, måste ges information för att kunna reagera vid behov av ytterligare undersökningar. Det skall journalföras både ATT, samt VILKEN information som lämnats.

Viktigast är att informera om de symptom som kan komma av näthinneavlossning, vilka inkluderar:

- Ökad förekomst av prickar och/eller flugor i synfältet
- Nyttillkommen eller ökad förekomst av ljusfenomen
- Uppkomst av suddig eller mörk gardinförnimmelse i någon del av synfältet
 - Detta är starkt indikativt för näthinneavlossning

Journalföring vid undersökning av patient pga. akut PVD

I fall där en patient undersöks pga. symptom kopplade till akut PVD, journalförs undersökningen så att det framgår:

- Uppgifter, inklusive datum och klockslag när patienten kontaktade mottagningen
- Att besöket är akut pga. dessa symptom
- Relevanta anamnestiska uppgifter inklusive aktuell medicinering
- Resultat av samtliga utförda undersökningar
- Bedömning
 - Respektive relevant fynd kommenteras
- Åtgärd
 - Respektive bedömt fynd kommenteras avseende åtgärd inklusive lämnad information till patienten

Uppföljning när ingen näthinneskada misstänks

Efter en nyuppkommen PVD, där ingen skada i näthinnan hittats vid undersökning, föreligger en ökad risk för näthinneskada under de första 6-8veckorna efter att PVD debuterat. Av denna anledning bör patienten informeras om både denna risk, och rekommenderas/erbjudas en ny dilaterad undersökning 6-8 veckor efter den initiala undersökningen.

Åtgärd vid misstänkt skada i näthinnan

Om undersökningen visar tecken på skada i näthinnan är detta ett tillstånd som kräver akut omhändertagande av ögonläkare.

Rekommenderad åtgärd i dessa fall, är direkt telefonkontakt med ögonkliniken.

I samtalet beskrivs fallet detaljerat, inkluderande de undersökningar som gjorts, och de fynd som givit misstanke om onormalt tillstånd.

I journalen noteras namnet och titel på den person man talat med, och den åtgärd som via denna person rekommenderats av ögonkliniken.

Patienten ges en skriftlig remiss in handen, och ombeds att lämna denna vid sitt besök på ögonkliniken.

Till remissen bifogas utskrift av bilder om möjligt.

Exempel på diagnoskod/-koder, ICD10, som kan vara aktuella

Om det framkommit misstanke om skada i näthinnan i samband med glaskroppsavlossning, kan följande diagnoskoder, ICD10, vara aktuella att ange i remissen:

- H33 Näthinneavlossning och näthinnehål
- H334 Retinal traktionsavlossning
- H438B Glaskroppsavlossning
- H353G Makulahål och makulapseudohål

Koder anges alltid så att den som motsvarar den verkliga orsaken anges först. I vissa fall kan fler koder anges, men endast om det är signifikant för det aktuella fallet. Koder anges aldrig ensamt, utan åtföljs alltid av klartext.

Exempel på remisstext vid misstänkt retinaskada

Diagnoskod H330C Partiell retinalavlossning med ett hästskoformat hål
Diagnoskod H438B Glaskroppsavlossning

Patient som idag sökt pga. plötsligt uppkomna flugor i synfältet. Patienten enligt egen utsago helt frisk, och tar ingen medicin.

Vid dilaterad undersökning syns bilateralt bakre glaskroppsavlossning. I höger öga perifert upptill temporalt en misstänkt hästskoformad reva i retina. Visus med habituell korrektion 1,0 bilat. Sf/konfr fullt vid fingerräkning utan inskränkning perifert bilat. Bifogar utskrift av Optomabild, med retinaskadan markerad.

Administrerat bilat: Lidokain 4%+Fluorescein 0,25% 1 dr/öga kl 14.30 + Tropikamid 0,5% 1 dr/öga kl 14.45

Patienten sänds akut till kliniken, efter telefonkontakt idag med ögonsköterska B Lind. Denna remiss överlämnas av patienten själv vid besöket.

Referenser

Regionala priser och ersättningar; Region Skåne 2019

ECOO Blue Book 2020; European Council of Optometry and Optics.

Care of the Patient with Retinal Detachment and Related Peripheral Vitreoretinal Disease; American Optometric Association, Optometric Clinical Practice Guideline, 2004

Differential Diagnosis in Primary Eyecare; Bezan et.al. 1999

Primary Care of The Posterior Segment; Alexander, 2002

The Wills Eye Manual; Kunimoto et.al. 4th Ed 2004

Kanski; Clinical Ophthalmology, Kanski J, 6th Ed 2007

Pulfrich's phenomenon in unilateral cataract; Scotcher et.al. British Journal of Ophthalmology 1997;81 1050-1055

The Enright phenomenon. Stereoscopic distortion of perceived driving speed induced by monocular pupildilation; Journal of Optometry, 2016