

Udredning og henvisning af patienter med en retinal arterie okklusion

Foranlediget af et ønske på et fælles DOS-DOØ bestyrelsesmøde i september 2019 på Hindsgavl, har en gruppe udarbejdet en henvisningsvejledning for retinale arterie okklusioner. Vejledningen skal betragtes som en hjælp til de praktiserende øjenlæger i udredningen af patienter med pludselig opståede synsproblemer eller synsfeltsudfald, der kan tilskrives en vaskulær årsag.

Da der ikke alle steder i Danmark er direkte adgang til en neurologisk afdeling, og arterieokklusionen i nogle tilfælde kan være forårsaget af en tilstand, der kræver mere end blot en neurovaskulær udredning, f.eks. inflammation herunder arteritis temporalis, kan øjenlægen i tvivlstilfælde henvise akut til den lokale øjenafdeling.

Enhver patient, hvor anamnesen eller den kliniske øjenundersøgelse indikerer et aktuelt eller tidligere tromboembolisk tilfælde, bør altid udredes neurovaskulært (d.v.s neurologisk og cardiologisk), da den fremtidige risiko for et cerebrovaskulært event (stroke) og den cardiale mortalitet er øget. Dette er blandt andet vist i det retrospektive ARIC-studie (Atherosclerosis Risk in Communities Study) samt det prospektive FOTO-TIA Study med 396 patienter, der viste en forøget risiko for et senere cerebrovaskulært event på 15,6%.

Der findes aktuelt ingen behandlingsmuligheder af arterielle okklusioner i de retinale kar, men udredningen kan sidestilles med stroke. Patienten bør udredes for en evt. bagvedliggende cardiovascular lidelse ex. carotis stenose, hjertearytmier eller andre medicinske sygdomme som fx. diabetes, hypertension eller kæmpecelle arterit (GCA). Udredningen bør være afsluttet få dage efter diagnosen er stillet hos øjenlægen, da tilstandens alvor kan sidestilles med stroke og TCI.

Udredningen foregår sædvanligvis i neurologisk regi. Kravet om en hurtig udredning kræver en forud aftalt henvisningsprocedur, så dyr tid ikke spildes, fordi øjenlægen hver gang skal lede efter den rette modtager af patienten. Hver Region har valgt deres set-up for henvisning, som vil blive beskrevet i denne vejledning.

Vejledningen omhandler ikke henvisning ved cerebrale karokklusioner – dvs. stroke eller TCI med fx. homonyme hemianopsier eller øjenmuskel pareser. Stroke med ex. pareser, talebesvær eller synsfeltudfald er en "112" diagnose, idet trombolyse eller trombektomi optimalt set bør være udført indenfor 6 timer (RM 5 timer). Herefter falder chancen for fuld restitution markant. Ved tegn på stroke bør befolkningen uddannes til at ringe 112 og ikke spilde kostbar tid med at kontakte en øjenlæge. Skulle disse patienter komme hos øjenlægen, skal de henvises akut eller subakut til de neurologiske afdelinger alt efter debuttidspunktet.

En kort oversigt over ætiologi og symptomer:

Tromboemboliske tilfælde kan præsentere sig med en række øjensymptomer. Der skelnes imellem a. carotis og vertebrobasilaris relaterede tilfælde. Symptomerne kan være blivende eller kortvarige, som fx. ved amaurosis fugax.

Carotis symptomer med oftalmologisk udfald

1. Modsidigt, homonymt synsfeltsudfald sammen med andre udfald.
 2. Samsidigt synstab på et øje:
 - a) grenarterie okklusion giver en total eller partiel monokulær kvadrant-anopsi.
 - b) hemiretinal okklusion giver en anopsi i begge nedre/øvre kvadranter.
 - c) okklusion i a. cilioretinalis giver et centralt scotom.
 - d) okklusion af a. ophthalmica giver en udtalt synsnedsættelse i det aktuelle øje. Drejer det sig om en "frisk" okklusion, ses et iskæmisk ødem i retina sv.t. forsyningsområdet.
- De tilfældigt fundne retinale okklusioner (dvs. uden at det er observeret af patienten) drejer sig oftest om en grenarterie okklusion med et lille plaque svarende til en af de første bifurkaturer. Årsagen er oftest arteriosklerose af carotiderne.

Vertebrobasilaris symptomer

Vertebrobasilaris forsyner medulla, cerebellum, pons, midthjernen, thalamus og occipital cortex. Okklusion af de store kar medfører store sequelae eller død (mortalitet 85%). Okklusion af de små kar i gebetet medfører mere diskrete deficits med forskellige lokalneurologiske udfald afhængig af lokationen. Prognosen hos disse patienter er derfor bedre.

- 1) dobbeltsidig synsnedsættelse (Stroke).
- 2) homonymt synsfeltudfald (Stroke).
- 3) øjenmuskel forstyrrelser (Stroke).

Amaurosis fugax

Amaurosis fugax ("flygtigt mørke") defineres som ensidigt forbigående smertefrit synstab eller blindhed, som regel kun af få minutters varighed, hvorefter synet vender tilbage til det normale. Synstabet kan dog variere fra få sekunder til en halv time. Beskrives ofte som en pludselig skygge/rullegardin, der trækkes ned/op, herefter gradvist genkomst af synet på samme vis, som det forsvandt.

Den mest almindelige årsag er mikroembolier fra arteriosklerotisk plaquedannelse eller stenose i a. carotis interna på den samme side. Andre muligheder er embolier fra ateromatøse aflejringer i hjertet eller aorta, samt abnormt forøget trombocyttaggregation.

Kliniske diagnostiske kriterier for amaurosis fugax (alle bør være opfyldte):

- 1) Anamnese.
- 2) Alder > 50 år.
- 3) Vaskulære risikofaktorer tilstede.
- 4) Pludseligt og markant monokulært synstab.
- 5) Komplet remission < 1 time (ofte 10 minutter).
- 6) Normalt syn på det andet øje under hele forløbet.
- 7) Ingen andre neurologiske symptomer
- 8) Ingen halsmerter eller nylige halstraumer (ellers overvej a. carotis interna)

dissektion).

9) Ingen symptomer på GCA (Kæmpecelle arteritis).

Kæmpecelle arteritis (GCA)

Endelig skal man ikke glemme kæmpecellearteritis/arteritis temporalis som ikke er en tromboembolisk lidelse, men tilstanden bør udelukkes hos denne patientgruppe.

Uddrag fra den **neurologiske Nationale Behandlingsvejledning**, nNBV,

Behandling af carotisstenose

- *Operativ behandling af symptomatisk carotisstenose større 50 % (NASCET kriterier) anbefales, medmindre patienten har svære sequelae efter apopleksi eller lider af intrakabel sygdom. Patienter med meget tætte ("trådfine") stenoser/nærokklusion bør ikke opereres.*
- *Operativ behandling bør ske så hurtigt som muligt og helst inden for få dage efter primære event. Svære stenoser (> 70 %) bør ikke tilbydes operation mere end 3 måneder efter primære neurologiske symptomer. Moderate stenoser kan eventuelt tilbydes operation, hvis det kan gennemføres hurtigt og helst inden for 2 uger.*
- *Carotisendarterektomi er førstevalgsbehandling til patienter med carotisstenose, som opfylder kriterierne for operativ behandling. Såfremt operation ikke er attraktiv, kan stentbehandling tilbydes.*

Henvisningsvejledning

REGION HOVEDSTADEN

Ved mistanke om en nyopstået arteriel retinal karokklusion kan henvises akut til Øjenklinikken, Rigshospitalet Glostrup på det vanlige akut-nr. 3863 4736. Man vil på Øjenklinikken tilse patienten og såfremt man er enig i diagnosen, vil Øjenklinikken arrangere overflytning til Neurologisk afdeling mhp udredning for evt tromboembolisk årsag (apopleksi vurdering), når kæmpecelle arterit er udelukket. Ved retinal karokklusion forstås embolisk betinget gren- eller centralarterieokklusion eller klassisk amaurosis fugax. Anterior iskæmisk optikus neurit (både N-AION og AION) kan også henvises, men udredes selv af Øjenklinikken.

Der gælder følgende tidsgrænser:

Akut samme dag:

- 1) Patienter med formodet retinal karokklusion eller klassisk amaurosis fugax med debut inden for 1 måned.
- 2) Patienter med en formodet retinal karokklusion eller klassisk amaurosis fugax opstået mere end for 1 måned siden men med gentagne tilfælde.
- 3) Anterior Iskæmisk Optikus Neurit (både N-AION og AION).

Elektivt:

Patienter med en formodet arterieokklusion eller klassisk amaurosis fugax opstået for mere end 1 måned siden, og kun et enkeltstående tilfælde.

Alternativt kan patienten henvises via Centrale Visitation (CVI) direkte til neurologisk afdeling. Der gælder samme tidsgrænser for akut og elektiv henvisning (akut per telefon, elektivt med Edifact).

Øjenlægen ringer til den CVI, der dækker det distrikt, patienten bor i (Ikke hvor øjenlægen har klinik). Man oplyser, at patienten skal henvises akut til neurologisk afdeling som ved TCI. CVI vil herefter sørge for indlæggelse på rette afdeling, samt arrangere eventuel nødvendig transport.

CVI BYEN tlf. 3869 7711.

(Frederiksberg, Brønshøj-Husum, Bispebjerg, Østerbro, Nørrebro, Indre By, Vanløse samt patienter fra Bornholm).

CVI MIDT tlf. 3869 7722.

(Egedal, Furesø, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk, Gladsaxe, Ballerup, Herlev, Gentofte, Rødovre)

CVI NORD tlf. 3869 7733.

(Halsnæs, Frederikssund, Gribskov, Hillerød, Allerød, Hørsholm, Fredensborg, Helsingør)

CVI SYD tlf. 3869 7744.

(Høje-Taastrup, Albertslund, Glostrup, Ishøj, Vallensbæk, Brøndby, Hvidovre, Tårnby, Dragør, Valby, Vesterbro, Amager Øst og Vest)

REGION SJÆLLAND

Retinale arterielle kar okklusioner sidestilles med TCI eller apoplexi. Ved okklusioner eller Amaras Fugax episoder kontaktes vagthavende neurolog på Roskilde Sygehus. Det vil bero på en konkret drøftelse med neurologen af det enkelte sag hvorvidt, øjenlægen skal henviser akut eller elektivt på vanlig vis med edifact til henvisningsenheden på Roskilde Sygehus.

Vagthavende neurologisk afdeling, Roskilde Sygehus tlf. 4632 3200.

REGION SYD

Odense Universitets Hospital, Kolding og Sønderborg Sygehus

1. Akut opståede symptomer med debut under 48 timer henvises akut til Neurologisk afdeling mhp. observation og forebyggende behandling. Neurologisk bagvagt kontaktes.
2. Patienter med symptomer med debut mere end 48 timer siden. henvises subakut til Cerebrovaskulære amb. mhp. ultralyd mm. samt forebyggende behandling (via Edifact til neurologisk afdeling).
Patienten skal sættes i pladehæmmerbehandling med det samme af øjenlægen (Magnyl 300 mg loadingdosis første døgn, herefter 75 mg).

3. Ældre læsioner (mere end 3 mdr. gamle) henvises til egen læge for afklaring af eventuelle kardiovaskulære risikofaktorer. En ældre (tilfældigt fundet) okklusion skal ikke udredes, da det vil ikke have nogle behandlingsmæssige konsekvenser. En carotis stenose, der ikke giver akut/subakutte symptomer skal ikke behandles (ref. nNBV).

Odense Universitets hospital

Neurologisk bagvagt tlf. 6541 1047.

Sønderborg sygehus

Sønderborg neurologisk afdeling:

Tlf. 7997 2712 (kl. 8-15).

Tlf. 7997 2710 (efter kl. 15).

Vejle Sygehus

Neurologisk afdeling, Kolding

Sygehus Lillebælt

Tlf. 79405000 (Kaldebordet)

REGION MIDT

Øjenlægen må vurdere, hvor patienten vil have mest gavn af at komme hen ud fra sygdomsbilledet (neurologisk eller oftalmologisk afdeling).

Hos patienter med et friskt retinalt infarkt og/eller mere end en episode indenfor 48 timer med en oplagt tromboembolisk årsag, kontaktes neurologisk bagvagt telefonisk i Aarhus/Holstebro.

Hvis der ikke er adgang til en neurologisk afdeling i området, eller øjenlægen er det mindste i tvivl, skal patienten henvises akut til den lokale øjenafdeling efter aftale med den vagthavende øjenlæge, da arterieokklusionen i nogle tilfælde kan skyldes andre tilstande, der kræver mere end blot en neurovaskulær udredning, f.eks. inflammation, anterior iskæmisk opticus neurit (både N-AION og AION) etc. Patienten vil i så fald komme i udredningsforløb på øjenafdelingen.

De øvrige patienter med en oplagt tromboembolisk årsag men med symptomdebut >48 timer og kun en episode henvises subakut (via edifact) til det neurovaskulære team i Viborg, hvor de udredes indenfor 1 uge. I ventetiden hertil anbefales patienten undersøgelse hos egen læge for evt. hypertension, diabetes og dyslipidæmi. Hvis patienten ikke får AK-behandling, gives en booster dosis på 150 mg Acetylsalicylsyre (ASA) med det samme og herefter 75 mg ASA dagligt medmindre, der er kontraindikation herfor. Neurologerne afgør så efterfølgende om behandlingen skal ændres.

Øjenlægen ringer til den afdeling, der dækker det område, hvor patienten bor (ikke hvor øjenlægen har klinik).

Aarhus Universitetshospital Skejby

Hvis patienten kommer fra Aarhus, Norddjurs, Syddjurs, Randers, Favrskov, Silkeborg, Skanderborg, Samsø, Odder, Horsens, Hedensted og Viborg by kontaktes:

Vagthavende øjenlæge: 7846 6813.

Neurologisk bagvagts: 7846 6070 (hospitalsvisitationen, bed om neurologisk bagvagt).

Holstebro Regionshospital

Hvis patienten kommer fra Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Ringkøbing-Skjern, Struer, Lemvig, Skive og vest for Viborg kontaktes:

Vagthavende øjenlæge: 7843 9699.

Neurologisk forvagt: 7843 7033 eller omstillingen 7843 0000.

REGION NORD

1. Akut hemianopsi: akut henvisning til neurologisk afd. (vagthavende) obs. stroke.

2. Amaurosis fugax: hvor der ikke er mistanke om GCA, opstartes med magnyl (1. dosis 300 mg herefter 75 mg dagligt).

a) Symptomer indenfor de sidste 3 mdr.: øjenlægen henviser (edifact) til UL-carotider på neurologisk afd. Henvisningen håndteres subakut, og patienten indkaldes til ultralyd ved sygeplejerske inden for få dage. Hvis der er patologi overtager neurologerne det videre forløb. Hvis ultralydsundersøgelsen er normal, vil det fremgå af epikrisen, og den henvisende øjenlæge skal efterfølgende foranledige, at patienten undersøges for risikofaktorer via egen læge.

b) Symptomer for mere end 3 mdr. siden: Ifølge karkirurgisk vejledning vil man ikke operere en betydende carotisstenose, hvis der ikke har været symptomer inden for de sidste 3 mdr. Derfor er en ultralyd uden konsekvens. Øjenlægen skal foranledige at patient via egen læge bliver undersøgt for risikofaktorer

3. Amaurosis fugax: mistanke om GCA. Akut henvisning til øjenafdelingen.

4. Retinal emboli:

a) Akut - henvises akut til øjenafdelingen.

b) Tilfældig fund - udredning af risikofaktorer via egen læge.

Aalborg Universitetshospital (omstillingen): tlf. 9766 0000.

Apoplexi henvisning

Ordet apoplexi vil blive udfaset og erstattet af stroke i alle vejledninger til både patienter og fagfolk.

Ved mistanke om akut stroke, hvor følgende kriterier er opfyldt:

- Halvsidige lammelser, styringsbesvær, afasi eller synsfelttab.
- Debut af symptomer indenfor 24 timer.
- Patienten i det væsentlige symptomfri før symptomdebut ringer egen læge/speciallæge/praksispersonalet direkte til Regionens vagtcentral.

Region Hovedstaden

Vanlige CVI numre med henblik på akut udrykningskørsel til patienten.

Region Sjælland

Roskilde Sygehus tlf. 4632 32 00.

Region Syd

OUH neurologisk bagvagt: tlf. 6541 1047.

Sønderborg neur. afd.: tlf. 7997 2712 (kl. 8-15) og 7997 2710 (efter kl. 15).

Vejle 7940 5000 (neurologisk afd. Kolding).

Region Midt

I regionen er der etableret to akutte stroke-modtagelser på neurologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Holstebro.

Præhospital AMK-vagtcentralen/Præhospitalet direkte på telefon 7011 3112 med henblik på akut udrykningskørsel til patienten.

Trombolysevagten ved tvivlstilfælde:

Aarhus: 7846 2719 (hospitalsvisitationen) evt. omstillingen 7845 0000.

Holstebro: 7843 7055 (neurologisk bagvagt) evt. omstillingen 7843 0000.

Region Nord

Omstillingen Aalborg Universitets Hospital: 9766 0000.

Gruppens medlemmer

Inge Stendevad Nielsen, Risskov Øjenklinik

Jens Christian Nørregaard, dr. med., PhD, Øjenklinikken Diakonissestiftelsen, Frederiksberg

Laleh Dehghani Molander, Afdelingslæge, Odense Universitets Hospital

Anders Hessellund, PhD, Vendsyssel Øjenklinik

Referencer:

1. ARIC study (www2.csc.c.unc.edu/aric).
2. FOTO-TIA Study. International Stroke Conference (ISC) 2020: Late-breaking abstract 6. Presented February 20,2020).
3. Praksis.dk: Akut apoplexi (stroke).
4. Praksis.dk: Visitation af TCI/obs apoplexi.
5. nNBV