

Regional riktlinje för screening av diabetesretinopati

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fastställd 2022-10-10
Giltig till 2025-10-10
www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer

Innehållsförteckning

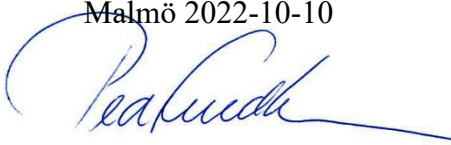
Förord	1
Arbetsgrupp	2
Förankring och remiss	2
Bakgrund	2
Fototeknik.....	2
Klassificering av diabetisk retinopati och maculaödem.....	3
Val av åtgärd utifrån aktuella fynd.....	4
Typ 1, LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults) eller sekundär diabetes	4
Typ 2 diabetes eller monogen diabetes (3,4).....	6
Typ 1 eller typ 2 diabetes med Diabetiskt Maculaödem (DME)	7
Gravida	8
Logistik.....	8
Remittering.....	8
Nationella diabetesregistret	9
Dokumentinformation	10
Referenser och länkar	11

Förord

Diabetesretinopati kan leda till allvarlig synnedsättning och blindhet om den inte upptäcks och behandlas i tid. Screening med ögonbottenfoto har visat sig effektivt för att upptäcka behandlingskrävande och synhotande retinopati i tid. Efter initiativ från expertgrupperna inom ögonsjukvård och diabetes har denna riktlinje tagits fram för att i överensstämmelse med nationella definitioner likrikta terminologi, undersökningsintervall och övriga rutiner i Region Skåne.

Härmed fastställs riktlinjen att gälla för all verksamhet som finansieras av Region Skåne.

Malmö 2022-10-10



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Arbetsgrupp

Riktlinjen har sammanställts av överläkare Monica Lövestam-Adrian, ögon SUS i samråd med Mona Landin-Olsson, endokrinologen, SUS.

Förankring och remiss

Riktlinjen är först godkänd av Region Skånes expertgrupp för ögonsjukvård och därefter utskickad för synpunkter till alla ögonenheter, medicin- och diabetesenheter samt AKO (primärvård) i Region Skåne samt för kännedom till övriga landsting och regioner i Södra sjukvårdsregionen.

LPO Ögonsjukdomar har gått igenom riktlinjen och huvudförfattare har godkänt förlängningen.

Bakgrund

Diabetesretinopati kan leda till allvarlig synnedsättning och blindhet om den inte upptäcks och behandlas i tid. Screening med ögonbottenfoto har visat sig effektivt för att upptäcka behandlingskrävande, synhotande retinopati i tid (1). Allmän screening för retinopati infördes i Sverige på 90-talet och med tiden har framför allt kontrollintervallen för screening modifierats och hänsyn tagits till olika riskfaktorer som påverkar progressen av retinopatin.

Vilka diabetespatienter ska screenas?

Internmedicin och primärvård	Gyn/mödrahälsovård	Barn
<ul style="list-style-type: none">• Vuxna (Typ 1, Typ 2, monogen, sekundär)	<ul style="list-style-type: none">• Tidig graviditet• Vecka 24• Post partum	<ul style="list-style-type: none">• Från 10 år

Fototeknik

Alternativ

1. Funduskamera med 40–50 graders täckning. Två rödfria foton rekommenderas.
 - En bild täckande papill och nasala retina
 - En bild täckande macula och temporala retina
2. Wide field kamera som täcker 80% av retina. En bild räcker.

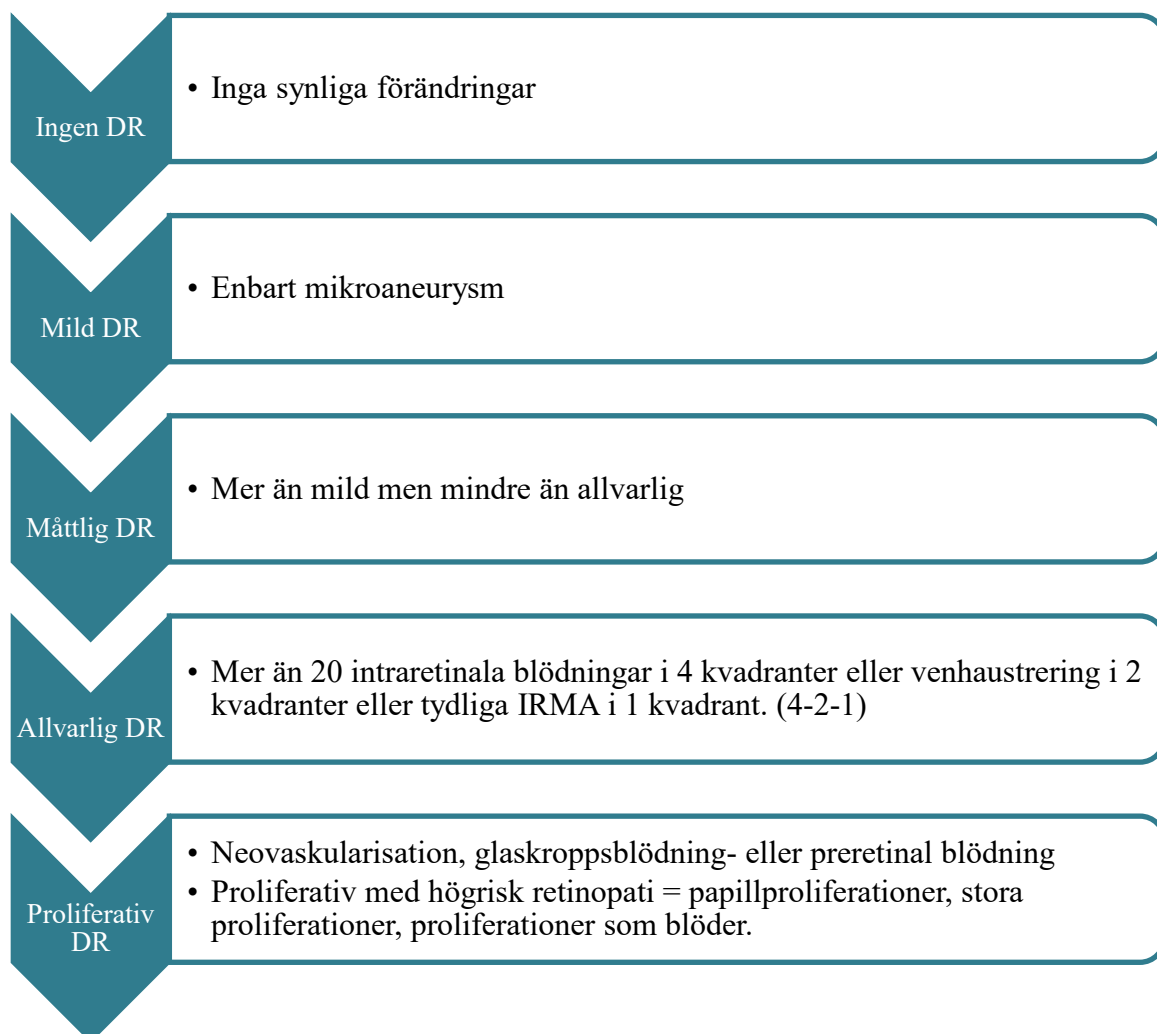
3. Vid misstanke om maculaödem komplettering med Optical Coherence Tomography (OCT)

Klassificering av diabetisk retinopati och maculaödem

Klassificering av diabetisk retinopati ska följa senaste direktiv från Medicinska Retinaklubben i Sverige, MRK (våren 2017). Den är hämtad från International Clinical Diabetic Retinopathy Disease Severity Scale; Ophthalmology 2003; 110:1677–1682, (2). Rapporteringen till nationella diabetesregistret, NDR, grundas på denna indelning.

DR= DiabetesRetinopati

IRMA= IntraRetinalaMikroAbnormiteter



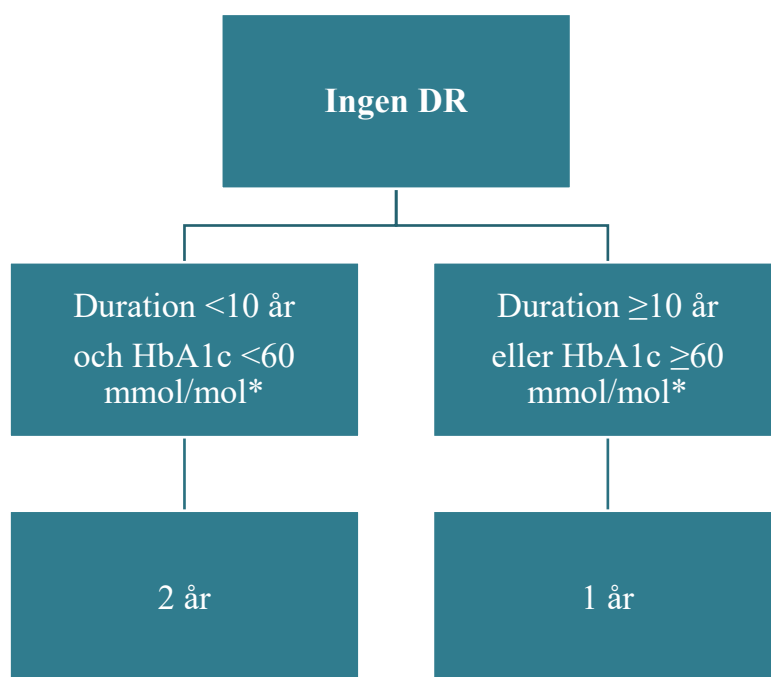
Diabetiskt maculaödem bedöms som **JA** eller **NEJ**. OBS bild kan eventuellt kompletteras med OCT

Vid förekomst av diabetiska makulaödem gäller *vid screening* Wilkinsons skala:

- **Mild** = hårda exudat innanför kärnbågarna
- **Måttlig** = hårda exudat eller misstänkt svullnad i närheten av centrum (cirka 1 PD), men längre än 500 mikrometer från foveas mitt (makulanära)
- **Allvarlig** = hårda exudat eller misstänkt svullnad ”involverande centrum”, mindre än 500 mikrometer från foveas mitt

Val av åtgärd utifrån aktuella fynd

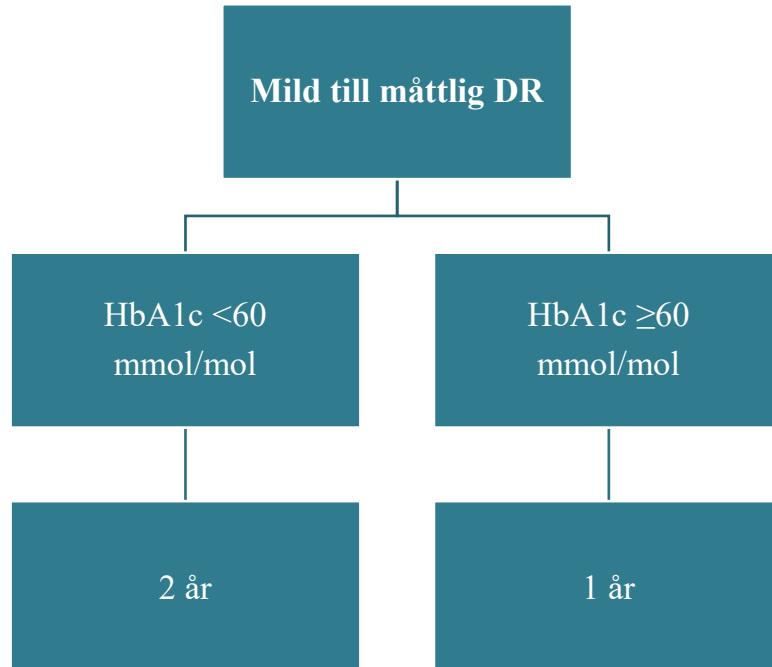
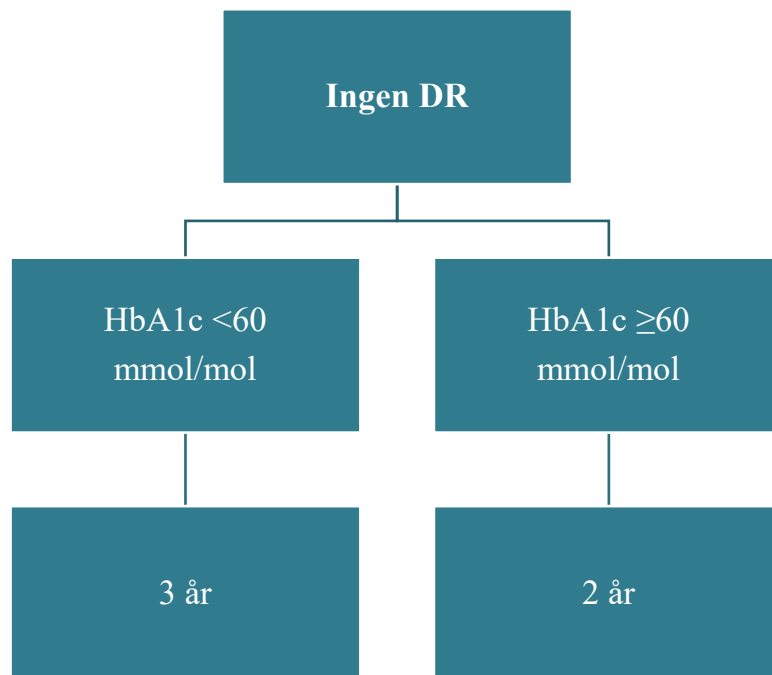
Typ 1, LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults) eller sekundär diabetes

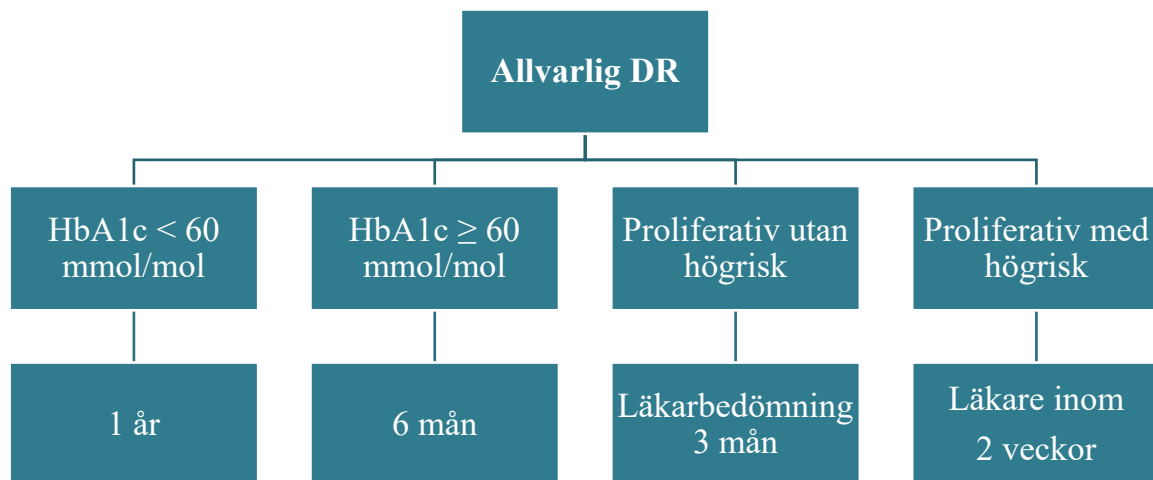


* Om HbA1c inte är känt – avgörs kontrollintervall enbart av duration



Typ 2 diabetes eller monogen diabetes (3,4)

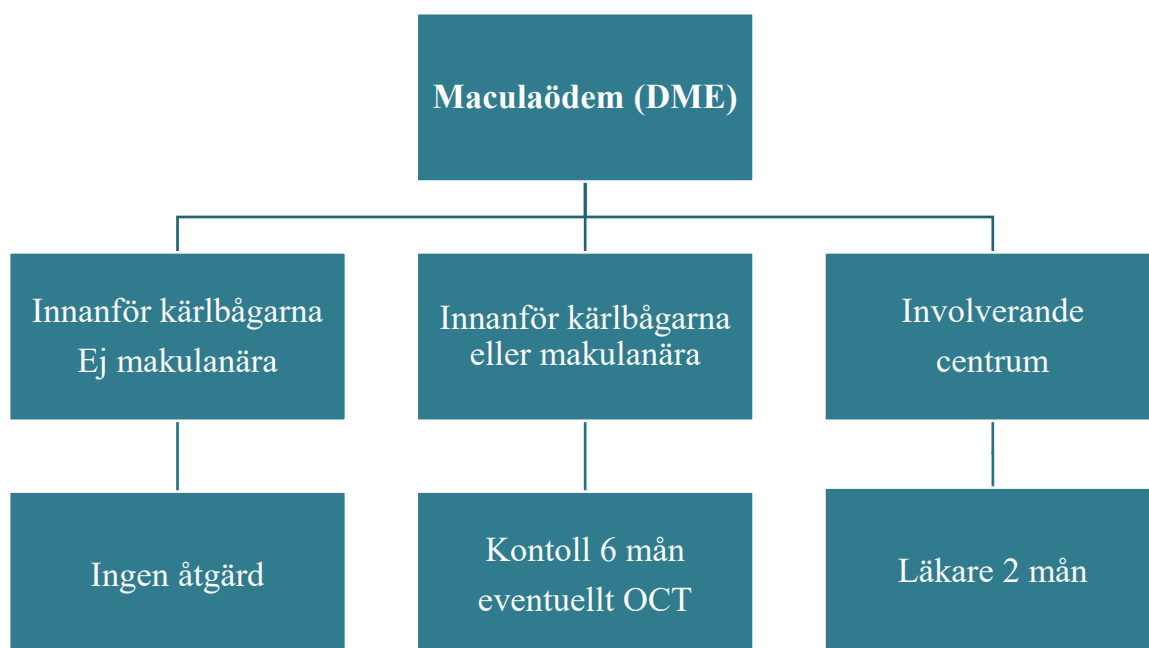




Om HbA1c är mer än 3 månader gammalt eller helt saknas följer man tidsintervallen för de inom avsedd grupp med högt HbA1c värde.

Typ 1 eller typ 2 diabetes med Diabetiskt Maculaödem (DME)

Extrabesök mellan dessa intervall kan vara indicerade vid snabb sänkning av HbA1c värde.

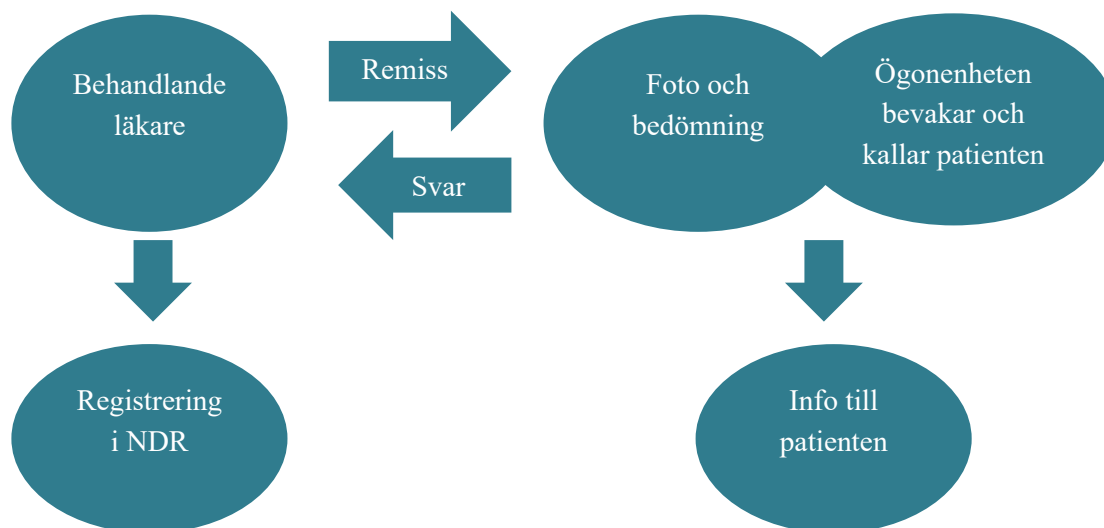


Gravida

Gravida kvinnor remitteras till ögonbottenfoto från specialistmödravården eller behandlande endokrinolog i nära anslutning till diagnosticerad graviditet; vecka 8–12. Ögonkliniken ansvarar för kallelser vecka 24, samt Post Partum eller oftare om så anses vara indicerat.

Vid progress eller tillkomst av maculaödem tas patienten ur screeningen och kontrolleras hos ögonläkare. Fortsatta besök avgörs av behandlande ögonläkare. Vid tillkomst av proliferationer snabb läkarkontroll. Makulaödem brukar kunna försvinna spontant efter förlossning. Meddela behandlande diabetesläkare.

Logistik



Remittering

Den enhet som först träffar diabetespatienten ansvarar för att skicka en remiss till ögonbottenfotografering där denna utförs, det vill säga ögonkliniker och endokrinologen i Lund. Dessa enheter ansvarar sedan för att patienten kallas med rätta intervaller. För att på bästa sätt bestämma kontrollintervall är det viktigt att remissen innehåller uppgifter om vårdande enhet, diabetesdebut år, typ av diabetes, typ av behandling och HbA1c. Om patienten uteblir från ögonbottenfoto bör patienten kallas ytterligare en gång. Vid fortsatt uteblivet besök skickas ett brev till patienten med uppmaning att höra av sig själv och boka ny tid samtidigt som remiss skickas tillbaka till inremitterande för kännedom. Undersökande enhet meddelar svar till patient och inremitterande. Screeningen avslutas när patienten uppnått 80 års ålder under förutsättning av ingen retinopati föreligger och HbA1c är normalt.

Nationella diabetesregistret

Inremitterande enhet rapporterar uppgifter till nationella diabetesregistret (NDR). Följande uppgifter ska rapporteras:

- Retinopati (sämsta ögat): JA/NEJ
- Grad av retinopati (sämsta ögat): Ingen/Mild/Måttlig/Allvarlig/Proliferativ
- Behandlad sedan föregående registrering: JA/NEJ
- Synnedsättning Bästa ögat <0.3: JA/NEJ

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Monica Lövestam-Adrian	Överläkare	monica.lovestam-adrian@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	pia.lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	LPO Ögonsjukdomar		
Kontaktperson Koncernkontoret	Susanna Sjökvist	Medicinsk rådgivare	susana.sjokvist@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2019-05-02		Monica Lövestam-Adrian
Förlängning	2022-10-10	2025-10-10	Monica Lövestam-Adrian
Revidering			
Revidering			
Revidering			

Referenser och länkar

1. Lawrenson JG, Graham-Rowe E, Lorencatto F, et al. Health Technol Assess. 2018 May;22(29):1-160. What works to increase attendance for diabetic retinopathy screening? An evidence synthesis and economic analysis.
2. Wilkinson CP1, Ferris FL 3rd, Klein RE, Lee PP, et al; Global Diabetic Retinopathy Project Group. Ophthalmology. 2003 Sep;110(9):1677-82. Proposed international clinical diabetic retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales.
3. Hansson-Lundblad C1, Agardh E, Agardh CD. Acta Ophthalmol Scand. 1997 Jun;75(3):244-8.
4. Retinal examination intervals in diabetic patients on diet treatment only.
5. Agardh E, Tababat-Khani P. Diabetes Care. 2011 Jun;34(6):1318-9. Adopting 3-year screening intervals for sight-threatening retinal vascular lesions in type 2 diabetic subjects without retinopathy.