



---

## DIABETISK RETINOPATI (ÖGONSKADA)

---

ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Chapter 18, Microvascular and macrovascular complications in children and adolescents.

Kim C Donaghue, Loredana Marcovecchio, R Paul Wadwa, Emily Y Chew, Tien Wong, Luis Eduardo Calliari, Bedowra Zabeen, Mona A Salem and Maria E Craig

**Författare till den svenska kommentaren:** Maria Nordwall och referensgruppen

### Detta vill vi särskilt framhålla ur ovanstående kapitel

Viktigaste faktorn för att förebygga utveckling av retinopati är god glykemisk kontroll. Risken för retinopati ökar med stigande diabetesduration och vid dålig glykemisk kontroll. Även högt blodtryck, rubbning av blodfetter, rökning och övervikt kan öka risken. Lindrigare förändringar (som inte är synhotande) kan förekomma före puberteten, men inte behandlingskrävande retinopati. Vid snabb förbättring av långvarig, dålig glykemisk kontroll och i samband med graviditet finns risk för snabbt debuterande, allvarlig försämring av retinopati inom 3- 12 månader. Risken är störst om det redan initialt föreligger mer uttalade preproliferativa ögonförändringar (1). Diabetisk retinopati kan utvecklas till ett synhotande tillstånd. Screening syftar till att upptäcka förändringar tidigt innan de gett symtom. Behandling med panretinal fotokoagulation( "laserbehandling") vid fynd av allvarligare förändringar kan påtagligt minska risken för synskador. Månatliga injektioner i ögat med anti-VEGF (anti-vascular endothelial growth factor) används också vid macula ödem, som dock är mycket ovanligt hos ungdomar. De har potential att förbättra även proliferativa förändringar och kan kanske komma att bli ett behandlingsalternativ även för detta i framtiden.

### Tillägg till ISPAD Guidelines för svenska förhållanden

Screening genomförs i Sverige med ögonbottenfotografering efter dilatation av pupillen och sedan många år tillämpas screeningintervall vartannat år vid typ 1 diabetes hos vuxna, vilket är glesare än de internationella riktlinjerna (2,3). Det finns inga randomiserade studier angående lämpligt intervall, men en metaanalys av observationsstudier talar för att detta är tillräckligt (4). I Swediabkids årsrapport 2016 framgår att 70 % av ungdomar 10-17 år rapporteras ha genomgått ögonbottenfoto de senaste 3 åren. Hos 9 % av fallen fanns ögonförändringar, huvudsakligen simplex retinopati. Endast några enstaka fall hade preproliferativa eller proliferativa förändringar (5). Det verkar rimligt att hos barn och ungdomar använda samma screeningrutiner som hos vuxna och att starta screening vid 10 års ålder, som är en väl inarbetad rutin i Sverige.

Det saknas vetenskapligt underlag för att ge strikta rekommendationer om behovet ögonbottenundersökning vid snabb förbättring av långvarig, dålig glykemisk kontroll hos ungdomar. Det

finns inget som säkert talar för att en långsammare förbättring av den glykemiska kontrollen skulle ha fördelar. Risk för allvarlig försämring föreligger framför allt hos de, som initialt har mer uttalade preproliferativa förändringar. Även om det initialt finns en ökad risk för utvecklande av retinopati i samband med snabb förbättring av glykemisk kontroll förbättras långtidsprognosen med minskad risk för retinopati jämfört med fortsatt dålig glykemisk kontroll.

## Typ 1 diabetes

- Screening med ögonbottenfoto vartannat år efter 2 års diabetesduration med start från 10 års ålder.
- Om det finns förändringar vid screening individuell uppföljning enligt bedömning av ögonläkare.
- Man kan överväga ögonläkarundersökning vid debuten för att diagnosticera katarakt och andra ögonsjukdomar.
- Vid snabb förbättring av långvarig, dålig glykemisk kontroll rekommenderas ögonbottenfoto initialt och därefter var 3:e månad under sammanlagt 12 månader om det finns ögonbottenförändringar initialt.

## Typ 2 diabetes

- Screening med ögonbottenfoto vid debuten och därefter vart annat år.
- Om det finns förändringar vid screening individuell uppföljning enligt bedömning av ögonläkare.

## Referenser

1. Powers M, Greven M, Kleinman R et al. Recent advances in the management and understanding of diabetic retinopathy. *F1000Research* 2017, 6(F1000 Faculty Rev):2063
2. Svensk Ögonläkarförening, [State of the art 2004](#).
3. Nationella riktlinjer för diabetesvård, Socialstyrelsen 2015
4. J. B. Echouffo–Tcheugui et al. Screening intervals for diabetic retinopathy and incidence of visual loss: a systematic review; [Diabet Med. 2013 Nov;30\(11\):1272-92](#)
5. Swediabkids årsrapport 2016; [Ladda ner rapporten här](#)