



Kostea silmänpohjan ikärappeuma

Yleisyys, riskitekijät ja oireet

- Silmänpohjan ikärappeuma (AMD) on yleisin näkövammaisuuden aiheuttaja kehittyneissä maissa, Suomi mukaan luettuna. Kaikista AMD-potilaista noin 10–20 % sairastaa taudin kosteaa muotoa.
- AMD:n tunnettuja riskitekijöitä ovat korkea ikä, tupakointi, perinnöllinen alttius ja sydän- ja verisuonitaudit.
- Kostean AMD:n keskeisiä oireita ovat nopea, päivien tai viikkojen aikana tapahtuva näöntarkkuuden (sekä kauko- että lähinäkö) heikkeneminen ja kuvien vääristyminen.

Diagnostiikka

- Kostea silmänpohjan ikärappeuma tulee aina diagnosoida sen diagnostiikkaan ja hoitoon perehtyneen lääkärin toimesta tai johdolla.
 - Muut silmäsairaudet, AMD:n riskitekijät ja yleissairaudet tulee selvittää.
- Kostean AMD:n diagnostiikan tulee mahdollisuuksien mukaan aina perustua vähintään **TAULUKOSSA** kuvattuun hyvän diagnostiikan tason tutkimuksiin.
 - Hoitoa aloittavassa yksikössä tulee olla mahdollisuus fluoreseiiniangiografiatutkimuksen (FAG) järjestämiseen, jos potilaan tilanne sitä edellyttää.
 - Molemmat silmät on tutkittava.

- Kliinisesti selvissä tapauksissa diagnoosi voidaan tehdä ja hoito aloittaa **TAULUKOSSA** kuvatun tyydyttävän diagnostiikan tason tutkimusten perusteella.
 - Tällöinkin tulee olla mahdollisuus potilaan lähettämiseen FAG-tutkimukseen, jos potilaan tilanne myöhemmin sitä edellyttää.
- Kliinisesti epäselvissä tapauksissa suositellaan, että kostea AMD diagnosoidaan **TAULUKOSSA** esitetyn erinomaisen diagnostiikan tason mukaisesti.
- Jos kostean AMD:n diagnoosi jää hyvän diagnostiikan tason tutkimusten jälkeen epävarmaksi, voidaan tehdä hoitokokeilu verisuonten endoteelin kasvutekijöiden (VEGF) estäjällä.

Hoito lasiaseen annosteltavalla verisuonikasvutekijöiden estäjällä

- Kaikkien kosteaa silmänpohjan ikärappeumaa sairastavien potilaiden osalta tulee harvita hoitoa lasiaseen annosteltavalla verisuonikasvutekijöiden estäjällä.
- Näön ennusteen kannalta on suositeltavaa aloittaa VEGF:n estäjähoito viipymättä oireiden alkamisen jälkeen.
- Jos potilaalla on ollut akuutti sydän- tai verisuonitapahtuma (alle 3 kk), VEGF:n estäjähoito voidaan toteuttaa, kun hyötyjen ja haittojen suhde on hänen osaltaan arvioitu.
- Hoidon aloituksen yhteydessä tulee huo-

TAULUKKO. Suositus kostean silmänpohjan ikärappeuman diagnostiikaksi.

Taso	Näöntarkkuus ¹	Biomikroskopia	OCT	Pohjakuva ²	FAG	ICGA
Erinomainen	x	x	x	x	x	Tarvittaessa
Hyvä	x	x	x	x	Tarvittaessa	
Tyydyttävä	x	x	x			

¹Paras korjattu näöntarkkuus

²Silmänpohjakuvaus tehdään auttamaan diagnostiikkaa ja dokumentaatiota. Se käsittää värivalokuvan, punattoman kuvan ja tarvittaessa autofluoresenssin. Autofluoresenssikuva voi olla kamera- tai OCT-pohjainen. OCT = valokerroskuvaus, FAG = fluoreseiiniangiografia ICGA = indosyaniinivihreäangiografia

D KÄYPÄ HOITO SUOSITUS (Tiivistelmä)

mioida hyödyt ja riskit: potilaan jäljellä oleva näöntarkkuus molemmissa silmissä, yleissairaudet, elinajan odotus ja hoidon vaikutus toimintakykyyn ja elämänlaatuun.

- VEGF:n estäjähoito voidaan aloittaa noin kuukauden välein annosteltavilla pistoksilla, jotka toistetaan 3 kertaa (”latausannoksella”) tai alusta alkaen tarpeen mukaisesti (pro re nata, PRN) annostellen.
- VEGF:n estäjähoidon tavoitteena on taudin etenemisen pysäyttäminen. Taudin etenemistä seurataan näöntarkkuuden mittaamisella, biomikroskopiolla ja valokerroskuvaus-tutkimuksella (OCT).
- Jos yhdellä VEGF:n estäjävalmisteella ei saada riittävää tehoa, voidaan kokeilla toista lääkeainetta.
- Lasiaiseen annosteltavan VEGF:n estäjä-injektion voi suunnitelmallisesti ja tarkoituksenmukaisissa oloissa antaa siihen hyvän ohjauksen saanut silmätautien erikoislääkäri, silmätauteihin erikoistuva lääkäri tai silmä-sairauksien hoitotyöhön perehtynyt sairaanhoitaja.

- VEGF:n estäjähoito tulee lopettaa, jos se on todettu hyödyttömäksi, siitä ei ole odotettavissa potilaan toimintakykyä tai elämänlaatua parantavia tuloksia tai jos hoidon jatkamiseen liittyvien haittojen ja riskien arvioidaan ylittävän odotettavissa olevat hyödyt.

Seuranta

- Seuranta tulee valtaosassa tapauksia toteuttaa näöntarkkuuden, biomikroskopian tai silmänpohjakuvan ja valokerroskuvauksen määrittämisellä aluksi 4–6 viikon välein injektiohoidon jälkeen. Hoitovasteen varmistuttua pistoshoidon aikana seurantaväliä voidaan asteittain pidentää enintään 3 kuukauteen.
- Omaseurantaan siirtyminen on mahdollista, kun sairaus on riittävän pitkään pysynyt inaktiivisena. ■

Koko suositus on luettavissa:

www.kaypahoito.fi

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Silmälääkäriyhdistyksen ja sairaanhoitopiirien silmätautien klinikoiden asettama työryhmä

Suosituspaneeli: Kai Kaarniranta (pj.), Vesa Aaltonen, Nina Hautala, Ilkka Immonen, Sulevi Kaipainen, Nina Laitamäki, Marko Ollila, Jari Rantanen, Petri Tommila, Raimo Tuuminen, Hannele Uusitalo-Järvinen ja Satu Välimäki

Kirjoittajaryhmä: Jorma Komulainen, Raija Sipilä ja Tanja Laukkala

Kirjoittajaryhmän substanssiasiantuntijat: Kai Kaarniranta ja Anja Tuulonen

Working group appointed by the Finnish Medical Society Duodecim, the Finnish Ophthalmological Society and the University and Central Hospital Ophthalmology Clinics in Finland

Panel: Kai Kaarniranta (Chair), Vesa Aaltonen, Nina Hautala, Ilkka Immonen, Sulevi Kaipainen, Nina Laitamäki, Marko Ollila, Jari Rantanen, Petri Tommila, Raimo Tuuminen, Hannele Uusitalo-Järvinen and Satu Välimäki

Writers: Jorma Komulainen, Raija Sipilä and Tanja Laukkala

Specialists: Kai Kaarniranta and Anja Tuulonen

Current Care Guideline: Age-related macular degeneration (AMD)

Age-related macular degeneration (AMD) is the main cause of visual impairment in developed countries. Several improvements in the visualization of posterior segment of the eye together with the introduction of intravitreal anti-VEGF treatment have revolutionized the prognosis of the wet form of AMD (wAMD). Increasing incidence of wAMD together with the limited resources of the healthcare systems pose challenges for the provision and development of care. In context of these current aspects, we aim to set evidence-based guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with wAMD.