

Klorokinrelaterad retinopati, screening

Faktaägare: Cristin Holm
Karin Ylvén

Bakgrund

Klorokinfosfat och hydroxiklorokin (Plaquenil) används för långtidsbehandling av reumatiska och dermatologiska sjukdomar. De kan ge upphov till irreversibla retinala skador med centrala/paracentrala synbortfall. När synen påverkas är redan det retinala pigmentepitelet skadat vilket ger den kliniska bilden *bilateral bull's eye* retinopati. Screeningen syftar till att upptäcka skador på fotoreceptorerna innan det retinala pigmentepitelet påverkas och således *innan* synnedsättning och bull's eye uppstår. Vid tecken på retinopati ska klorokinbehandlingen avslutas men trots utsättning kan skadan progrediera. Det finns ingen behandling för redan uppkommen retinopati.

Toxicitetsrisk

Risken för retinal toxicitet ökar vid höga doser och lång behandlingstid. Dygnsdosen hydroxiklorokin rekommenderas ligga < 5,0 mg/kg och för klorokinfosfat < 2,3 mg/kg kroppsvikt. Vid dessa doser är risken för retinopati mindre än 2% under de första 10 åren, men stiger till nästan 20% efter 20 års behandling. Njurinsufficiens, tidigare makulopati och samtidig behandling med tamoxifen höjer toxicitetsrisken.

Screeningsrekommendation

Utgångsstatus senast 1 år efter behandlingsstart. Utgångsstatus hos ögonläkare bör göras *inom 1 år från behandlingsstart*.

Reumatolog skriver remiss till ögonläkare efter beslut om fortsatt sannolik långtidsterapi. Vid känd makulopati rekommenderas remiss till ögonläkare direkt vid terapistart.

Man kan överväga att avstå utgångsstatus hos yngre (<40 år), ögonfriska patienter.

- **Utgångsstatus:**
Visusprovning (avstånds- och närvisus) med bästa korrektion.
Undersökning av ögonbotten – OCT makula, alternativt ögonbottenfotografering eller läkarbedömning på mottagningen.
- **Vid makulopati vid utgångsstatus kompletteras undersökningen med:**
FDT (screening N30-5). Vid eventuella förändringar på FDT görs Humphrey 10-2. (24-2 eller 30-2 görs på personer med asiatiskt ursprung som får en mer perifer skada närmare kärnbågarna)
SD-OCT över makula.

Årlig screening

Screening bör utföras årligen efter 5 års klorokinbehandling. Tidigare screening övervägs vid hög dos (hydroxiklorokinfosfat > 5,0 mg/kg/dygn eller klorokinfosfat > 2,3 mg/kg/dygn), vid tidigare känd makulopati, vid njurinsufficiens eller vid samtidig tamoxifenbehandling. Screeningen ska fortgå så länge behandlingen pågår.

- **Den årliga screeningen bör innefatta:**

Visusprovning (avsgånds- och närvisus) med bästa korrektion

OCT makula

FDT (screening N30-5) Vid eventuella förändringar på FDT göres

Humphrey 10-2. (24-2 eller 30-2 görs på personer med asiatiskt ursprung som får en mer perifer skada närmare kärnbågarna)

Remisshantering

Om inga speciella önskemål från reumatologen avseende tid för undersökning framkommer av remissen, uppsätts patienten på väntelista till undersköterska/sjuksköterska 2 månader prio 2, för utgångsstatus (se sida 1).

OCT är en objektiv och specifik undersökningsmetod vid klorokinretinopati synlig som en *parafoveal förtunning i yttre retina*.

Humphrey 10-2 ospecifik men mer sensitiv och kan visa en synfältspåverkan innan strukturella förändringar syns på OCT. Vid en normal OCT men synfältspåverkan på Humphrey 10-2, bör synfältsundersökningen upprepas och annan orsak till synfältspåverkan uteslutas.

Om misstanken på *klorokinretinopati* kvarstår rekommenderas *kompletterande* undersökningar med *autofluorescens* (SLO med AF, minskad AF parafoveolärt) och/eller multifokalt ERG för att bekräfta diagnosen samt *diskussion* med behandlande reumatolog/dermatolog angående utsättning av läkemedlet.

Källa: Information från Sveriges Ögonläkarförenings styrelse maj 2017.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.