

Richtlijn

Leeftijdgebonden

Maculadegeneratie

Initiatief

Nederlands Oogheelkundig Gezelschap

Met ondersteuning van

Kennisinstituut van Medisch Specialisten

Kleijnen Systematic Reviews Ltd

Financiering

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

COLOFON

RICHTLIJN LEEFTIJDGEBONDEN MACULADEGENERATIE

© 2014

Nederlands Oogheekundig Gezelschap (NOG)

Postbus 1583

6501 BN Nijmegen

Tel. 024-3249044

Email: nog@oogheekunde.org

Website: www.oogheekunde.org

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.

Het Nederlands Oogheekundig Gezelschap (NOG) is een wetenschappelijke vereniging voor professionals betrokken bij zorg, onderwijs en onderzoek ten behoeve van patiënten met oogheekundige ziekten.

Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten adviseert en ondersteunt wetenschappelijke verenigingen op het gebied van kwaliteitsbeleid, de ontwikkeling van richtlijnen, indicatoren en visitatiemethodiek.

Kleijnen Systematic Reviews (KSR) Ltd is een onafhankelijk onderzoeksinstituut dat systematische reviews, kosteneffectiviteitanalyses en health technology assessments op het gebied van de gezondheidszorg ontwikkelt.

SAMENVATTING

Onderstaande is een overzicht van de uitgangsvragen en de aanbevelingen uit de richtlijn Leefstijlgebonden Maculadegeneratie. In deze samenvatting ontbreken het wetenschappelijk bewijs en de overwegingen die tot de aanbevelingen geleid hebben. Lezers van deze samenvatting worden voor deze informatie verwezen naar de volledige richtlijn.

Diagnostiek

Uitgangsvraag: Op welke wijze dient de diagnose van exsudatieve LMD te worden gesteld?

Bij welke klachten en verschijnselen moet aan exsudatieve LMD gedacht worden?

- Overweeg de diagnose exsudatieve LMD bij klachten van (sub) acute visusdaling, centrale vlek en/of metamorfopsie in het bijzonder bij patiënten boven de 50 jaar.
- Indien sprake is van bovenstaande, is nader oogheelkundig onderzoek door een oogarts noodzakelijk om de diagnose te stellen dan wel een alternatieve diagnose te stellen.

Hoe is de fasering van de diagnostiek?

Verricht de volgende onderzoeken voor het stellen van de diagnose exsudatieve LMD bij nieuwe patiënten:

- visusmeting
- eventueel Amslerkaart
- spleetlamponderzoek en fundoscopie
- optische-coherentietomografie (OCT)
- fluoresceïne-angiografie (FAG)

Op indicatie:

indocyaninegroen-angiografie (ICG)

Is OCT nodig voor de diagnostiek?

Maak bij patiënten met (verdenking op) exsudatieve LMD altijd een optische-coherentietomografie (OCT):

- voorafgaand aan de initiële behandeling en
- bij ieder beslismoment in het behandel- en follow-up traject.

Is FAG nodig voor de diagnostiek?

- Maak een fluoresceïne-angiografie (FAG) bij nieuwe patiënten met (verdenking op) exsudatieve LMD in het eerste oog, bij voorkeur voor aanvang van de initiële behandeling, maar in ieder geval binnen 1 week na de eerste klinische diagnose of start van de behandeling.
- Een FAG voor het tweede oog bij duidelijke aanwijzingen voor een exsudatieve LMD op basis van anamnese, fundoscopie en optische-coherentietomografie (OCT) is niet noodzakelijk voor de diagnose.

Is ICG nodig voor de diagnostiek?

- Overweeg een indocyaneergroen-angiografie (ICG) bij twijfel over de diagnose exsudatieve LMD.
- Maak een ICG bij klinische verdenking op een polypoidale choroidale vasculopathie (PCV).
- Overweeg een ICG bij klinische verdenking op een retinale angiomateuze proliferatie (RAP) of een mengbeeld met centrale sereuze chorioretinopathie (CSCR), in het bijzonder als er onvoldoende effect van anti-VEGF behandeling is.

Indicatiestelling

Uitgangsvraag: Wat zijn (contra-)indicaties voor het starten van de behandeling met anti-VEGF's bij patiënten met exsudatieve LMD?

Wat zijn de indicatiecriteria voor het starten van de behandeling met anti-VEGF's?

Adviseer elke nieuwe patiënt met exsudatieve LMD te starten met een anti-VEGF behandeling.

Wat zijn contra-indicaties voor de behandeling met anti-VEGF's?

Start geen behandeling met anti-VEGF's bij nieuwe patiënten met exsudatieve LMD indien er sprake is van:

- een overgevoeligheid voor één van de componenten in de injectievloeistof (contra-indicatie);
- een oculaire of peri-oculaire infectie (relatieve contra-indicatie). Deze infectie moet eerst behandeld worden of er moet een gunstig natuurlijk beloop afgewacht worden voordat gestart kan worden met anti-VEGF therapie.

Initiële behandeling en follow-up

Uitgangsvraag: Welke initiële behandeling en follow-up heeft de voorkeur bij patiënten met LMD?

Welke anti-VEGF is eerste keus?

Intravitreale injectie met 1,25 mg bevacizumab is de behandeling van eerste keus voor nieuwe patiënten met exsudatieve LMD.

Is TPA/gas effectief bij een submaculaire bloeding?

Overweeg patiënten met een acute subfoveale bloeding (< 14 dagen) met een dikte van meer dan 250 micrometer zo snel mogelijk door te verwijzen naar een tertiair oogheelkundig behandelcentrum/academische afdeling oogheelkunde.

Hier kan overwogen worden met Tissue Plasminogen Activator (TPA) en gas binnen 1 week en uiterlijk 2 weken na de acute bloeding het submaculaire bloed te verplaatsen in een gespecialiseerd centrum. Hierbij dient anti-VEGF behandeling gecontinueerd te worden.

Is PDT – al dan niet in combinatie met anti-VEGF's – effectiever dan enkel anti-VEGF's bij PCV, RAP en combinatie chronische centrale sereuze choroidopathie en occulte neovascularisatie?

- Fotodynamische therapie (PDT) met verteporfin (conform de behandeling in de EVEREST studie) op geleide van indocyaninegroen-angiografie (ICG) is de behandeling van eerste keuze bij polypoidale choroidale vasculopathie (PCV), aangevuld met een anti-VEGF. Bij onvolledige regressie van de poliepen kan de PDT herhaald worden.
- Bij poliepen bij de papil en buiten de fovea is conventionele laser of PDT waarschijnlijk een betere eerste keus, eventueel aangevuld met een anti-VEGF.
- Voor een retinale angiomateuze proliferatie (RAP) is behandeling met intravitreaal bevacizumab 1,25 mg behandeling van eerste keuze. Bij onvoldoende effect is te overwegen dit aan te vullen met PDT.
- Voor de combinatie chronische centrale sereuze choroidopathie en occulte neovascularisatie en bij aanhoudende lekkage met neurosensore loslating kan, naast anti-VEGF, een aanvullende PDT (halve dosering of halve belichtingstijd of lagere fluence) toegepast worden.

Is het wenselijk om tijdens de initiële behandeling/follow-up gebruik te maken van thermische laser behandeling?

- Maak geen gebruik van thermische laser tijdens de behandeling van subfoveale, juxtafoveale choroidale neovascularisatie.
- Thermische laser is te overwegen bij extrafoveale choroidale neovascularisatie (CNV) of polypoidale choroidale vasculopathie (PCV).
- Ook is te overwegen thermische laser pas te gebruiken indien anti-VEGF of PDT onvoldoende effect heeft gehad.

Is het wenselijk om tijdens de initiële behandeling of follow-up gebruik te maken van chirurgische interventies en zo ja welke heeft/hebben de voorkeur?

Overweeg geen chirurgische interventie tijdens de initiële behandeling en (vroeg) follow-up bij patiënten met een progressieve pigmentbladscheur en/of oudere submaculaire bloedingen (chirurgische interventie is een last resort).

Is het wenselijk om bij een LMD patiënt een cataract ingreep te verrichten en zo ja met welke aspecten dient rekening gehouden te worden?

- Overweeg een cataractextractie bij patiënten bij wie een verbetering van de visuele functie verwacht wordt en waarbij een stabiele situatie **na** behandeling met anti-VEGF van de exsudatieve LMD is bereikt.
- Verricht geen cataractextractie **tijdens** de eerste serie van 3 injecties.
- Verricht een cataractextractie bij patiënten met neovasculaire LMD onder anti-VEGF-bescherming.

Welke follow-up strategie is het meest effectief?

- a) Hoe lang na de eerste (serie) behandelingen moet een patiënt weer gezien worden?

- De eerste injectie of herinjectie met een anti-VEGF middel wordt zo snel mogelijk maar uiterlijk binnen 1 week gegeven na diagnose.
- De eerste serie van drie injecties wordt om de vier weken gegeven.
- Daarna wordt een van de volgende strategieën gevolgd:
 - iedere vier weken herinjectie
 - Pro Re Nata (PRN) met follow-up om de vier weken en herinjectie wanneer voldaan is aan de criteria voor herinjectie
 - “treat-and-extend” met iedere keer 1-3 herinjecties als de patient komt voor de controle

b) Welke instructies en materiaal moet de patiënt meekrijgen om een recidief tijdig te ontdekken?

- Geef de patiënt een Amslerkaart en eventueel een leeskaartje met bijbehorende instructies mee voor het ontdekken van een recidief.
- Adviseer de patiënt dezelfde of de volgende werkdag het centrum waar hij onder behandeling is te bellen bij de volgende symptomen: (toename) vlek, waziger of minder scherp zien, (toename van) vervormingen. De patiënt wordt dan zo snel mogelijk maar uiterlijk binnen 3 werkdagen onderzocht door een oogarts.

c) Welke onderzoeken moeten tijdens een follow-up bezoek uitgevoerd worden?

Verricht bij de controle follow-up minimaal de volgende onderzoeken: het meten van de visus (VA) en een OCT. Overweeg fundoscopie als op basis van OCT geen indicatie is voor een herinjectie.

d) Wat zijn de criteria voor herbehandeling?

Start herbehandeling met anti-VEGF's bij vocht op de optische-coherentietomografie (OCT), nieuwe bloeding bij fundoscopie of bij actieve nieuwe lekkage op fluoresceïne-angiografie (FAG).

Wat zijn de criteria om tijdelijk te stoppen met behandeling?

- Tijdelijk stoppen met anti-VEGF's is te overwegen bij:
 - afwezigheid van vocht op optische-coherentietomografie (OCT)
 - afwezigheid van nieuw bloed bij funduscopie en/of afwezigheid van lekkage op fluoresceïne-angiografie (FAG)
 - een (peri-)oculaire infectie
 - specifieke stabiele situaties op de OCT en bij funduscopie en met tevens een stabiele visus
- In geval van tijdelijk stoppen met anti-VEGF's moet voor een goede follow-up worden gezorgd.

Wat zijn de criteria voor nadere diagnostiek?

Herhaal een fluoresceïne-angiografie (FAG) en verricht (of laat verrichten) een indocyaninegroen-angiografie (ICG):

- 1) bij verdenking op polypoidale choroidale vasculopathie / retinale angiomateuze

Wilt u verder lezen, dan dient u lid te worden van de MaculaVereniging. De special is dan te vinden achter Inloggen.

[Lid worden](#)