Er laser ved diabetisk maculaødem blevet et skud i tågen?

LEDER

Torben Lykke Sørensen

Ugeskr Læger
2017;179:V69374

Udviklingen af anti-*vascular endothelial growth factor* (VEGF) til behandling af de mest almindelige nethindesygdomme har ændret oftalmologien. Indførelsen af anti-VEGF har forbedret prognosen for patienter med våd aldersrelateret maculadegeneration, patienter med retinale veneokklusioner og diabetisk maculaødem så markant, at bevarelse af kørekort har været foreslået som behandlingsmål for patienter, hvor øjenlæger før kæmpede for at holde patienterne uden for Dansk Blindesamfunds medlemskartotek [1].

I et nyligt publiceret Cochranereview gennemgås litteraturen og evidensen for behandling med anti-VEGF i forhold til både den tidligere anvendte behandling, makulær argonlaser, og en mulig forskel mellem de forskellige anti-VEGF-præparater hos patienter med synsnedsættelse på grund af diabetisk makulopati [2]. Samlet er der 24 studier inkluderet i Cochranereviewet. Hovedkonklusionen er, at anti-VEGF er signifikant bedre end laserbehandling, en behandling, der ellers har været anvendt i årevis som første og eneste behandling af diabetisk makulopati. Hvis udgangspunktet er, at 100 ud af 1.000 patienter, som bliver behandlet med makulær laser, oplever en fremgang på tre linjer på synstavlen (accepteret som en klinisk relevant forskel), opnår 366 ud 1.000 patienter i behandling med anti-VEGF en klinisk relevant forskel [2, 3]. Således er det entydigt, at førstevalgsbehandlingen til de omkring 500 nytilkomne patienter om året i Danmark med diabetisk maculaødem, hvor fovea er involveret, er anti-VEGF, og ikke som tidligere: laserbehandling. Om der kan være behov for at supplere anti-VEGF-behandling med laser på sigt, er fortsat debatteret.

Hvorvidt der er en markant forskel mellem de forskellige præparater, er mindre entydigt. Noget tyder på, at aflibercept kan være mere effektfuldt end ranibizumab, men der er ingen forskel på den subjektivt oplevede synskvalitet i de to grupper. Man kan også diskutere, hvorvidt forskellen er klinisk relevant eller ej, da den gennemsnitlige forskel i ændring af synet var under en linje. Dog er der flere patienter, som er blevet behandlet med aflibercept, end patienter, som er blevet behandlet med ranibizumab, der har en fremgang på mere end tre linjer [2]. Det er usikkert, om behandlingseffekten strækker sig ud over et år, da der her er så få studier, at en netværksanalyse ikke kan foretages.

Selvom anti-VEGF er forbundet med meget få, hvis nogen ovehovedet, systemiske bivirkninger og meget få okulære bivirkninger, gives anti-VEGF som indsprøjtning direkte ind i øjet – intravitreal injektion. Det er en ret sikker procedure med meget få komplikationer, men selvklart noget, der kan være en belastning for patienterne, også fordi det kræver fremmøde på øjenafdelingerne [2, 4]. På grund af det store antal patienter, der skal behandles med anti-VEGF bliver hospitalsressourcer (personale/antallet af injektionsstuer/mulighed for at kontrollere patienterne) og patientvillighed til at møde op mange gange til behandlinger og kontroller lige så vigtige som behandlingseffekt målt på visus. På trods af disse udfordringer viser danske resultater, at patienterne oplever god effekt af behandlingen [5].

Behandling med anti-VEGF har forbedret prognosen markant for patienter med synsnedsættelse på grund af diabetisk makulopati. Med denne overordentligt gode nyhed for patienterne kan små effektforskelle mellem de forskellige præparater, i Danmark anvendes aflibercept og ranibizumab (en del andre lande også anvender bevacizumab), synes at være ubetydelige.

På trods af, at det kan være komplekst at »oversætte« resultater fra de kliniske afprøvninger til hverdagen med de sædvanlige translationelle problematikker vedrørende forskelle mellem den i studierne inkluderede patientpopulation og den patientpopulation, der er i den daglige klinik, er det en glæde, at vi har fået en behandlingsmulighed, som har potentialet til at forbedre synet markant, i modsætning til tidligere hvor synsbevarelse kunne være behandlingsmålet. Vigtige og veludførte studier har bragt os langt, og hermed har vi den kliniske opgave at indføre og varetage behandlingen bedst muligt for den enkelte patient.

KORRESPONDANCE:
Torben Lykke Sørensen, Øjenafdelingen, Sjællands Universitetshospital.
E-mail: tlso@regionsjaelland.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Bressler NM, Varma R, Mitchell P et al. Effect of ranibizumab on the decision to drive and vision function relevant to driving in patients with diabetic macular edema: report from RESTORE, RIDE, and RISE trials. JAMA Ophthalmol 2016;134:160-6.
2. Virgili G, Parravano M, Evans JR et al. Anti-vascular endothelial growth factor for diabetic macular oedema: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2017;6:CD 007419.
3. Suñer IJ, Bressler NM, Varma R et al. Responsiveness of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire-25 in patients with diabetic macular edema: evidence From the RIDE and RISE trials. Retina 2017; 37:1126-33.
4. Freiberg FJ, Brynskov T, Munk MR et al. Low endophthalmitis rates after intravitreal anti-vascular endotheial growth factor injections in an operating room. Retina 17. jan 2017 (e-pub ahead of print).
5. Brynskov T, Laugesen CS, Sørensen TL. Intravitreal ranibizumab for diabetic macular oedema: 1-year experiences in a clinical setting. Acta Ophthalmol 2013;91:e243-e244.