

## INIEKCJA DOSZKLISTKOWA PREPARATU antyVEGF

Leki antyVEGF (do najczęściej stosowanych należą m.in.: ranibizumab, aflibercept, bewacyzumab) mają na celu wiązanie i unieczynnianie czynnika wzrostu VEGF odpowiedzialnego za proces nowotworzenia naczyń krwionośnych i formowania błon neowaskularnych (są inhibitorami czynnika wzrostu śródbłonna naczyń). Nowotworzenie błon podsiatkówkowych to schorzenie, w wyniku którego u pacjenta, m.in. zmniejsza się ostrość wzroku, pojawia się falistość linii i pojawia się plama przed okiem.

Substancją czynną w podawanym w Centrum Zdrowia SALUS preparacie EYLEA jest aflibercept, który blokuje różne śródbłonkowe czynniki wzrostu naczyń (VEGF).

Celem iniekcji jest zapobieganie dalszemu pogarszaniu się wzroku, zmniejszenie obrzęku siatkówki i łagodzenie części objawów występujących u pacjenta.

Zarejestrowane wskazania do terapii preparatami antyVEGF:

- wysiękowa postać AMD (zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem) - postać aktywna
- cukrzycowy obrzęk plamki (DME)
- obrzęk plamki wtórny do niedrożności naczyń żylnych siatkówki (BRVO, CRVO)
- neowaskularyzacja podsiatkówkowa wtórna do patologicznej krótkowzroczności (mCNV)

Na rokowanie duży wpływ mają wielkość i położenie błony neowaskularnej oraz jej budowa (lepiej reagują na leczenie wczesne fazy choroby). Bardzo istotne jest wczesne wdrożenie leczenia i właściwa kontynuacja terapii, wymagająca zwykle powtórnych iniekcji doszkliskowych celem właściwej kontroli choroby.

### Przebieg zabiegu

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym, w warunkach sterylnych, w pozycji leżącej. W trakcie zabiegu nie należy wykonywać ruchów głową ani oczami. Twarz będzie przykryta specjalną serwetą, a oko pacjenta będzie przytrzymywane w pozycji otwartej, aby nie mogło mrugać. Należy wykonywać polecenia personelu medycznego i kierować wzrok zgodnie z poleceniem lekarza.

Nie należy zaciskać powiek drugiego oka. Czas trwania zabiegu z przygotowaniem wynosi kilkanaście minut. W czasie iniekcji większość pacjentów odczuwa niewielki ucisk, czasem pobolewanie. Właściwa współpraca pacjenta z personelem jest niezbędna, a niestosowanie się do zaleceń może wiązać się z większym ryzykiem wystąpienia powikłań.

### Pooperacyjny dyskomfort

- zadrażnienie gałki, uczucie ciała obcego przez około 2 dni
- możliwy wylew podspojówkowy w miejscu wkłucia (wchłania się w ciągu 7-14 dni)
- może wystąpić uczucie zwiększonej suchości spojówek czy rogówki

## DI-PP-OA 7

- w okresie gojenia nie można pływać w basenie, jeziorze, morzu
- W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

### **Powikłania są rzadkie**

- uczulenie na leki o różnym stopniu nasilenia ( także leki znieczulające, antybiotyki)
- zakażenie (niewłaściwa higiena oka)
- wzrost ciśnienia śródgałkowego (przejściowy), mogący powodować uszkodzenie nerwu wzrokowego
- zaćma (postęp zmętnienia soczewki), przerwanie ciągłości tylnej torebki soczewki, mogące wymagać przeprowadzenia operacji w późniejszym terminie
- miejscowy odczyn zapalny (niewielkie nasilenie) lub zapalenie błony naczyniowej, w tym zapalenie wnętrza gałki ocznej, mogące prowadzić do trwałego znacznego pogorszenia widzenia lub nawet utraty oka
- wylew krwi do ciała szklistego
- przedarcie siatkówki i odwarstwienie siatkówki

Powikłania zdarzają się niezwykle rzadko, ale całkowicie nie można ich wykluczyć mimo prawidłowo wykonanego zabiegu.

Jeśli pacjent podejrzewa, że pojawiło się u niego działanie niepożądane (ból oka, światłowstręt, błyski światła, niewyraźne, pogorszone widzenie np. związane ze zwiększoną ilością mętów w oku lub efektem zasłony przed okiem) **powinien niezwłocznie zgłosić się do okulisty.**

### **Jak przygotować się do iniekcji**

Do przychodni prosimy zabrać dokument tożsamości, skierowanie (jeśli było wcześniej wypisane), podpisany formularz zgody z formularzem informacyjnym dotyczącym iniekcji doszklistkowych (poniższy druk).

Ponieważ bezpośrednio po zabiegu widzenie może być niewyraźne, pacjent nie powinien prowadzić samochodu w drodze do domu. W dniu wstrzyknięcia nie należy nakładać makijażu.

Jeśli pacjent choruje na schorzenia takie jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, astma, alergie lub, jeśli przyjmuje leki zmniejszające krzepliwość krwi np. (aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, xarelto, pradaxa) należy poinformować o tym lekarza wykonującego iniekcję. W przypadku stosowania leków na stałe należy je przyjmować jak zwykle i znać (spisać) ich nazwy. Należy uprzedzić personel, jeśli w przeszłości było uczulenie na jod, środki znieczulające (np. w stomatologii) lub wystąpiły jakiegokolwiek problemy związane z wcześniejszymi wstrzyknięciami do gałki ocznej. Należy również uprzedzić, jeśli pacjent ma jaskrę, przebył zawał mięśnia serca lub udar mózgu - centralnego układu nerwowego. Należy poinformować, jeśli w ciągu czterech tygodni poprzedzających iniekcję została przeprowadzona lub w ciągu najbliższych czterech tygodni jest planowana operacja na tym oku.

Przed zabiegiem można będzie porozmawiać z lekarzem wykonującym iniekcję i zadać ewentualne pytania.

Po zabiegu pacjent wraca do domu. Otrzymuje recepty na potrzebne leki, dodatkowe zalecenia ustne oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy.

**Ogólne zalecenia pooperacyjne**

- Przed zabiegiem pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza
- Higiena oka (bez potrzeby nie dotykać oka, nie pocierać, używać jednorazowych chusteczek)
- Wskazane jest ograniczenie wysiłku fizycznego przez kilka-kilkanaście dni po iniekcji
- Należy zgłaszać się na ustalone wizyty kontrolne i badania OCT

**ŚWIADOMA ZGODA NA PODANIE INIEKCJI DOSZKLISTKOWEJ OKA**

Świadoma zgoda na zabieg w znieczuleniu miejscowym .

Imię i nazwisko chorego.....

Data urodzenia.....

Rozpoznanie.....

Planowana iniekcja doszkliskowa ..... oka .....

Stwierdzam, że przedstawiono pacjentowi/pacjentce planowany sposób leczenia oraz poinformowano o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić.

Podpis lekarza operującego.....

**OŚWIADCZENIE PACJENTA:**

Oświadczam, że:

- zapoznałem/łam się ze szczegółowym opisem leczenia, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie,
- ujawniłem/łam wszystkie znane mi schorzenia i zarazem nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób,
- poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu zabiegu i zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń i wizyt kontrolnych,
- miałem/łam możliwość zadawania pytań lekarzowi i na przedstawione wątpliwości uzyskałem/łam wyjaśnienia,
- zobowiązuje się dokonać zapłaty za wykonanie iniekcji z własnych środków i oświadczam, że nie będę się w przyszłości ubiegać od SALUS Sp. z o.o. w Słupsku zwrotu zapłaconej kwoty i refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów zabiegu.

Podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna.....

Słupsk, dnia .....