

Dislocerad lins – Bedömning och handläggning före och efter operation vid den inremitterande kliniken

Författat av: Guy Shanks, överläkare

Berett av:

Beslutat av: Eva Karlsson

PM för handläggning av Patienter med Förvärvad Afaki

Patienter med förvärvad afaki eller partiellt dislocerade IOL är en växande grupp. Det finns ett stort antal sådana patienter, och ett begränsat antal kirurger som kan åtgärda problemet. Därmed finns det långa väntetider.

Några exempel på olika slags patienter inom denna grupp är:

- Afaki efter kataraktoperation, med eller utan tappad kärna
- Afaki efter tidigare kirurgi av annan anledning
- Dislocerad egen lins efter tex trauma eller vid tex Marfans Syndrom
- Dislocerad IOL efter trauma, tidigare komplicerad kirurgi
- Dislocerad IOL pga pseudoexfoliationer, ofta då med samtidigt glaukom
- UGH syndrom

Vissa av dessa patienter har bekymmer som bör åtgärdas relativt akut, tex om det finns en tappad kärna efter kataraktkirurgi, eller om en patient med UGH syndrom har ett okontrollerat högt IOP trots medicinering. Dessa patienter bör diskuteras muntligt med någon av läkarna i Kirurgisk retina-teamet för att få till en adekvat planering. I övrigt är detta inte ett akut tillstånd, och det är fördelaktigt om patienten kan informeras om väntetider inför bedömning och åtgärd.

I de fall som inte är akuta, finns det mycket som kan göras för patienterna innan operationen. Om pupillöppningen är klar kan patienten få möjlighet att se bra med hjälp av afaki-kontaktlinns via er Syncentral och bör därför remitteras dit. Om patienten är enögd, kan de få se bra via afakikorrektion med glasögon, vilket ordnas via remiss till er Syncentral. Remiss dit bör ordnas samtidigt som remiss skickas till oss.

Enögd patienter är en speciell grupp. Kirurgi för afaki med sekundär implantation av en IOL är ett stort ingrepp, och det är inte alla ögon som tål att utsättas för ett sådant ingrepp. Detta är framför allt fallet hos patienter med samtidigt signifikant glaukom, eller mycket hög ålder. Det är därmed extra viktigt att dessa patienter får snabb hjälp med afakikorrektion så snart man har ställt diagnosen.

I många fall sitter den dislocerade IOL:n kvar i pupillen och stör synen. Då hjälper det inte mycket med afakikorrektion. Det är därför viktigt att beskrivande status framkommer i journalanteckningar som Ni skickar till oss.

Det är vanligt att dessa patienter har ett förhöjt ögontryck. En dislocerad lins orsakar i de flesta fall inte en tryckförhöjning i sig, men samtidigt glaukom är mycket vanligt och även UGH-syndrom kan ge ett högt ögontryck. Detta skall behandlas på sedvanligt sätt. Man skall inte avvakta med tex tryckbehandling för att man väntar på en operation. Dessa patienter skall följas på hemorten fram till eventuell operation är utförd.

Information som behövs i remissen:

- Ögonanamnes inkl alla tidigare operationer.
- Ögonstatus för båda ögon inkl visus okorrigerad och med bästa korrektion, inkl afakikorrektion. Vid glaukom, kopior av senaste synfältsundersökningarna. Det är vanligt hos patienter med pseudoexfoliationsglaukom och dislocerad IOL att BÅDA ögon är påverkade.
- Medicinsk anamnes inkl medicinlista samt information om ev blodförtunnande.
- Social anamnes. Är patienten en lastbilschaufför tex?
- Information om vilka åtgärder har tagits för att kompensera för patientens afaki, tex k-lins eller starrglasögon.

Vi har i de flesta fall långa väntetider för patienter med dislocerade IOL eller afaki efter kataraktoperationer. Dessa patienter har i de flesta fall oftast opererats ineliggande hos oss eftersom det rör sig om relativt komplicerade ingrepp. I ett försök att minska väntetider för denna patientgrupp kommer vi pröva att operera vissa patienter polikliniskt.

Detta innebär att Ni på inremitterande hemkliniker kommer se dessa patienter Dag 1 postoperativt.

Det är väldigt vanligt med postoperativ hypotoni hos dessa patienter. Detta är antagligen delvis på grund av att man arbetar så nära ciliärkroppen under ingreppet, och delvis eftersom det finns så många kirurgiska snitt i ögat. De allra flesta hypotonier blir bättre av sig själv om man väntar en vecka, men dessa patienter behöver hållas under uppsikt.

Om de har ett tryck på 4 eller mindre, behöver de topikala antibiotika till dess att trycket har stigit, ofta den första veckan. Välj Vigamox eller Oftaquix.

Om man har en stark misstanke om läckage från ögat, tex vid uppgrundad främre kammare eller omfattande korioidal svullnad, så kan man höra av sig till oss för råd. En lättare korioidalsvullnad är dock vanligt.

Det är mycket vanligt med glaukom hos denna patientgrupp och trycket och trycksänkande medicinering skall justeras allt eftersom.

Dag 1 vill man kontrollera som vanligt att ögat inte är infekterat, graden av inflammation, förekomst av intraokulära blödningar, position av IOL, och att näthinnan är tilliggande.

Det finns oftast en korneal sutur. Denna kan tas bort efter en månad. Vid månadskontrollen skall man även ta en OCT för att utesluta cystiskt makulaödem (CME). CME ses relativt ofta i denna grupp, ffa hos de som har genomgått komplicerad kataraktkirurgi med tappad kärna.

Patienterna bör följas minst 4 månader post op, och till dess att ögat ser helt lugnt ut utan medicinering.

Vid funderingar, hör av Er.