

Glaukom Trab-mottagning

Hitta i dokumentet

[Operationsbedömning](#)
[TRABEKULEKTOMIER](#)
[Dag 1](#)
[Vecka 1](#)
[Vecka 2-4](#)
[Vecka 4](#)
[Vecka 6](#)
[Läckage?](#)
[Inget läckage](#)

[Cyclodialys klyfta?](#)
[XEN](#)
[Cyclodiodlaser](#)
[Större shunt \(Ahmed/Baervaldt/Molteno\)](#)
[Needling efter filtrerande operationer](#)
[5-FU injektioner subkonjunktivalt](#)
[Telefonnummer till Malmö](#)
[Telefonnummer till Mölndal](#)

Visus gör sköterskan men tryckmätning gör läkaren, detta då läkaren ofta ändå gör tryckmätningar efter massage/needling. Sparar tid+droppar. Ibland gör läkaren även visus men ska då ha stöd avsatt för tidsbokning/hålla ögonlock/ta bilder/assistera vid 5-FU injektioner.

Operationsbedömning

- Görs huvudsakligen av glaukomkirurg efter klinisk undersökning av denne efter remiss. De flesta av Hallands patienter i behov för filtrerande kirurgi ska i vidaste mån remitteras till Malmö, då väntetiderna är långa till Mölndal. Remiss till Mölndal kan ändå bli aktuell, särskilt för dem som bor norra Halland inom Kungsbacka ögonmottagnings upptagsområde eller de som tidigare blivit opererade i Mölndal/har förlopp på bakre segment i Mölndal/logistiska skäl etc.
- Cyclodiodlaser: Vid smärtsamma blinda ögon. Alternativ är cyclokryo, särskilt vid neovaskulära glaukom. Ifall det finns visuspotential med iaf möjlighet att läsa på Schnellens tavla tas telefonkontakt med glaukomkirurg för rådgivning.
 - I remisser ska följande framgå:
 - Debuttering av glaukom (år + tryck)
 - Typ av glaukom
 - Tidigare ögonoperationer/laserbehandlingar.
 - Ögontryck innan uppstartad behandling
 - Trycknivåer över tid (ange ifall inom övre tiotal, lägre tjugotal etc.)
 - VFI på första synfält, senaste synfält och progressionshastighet
 - Ögontrycksänkande behandling, också avslutad pga biverkningar/ingen effekt
 - Avvikande fynd vid klinisk undersökning. Gonioskopi.
 - Övriga sjukdomar, härunder ifall pt får blodförtunnande behandling.
 - Skicka med synfältsundersökningar

TRABEKULEKTOMIER

Dag 1

Visus är ofta nedsatt några rader. Ibland haft ont dagen innan men generellt bättre på återbesök, annars undersök orsak till detta. Ofta skav/"kladd" p g a suturer.

Generellt: Starta med dexafree x 6. Kan använda hård skålla till natten, men inget strikt krav. Inte gnugga hårt i ögat.

Tryck >10:

- Massera med bomullspinne på utsidan av ögonlock motsvarande bakom sklerallucka. Ifall fortsatt tryck över 10 massera lite mer och med aningen mer tryck med bomullspinne. Om fortfarande tryck över 10 ge tetrakain och med glasstavens kula massera på bakre skleralluckans kant och bakåt. Om fortfarande tryck över 10 massera med glasstaven över tagbara suturer på skleralluckans hörn, detta gör att de blir lite mer löst bundna.
- Om tryck ligger över 30 alternativ inte går ner under 15 efter ovan nämnd massage återbesök om 3 dagar på trabmottagningen.

Tryck 4-10: Kan vara normalt. Undersök följande med åtgärd:

- Läckage: Seidels test, ibland kan man behöva färga in med fuktad fluoresceinremsa (finns i skåpet på trabmottagningsrum). Bandagelins om vid limbus, diam 16mm. Vid läckage längre bak ges större bandagelins, finns hos Claes-Henrik. Kontrollera alltid efter att bandagelinsen täcker läckageområdet.
- Grund främre kammare: Kolla efter läckage. Om inget finns så är det överfiltration. Ifall ingen koroidalavlossning öka till dexafree x 8.
- Mycket grund FK men ingen iridokorneal kontakt/tryck <4: ge bandagelins, diameter 17mm minst (ska täcka skleralluckan). Cyklogyl x 3, oftaquix x 2, dexafree x 12. Kontroll inom 1-2 dagar för att se att det inte försämras.
- Koroidalavlossning: Brun-grå massa perifert i fundus. Läckage? Om inte, öka steroider till x 10, cyklogyl x 3. Ifall kising choroidals suturering av sklerallucka på OP subakut inom 24 timmar, prata med glaukomkirurgiläkare i Malmö.
- Om visus är nedsatt men allt för övrigt ser bra ut, gör makula OCT för att utesluta hypoton makulopati.

Tryck 0-3: Som angivet för tryck 4-10, ska dock täta uppföljningar och kontakt till glaukomkirurg för handläggning.

Helt utplånad främre kammare

- Läckage?
- Malignt glaukom/aqueous misdirection?

- Cyclodialys klyfta?
- Överfiltration?
- Handlägg beroende på tillstånd. (se anteckningar om malignt glaukom) Vid tvekan ring till glaukomkirurgiläkarna i Malmö.

Vecka 1

Hantering som under dag 1. Om tryck över 30 som inte går ner under 15 på massage (bomullspinne+glasstav) dra en tagbar sutur.

Vecka 2-4

Ifall man uppmäter tryck över 12 under denna period kan man avlägsna en tagbar sutur (ta den i område som filtrerar sämst. Ifall det finns 3 tagbara så ta den som är i mitten, detta riktar flödet mer bakåt). Efter man har tagit suturen så massera med glasstav.

OBS! Börja inte massera innan den tagbara suturen har avlägsnats, man ska ändå massera efter att den avlägsnats för att skilja skleralluckan från skleralbädden och trycket i ögat kan då bli onödigt lågt med risk för koroidalblödningar.

Vecka 4

Tagbara suturer klipps ner så de går under konjunktivan. Man ska inte dra bort dem.

Ethilonuturer (svarta) vid limbus och eventuellt de i konjunktivan som är kvar som fast knutna (oftast suturer som sur ihop radiära snitt/sprickor som uppstått under operationen) klipps bort. Ta fat i en suturände med knytpincett, med andra handen klipp suturtråd med vannas-sax/skär av med gul 30G-nål och dra bort. Ifall det är svårt att få tag i någon eller de växt fast är det OK att lämna ifall de är täckta av konjunktiva och inte ger skav.

Vecka 6

Om allt ser bra ut kan kortisondropparna nu avslutas helt. Kom ihåg att mäta trycket på andra ögat också och ta ställning till vad planen är med detta ögat. Avsluta kontrollerna på trabmottagningen, ska följas upp med applanationstryck+synfält hos glaukomsköterska om 1 mdr.

Vid lågt ögontryck <8.

Läckage?

- Vid limbus, applicera bandagelins, ge oftaquix x 2. Kontrol om 1 vecka för att se ifall det läkt.

- Ifall längre bak och diskret läckage applicera större bandagelins (typiskt 17-18 mm i diameter).
- Större läckage med större öppning: Ska sutureras, sätt upp för operation inom 2 dagar. Tills dess atropin x 3 + oftaquix x 2 + dexafree x 10
- Se för övrigt ”**Dag 1**”

Inget läckage

Överfiltration till exfiltrationsblåsan

- Om visus är bra, ingen grund kammare, ingen markant hypoton makulopati sett på OCT makula och inga koroidalavlossningar ses fortsätt dexafree en tid. Om stabilt vid omkontroll efter 2-4v – acceptera och plan enligt ovan.
- Ifall visus är nedsatt 2-3 rader jämfört med preoperativt/små koroidalavlossningar: öka till dexafree x 10, cyklogyl x 3
- Ifall ingen bättring 2 veckor efter punkt 2 alternativt tryck <5, mycket stora koroidalblåsor/”kissing choroidals” eller uttalad makulopati med >3 raders synförsämring jämfört med preoperativt: Operation snarast, troligtvis med transkonjunktival suturering av skleralluckan. Ordinationer som punkt 2 i detta kapitel, tillägg större bandagelins som täcker skleralluckan. Ring till Malmö för handläggning.

Cyclodialys klyfta?

- Typiskt ingen/liten exfiltrationsblåsa men stora koroidalavlossningar och/eller hypoton makulopati.
- Gonioskopi, om öppning ses mellan skleralporre och irisrot är det suspekt. Komplettera undersökning med främre kammarultraljud.

XEN

Se enskilda riktlinjer inkl. flödesschema från Allergan

Cyclodiodlaser

Återbesök efter 4 veckor.

- Visus
- Applanations tryck.
- Undersök för inflammation.
- Det kommer ofta finnas ljusvåg (ciliarkroppen är delvist destruerad, varvid blod-ciliarkroppsbarriären blivit påverkad med läckage av proteiner till bakre kammare), ifall pt inte har symptom på irit lämnas detta obehandlat

- Vid symptom eller > 5 celler vid 1x1 mm ljusvåg: Förlängd kortisonkur, case-baserad bedömning om intensitet/längd. Klinisk uppföljning på trabmottagningen.

Ifall trycksänkningen är otillräcklig kan behandling upprepas. Tala med kirurg som ska utföra ingreppet om hur många effekter som ska planeras, journalförs.

- Med inställningarna använda i Halmstad kan sammalagt 2 kvadranter behandlas 2 gånger, de övriga 2 en gång. Se för övrigt anvisning från företaget, finns på informationshäfte vid cyclodiodlasern.
- Med inställningar från Malmö behandlas samma område inte 2 gånger. Dessa inställningar är högre i intensitet men kortare duration (1500mW ökande till 2500mW, 2s).

Som utgångspunkt ska pt vara fria från diamoxbehandling efter avslutade kontroller på trabmottagningen, eftersom de långsiktigt kan få systembiverkningar. I enstaka tillfällen kan långvarig behandling dock bli nödvändig (sista ögon utan annan möjlig behandling).

Större shunt (Ahmed/Baervaldt/Molteno)

Ofta skickar kirurgen med anvisning om postoperativ kontroll. Vid tveksamhet kontakt till glaukomkirurg.

Needling efter filtrerande operationer

Ska bedömas av glaukomkirurg. Frågeställning om detta i remissen.

Vid försök till detta ska det bedövas med tetrakaindroppar, tvättas med klorhexidin. Gå in temporalt ifrån och svep med böjd 30G-nål subkonjunktivalt/subtenonalt. Om ingen effekt på blåsan med fyllning kan man gå in under skleralluckan. Vid tveksamhet kontakta glaukomkirurg.

5-FU injektioner subkonjunktivalt

Ges efter lyckad needling. Sammanlagt max 3 sprutor inom 1 vecka från needlingtillfälle. Ska inte ges nr. 2 alt. 3 ifall trycket ligger under 10 mmHg. Använd munskydd, handskar, skyddsglasögon, överdragsrock (engångs). Ska undvikas att ges av kvinnlig personal i fertil ålder utan kontraception pga risk för påverkan av foster, likaså med ev. assistans som håller ögonlock. Ges upptill temporalt efter tetrakaindroppe. Spolning med koksalt efterföljande. Allt riskmaterial läggs i vit sopsäck, markeras som riskavfall.

Telefonnummer till Malmö

Jesper Hougaard (ansvarig för glaukomkirurgin): 040-337119
Anders Bergström: 040-331329 alt 0706-126210
Anna Weberg (sekr som bokar glaukomkirurgipt. + logistik): 040-336942

Telefonnummer till Mölndal

Thiemo Rudolf (anvarig för glaukomkirurgin): 0737-212419

Granskad av Henrik Strandbygaard Arvidsson, överläkare Region Skåne

Uppdaterat från föregående version