

Glaukomkirurgisk mottagning – Ögonkliniken HS

Hitta i dokumentet

[Glaukomkirurgisk mottagning](#)

[Glaukom – kirurgisk mottagningshandläggning](#)

[Operationsbedömning](#)

[I journalsammanfattning ska följande framgå:](#)

[Trabelektomier](#)

[Dag 1](#)

[Tryck >10:](#)

[Tryck 4-10:](#)

[Tryck 0-3:](#)

[Vecka 2-4](#)

[Vecka 4](#)

[Vecka 6](#)

[Läckage](#)

[Inget läckage](#)

[Cyclodialys klyfta?](#)

[Preserflo](#)

[Dag 1: Dag 1](#)

[Tryck >14:](#)

[Tryck 4-10:](#)

[Tryck 0-3:](#)

[Vecka 1 /vecka 3:](#)

[Vecka 6:](#)

[ISTENT](#)

[KDB\(Kahook\)](#)

[Cyclodiodlaser](#)

[Telefonnummer till Malmö](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Glaukomkirurgisk mottagning

Glaukom – kirurgisk mottagningshandläggning

Sköterska gör visus. Läkaren tryckmäter, då hen ändå gör tryckmätningar efter massage/needling. Sparar tid och droppar. Ibland gör läkaren även visus. Sköterskan ska ha tid avsatt för tidsbokning/hålla ögonlock/ta bilder/assistera vid 5-FU injektioner.

Operationsbedömning

Görs huvudsakligen av glaukomkirurg efter klinisk undersökning av Patient på trab-mottagning. De flesta av Hallands patienter är i behov för filtrerande kirurgi ska i största mån sättas på väntelista för preliminär operationsbedömning på Trab-mottagning i Halmstad.

Cyclodiodlaser: Vid smärtsamma blinda ögon. Alternativt cyclokryo, särskilt vid neovaskulära glaukom. I de fall det finns visuspotential med möjlighet att läsa på Snellens tavla men där filtrerande operation är för riskabel/inte önskas, tas telefonkontakt med glaukomkirurg för rådgivning.

I journalsammanfattning ska följande framgå:

- Debut av glaukom (årtal och 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 p g a biverkningar/ingen effekt
- Avvikande fynd vid klinisk undersökning. Gonioskopi.
- Övriga sjukdomar, härunder ifall patient får blodförtunnande behandling.

Trabelektomier

Dag 1

Visus är ofta nedsatt några rader. Ibland har patient 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 > 10 massera lite mer och med aningen mer tryck med bomullspinne. Om fortfarande tryck > 10 ge tetrakain och med glasstavens kula massera på bakre skleralluckans kant och bakåt. Om fortfarande tryck > 10 massera med glasstaven över tagbara suturer på skleralluckans hörn, detta gör att de blir lite mer löst bundna. Om tryck ligger > 30 alternativ, inte går ner under 15 efter ovan nämnd Massage, återbesök om 3 dagar på trab-mottagningen.

Tryck 4-10:

Kan vara normalt. Undersök följande med åtgärd:

Läckage: Seidels test, ibland kan man behöva färga in med fuktad fluorosceinremsa (finns i skåpet på trab-mottagningsrum). Bandagelins om läckage vid limbus, diam 16 mm. Vid läckage längre bak ges större bandagelins. Kontrollera alltid efter att bandagelinsen täcker läckageområdet.

Grund främre kammare: Kolla efter läckage. Om inget läckage så är det överfiltration. Ifall ingen koroidalavlossning öka till Dexafree x 8.

Mycket grund FK men ingen iridokorneal kontakt/tryck <4: ge bandagelins, diameter 17 mm minst (ska täcka skleralluckan). Cyklogyl x 3, Oftaquix x 2, Dexafree x 6. 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 Kissing 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 med 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 > 30 som inte går ner under <15 på massage (bomullspinne+glasstav) dra en tagbar sutur och massera ytterligare med glasstav

Vecka 2-4

I de fall man uppmäter tryck > 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 suturtagning massera med glasstav.

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

Vecka 4

Tagbara suturer klipps ner så de går under konjunktivan, ska inte dras bort. 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. Fatta en suturände med knytpincett, med andra handen klipp suturtråd med vannas-sax/skär av med gul 30G-nål och dra bort. I de fall det är svårt att få tag i suturen eller de växt fast är det ok att lämna dessa om 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 men också ta ställning till vad planen är med detta ögat. Avsluta kontrollerna på trab-mottagning, ska följas upp med applanationstryck och synfält hos glaukomsköterska om 1 månad.

Vid lågt ögontryck < 8.

Läckage

Vid limbus, applicera bandagelins, ge Oftaquix x 2. Kontrol om 1 vecka för att se så 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 fortsatt Dexafree en tid. Om stabilt vid kontroll efter 2-4 ve – accepteras 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 koroidalavlosningar och/eller hypoton makulopati. Gonioskopi, om öppning ses mellan skleralporre och irisrot är det suspekt. Komplettera undersökning med främre kammarultraljud.

Preserflo

Läkaren mäter trycket med Applanations tonometri
Undersökning som vid trabekulektomi men även bedöms preserflo-läge i främre kammaren.

Dag 1: Dag 1

Visus är ofta nedsatt några rader. Ibland har patienten haft ont dagen innan men generellt bättre på återbesök, annars ska patient undersökas för 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. Får ej gnugga hårt i ögat.

Tryck >14:

- Massera med bomullspinne på utsidan av ögonlock motsvarande bakom preserflo röret.
- Om tryck ligger > 30 alternativt inte går ner < 15 efter ovan nämnd massage återbesök om 3 dagar på trabmottagningen. vid tryck > 20 sätt in Timosan 1 x 1, om trycket > 30 Cosopt 1 x 2 . vid ökad kärinjektion Dexafree ökas till 8-10 gånger .

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 trab-mottagningsrum). Bandagelins om vid limbus, diam 16 mm. Om bandagelins ska sättas in, minska Dexafree till 1x 3-4 och tillägg med Oftaquix endos 1 x 2
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:

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 Kissing choroidals anmäl för akut kirurgi med påfyllning av främre kammaren med viscoelastiska.

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 /vecka 3:

Hantering som under dag 1. Om trycket ligger > 14 mmHg , avlägsnas ripcord sutur. vid tryck > 20 trots avlägsnande av ripcord suturen sätts in Timosan 1 x 1 , om trycket > 30 mmHg Cosopt 1 x 2 . vid ökad kärinjektion Dexafree ökas till 8-10 gånger .

Vecka 6:

Slutkontroll . Ethilonsuturer (svarta) vid limbus och eventuellt de i konjunktivan som är kvar som fast knutna (oftast suturer som syr ihop radiära snitt/sprickor som uppstått under operationen) klipps bort. Ta tag 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 en sutur eller de växt fast är det ok att lämna ifall de är täckta av konjunktiva och inte ger skav. Fortsatt behandling med Dexafree 1 x 6 i ytterligare 6 veckor.

3 månader tills sjuksköterska glaukomkontroll med Visus, Applanationstonometri och Synfält 24-2 , läggs till glaukom-ronden.

ISTENT

Dag 1 Läkarkontroll. Förbereds med applanationstonometri. Behåller aktuella trycksänkande droppar, om tryck under 8 mmHg kan trycksänkande droppar reduceras. Nevanac och/eller Dexafree 1 x 3 i 3 veckor

Dag 14 läkarkontroll. Förbereds med visus och applanationstonometri, utförs gonioskopi.

Vecka 6, sköterska: Slutkontroll. Visus + AR + applanationstonometri

Individuell anpassad bedömning och handläggning efter behov.

KDB(Kahook)

Kontroll på Glaukomkirurgisk mottagning

Dag 1 läkarkontroll. Förberedelse med visus. Läkare mäter tryck med applanation tonometri. Man kan förvänta hyphaema i främre kammaren och högt tryck. Nevanac och/eller Dexafree 1 x 3 pilokarpin 2%1 x 3 i 3 veckor, behåller aktuella trycksänkande ögondroppar, om tryck under 8 mmHg kan trycksänkande droppar reduceras.

Dag 14 läkarkontroll. Utvärdering och eventuellt stegvis utsättning av trycksänkande ögondroppar

Vecka 6, sköterska: Slutkontroll

Individuell anpassad bedömning och handläggning efter behov.

Cyclodiodlaser

Återbesök efter 4 veckor.

- Visus, applanations tryck mätts av sköterska .
- Läkareundersökning: Det kommer ofta finnas ljusväg (ciliarkroppen är delvist destruerad, varvid blod-ciliarkroppsbarrriären 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 ljusväg: Förlängd kortisonkur, Individuell anpassad bedömning om intensitet/längd. Klinisk uppföljning på glaukomkirurgisk mottagning i Halmstad alternativt annan läkare i Varberg/Kungsbacka.

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 sammanlagt 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 trabmottagnigen, 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 nr. 2,alt. 3 ges 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

Karin Roth Lindqvist 040332163

Anna Weberg (sekr som bokar glaukomkirurgipt. + logistik): 040-336942

Telefonnummer till Mölndal

Thiemo Rudolf (anvarig för glaukomkirurgin)

Uppdaterat från föregående version

Dokument uppdaterat 250120/bkn