

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Bella Johansson Iranipour, (belir), Överläkare

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-08-22

Giltig till: 2026-08-22

# Katarakt – Luxerad eller subluxerad IOL

## Revidering i denna version

Uppdatering av hela rutinen.

## Syfte

Handläggning av patienter med luxerad, eller subluxerad IOL

## Patienterna kan indelas i två huvudgrupper: De vanliga, och de speciella.

- 1) De **vanligaste** patienterna har som regel genomgått en kataraktkirurgi för flera år sedan, och denna operation är enligt uppgift okomplicerad. Under en tid har linsen varit välplacerad och synen varit god.

Efter en tid på något mellan 1 och 15 år har sedan en degenerativ process fortskridit i zonulatrådarna, som lett fram till en subluxation, som kan ha föregåtts av ett lindrigt trauma. Oftast har patienten exfoliationssyndrom, med eller utan glaukomdiagnos. Trycket kan vara normalt eller förhöjt, men detta är inte i första hand kopplat till linsluxationen, utan till glaukomsjukdom. I normalfallet finns ingen inflammation eller retinapåverkan.

Det går oftast att korrigera synen med provglas +11 till +13 med lämplig cylinder. Om kanten av linsen syns i pupillen, kan man även refraktionera patienten med en styrka som ligger i närheten av egna glas. Visus ligger på en förväntad nivå om lämplig korrektion används!

- 2) De **speciella** patienterna hämtas från många fler grupper som t. ex: Decentrerade linser som är relaterade till komplicerade operationer med oklara kapselförhållanden och/eller glaskroppsprolaps till främre kammaren.

Linsdislokationer som uppstått i samband med påtagligt trauma mot ögat

Patienter med luxation och samtidig inflammation och maculapåverkan

Luxation och samtidigt corneal påverkan av mekanisk eller annan natur.

Där inga journaluppgifter finns tillgängliga och biometri måste göras om.

## Handläggning

Helt lösa linsar som ligger på macula, eller kringflyttande i glaskroppen, måste alltid remitteras till BAS i Mölndal för åtgärd. Detta bör göras av den som först konstaterar tillståndet. Bäst efter telefonkontakt med BAS.

## De vanliga

Diagnostiserande läkare bör undersöka och dokumentera:

- Visus med egna glas och med afakikorrektion
- Tryck
- Fundusundersökning om det finns insyn. I vissa fall ultraljudsundersökning för att utesluta större retinala sjukdomar
- Beskriv linsens läge och helst typ av lins. Beskriv graden av donesis! Beskriv även irisstatus vad gäller skador eller atrofier!
- Försök finna gammal journal från operationstillfället, där typ och styrka på linsen noteras, samt huruvida det varit komplikationer.

Om dessa punkter är klarlagda, kan patienten direkt skrivas in i Orbit och även kontakt med FUS sköterska för biometri inför val av lins (om läkaren är kataraktoperatör), alternativt journalbedömas av operatörerna för inskrivning.

I dessa fall krävs ingen FUS hos operatörerna före operation.

OBS! Om det är tryckstegring måste undersökande behandla och ordna med uppföljning av denna!

## De speciella

De speciella fallen bör undersökas på liknande sätt, men sedan sättas upp till FUS hos en av operatörerna för preoperativ bedömning och biometri.

## Preoperativ förberedelse

Patient skall förberedas som en för en vanlig kataraktoperation med sedvanliga droppar inklusive dilaterande droppar, om inget annat är ordinerat i Orbit.

## Postoperativt

Efterbehandlingen följer samma principer som efter kataraktoperationer. Behandlingen bör pågå minst 3-4 veckor.

## Återbesök

Återbesök till OPM2, IOL-ÖVR inom 1-4 veckor. Om operatör önskar tidigare extrabesök får det planeras på operationsdag.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Ögonsjukvård

**Innehållsansvar:** Bella Johansson Iranipour, (belir), Överläkare

**Godkänd av:** Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10102-675416934-169

**Version:** 14.0

**Giltig från:** 2024-08-22

**Giltig till:** 2026-08-22