

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Bálint Haszonits, (balha2), Överläkare

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-08-28

Giltig till: 2027-08-28

## **Trabekelektomi, postoperativ vård**

---

### **Sammanfattning/syfte**

Kontroller och medicinering postoperativt efter trabekulektomi.

### **Standard postoperativ medicinering de första 2 veckorna efter en trabekulektomi:**

- Konserveringsmedelfritt cortison (t.ex. Dexafree® eller Opnol®) x 1 varje vaken timme
- Konserveringsmedelfritt antibiotikum (t.ex. Oftaquix®) x 6 dagligen

### **Första vecka efter operation**

Patienten ska kontrolleras dag 1 efter operationen och c:a dag 5 efter operationen om operationen har varit okomplicerad och föregående besök inte visat några komplikationer.

Kontrollera visus, tryck, filtrationsblåsans utseende (flack, hög, kupol-formad, injicerad, korkskruvskärl, läckage, suturer), främre kammare (djupet, celler, ljusväg, synekier), eventuellt makulaödem och choroidal amotio. Trycket ska vara helst under 10. Vid varje kontrollbesök får man försöka att massera lätt intill trabekelfliken för att testa flödet ur trabekel-luckan och om trabekelblåsan är tät. Om trycket är högre än 12 bör man efter återkoppling med operatören öppna en av skleraflikens hållsuturer som ligger subconjunktivalt (retinalaser, minsta spotstorlek, expositionstid 30 ms, relativ hög styrka (500 mW med Pascal) med Hoskinslins för att plana ut conjunktivan och trycka undan blodkärlen).

Patienten ska påtittas 1-2 dagar efter suturdelning för att kontrollera flödet och eventuellt dela nästa sutur om det behövs. Om främre kammare blir grund föranleder detta extra kontroller. Sätt in konserveringsmedelfritt cycloplegicum (t.ex. Cyclopentolat®) x 2 dagligen. Om irisen kommer i kontakt med endotelet ska patienten visas för operatören för att avgöra om man behöver lägga Healon i främre kammare för att förhindra främre synekier och lens-endotel kontakt. Om det blir en hög choroidalamotio ska kontakt tas med operatören.

Hypotoni, lätt grund främre kammare och måttlig choroidal amotio är ganska vanligt i det här stadiet. Patienter ska absolut undvika Valsalva manöver.

### **Andra vecka efter operation**

Om filtrationsblåsan läcker fortfarande en vecka efter operationen, måste man ta kontakt med operatören för att åtgärda läckaget.

Följande rekommendationer gäller om filtrationsblåsan inte läcker:

Under andra veckan ska trycket ligga helst under 12. Är trycket över 8 och främre kammaren stabil, kan man också sätta ut Cyclopentolat® om det har blivit insatt.

Man ska vid kontrollbesöket massera bulben lätt för att testa flödet om trycket är över 10 och dela suturer om det behövs. Suturdelningen har mycket sämre effekt efter 2 veckor postoperativt.

Om inflammationen är påtaglig och ögat är irriterat, rött och utvecklar så kallade korkskruvskärl, kan det bli angeläget med 5-FU (5-Fluoruracil) injektioner subconjunktivalt. Kontakta operatören! I övrigt se punkter under vecka 1.

På slutet av vecka 2 ska den fortlöpande kornea-konjunktivala suturen (om den finns) dras ut med sax och pincett om trabekelblåsan har varit tät i minst 3 dagar.

### **Tredje till tolfte vecka efter operation**

Efter 2-3 veckor kan Oftaquix® sättas ut om filtrationsblåsan inte har visat något läckage i minst 5 dagar. Steroider ska trappas långsamt ner med början tidigast 2 veckor postoperativt över en tid på 3-4 månader beroende på läkningen, korkskruvskärl, irritationen o s v.

Ofta stiger trycket tillfälligt 2-4 veckor postoperativt, delvis över 25 mmHg. I så fall kan man ordinera Voltaren® ögondroppar 3 gånger i ungefär 2 månader för att mjukna ärrvävnaden. Sätt in (konserveringsmedelfri) trycksänkande behandling om patientens papill- och synfältstatus kräver åtgärd. Man får dock helst vänta med att sätta in trycksänkande behandling så länge det är möjligt utan att riskera en försämring av patientens glaukomskada. En 1,0 exkaverad papill tål inte ett tryck på mer än 25 under en vecka, en papill på 0,8 kan tåla upp till 30 i ett par veckor utan att skadas.

Har trycket inte börjat sjunka inom 8-10 veckor eller visar tecken på en tenocysta (kupolförmig skarp avgränsad filtrationsblåsa), behöver man ordinera trycksänkande behandling och boka patienten för en så kallad nålrensning som ska utföras tidigast 2 månader efter en trabekulektomi.

## **Senare kontroller efter en trabekulektomi**

Patienter som har en mucopurulent konjunktivit behöver på grund av den ökade risken för blebit och endoftalmit komma till specialistvård för konjunktivalodling, framförallt om de har en tunn filtrationsblåsa.

Trycket ska kontrolleras regelbundet varje halvår. Övrig uppföljning av patientens glaukom enligt PM.

Om en patient med en trabekulektomi behöver en kataraktoperation, behövs täta tryckkontroller postoperativt p.g.a. den ökade risken för att trabekulektomin slutar att fungera.

Om en tidigare fungerade trabekulektomi plötsligt slutar att fungera lönar sig en nålrensning i de flesta fall innan man börjar med tung trycksänkande behandling. Man kan ha framgång med en nålrensning så sent som 10 till 20 år efter en trabekulektomin.

Om man behöver ordinera trycksänkande behandling ska man försöka använda konserveringsmedelfria preparat och börja med monoterapi. Man behöver också tänka på en eventuell SLT/ALT eller en nålrensning.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Ögonsjukvård

**Innehållsansvar:** Bálint Haszonits, (balha2), Överläkare

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

**Dokument-ID:** NU10102-675416934-277

**Version:** 13.0

**Giltig från:** 2025-08-28

**Giltig till:** 2027-08-28