

Sekundärläkning efter operation i ögonregionen

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

Bakgrund

Operation på grund av trauma eller tumör i ögonlocksregionen innefattar normalt rekonstruktion, d v s kirurgiskt återställande av den normala anatomin så långt det är möjligt. Sekundärläkning, d v s att operationsområdet istället får granulationsläka, har dock visat sig fungera bra för vissa områden och skadetyper i ögonregionen.

Syfte

Tydliggöra indikationer, genomförande och fortsatt handläggning vid sekundärläkning.

Indikationer för sekundärläkning

- Alla skador och tumörer är olika. Det är kirurgen som i samråd med patienten avgör när sekundärläkning är lämpligt.
- Alla patientgrupper är aktuella för sekundärläkning, men äldre och patienter med tillstånd som begränsar ork eller samarbetsförmåga är särskilt gynnade av metoden.
- Kirurgiska metoder som innebär stor tidsåtgång och/eller postoperativt obehag ersätts med fördel av sekundärläkning när så är möjligt.
- Skador och defekter i mediala ögonvrån är ofta lämpliga för sekundärläkning.

- Skador och defekter som innefattar både främre och bakre lamellen i nedre ögonlock är ofta lämpliga för sekundärläkning. Om defekten i främre lamellen är större än den i bakre lamellen kan en partiell rekonstruktion med hjälp av transplantat eller lambå komplettera sekundärläkning.
 - Fungerande Bells fenomen ska bekräftas.
 - Olämpligt vid nedsatt funktion av övre ögonlocket (t.ex. fascialis pares).
 - Olämpligt vid nedsatt corneal sensibilitet.
 - Om kompletterande strålbehandling förväntas är konventionell rekonstruktion mer lämpligt.

Genomförande

- Att dra ihop skadan/defekten något med resorberbar sutur påskyndar läkning.
- Skadade tårkanaler behöver rekonstrueras genom suturering kring silikonstent om de ska bevaras.
- Efter operation läggs antibiotikasalva på defekten, silikonnät och därefter förband, ev. med tryck.
- Rikligt med tårsubstitut rekommenderas för att motverka skavkänsla.
- Patienten bokas till undersköterska om 7–10 dagar, UÖGUSKOP, för sårkontroll.
- Patienten bokas till läkare efter 2 månader, OPM, för kontroll.

Uppföljning

- Förbandet ska sitta kvar i minst 2 dagar. Patienten kan ta bort förbandet därefter, eller lämna det till återbesöket.
- Patienten ska höra av sig vid skav/smärta i ögat trots tårsubstitut för corneakontroll.
- Patienten ska höra av sig vid infektionstecken för ställningstagande till antibiotikabehandling.
- Återbesök till undersköterska 7–10 dagar efter operation för borttagning av förbandet, försiktig sårtvätt, kontroll av läkning och infektionstecken,

foto. Påminn om tårsubstitut, informera om normalt läkningsförlopp. Resorberbara suturer ska inte tas bort om de inte skaver mot cornea, kontakta läkare vid misstanke.

- Återbesök till läkare på OPM-mottagning efter 8 veckor, fortsatt planering beslutas beroende på PAD-svar och aktuellt status.
- När ytan på det aktuella området har läkt bör patienten massera detta dagligen med vaselin eller mild hudkräm för att motverka att området stelnar till eller dras samman för mycket.

Förväntat läkningsförlopp

- 0 – 48 timmar Exsudativ fas
 - Såret kan vätska sig mycket, vilket är normalt.
 - Patienten själv kan trycka på förbandet i 15 minuter om det blöder, så slutar det ofta.
- 48 t – 2 veckor Epitelialiseringsfas
 - Defekten täcks successivt av ny vävnad.
- 2 – 8 veckor Sårkontraktion
 - Såret drar ihop sig.
- 2 – 18 månader Remodellering
 - Vävnaden jämnas ut.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Saif Abdulrahman, (saiab1), Överläkare

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10102-716428724-395

Version: 1.0

Giltig från: 2025-10-02

Giltig till: 2027-10-01