

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Giltig från: 2025-12-02

Innehållsansvar: Christina Jansén, (chrja8), Överläkare

Giltig till: 2027-11-20

Granskad av: Wolf Wonneberger, (wolwo), Sektionschef

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5), Överläkare/Professor

CORNEA DSAEK och DMEK

Postoperativ vård och uppföljning efter endoteltransplantationer

Syfte

Informera om postoperativ behandling efter endoteltransplantation, DSAEK eller DMEK.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Patienter med hornhinnsvullnad och/eller nedsatt synkvalitet på grund av dåligt hornhinneendotel kan behandlas med transplantation av det innersta skiktet av hornhinnan; endotelet och dess basalmembran (Descemets membran). Detta tunna transplantat (DMEK ca en hundradels mm, DSAEK ca en tiondels mm tjockt) sutureras inte utan trycks tillfälligt på plats mot hornhinnans insida med hjälp av en gasbubbla i främre kammaren, tills transplantatet fäster (sker vanligen inom de första postoperativa dygnet).

Inskrivning/Operationsdagen

Visusprövning båda ögonen. Kontrollera att preoperativ OCT macula finns (<1 månad gammal), ska annars göras preoperativt (innan några Pilokarpindroppar givits). Preoperativt ges Pilokarpin 4 % för mios. Vid operationen trycks transplantatet på plats med hjälp av en gasbubbla (luft eller annan gas) i främre kammaren. Pupillvidgande droppar ges vid operationens slut för att minska risken för pupillblock. Efter operationen

ligger patienten kvar i ryggläge (på pre/postop eller på avdelningen). Huvudändan ska inte vara höjd, ingen kudde under huvudet utan ansiktet ska vara parallellt med taket så att gasbubblan stiger och trycker mot transplantatet på hornhinnans insida. Efter 2 timmar strikt ryggläge får patienten gå upp/sitta uppe i kortare perioder, men i övrigt fortsatt mest ryggläge första dygnet. Patienten bör undvika att böja sig framåt första dygnet.

Patienten skall undersökas i spaltlampan 2 timmar postoperativt (vanligen av operatören) och ögontrycket skall då mätas/uppskattas. Undvik att trycka på ögat då man kan dislocera ffa DSAEK-transplantat i detta tidiga skede. Gasen kan ibland orsaka tryckstegring (pupillblock) och man behöver då tappa ut en del gas (via sidoport). Om patient klagar på smärta som inte svarar på bedövningsdroppar (tex Oxibuprocain) ska därför operatören kontaktas (bakjour jourtid). Dilaterande droppar kan ibland upphäva pupillblock om luft/gas letat sig bakom iris.

Postoperativ uppföljning

Dag 1. Kontrollera trycket och notera **mängden gas** i främre kammaren (½ främre kammaren gasfylld eller mindre är lagom, inte mer). Se att **transplantatet ligger intill** utan spalt mellan transplantat och värdcornea. Främre OCT om tveksamhet. Om det skulle vara decentrerat, avlossat till främre kammaren eller vätskespalt mellan transplantat och patientens eget stroma bör man ta ställning till reoperation, s.k. “rebubbling” (ny gasbubbla till främre kammare), kontakta operatören (eller annan korneakirurg).

Ordination: Kortisondroppar (Maxidex/Opnol/Dexafree) x 5. Utrusta patienten med recept för 7 månaders kortisondroppning (tex 100 endospipetter 6 uttag). Skicka med nedtrappningsplan för kortison (förtryckt gult papper).

Om epiteldefekter och/eller bandagelins även antibiotikaproylax, t.ex. Oftaquix drp x 3.

Kontroll 2. 1 vecka – 10 dagar.

Visus okorrigerat/egna glas, tonus, främre OCT. **Transplantat intill** (utan vätskespalt mellan transplantat och värdcornea)? Ta bort ev. bandagelins. Minska steroider till x 4 (kontrollera att pat fått nedtrappningsplan för kortison, förtryckt gult papper). Sätt ut ev. antibiotika (om läkt epitel).

Kontroll 3. 1 månad.

Autorefraktor om möjligt, visus enligt autorefraktor/egna glas, **tonus (steroidrespons?)**, **OCT macula (cystiskt maculaödem?)**. Klart transplantat, MD-veck? Ta bort eventuell icke resorberbar sutur i huvudsnitt. Minska steroider till x 3 och informera om fortsatt minskning varannan månad enligt nedtrappningsplan (x3 2 mån, x2 2 mån, x1 2 mån). Kontrollera att pat har skriftlig nedtrappningsplan (förtryckt gult papper). Återremittera för fortsatt uppföljning på hemorten om klar hornhinna, förbättrad visus. Kopia av denna rutin ska bifogas "remiss" till hemorten (meddela sekr i diktat).

Kontroll 4. 3 månader.

Undersökningar som ovan. **CME? Steroidrespons?** Stäm av kortisonnedtrappning enligt ovan. Eventuellt klartecken för glasutprovning (gäller ffa DMEK, för DSAEK ofta vänta 6 mån). Eventuellt återremittera för fortsatt uppföljning på hemorten, se ovan.

Återbesök 5. 2 år.

Optiker (inte läkarbesök) på ögonkirurgisk mottagning (eller hemorten).
Data till Cornearegistret.

Bilagor

Patientinformation.

Ansvar

De läkare som handhar patienter som är opererade med DSAEK eller DMEK ansvarar för att rutinen följs. Processansvarig läkare för cornea ansvarar för att rutinen finns och sektionschefen ansvarar för att den blir känd.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Christina Jansén, (chrja8), Överläkare

Granskad av: Wolf Wonneberger, (wolwo), Sektionschef

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5),
Överläkare/Professor

Dokument-ID: SU9820-1156830909-81

Version: 10.0

Giltig från: 2025-12-02

Giltig till: 2027-11-20