



Universitetssjukhuset i Linköping.
Entren till sjukhusets huvudbyggnad.



Af Björn Johansson
Med dr, överläkare

Bilateral kataraktoperation samma dag

– något man (inte längre) talar tyst om?

Artiklar om bilateral kataraktoperation samma dag, ISBCS (Immediate Sequential Bilateral Cataract Surgery), ses allt oftare i vetenskaplig/medicinsk litteratur, inklusive Ophthalmology under det senaste året.

Jag utövar som kataraktkirurg på universitetssjukhuset i Linköping ISBCS sedan 1999, har publicerat några artiklar samt medverkat vid kurser i ämnet i samband med internationella kongresser. Med intresse har jag följt debatten i Ophthalmology och vill nu lämna några reflexioner efter att ha läst dr Nellemans inlägg på ledarsidan i decembernumret 2010:

Under de senaste 15 åren har fler och fler vetenskapliga artiklar om ISBCS publicerats. Några av dessa kommer från nordiska länder och som regel påtalas hög säkerhet, goda resultat, hög uppskattning av patienter. Fallbeskrivningar med komplikationer och studier av hälsoekonomiska effekter har också publicerats. I en översiktsartikel av Arshinoff & Odorcic i Current Opinion of Ophth-

almology 2009 finns en referenslista som omfattar retrospektiva och prospektiva studier, beskrivningar av inträffade komplikationer, analyser av de fördelar ISBCS uppvisar med avseende på synkvalitet, livskvalitet, vårdprocessen och hälsoekonomin. Författarna belyser också flera komplikationer utöver den oftast diskuterade endoftalmiten, och riskfaktorer som man måste ta hänsyn till när man överväger ISBCS. Dr Nellemann anser att det inte kan uppnås ”evidens för en simultan operation”. Översiktsartikeln ovan (och naturligtvis ytterligare artiklar publicerade efter 2009!) rekommenderas varmt för den intresserade oftalmologen

som själv vill ta faktabaserad ställning till huruvida vi ändå är på väg att uppnå evidens för vilka fördelar och risker som ISBCS innebär.

Det vanligaste argumentet mot ISBCS är risken för bilateral endoftalmit. I syfte att studera fakta närmare analyserade jag data från det svenska Nationella Kataraktregistret (<http://www.cataractreg.com/>) för att jämföra frekvensen av endoftalmit efter ensidig kataraktoperation med den efter ISBCS. Resultaten har redovisats som elektronisk poster respektive föredrag vid ASCRS- och ESCRS-kongresserna 2010. Under den studerade perioden 2003-2009 hade Sverige uppnått nationell konsensus när det gäller intrakamerallinjering av cefuroxim som endoftalmitprofylax vid kataraktoperation. 489325 ensidiga operationer och 24214 bilaterala operationer inrapporterades. Antalet postoperativa endoftalmiter som rapporterades till registret var 184 efter ensidiga operationer, 2 (två) – unilaterala infektioner – efter ISBCS. Infektionsfrekvensen var alltså signifikant lägre efter ISBCS (0.08 ‰ mot 0.38 ‰, $p < 0.02$ chi²-test). Sannolikt orsakas skillnaden av att ISBCS utförs av erfarna kirurger på ett selekterat patientmaterial där komplicerande faktorer inte får föreligga, och att kapselbrott (som ökar infektionsrisken påtagligt) vid en första operation medför att den andra operationen ställs in. Dessa data talar för att statistiska resonemang som hittills förts snarare överdrivit än undervärderat riskerna för bilateral endoftalmit efter ISBCS.

När man diskuterar riskhantering med ISBCS hävdar jag därför att det är viktigare att preoperativt identifiera ögon med endoteldystrofi, aktiv diabetesmakulopati och faktorer som ökar risker för att komplicerat kirurgiskt förlopp och förlängd läkning (små pupiller som kräver mekanisk

dilatation, osäker zonula-kapselstabilitet, mycket hård lins kärna etc). En kirurg får absolut inte ha ”kastet sig över” ISBCS, utan både preoperativ och peroperativ process måste ha en dokumenterat hög kvalitet.

Nellemann, Dansk Oftalmologisk Selskab och jag är alla helt överens om att alltid sätta patientens bästa i första rummet och utöva kataraktkirurgi på det sätt som ger det säkraste och bästa resultatet. Jag vill dock vidga riskanalysen utöver det begränsade oftalmologiska perspektivet och endoftalmitresonemanget. Med en helhetssyn på patienten måste man också väga in i ex risker med att en inte sållan multisyjuk åldrad person (omständigheter som inte kan betecknas som extraordinära inom kataraktkirurgin) som får sin bilaterala katarakt åtgärdad i ett öga åt gången får tillbringa en tid - kortare eller (i offentligt finansierade sjukvårdsorganisationer tyvärr ofta) längre - med en störd binokulär funktion med ty åtföljande ökad risk för fall (vetenskapligt påvisad 1989 i Framinghamstudien), skelettskador etc.

Den patient som, efter att ha fått information från en kompetent oftalmolog om kända förutsättningar och risker i sitt specifika fall, önskar ett öga opererat i taget ska under inga omständigheter genomgå ISBCS. Självklart ska ingen kataraktkirurg mot sin övertygelse utföra ISBCS, och den riskbedömning som dr Nellemann baserar sin kataraktkirurgiska planering på har jag ingen anledning att ifrågasätta på något vis. Däremot anser jag att argumentation på ledarplats år 2010 riktad mot ISBCS bör grunda sig på mer än en JCRS-referens från 1988 och en konklusion som DOS gjort ”för ett par år sedan”.

Jag är förvissad om att ökad kunskap och diskussion om det

vetenskapliga underlag som samlats och samlas beträffande ISBCS kommer att medföra att bilateral katarakt kommer att åtgärdas i båda ögonen samma dag i ökande omfattning med tiden. Jag är också övertygad om att detta kommer att hjälpa oss oftalmologer att förbättra kataraktpatienternas syn- och livskvalitet på ett optimalt sätt. Fördelar i form av ökad processeffektivitet och hälsoekonomiska besparingar är högst relevanta om än sekundära jämfört med patientperspektivet, som alltid måste sättas främst.

2008 grundades International Society of Bilateral Cataract Surgeons med syfte att stimulera intresse för och forskning om ISBCS samt facilitera utbildning och interkollegialt samarbete för utveckling av konceptet. Riktlinjer för optimal säkerhet vid ISBCS finns publicerade på föreningens hemsida www.isbcs.org. Man vill också arbeta för att ISBCS diskuteras mer i medicinska och vetenskapliga fora. Oftalmolog har öppnat för en god debatt i ämnet från en nordisk utgångspunkt, vilket jag uppskattar mycket.

Tack för ordet

Referenslista erhålls från författaren på begäran. ■

Johansson Björn. Facklig sekreterare, Sveriges Ögonläkarförening. Delegat i Sektionen för Oftalmologi, Europeiska specialistläkarorganisationen UEMS
Sekreterare, International Society of Bilateral Cataract Surgeons ISBCS
Diagnosansvarig katarakt och endoftalmit. Ögonkliniken, Universitetssjukhuset, 581 85 Linköping
Direkt 010-103 3068, vx 010-103 0000, fax 010 103 3065
Bjorn.Johansson@lio.se