

*Dansk Oftalmologisk
Selskab*

Retningslinier

vedrørende indikation

for grå stær kirurgi

Forord

I en tid med stadig stigende efterspørgsel på grå stær kirurgi har såvel kolleger som sundhedsmyndigheder efterspurgt vejledning og retningslinier vedrørende indikationer for grå stær kirurgi.

Dansk Oftalmologisk Selskabs bestyrelse har derfor i samarbejde med Danske Øjenlægers Organisation nedsat et udvalg bestående af følgende medlemmer:

Øjenlæge Ole Baun, Roskilde

Overlæge, dr. med. Peter Bernth Petersen, Frederiksberg Hospital (formand)

RI, Ph.D. Jens Christian Nørregaard, Frederiksberg Hospital

Øjenlæge Svend Krag, Holstebro

Overlæge, dr. med. Thomas Olsen, Århus Universitetshospital

Overlæge, dr. med. Ken Ninn-Pedersen, Rigshospitalet, København.

I henhold til sit kommissorium har udvalget undersøgt offentligt tilgængelige retningslinier vedrørende indikation for grå stær kirurgi i andre Europæiske lande samt Nordamerika. Endvidere har udvalget gennemgået relevant videnskabelig litteratur. På baggrund af disse litteraturstudier har udvalget udformet danske retningslinier. Bestyrelsen i Dansk Oftalmologisk Selskab har godkendt disse. Retningslinierne omfatter ikke behandlingsindikation vedrørende grå stær hos børn eller hos mentalt retarderede personer.

Frederiksberg 18. marts 2001.

Grå stær kirurgi skønnes indiceret, såfremt følgende subjektive, objektive og informative kriterier er opfyldt:

1. Subjektive kriterier:

Patientens evne til at udføre nødvendige eller ønskede synsafhængige aktiviteter er signifikant nedsat.

Denne vurdering baseres oftest på patientens selv vurdering af det synsmæssige handikap og dets indflydelse på patientens livsstil, livskvalitet og evt. erhvervsevne.

Generelt gælder at desto bedre synsstyrke desto større er kravet om dokumentation af patientens subjektive synsvanskeligheder i journalen. Operationsrisici, set i relation til potentiel synsgevinst, kan siges at veje tungere hos grå stær patienter med synsstyrke på 6/12 eller derover. Dokumentation af synsvanskelighederne hos denne patientgruppe må derfor betragtes som særlig påkrævet. Det kan for eksempel dreje sig om oplysninger om blændingsgener, ensidigt dobbeltsyn (monokulær diplopi eller polyopi), forstyrrende forskel mellem de to øjne (synsstyrke, farvesyn, refraktion), kørekortsfornyelse, arbejdsmæssige synskrav, behov for hjælp fra andre etc.

2. Objektive kriterier:

Relevant øjenundersøgelse udført af øjenlæge konfirmerer, at der forefindes grå stær, som kan antages at være den overvejende årsag til patientens synsvanskeligheder. Øjenlægen vurderer at en operation med stor sandsynlighed vil bedre patientens syn signifikant.

Øjenundersøgelsen skal have et omfang, som gør det muligt at konstatere, om der findes andre øjensygdomme, der kan begrænse udbyttet af grå stær operation eller øge risikoen for komplikationer. Speciel opmærksomhed kræves hos grå stær patienter, som samtidig har en eller flere af følgende lidelser: grøn stær (glaukom), aldersbetinget nethinde degeneration (senil macula degeneration), diabetisk nethindesygdom (diabetisk retinopati og makulopati), udtalt nærsynethed (excessiv myopi), hornhinde sygdom (dystrofia endothelialis cornea), infektionssygdomme i øjenlåg eller tåreveje og regnbuehindebetændelse. Resultatet af øjenundersøgelsen skal forefindes i journalen.

Patientens generelle medicinske og mentale helbredstilstand skal muliggøre en sikker operation.

Hvis øjenkirurgen finder at de subjektive og objektive kriterier er opfyldt, er det kirurgens pligt at informere patienten, jævnfør punkt 3, informative kriterier, før beslutning om operation træffes.

Hvis øjenkirurgen finder at subjektive og/eller objektive kriterier ikke er opfyldt, er det kirurgens ret og pligt at afstå fra operation. Patienten må da informeres om årsagen.

3. Informative kriterier:

Patienten er informeret om indgrebets karakter og risici ved operationen samt udsigterne til synsmæssig gevinst.

Informationen skal individualiseres under hensynstagen til resultatet af øjenundersøgelsen. Hvis der foreligger andre øjensygdomme, som kan begrænse udbyttet af operationen eller øge risici ved denne, skal patienten specielt informeres herom.

Informationen må gives på en sådan måde, at patienten derefter er i stand til at afgøre, om den forventelige synsmæssige gevinst ved en operation opvejer de risici og ubehag, som operation medfører, og dermed træffe beslutning om operation ønskes eller ej.

Informationgivning og patientens accept af operation skal anføres i journalen.

4. Andre indikationer for grå stær kirurgi:

I særlige tilfælde kan operation for grå stær være indiceret også selvom de subjektive og objektive kriterier ikke er opfyldt:

- Katarakt induceret sygdom f.eks. phakomorft glaukom eller phakolytisk glaukom.
- Behov for at visualisere retina (diabetisk retinopati, melanom, venøse okklusive sygdomme etc.).

Operation på disse indikationer kræver ligeledes patientens informerede samtykke.

5. Kontraindikationer for grå stær kirurgi:

På basis af ovenstående gennemgang kan konkluderes at, grå stær kirurgi ikke bør tilbydes eller udføres under følgende omstændigheder:

- Patienten ønsker ikke kirurgi.
- Brilleglas kan give tilfredsstillende syn.
- Patientens daglige liv påvirkes ikke af katarakten.
- Patientens medicinske eller mentale helbred øger risici ved operationen signifikant.
- Kirurgi vil ikke forbedre den visuelle funktion.

6. Specielle forhold:

- *Operation på andet øje hvor første øje tidligere er opereret for grå stær.*

Principielt gælder samme indikationer for første øje som andet øje operation. Flere videnskabelige undersøgelser viser betydelig synsmæssig gevinst også ved andet øjes operation. Operationen genskaber i reglen binokularitet. Hvis første øjes operation har været kompliceret per- eller postoperativt, bør der i indikationsvurderingen indgå overvejelser vedrørende optimering af tidspunkt for andet øjes operation, samt eventuelt træffes forebyggende foranstaltninger for at undgå eller nedsætte risikoen for tilsvarende komplikation ved andet øjes operation.

- *Operation på funktionelt enøjede patienter; defineret som en patient der har permanent svær synsnedsættelse på det andet øje.*

Oftalmologen er forpligtiget til at informere patienten om risikoen for dobbeltsidig svær synsnedsættelse eller blindhed, når de potentielle gevinster ved kataraktoperation overvejes.

- *Simultan dobbeltsidig grå stær operation bør ikke foretages.*

Udvalget må konkludere, at der er ikke tilstrækkelig videnskabelig evidens for, at dette er en sikker fremgangsmåde. Tidsrummet mellem de 2 operationer bør være tilstrækkeligt stort til:

1. At patienten har sufficient grundlag for at vurdere den synsmæssige gevinst af grå stær operationen på det første øje, før patienten tager stilling til andet øjets operation.
2. At der er adækvat observationstid vedrørende det objektive forløb af den første grå stær operation, herunder refraktions forhold og evt. komplikationer, før øjenkirurgen tager stilling til andet øjets operation og optimalt tidspunkt for denne.

Udvalgte referencer:

Vedrørende retningslinier

- 1 Agency for Health Care Policy and Research, "Clinical Practice Guideline- Cataract in Adults: Management of Functional Impairment" (AHCPR publication No. 93-0542), Rockville, MD, Agency for Health Policy Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, February.
- 2 American Academy of Ophthalmology, "Cataract in the Otherwise Healthy Eye", Preferred Practice Pattern, 2000.
- 3 Guideline for Surgical and Non-surgical management of cataract in the otherwise healthy adult eye. Alberta Clinical Practice Guidelines. Alberta Medical Association, Canada, juni 1999.
- 4 Svenska Socialstyrelsen, Medicinsk faktadatabas, State of the Art-cataract, 2001.
- 5 O'Day DM, Steinberg EP, Dickersin K. Systematic literature review for clinical practice guideline development. Trans Am Ophthalmol Soc, 1993;91:421-36

Vedrørende katarakt, funktionshæmning og behandling:

- 1 Bellucci R, Pucci V, Morselli S, Bonomi L. Cataract surgery in eyes with early cataract. J. Cataract Refractive Surg 1995;21:522-7.
- 2 Gloor P, Farrell TA. The natural course of visual acuity in patients with senile cataracts. Invest Ophthalmol Vis Sci (suppl) 1989;30: Suppl 500.

- 3 Javitt JC, Brenner MH, Curbow B, Legro MW, Street DA. Outcomes of cataract surgery: Improvement in visual acuity and subjective visual function after surgery in the first second, and both eyes. *Arch Ophthalmol* 1993;71:112-115
- 4 Laidlaw DAH et al. Randomised trial of effectiveness of second eye cataract surgery. *Lancet* 1998;352:925-929.
- 5 Lundström M, Fregell G, Sjöblom A: Vision-related daily life problems in patients waiting for a cataract extraction. *Br J of Ophthalmol* 1994;78:608-611
- 6 Mangione CM, Orav EJ, Lawrence MG, Phillips RS, Seddon JM, Goldman L. Prediction of visual function after cataract surgery. A prospectively validated model. *Arch Ophthalmology*, 1995;113(10):1305-11.
- 7 Schein OD, Steinberg EP, Javitt JC, et al. Variation in cataract surgery practice and clinical outcomes. *Ophthalmology* 1994;101:1142-1152
- 8 Steinberg EP, Tielsch JM, Schein OD, Javitt JC, Sharkey P, Cassard SD, Legro MW, Diener-West M, Bass EB, Damiano AM. National study of cataract surgery outcomes. Variation in 4-month postoperative outcomes as reflected in multiple outcome measures. *Ophthalmology*, 1994;101(6):1131-40.
- 9 Steinberg EP, Tielsch JM, Schein OD, Javitt JC, Sharkey P, Cassard SD, Legro MW, Diener-West M, Bass EB, Damiano AM. The VF-14. An indeks of functional impariment in patients with cataract. *Arch Ophtalmology*, 1994;112(5):630-8.
- 10 Tielsch JM et al. Preoperative functional expectations and postoperative outcomes among patients undergoing first eye cataract surgery. *Arch Ophthalmology*, 1995;113(10):1312-8