

# ביקורת ראשונה לאחר ניתוח ירוד (Cataract) באלחוש מקומי ביום הניתוח - עלות מול תועלת

תקציר:

**הקדמה:** ניתוח ירוד (Cataract) הוא אחד הניתוחים הנפוצים ביותר ברפואה, וחשיבה מחודשת על זמני הביקורת לאחר הניתוח עשויה לחסוך עשרות אלפי ביקורי מירפאה ימי עבודה בשנה.

**המטרה:** להראות שביקורת לאחר ניתוח, ביום הניתוח, אינה מגבירה את הסיכון לסיבוכן בהשוואה לביקורת המקובלת בישראל המבוצעת יממה לאחר הניתוח.

**שיטות:** סקירת תיקיהם הרפואיים של מטופלים שעברו ניתוח ירוד במירפאה פרטית ללא כל סיבוכן במהלך שנתיים, אשר עברו ביקורת ראשונה ביום הניתוח וביקורת שנייה לאחר שבוע. **תוצאות:** נמצאו 662 תיקים של מטופלים שעברו ניתוח ירוד ללא כל סיבוכן וללא מחלת עיניים נוספת ידועה אשר עברו ביקורת ראשונה ביום הניתוח עצמו. בקרב 29 מתוכם נמדד לחץ תוך עיני גבוה מ-22 מ"מ כ"כ ביום הניתוח, בשניים מתוכם נותר הלחץ גבוה גם לאחר שבוע. בשני מטופלים נמצאו שאריות עדשה, שהוצאו כעבור שבוע, בשניים נמצאה ארוזיה שטחית ובאחד הידוק קדמי שטופלו במקום. ארבעה מטופלים אושפזו: שלושה עקב אנדופתלמיטיס ללא תרבית חיובית ואחד עקב Toxic Anterior Segment Syndrome (TASS). שניים מתוך הארבעה עברו ניתוח ויטרקטומיה ושניים טופלו שמרנית - כולם עם תוצאות טובות בחדות הראייה. כל ארבעת המטופלים נבדקו בעקבות פנייתם בטלפון בתלונה על החמרה במצב הראייה והגיעו בשלב מוקדם לאשפוז ללא עיכוב בקביעת האבחנה.

**מסקנות:** שינוי במדיניות המעקב לאחר ניתוח ירוד במהלך תקין אינו מגביר את הסיכון לסיבוכים. ביצוע ביקורת ביום הניתוח במקום למחרת עשוי לחסוך מאמץ וכסף רב, כמעט ללא הגדלה בסיכון, זאת בתנאים של יכולת היענות טובה להוראות ונגישות טובה לעזרה רפואית. אנו ממליצים לשקול את שינוי המדיניות הנפוצה של ביקורת למחרת הניתוח.

מודי נפתלי<sup>2,1</sup>  
אינה מובשוביץ<sup>1</sup>  
חנין ג'באלי-חביב<sup>2,1</sup>

<sup>1</sup>המרכז הרפואי על שם ברוך פדה בפוריה  
<sup>2</sup>הפקולטה לרפואה בגליל, אוניברסיטת בר אילן

\*הוצג בכנס למיקרו כירורגיה של העין באילת  
ינואר 2012

ניתוח ירוד (קטרקט); פאקואמולספיקציה; ביקורת ראשונה לאחר ניתוח.  
Cataract surgery; Phacoemulsification; Post operative follow-up.

מילות מפתח:  
KEY WORDS

## הקדמה

ניתוח ירוד הוא אחד הניתוחים הנפוצים ביותר ברפואה בכלל וברפואת עיניים בפרט. בישראל מבוצעים מדי שנה למעלה מ-50,000 ניתוחים [1]. בעשורים האחרונים חלה התפתחות משמעותית בטכניקת הניתוח. כיום הוא מבוצע באלחוש מקומי (בטיפות ללא זריקה), דרך חתך ללא תפרים [1] וללא חבישה, והוא מלווה בשיעורי סיבוכים קשים הנמוכים מ-0.05% [2].

בעבר היה צורך לאשפוז לאחר ניתוח ירוד לצורך מנוחה במיטה, והביקורת הראשונה בוצעה לאחר הסרת התחבושת למחרת היום במחלקת האשפוז. הסיבות לכך היו חתך ניתוח גדול יחסית ותפרים העשויים מחוטים עדינים (10/0) עם סכנה לפתחים בפצע הניתוח ודליפת נוזל אל העין ומחוצה לה. כיום נדיר ביותר הצורך באשפוז לאחר ניתוח ירוד, ומרבית המטופלים חוזרים לפעילות ואף לעבודה כבר למחרת היום. השיטה המסורתית של בדיקת העין למחרת היום נותרה בעינה למרות ההתקדמות בטכניקת הניתוח, ונשאלת השאלה, האם אין מקום לבחון שוב מתי כדאי לבצע את הביקורת הראשונה לאחר הניתוח, והאם לא ניתן להחליפה בביקורת ביום הניתוח.

שאלה זו הועלתה לראשונה עוד בשנת 1996 [3], כאשר מנתחים רבים בישראל ובעולם זנחו את שיטת הביקורת למחרת היום לטובת ביקורת 2-3 שעות לאחר הניתוח [4]. שינוי זה יכול לחסוך למטופלים ולמשק ימי עבודה רבים. יתרה מכך, הסיבוכן הקשה ביותר לאחר ניתוח ירוד הוא התפתחות זיהום - אנדופתלמיטיס. אולם הסיבוכן השכיח

יותר הוא התפתחות זיהום כזה המתחיל יומיים עד שלושה לאחר הניתוח, כך שגם ביקורת למחרת הניתוח עלולה לגרום להחממת האבחנה [2]. ייתכן שהגיוי יתר לקבוע ביקורת כעבור יומיים או שלושה. למעשה, אין כל אפשרות לקבוע ביקורת שתאבחן בוודאות בשלב מוקדם דיו התפתחות של אנדופתלמיטיס.

מטרה: המטרה בעבודה היא לבחון האם קיים סיכון מוגבר בשינוי לוח הזמנים של ביקורות לאחר ניתוח ירוד ללא סיבוכים, מביקורת למחרת הניתוח לביקורת ביום הניתוח.

## שיטות

נערך מחקר רטרוספקטיבי, לא השוואתי, במירפאה פרטית של מ' נ' בבית החולים אסותא, חיפה. נסקרו כל תיקיהם הממוחשבים של המטופלים שעברו ניתוח ירוד ללא כל סיבוכן בתקופה של שנתיים, בין התאריכים 1.7.2011-1.7.2013. נרשמו כל הבדיקות בביקורת הראשונה ביום הניתוח, שבהן היה מימצא חיובי כלשהו שונה מהמימצאים הצפויים ביום הניתוח ואשר בעטיו בוצע ניתוח כלשהו, ניתן טיפול תרופתי או חל שינוי במעקב הרגיל והשגרתו. אלו כללו את המימצאים הבאים: לחץ תוך עיני מוגבר מעל 22 מ"מ כ"כ, פגם באפיתל הקרנית, דלף מפצע הניתוח, הידוק לפצע הניתוח או אחר, מנח לא תקין של העדשה המושלתת או שאריות חומר עדשה שלא הוצאו. כל הניתוחים בוצעו על ידי מנתח אחד (מ' נ'), וכל הבדיקות בוצעו בין 90-150 דקות לאחר הניתוח על ידי אותו בודק (א' מ'). לבד

ויטרקטומיה והזרקת אנטיביוטיקה עקב אבחנה של אנדופתלמיטיס, אולם לא הייתה צמיחת חיידקים. מטופלת אחת שנותחה עימם באותו יום סבלה מפעילות ממושכת בלשכה ובזוגית שחלפה לאחר הזרקת אנטיביוטיקה לזוגית ללא ויטרקטומיה. מטופלת זו לא אושפזה. תחקיר מעמיק של חדר הניתוח ביום זה העלה שידית מכשיר הפאקואמולציפיקציה הייתה סתומה ושחררה לאחר העברת חוט מתכתי דק דרכה.

זמני הניתוחים של השלושה מתאימים לזמן השימוש בידית, אולם לא ברור לחלוטין האם שלושתם נותחו באותה ידית. לבד משלושה מטופלים אלו (שכאמור נותחו כולם באותו יום), היו שני אירועים אקראיים של פעילות מוגברת בלשכה שאובחנה כ-TASS (תגובה דלקתית קשה שאינה זיהומית) ואושפזו. שני חולים אלו טופלו שמרנית במהלך אשפוזם בסטרואידים: האחד הגיע לחדות ראייה של 6/6 והאחר לחדות של 6/12. חמשת המטופלים הללו (השניים שאושפזו עקב אנדופתלמיטיס, השניים שאושפזו עקב TASS והמטופלת שטופלה בזריקה לזוגית ללא אשפוז), דיווחו מיוזמתם טלפונית על טשטוש ראייה בעין המנותחת וירידה בראייה בהשוואה ליום קודם. שניים מהם טופלו למחרת הניתוח כ-24 שעות לאחר הניתוח, ושלושה טופנו יומיים לאחר הניתוח כ-48 שעות לאחר הניתוח, לפני שקיבלו את שיחת הטלפון מהמזכירה. פרט לחולים הללו, במהלך השנים שקדמו למחקר היה חולה אחד נוסף בלבד עם TASS שנוזק לאשפוז ולטיפול שמרני, ולא היה כל דיווח על אירוע של אנדופתלמיטיס.

## דיון

לא רבות הן העבודות שפורסמו על הסיבות העומדות מאחורי המלצות אלו או אחרות למעקב אחר מטופלים שעברו ניתוח ירוד. מסיבה זו, ניתן למצוא מחד גיסא את ההמלצה של ה-Royal College of Ophthalmologists הטוענת שביקורת למחרת הניתוח איננה נפוצה יותר [4], ומאידך גיסא את ההמלצה של ה-American College of Eye Surgeons [5], הממליצה על ביקורת ראשונה במהלך היום שלאחר הניתוח לבעלי סיכון מוגבר ועד יומיים לאחר הניתוח לאחר ניתוח שיגרתי.

ההמלצות הללו מתבססות על עבודות ברמה של A3 (דהיינו עבודות המתבססות על פרשות חולים ולא על סדרות גדולות). ברוב המכריע של העבודות שפורסמו, מציינים החוקרים כי ביקורת ביום שלאחר הניתוח אינה הכרחית [10-6], זאת בתנאי שלא קיימים גורמי סיכון כגון ברקית (גלאוקומה) או סיבוך תוך ניתוחי. במאמרים הספורים שפורסמה בהם תמיכה בביקורת ראשונה יום לאחר הניתוח, הייתה הסיבה לכך בדיקת לחץ תוך עיני מחשש לעליית לחץ למחרת הניתוח [11].

**אנדופתלמיטיס** – הסיבוך המסוכן ביותר אשר מחייב התערבות דחופה לאחר ניתוח ירוד, הוא אנדופתלמיטיס. אנדופתלמיטיס חד לאחר ניתוח ירוד עלול להתפתח החל מ-24 שעות לאחר הניתוח, אולם הוא שכיח יותר בימים 2-5 לאחר הניתוח [2,12,13]. התלונות השכיחות ביותר הן כאב, ירידה בראייה ובעת אור (פוטופוביה). ביקורת ביום הניתוח, בדומה לביקורת למחרת הניתוח, עלולה לגרום להחמצת האבחנה של התפתחות הזיהום. מאידך, הסבר נכון למטופל מתי לפנות לבדיקה ו/או התקשרות יזומה לאחר הניתוח (רצוי כיומיים לאחר הניתוח הזמן השכיח ביותר להתפתחות סימנים), דיים כדי לקבוע אבחנה ומהווים שיטה בטוחה, כפי שדיווחו Mandal וחב' [14]. יתרה מכך, לעיתים העובדה שהמטופל ערני לסימנים ולתסמינים ואינו סומך על תאריך הבדיקה, היא זו שתגרום לו להתקשר עם הרופא גם בזמנים שבהם לא היה מוזמן לביקורת. מאחר שאין אפשרות לקבוע מהו הזמן המדויק לבדיקה כדי להבטיח אבחון מוקדם ביותר של הזיהום, הדרך היעילה ביותר היא לצייד את המטופל בידע המתאים ביותר, על מנת שיפנה לבדיקה מוקדם ככל האפשר. בסדרה שלנו אכן

מהמטופלים שנוזקו לשינוי בטיפול, קיבלו כל החולים טיפול מקומי בטיפות Dexamethasone, neomycin sulphate, Polymyxin B Sulphate 4 פעמים ביום למשך 3 שבועות וטיפות Ciprofloxacin 5 פעמים ביום למשך שבוע. כל המטופלים הודרכו ליצור קשר טלפוני בכל מקרה של כאב או ירידה בראייה. יומיים לאחר הניתוח טילפנה מזכירה לכל המטופלים לקבלת דיווח, בעיקר בנושא כאב או ירידה בראייה. העין לא נחבשה, והמטופלים הודרכו לחבוש מגן פלסטיק שקוף במהלך שלושת הלילות הראשונים.

בכל התיקים נסקרו הבדיקות שבוצעו כעבור שבוע ושלושה שבועות, ונרשמו כל הממצאים שהצביעו על כך שביקורת נוספת למחרת הניתוח הייתה מגלה מימצא חיובי שהיה מצריך שינוי בטיפול ולא התגלה בביקורת שבוצעה ביום הניתוח. בשיעור נמוך מהמטופלים – 20/662 (3%), הוחלף הטיפול כעבור שבוע לטיפות Prednisolone Acetate ophthalmic suspension בריכוז 1%, עקב חשד לרגישות יתר או עקב פעילות מעט מוגברת יחסית בלשכה הקדמית. אם הטיפול נמשך לפרק הזמן המתוכנן, נכללו מטופלים אלו בין המטופלים שבהם לא נמצא מימצא חיובי.

## תוצאות

סך הכול נסקרו תיקיהם של 662 מטופלים שעברו ניתוח ירוד באלחוש מקומי בין התאריכים המוזכרים ללא כל סיבוך. מתוכם 628 היו בעלי מימצאים המתאימים לקריטריונים של שעות ספורות לאחר הניתוח וללא כל מימצא שהצריך התערבות כלשהי בטיפול. מימצאים המתאימים למצב של שעות ספורות לאחר ניתוח כללו: בצקת בקרנית, פצע ניתוחי סגור, פעילות בלשכה קדמית עם או ללא בועת אוויר, אישון מורחב בינוני, עדשה מרכזית. חדות ראייה ומצב הרשתית לא נבדקו בביקורת זו.

בקר 29 מתוך 34 (85% מתוך אילו שבהם עלה מימצא חיובי) היה לחץ תוך עיני מוגבר מעל 22 מ"מ כ"ב בטווח שבין 24-38 מ"מ כ"ב. ממוצע הלחץ בקבוצה זו היה 31.8+3.8 מ"מ כ"ב. חלוקת הלחצים מובאת בתרשים 1. בקרב 26 מהם פחת הלחץ לרמה של מתחת ל-21 מ"מ כ"ב בטיפול בטיפה אחת של Dorzolamide/Timolo, ושלושה נזקקו לניקוז מעט נוזל דרך הפרצנטזיס שהכיל חומר ויסקואלסטי. מבין 29 המטופלים, בשניים נמדד לחץ תוך עיני מוגבר בביקורת שבוצעה כעבור שבוע, באחד נמדד לחץ של 23 מ"מ כ"ב שירד ל-14 בביקורת נוספת כעבור מספר ימים, ובשני מטופלים נמדד בביקורת נוספת שבוצעה לחץ של 32 מ"מ כ"ב שפחת ל-16 מ"מ כ"ב לאחר הוספת טיפול.

המטופל היחיד שצוין לעיל לקה במיפיה גבוהה של D20.00. ביום הניתוח נמדד לחץ של 30 מ"מ כ"ב, בוצע ניקוז, הלחץ ירד ל-12 והחולה טופל בקוסופט. בניתוח בעין השנייה לא הייתה כל עלייה בלחץ, ובביקורת שבוצעה כעבור חודשיים מהניתוח הראשון נמדדו לחצים של 16 מ"מ כ"ב בכל עין. בביקורת השנייה לא אובחן לחץ תוך עיני מוגבר באף חולה שהלחץ שלו היה תקין בביקורת ביום הניתוח. מבין כל המטופלים עם מימצא חיובי (N=34), בשניים (5.8%) הייתה ארוזיה (פגם שטחי באפיתל) בקרנית, והם טופלו בחבישה עם משחה אנטיביוטיקה למשך כשש שעות. בשניים (5.8%) נותרו שאריות עדשה; בשניהם הוסר החומר בחדר הניתוח כעבור שבוע של טיפול מקומי, על מנת להקטין את הפעילות הדלקתית. למטופל אחד היה הידוק לפצע הניתוח שטופל במקום מול מנורת סדק באמצעות קנולה סטרילית.

במהלך תקופת המחקר היו ארבעה אשפוזים בבית חולים. שניים מהם עברו את ניתוח הירוד באותו יום ושניים באופן אקראי בתאריכים שונים. יחד עם השניים שנותחו באותו יום, נותחו שמונה חולים נוספים, ביניהם מטופלת נוספת עם פעילות רבה (ר' להלן), ואילו כל השאר ללא כל סיבוך לאחר הניתוח. אותם שניים עברו ניתוח

על כן, בחולים שנמדד בהם לחץ תוך עיני מוגבר, מומלץ להזמין שוב למחרת הניתוח. מבין המטופלים להם נמדד לחץ תוך עיני תקין ביום הניתוח לא היו כאלה שנמדד בהם לחץ מוגבר בביקורת לאחר שבוע. על כן ההנחה שגם אם העלו לחץ למחרת הניתוח הוא פחת עצמונית (ספונטנית). עלייה חדה ומשמעותית בלחץ תוך עיני אף גורמת כאבים.

### סיבוכים אחרים

סיבוכים אחרים, הכוללים צניחת קשתית לפצע הניתוח או תזוזה של העדשה המושתלת, אשר יאובחנו בסמוך לניתוח, ישפרו את אופן הטיפול והפרוגנוזה. צניחת קשתית שתטופל בתוך שעותיים מהניתוח לא תגרום לכל נזק ארוך טווח. לעומת זאת, יום לאחר הניתוח עלול להיגרם הידוק לפצע הניתוח ו/או זיהום שעלול לחדור לעין דרך הפצע שאינו סגור היטב. כך גם עדשה שאיננה במקומה עדיף שתוחזר למקומה שעותיים לאחר הניתוח, לפני שלב ריפוי הפצע. מסקנתנו היא שעבור סיבוך זה בקורת ביום הניתוח עדיפה על בקורת למחרת היום. אם נותרו שאריות קטנות של קורטקס העדשה, הן עשויות להיספג

ומחייבות מעקב צמוד יותר יחד עם טיפול אינטנסיבי יותר בטיפות בלבד. לעומת זאת, מציאת חלק עדשה גדול דורש התערבות כירורגית והוצאתו מוקדם ככל האפשר. בסדרה שלנו נמצאו בשני חולים חלקי עדשה, שספק אם היו נספגים מעליהם. לכן הוחלט להשאירם למשך מספר ימים, במיוחד על מנת לאפשר לעין להחלים מעט מהניתוח הראשון. החולים הוזמנו לביקורת נשנות, וביקורת שנערכה כעבור שישה ימים עדיין נמצאו חלקי עדשה ללא עדות לסימני ספיגה. לפיכך, למחרת הביקורת, שבוע לאחר הניתוח הראשון, חלקי עדשה אלה סולקו. אבחון מוקדם כבר ביום הניתוח חשוב בחולים אלו, ואם נמצא חלקיק גדול יותר ניתן, ניתן להוציאו עוד ביום הניתוח, וגם החלקיק אינו גדול, העלאת מינון הטיפות מקלה על התסמינים ומזרזת את הריפוי. סיבוכים נוספים קלים, כגון פגם באפיתל, מטופלים בו במקום וחוסכים כאב שעלול להיגרם מהשאתם עד למחרת היום אם לא אובחנו.

איגוד רופאי העיניים בישראל לא פרסם עדיין המלצה חד משמעית בהקשר ללוח הזמנים המומלץ לביקורת לאחר ניתוח ירוד, שהתבצע באלחוש מקומי וללא סיבוכים. מרבית רופאי העיניים בארץ מסתמכים על ההמלצה המצוינת בספרות הקלאסית המשמשת את רופאי העיניים בסדרת הספרים של *Basic and Clinical science course* של *American Academy of Ophthalmology* [17]. ההמלצה בספרות היא לבצע ביקורת ראשונה יום לאחר הניתוח ובהמשך ביקורות שבוע, חודש ושלושה חודשים לאחר הניתוח.

אנו ממליצים לשקול כתיבת המלצה לביקורת ביום הניתוח, בהתקיים התנאים הרשומים לעיל, במקום למחרת הניתוח, זאת לנוכח מימצאי עבודה זו וסקירת הספרות. המלצה זו לא תפגע ביכולת האבחון והטיפול הנכון במטופלים לאחר הניתוח ירוד, תקל מאד על המטופלים ומלוויהם, ותחסוך אלפי ימי עבודה בשנה למשק הישראלי.

### לסיכום

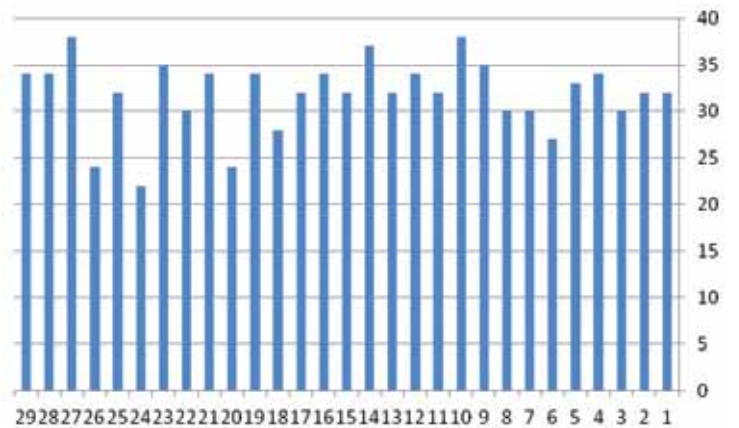
ביקורת ראשונה ביום הניתוח, אשר באה במקום ביקורת למחרת הניתוח ובתנאים מסוימים, לא חשפה את המטופלים לסיכון יתר לאבחון מאוחר מדי של סיבוכים לאחר הניתוח ולכן מומלצת. למעט מטופל אחד שסבל מלחץ גבוה למשך שבוע ימים, לא נמצא כל סיבוך שלא טופל בזמן עקב הקדמת הביקורת הראשונה.

מחבר מכתב: מודי נפתלי

מושב מולדת, ד.ג. גלבווע מיקוד 19130, פקס: 04-6652343  
דוא"ל: mnaftali@poria.health.gov.il

### תרשים 1:

חלוקת הלחצים של 29 מטופלים שנמדד אצלם לחץ גבוה מ-22 ממ"כ בביקורת ביום הניתוח



כך היה, המטופלים שאכן נפגעו מאנדופתלמיטיס הגיעו כולם בשלב מוקדם ביותר לבית החולים, למחרת הניתוח, כך שגם לאחר אשפוזם הייתה עדיין התלבטות אם לנתחם והם נותחו רק לאחר מספר שעות. TASS – חולים עם דלקת חדה מסוג TASS שלא היו צריכים לעבור ויטרקטומיה, אובחנו אף הם וטופלו במועד. המטופל שלקה ב-TASS פנה לרופא טלפוני מוקדם בבוקר למחרת הניתוח, ואובחן כ-TASS מוקדם מאוד פחות מ-24 שעות לאחר הניתוח. בספרות מדווח על הופעת TASS בתוך 12–24 שעות לאחר הניתוח [13]. אולם ניסיונו הקליני וניסיונם של אחרים מצביעים על הופעת TASS לעיתים קרובות ביותר – גם כעבור 24 שעות ויותר, ולעיתים קרובות כעבור מספר ימים. מטופל זה השיג בסופו של דבר חדות ראייה של 6/6 בעין המנותחת שלושה שבועות לאחר הניתוח.

לנוכח ניסיונו, אנו ממליצים שניתן לוותר על הביקורת למחרת הניתוח, מבלי להגביר את הסיכון לטיפול מאוחר מדי בסיבוכי אנדופתלמיטיס זיהומית או דלקתית מסוג TASS. מסקנה זו נתמכת גם בחלק גדול מהעבודות האחרות שפורסמו ובהנחיות קליניות של חלק מאיגודי רופאי העיניים בעולם. עם זאת, יש לסייג מסקנה זו בתנאים הבאים: (1) יש למטופל דרך התקשרות נוחה במקרה הצורך; (2) המטופל מבין היטב מתי עליו לפנות לקבלת סיוע רפואי; (3) הניתוח עבר ללא כל סיבוכים מיוחדים; (4) לא קיימת מחלת רקע בעיניים המגבירה את הסיכון לסיבוכים לאחר ניתוח; (5) בדיקת העין ביום הניתוח פורשה כתקינה.

**לחץ תוך עיני מוגבר** – ידוע שלאחר ניתוח ירוד חלה עלייה בלחץ התוך עיני ממספר סיבות שנדונו בהרחבה בספרות המקצועית [15]. לחצים אלו עלולים לעלות החל משעותיים לאחר הניתוח. ביקורת למחרת הניתוח מותירה את המטופלים עם לחץ תוך עיני מוגבר לפחות עד לביקורת – דהיינו כ-24 שעות. מרבית החוקרים מאמינים, כי עליית לחץ בינונית לתקופה קצרה באדם בריא לא תגרום כל נזק משמעותי לעצב הראייה. יחד עם זאת, לחצים גבוהים יותר למשך תקופות ארוכות יותר יגרמו לנזק. ביקורת ביום הניתוח וטיפול מוקדם בלחץ המוגבר יחסכו לעין המנותחת 24 שעות של לחץ תוך עיני מוגבר, כפי שמצאו גם Cohen וחב' [16]. לעומת זאת, עלול להיווצר מצב של עלייה בלחץ התוך עיני לאחר הביקורת הראשונה ביום הניתוח. מבין המטופלים שלהם נמדד לחץ תוך עיני גבוה ל-29, הופחת הלחץ התוך עיני כבר ביום הניתוח, ומכאן שנחסכה מהם תקופה של 24 שעות עם לחץ תוך עיני גבוה אם היו נבדקים למחרת הניתוח. לעומתם, בשניים נמדד לחץ תוך עיני גבוה שבוע לאחר הניתוח – באחד 23 ממ"כ, ובשני 32 ממ"כ. לחץ של 32 ממ"כ למשך שבוע עלול לגרום לנזק בעצב הראייה, ובמקרה זה ביקורת למחרת הניתוח הייתה מועילה.

## ביבליוגרפיה

1. *Langerman DW*, Architectural design of a self-sealing corneal tunnel, single-hinge incision. *J Cataract Refractive Surgery*, 1994;20:84-88.
2. Published by the Center for Disease Control, Medicare, updated 7.28.2013 on line on <http://www.statisticbrain.com/cataract-statistics>.
3. *Whitefield L, Crowston J & Little BC*, First day follow up for routine phacoemulsification? *British Journal of Ophthalmology*, 1996; 80: 148-150.
4. The Royal College of Ophthalmologists, Eye doctors setting standards to help patients. *Cataract Surgery Guidelines 2010*, available online, <http://www.rcophth.ac.uk/page.asp?section=451&sectionTitle=Clinical+Guidelines>.
5. Cataract surgery benchmark for preferred practice pattern guidelines published by the American Academy of Ophthalmology page 49, updated oct. 2012. Available on line <http://one.aao.org/asset.axd?id=14e041db-6f0a-480e-9748-6c790e99c9ab>.
6. *Alwitary A, Rotchford A & Gardner I*, First day review after uncomplicated phacoemulsification: is it necessary? *Eur J Ophthalmol*, 2006;16:554-9.
7. *Tan JH, Newman DK, Klunker C & al*, Phacoemulsification cataract surgery: is routine review necessary on the first post-operative day? *Eye (Lond)*, 2000;14 (Pt 1):53-5.
8. *Chatziralli IP, Sergentanis TN, Kanonidou E & Papazisis L*, First postoperative day review after uneventful phacoemulsification cataract surgery: is it necessary? *BMC Res Notes*, 2012;27:333. doi: 10.1186/1756-0500-5-333.
9. *Browning AC, Alwitary A, Hamilton R & al*, Role of intraocular pressure measurement on the day of phacoemulsification cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*, 2002;28:1601-6.
10. *Tinley CG, Frost A, Hakin KN & al*, Is visual outcome compromised when next day review is omitted after phacoemulsification surgery? A randomised control trial. *Br J Ophthalmol*, 2003; 87:1350-5.
11. *Dinakaran S, Desai SP & Raj PS*, Is the first post-operative day review necessary following uncomplicated phacoemulsification surgery? *Eye (Lond)*, 2000;14 (Pt 3A):364-6.
12. *Barry P & Seal DV*, ESCRS study of prophylaxis of postoperative endophthalmitis after cataract surgery: preliminary report of principle results from a European multi-center study. *J Cataract Refractive Surgery*, 2006;32:407-410.
13. *Mamalis N, Edelhauser HF, Dawson DG & al*, Toxic anterior segment syndrome, *J Cataract Refractive Surgery*, 2006;32:324-333.
14. *Mandal K, Dodds SG, Hildreth A & al*, Comparative study of first-day postoperative cataract review methods. *J Cataract Refract Surg*, 2004;30:1966-71.
15. Basic and Clinical science course, American Academy of Ophthalmology, 2011-2012ed, section 11, chapter 9 complications of cataract surgery page 178.
16. *Cohen VM, Demetria H, Jordan K & al*, First day post-operative review following uncomplicated phacoemulsification. *Eye (Lond)*, 1998;12 (Pt 4):634-6.
17. *Bobrow JC, Clayton, Blecher MH & al*, Complications of cataract surgery. In: *Blecher MH, Glasser DB, Mitchell KB & al*, (Eds). *Basic and Clinical Science Course, American Academy of Ophthalmology*, section 11. LEO, Ca, USA. 2011, P. 169.