

## Referat fra ESCRS, Wien 08.09.12-12.09.23

Mange tak for legat til at deltage i ESCRS i Wien 2023. Det har været meget spændende og jeg har fået masser af viden med hjem til min afdeling EO, OUH.

Jeg ankom til Wien fredag eftermiddag, fik tjekket ind på hotel og nåede at få se industriens udstilling i hal B og C. Opstart på selve programmet lørdag morgen.

### Lørdag 09.09.12:

#### Young ophthalmologists programme; starting phaco, including learning from the learners:

Oplægget blev holdt af meget erfarne kirurger, som kom med deres bud på, hvilken metode der er bedst til at oplære nye kirurger. De var omkring forskellige emner som er vigtige skridt i oplæringen.

Før første operation: Der var bred enighed om at man bør starte op i god tid og træne i simulatorer og se en masse videoer.

Incision: Der blev gennemgået forskellige metoder til at lave incisioner (corneal versus scleral, fordele og ulemper ved begge)

Viskoelastika: En god ide med dispersiv visko for at passe på endotelet (i kombination med kohersiv)

Capsulorhexis: der blev vist forskellige teknikker til at lave capsulorhexis.

Anæstesi: Ideelt med GA, alternativt PBA, helst ikke kun dråbeanæstesi i starten

Der var desuden nogle yngre læger, som fremlagde cases hvor det var gået galt i forskellige steps i operationen. De erfarne kom med gode råd til hvordan man kan undgå de specifikke komplikationer.

#### The unhappy patient:

Oplægget omhandlede patienter, som på den ene eller anden måde ikke var tilfredse med deres resultat efter en kataraktoperation.

Utilfredsheden kan bunde i smerter og grundene til det kan være mange: Inflammation, corneal abrasio, dry eye syndrome og tårefilm abnormaliteter, infektion, forhøjet IOP, corneal neuropatisk smerter, dråbebehandling.

For at kunne komme utilfredsheden til livs, må lægen diagnosticere hvilken tilstand patienten lider af. Nogle af tilstandene kan forebygges. Fx kan man på forhånd behandle patienten med lubrikerende dråber, hvis der er tegn på tørre øjne.

Der er visse faktorer, der øger risikoen for at ende med en utilfreds patient:

Lav eller høj CDVA (corrected distance visual acuity)

Yngre patienter (52-68 år)

Kirurgiske komplikationer

Ringe læsesyn

For at forebygge at ende ud med en utilfreds patient, skal man "under-promise - over-deliver", dvs ikke love patienten for meget, gerne for lidt, så forventningerne ikke er for høje. Hvis patienten alligevel ender med at være utilfreds, er det vigtigt at man forklarer hvad grunden er men ikke går for meget i detaljer som patienten ikke forstår og bare bliver mere forvirret af.

Prøv så vidt muligt at sørge for kontinuitet, så det er den samme sygeplejerske/læge der møder patienten når han kommer til kontrol. Det forebygger misforståelser og forskelligt formuleret information.

### Advanced course on cataract surgery

Oplægget handlede om avanceret katarakt kirurgi med gennemgang af forskellige kritiske punkter af en operation.

En lille pupil/ IFIS kan give risiko for iristraume, irisprolaps, forreste kapselbrist, bagerste kapselbrist, utilstrækkelig fjernelse af cortex, problemer med at placere IOLén i sækken.

Forslag til at løse/bedre problemet: intrakammeralt phenyl, viskoadaptivt visk, Healon 5, der mekanisk kan ekspandere pupillen og stabilisere iris. Brug iriskroge eller en ring

En CCC (continuous curvilinear capsulorhexis) skal være lige tilpas i størrelsen.

Risikofaktorer der øger risikoen for udrift; smalt AC, for lidt visk, svage zonulatåde, højt pres bagfra, børnekatarakter, uerfarne kirurger. Rift i bagerste kapselblad forekommer i 0,45 - 5,2 % af kataraktoperationer.

Zonulyse: risikofaktorer er PEX, traumer, ultra-bruneserende katarakter, høj alder, vinkelluknings glaucom, renitis pigmentosa, anirdi, diverse syndromer.

Hvis man får komplikationer undervejs, og skal lægge en linse i sulcus, skal man bruge "rule og 9"; hvilket betyder at hvis D er 0 til 9, skal man ikke ændre styrke fra onepiece til 3-piece.

Hvis D er 9-18, skal man trække 0,5 fra. Hvis D er 18,5-27,0 skal man trække 1 fra. Hvis D er 27,5 og opefter, skal man trække 1,5 fra. Det var ny viden for mig.

### Søndag 10.09.23

Søndag morgen blev der tid til at besøge mere af industriens udstilling. Jeg fik bla lejlighed til at se nærmere på et implantat, Miniject, som et par af vores læger skal certificeres i snart.

Jeg og min kollega fik undervisning i hvordan implantatet skal håndteres og loades til kirurgen. Desuden fik jeg mulighed for at implantere et par Miniject på et testøje.

### New frontiers in Ophtalmology + How to make your practise greener:

Oplægget handlede først og fremmest om grøn omstilling i oftalmologien. En undersøgelse fra 2013 viste at en kataraktoperation i GRB i gennemsnit udleder 181,1 kg CO2 hvilket svarer til en uges forbrug af en gennemsnits britte. 54% af udledningen kommer fra produktionen (resten er bygning og energi (36%) og patientens rejse til og fra hospitalet(10%)) og størstedelen af udstyr er engangs udstyr.

På ESCRS hjemmeside, kan man finde en udregner (Sidics) der kan vise hvor meget CO2 hver enkelt del af udstyret til en operation udleder. Man kan ændre på -

- antallet af fx sugestave eller
- ændre på størrelsen af afdækningen for at se hvad det ændre af udledning.
- reducere i størrelsen på afdækning, I
- ave sammedags ivi-injektioner og
- bilaterale kataraktoperationer (reducerer udledningen pr operation med 25%)
- bruge flergangs dråber,
- have ventilationen slukket om natten,
- undvære armbeskyttere til stolen,
- undlade patienthuer,
- bruge flest mulige digitale løsninger
- stræbe efter at der kun bruges én slags udstyr (ikke forskellige i/a håndtag, knive mm)

- ingen øjenklapper
- central sterilisation
- bruge personlige kopper i stedet for plast
- skru ned for varmen
- cykel på arbejde i stedet for at tage bilen
- tal om problemet og optimer

## Mandag 11.09.23

### Surgical pearls, the way I do it

Oplægget foregik i en boksering hvor der var lagt op til en "battel" mellem erfarne kirurger omkring hvordan de udfører forskellige procedurer. De havde emner som incision, CCC og opsætning af operationsstuen på programmet.

### Endophthalmitis after cataract surgery

Oplægget handlede især om endoftalmitis og TASS (toxic anterior segment syndrome). De forklarede de typiske tegn ved begge tilstande og forskellen på dem. Det er vigtigt at man så hurtigt som muligt finder ud af hvad det drejer sig om, da behandlingen er vidt forskellig. Endoftalmitis behandles med AB og TASS med steroid. TASS kan skyldes en lang række faktorer, fx små rester af povidone inde i øjet, forkert osmolitet, forkert PH værdi. TASS opstår ofte indenfor 12-24 timer, der er udtalt cornealt ødem, lysstiv pupil, defekter i irirs, forhøjet tryk, CME, ingen vitritis. Ved mistanke om endoftalmitis, opstartes behandling snarest muligt. Tag gerne en prøve hvis muligt.

Der blev fremlagt forskellige forslag til hvilken AB der skal bruges i hvilken mængde. Oplægsholderen endte med at anbefale Moxifloxacin 0,1 % i 0,5 ml.

### Taking care of postoperative complications

Oplægget handlede om hvilke komplikationer der kan opstå ved kataraktkirurgi. Ved corpus i forreste kammer, risikere man alt fra ingen konsekvenser over inflammation, åbenvinklet glaucom, lukket-vinkel glaucom, IOL decentrering til endoftalmitis. Det kan også få konsekvenser for bagerste kammer, fx retinale rifter og CME. Hvis man har fået en rift i kapslen, skal man få visualiseret alle linse stykker, fange dem med viskoelastika, få fjernet dem og være sikker på at der ikke er flere stykker i AC. Hvis man taber et stykke i corpusrummet, skal man minimere skaden. Få lavet en god forreste vitrektomi, efterlade øjet afak hvis ikke det er muligt at få en linse i og få forklaret patienten hvad der er sket.

En anden komplikation, kan være at patienten efterfølgende oplever dysfotopsi, dvs enten områder hvor lyset bliver spredt for meget af IOLén eller hvor IOLéns lysspredning giver skotomer, positiv og negativ dysfotopsi.

Negativ dysfotopsi kan opstå fx at IOLéns design eller hvis patienten har en lille pupil. Positiv fotopsi kan også opstå pga IOLéns design eller hvis patienten har en stor pupil. De fleste gener forsvinder af sig selv i løbet af 6 mdr. Man kan overveje at behandle patienten med

lubrikerende dråber eller kontraherende eller dilaterende dråber afhængig af generne. I sidste ende kan man evt udskifte IOLén eller ligge en add-on linse

Tak for en udbytterig kongress.

Vh Sine Legarth