

►►Automatisk
diagnostik af anterior
uveitis med OCT

►►Toriske
intraokulære linser –
optimering af beregning

►►Verdens ældste
yngre øjenlæge-
forening – FAYO

OFTALMOLOG

NR. 2 - AUGUST 2018 - ÅRGANG 38

Nordisk øyekongress 2018



►►Current trends in the
management
of uveal melanoma

►►Nordic Congress of
Ophthalmology,
Oslo, 22-25 August

►►The Blue and
The Green
– and Oslo in Between



Kjære leser av **Oftalmolog**

Velkommen til nytt nummer av *Oftalmolog*, hvor vi innleder med et spennende innovasjonsprosjekt med bruk av OCT. Toriske intraokulære linser blir fokus før foreningen av Danmarks yngre øyeleger presenteres. Den anerkjente øyelege og professor Nicholas E. Bechrakis skriver om uveale melanomer. I denne utgaven får vi siste nytt om Nordisk øyekongress 2018, som etter early-bird-registreringsfristen 1. juni har hele 702 påmeldte. Vi avslutter med flere tips til turistattraksjoner nær Oslo Kongressenter.

Redaksjonen er svært takknemlig for at Théa Nordic har sagt seg villig til å stå for distribusjon av *Oftalmolog*. På grunn av skifte til ny distributør er det i år dessverre uunngåelig med endringer i tidspunktene for distribusjon. Vi oppdaterer vår hjemmeside oftalmolog.com fortløpende, hvor blant annet frist for submittering av manuskripter og distribusjonstidspunkt fremgår. I 2018 er nummer 3 planlagt distribuert i november, mens nummer 4 kommer ut i desember. Vi håper å motta flere gode manuskripter fremover fra våre lesere. Vennligst ikke nøl med å ta kontakt med redaksjonen dersom du har råd og tips til redaksjonen.

Tor Paaske Utheim
Ansvarlig redaktør

INDHOLD | NR. 2 | 2018

- ▶ **2** Leder
- ▶ **3** Automatisk diagnostik af anterior uveitis med OCT
- ▶ **7** Toriske intraokulære linser – optimering af beregning
- ▶ **11** Verdens ældste yngre øjenlægeforening – FAYO
- ▶ **16** Current trends in the management of uveal melanoma
- ▶ **18** Nordic Congress of Ophthalmology, Oslo, 22-25 August 2018
- ▶ **20** The Blue and The Green – and Oslo in Between

▶ **Forside** Operaen i Oslo
Foto: Colourbox

Artikler

... sendes til oftalmolog@grafica.dk
Vejledning til forfattere på vores hjemmeside www.oftalmolog.com

Næste nummer udkommer i november.
Deadline for indsendelse af manuskripter opdateres på vores hjemmeside www.oftalmolog.com

Ændringer i produktion og distribution af oftalmolog

Fremover vil produktion og distribution af oftalmolog ske sammen med Acta.



Thea Salomon Pedersen



Christine Stampe Hvidtfeldt



Birgit Sander



Henrik Lund-Andersen

Automatisk diagnostik af anterior uveitis med OCT

Anterior uveit er hyppig på Grønland. Der findes ingen fast udstationeret øjenlæge på Grønland, og af denne grund kan diagnose af anterior uveitis være udfordrende. En mulighed er at anvende OCT. En OCT-maskine står på øjenklinikken og kan betjenes af en sygeplejerske, der kan sende billederne herfra til videre analyse og diagnosticering. I et pilotprojekt mellem Øjenklinikken på Rigshospitalet-Glostrup og Danmarks Tekniske Universitet (DTU) er der udarbejdet et program, der kan tælle partikler i forreste afsnit. Programmet er afprøvet på billeder fra patienter med uveit.

THEA SALOMON PEDERSEN¹, CHRISTINE STAMPE HVIDTFELDT¹, BIRGIT SANDER², OG HENRIK LUND-ANDERSEN²

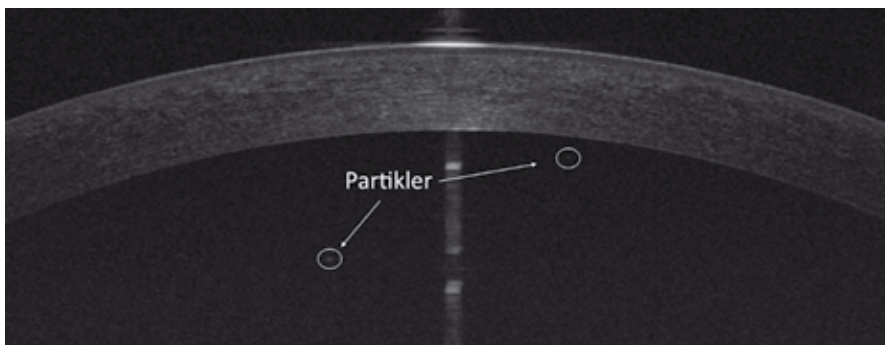
¹DANMARKS TEKNISKE UNIVERSITET (DTU COMPUTE)

²ØJENKLINIKKEN RIGSHOSPITALET-GLOSTRUP

Diagnose og opfølgning af uveit er en opgave, der kræver stor klinisk erfaring, og ydermere er vurderingen af inflammationen semikvanti-

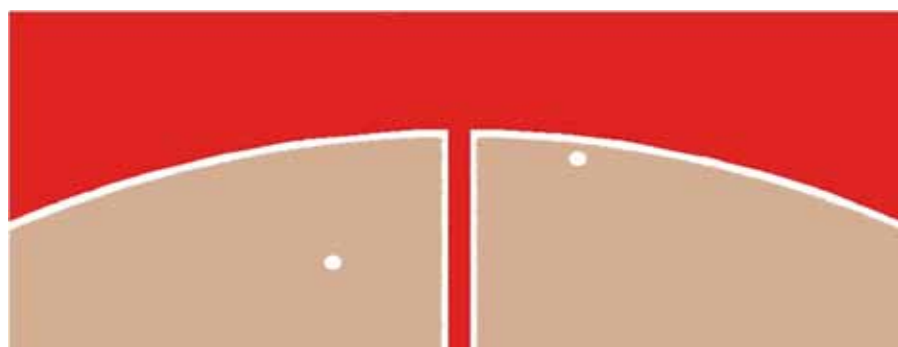
tativ. Øjenklinikken på Rigshospitalet-Glostrup står for øjenlægebetjeningen af Grønland, og for at forbedre diagnostikken af anterior uveit er der blevet udført

et pilotprojekt med DTU. Projektet har haft som formål at undersøge, om den Topcon OCT, der står på Grønland kan anvendes til at visualisere partikler i



Figur 1: Originalt scan taget med en DRI OCT Triton, fra TOPCON. Patienten har anterior uveitis i højre øje. De to cirkler omkranser konglomerater, som kan være potentielle ansamlinger af partikler. Den lodrette lysstribе i centrum af billedet er et artefakt, som viser, at der er scannet gennem corneas centrum.

Figur 2: Det endelige output billede lavet af algoritmen af scannet fra figur 1. Det forreste kammer af øjet ses markeret som det beige område nederst, men de røde områder, dvs. cornea og apex-artefaktet fjernes fra analysen. De to potentielle partikler er vist med hvidt.



det forreste afsnit. På Topcon-maskinen anvendes en anterior linse, og vi valgte i projektet at bruge seks radiære scan. Et af disse radiære scan er vist i figur 1. Som en bacheloropgave har vi på DTU udarbejdet en algoritme til at bearbejde OCT-billeder og med en algoritme tælle partiklerne. Softwaren er endnu i udviklingsfasen og særligt udskillelsen af artefakter og afgrænsningen af partikler tæt på cornea er en udfordring, der kræver manuel vurdering, men på sigt kan programmet automatiseres yderligere. Topcon OCT'en er baseret på en swept source lyskilde, der har en længere center-bølgelængde end andre OCT-typer, og som giver en god gennemtrængningsdybde og dermed god visualisering, men andre typer af OCT vil også være anvendelige¹.

Rent teknisk virker algoritmen ved at fjerne hornhinden og alt herover, da vi kun er interesseret i det forreste afsnit, hvor partiklerne optræder. Herefter identificerer algoritmen, hvorvidt der

er en refleks fra apex tilstede (som vist på figur 1). Hvis refleksen fra apex er tilstede, bliver den fjernet ligesom hornhinden. Hvis apex ikke er tilstede, forbliver billedet uændret. Efterfølgende påføres et specielt udviklet spredningsfilter, som beregner hver pixels varians i forhold til omkringliggende pixels og herved isolerer potentielle partikler.

Programmet definerer de potentielle partikler til at have en størrelse mellem 1 og 50 pixels. Det totale antal partikler i det forreste kammer vises afslutningsvis. På figur 2 ses det scan, hvor antallet af partikler findes ud fra. Her ses der to konglomerater afmærket, som også er, hvad der er blevet identificeret på figur 1.

Diagnose af anterior uveitis ud fra OCT-scan kan være udfordrende, fordi partiklerne er meget små og svære at se både i en OCT-maskine og en spalte-lampe. Typisk er det ikke partikler, der ses, men konglomerater. Konglomerater

kan være dannet af protein, precipitater eller samlinger af flere partikler.

Nogle af de tekniske udfordringer, der findes ved OCT-scan, er, at der kan opstå mange forskellige artefakter i det forreste kammer. Disse kan være svære at adskille fra partiklerne. Apex, det lodrette artefakt (figur 1), er et af de artefakter, der fremkommer ved OCT scans. Andre artefakter kan være vandrette artefakter, særligt fra iris. Artefakterne er svære at adskille fra partiklerne, da de har samme pixelværdi og farve, som algoritmen bruger til at identificere partiklerne ud fra.

I pilotprojektet har vi undersøgt scan fra i alt ti patienter og fundet en rimelig overensstemmelse med den kliniske SUN-gradering. Der er også fornylig kommet artikler med andre OCT-systemer, der har vist, at OCT er en anvendelig metode til gradering af inflammation i forreste afsnit, så vi håber, at dette pilotprojekt kan resultere i en ny metode til anvendelse i diagnostikken på Grønland.

¹Birgit Sander & Javier Cabrerizo. "OCT – nu også til angiografi". Teknologisk Nyt, 2016

Behandling af Glaucom

TAPTIQOM[®] (tafluprost 15µg/ml + timolol 5mg/ml)

FAST KOMBINATION UDEN KONSERVERING I EN DRÅBE

- IOP sænkning på op til 40%¹
- Lav hyperæmi frekvens²
- En gang daglig³

**TAPTIQOM[®] - når der er brug
for yderligere sænkning af IOP**

References: 1) Holló G et al. Adv Ther 2014;31:932-944. 2) Hollo et al. Expert Opin. Drug Saf. 2015;14(4):609-17. 3) SPC Taptiqom.

Santen Danmark
Repræsentationskontor af SantenPharma AB
Strandvejen 343 · 2930 Klampenborg · Tlf. 39 90 84 90 · info.dk@santen.com · www.santen.dk

 Santen



MEDIVIT
omsorg for dit syn

En dedikeret medspiller i kampen mod AMD

Synvital Plus er udviklet 100% efter anbefalingerne fra AREDS2, med den rette sammensætning af Lutein, Zeaxanthin, C og E, Zink og Kobber. Undersøgelser viser, at Synvital Plus reducerer risikoen med 46% for overgang til våd AMD, efter 5 års brug. Anbefalet dosis er 6 tabletter om dagen. Patienten kan købe Synvital Plus på danske apoteker og bestille direkte på vores distributørers hjemmesider i Norden.

Du er velkommen til at ringe på **57 82 03 05** eller maile til Medivit på info@medivit.dk for mere information og statistisk materiale.

Synvital Plus
DK: www.synvital.dk

Synvital Plus
SE: www.synvital.se

Synvital Plus
NO: www.synvital.no

Aredan Plus
FI: www.aredan.fi

 **TAPTIQOM**
(tafluprost 15µg/ml + timolol 5mg/ml)

Taptiqom (tafluprost 15 mikrogram + timolol, som maleat, 5 mg). Øjendråber, opløsning, i enkelt dosisbeholder. Indikationer: Reduktion af intraokulært tryk (IOP) hos voksne patienter med åbenvinklet glaukom eller okulær hypertension, som ikke responderer tilstrækkeligt på topisk monoterapi med betablokkere eller prostaglandinanaloger og har brug for en kombinationsbehandling, og som vil have gavn af øjendråber uden konserveringsmidler. Dosering og indgivelsesmåde: En øjendråbe i konjunktivalsækken i det/de syge øjne en gang daglig. Dosen må ikke overskride en dråbe i det/de syge øjne daglig. Taptiqom er en steril opløsning uden konserveringsmidler i en enkelt dosisbeholder. Kun til engangsbrug. En beholder er tilstrækkelig til behandling af begge øjne. Hvis der anvendes mere end et topikalt oftalmisk lægemiddel, skal de enkelte lægemidler administreres med mindst 5 minutters mellemrum. Kontaktlinser skal fjernes inden instillation af øjendråberne og kan sættes i igen efter 15 minutter. Taptiqoms sikkerhed og virkning hos børn under 18 år er endnu ikke klarlagt. Kontraindikationer: Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Reaktiv luftvejssygdom herunder astma bronchiale eller astma bronchiale i anamnesen, svær kronisk obstruktiv lungesygdom. Sinusbradykardi, syg sinusyndrom, sinoatrialt blok, atrioventrikulært blok af anden eller tredje grad, der ikke kontrolleres med pacemaker. Åbenlyst hjertesvigt, kardiogent shock. Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: På grund af det beta-adrenerge indholdsstof timolol kan der forekomme de samme typer kardiovaskulære, pulmonale og andre bivirkninger, som ses ved systemiske betablokkere. Hos patienter med kardiovaskulære sygdomme (f.eks. koronar hjertesygdom, Prinzmetals angina og hjerteinsufficiens) og hypotension bør behandling med betablokkere vurderes meget nøje, og behandling med andre aktive stoffer bør overvejes. Patienter med kardiovaskulære lidelser bør monitoreres for tegn på forværring af disse sygdomme og bivirkninger. På grund af deres negative effekt på ledningstiden bør betablokkere kun gives med forsigtighed til patienter med hjerteblok af første grad. Patienter med svære perifere kredsløbsforstyrrelser/lidelser (dvs. alvorlige former for Raynauds sygdom eller Raynauds syndrom) bør behandles med forsigtighed. Respiratoriske reaktioner, herunder dødsfald på grund af bronkospasmer hos patienter med astma, er blevet rapporteret efter administration af nogle oftalmiske betablokkere. Taptiqom bør anvendes med forsigtighed hos patienter med mild/moderat kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), og kun hvis den potentielle fordel opvejer den potentielle risiko. Betablokkere bør anvendes med forsigtighed hos patienter med spontan hypoglykæmi eller til patienter med labil diabetes, idet betablokkere kan maskere tegn og symptomer på akut hypoglykæmi. Oftalmiske β-blokkere kan fremkalde tørhed i øjnene. Patienter med korneale sygdomme bør behandles med forsigtighed. Effekten på det intraokulære tryk eller de kendte virkninger ved systemisk betablokkade kan blive forstærket, når timolol (et af indholdsstofferne i Taptiqom) gives til patienter, der allerede behandles med en systemisk betablokker. Reaktionen hos disse patienter bør observeres nøje. Før behandlingen påbegyndes, skal patienterne informeres om risikoen for vækst af øjenvipperne, mørkfarvning af huden på øjenlåget og forøget pigmentering af iris. Nogle af disse ændringer kan være permanente og føre til forskelle i udseendet på øjnene, når kun det ene øje behandles. Det anbefales at udvise forsigtighed ved brug af tafl uprost hos afakiske patienter, pseudofakiske patienter med bristet bagerste linsekapsel eller forkammerlinser eller hos patienter med kendte risikofaktorer for cystoidt makulært ødem eller iritis/uveitis. Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion: Der er ikke udført interaktionsstudier. Effekterne er potentielt additive med risiko for hypotension og/eller udtalt bradykardi ved samtidig administration af oftalmisk betablokkeroopløsning med orale calciumkanal-blokkere, beta-adrenerge blokkere, antiarytmika (herunder amiodaron), digitalisglycosider, parasymptomimetika, guanethidin. Orale beta-adrenerge blokkere kan forværrer rebound-hypertension, som kan opstå ved seponering af clonidin. Forstærket systemisk betablokkade (f.eks. nedsat hjertefrekvens, depression) er blevet rapporteret ved samtidig behandling med CYP2D6-hæmmere (f.eks. quinidin, fluoxetin, paroxetin) og timolol. Fertilitet, graviditet og amning: Der findes ingen data om Taptiqoms virkning på human fertilitet. Der er ingen eller utilstrækkelige data fra anvendelse af Taptiqom til gravide kvinder. Kvinder i den fertile alder skal anvende sikker kontrception under Taptiqom-behandlingen. Taptiqom bør ikke anvendes under graviditeten, med mindre det er klart nødvendigt. Det er ukendt, om tafl uprost og/eller dets metabolitter udskilles i human mælk. Hvis behandling med Taptiqom er påkrævet, må amning frarådes. Bivirkninger: Bivirkningerne, som blev rapporteret i de kliniske forsøg med Taptiqom, var begrænset til dem, som tidligere er rapporteret for ét af eller begge de to aktive stoffer: tafluprost eller timolol. Der blev ikke observeret nye bivirkninger, der er specifikke for Taptiqom, i de kliniske forsøg. De fleste bivirkninger, som blev rapporteret, var okulære, milde eller moderate i sværhedsgrad, og ingen af dem var alvorlige. Følgende bivirkninger med Taptiqom blev rapporteret under kliniske forsøg (opstillet efter faldende hyppighed inden for hver hyppighedsgruppe). Nervesystemet, Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Hovedpine. Øjne: Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Konjunktival/okulær hyperæmi, øjenkløe, øjensmerte, ændringer i øjenvipper (forøget længde, tykkelse og antal vipper), misfarvning af øjenvipper, øjenirritation, fornemmelse af fremmedlegeme i øjnene, sløret syn, fotofobi. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Unormal følelse i øjet, tørre øjne, ubehag i øjnene, konjunktivitis, erytem på øjenlåget, øjenallergi, øjenlågssødem, overfladisk punktførmig keratitis, øget tåreflåd, infilmation i det forreste kammer, astenopi, blefaritis. Overdosering: Det er usandsynligt, at der vil forekomme en topisk overdosering med tafl uprost, og at den ville være forbundet med toksicitet. Udlevering: B. Tilskud: Ja. Opbevaringstid: Efter afbrud af folieposen: 28 dage. Særlige opbevaringsforhold: Opbevares i køleskab (2 °C til 8 °C). Opbevar enkelt dosisbeholderne i den originale foliepose for at beskytte mod lys, må ikke opbevares ved temperaturer over 25 °C. Bortskaf en åbnet enkelt dosisbeholder med eventuel overskydende opløsning umiddelbart efter brug. Pakninger og priser ekskl. rec. gebyr: enkelt dosisbeholder 30 x 0,3 ml og 90 x 0,3 ml. Priser se www.medicinpriser.dk. Indehaver af markedsføringstilladelsen: Santen Oy, Niittyhaankatu 20, 33720 Tampere, Finland. Dato for første markedsføringstilladelse: 7. november 2014. Produktinformationen er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres fra Santen Danmark.

SantenPharma AB • Tlf. 39 90 84 90 • info.dk@santen.com • www.santen.dk

 Santen



Søren Javadi-Ottosen

Toriske intraokulære linser

– optimering af beregning

SØREN JAVADI-OTTOSEN MD, FEBO, REGIONSHOSPITALET RANDERS

JAN KJÆR PEDERSEN MD, REGIONSHOSPITALET RANDERS

GIACOMO SAVINI MD, G.B. BIETTI FOUNDATION IRCCS ROME ITALY

KRISTIAN NÆSER MD, DR. SCI, REGIONSHOSPITALET RANDERS

Der er flere linse-baserede kirurgiske muligheder for etablering af godt brillefrit syn, heriblandt en torisk intraokulær linse (IOL). Vi vil kort beskrive den toriske IOL med hensyn til forudsætning for brug, indikation og virkemåde. Endelig vil vi pege på nogle muligheder for optimering af den toriske linseberegning.

Forudsætning for brug

Det giver ikke mening at indsætte en torisk IOL, hvis man har en systematisk fejl i den sfæriske linseberegning. Alle sfæriske linseberegningssformler kan optimeres, så den gennemsnitlige fejl

bliver nul. Optimeringen foretages ved efterundersøgelse af den postoperative refraktion, hvorved A-konstanten eller lignende konstanter beregnes. Hver klinik bør gennemføre en optimering med egne data ved indførelse af en ny IOL. Alle apparater til måling af akselængde har faciliteter til optimering, som derfor er let at udføre i praksis.

Indikation

En del patienter med astigmatisme er tilfredse med deres briller og ønsker også at bruge disse efter operationen. Sådanne patienter er ikke kandidater til toriske linser. Der er indikation for en torisk intraokulær linse ved en vis corneal astigmatisme hos patienter med ønske om mindre afhængighed af briller. Monofokale toriske linser kan ofte give brillefrihed for afstand. I heldigste fald kan man opnå brillefrihed for både afstand og nær med multifokale toriske linser. Dette kræver imidlertid for begge linsetyper en refraktiv cylinder under 0,75 D. Og naturligvis en passende sfærisk refraktion!



Figur 1:
En torisk IOL. Prikkerne markerer orienteringen af minus-cylinderen.

Virkemåde

Den toriske linse er en kryds-cylinder, hvor minus-meridianen er angivet med parallelle prikker eller streger indgraveret på linseoptikken (figur 1). Denne minus cylinder indsættes parallelt med den stærkest brydende corneale meridian. En reduktion af den postoperative refraktive astigmatisme kan opnås, hvis den korrekte linsestyrke indsættes i den rette meridian. Og linsen ikke roterer efter operationen!

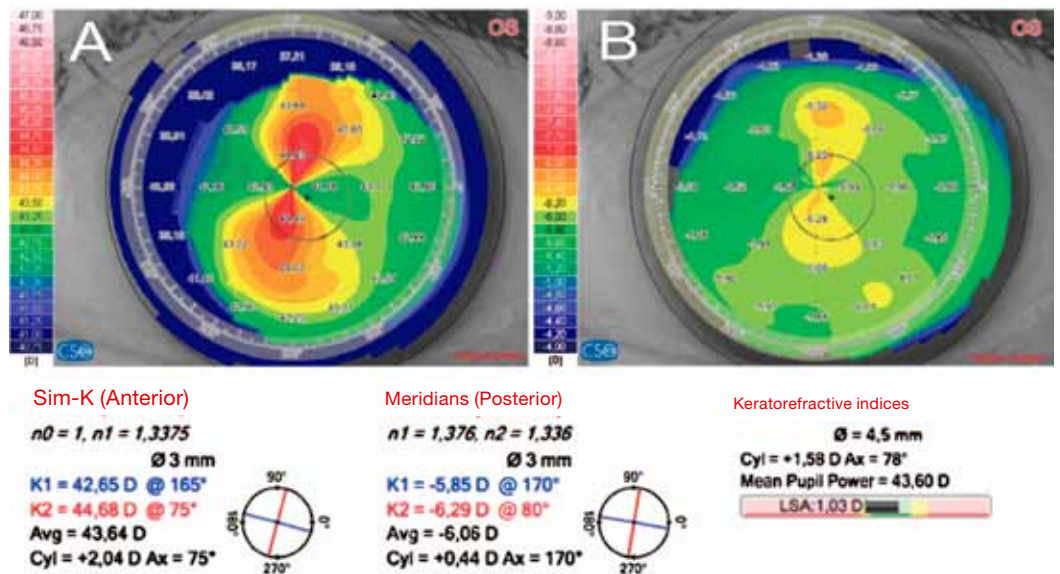
Generelt om torisk linseberegning

Corneas krumning måles præoperativt. Den kirurgisk inducerede astigmatisme tillægges ved vektoraddition. Herved beregnes en ny corneal cylinder med en styrke i dioptrier og en meridian i grader. Det er denne nye meridian, der markeres på cornea ved operationen. Den postoperative refraktive cylinder beregnes som summen af den nye corneale cylinderstyrke og den toriske linsestyrke, omregnet fra kapselplanet til hornhindens forflade. I det følgende gennemgås de væsentligste fejlkilder i den toriske IOL beregning.

Tænk på den posteriore corneale astigmatisme

Corneas krumning bør måles enten på to forskellige apparater eller gentagende gange på samme instrument, indtil stabile målinger opnås.

Traditionel keratometri og topografi måler krumningen af corneas forflade, men ikke af bagfladen, og det er den største fejlkilde ved torisk IOL-beregning. Den posteriore corneale astigmatisme er stejlest i det vertikale plan i de fleste øjne (ca. 90%) og har en gennemsnitlig styrke på minus 0,5 D. Torisk IOL-beregning baseret på keratometri vil medføre en overkorrektin og en underkorrektin ved mod-reglen astigmatisme. Denne fejlkilde reduceres ved måling af hornhindens totale astigmatisme med Scheimpflug eller lignende teknikker, hvor den samlede brydning af corneas for- og bagflader udregnes med Snells lov (figur 2).

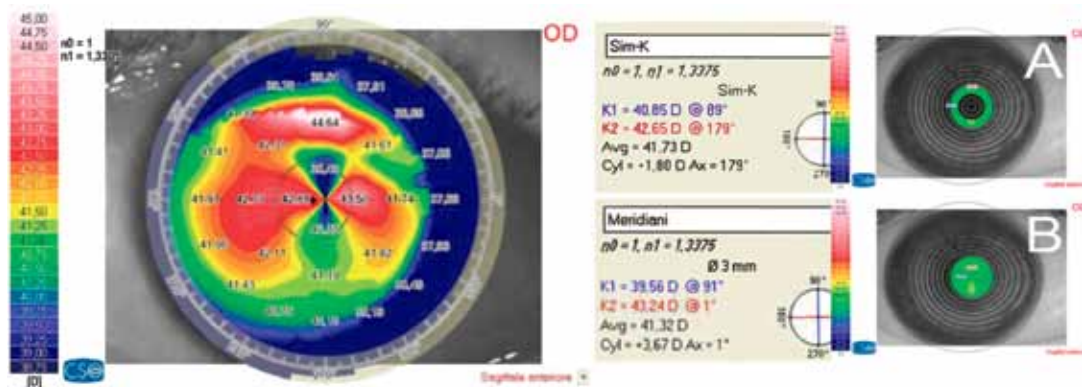


Figur 2:

A: Viser den stejleste meridian på forfladen af hornhindens i 75 grader og en gennemsnitlig astigmatisme på forfladen på +2,04 D i 75 grader.

B: Viser tilsvarende, at den stejleste meridian på corneas bagflade ligger i 80 grader. Således en posterior astigmatisme på +0,44 D i 170 grader (eller -0,44 D i 80 grader).

Den totale corneale astigmatisme beregnes som +1,58 i 78 grader. Keratometrien overestimerer således den totale corneale astigmatisme med en værdi svarende til den posteriore corneale astigmatisme.



Figur 3:
A: Viser simuleret keratometri langs en ring, hvilket giver en astigmatisme på +1,8D i 179 grader.
B: Samme hornhinde, men målt i arealet inden for ringen, hvilket i dette tilfælde giver en højere astigmatisme på 3,67 D i 1 grad.

Beregn din egen SIA (surgical induced astigmatism)

Den kirurgisk inducerede astigmatisme varierer i forhold til incisionsstedet. Vore opgørelser efter 2,2 mm temporale og superiore corneale incisioner viser gennemsnitlige afladninger på henholdsvis 0,15 D og 0,4 D. Vi anbefaler den temporale adgang, da den ud over laveste SIA også har mindst variation. En korrekt beregnet kirurgisk induceret astigmatisme er vigtig, da en systematisk fejl hermed undgås. Beregninger kan foretages med polær værdianalyse af præ- og postoperativ keratometri på mindst 50 øjne.

Husk den centrale astigmatisme

Keratometrien måler krumningen langs en cirka 3,0 mm diameter ring, centreret på den corneale apex. Dette forudsætter, at den corneale kurvatur inde i ringen ikke ændrer sig. I nogle tilfælde er den astigmatisk brydning stærkere inde i ringen, og den reelle astigmatisme bliver herved underestimeret (figur 3). Det giver derfor god mening at kigge på hornhindens brydningskort og overveje inklusion af mere centrale områder. Dette er muligt med apparaturer, der bruger Scheimpflug teknologi.

Overvej linsepositionen

Cylinderstyrken er angivet med den toriske IOL placeret i kapselsækken. Denne cylinderværdi er højere end cylinderværdien beregnet på hornhinden. Ratioen 1,46 bliver typisk brugt som konstant ved en torisk IOL formel uden brug af kammerdybden. Dette kan medføre fejlmålinger ved hypermetrope eller myope, da disse øjne typisk har

henholdsvis lidt mindre eller lidt større kammerdybde i forhold til gennemsnittet. Er kammerdybden større end normalt, vil IOL-cylinderen ikke reducere astigmatismen så meget som tilsigtet, og omvendt. Ratioen kan variere fra 1,29 hos meget hypermetrope til 1,86 hos meget myope. Den korrekte metode er imidlertid ray tracing fra fovea frem til corneas forflade, og i denne beregning indgår både længden af forkammeret, glaslegemet samt IOL-tykkelsen.

Manuel eller digital opmærkning af cornea

Den toriske IOL må indsættes i rette akse for at reducere den corneale astigmatisme. En afvigelse på kun tre grader fra optimal akse vil reducere lensens astigmatisk korrektion med 10 %. Fra introduktionen af toriske linser har man benyttet manuel opmærkning med tuschpen både præoperativt af reference-akser (typisk 0 og 180 grader) og peroperativt af den ønskede implantations-akse. Inden for de senere år er der udviklet digital corneal markering i form af præoperativ reference-foto (i siddende stilling), peroperativ øjentracking og markering af den ønskede corneale akse ved hjælp af overlay i operationsmikroskopet eller på skærmen. Efter overgang til digital teknik har vi oplevet større præcision i den toriske IOL-implantation, som også påvist i nyligt publicerede studier.

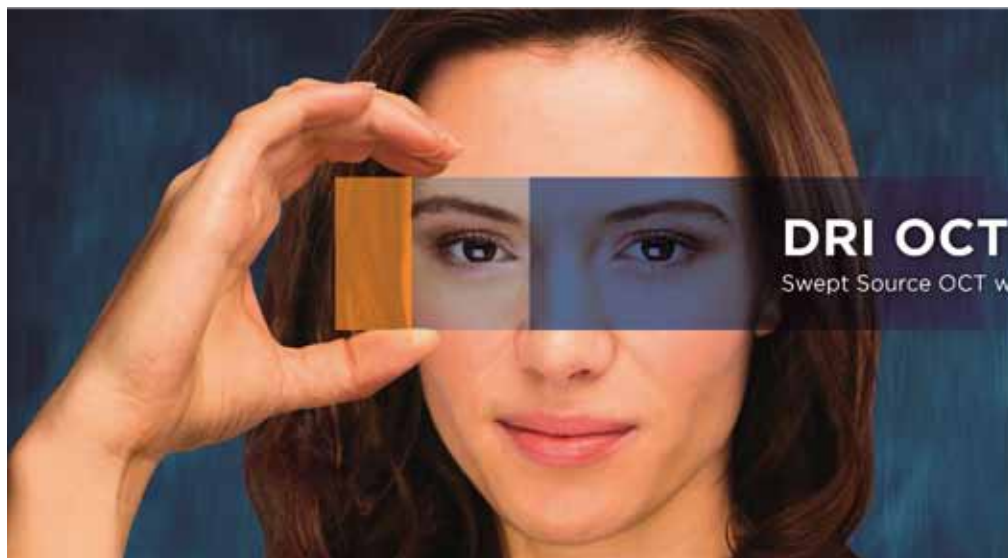
Konklusion

Trods en rivende udvikling inden for torisk IOL-beregning oplever vi stadig postoperative refraktive overraskelser. Den enkelte kirurg kan selv gøre en del for nøjagtigheden af sin toriske

IOL-beregning, nemlig optimering af den sfæriske IOL formel samt beregning af egen SIA. Enkelte netbaserede toriske IOL-formler har nu indbygget algoritmer til optimering af keratometri samt individuel kompensation for kammerdybde, men der er endnu ikke en perfekt formel, som tager højde for alle variabler ved torisk IOL implantation. En del eksisterende metoder må formodes at være intermediære løsninger, mens vi afventer corneale målinger, der bedre afspejler corneas refraktion.

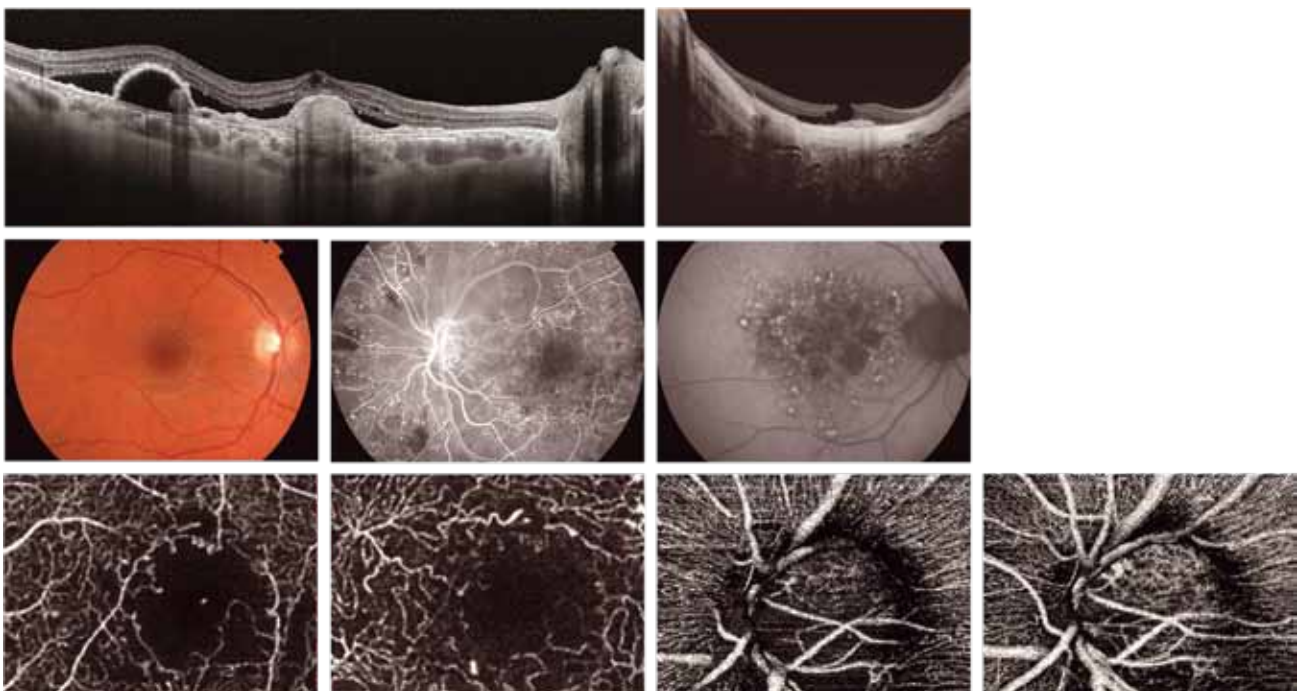
Fremtiden

I Danmark er der mulighed for gratis at tilbyde en torisk IOL ved corneale astigmatisme over cirka 1,5 D. I vores klinik indsættes således toriske linser i 7 % af operationerne. Det giver faglig mening at indsætte en torisk IOL ved en corneal astigmatisme >0,75 D. Dette svarer til cirka 50 % af alle øjne. Der skal vi selvfølgelig op i løbet af få år, men toriske intraokulære linser er arbejdskrævende med hensyn til både beregning og håndtering. Den toriske linseberegning foretages ofte i en web-baseret fil, hvor man indtaster præcis de samme data, som allerede er skrevet i journalen. Dette er dobbeltarbejde med risiko for fejlindtastning. Vi arbejder for øjeblikket med at konstruere en torisk IOL-formel, som indbygges i vor elektroniske øjenjournal, og hvor data overføres direkte fra relevant måleapparat. Vi vil formodentlig se en forbedring i diverse udstyr til opmærkning og kirurgisk håndtering af disse linser. Sådanne tiltag vil lette arbejdet, når den toriske IOL bliver standard ved de fleste patienter. ■



DRI OCT Triton Series

Swept Source OCT with multi modal Fundus Imaging



- » Perfekt visualisering af choroidea, pga. Swept Source teknologi.
- » Bedre gennemtrængning af katarakt, blødninger, blodkar og sclera med 1050 nm laser
- » Større patient komfort pga. usynlig laser scan
- » Verdens hurtigst kommercielle OCT med 100.000 A-Scan/sec.
- » I samme procedure kan du få OCT scan, farve fundus, OCT-Angio.
- » 5 Instrumenter i ét (OCT, Color, Flu, FAF, OCT-Angio)



Topcon Danmark, Tlf. +45 46 32 75 00
www.topcon.dk, info@topcon.dk

 **TOPCON**
YOUR VISION. OUR FOCUS.



Marie Louise Roed Rasmussen



Danson V. Muttuvelu

Verdens **ældste yngre** øjelægeforening – **FAYO**

Beretningen om Foreningen af Yngre Øjnelæger i Danmark

MARIE LOUISE ROED RASMUSSEN¹ OG DANSON V. MUTTUVELU²

¹ FORMAND SOE-YO, ØJENKLINIKKEN RIGSHOSPITALET, DK

² FORMAND FAYO, ØJENKLINIKKEN RIGSHOSPITALET, DK

FAYO er verdens ældste yngre øjnelægeforening (etableret 1981), og også den eneste yngre øjnelægeforening i Skandinavien. Med beretningen om FAYO ønsker vi at erkende den store indflydelse, foreningen har haft på uddannelsen af de danske øjnelæger gennem de seneste 36 år. Vi, yngre, skylder jer alle en stor tak! Følgende beretning er baseret på interviews af de centrale personer og er et sammendrag af et bog-kapitel om FAYOs historie i "Syn for øje, oftalmologiens vej ind i 21. århundrede".



FAYO-mødet 1988 Ørbæk. Pædiatrisk kursus v. Mette Warburg. Ørbæk ørelægecenter på Fyn blev fra 1984 og cirka ti år frem et legendarisk sted. Netop hér udformede FAYO-kurset sig med flere af de grundelementer, som karakteriserer det årlige FAYO-weekendkursus i dag.

FAYO-mødet 2017. Hotel Munkebjerg. Glæde ved hovedkursusleder overlæge Daniella Bach-Holm. Det årlige "galla-billede". Antallet af deltagende medlemmer er siden 80'erne steget fra blot 20 til omkring 200 deltagere.



Man ankommer fredag, får undervisning og slutter aftenen af med pølsebord. Lørdag er der undervisning til ud på eftermiddagen, hvor man slutter af med generalforsamling og valg af årets uddannelsessted (FAYO prisen), næste års tema til årsmødet og valg til bestyrelsen. Til venstre: FAYO-kursister. Til højre speaker, professor Andrew Lee, neurooftalmolog, Houston.

Danmark var i 1980'erne præget af arbejdsløshed blandt de yngre læger, og det kulminerede i 1981 med strejke, oprør og demonstrationer.

Antallet af uddannelsessøgende var højt, arbejdet tungt og uddannelsen ringe. Der var kun fem til seks kursusstillinger i oftalmologi om året.

Mange yngre øjenlæger rejste til primært Sverige, der var de første til at indføre en struktureret speciallægeuddannelse. En del jobsøgende rejste også til Norge og Tyskland.

Der herskede stor utilfredshed blandt de yngre øjenlæger. Foreningen af Yngre Øjenlæger, FAYO, var først og fremmest en protest mod et ustruktureret uddannelsesforløb med dårlig undervisning, nepotisme og ringe fremtidsudsigter.

Goldsmith var i 1981 formand for Dansk Oftalmologisk Selskab (DOS). Han var positiv og tillod, at den første konstituerende generalforsamling for den nye forening FAYO blev afholdt til DOS-mødet den 9. maj på Munkebjerg i Vejle.

Den første FAYO-bestyrelse bestod af: Michael Movin (formand), Knud Alsbirk (Jyllandsrep.), Finn Eisgart, Klaus Bo Nielsen, Jens Munk Olesen og Jens Karl Højberg

FAYO's primærpolitik var at nedsætte antallet af uddannelseslæger, at etablere en aldersgrænse for praktiserende øjenlæger, øge antallet af ydernumre, afskaffelse af praksis-goodwill, begrænsning af dobbelte stillinger og reduktion i antal ydelser per speciallægepraksis.

FAYO er en selvstændig forening uafhængig af DOS. I dag udgør FAYO's medlemmer cirka en tredjedel af den samlede øjenlægestand i Danmark.



FAYO besidder flere pladser i centrale organer såsom: DOS uddannelsesudvalg samt Danske Øjenlægers Organisation (DØO). Flere af bestyrelsesmedlem-

merne sidder med i komitéer i videreuddannelsesudvalget i regionerne, NOK, SOE-YO, ICO og andre internationale organisationer.

FAYO-kurset

FAYO-kurset er hjørnестenen i organisationen. Det blev etableret i 1984 med det formål at belyse et givent oftalmologisk

Lørdag aften er der fest. Man starter med legatuddeling fra Industrien. FAYO-legaterne indstiftedes i slut-90'erne og stiger hvert år, således at man kan sende yngre øjnlæger på kurser. Der uddeles typisk legatstøtte til fire kvalificerede og udvalgte yngre øjnlæger.



Repræsentanter fra industrien er med hele weekenden. De ankommer fredag, er med til middagen og helt til vi slutter lørdag. Industrien og de yngre øjnlæger har mange fælles interesser.



Jonas Laursen: Damernes tale.



Christel Jørgensen: Herrens tale.



Rune Holmbjörn: Formandens tale.

” Foreningen af Yngre Øjenlæger, FAYO, var først og fremmest en protest mod et ustruktureret uddannelsesforløb ...



For at skabe prestige i at forbedre uddannelsen indstiftede man FAYO prisen i 2001 for bedste uddannelsessted for yngre øjenlæger. Prisen gives årligt til den kliniske afdeling eller praksis der har gjort mest for at bedre uddannelse niveauet. FAYO prisen er fortsat meget værdsat, og bliver uddelt af FAYOs formand under galla-aftenen til det årlige DOS-møde. På billedet ses ledende overlæge Malou Høgsbro, Vejle Øjenafdeling, modtager af FAYO-prisen 2016.

emne i en social kreds af yngre kolleger. De yngre kolleger fik mulighed for at mødes på tværs af landets geografi og høre om uddannelse, arbejde, forskning og private anliggender på de lokale øjenafdelinger uden at blive overvåget af deres seniorkolleger. En weekend en gang om året mødes majoriteten af yngre øjenlæger omkring et udvalgt emne – med stor tilslutning fra industrien.

I et stadig mere globalt samfund er det vigtigt med internationale relationer og inspiration. FAYOs årskurser har derfor de seneste år haft øget fokus på internationalt anerkendte foredragsholdere.

FAYO er et unikt og stærkt koncept, som i dag kan fungere som inspiration for andre landes yngre øjenlæger. Vi håber med netop denne beretning at skabe incitament og lyst til, at vores nordiske yngre øjenlægekolleger vil skabe deres egne yngre øjenlægeforeninger! ■

INVITATION

I forlængelse af beretningen om FAYO inviteres Skandinaviske yngre øjenlæger til

FAYO-mødet 2018

Hotel Munkebjerg

26.-28. september

Emnet er

uveitis

med **overlæge Tomas Ilginis** og **overlæge Josefine Fuchs** som kursusledere.

En række internationale speakere vil deltage.

Kontakt venligst fayomail@gmail.com for mere info samt program.

FAYO



Nikolaos E. Bechrakis

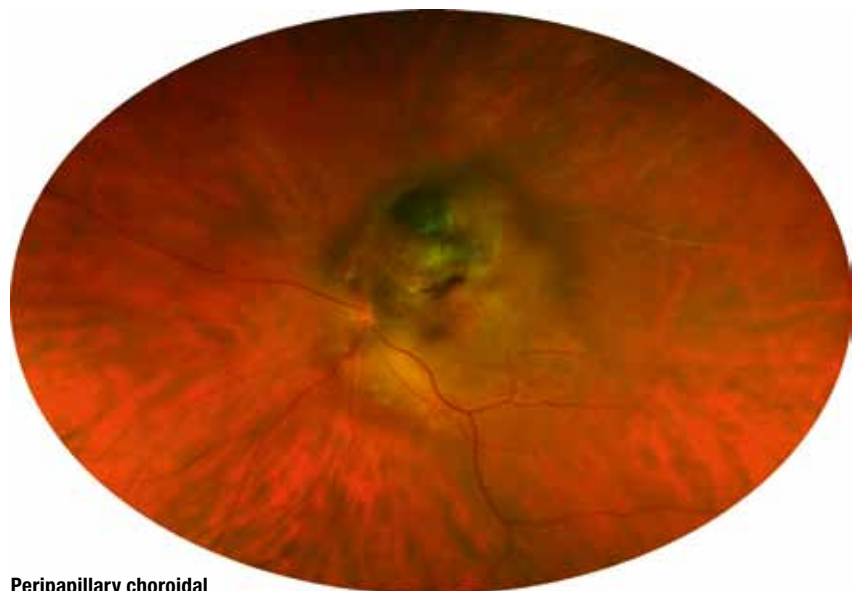
Current trends in the management of **uveal melanoma**

Uveal melanoma is a very common adult primary intraocular tumor with an incidence of approximately 7 newly diagnosed patients per million inhabitants in the Caucasian population.

NIKOLAOS E. BECHRAKIS, MD, FEBO
PROFESSOR AND CHAIR, DEPARTMENT OF OPHTHALMOLOGY
UNIVERSITY CLINIC ESSEN, GERMANY

At present, the mainstay primary treatment of uveal melanoma is radiation therapy, i.e., either brachytherapy or teletherapy. Several modalities can be applied in brachytherapy, such as 106-ruthenium plaque or 125-iodine plaque treatment. Teletherapy can be administered either by stereotactic radiotherapy or proton beam irradiation at institutions that have a cyclotron facility. The radiation treatment options can be complemented by various surgical techniques, such as eye-salvaging transscleral resection, endoresection, or even enucleation. The preferred primary treatment technique is dependent on its availability in the individual institution and should be customized according to the size and location of the choroidal melanoma.

106-Ruthenium brachytherapy is a widely used treatment option in



Peripapillary choroidal melanoma. OPTOS image

Europe that was developed in the 1960s in Germany. It is a highly effective and cost-efficient treatment modality that yields long-term local tumor control of approximately 90% at 10 years. This

local tumor control is dependent on the size of the tumor, and the ciliary body infiltration is a risk factor for local tumor recurrence. Moreover, the overall eye retention rate is usually 92%.

In this medium-sized tumor group, the metastatic rate is almost 20%, with ciliary body infiltration and larger tumor diameter and thickness the main clinical risk factors for the development of metastasis. Proton beam irradiation is a teletherapy treatment modality that uses the steep distal radiation drop-off called the Bragg peak. This helps to ensure an optimal dose distribution in tumors that are close to the critical structures of the eye, such as the optic disc and the macula. In a medium-sized tumor group, the 10-year rates of local tumor control, eye preservation, and metastasis are approximately 95%, approximately 90%, and usually 20%, respectively.

One of the main difficulties in uveal melanoma treatment is long-term visual preservation, especially in cases located close to the optic disc and the macula. The higher the radiation dose to these critical structures, the lower the long-term visual preservation. As a general rule, after proton beam radiation, radiation-induced adverse effects are expected to occur later than those that develop after 106-ruthenium plaque brachytherapy. However, in tumors that exceed approximately 7-mm thickness, severe radiation-induced adverse effects such as exudative retinal detachment and secondary ischemic syndromes with neovascular glaucoma, and the so-called toxic tumor syndrome, are encountered more often. In these cases, additional surgical resection of the tumor is proposed, either by transscleral resection (ab externo approach) or endoresection (ab interno approach by vitrectomy). Several analyses have proven that local tumor control is linked with metastatic risk, so it is generally advisable to combine a radiation treatment with surgical resection in all cases to minimize the risk of local tumor recurrence. This can be either neoadjuvant radiation treatment before resection or adjuvant plaque brachytherapy after resection. The former (neoadjuvant radiotherapy with secondary resection) has been proven

to provide the best local treatment control. In the case of endoresection prior to this procedure in particular, radiotherapy inactivation of the tumor by adequate dose distribution should be administered to avoid late recurrence.

The prognostic parameters for metastasis in uveal melanoma can be divided into clinical and morphological/genetic parameters. The former can be calculated according to the tumor-node-metastasis (TNM) classification and can be obtained without any invasive techniques. At present, the most accurate prognostication for this tumor is only possible by harvesting

tumor material, either by biopsy or by surgical resection. The presence of monosomy 3 in uveal melanoma cells and other specific gene expression profiles have been identified as the best prognostic factors for tumor metastasis. However, there is no effective treatment for tumor metastasis at present, and there is no effective medical adjuvant treatment for reducing the metastatic risk. Better identification of the genetic profile and individual biology of uveal melanomas is expected to achieve better overall survival in the near future for patients with this otherwise lethal tumor. ■



Oftalmologisk Selskap i Oslo

Oftalmologisk selskap i Oslo (OSO), stiftet i 1905, inviterer hvert år fremragende øyeleger/forskere til Oslo for å holde foredrag. Redaksjonen i Oftalmolog tar sikte på å gjengi de beste foredragene fra OSO i forkortet form i tidsskriftet. Førrige foredragsholder i OSO var den anerkjente professoren og øyelegen Nikolaos Bechrakis fra Medical University of Innsbruck i Østerrike. Et av hans foredrag hadde tittelen "Current trends in the management of uveal melanoma."



Nikolaos E. Bechrakis

Bechrakis har mottatt flere priser, inkludert *Leonhard-Klein Prize* fra den tyske øyelegeforeningen og den tyske vitenskapsforeningen for betydelige innovasjoner innen mikrokirurgi i øyefaget. Han har skrevet en rekke artikler om blant annet uvealt melanom. I en årrekke har Bechrakis vært leder for European Leadership Development Program (EuLDP), som utgår fra European Society of Ophthalmology. I neste nummer av Oftalmolog vil Bechrakis presentere EuLDP for våre lesere.



Nordic Congress of Ophthalmology

Oslo 22 - 25 August 2018



Morten C. Moe
Professor Øyeavdelingen
Oslo Universitetssykehus/
Universitetet i Oslo
President NOK 2018



Bente Haugom
Avtalespesialist, Leder av Norsk
Oftalmologisk Forening

Kjære alle kolleger,

Nå nærmer det seg virkelig det neste nordiske øyelegemøtet og påmeldingen til NOK 2018 i Oslo 22.-25. august pågår for fullt på www.nok2018.com.

Til sammen 140 foredragsholdere og moderatører har ferdigstilt et variert og spennende program. Dette inkluderer foredrag som dekker alle de største fagfeltene innen øyesykdommer samt mer spesialiserte sesjoner, Key Note og paneldiskusjoner. Det arrangeres også en egen **Young Ophthalmology (YO)** dag og dry-lab både for katarakt, strabisme og glaukomkirurgi, samt en egen **Allied Health dag** med et skreddersydd program for sykepleiere, optikere, ortoptister og teknikere. Det er også konfirmert 58 **postere og frie foredrag** til møtet.

I tillegg vil det være en omfattende **utstilling** med det nyeste innen behandlingsmuligheter og utstyr. August er perfekt tidspunkt for å besøke Oslo, og arrangementskomitéen har arbeidet hardt for å lage de beste rammer om kongressen. Vi er veldig stolte av å kunne invitere til mottakelse i **Oslo Rådhus** og en uforglemmelig kongressmiddag ved **Den Norske Opera & Ballett!**

Forrige nummer av Oftalmolog fokuserte på Oslo som fjordby. Vi vil nå gjerne minne om at by-attraksjonene ligger i kort avstand fra arrangementet. Youngstorget rett utenfor Oslo Kongressenter har endret seg fullstendig de siste årene, og blomstret opp med kafeer, utesteder og fortausrestauranter som står klare til å ta i mot deg i pausene mellom interessante foredrag.

God fornøyelse, vi sees i Oslo!

MER INFORMASJON FINNER DU PÅ WWW.NOK2018.COM

Morten C. Moe
President NOK 2018

Bente Haugom
Leder av Norsk Oftalmologisk Forening



And so we pursue

We recognize the need for innovation in eye health. That's why we're partnering with the global community of ophthalmology champions to support people living with eye conditions.



©2018 Shire, All rights reserved.
SHIRE and the Shire logo are registered trademarks
of Shire Pharmaceutical Holdings Ireland Limited or its affiliates.
C-APROM/DK/0370

Shire Sweden AB, Vasagatan 7, 111 20 Stockholm
www.shiresverige.se



Martine Eriksen
Oslo-guide / eier av norio.oslo.no

The **Blue** and The **Green** – and Oslo in **Between**

Trenger du tips til hvor du kan vandre for å ta pulsen på byen mens du besøker NOK2018?

Her er et knippe med fire turforslag med utgangspunkt direkte foran Oslo kongressenter hvor du sannsynligvis vil tilbringe mesteparten av dagen. Du befinner deg midt i sentrum, Oslo Kongressenter på Youngstorget, og kan rusle av gårde rett etter at du har fulgt det vitenskapelige programmet til NOK2018. Om du ønsker kulturelt påfyll, vil oppleve den unge og moderne bydelen eller bare trenger et pusterom mellom slagene, kan alt bli oppfylt i umiddelbar nærhet.



Oslo night from Ekeberg Restaurant Rod Costa



Grünerløkka



Havnepromenaden

FRA YOUNGSTORGET TIL GRÜNERLØKKA – kulinarisk stripe med hipt boligstrøk

Youngstorget er oppkalt etter kjøpmann Jørgen Young og det selges fortsatt grønnsaker, frukt og bær på torget. En fast dag i uken er i tillegg egg-selgerne på plass. Oslo har de siste årene utviklet seg til å bli en spennende kulinarisk by, og her står området rundt Youngstorget sentralt.

Trenger du å strekke på bena under NOK2018? Forsøk å gå den 20 minutter

lange turen fra Youngstorget til Birkelunden på Grünerløkka uten å spise eller drikke – det kan bli en utfordring! Start med å vandre rett ut på Torggata. Fra å være en gate preget av slitasje og sosiale problemer har Torggata blitt «in» med utesteder, restauranter, barer og cafeer som perler på en snor. Her er det liv til langt på natt! Følg veien helt til du krysser Akerselva ved Ankerbrua, også kalt «Eventyrbrua» etter bronseskulpturene til Dyre Vaa, på vei inn i bydel Grünerløkka – i dag et av Oslos hippeste boligstrøk hvor

unge familier triller barnevogn og boligprisene skyter i været. Slik har det ikke alltid vært. Grünerløkka ble bygget på slutten av 1800-tallet som et mindreverdige boligstrøk for arbeiderne på fabrikkene langs Akerselva. Bak de «smukke fasadene» var stusslige bakgårder med hestestall og utedo. Livet var preget av trangboddhet, fattigdom og en daglig kamp for tilværelsen. I dag bugner Grünerløkka av pulserende utesteder, kafeer, vintagebutikker og bruktmarkeder. Ta et dypdykk inn i de små strøkene – det er bare å velge og vrake. Om føttene ikke lystre hele veien tilbake til Youngstorget, hopper du på



Akershus festning

første og beste trikk fra Birkelunden til Brugata. Vips, så er du tilbake der du startet – ved Oslo kongressenter og NOK 2018.

AKERSELVA – fra Youngstorget til vaffelkos hos Hønse-Lovisa

Fossefall, kulturliv og fabrikker fra en svunnen tid danner rammen rundt en vandring langs Akerselva. Fra Oslo kongressenter følger du Youngs gate ned til Storgata og fortsetter langs Brugata til høyre. Her var en gang byens viktigste havneområde, der nederlandske skuter lastet tømmer på 1600-tallet. De kalte området Waterland (det våte land). Dette var byens lurvete forstad med både gledespiker og røvere. Her hersket egne regler, og muligheten var stor for å bli rundlurt. I dag er Vaterland og Grønland den multikulturelle bydelen fylt med dufter, smaker og stemninger fra fremmede kulturer. Her bor mennesker fra hele verden som prøver å finne sin plass – før som nå.

La deg inspirere av de seks froskemennene til Ole Enstad i «Dykkar skulpturen» og stup i det! Følg gangstien til venstre ved Vaterland bru oppover langs Akerselva. Nå er det bare å følge vannveien motstrøms langs et grønt belte med industrihistorie og et rikt dyreliv.

Et stykke oppover finner du bygget som en gang huset tekstilfabrikken

«Indigo». Her ligger det alternative utestedet «Blå» med uteservering, jazz, disco og søndagsmarked. Virkelig verd et besøk en sommerkveld. Kryss elven over den lille gangbroen, inn i smuget «Ingens gate» under den karakteristiske lysekrona. Ta deg tid til å studere de gamle fabrikkveggene som er prydet med gatekunst og graffiti i ypperste klasse. Ved Grünerbroa, hvor både birkebeinere og svensker har kjempet sine slag, lå en gang Vulkan jernstøperi – pioneren på stålbruer. I dag finner du imidlertid gourmetmat i de gamle fabrikkhallene. Velkommen til Mathallen i Oslo!

Så er det bare å undres over en gammel kornsilo fylt med studenter med en fisketrapp som nærmeste nabo. Ja, du kan fiske både laks og ørret lenger oppe i Akerselva.

Fossefallene blir kraftigere og broene vakrere, helt til du når frem til Akerselvas mest spektakulære foss med det lille, røde trehuset på toppen ved Beierbrua. Ta en pust i bakken med en hjemmelaget vaffel hos «Hønse-Lovisa», midt i hjertet av Oslos gamle industrihistoriske område, før du setter deg på trikk nummer 11,12 eller 13 i Biermannsgate. Den frakter deg tilbake til Oslo kongressenter på bare 10 minutter. Husk å hoppe av trikken i Brugata.

EKEBERGPARKEN – kunst, historie og natur – en tredobbel opplevelse

Visste du at Oslo har en fredet byskog med et rikt dyreliv midt i indre by? Her finner du oldtidsminner som helleristninger og gravhauger, fra den gang havet stod rundt 50 meter høyere enn i dag. Etter mange år med protester og dragkamp fikk Oslofolket endelig sin skulpturpark i skogområdet, nemlig Ekebergparken – som byr på over 35 kunstverk i verdensklasse.

Ønsker du deg vekk fra jaget i sentrum, kan du sette deg på trikk nummer 18 eller 19 ved Jernbanetorget. Trikken klatrer opp over åskammen, og 12 minutter senere er du ved målet. Legg ut på en vandring blant trær og skulpturer, kombinert med byens kanskje mest storslagne utsikt. En spennende enhet som innbyr til en uforglemmelig opplevelse! Dette kan anbefales en skumringskveld i august når byens tusen lys funkler langt der nede. Om magen knurrer etter «skogsturen», anbefaler jeg å ta inn på den edle Ekebergrestauranten i et av Europas fremste funksbygg. Eller kanskje du foretrekker den mer uformelle stilen i Karlsborg spiseforretning? Begge byr på formidabel utsikt over Oslofjorden!

KOLOFON

REDAKTION:

Norge:

Tor Paaske Utheim (ansvh.)
Oslo, Drammen, Kongsberg,
Bergen, Stavanger, Arendal, Boston

Helene K. Laukeland
Trondheim

Danmark:

Per Nellemann Bang
Virum

Klaus Trier
Hellerup

Miriam Kolko
Rigshospitalet-Glostrup, København

Sverige:

Jack Bergen
Tving

Island:

Finland:

Anna Korsbäck
Espoo

Ansvarshavende redaktør:

Tor Paaske Utheim

Konsulent:

Lara Pasovic

Redaktionens adresse:

Oftalmolog
Vandtårnsvej 100
DK-2860 Søborg
Tel. +45 20 72 32 30
oftalmolog@grafia.dk

Manuskripter leveres elektronisk til
oftalmolog@grafia.dk. Se vejledning til
forfattere på www.oftalmolog.com

Udgivelser:

Frit til medlemmer (samtlige øjnlæger i Norden)
fire gange årligt

Nr. 3 udkommer november 2018.

Deadline for indsendelse af manuskripter
opdateres på vores hjemmeside
oftalmolog.com.

Oftalmolog redigeres af nordiske øjnlæger
for at informere om emner af fælles interesse
for øjnlægerne i Norden, praktiserende såvel
som forskere. Tidsskriftet er reklamefinansieret.
Distribueres gratis til samtlige øjnlæger i Norden.

Artiklernes synspunkter er forfatterens egne og
deles ikke nødvendigvis af redaktionen, ligesom
budskaber i annoncer ikke nødvendigvis udtrykker
redaktionens holdninger.

Kollegiale annoncer på maks. fire-fem linier kan
indrykkes mod betaling af DKK 700 ekskl. moms.

Layout:

Grafia Design ApS

Print:

Singapore

Annoncer:

Henvendelse til oftalmolog@grafia.dk
Tel. +45 20 72 32 30

PDF (Press Quality)
til oftalmolog@grafia.dk

ISSN 0108-5344
© 1999 by oftalmolog
www.oftalmolog.com

FRA AKERSHUS FESTNING TIL UTEPILS PÅ «VIPPA»

Om Akershus festning og fjorden frister
etter en lang kongressdag, anbefaler
jeg å følge Torggata mot sørvest forbi
Oslo Domkirke og over Stortorvet.
Kongens gate leder deg inn i det gamle
Christiania som i dag heter kvadraturen.
Vel fremme i Rådhusgata går veien til
høyre og ender på Christiania Torv
hvor byens eldste hus befinner seg.
Herfra følger du den lille grusveien
over Kontraskjæret via den lille
inngangsporten ved Myntgata inn på
festningsområdet. Ved Karpedammen
ligger besøksenteret hvor du får et kart
over festningsløypa, en flott rundtur
med 31 poster du kan utforske på egen
hånd.

Slottet på Akershus bærer på
historier om kongelig tilværelse,
fanger og spøkelses som vandrer i
gangene. Festningen ble påbegynt av

kong Håkon V Magnusson i 1299 og
sto ferdig i 1304. I 1363 ble dronning
Margrete I fraktet hit som barnebrud
fra København, bare ti år gammel. Som
17-åring fødte hun sin eneste sønn, Olav,
mens pesten herjet og sulten rådet.
Middelalderborgen har motstått alle
angrep, selv ikke kong Karl XII av Sverige
klarte å innta festningen siste gang den
ble beleiret i 1716.

Ikke glem å vandre langs vollene
med den vakre utsikten over byen og
Oslofjorden før du forlater området ved
den store porten over Kongens gate.
Her kan du fortsette veien ned mot
Akershusstranda og Vippetangen, hvor
utepils, mat fra alle verdenshjørner og
Havnepromenaden venter.

VELKOMMEN TIL OSLO – byen i mitt hjerte

Oslo er på vei til å bli en urban jungel
med fjord, elver, parker, skog og

utsiktspunkter. Vandrer du alene på
ukjente stier, anbefaler jeg å ta med
mobilen. Google maps og Ruter kan
fortelle deg hvor du er, og loser deg trygt
hjem til enhver tid. Har du derimot fått
mersmak på en byvandring med en
entusiastisk Oslo-guide, kan du kontakte
Norio guiding i Oslo for å oppdage
Oslos skjulte kulturskatter. Mitt hjerte
banker for hovedstadens finurlige
historie, og jeg tar deg gjerne med på en
reise tilbake i tid og spenner buen inn i
framtidens Oslo.



norio
Norwegian courses
and guiding in Oslo

Martine Eriksen,
Oslo-guide
NORIO
me@norio.oslo.no,
www.norio.oslo.no

Superficial*

*** New! The only preservative-free eye drop containing hydrocortisone.¹**



Softacort[®] (3,35 mg/ml hydrocortisone sodium phosphate) for patients who need treatment of mild non-infectious allergic or inflammatory conjunctival diseases.¹



THEA NORDIC AB, STORGATAN 55, SE-703 63 ÖREBRO • TEL: +46 19 33 37 80 • EMAIL: INFO@THEA-NORDIC.COM • WWW.THEA-NORDIC.COM

Reference: 1. Softacort produktresumé 03/2017.

Softacort (hydrocortisonnatriumphosphat) 3,35 mg/ml øjendråber, opløsning, enkelt dosis-beholder. **Indikationer:** Behandling af milde, ikke-infektiøse allergiske eller milde, ikke-infektiøse inflammatoriske lidelser i konjunktiva. **Dosering og indgivelsesmåde:** Den anbefalede dosis er 2 dråber i det angrebne øje 2-4 gange daglig. Behandlingsvarigheden varierer generelt fra et par dage til højst 14 dage. Gradvis nedtrapning til 1 administration hver anden dag kan anbefales for at undgå tilbagefald. I tilfælde af insufficient respons anbefales et mere potent kortikosteroid. En enkelt dosis-beholder indeholder tilstrækkelig opløsning til behandling af begge øjne. Kun til engangsbrug. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne; Kendt glukokortikoid-induceret okulær hypertension og andre typer okulær hypertension; Akut herpes-simplex virusinfektion, purulent konjunktivitis og purulent blepharitis, bygkorn og herpesinfektion, som kan maskeres eller forværres ved anvendelse af anti-inflammatoriske lægemidler. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Topikale steroider må aldrig gives for ikke-diagnosticerede røde øjne. Anvendelse af Softacort anbefales til behandling af keratitis forårsaget af herpes simplex virus, men, hvis det er nødvendigt, kan Softacort anvendes sammen med antiviral behandling og under tæt overvågning af en oftalmolog. Udtynding af cornea og sclera (på grund af sygdom) kan øge risikoen for perforation ved brug af topikale steroider. Svampeinfektion bør mistænkes, hvis der opstår cornea-ulceration under eller efter langvarig behandling med et steroid. Patienter bør monitoreres med hyppige mellemrum under behandlingen med hydrocortison øjendråber. Længerevarende brug af kortikosteroid-behandling er vist at medføre okulær

hypertension/glaukom især hos patienter med tidligere steroid-induceret øget intraokulært tryk (IOP) eller med eksisterende IOP eller glaukom samt dannelse af katarakt hos især børn og ældre. Brug af kortikosteroider kan ligeledes forårsage opportunistiske øjeninfektioner pga. af nedsat modstandskraft hos patienten eller forsinket sårheling hos patienten. Derudover kan topikale okulære kortikosteroider fremme, forværre eller skjule tegn og symptomer på opportunistiske øjeninfektioner. Anvendelse af kontaktlinser under behandling med kortikosteroid øjendråber bør undgås. Hos børn kan langvarig kontinuerlig kortikosteroid-behandling medføre adrenal suppression. Hypertensiv okulær respons over for topikale kortikosteroider hos børn forekommer hyppigere, i sværere grad og hurtigere end hos voksne. **Fertilitet, graviditet og amning:** Der foreligger ingen data om hydrocortisonnatriumphosphats påvirkning af fertiliteten. Softacort frarådes under graviditet, medmindre det er tvingende nødvendigt. **Bivirkninger:** Hydrocortison Øjne: *ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data)*; Brænden, svien. Bivirkninger ved kortikoidklassen Øjne: *ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data)*; Allergiske reaktioner og overfølsomhedsreaktioner, forsinket sårheling, posterior kapselkatarakt, opportunistiske infektioner (herpes simplex infektion, svampeinfektion), glaukom, mydriasis, ptosis, kortikosteroid-induceret uveitis, ændringer i corneas tykkelse, krystallinsk keropati. **Pakninger og priser:** 30 enkelt dosis-beholder: 123,60 DKK; 60 enkelt dosis-beholder 204,85 DKK. Se dagsaktuel pris på medicinpriser.dk. **Udlevering:** B **Tilskud:** 12. marts 2018

Ovenstående produktinformation er omskrevet og forkortet i forhold til det af lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Det fuldstændige produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos repræsentant: Théa Nordic AB, Storgatan 55, 70363 Örebro, Sverige. MAH: Laboratoires THEA, 12 Rue Louis Blériot, 63017 Clermont-Ferrand Cedex 2, Frankrig.