

FIGUR 1

Glaslegeme og nethinde kirurgi gennem 25 år

For 25 år siden var operationer i øjets glaslegeme og på nethinden noget, der var helt nyt og tilgængeligt for et fåtal. I dag er mulighederne blevet meget større og risikoen er samtidigt begrænset væsentligt. Teknologien blev først tilgængelig i slutningen af 70'erne, og siden da er der sket en betydelig udvikling. Derfor kan man i dag behandle tilstande, der for 25 år siden medførte tab af syn.

For 30 år siden vovede ingen kirurg sig ind bag linsen

Operation for grå stær har været kendt i mange år, og man kan undre sig over, at øjenkirurgerne først vovede sig ind i glaslegemet og ned til nethinden for godt 25 år siden. Behovet må have været åbenbart for alle øjenlæger, da man lærte at se ind i øjet mange år tidligere. Glaslegemet og nethinden (Fig. 1) blev dog

længe betragtet som forbudt område af øjenlægerne. De tilgængelige instrumenter var nemlig helt uegnede til at håndtere såvel glaslegeme som nethinde.

Nethindekirurgerne var derfor henvist til at prøve at påvirke sygelige tilstande inde i øjet med kirurgi uden på øjet. Nethindeløsning var den eneste tilstand som nethindekirurgerne kunne påvirke på denne måde, og behovet for ▶

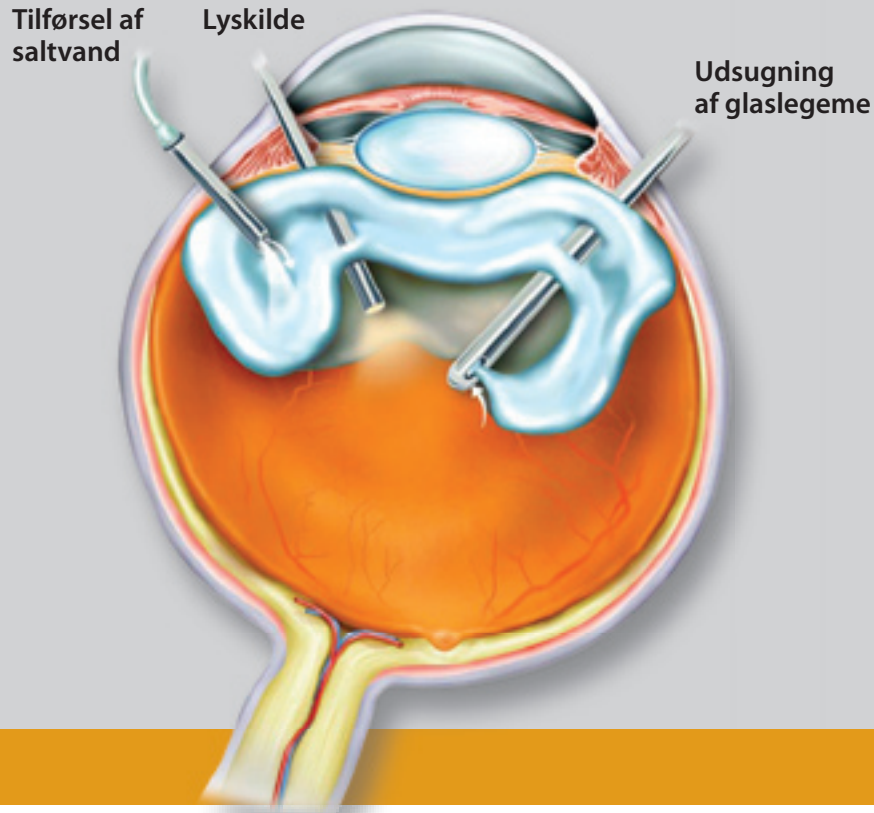


AF OVERLÆGE,
DR.MED.
JØRGEN E. VILLUMSEN

ØJENAFDELINGEN,
GLOSTRUP HOSPITAL

ILLUSTRATIONER:
MEDIAFARM





FIGUR 2

nethindekirurgi indskrænkede sig derfor til de omkring 600 nethindeløsninger, der hvert år optræder i Danmark. Af disse må vi regne med, at mellem 300 og 400 blev helbredt; for de resterende med kompliceret forløb var der ingen behandlingsmulighed. Manglende mulighed for at kunne arbejde inde i øjet var den begrænsende faktor.

Fjernelse af glaslegemet først muligt fra midten af 70'erne

Det var først fra midten af 70'erne, at man begyndte at udvikle en metode, der gjorde det muligt at fjerne glaslegemet og at arbejde på nethinden. Dette krævede helt nye tanker og en helt ny teknologi. Dette store udviklingsarbejde blev foretaget i USA, hvor den tysk fødte øjenlæge Robert Machemer ankom i 1960. Han udviklede værktøjer for kirurgi gennem små åbninger bag øjets linse, uden at linsen skulle fjernes. Nøglen til fremgangen var, at han fandt ud af, hvordan glaslegemet kunne fjernes. Det har vist sig, at dette kun kan

gøres med et instrument, der kombinerer sug med klippefunktion – den såkaldte vitrector.

I dag synes alt dette banalt, men dengang var det helt nyt og banebrydende. Allerede fra starten slog Machemer fast, at denne form for kirurgi er teknisk vanskelig og kræver, at mange evner opøves og vedligeholdes. Fra starten blev det derfor tilrådet, at denne form for kirurgi skulle udføres af øjenlæger, der havde denne type af kirurgi som den overvejende beskæftigelse.

Udviklingen af tynde instrumenter var nøglen til glaslegemekirurgi

Princippet i moderne glaslegemekirurgi er altså tynde instrumenter, der kan indføres i øjet gennem små åbninger. Der laves tre små huller i øjet omkring 3 til 4 mm inde i det hvide af øjet. Et hul for væskeinfusion, et hul for belysning og et hul for de forskellige instrumenter, kirurgen har behov for. (Fig. 2). Desuden behøves et operationsmikroskop.

Det siger sig selv, at de teknologiske

muligheder ikke var udviklet fra starten, men de sidste 25 år har givet os tilgang til effektive tekniske muligheder, og samtidig har vi lært meget om denne specielle kirurgis muligheder og begrænsninger.

Indre støtte af nethinden ofte nødvendigt

Indre støtte af nethinden er ofte nødvendig. Som længerevarende eller permanent støtte anvendes silikoneolie. Denne olie er glasklar med en vægtfylde, der gør, at den flyder på vand. Olien forsvinder ikke af sig selv og skal fjernes med et nyt indgreb, hvis man vil af med den. Silikoneolie anvendes derfor kun i specielle tilfælde, hvor alternativet måske er tab af syn.

Tunge væsker har gjort det væsentligt lettere at håndtere afløste nethinder, og farvestoffer har øget mulighederne for at fjerne forandringer, der kun vanskeligt kan ses uden.

Øjet er et lukket rum og kirurgi inde i øjet forudsætter, at man kan se, hvad der sker. Dette kræver særlig optik. I starten brugtes kontaktlinser på hornhinden, men disse er nu afløst af vidvinkeloptik, der medfører bedre overblik over forholdene i glaslegeme og på nethinden.

Flere øjenssygdomme kan behandles kirurgisk

Der er flere grupper af patienter, der har draget nytte af denne nye kirurgiske metode. Komplicerede nethindeløsninger, visse former for diabetisk øjenssygdom med blødninger og arvævsdannelse, svære øjenskader og endelig forskellige sygdomme på makula og i glaslegeme er grupper af tilstande, der er blevet tilgængelige for behandling med moderne glaslegemekirurgi.

Kirurgien anvendes således i dag på tilstande, der bare for 15 år siden blev anset for umulige at behandle. Det såkaldte makulahul er et godt eksempel. Makulahul er en almindelig tilstand, som

ødelægger læsesynet. Med behandling kan mere end 2/3 af de opererede få genetableret læsesynet.

På 25 år: Fra 1 til 3.500 operationer årligt

Antallet af patienter, opereret for glaslegeme og nethindesygdomme, er blevet konstant større, og det har været en vanskelig opgave at opnå balance mellem behovet og behandlingsudbud. For 25 år siden var antallet af intraokulære operationer begrænset til et enkelt pr. år. I dag er det rutine på mange afdelinger i landet. Sammenlagt blev der i 2005 udført omkring 3.500 nethinde og glaslegeme operationer. Heraf var hovedparten kirurgi inde i øjet. Kirurgi for nethindeløsning udgjorde omkring 900 af det totale antal. Særligt inden for kirurgi på den gule plet (Fig.1) for makulahul og ardannelse har der været en stigning gennem de seneste år.

Kirurgien nået grænsen for det mulige?

Kirurgien er nået langt, muligvis til grænsen for det mulige. Det er i dag sygdommens og øjets biologiske forhold, der er den største begrænsende faktor. Glaslegeme og nethinde kirurgi har udviklet sig til avanceret mikrokirurgi, som konstant ligger i grænsezonen for det mulige. Derfor vil glaslegeme og nethinde kirurgi fortsat være noget, der kræver en specialiseret indsats af relativt få personer, der hver udfører et højt antal operationer. Alene dermed sikres en god kvalitet af kirurgien.

Af samme anledning bliver glaslegeme og nethinde kirurgen helt afhængig af samarbejde med andre øjenlæger. Et bredt funderet øjenfagligt miljø med fokus også på forskning er derfor en forudsætning for, at nethinde og glaslegeme kirurgi kan trives og udvikles. I den udstrækning dette kan opnås, er der fortsat store muligheder. ■