

Oog VOOR U

MAGAZINE HOORNVLIES PATIËNTEN VERENIGING
JAARGANG 13 | NUMMER 2 | JUNI 2018

Thema:
de weefselketen



De praktijk van...
dr. Michel Zaal

Ervaringsverhaal

Hoe amoeben een gezin
ontregelden





COLOFON

Oog voor U is een uitgave van de HPV,
Hoornvlies Patiënten Vereniging
Oplage: 2.000 stuks
Verschijnt: 4 keer per jaar

Redactie:

Sylvia Bax
Paula Butteling
Bert Hintzen
Katinka John
Annelie Karelse
Michel Versteeg (eindredactie)

Vormgeving: bridgetinbeeld.nl

Productie: Sprint Print B.V.

© Hoornvlies Patiënten Vereniging.

De artikelen weerspiegelen niet per se de mening van het bestuur van de HPV.

De HPV heeft sinds de oprichting de ANBI-status.

REAGEER: uw reactie stellen wij zeer op prijs.

Deze kunt u sturen naar het secretariaat.

Tevens kunt u zich als lid melden bij het secretariaat.

De contributie bedraagt € 25,00 per jaar.

Rekeningnummer: NL50 INGB 0000 9445 79

Secretariaat:

Postbus 4073, 3502 HB Utrecht

Telefoon: 030 - 2006345

Meer informatie: www.oogvooru.nl



IN DIT NUMMER

Voorwoord voorzitter HPV	3
Terugblik Nationale Hoornvliesdag	4
Oogdrukproblemen	6
Transplantatie: geven en nemen	7
Ervaringsverhaal Esmeralda en Arjan	9
Patiënten om nooit te vergeten	12
Verleden en toekomstdromen	14

Thema De Weefselketen

Nederlandse Transplantatie Stichting	16
Het verkrijgen van donorhoornvlies is meesterschap	18
Een kijkje in de keuken van twee hoornvliesbanken	20
Column Willem	23
Een dag uit de praktijk van	24
Uit de contactlenspraktijk	26
De wachtlijsten	27

De HPV bruist



Op 14 april 2018 vond de 13e Nationale Hoornvliesdag (NHD) plaats. Deze dag werd met een cijfer 8,4 (gemiddeld) gewaardeerd. De fantastische score werd bevestigd door de enthousiaste reacties op de dag zelf. Wij bedanken en feliciteren iedereen die bij de organisatie van deze bijzondere dag betrokken was.

Van een aantal sprekers hebben we hun presentatie mogen ontvangen. De komende periode zijn deze presentaties te vinden op www.oogvooru.nl.

“het bruist bij de HPV waardoor we zichtbaar zijn en impact hebben op onze omgeving”

Tijdens deze NHD hebben we stilgestaan bij het afscheid van erelid Martin Damen als secretaris van onze vereniging. Wij zijn Martin veel dank verschuldigd en zijn blij dat hij beschikbaar blijft als vrijwilliger van onze vereniging. Wij zijn verder verheugd dat Marjolein de Wit de taken van Martin als secretaris heeft overgenomen.

Een ander persoon die haar stempel heeft gedrukt op onze vereniging is Annemieke van Kalken. Als blijf van dank voor haar vele en goede werk als bestuurslid, in het bijzonder voor het magazine Oog voor U, is zij benoemd tot Lid van Verdienste en heeft zij tevens een zilveren HPV-speld ontvangen.

In deze editie staat het thema ‘De Weefselketen’ centraal. Een aantal belangrijke spelers in deze keten beschrijft hun kernactiviteiten en welke waarde zij toevoegen; een kijkje in de keuken. Er is een nieuwe rubriek: “Een dag uit de praktijk van ...”. We lopen een dagje mee met het spreekuur van een hoornvliesspecialist.

Dr. Annemiek Rijnveld, tot eind verleden jaar oogarts en corneaspecialist in het Westfries-gasthuis, reflecteert op haar jaren als oogarts, en blikkt vooruit met een statement en beschrijft haar droom.

Het is u wellicht opgevallen dat de lay-out van het magazine een wijziging heeft ondergaan onder leiding van het nieuwe redactieteam.

De afgelopen tijd was er natuurlijk nog veel meer te doen. Denk daarbij aan de vele vragen beantwoorden uit het lotgenotencontact, het mogelijk referendum over de donorwet dat wij zeer nauw volgen, het overleg over slim samenwerking met andere oogpatiëntenverenigingen, onze aanwezigheid tijdens het NOG congres in Groningen en diverse beurzen. Kortom: het bruist bij de HPV waardoor we zichtbaar zijn en impact hebben op onze omgeving, voor u.

Ik wens u veel leesplezier!

Hugo Reumkens,
Voorzitter HPV

De Nationale Hoornvliesdag: een platform voor kennisdeling

Het thema “Oog voor u” stond tijdens de 13e Nationale Hoornvliesdag (NHD) centraal. Zowel de inhoudelijke kant van het oogdomein kwam aan de orde, als de effecten in de dagelijkse praktijk waarmee een hoornvliespatiënt (dé ervaringsdeskundige bij uitstek) te maken heeft. Met een hoge opkomst, bevlogen sprekers en een waardering van een 8,4 was deze dag een succes.

Tekst: Katinka John **Fotografie:** Robin Galesloot



Zaterdag 14 april was het zover, de 13e editie van de Nationale Hoornvliesdag. Dit jaar werden we met z'n allen warm ontvangen in congrescentrum Eenhoorn in Amersfoort. Bij binnenkomst kregen we informatie over het programma en een goed gevulde goodiebag. Onder het genot van een kop koffie of thee was het mooi om te zien hoe steeds meer mensen binnendruppelden en direct met oude bekenden in gesprek raakten.

Communicatie met de dobbelsteen

Het programma startte met een interactief welkomstwoord van de voorzitter. Een soort dobbelsteen, met microfoon erin, werd door de zaal gegooid om van verschillende aanwezigen te horen wat hun reden was om naar de NHD te komen. Het was goed opletten om de dobbelsteen te vangen en iedereen was meteen lekker wakker.

De kunst van waarnemen en strooilicht

De eerste algemene lezing van de dag werd gegeven door prof. Saskia Imhof. Haar verhaal leerde ons over het gebruik van kunst in de opleiding tot

oogarts. Artsen in opleiding tot specialist kunnen door het bestuderen van kunst leren verder te kijken dan wat zij via de spleetlamp zien. Het gaat om de patiënt in het geheel. De andere algemene lezing, door dr. Ivanka van der Meulen, ging over strooilicht. Strooilicht is het vaak hinderlijke ver-

Door het waarnemen en beschrijven van kunst ontdekt je nieuwe gezichtspunten.

schijnsel van lichtspreading, kringen van licht, rondom een lichtbron. Hoewel ieder mens hier in zekere mate last van heeft, zijn er factoren die dit kunnen verergeren. Hoornvliespatiënten kunnen door bijvoorbeeld beschadiging of vertroebeling van het hoornvlies extra veel last hebben van strooilicht. Nieuwe apparatuur maakt het mogelijk om de mate van strooilichtwaarneming te meten. Het feit dat de ontwikkelaar van deze apparatuur,

dr. Tom van den Berg, in de zaal aanwezig was en de apparatuur had meegenomen naar de NHD maakte deze lezing extra interessant.

Het ochtendprogramma werd afgesloten met het in het zonnetje zetten van Annemieke van Kalken. Na vele jaren inzet voor de HPV heeft zij afscheid genomen. Dat konden we natuurlijk niet onopgemerkt en zonder applaus voorbij laten gaan.

hoornvliesaandoening. Iemand bij mij in de workshop verwoordde het heel mooi als ‘Delen is helen’. Delen kan jou helpen, maar kan ook de ander weer verder brengen. Er waren wat emotionele momenten, maar ook waardevolle lessen. Hoe ga je bijvoorbeeld om met een misstap op de trap? Doe gewoon alsof je dat had gepland. Het waardevolle van het delen van ervaringen heb ik de hele dag teruggezien.

Ervaringen delen is helen

Aansluitend op het ochtendprogramma werd een uitgebreide en lekkere lunch geserveerd. Heerlijke soep en belegde broodjes. Iedereen genoot al pratend van het lekkere eten. Er werden ervaringen gedeeld, tips gegeven en her en der contactgegevens uitgewisseld. Het voelde haast als een soort familiereünie.

Voor het middagprogramma was er een aanbod van 10 verschillende workshops, verdeeld over 2 rondes. De workshops waren een mix tussen technische en praktische onderwerpen. Ik heb de workshops “In gesprek met jongeren: leven met een hoornvliesaandoening” en “Psychosociale

Het voelde haast als een soort familiereünie.

aspecten bij hoornvliesaandoeningen” gevolgd. Bij beide workshops heb ik ervaren hoe fijn het is om met elkaar in gesprek te zijn over de lastige, maar ook de mooie kanten van het leven met een

Ontmoeten, informeren, leren

Nieuw dit jaar was de marktplaats. Gedurende de middag was het op deze marktplaats mogelijk om bij verschillende stands langs te gaan waar sponsors hun producten presenteerden. Ook was er een opblaasbaar oog, waar je een kijkje in kon nemen. Zeer populair was de mogelijkheid om een strooilichtmeting uit te laten voeren. Je moest dan wel wat geduld hebben voor je aan de beurt was, maar gelukkig hebben we als patiënten ervaring met wachten. Op de marktplaats was er ook weer ruim gelegenheid om met elkaar in gesprek te gaan, na te praten over de workshops en nog veel meer.

Al met al heb ik het ervaren als een mooie dag, waar ik nog lang van heb nagenoten. Ik ben iedereen dankbaar voor de aanwezigheid, openheid en gezelligheid gedurende de dag en in het bijzonder de organisatie voor hun mooie werk. Ik kijk alweer uit naar volgend jaar. Hopelijk tot dan!

Oogdrukproblemen in combinatie met hoornvliestransplantaties

Een van de workshops op de 13e Nationale Hoornvliesdag werd gegeven door oogarts Stefan Coppens die de combinatie van oogdrukproblemen en hoornvliestransplantaties besprak. Hieronder treft u een extract aan van zijn artikel dat in volledige vorm is te lezen op onze site www.oogvooru.nl.

Tekst: Stefan Coppens

De combinatie van oogdrukproblemen en hoornvliestransplantaties is een veelvoorkomend probleem, wat ook bleek uit de grote belangstelling voor de workshop.

Oogdruk ontstaat als gevolg van de vulling van (een deel van) het oog met kamerwater. De balans tussen aanmaak en afvoer is belangrijk en verstoringen hiervan kunnen leiden tot een te hoge oogdruk.

Een (te) hoge oogdruk is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van glaucoom. Glaucoom kan echter ook ontstaan bij 'normale' oogdrukken en is dus niet hetzelfde als verhoogde oogdruk. Er zijn verschillende manieren om te bepalen of er aanwijzingen voor glaucoom zijn: de oogarts kan de oogzenuw bekijken en beoordelen, de zenuwvezellaag kan met behulp van beeldvorming in beeld gebracht worden (Optical Coherence Tomography) of de oogarts voert een gezichtsveldonderzoek uit.

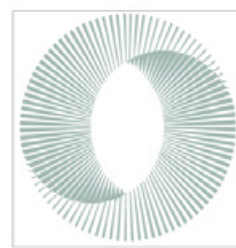
Hoornvliespatiënten kunnen onder andere een verhoogde oogdruk ontwikkelen doordat zij na een hoornvliestransplantatie vaak langdurig corticosteroiden nodig hebben. Deze medicatie kan leiden tot een verminderde afvoer van het kamerwater. Ook ontstekingsreacties na de transplantatie kunnen drukverhogingen veroorzaken, bijvoorbeeld doordat ontstekingscellen het afvoersysteem kunnen verstoppert.

Een mogelijke externe veroorzaker van verhoogde oogdruk is een luchtbel die wordt achtergelaten bij bepaalde hoornvliestransplantaties. Deze luchtbel kan de normale route van het kamerwater dwarsbomen en de oogdruk verhogen.

Indien de oogdruk te hoog is en tot schade leidt, dient deze verlaagd te worden. Afhankelijk van de oorzaak en de ernst van de situatie kan therapie bestaan uit oogdruk verlagende medicatie, laserbehandeling of chirurgie.

Stefan Coppens is als oogarts werkzaam bij Oogziekenhuis Zonnestraal, locatie Haarlem.

Contactlenzen op medische indicatie?



oculenti®
contactlenspraktijken
kwaliteitszorg in zien

Vestigingen in ziekenhuizen
in Nederland. Ook bij u!

Bel (079) 330 24 40 of kijk op
www.oculenti.nl



Transplantatie: geven en nemen

Het moet goed nieuws zijn geweest voor mensen die afhankelijk zijn van orgaan- of weefseldonatie: de nieuwe donorwet regelt dat iedereen donor is, tenzij hij of zij zich afmeldt. Worden mensen die wachten op hoornvliestransplantaties straks echt sneller geholpen?

Tekst: Rietje Krijnen **Foto:** Shutterstock

Feit is dat momenteel zo'n 1500 hoornvliestransplantaties per jaar worden uitgevoerd. Er is toename van de hoeveelheid donorweefsel. Kunnen er meer operaties plaatsvinden? En is het mogelijk dat straks nog meer mensen worden geholpen dankzij de nieuwe donorwet?

Michel Versteeg van de Hoornvliespatiëntenvereniging: 'Het ligt allemaal genuanceerd. In het

donorregister is te zien hoeveel mensen uitzondering maken voor bepaalde organen of weefsel. Dan blijkt dat er vrij veel mensen zijn die zeggen 'niet mijn hoornvlies'. Op de tweede plaats staat 'niet mijn huid' en op de derde 'niet mijn hart'.

Voor de exacte cijfers zie:

<https://www.donorregister.nl/cijfers>.

Wellicht heeft het met rituelen en gevoelens te maken: mensen hebben gezien en gevoeld, en hun hart heeft liefgehad. Waarschijnlijk speelt dit mee in de afweging niet te doneren. Ik vraag me af of de hoeveelheid hoornvlies aan het einde van de keten daarom echt gaat stijgen, want nabestaanden nemen uiteindelijk het besluit of er wordt gedoneerd.'

Veel factoren

Blijft de hoeveelheid beschikbaar weefsel staan. Dat is gestegen door verruiming van criteria. Er is ook een andere manier van transplanteren toegepast: hierdoor is het aantal geslaagde transplantaties toegenomen omdat er minder afstotingen zijn.

Toch is de wachtlijst voor hoornvliestransplantaties gestegen. Gemiddeld moet iemand nu 6,5 maand wachten op een operatie. Versteeg: 'We hebben te maken met heel veel factoren. Ten eerste neemt de hoeveelheid hoornvliesaanplantingen toe. Dat

Hoeveelheid weefsel is toegenomen, maar de wachtlijst stijgt

heeft alles te maken met verkeerd contactlenzen-gebruik. Er zijn zoveel mensen die met slechte kwaliteit dag- of nachtlenzen rondlopen. Setjes die een paar dubbeltjes kosten en die niet gecontroleerd zijn door specialisten. Dat is echt vragen om problemen. Ik zou tegen iedereen willen zeggen: ga naar een speciaalzaak, dan weet je wat je krijgt. Ook leven mensen de hygiënevoorschriften niet goed na. Lenzen te lang inhouden, niet goed schoonmaken of opbergen, niet op tijd nieuwe lenzen aanschaffen en noem maar op. Daar zien we heel veel problemen. Mensen hebben pas door dat het mis gaat als het echt al heel erg mis is. Het aantal artsen dat een hoornvliestransplantatie kan uitvoeren, neemt af. En dat is geen goed nieuws. We hebben specialisten nodig die dit kunnen doen. Anders neemt de wachtlijst nog verder toe.'

Tweede leven

Versteeg zou een lans willen breken voor het doneren van hoornvlies. 'Ik weet hoe weefsel wordt verwijderd en dat gebeurt zeer respectvol. Daar

Voor mij is het belangrijk dat weefsel letterlijk een tweede leven krijgt

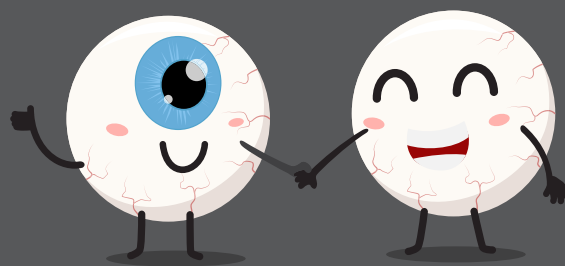
hoeven mensen niet bang voor te zijn. Voor mij is het belangrijk dat weefsel letterlijk een tweede leven krijgt. Laatst sprak ik een vrouw van middelbare leeftijd die door een hoornvliesaanplanting haar gezichtsvermogen grotendeels kwijt was. Na de transplantatie kon ze weer zien. Zij is zo dankbaar voor het feit dat ze geopereerd is. Ik denk dat

iedereen dit soort verhalen zou moeten horen. Ik heb zelf twee transplantaties gehad waardoor ik mijn studie heb kunnen afronden en een leven zonder beperkingen leid. Je moet wel blijven oppassen voor infecties. Als je namelijk medicijnen slikt om een ontsteking weg te krijgen, dan kan dat verkeerd uitpakken. Donorweefsel is vreemd weefsel en kan daardoor afstoten. Maar los van dit: ik ben nog elke dag blij met deze twee transplantaties.

Wie kan wat doneren?

Als je zelf een oogaandoening hebt, is het dan nog mogelijk om hoornvliesdonor te zijn? Stel je hebt kanker gekregen, ben je dan per definitie ongeschikt als donor? Het zijn vragen die vaker worden gesteld bij de Nederlandse Transplantatie Stichting. Het antwoord? Iedereen kan in principe alles voor donatie opgeven. Niets of niemand wordt vooraf uitgesloten. Organen of weefsels die vandaag niet kunnen worden gebruikt, zijn morgen wellicht toe te passen door voortschrijdende technologie. Iemand die overlijdt, wordt zorgvuldig onderzocht en dan pas wordt bepaald of iemand geschikt is als donor. Kijk voor meer informatie op:

www.transplantatiestichting.nl



ERVARINGSVERHAAL

Het lotgenotencontact is één van de belangrijkste pijlers in het bestaan van een patiëntenvereniging. Meer en meer zullen patiëntenverenigingen een manifeste rol vervullen in het maatschappelijk verkeer en binnen de complexe wereld van zorg in het bijzonder. Dat geldt ook voor de Hoornvlies Patiëntenvereniging. Met regelmaat zult u in dit magazine onze ervaringen uit het lotgenotencontact lezen onder het kopje 'Ervaringsverhaal'.

Dit is het verhaal van een jonge vrouw wiens man van de één op de andere dag werd geconfronteerd met, naar later bleek, Acanthamoeba Keratitis. Een lot-genotenverhaal vanuit de perceptie van de partner. We maakten kennis met Esmeralda bij het afscheid van dr. Rijneveld in het Westfriesgasthuis in Hoorn, eind 2017. In dit gesprek sprak zij over de enorme impact op het gezin en hun werk als zelfstandigen. Op ons verzoek wil zij dit graag delen met anderen.

Tekst: Esmeralda Kok-Bakker

Fotografie: Angelina Carol – Echt in Beeld

Als je partner ziek is ...

Augustus 2012: mijn man, Arjen, heeft wat last van zijn oog. Via de huisarts toch maar voor controle naar het ziekenhuis. De eerste keer in zijn leven dat hij bij een oogarts komt. "Meneer u hebt een ontsteking. Even de lenzen uit, bril op en komt u volgende week maar terug." Ik blij dat hij nu een nieuwe moet kopen, zijn oude aftandse bril kan echt niet meer.

Het oog wil nog niet echt beter worden, we gaan terug. "Meneer Kok, we denken aan Herpes." Herpes in je oog? Nog nooit van gehoord, maar als u het zegt dokter. Met nu de juiste medicatie naar huis. Onderwijl voelde Arjen zich steeds slechter, werd lichtschuw en had heel veel pijn.

We hadden toen twee jonge kinderen van 1 en 3 jaar oud. Dus ik probeerde alles in huis zo rustig mogelijk te houden om hem te laten rusten. Het probleem was echter dat wij een eigen bedrijf hadden. Een aardbeienkwekerij, eenmanszaak, dus in bed liggen is dan best lastig. Maar ja: wat niet gaat, dat gaat niet. Samen met mijn schoonvader probeerde ik de boel draaiende te houden.

Arjen lag in het donker, de gehele dag. Als het 's avonds schemerig werd, dan kwam hij tot leven en kon hij naar buiten, de boel controleren. Daarna gelijk weer naar bed. Ik voelde me erg alleen in die tijd.

"S.v.p. de gordijnen niet openen!"

Omdat de pijn niet klopte met de diagnose Herpes, bleven we terugkomen in het ziekenhuis. Tegen de tijd dat het september was, kwamen we er zeker 3 keer per week. Op een dag hoorde ik de artsen "amoëbe" zeggen. Dat is toch een beestje? Dat had ik nog wel onthouden van mijn biologieles. Er werd een schraapsel van zijn oog genomen, waar niets uitkwam.

"Amoëbe! Dat is toch een beestje?"

Een paar weken later toch weer een monster en op een dag werden we gebeld door de oogarts zelf. Je weet dan dat het niet goed is. "Meneer, u moet nu opgenomen worden. U heeft Acanthamoeba Keratitis." Wat volgde, was een druppelprotocol van 24 uur per dag. Medicijnen moesten uit heel Nederland komen en een spoedoperatie volgde. Dat werd een hoornvlies en oogwit transplantatie. Ook in het ziekenhuis lag hij in het donker, met een briefje op de deur "S.v.p. de gordijnen niet openen". Acanthamoëbe betekent dat er een beestje aan je zenuwuiteinden aan het knagen is. Dat veroorzaakt helse pijnen en lichtschuwheid. Er was een moment dat Arjen zei: "Al hak je nu mijn been eraf, ik voel het toch niet." Daar zit je dan met twee kleine kinderen en een bedrijf.

De operatie was goed gegaan. We hadden het monster verslagen. Maar om zeker te zijn, kregen we een strak druppelschema mee. Elk medicijn moest weer een ander aantal keer per dag gedruppeld worden. Dat schema maakte ik in Excel en na elke controle werd dit weer aangepast.

Zoeken naar veerkracht

Toen werd het december: een gaatje in zijn oog dat niet dicht wilde. Er werd een amniontransplantatie

voorgesteld. Weer volgde een periode van veel ziekenhuisbezoeken.

Ondertussen was ik mijn baan kwijt, gestart met een opleiding, een man die ziek was en spontaan zwanger van de 3e. Ik kon er de eerste weken niet van genieten, er niet blij mee zijn. Ik had mijn energie voor andere dingen nodig. Ik moest sterk zijn en zorgen dat het gezin en bedrijf bleven draaien. Gelukkig werd een behandeling gestart met bloedserum. Dat bleek voor hem heel goed te werken. Weer even rust in de tent.

Voorjaar 2014: hij kreeg heuveltjes op zijn hoornvlies. Dit zorgde ervoor dat het licht anders binnen kwam. Voor Arjen resulteerde dit in psychische klachten. Hij werd bang, durfde geen beslissingen te nemen. Hoppa, zijn bed weer in. Schoonvader en ik weer in de overlevingsstand en gaan. Tweede hoornvliestransplantatie, een transplantatie op zijn transplantaat.

"Ik had er weer een 4^e kind bij. Ik durfde hem niet alleen te laten"

Voorjaar 2015: weer psychische klachten, weer angstig. Hij wilde stoppen met het bedrijf, wat zijn lust en zijn leven is. Uiteindelijk bleek dat hij staar had tot precies halverwege zijn lens. Daardoor zag hij scherp als het licht bovenin zijn oog viel en zag hij wazig als het licht laag op het oog viel. Zo zag hij elke seconde een ander beeld en dit maakte hem knetter. Na een staaroperatie en nieuwe lens was het probleem weer opgelost. Voor hem. Inmiddels waren we gestart met een experimenteel medicijn, wat in Nederland niet wordt vergoed. Dit bestel ik een paar keer per jaar in België, omdat het daar goedkoper is. Maar sindsdien geen wondjes of gaatje meer in of op zijn hoornvlies. Het gaat goed!

Mentale en emotionele impact

Voorjaar 2017: "Ik wil niet meer, ik word gek.", kreeg ik te horen. Ik zat op mijn werk en kreeg een voor gevoel. Ik moet Arjen bellen. Hij vond de mesjes,



die in de kas lagen, wel heel interessant. Ik heb alles uit mijn handen laten vallen en ben naar huis gegaan. Vervolgens: aan de antidepressiva en extra controle in het ziekenhuis. Daar verzekerden ze Arjen dat er met zijn oog niets aan de hand was.

Met pillen zijn bed in. Ik had er weer een 4e kind bij. Ik durfde hem niet alleen te laten en zeker niet alleen met de kinderen. Het ging slechter met hem. Nog steeds zelfmoordneigingen. Het crisisteam van de GGZ werd ingeschakeld, zwaardere medicatie en eerst maar uitrusten.

Voor de kinderen deed ik alsof hij een griepje had en er elk moment weer kon zijn. Mijn oudste, 9 jaar oud, was bang dat papa niet meer voor haar kon zorgen. "Vertel hem dat zelf maar.", zei ik. En samen lagen ze te huilen in bed. Mijn schoonvader van 84, hielp weer waar hij kon. Wat moest ik toch zonder hem beginnen.

Op de goede weg

Nu, juni 2018, gaat het best goed. Zijn oog is stabiel, de medicijnen doen hun werk en hij is al een paar maanden geleden gestart met therapie. En ik, ik sta nog in overlevingsstand, durf er nog niet echt op te vertrouwen dat nu alles goed zal blijven gaan ...

Patiënten om nooit te vergeten

Vanaf 1970 heb ik mij gedurende 35 jaar beziggehouden met ‘het mooiste vak van de wereld’, de oogheelkunde. Daarbij heb ik heel erg veel patiënten leren kennen. Ik prijs mij gelukkig dat ik altijd zulke aardige patiënten heb getroffen. Aan veel patiënten bewaar ik bijzondere herinneringen. Bijna alle patiënten zijn opgelucht en dankbaar als de hoornvliestransplantatie is geslaagd. De manier waarop sommige patiënten daar uiting aan gaven is onvergetelijk.

Tekst: Hennie Völker-Dieben

Wie is mijn donor, dokter?

Heel vaak is het voorgekomen dat patiënten na de operatie graag meer wilden weten over de onbekende donor door wie zij de kans hadden gekregen beter te gaan zien. In het begin van mijn professionele loopbaan zorgden de hoornvlieschirurgen van de verschillende transplantatie klinieken zelf voor donorogen die dan ook vaak

Ik wil graag meer weten over mijn onbekende donor

binnen de eigen regio werden gevonden. Bewaarmethoden voor donor materiaal waren er niet, binnen 24 uur moest het donorog worden gebruikt. Als een patiënt na de operatie vroeg naar de donor dan werd er natuurlijk nooit een naam genoemd maar antwoord op de vraag of het een man of een vrouw was geweest werd wel gegeven. Leeftijd werd niet genoemd, maar of de patiënt jong of oud was werd in zo algemeen mogelijke termen beantwoord zoals jong, jongvolwassen, middelbare leeftijd enz. De anonimiteit van de donor moest worden beschermd. Het werd en wordt nog steeds als een groot goed beschouwd dat in Nederland donoren ‘om niet’ en anoniem geven.

“Eeuwige” dankbaarheid

Ondanks de zorg voor de anonimiteit van de donor herinner ik mij tenminste twee patiënten die mij vroegen of de donor de naam X of Y had. Bij toeval of wellicht omdat ze ernaar hadden gezocht in de overlijdensadvertenties in het regionale dagblad hadden zij, met de gegevens van de operatiedatum en de leeftijd, de feiten aan elkaar gekoppeld. Zeker wanneer mensen in de bloei van hun leven

overlijden zie je dat in de advertentie wordt vermeld “door een noodlottig ongeval is plotselinge overleden” of iets van gelijke strekking. Een andere patiënt had een vermoeden wie zijn donor was geweest. Een jaar na zijn operatie wilde hij bloemen op het graf van zijn vermeende donor leggen. Dat hij daar nabestaanden van zijn donor trof was zeker toeval. Ik kreeg het verhaal te horen tijdens een controle bezoek. Hij was opgelucht dat hij de mensen oprecht had kunnen bedanken. Kennelijk was de ontmoeting ook voor de nabestaanden goed gevallen, ze hadden sindsdien contact gehouden.

Veel hoornvliespatiënten zijn hun donor “eeuwig” dankbaar en willen deze gevoelens heel graag laten weten aan de nabestaanden van hun donor. Meerdere bedankbrieven van patiënten heb ik, toen Eurotransplant voor de donorogen zorgde, naar deze organisatie doorgestuurd. Ik verzocht hen deze brieven door te sturen naar de nabestaanden. Dat nabestaanden troost kunnen putten uit de wetenschap dat er toch iets goeds is gebeurd bij alle ellende waarmee zij werden geconfronteerd, is duidelijk geworden tijdens de ‘nabestaanden bijeenkomsten’ die Eurotransplant een aantal keren heeft georganiseerd voor familieleden van orgaan (nieren, lever enz.) en weefseldonoren (hoornvliezen, huid, hartkleppen enz.). Die informatie heeft ertoe geleid dat Eurotransplant in hun ‘protocol nabestaanden’ heeft opgenomen dat, indien de familie daar prijs op stelde, er een bericht werd gestuurd waarin werd vermeld of de organen en weefsels ook daadwerkelijk waren getransplanteerd en in algemene termen iets over de ontvangers.

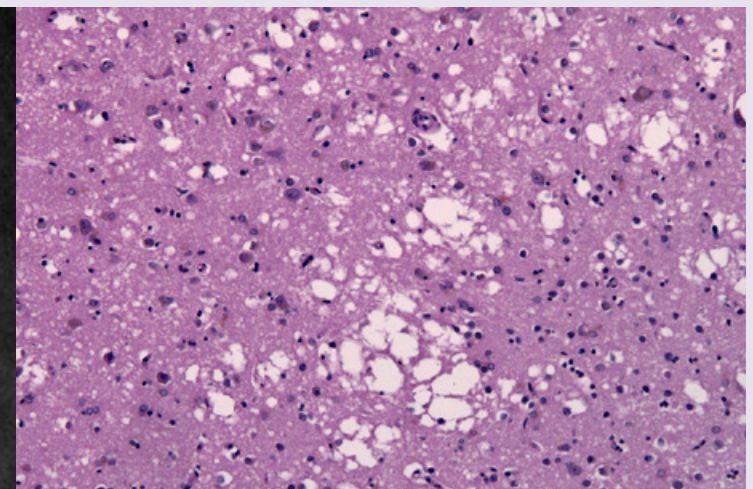
Het Creutzfeldt-Jakob-syndroom (“gekke koeienziekte”)

Veel hoornvliespatiënten zijn gezonde en vaak ook nog jonge mensen. De oogkwaal belemmerde hen in het dagelijkse leven maar toen die was opgelost konden ze weer volop meedoen. Dat juist die gezonde mensen na de hoornvliestransplantatie aangaven bloeddonor te willen worden verwonderde mij niet. Helaas, wie een transplantatie heeft ondergaan, welke dan ook, wordt uitgesloten voor bloeddonatie. Dat was voor een aantal patiënten die mij daarover vertelden echt een teleurstelling. Dat kon ik goed begrijpen.



Hans Gerhard Creutzfeldt

Alfons Maria Jakob



Aangetast hersenweefsel.

Wie een transplantatie heeft ondergaan, wordt uitgesloten voor bloeddonatie

Toch zijn de strenge regels voor bloeddonoren te rechtvaardigen. De ellende van de “gekke koeienziekte” (het Creutzfeldt-Jakob-syndroom) die eind vorige eeuw in Groot-Brittannië veel ophef veroorzaakte, zult u zich misschien herinneren. Niet een bacterie of een virus maar een ziekmakend eiwit, het Prion-eiwit, was de oorzaak van een onbegrepen hersenziekte. Een Engelse hoornvlieschirurg heeft een belangrijke rol gespeeld bij het diepgaande onderzoek naar hoe deze ziekte werd overgedragen. Hij hoorde 6 maanden na de hoornvliestransplantatie dat de donor van het hoornvlies dat hij had gebruikt voor zijn patiënt, geleden had

aan het Creutzfeldt-Jakob-syndroom. De diagnose was destijds zo moeilijk te stellen dat dit pas 6 maanden na de dood onomstotelijk vaststond. De goede administratie van donoren en ontvangers bleek nu letterlijk van levensbelang. De patiënt werd onmiddellijk opgeroepen en van een ander hoornvliestransplantaat voorzien. Naar mijn beste weten heeft deze patiënt het Creutzfeldt-Jakob-syndroom niet ontwikkeld. Ook de ontvangers van het andere hoornvlies en van de nieren van deze patiënt zijn natuurlijk opgespoord en behandeld. Het gebeurde was niet alleen schokkend voor de patiënten, maar ook voor de transplantatie chirurg.

gen. In onze Europese werkgroep van Cornea-chirurgen zagen wij hoezeer deze collega was aangeslagen door het gebeurde, we leefden met hem mee. Deze transplantatie chirurgen waren de meest gemotiveerde dokters om dit probleem te helpen oplossen.

Dat is gelukt, gelukkig maar. Strenge selectie van donoren heeft echt zin!



Hennie Völker-Dieben

Verleden en toekomstdromen...

Dr. Annemiek Rijneveld is eind vorig jaar gestopt als oogarts in het Westfriesgasthuis te Hoorn. Zij heeft daar een professionele oogheeskundige praktijk gerealiseerd waar zij en haar collega's vele hoornvliestransplantaties uitvoerden.

In dit artikel blikt zij terug op haar vak, werkomgeving en patiënten, en maakt zij zich sterk voor een aantal veranderingen die de toekomst van de hoornvlieschirurgie perspectief biedt.

Tekst: Annemiek Rijneveld **Foto:** Shutterstock

33 jaar oogheeskunde, waarvan bijna 30 jaar ervaring in de transplantatiewereld. Wat vliegt de tijd. Wat ik de grootste verschillen vind? 30 jaar geleden werd hoornvlieschirurgie door veel meer oogartsen bedreven dan tegenwoordig, werden patiënten veel vaker opgenomen in het ziekenhuis -zowel voor transplantaties als bij hoornvliesontstekingen- en was er operatietijd te over. Er was veel minder ontwikkelde apparatuur, zowel voor diagnostiek als voor behandelingen. Er was genoeg tijd om nieuwe technieken uit te proberen, en er waren veel minder regels.

Maar...

De transplantatiewereld is veel verder ontwikkeld, behalve perforerende transplantaties zijn nu ook transplantaties van de voor- en achterzijde mogelijk en gangbaar. Het aanleren van nieuwe operatietechnieken is door de komst van internet veel toegankelijker en sneller realiseerbaar. Daar waar transplantaties van de achterste lagen van het hoornvlies mogelijk zijn, wordt het traject na de transplantatie een stuk eenvoudiger mede omdat hechtingen tot het verleden behoren. Het internet en de mobiele telefoon hebben het makkelijker gemaakt te overleggen met collega's in

verschillende centra en elkaar foto's te laten zien. Het elektronisch dossier maakt uitwisseling van gegevens veel sneller mogelijk. Bij ontstekingen van het hoornvlies is het door verbeterde technieken makkelijker en sneller om de juiste verwekker te vinden, of het nu om een bacterie, een virus, schimmel of amoebe gaat. Bovendien, zijn voor al die verschillende verwekkers van hoornvliesontstekingen nu ook meer mogelijkheden op medicatiegebied, er kunnen bijvoorbeeld specifieke druppels gemaakt worden door de apotheken.

“Voor patiënten met keratoconus is misschien wel het meest ten goede veranderd”

Met de komst van de excimerlaser is het niet alleen mogelijk geworden om bijziendheid te behandelen, maar de excimer heeft ervoor gezorgd dat bij oppervlakkige littekenvorming en erfelijke oppervlakkige aandoeningen van het hoornvlies een transplantatie kan worden uitgesteld of niet meer nodig blijkt.

Voor patiënten met keratoconus zijn de zaken misschien wel het meest ten goede veranderd. De opsporing is door de verbeterde apparatuur veel sneller mogelijk, ook voorstadia van de aandoening zijn hierdoor op te sporen maar cross-linking maakte het voor het eerst mogelijk achteruitgang van het hoornvlies een halt toe te roepen. Ringsegmenten en implantlenzen maakten het mogelijk dat patiënten niet alleen meer afhankelijk zijn van contactlenzen voor een beter zicht.

Er zijn veel meer protocollen gekomen om behandelingen te uniformeren. In Nederland hadden we 30 jaar geleden nog geen patiëntenvereniging en ook geen TRIP (Transfusion and Transplantation Reactions in Patients) als controle orgaan bij transplantaties. Over TRIP zal ik in een van de komende magazines nog eens beschrijven. Ook hadden we niet een dergelijk follow-up systeem als er nu is neergezet door de NTS (Nederlandse Transplantatie Stichting).

30 jaar geleden gebruikten twee klinieken het follow-up systeem om patiënten na transplantaties te volgen, maar nu is er voor heel Nederland een zelfde systeem.

Maar toch?

Waarom blijf ik toch dromen van een betere wereld voor de hoornvliespatiënt?

Het is mooi dat patiënten na transplantaties snel naar huis kunnen, maar is de begeleiding daar nu ook aan aangepast? Is het budget dat vrij kwam omdat een veel kortere opname tijd werd gerealiseerd nu aangewend voor andere hoornvlieszaken? Heel veel mensen zouden toch beter en intensiever begeleid kunnen worden in hun pre- en postoperatieve traject. Dit geldt m.i. vooral als je jong bent en volop in het werkzame leven staat, een groot deel van de transplantatiepatiënten.

Het is mooi dat er door de selectieveranderingen meer donoren zijn dan 30 jaar geleden. Maar het huidige systeem -met twee banken, waar twee leidinggevendenden, twee biologen en andere disciplines de scepter zwaaien en veel oudere donoren gecheckt moeten worden- maakt het onnodig duur. En de illusie dat we dit gaan verbeteren door de hoornvliezen in te laten kopen door de ziekenhuizen maakt mij boos. Donorweefsel dat in de aanbidding gaat? Nee, dat kan nooit de bedoeling zijn.

Dan de opleidingen. In de academische ziekenhuizen zijn er cornea (hoornvlies) afdelingen, maar het aantal oogartsen in opleiding is groot in vergelijking met de opleidingscapaciteiten. Zijn de oogartsen klaar en willen zij zich specialiseren in de hoornvlieschirurgie dan zijn er nauwelijks fellowships (vervolgopleidingen) voor hen omdat het degene die de opleiding geeft aan de jonge klaren niet alleen tijd maar ook geld kost. Ten slotte zijn er i.v.m. de andere subspecialisaties veel te weinig hoogleraren met de specialisatie hoornvlies, in Nederland momenteel slechts één. Dat is in vergelijking met het netvlies wel heel onevenredig verdeeld. Zowel voor de fellowships als de hoornvlieshoogleraren was dit in vroegere tijden beter geregeld.

“Ik droom van een Nederland waar cornea-banken samenwerken”

Daarom droom ik van een Nederland waar cornea-banken samenwerken, waar niet wordt onderhandeld over donorweefsel; waar slechts 5-6 hoornvlies chirurgische afdelingen zijn met daaraan gekoppeld hoornvliessprekuren op diverse locaties in het land; waar patiënten niet teruggestuurd worden naar de “eigen oogarts” omdat de zorg nu eenmaal veel efficiënter geregeld wordt als deze wordt uitgevoerd door gespecialiseerde oogartsen; met meer hoornvlieshoogleraren zodat hoornvliespatiënten ook meer geld en aandacht krijgen; waar meer onderzoek gezamenlijk kan worden opgezet, gezien onze follow-up een unieke gelegenheid; waar genoeg geld is om fellowships te realiseren en oogartsen op te leiden die garant staan voor een continuering van de zorg voor de hoornvliespatiënten; met hoornvliesverpleegkundigen die tijd hebben voor de intake bij transplantaties; en tot slot levenslange zorg op deze afdelingen voor de patiënten nadat ze een transplantatie hebben gehad.

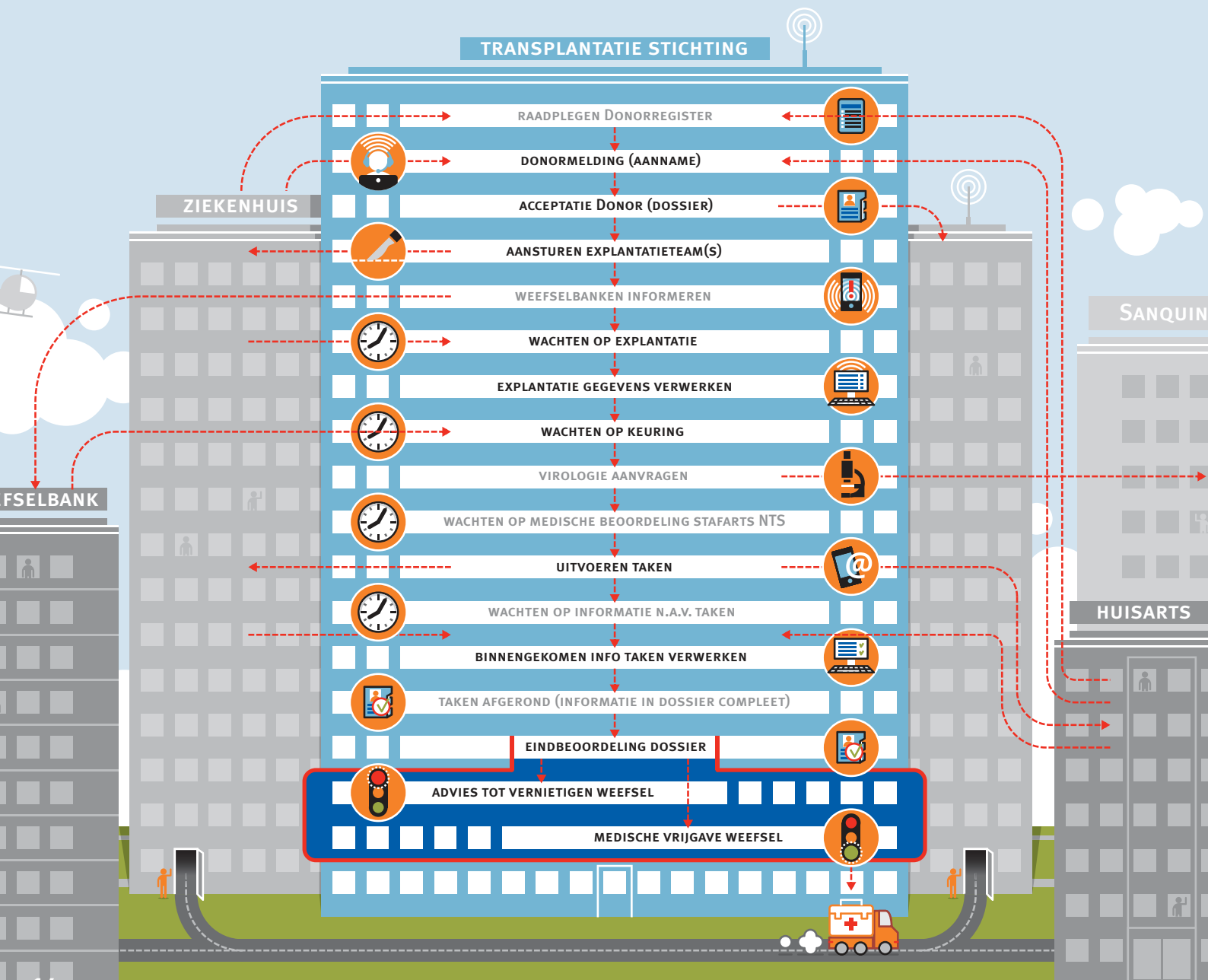
Tja, een heel lange volle droom, als die eens uit zou komen...

Een sturende rol binnen de weefselketen: de Nederlandse Transplantatie Stichting

In de Wet op de orgaandonatie wijst het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) aan als orgaancentrum. Het orgaancentrum heeft onder andere als wettelijke taak het raadplegen van het Donorregister en het aannemen en screenen van weefseldonoren. Verdere taken van het orgaancentrum zijn het objectief toewijzen van weefsel aan geschikte ontvangers en het bijhouden van de wachtlijst voor weefsel.

Tekst: Robin van Eechoud Schema: NTS

PROCES ORGAANCENTRUM



De NTS vervult daarnaast een centraal sturende rol binnen de weefselketen, de regierol. De NTS adviseert het ministerie van VWS bij landelijke ontwikkeling van beleid voor donatie en transplantatie. Daarnaast werkt de NTS samen met ziekenhuizen waar donoren herkend en gemeld worden, met uitname-organisaties en met de weefselbanken in Nederland. Tot slot werkt de NTS samen met ziekenhuizen en centra waar patiënten uiteindelijk getransplanteerd worden. Samen met het werkveld, verzamelt de NTS data en publiceert en duidt de (lange termijn) effecten van donatie en transplantatie.

Weefseldonatie in de praktijk

In het Donorregister kan iedereen in Nederland vanaf 12 jaar een keuze over orgaan- en weefseldonatie vastleggen. Als iemand weefsels kan doneren, moet de arts die de dood heeft vastgesteld, altijd eerst het Donorregister raadplegen. Dit is verplicht volgens de Wet op de orgaandonatie. Het Donorregister is 24 uur per dag en 7 dagen in de week beschikbaar. Wanneer er toestemming van de overledene of van de nabestaanden is voor weefseldonatie, meldt de arts de donor aan voor weefseldonatie.

Na aanmelding door de arts, beoordeelt de NTS of de donor medisch geschikt is. Hiervoor gebruikt de NTS vooraf opgestelde medische criteria, om ervoor zorgen dat alleen veilig en kwalitatief goed weefsel wordt uitgenomen. Zo wordt het risico voor de ontvanger van het weefsel zoveel mogelijk beperkt.

De weefsels die zijn goedgekeurd, worden bewerkt en opgeslagen in een weefselbank

Als de overledene geschikt is voor weefseldonatie en er is toestemming voor donatie, dan neemt een speciaal uitnameteam de weefsels uit. Dit gebeurt zo snel mogelijk, om de belasting voor nabestaanden zoveel mogelijk te beperken. Het uitnemen van weefsels gebeurt met grote zorgvuldigheid en aandacht voor het uiterlijk van de overledene. Hoe dat exact gaat en door wie, kunt u elders in het

magazine lezen. De uitgenomen weefsels worden niet direct getransplanteerd. Ze moeten eerst nog goedgekeurd worden. De weefsels die zijn goedgekeurd, worden bewerkt en opgeslagen in een weefselbank totdat er een geschikte ontvanger is.

De toewijzing van weefsel

De NTS houdt het overzicht bij van de nationale vraag naar en het aanbod van gedoneerd weefsel. De NTS beheert de wachtlijsten voor hoornvlies en hartkleppen. Voor huid en bot is er geen wachtlijst. Voor weefsels waar een wachtlijst voor is, wijst de NTS als onafhankelijke partij het weefsel toe aan een geschikte ontvanger.

De NTS heeft de ambitie om meer donaties te realiseren



Wij blijven ambitieus

De NTS heeft de ambitie om meer donaties te realiseren, informatie transparanter te maken en nauwere samen te werken met alle betrokkenen. Wachtlijsten willen we zo kort mogelijk maken en het liefst helemaal de wereld uit helpen. Eigenlijk zijn we pas tevreden als die bijzondere levensreddende techniek helemaal niet zo bijzonder meer is. En liever gisteren dan vandaag.

Het verkrijgen van donorhoornvlies is meesterschap

Een belangrijke schakel in de oogweefselketen is het verkrijgen van donorhoornvlies. Wie doet dat, hoe werkt dat en wat komt er allemaal bij kijken? Roy Suuroverste beschrijft zijn werkdag als explantatiemedewerker bij ETB-BISLIFE en neemt u mee wereld die voor velen onbekend is.

Tekst: Roy Suuroverste



Als explantatiemedewerker ben ik werkzaam bij ETB-BISLIFE; een grote uitname-organisatie in Nederland voor alle weefsels. Ik richt mij op huidaafname en oogweefseluitname. Collega's van mij dragen zorg voor de uitname van bot-, pees- en oogweefsel. Zij nemen ook het hart uit voor transplantatie van de hartklep en grote vaten. Als verpleegkundige heb ik vele jaren in ziekenhuizen gewerkt voordat ik de overstap maakte naar de donatiewereld. Hieronder beschrijf ik een willekeurige werkdag. Ik hoop hiermee meer inzicht te geven in het belang van donatie van donorweefsel.



Aanmelding van potentieel weefsel

Mijn werkdag start om 8.30 uur op onze locatie in Beverwijk; hier bevinden zich de Skin Bank (huidbank), de Cornea Bank (hoornvliesbank), de Heart Valve Bank (hartkleppenbank) en het kantoor van de uitname-organisatie.

Mijn diensttelefoon gaat, het is de Nederlandse Transplantatie Stichting; deze Stichting krijgt de aanmelding binnen van de anmeldende arts. t kan vanuit een ziekenhuis zijn, maar ook vanuit de huisarts. Het donorregister wordt geraad-

pleegd. Deze overledene staat geregistreerd met toestemming, de familie staat hier ook achter, dus de aanmelding wordt in gang gezet. De Nederlandse Transplantatie Stichting bekijkt alle medische zaken om te beoordelen of de overledene geschikt is voor weefseldonatie. Uiteindelijk gaat alleen het oogweefsel door. Ondertussen pak ik de koffers die ik nodig heb met alle benodigdheden.



Tijdsgrenzen zijn bepalend

De uitname van het weefsel dient binnen 24 uur na overlijden plaats te vinden, mits de donor binnen 6 uur na overlijden gekoeld is.

Als dit niet het geval is, heeft het uitname-team 12 uur de tijd voor uitname. Deze tijdsgrenzen zijn voor het afnemen van bloed; wij nemen bij elke donor bloed af. Dit doen wij omdat we alle overdraagbare aandoeningen willen uitsluiten. Daarnaast is deze tijdsgrens een eis van het virusdiagnostisch laboratorium, die de testen op het postmortale bloed verricht. Wordt deze tijdsgrens niet gerespecteerd, dan kan de juistheid van de uitslagen niet gegarandeerd worden.



Het belang van een goede voorbereiding

Aangekomen bij het ziekenhuis krijg ik de sleutel van het mortuarium. Wij hebben goede afspraken met de ziekenhuizen; ze kennen ons al jaren. Door deze band mogen wij zonder dat dit een extra belasting is voor de ziekenhuizen ons werk doen in het mortuarium. In het mortuarium bekijk ik het donatieformulier, een formulier dat ingevuld wordt door een arts die de aanmelding heeft gedaan. Hierop worden alle gegevens ingevuld die nodig zijn voor het uitvoeren van de donatie. Denk aan naam, geboortedatum, algemene toestemming voor de donatie en specifiek de toestemming voor welke weefsels deze geldt.

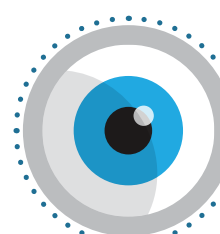


De benodigdheden uit mijn koffers zet ik klaar en ik haal de donor uit de koeling. Het eerste wat ik doe is de identiteit van de donor vaststellen, waarna ik een alge-

mene inspectie verricht op het lichaam. Wanneer ik afwijkingen zie die niet zijn opgegeven, moet ik deze melden op het schouwformulier. Als dit afwijkingen zijn die de doorgang van de donatie kunnen belemmeren - denk hierbij aan littekens die niet opgegeven zijn - dan is overleg met de Nederlandse Transplantatie Stichting noodzakelijk. Afhankelijk van hun bevindingen krijgen we dan wel of geen toestemming om door te gaan met de donatieprocedure.



Na de inspectie van het lichaam neem ik bloed af en dit zet ik in de centrifuge die ik standaard bij me heb. Nadat het bloed gecentrifugeerd is, kan ik beoordelen of het geschikt is om onderzoek op te verrichten. Blijkt het bloed ongeschikt, dan zal de Nederlandse Transplantatie Stichting het laboratorium van het ziekenhuis bellen om te kijken of deze nog bloed heeft van de donor. Heb ik geschikt bloed, dan kan de donatie verder gaan; is er geen bloed dan ga ik onverrichterzake weer weg. Geen geschikt bloed = geen donatie.



Uitname en reconstructie

Over het oog loopt de conjunctiva, dit is een dun oogvlies. Deze knip ik in rondom de iris. Er moet zo min mogelijk van dit vlies meekomen omdat hier veel bacteriën op zitten. Ik neem verschillende spieren door, de bovenste (m. rectus superior) de onderste (m. rectus inferior) en de twee buitenste (m. rectus lateralis). De buitenste spier aan de neuszijde (nasale zijde) laat ik wat langer omdat ik daar de oogbol aan kan vasthouden. Ik pak een schaar die alleen klemt en niet knipt (een kocher). Deze zet ik op de rest van de buitenste spier aan de neuskant die ik langer heb gelaten. Ik ga met een lange schaar achter de oogbol langs en probeer zo min mogelijk trekkracht te leveren op het oog, dit beschadigt namelijk de cellen. Met de schaar voel ik waar de oogzenuw loopt (nervus opticus) en deze knip ik door. Nu komt de oogbol los en deze zal ik in een steriel transportpotje doen. Als ik dit aan beide kanten heb gedaan, begin ik met de reconstructie. De donor krijgt op de plek waar het oog zat een

prothese ingebracht die even groot is als het eigen oog. Ik zorg ervoor dat de donor er weer zo uit ziet als voor de procedure zodat de nabestaanden niets zien van de donatie. De donor dek ik weer toe en deze plaats ik weer terug in de koeling. Ook de locatie waar ik de procedure doe, laat ik keurig netjes opgeruimd achter.



Een tweede leven

De procedure is nu afgerond; de steriele potjes gaan met een deksel erop in een doosje waar ijs in zit zodat het weefsel gekoeld blijft of wordt. Ik laat een brief achter voor de donatie-coördinator van het ziekenhuis en een brief voor de uitvaartonderneming, waarin beschreven staat wat er gebeurd is en eventuele aanvullende informatie.

“Transplantatie van donorhoornvlies moet binnen 28 dagen plaatsvinden”

Ik neem contact op met de Nederlandse Transplantatie Stichting om te melden dat de procedure is afgerond. Mortuariumbeheer wordt ook op de hoogte gebracht door mij, zodat deze ervoor kunnen zorgen dat de donor wordt overgebracht naar huis of naar de uitvaartonderneming voor opbaring. Met de zorgvuldig opgeborgen bulbus (oogbollen) ga ik naar Beverwijk. Daar aangekomen breng ik het doosje waar de bulbus in zitten naar de Cornea Bank; zij zijn de volgende schakel in dit proces: het gereedmaken van het hoornvlies voor de ontvanger. Uiteindelijk, als alles geschikt is bevonden, wordt het hoornvlies losgemaakt van de sclera (witte gedeelte van het oog) en bewaard in een medium, om de cellen in het hoornvlies levend te houden. De transplantatie moet binnen 28 dagen plaatsvinden.

Op kantoor stuur ik mijn administratie naar de Nederlandse Transplantatie Stichting, ruim alles op en vul de koffers weer aan voor mijn collega van de volgende dag. Als er verder geen meldingen zijn, ga ik om 17.00 uur naar huis. Donaties (uitnames) worden 24/7 uitgevoerd.

Een kijkje in de keuken van twee orgaanbanken

Binnen de Nederlandse donorweefselketen hebben hoornvliesbanken een centrale rol bij hoornvliesdonatie. In Nederland bestaan er twee. Wat doen ze nu feitelijk en wat is hun rol in de keten? Antoon van den Bogaardt, Hoofd Hartkleppenbank/Hoofd Corneabank van ETB-BISLIFE en Jacqueline van der Wees, Hoofd Amnitrans EyeBank Rotterdam/Weefsel Centrum Nederland duiden in dit gezamenlijke artikel de werkwijze van beide hoornvliesbanken.

Tekst: Antoon van den Bogaardt en Jacqueline van der Wees
Fotografie: ETB-Bislife en NIIOS

Foto 1: Kweekflesjes met daarin de drijvende hoornvliezen.

De postmortale weefselketen in Nederland bestaat uit diverse partijen die samen de donatiewens van overleden weefseldonoren ten uitvoer brengen waardoor patiënten kunnen genezen. Het donatieproces begint meestal in een ziekenhuis waar een mogelijke donor herkend en telefonisch aangemeld wordt bij het orgaancentrum (OC) van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het OC bekijkt of en hoe de overledene in het donorregister geregistreerd staat. En doet vervolgens een eerste screening van de donor en bepaalt dan of, en zo ja welke, postmortale weefsels kunnen worden uitgenomen. Is dit het geval dan wordt contact opgenomen met een weefsel uitnameteam. De uitnameteams zijn onderdeel van de twee Nederlandse orgaanbanken: ETB-BISLIFE (gevestigd in Leiden, Beverwijk en Nijmegen) en Amnitrans EyeBank Rotterdam (AER). ETB-BISLIFE bestaat naast de uitnameteams ook uit vier weefselbanken die de uitgenomen weefsels bewerken: een huidbank, botbank, hartkleppenbank en hoornvliesbank. AER is een gespecialiseerde hoornvliesbank en maakt net als haar uitnameteams onderdeel uit van het NIIOS (Netherlands Institute for Innovative Ocular Surgery), waarbinnen ook een hoornvlieskliniek gevestigd is.

Beide hoornvliesbanken ontvangen, bewerken, selecteren en bewaren menselijk oogweefsel, gedoneerd voor transplantatiedoeleinden, volgens de laatste stand van de wetenschap. Zij leveren het oogweefsel volgens de Nederlandse en Europese wet- en regelgeving, zo veilig mogelijk en van de beste kwaliteit voor de ontvanger. Zij hebben hiervoor een erkenning van het ministerie van Volksgezondheid en staan onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd. Weefselbanken zijn non-profit organisaties: zij mogen geen winst maken op gedoneerd weefsel.

Uitnemen, bewerken en bewaren van hoornvliezen

In het kader van de uitname van het oogweefsel neemt een medewerker van een uitnameteam de beide ogen (de zgn. bulbi) en reconstrueert het gebied van de uitname. Vervolgens worden de bulbi vervoerd naar de hoornvliesbank waar ze een gedetailleerde ingangscontrole ondergaan

met behulp van een spleetlamp (een soort microscoop). Eventuele afwijkingen (bijvoorbeeld littekens) worden nu in kaart gebracht en geregistreerd. Ook het heldere deel van de hoornvliezen wordt nauwkeurig opgemeten. Daarna worden ze ontsmet, uitgebreid gespoeld en naar de clean room gebracht.

Evaluatie van het endotheel

In de clean room onder een steriele luchtstroom wordt het hoornvlies samen met een klein randje oogwit afgeprepareerd. Hierna wordt het endotheel van de hoornvliezen onder de microscoop beoordeeld op kwaliteit en wordt het aantal cellen geteld (foto 2). Het endotheel is het binnenste cel-laagje van het hoornvlies dat ervoor zorgt dat een hoornvlies helder blijft. Een hoornvlies met meer dan 2300 levende endotheelcellen per vierkante millimeter wordt geschikt geacht voor transplantatie en opgeslagen in een speciale hoornvlies-bewaarmvloeistof bij een temperatuur van 31°C (foto 1). In het bewaarmedium zitten voedingsstoffen voor de endotheel cellen en antibiotica om eventueel achtergebleven bacteriën te inactiveren.

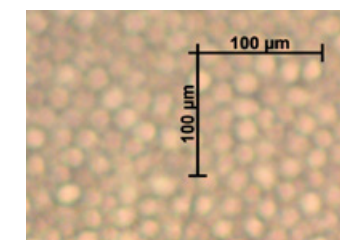


Foto 2: Microscoopbeeld van endotheelcellen van een donorhoornvlies

Veiligheidstesten

Om er zeker van te zijn dat gedoneerde weefsels veilig kunnen worden getransplanteerd worden er op diverse momenten tijdens de opslag microbiologische testen gedaan om uit te sluiten dat er nog bacteriën aanwezig zijn op het hoornvlies. Verder wordt het bloed van de donor getest op eventuele virale infecties die een contra-indicatie zijn voor donatie. Een hoornvlies is uiteindelijk pas geschikt voor transplantatie wanneer het weefsel is goedgekeurd door de bank én de donor door de medische screening (inclusief de bloedtesten) heen is gekomen.

Lamellaire technieken

Transplantatie van hoornvliezen heeft als doel de

integriteit en de helderheid van het hoornvlies te herstellen, het zicht te verbeteren of pijn te verminderen. Naast volledige door-en-door hoornvliestransplantaties (perforerende keratoplastiek; PK) worden tegenwoordig steeds vaker lamellaire keratoplastiektchnieken toegepast waarbij alleen het zieke of beschadigde laagje wordt vervangen door een vergelijkbaar gezond en intact laagje donorweefsel. Deze inmiddels wereldwijd toegepaste technieken zijn door het NIOS ontwikkeld. Voor klinische toepassing worden diverse soorten lamellen onderscheiden: posterieure lamellen (voor DSEK en DMEK (zie foto 3)) en anterieure lamellen (voor ALK, en DALK en Bowman Layer transplantatie). Zie www.oogartsen.nl,

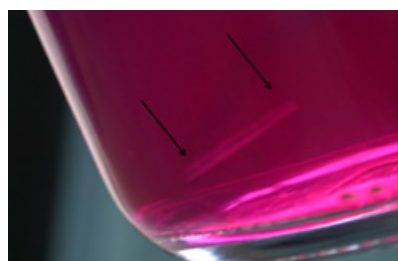


Foto 3:
Een DMEK-transplantaat.

www.ETB-BISLIFE.org en www.nios.com voor uitleg van deze termen.

Goed om te weten is dat bij ETB-BISLIFE een transplantaat voor een DSEK operatie met een keratoom (een soort kaasschaaf, zie foto 4) wordt gemaakt en daarom ook DSAEK wordt genoemd (de A staat voor "automated"). Bij AER wordt het transplantaat voor de DSEK operatie handmatig (onder een microscoop) geprepareerd. Voorheen sneed de chirurg zelf de posterieure lamellen op de operatiekamer, maar tegenwoordig prepareert de hoornvliesbank deze lamellen van tevoren. Anterieure lamellen worden nog wel door de chirurg zelf geprepareerd. Uitzondering is het Bowman Layer transplantaat, dit wordt alleen in de (Rotterdamse) hoornvliesbank geprepareerd.

Afschaffing van bacteriële sepsis als contra-indicatie voor hoornvliesdonatie

Er is in Nederland een wachtlijst voor hoornvliestransplantaties. Bij weefseltekort wordt op basis van de inschrijftijd bepaald aan welke patiënt een beschikbaar hoornvlies wordt toegewezen en wie nog even moet wachten. Deze toewijzing heet allocatie en wordt uitgevoerd door een onafhanke-

lijke partij: het eerder genoemde orgaancentrum. I.v.m. de lange wachtlijst, al jarenlang ongeveer 700 patiënten, hebben de orgaanbanken, het orgaancentrum en de oogartsen samengewerkt om de contra-indicatie bacteriële sepsis (een systemische infectie van het lichaam) te laten vervallen voor hoornvliesdonatie. Sepsis is altijd een contra-indicatie geweest voor alle te doneren weefsels. Omdat hoornvliezen niet doorbloed zijn, is besloten dat bacteriële sepsis geen bezwaar is voor de donatie van hoornvliezen. Dat dit veilig kan is in omliggende landen, waar dezelfde be-waarmethoden als in Nederland worden gebruikt, ook aangetoond. Per 3 januari 2018 was het zover en werden ook donoren met een (vermoedelijke) bacteriële sepsis aangenomen voor hoornvliesdonatie. De aantallen gedoneerde hoornvliezen zijn hierdoor enorm gestegen, met maar liefst zo'n 50%. Hiermee lijkt de directe schaarste aan hoornvliezen opgelost.

Over een tijdje zullen we zien wat deze toename betekent voor het korter worden van de hoornvliestransplantatiewachtlijst in Nederland. Deze hangt namelijk in hoge mate af van de mogelijkheden tot het verhogen van de aantallen transplantaties door (lees: operatiecapaciteit van) de ziekenhuizen. De hoornvliesbanken verwerken sinds dit jaar dus beduidend meer weefsels dan in het verleden en daarmee hoort het moeten afzeggen van operaties als gevolg van weefseltekort tot het verleden; een positieve ontwikkeling!



Foto 4: De techniek waarmee een DSAEK gemaakt wordt. Daartoe wordt een hoornvlies op een artificiële voorste oogkamer gezet. Met een microkeratoom wordt de bovenste laag (de cap) eraf gesneden. De resterende posterieure laag is de lamel die door de chirurg wordt gebruikt.

REFURBISHED

Bij mijn eerste transplantatie lag ik gestrekt te wachten, heerlijk ontspannen dankzij het gratis roesje, tot het moment dat de operatie kon beginnen. Ik hoorde iemand enthousiast roepen: "Het oog is er!" en kort daarna werd ik met gezwinde spoed naar binnen gereden.

In de operatiekamer werd mijn bewustzijn voor anderhalf uur uitgeschakeld en namen de doktoren het heft in handen.

In die tijd kon een hoornvlies niet lang bewaard blijven. Men gaf er de voorkeur aan om het vlies van het donor oog af te halen en zo snel mogelijk op het oog van de gelukkige te plaatsen. In mijn geval was een oog in vliegende vaart naar het Oogziekenhuis gebracht. Op zo'n moment komt de dood van de een heel dicht bij het geluk van de ander. Nog steeds is het bijzonder om te beseffen dat je nieuwe hoornvlies echt afkomstig is van een ander persoon. Een man of vrouw die er werkelijk mee gekeken heeft. Wat heeft hij of zij allemaal gezien?

"Was hij een kantoorklerk, een timmerman of een notaris? Ik zal het nooit weten."

Later kreeg ik in mijn andere oog het hoornvlies van een man van 82 jaar. Meer dan zijn leeftijd weet ik niet van hem. Zijn hoge leeftijd zet mij aan het denken. Had hij een echtgenote, kinderen, kleinkinderen? Heeft hij veel geluk gehad in zijn leven of zat het hem vooral tegen? Gezien zijn ruim tachtig levensjaren had hij waarschijnlijk twee wereldoorlogen meegemaakt. Was hij een kantoorklerk, een timmerman of een notaris? Ik zal het nooit weten. Het maakt niets uit. Hij was iemand met een donorcodicil en dat zegt iets over hem. Iets positiefs. Misschien was hij altruïstisch in het algemeen en had hij veel over voor anderen, zelfs voor een onbekende. Of had hij een speciale reden om donor te zijn?

Van een versleten tweedehandsje was geen sprake: het 82-jarige hoornvlies was nog pico-bello en ik heb er vele jaren plezier van gehad. Al snel kon ik er mee lezen en schrijven. Wat heb ik veel gezien met mijn refurbished oog! Mijn knappe echtgenote, mijn opgroeiende kinderen, collega's, leerlingen, voorbijgangers. In het verkeer zag ik het verkeer van rechts weer aankomen. Ik kon met dit oog naar de tv kijken, kunst bewonderen en genieten van de natuur. Ik zag de buurman, de postbode, honden en katten, vogels in de lucht, af en toe een vliegtuig. Ik bekeek mijn tuin, de bomen in het bos, weilanden met of zonder koeien, mijn eerste computer, de tweede ook.

Misschien was ik een keer op een plaats waar mijn donor ook is geweest. Het zou kunnen. Dan is op een bepaald moment hetzelfde beeld door mijn hoornvlies gegaan als bij de vorige eigenaar. Zodat het hoornvlies een déjà-vu kreeg. Wie weet. Ik beseef het niet meer dagelijks, maar zodra ik er even bij stil sta voel ik een innige dankbaarheid naar de persoon die zijn hoornvlies beschikbaar heeft gesteld. Hij heeft hiermee zoveel mogelijk gemaakt. Na 18 jaar had ik, samen met mijn hoornvlies, een gezellig feestje. Helaas, de burgemeester kwam niet langs, maar het was wel degelijk de 100e verjaardag van mijn hoornvlies. Nou ja, ons hoornvlies.

Inmiddels heb ik op dat oog alweer een ander hoornvlies gekregen. Weer een persoonlijke gift van een onbekende. Hier heb ik net zoveel gedachten en vragen bij.

Willems

EEN DAG UIT DE PRAKTIJK VAN...



In de rubriek Een dag uit de praktijk van... bezoeken we een corneaspecialist tijdens het spreekuur of beschrijft hij of zij een werkdag. Hoe ziet een willekeurige dag er nu uit? Wat ziet de patiënt tijdens een consult, maar ook wat niet? Wat beïnvloedt de arts zijn handelen en hoe ziet zijn omgeving er uit? Zomaar enkele vragen die we proberen te beantwoorden met als doel de 'achterkant' van de praktijk van de arts nog meer inzichtelijk te maken. Een kant die de patiënt niet direct ziet, maar er wel degelijk is en de relatie tussen arts en patiënt beïnvloedt.

We zijn op bezoek bij dr. Michel Zaal van het Oogheelkundig Medisch Centrum in Zaandam.

Tekst en fotografie: Michel Versteeg

Een tandem in beweging

De spreekkamer van dr. Zaal is er één als vele anderen, maar er is nog iets extra's. Tijdens het spreekuur is er altijd een assistent aanwezig. De assistent zit achter een bureau en kijkt naar het computerscherm met het elektronisch dossier van de betreffende patiënt. De observaties, conclusies en vervolgstappen, in bijzijn van de patiënt uitgesproken door Zaal, worden door de assistent gelijktijdig vastgelegd. Indien nodig checkt de assistent eventuele intolerantie en wisselwerking van medicatie. Dat wat de assistent beschrijft, ziet Zaal ook op zijn computerscherm. "Ik ben hierdoor in staat mij volledig te focussen op de patiënt, ik kan de aandacht geven die de patiënt wil en die ik nodig acht. Ik word tijdens het spreekuur niet afgeleid door randzaken. Het komt het niveau van mijn patiëntrelatie ten goede."

De competenties voor een goede roluitvoering van de assistent hoeven niet specifiek medisch van aard te zijn. "Kijk nu naar mijn assistent van dienst, Sophie, zij is student Bouwkunde en dit is haar bijbaan. Multitasking én het vooral leuk vinden geconcentreerd gesprekken te volgen en vast te leggen en doorredeneren, zijn de belangrijkste voorwaarden die ik stel. Ik heb ook een student filosofie in deze rol. Loopt perfect.", zegt hij enthousiast. Arts en assistent: een tandem in beweging.

"Ik ben tevreden, wat vindt u zelf"

Deze zaterdagochtend staan meer dan 20 patiënten ingepland. Het zijn voornamelijk patiënten die Zaal en zijn collega's de afgelopen week hebben geopereerd. De variëteit is enorm: een kwieke, zelfstandige dame van 89 met zeer slecht gezichtsvermogen door hoornvliesproblemen en macula degeneratie. Een jonge moeder

van eind twintig met een niet goed functionerend epitheel van het hoornvlies en droge ogen en allergieën (voornamelijk hooikoorts). Zaal: "Dit is een slechte combinatie. De neiging tot wrijven in de ogen is zo aanwezig. Dat wrijven... is niet goed. Probeer dat te vermijden. Droge ogen! Ik zie het enorm toenemen."

"Droge ogen en allergieën is een slechte combinatie. De neiging tot wrijven in de ogen is zo aanwezig."

Een jongen van 17 kwam binnen met zijn moeder. Hij is erg bijziend en de opticien heeft hem in het verleden doorverwezen naar het OMC Zaandam omdat er onregelmatigheden aan het hoornvlies werden ontdekt. Ook is er sprake van hooikoorts en enorme jeuk aan de ogen. Er zijn scans gemaakt van zijn ogen. Moeder en zoon konden gerustgesteld worden: geen keratoconus, wel druppels tegen de allergie.

Gedurende het spreekuur wordt door de overige oogartsen (in opleiding) collegiaal advies gevraagd aan Zaal. Hij schakelt beheersbaar snel op meerdere fronten. In de spreekkamer ben je als patiënt even het middelpunt. Het is mooi te zien hoe deze arts daar invulling aangeeft. Ondanks de hectiek wordt het gevoel gegeven dat jij -als patiënt- ertoe doet. Gericht aandacht geven, doorvragen, diagnosticeren, benoemen en vervolgens zeggen: "Ik ben tevreden, maar wat vindt u zelf", dwingt de patiënt na te denken over de impact van zijn eigen oogaandoening op het dagelijkse leven.

Toekomst van het specialisme

Het is een landelijke tendens dat het aantal corneaspecialisten afneemt. Dit heeft consequenties voor de toekomst en het aantal te realiseren hoornvliestransplantaties. We hebben dit in het vorige nummer van 'Oog voor u' aangestipt. Een mooi moment dus om na het spreekuur kort met Zaal te reflecteren op de context waarbinnen het vak wordt uitgevoerd, de vakontwikkeling die hij ziet en ervaart, en de rol van de corneaspecialist daarbinnen: "Primair is het belangrijk om belangstelling te creëren tijdens de opleiding. Men moet bijtijds een keuze maken, want die keuze is bepalend voor je toekomst als oogarts".

Een corneaspecialist beweegt zich op het terrein van de microchirurgie. De verschillende behandeltechnieken vereisen enorme vaardigheden en dit vak dwingt je tot een hoge graad van perfectie, vindt Zaal. "Vooral het 5^e opleidingsjaar zou hiervoor nadrukkelijk gereserveerd moeten worden".

Vroeger ging een staaroperatie gepaard met hechtingen, nu niet meer. Door de voortschrijdende ontwikkeling wordt deze techniek niet meer toege-

"Concentratie van corneacentra geeft een positieve boost naar de toekomst."

past. Mede hierdoor sta je in de basis al met 1-0 achter. Hij is van mening dat het concentreren van de verschillende corneacentra een positieve bijdrage kan leveren om dit fascinerende specialistische vak naar de toekomst toe goed te borgen.

Deze zaterdagmorgen bij Michel Zaal van het OMC Zaandam heeft laten zien dat topsport niet altijd op een speelveld plaatsvindt, maar evenzeer in de spreekkamer van deze bevlogen oogarts.



Dé specialist in contactlenzen op medische indicatie

Bij Visser Contactlenzen zijn we volledig gespecialiseerd in alle soorten contactlenzen op medische indicatie die toegepast kunnen worden bij aandoeningen zoals:

- Keratoconus
- Extreem droge ogen
- Hoornvlieslittekens
- Hoornvliestransplantatie

visser contactlenzen
centrum voor zien

T 088 - 900 80 80 | www.vissercontactlenzen.nl

Amsterdam, Arnhem, Apeldoorn, Bilthoven, Eindhoven, Geldrop, Harderwijk, Helmond, 's-Hertogenbosch, Nijmegen (St. Annastraat), Nijmegen (CWZ), Maastricht, Oss, Rosmalen, Rotterdam, Uden, Utrecht (UMC), Utrecht (Visie), Velp, Waalwijk, Weert, Zevenaar, Zutphen

Uit de contactlenzenpraktijk

Medicinale contactlenzen kunnen voor veel hoornvliespatiënten van enorm belang zijn om goed te kunnen functioneren. Veel van onze leden zijn gebaat bij een correct aangemeten lens. De ontwikkeling van medicinale lenzen blijft doorgaan. Henny Otten, van Visser Contactlenzen, staat in deze bijdrage stil bij de indicaties voort grote, dan wel kleine scleralenzen.

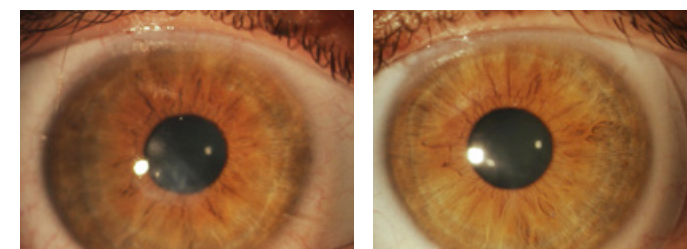
Tekst: Hennie Otten Fotografie: Visser Contactlenzen



Wanneer een scleralens de beste keuze is, wordt ons regelmatig gevraagd wat dan de grootte van deze lens zou moeten zijn. Een interessante vraag, want er bestaan namelijk twee type scleralenzen: grote en kleine. Beide hebben ze bij de toepassing een eigen doelgroep.

Grote versus kleine scleralenzen

Wanneer spreken we over grote en wanneer preken we over kleine scleralenzen? Hiervoor is een richtlijn vastgesteld die wereldwijd wordt gehanteerd. Het komt erop neer dat een grote scleralens minimaal 6 mm groter is dan de grootte van het hoornvlies. Het hoornvlies is gemiddeld 11,5 mm groot, dus een grote scleralens begint bij een diameter van 17,5 mm. Scleralenzen met een diameter van minder dan 17,5 mm noemen we kleine scleralenzen, die ook wel mini-scleralenzen worden genoemd.



Indicatie voor de juiste lens

In de ontwikkeling van de scleralens zien we dat het met grote scleralenzen is begonnen. Deze lenzen vormen een solide basis in de scleralenspraktijk. De grote scleralens is in de regel 20-21 mm groot en heeft belangrijke voordelen. Deze scleralens kan in tal van indicaties worden toegepast. Voorbeelden hiervan zijn keratoconus, hoornvliestransplantaties en situaties waarin een grote bedekking van de oogbol gewenst is, zoals bij extreem droge ogen of als de oogleden onvoldoende sluiten. Daarnaast zijn er de indicaties

waarbij afwijkingen zich bevinden aan de rand van het hoornvlies, zoals het geval is bij sommige degeneraties en dystrofieën.

Kleine scleralenzen zijn in de regel 16 tot 16,5 mm root en zijn een meer recente ontwikkeling. Buiten het feit dat de indicatie een bepalende factor is, kunnen ook andere overwegingen een rol spelen in de keuze voor een kleine scleralens. Voorbeelden van het toepassingsgebied van kleine scleralenzen zijn kleinere oogbolvormen met een kleiner gebouw hoornvlies en ogen waarbij tussen de oogleden weinig ruimte bestaat.

"Indien een grote scleralens lastig te hanteren is, kan een kleine scleralens soms gemakkelijker zijn."

Draagcomfort is belangrijk

Daarnaast kan de toepassing van een kleine scleralens cosmetisch fraaier zijn indien aan één oog een scleralens nodig is. Bij gebruik van een kleine scleralens kan er minder verschil zichtbaar zijn tussen beide ogen, aangezien de oogleden bij een grote scleralens meer opengesperd staan.

Indien een grote scleralens lastig te hanteren is, kan een kleine scleralens soms gemakkelijker zijn. Ook wanneer de oogbol plaatselijk veranderingen vertoont door afwijkingen, operaties en trauma is het een goede overweging om een kleine scleralens toe te passen, omdat de rand van deze lens zich in de regel dicht bij het hoornvlies bevindt en minder afhankelijk is van een onregelmatigheid van de oogbolvorm.

Uiteindelijk kunnen we concluderen dat beide typen scleralenzen elkaar aanvullen en complementen in de praktijk.

De wachtlijsten

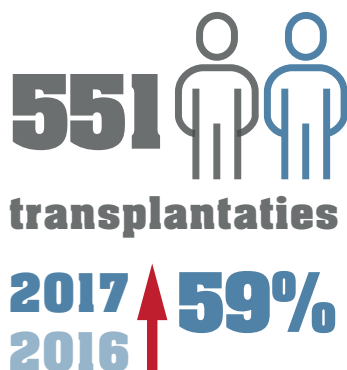
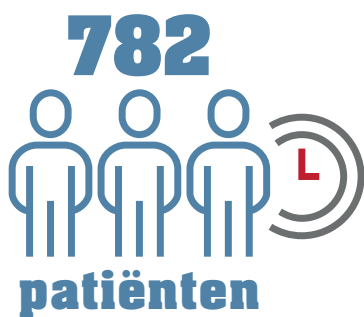
Martin Damen, één van de oprichters van de HPV, oud penningmeester, - secretaris en erelid van onze vereniging, beschouwt ieder kwartaal de stand van zaken met betrekking tot de wachtlijsten. Martin heeft direct contact met de diverse instanties die de laatste ontwikkelingen met hem delen en hij met u.

Tekst: Martin Damen

In de eerste vier maanden van dit jaar hebben er 551 transplantaties plaats gevonden. In dezelfde periode verleden jaar was het aantal transplantaties 9% lager. De positieve invloed op het aantal uitgevoerde transplantaties dit jaar heeft direct te maken met het loslaten van de sepsis. In de laatste twee edities van het magazine heb ik hierbij stilgestaan en heb mijn twijfels met u gedeeld. Toch zien we dat door het grotere aanbod van hoornvliezen er geen tekort is geweest aan hoornvliezen en dus ook minder operatiekamer afzeggingen.

Per behandelcentrum kunnen de wachttijden enorm verschillen. Mocht u dus hele grote problemen hebben met uw visus dan kan het een optie zijn om bij een andere oogarts in een ander behandelcentrum te informeren naar de wachttijd en u daar te laten behandelen. Over geheel Nederland zijn de 16 behandelcentra redelijk verspreid. Wij geven u de plaatsen op alfabetische volgorde: Amsterdam (2), Apeldoorn, Breda, Deventer, Groningen, Haarlem, Helmond, Hoorn, Leiden, Maastricht, Nijmegen, Rotterdam (2), Utrecht en Zaandam.

Uit de praktijk blijkt dat het loslaten van de sepsis door de NTS voor de wachttijd een verbetering laat zien naar een kleine 6 maanden. In de twee vorige magazines hebben we hier het nodige over geschreven.



Voor geheel Nederland was vorig jaar een tekort aan geschikte cornea. Het grotere aanbod lijkt, hoe paradoxaal ook, te leiden tot een langere wachtlijst. Op de peildatum waren dat 782 patiënten. Niet alle donorhoornvliezen zijn geschikt voor transplantatie. In dit nummer van Oog voor u heeft u kunnen lezen hoe het realisatieproces van goed en beschikbaar hoornvlies tot stand komt. Ik kan u vanuit deze plaats ook informeren dat het aantal donoren ten opzichte van 2017 is gestegen met 59%. Dat is goed nieuws.

Van de Raad van Bestuur van het Westfriesgasthuis te Hoorn is vernomen dat aan de vervanging van dr. Rijnveld een hoge prioriteit wordt gegeven. Op het moment dat u dit leest, hoopt men duidelijkheid te hebben gegeven.

Een van onze grote zorgen is dat er onvoldoende oogartsen zijn om het probleem van de lange wachtlijsten en wachttijden aan te pakken. Hopelijk komt er in de toekomst toch nog een aantal jonge oogartsen bij die de complexe materie van hoornvliesaandoeningen wil en kan behandelen.