Alarmsymptomen in de oogheelkunde

J. S. STILMA

Alarmsymptomen in de oogheelkunde zijn zelden levenbedreigend, maar kunnen wel het begin zijn van geheel of gedeeltelijk verlies van het gezichtsvermogen. Als alarmsymptomen tijdig worden herkend kan slechtziendheid van het betrokken oog vaak worden voorkomen. Het belang van het herkennen van alarmsymptomen wordt vergroot omdat ook het andere oog aangedaan kan worden, zoals bij acuut glaucoom, netvleesloslating en papillitis bij arteritis temporalis.

Het benodigde instrumentarium is bescheiden: (1) een visuskaart, voor rechts en links afzonderlijk te gebruiken; (2) een oogspiegel, die gebruikt wordt voor: corneareflexbeelden, voorsegmentbeoordeling, pupilreacties, fundusreflex, en fundoscopie; (3) twee handen voor confrontatieve gezichtsveldbepaling en palpatie van de oogbollendruk.

In dit artikel zal aandacht worden besteed aan acuut slecht zien, lichtflitsen, acuut dubbelzien, pupilafwijkingen (witte pupil, vormafwijkingen en opgeheven pupilreactie), metamorfopsie en papiloedemie.

ACUUT SLECHT ZIEN

Acuut slecht zien, gedefinieerd als een visus van 0,1 of minder, komt weinig voor doch is een ernstige bedreiging voor het oog. De patiënt kan meestal precies aangeven hoe en wanneer de klacht is begonnen. Een enkele keer komt het voor dat de patiënt bij toeval één oog heeft afgedekt, en dan plotseling bemerkt hoe slecht hij met het andere oog ziet.

De anamnese wijst al in een bepaalde richting. Is de aandoening pijnlijk? Zó ja, dan denken aan iritis, acuut glaucoom (zie figuren 1 en 2 van het artikel van Van Bijsterveld en Ekdorn, bl. 2251-4) of papillitis bij arteritis temporalis. Lichte pijn achter het oog bij oogbewegingen past bij neuritis retrobulbaris. Een peracuut ontstaan van slecht zien is typerend voor een glasvochtbloeding en voor een afsluiting van de A. centralis retinae. Pijnloos acuut slecht zien heeft vele vellen oorzaken, die alle gemeen hebben dat het oog uitwendig niet rood van kleur is.

Voor het oplossen van het probleem acuut slecht zien worden 10 vragen gesteld en beantwoord:

1. Wat is de leeftijd van de patiënt?
2. Hoe snel trad de slechtziendheid op?
3. Zijn er predisponente factoren zoals hypermetropie, lensextractie, hypertensie, multiple sclerose en diabetes mellitus?
4. Wat is de visus?
5. Hoe zijn de pupilreacties?
6. Hoe is de fundusreflex? (normaal = egaal rood).
7. Hoe is de confrontatieve gezichtsveld?
8. Is de oogdruk verhoogd?
9. Is de papil scherp omlijnd?
10. Hoe ziet de retina eruit?

Voor de 7 meest voorkomende oogaandoeningen staan de antwoorden op deze vragen samengevat in de tabel.

De differentiaaldiagnose is van belang omdat:
- grote spoed en onmiddellijke behandeling zijn vereist bij acuut glaucoom en een arteriële afsluiting;
- matige spoed, d.w.z. verwijzing en behandeling binnen een dag, is geïndiceerd bij ablatio retinae, venenafsluiting, papillitis en glasvochtbloeding.

Indien de aanval van acuut slecht zien tijdelijk is (amaurosis fugax), wordt gezocht naar ischamie van de A. centralis retinae en de occipitale schors.

ALARMERENDE SYMPTOMEN

Lichtflitsen worden waargenomen na mechanische tractie van het netvlies. De patiënt kan klagen over een reeks lichtvonken of een scherpe lichtboog. De lichtverschijnselen kunnen in aanvallen voorkomen, constant aanwezig zijn of alleen optreden wanneer in een bepaalde richting wordt gekeken. Wanneer de fotopsie constant in dezelfde hoek wordt waargenomen, wijst dit nog te meer op een netvliesscheur. De lichtflitsen zijn meestal wit of helderwit. In alle gevallen van lichtflitsen is zorgvuldig oogspiegelen met verwijde pupil geïndiceerd om perifere netvleesdefecten uit te sluiten.

Lichtflitsen kunnen ook voorkomen zonder netvliescheur, bijv. bij een achterste-glasvochtloslating waarbij er tijdelijk tractie op het netvlies ontstaat. De mate van alarm wordt dan vastgesteld door begeleidende verschijnselen zoals visusdaling, gezichtsveldverlies, of predispositie voor een netvliesscheur zoals bij hoge myopie, status na lensextractie of een positieve familie-anamnese.

Herkennen van de alarmsymptomen is belangrijk omdat de netvliesscheur in een vroeg stadium behandeld kan worden met lasercoagulatie. Lasercoagulatie heeft

Dr. J. S. Stilma, oogarts.

LITERATUUR
Aanvaard op 17 augustus 1987
### Symptomen en kenmerken van spoedeisende oogafwijkingen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symptoomen</th>
<th>Acuut glaucom</th>
<th>Ablatio retinae</th>
<th>Arteriële afsluiting</th>
<th>Veneuze afsluiting</th>
<th>Papillitis</th>
<th>Neuritis retrobulbaire</th>
<th>Glasvochtbloeding</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leeftijd?</td>
<td>50+</td>
<td>10+</td>
<td>40+</td>
<td>40+</td>
<td>10+</td>
<td>20-40</td>
<td>40+</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziekte?</td>
<td>Uren</td>
<td>Uren/dagen</td>
<td>Peracuut</td>
<td>dagen</td>
<td>dagen</td>
<td>Uren/dagen</td>
<td>Peracuut</td>
</tr>
<tr>
<td>Predispositie?</td>
<td>Hypermetropie</td>
<td>Myopie afakie</td>
<td>Art.scler. embolie</td>
<td>Hypertens.</td>
<td>Arteritis temporalis</td>
<td>Multiple sclerose</td>
<td>Diabetes ablatio</td>
</tr>
<tr>
<td>Visus?</td>
<td>≤ 1/60</td>
<td>1/300-1,0</td>
<td>0-1/300</td>
<td>1/60</td>
<td>1/60</td>
<td>≤ 1/60</td>
<td>≤ 1/60</td>
</tr>
<tr>
<td>Uitw. aspect?</td>
<td>Rood</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
</tr>
<tr>
<td>Pupilreacties?</td>
<td>Lichtstijf</td>
<td>Intact</td>
<td>Afwezig</td>
<td>Vertraagd</td>
<td>Marcus Gunn-fenomeen</td>
<td>Marcus Gunn-fenomeen</td>
<td>Aanwezig</td>
</tr>
<tr>
<td>Fundusreflex?</td>
<td>Rood</td>
<td>Grijs/rood</td>
<td>Rood</td>
<td>Rood</td>
<td>Rood</td>
<td>Rood</td>
<td>Zwart</td>
</tr>
<tr>
<td>Gezichtsveld?</td>
<td>Niet te bepalen</td>
<td>Partiële uitval</td>
<td>Niet te bepalen</td>
<td>Afwijkend</td>
<td>Parteel defect</td>
<td>Centraal scotoom</td>
<td>Niet te bepalen</td>
</tr>
<tr>
<td>Oogdruk?</td>
<td>Knikkerhard</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
<td>Normaal</td>
</tr>
<tr>
<td>Papil-aspect?</td>
<td>Niet te beoordelen</td>
<td>Normaal</td>
<td>Wazig (oedeem)</td>
<td>Wazig (oedeem)</td>
<td>Normaal</td>
<td>Niet te beoordelen</td>
<td>Normaal</td>
</tr>
<tr>
<td>Retinabeeld?</td>
<td>Niet te beoordelen</td>
<td>Geploooid grijswit</td>
<td>Bleek, kersrode macula</td>
<td>Streperige bloeding</td>
<td>Aa. nauw</td>
<td>Vv. gestuwd</td>
<td>Normaal</td>
</tr>
<tr>
<td>Spoed?</td>
<td>Direct</td>
<td>&lt; 1 dag</td>
<td>Direct</td>
<td>&lt; 1 dag</td>
<td>&lt; 1 week</td>
<td>&lt; 1 dag</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Het voordeel dat de kans op behoud van de visus optimaal is, en dat de behandeling poliklinisch kan plaatsvinden. De kans op een netvliezingslating na een geslaagde lasercoagulatie is minder dan 5%.

*Mouches volantes* onderscheiden zich van lichtflitsen doordat ze lijken op minuscule stofdeeltjes, die langzaam voorbijdrijven en soms iets lichtgevend zijn. Ze komen vaak voor en zijn in de regel onschuldig.


De klacht *dubbelzien* wordt bevestigd door de afdekproef en testen van de volgebewegingen.

- Monoculaire diplopie die acuut ontstaat, is bekend bij traumatische dialyse en subluxatie van de lens. Niet-acuut monoculaire diplopie komt voor bij cataract en sterk astigmatisme.

- Binoculaire diplopie komt voor bij intoxicaties (insecticiden, botulisme, alcohol), bijwerking van geneesmiddelen (barbituraten, anti-epileptica), orbitafractuur (mechanische beperking van de M. rectus inferior bulbi) en oogspierparesen.

Oogspierparesen zijn alarmerend wanneer zij in combinatie met andere neurologische symptomen voorkomen, of wanneer alle oogspieren zijn aangedaan. Een acute totale oogspierleng (nervi III, IV en VI) is spoedeisend en wordt veroorzaakt door een aneurysma of trombose van de sinus cavernosus.

De therapeutische mogelijkheden bij diplopie zijn achtereenvolgend: een prisma glas, tijdelijke oclusie met een pleister op het brilglas, permanente oclusie met een 'gebarsten' glas of een pleister, of oogspiercorrectie.

*Witte pupil*. Een witte pupil bij kinderen wordt meestal door de ouders opgemerkt. De omschrijving kan variëren van katteoog, vliezig of reflex tot een vlekje op het oog. Een normale pupil is zwart met opvallend licht en rood met terugval licht. Een witte pupil is wit met opvallend licht en grijszwart met terugval licht.

- Een witte pupil in combinatie met premature geboorte en beademing wijst op retrolentale fibroplasie – tegenwoordig ook ROP, 'retinopathia of prematurity' genoemd. Lichtcoagulatie of cryocoagulatie is in een vroeg stadium aangewezen. In het laatste stadium van retrolentale fibroplasie is theoretisch pars plana-vitrectomie mogelijk, maar de retinafunctie blijft beperkt. Een witte pupil in combinatie met een klein oog wijst op een congenitale afwijking, bekend als PHPG (persisteënder hyperplastisch primair glasvoot).

- Een witte pupil met een familie-anamnese van retinoblastoom is verdacht voor retinoblastoom. Over de oncogenese van het retinoblastoom en de verhoogde kans
op pancreascarcinoom bij vaders van kinderen met een retinoblastoom is onlangs meer bekend geworden. Bij familiär retinoblastoom dient funduscopie reeds vanaf de geboorte geregeld plaats te vinden.

− Een witte pupil ten gevolge van congenitaal cataract heeft de beste prognose van alle bovengenoemde oorzaken. De chirurgische behandeling dient bij voorkeur binnen drie maanden plaats te vinden, waarna de afakie met een contactlens gecorrigeerd zal worden. De ervaringen van kunstlensimplantaties bij pasgeborenen zijn nog ongunstig vanwege fibrinreacties en kapselbrownse.

Een niet-ronde pupil is alarmerend bij een acute ontstaanswijze, zoals na trauma (perforatie?) en bij iritis. Niet-acute pupillomafwijkingen zijn bekend na glaucoom- en lensoperaties. Een opgeheven directe pupilreactie die pas is ontstaan wijst op een ernstige geledingsstoornis ergens in de optische baan. Uitgebreid oogheelkundig en neurologisch onderzoek is aangewezen.

Metamorfopsie (vertekening in het centrale gezichtsveld) kenmerkt retinitis centrals serosa en vroegtijdige seniele maculadegeneratie. Bij de laatste aandoening is laserbehandeling mogelijk wanneer de fovea nog niet is aangedaan (een cito fluoresceïne-angiogram is nodig om dit te kunnen beoordelen).

Papiloeedem kan ook door de onervaren funduscopist herkend worden als een onscherpe begrenzing van de papil. Met behulp van annamnese, visus en gezichtsveld kan al onderscheid gemaakt worden in verhoogde hersendruk, papillitis en ischemische N. opticus-neuropathie.

− Hersendrukverhoging leidt nl. tot dubbelzijdig papiloeedem met intacte visus en slechts een vergrote blinde plek bij gezichtsveldonderzoek.
− Papillitis is meestal eenzijdig, geeft een verlaagde visus en een rode verkleuring van de papil met een centraal scootoom bij het gezichtsveldonderzoek.
− Ischimische opticusneuropathie leidt eveneens tot verlaagde visus, met bleke verkleuring van de papil en sectorvormige uitzet bij gezichtsveldonderzoek.

Het herkennen van alarmysymptomen is van beslissende betekenis voor de prognose van een aantal ernstige oogaandoeningen. Het is in het belang van de patiënt dat algemene artsen vertrouwd raken met een aantal klachten en afwijkingen en de beschikking hebben over betrekkelijk eenvoudige diagnostische hulpmiddelen. Als dit artikel preekt tot verdere studie, is aan de opzet voldaan.

LITERATUUR

Aanvaard op 24 augustus 1987

Het rode oog; diagnostiek en behandeling van conjunctivitis

O.P. VAN BIJSTERVELD EN B. EKDOM

Een huisarts ziet gemiddeld 3 maal per week een patiënt met een rood oog. De ervaring leert dat dit in verreweg de meeste gevallen gaat om een bindvliesontsteking. Hieruit blijkt dat kennis van de relatieve frequentie van ontstekingsreacties van het oog en grondige kennis van klachten en symptomen van de verschillende vormen van bindvliesontsteking van belang zijn bij het stellen van de diagnose. Afwijkende vormen van ontstekingsreacties – keratitis, iritis, acuut glaucoom – kunnen dan vrijwel steeds als bijzonder onderkend worden (figuren 1 en 2), zodat deze patiënten tijdig verwezen worden naar de specialist. Daarom zullen wij ons beperken tot de differentiële diagnostiek en behandeling van de aandoeningen van het bindvlies. Bij bespreking van deze aandoeningen zullen wij een praktische indeling gebruiken die uitgaat van infectie, allergie of irritatie als oorzaak.

Gaait het om een conjunctivitis? Voor de lokalisatie van het weefsel waarin zich het ontstekingsproces afspeelt, is het nodig om de belangrijkste vormen van roodheid te kennen. Zo is een baksteenrode kleur die het sterkst is aan de fornix en afneemt aan de limbus – het overgangsgebied tussen cornea en sclera – kenmerkend voor een ontsteking van het bindvlies. Een zacht-gele vlees zone van roodheid rondom de limbus, de zogenaamde ciliaire of pericorneale roodheid, is een aanwijzing voor een ontsteking van het hoornvlies, de iris of het corpus ciliare (figuur 3). Bij acute aandoeningen van laatstgenoemde weefsel is er een gemengde roodheid; zowel conjunctivale als ciliaire. In tabel 1 zijn de voornaamste kenmerken van oorzaken van oogontstekingen met de daarbij behorende typen roodheid aangegeven.

Indien conjunctivitis: Wat kan de oorzaak zijn? Wanneer eenmaal een bindvliesaandoening gediagnosticeerd is, dient men zich te oriënteren over de oorzaak van de ontstekingsreactie. Een zeer belangrijk hulpmiddel hierbij is de aard van het exsudaat. Bij een bacteriële infectie mogen we een purulente, mucopurulente of meukus exu-