

Scheelzien en huisarts

R. A. CRONE, OOGARTS TE AMSTERDAM

Voor de huisarts is scheelzien een van de veelvuldig voorkomende oogaandoeningen. Hij kan de behandeling aan de specialist overlaten en zich beperken tot datgene, dat het specialisme van de huisarts uitmaakt: vroege diagnostiek en inzicht in urgentie en mogelijkheden van therapie. Vooral met het oog op het laatste, de mogelijkheden en urgentie van behandeling, is een kort overzicht van wat met betrekking tot het scheelzien voor de huisarts van belang is, de moeite waard.

Scheelzien bij volwassenen. Over scheelzien bij volwassenen en oudere kinderen kan ik kort zijn. Op volwassen leeftijd is het scheelzien een schoonheidsfout, die moet worden gecorrigeerd. Menig volwassene loopt met een hoogst ontsierend scheelzien rond. Vaak gebeurt dit uit onverschilligheid: „Ik ben toch getrouwd”, zegt de patiënt dan met vanzelfsprekend cynisme. Een enkele keer is de motivering roerend: „Mijn man zegt, dat hij zó van mij houdt, en wil niet dat ik rechtgezet wordt”. Maar niet zelden verzuimt de patiënt een bezoek aan de oogarts in de mening, dat er op latere leeftijd aan scheelzien niets is te doen. Het is daarom in voorkomende gevallen goed dat de huisarts de patiënt erop attent maakt, dat rechtzetten nog altijd kan gebeuren, ook als voorafgaande operaties zonder succes zijn gebleven. Contraïndicaties zijn zeldzaam, en alleen ter overweging door de oogarts.

Scheelzien bij kinderen. Van onze kinderen is drie procent scheel. Het is haast altijd strabismus convergens, dat aangeboren is of in de eerste levensjaren optreedt. Strabismus divergens is zeldzamer en kan ook op latere leeftijd tot uiting komen.

Bij kinderen is scheelzien veel méér dan alleen een schoonheidskwesitie. Het kan de oorzaak zijn van ernstige en blijvende achteruitgang van het gezichtsvermogen. Het maakt een kind bovendien tot het mikpunt van de spot van zijn schoolkameraadjes, hetgeen deprimerend kan werken op het gevoelsleven.

Psychologisch ongunstig werkt alleen het evidente, duidelijk zichtbare, scheelzien. Een geringe mate van loensheid stoort het uiterlijk niet, verhoogt volgens sommigen zelfs de aantrekkelijkheid van een gezicht. Dat mag waar zijn voor een geringe graad van convergent scheelzien, waarbij de in de convergente stand gelegen suggestie van nabijheid en innigheid wellicht een aardig en olijk effect kan hebben; strabismus divergens, daarentegen, is eigenlijk

altijd lelijk, ook wanneer het in geringe graad aanwezig is. De nadelige gevolgen, welke het scheelzien voor het gezichtsvermogen heeft, zijn niet, zoals de psychische gevolgen, afhankelijk van de grootte van de scheelzienhoek. Een nauwelijks zichtbaar scheelzien kan evengoed tot verlies van bruikbaar gezichtsvermogen leiden als scheelzien met een grote scheelzienhoek. Daarom moet aan de diagnostiek enige aandacht worden besteed.

Diagnose van het scheelzien. Voor de huisarts bestaat de diagnostiek hoofdzakelijk in de beoordeling of de stand der ogen bij rechttuit gerichte blik symmetrisch is. Ook wanneer men over een goed timmermansoog beschikt zijn er vele foutenbronnen. Het kind kan onrustig zijn en slecht fixeren. De neusring kan breed zijn, en vooral bij gelijktijdige aanwezigheid van een epicanthus een convergente oogstand suggereren. Men komt daarom al dadelijk verder, wanneer men het kind naar een lichtje laat kijken. Dan worden de ogen rustig gehouden en kan men beoordelen of de spiegelbeeldjes van het lichtje op de corneae symmetrisch staan ten opzichte van beide pupillen. Nog iets nauwkeuriger wordt de diagnostiek wanneer men tijdens fixatie van een lichtje afwisselend het rechter en het linker oog afdekt. Ziet men bij herhaling een oogbeweging als één der ogen de fixatie moet overnemen, dan is dat oog scheel. Het gemanipuleer bij het afwisselend afdekken stoort evenwel de rustige fixatie van het kind, zodat het aantonen van een kleine scheelzienhoek makkelijker is gezegd dan gedaan. Ook de oogarts beschikt niet over verfijnder onderzoeksmiddelen, zodat de grotere trefzekerheid van zijn diagnose bij jonge kinderen alleen op een grotere mate van geoefendheid berust.

Een belangrijke steun voor de diagnose scheelzien levert de anamnese. Heel vaak is scheelzien, vooral in het begin, intermitterend. Soms begint het straberen plotseling. Een trauma of een kinderziekte is dan gewoonlijk de aanleiding tot het uitbreken der eerste verschijnselen. Wanneer bij het onderzoek een rechte oogstand wordt gevonden, maar de ouders meedelen, dat het kind na een griep is gaan „trekken”, dan doet men goed de diagnose scheelzien te stellen. Nog waarschijnlijker wordt de diagnose wanneer in de familie van het patiëntje scheelzien voorkomt. Wij weten nog weinig van de oorzaak van het scheelzien, maar dat het een erfelijke stoornis is, is zeker.

Schatting van het gezichtsvermogen. Moeilijker, en niet minder belangrijk dan de vaststelling van de

* Oogheelkundige universiteitskliniek Amsterdam.

afwijkende oogstand, is bij schele kindertjes de vaststelling van verminderd gezichtsvermogen. Al bij zuigelingen is dat in principe mogelijk. Wanneer een kindje zonder protest toelaat dat de arts zijn hand voor één der ogen houdt, maar met het hoofd gaat trekken, of gaat huilen, als de afdekkende hand voor het andere oog wordt gebracht, dan is er zeker met het gezichtsvermogen van dit laatste oog iets aan de hand. Met dezelfde zekerheid kan men zeggen dat beide ogen praktisch even goed zijn als het kind zonder voorkeur beurtelings met het rechter of het linker oog scheelziet, of de fixatie overneemt en daarna spontaan vasthoudt als het tevoren fixerende oog even werd afgedekt. (Alternerend scheelzien). Ook als de fixatie, na wegtrekken van de afdekkende hand, dadelijk wordt hernomen door het vóór het afdekken fixerende oog (monoculair scheelzien), kan men uit de wijze, waarop het habitueel scheelziende oog fixeert, wel iets over de visus van dat oog concluderen. Als het oog bij de poging tot fixatie zoekend heen en weer gaat is het gezichtsvermogen zeker gering. Dit is ook het geval wanneer het oog bij poging tot fixatie scheel blijft kijken. Men noemt dit excentrische fixatie.

Bij de beoordeling van het gezichtsvermogen van jonge kinderen is de oogarts sterk in het voordeel boven de huisarts. Hij kan tijdens het oogspiegelen een in de elektrische oogspiegel aangebracht zwart stipje of sterretje op het netvlies projecteren. Dit figuurtje trekt onmiddellijk de aandacht van het kind. Ziet de oogarts het stipje stil op de fovea centralis geprojecteerd staan, dan is er goede fixatie en naar alle waarschijnlijkheid een redelijke gezichtscherpte. Oscilleert het stipje op en om de fovea, dan is de visus gering; staat het stipje stil naast de fovea, dan is er excentrische fixatie, wat altijd met een sterk verlaagde gezichtsscherpte gepaard gaat. Het beoordelen van media, fundi en refractie ligt bij jonge kinderen geheel op het terrein van de specialiste, zodat een uitweiding over deze onderwerpen in het verband van dit artikel niet nodig is. De refractiebepaling geschiedt sciascopisch in atropine-cycloplegie. Gewoonlijk wordt het kind verscheidene dagen achtereen ingedruppeld.

Gevolgen van het scheelzien voor het gezichtsvermogen. Scheelzien gaat, behalve soms in de eerste weken van zijn ontstaan, niet gepaard met dubbelzien. Het beeld van het schele oog wordt geïnhibeerd, gesupprimeerd. Bij alternerend scheelzien alterneert de suppressie mee. Bij monoculair scheelzien wordt steeds het beeld van hetzelfde oog gesupprimeerd. Op den duur wordt zulk een oog gewoonlijk „amblyoop”; het lijdt een verlies aan fixatievermogen en gezichtsscherpte, die tot uiting komt als het door afdekken van het goede oog tot fixatie wordt gedwongen. De amblyopie, die evenals de suppressie het gevolg is van een cerebraal inhibitieproces, is des te erger naarmate het scheelzien langer heeft bestaan en eerder is begonnen. De gezichtsscherpte kan tot minder dan 1/60 zijn gedaald. Refractiefouten, vooral astigmatisme en anisometropie, bevorderen het ontstaan van amblyopie. De ernstigste vorm van amblyopie is de excentrische fixatie; deze treedt pas na lang bestaan van het scheelzien op.

En ander gevolg van het scheelzien, hoewel minder ernstig dan de amblyopie, is het verlies van het binoculaire dieptezien. Het binoculaire zien ondergaat bij het scheelzien eigenaardige wijzigingen. De eerste stap is de suppressie. Deze behoedt het kind voor diplopie en is daardoor een nuttige aanpassingsvorm. Bij sommige scheelziende kinderen ontwikkelt zich later een nieuw soort binoculair zien, ondanks de afwijkende stand van het schele oog; zelfs een geringe graad van stereoscopisch dieptezien kan zich daarbij vormen (abnormale netvliescorrespondentie). Naarmate bovenstaande aanpassingswijzen aan de schele oogstand zich beter hebben kunnen ontwikkelen, wordt de weg terug naar het normale binoculaire zien met rechte oogstand steeds moeilijker.

Behandeling. Daar het onderzoek van een scheelkind niet volledig is zonder onderzoek van refractie, media en fundi, behoort ieder scheelkind, hoe jong ook, bij de oogarts. In enkele gevallen is scheelzien het secundaire gevolg van een ernstige oogziekte zoals retinoblastoom. Alleen al daarom is uitstel van onderzoek bij scheelzien nooit verantwoord. De amblyopiebehandeling kan al op de zuigelingenleeftijd beginnen, meestal door dichtplakken van het fixerende oog, als is soms atropinistatie voldoende. Het kan door goed gedoseerde occlusie gelukken het scheelzien te genezen; vaker bereikt men aldus dat het scheelzien alternerend wordt, en goede gezichtsscherpte daardoor op beide ogen wordt verzekerd. Lukt ook dat niet, dan moet men althans trachten door occlusie een fixatiewisseling tot stand te brengen, en zodoende afwisselend elk der ogen een „beurt” te geven bij het zien.

Correctie van de refractiefout (meestal hypermetropie) kan in het tweede levensjaar beginnen. Naarmate de refractieafwijking groter is zal men eerder corrigeren. Correctie van de hypermetropie leidt door ontspanning van de accommodatie altijd tot vermindering van de scheelzienhoek en niet zelden tot genezing van het scheelzien. In gevallen van sterk astigmatisme of van sterke anisometropie is definitieve behandeling van de amblyopie pas mogelijk na goede optische correctie.

Blijft na correctie van refractiefout en behandeling van amblyopie nog scheelzien over — en dat is bij de meerderheid der patiënten het geval — dan komt operatie in aanmerking. In sommige gevallen moet men al in het derde jaar tot operatie besluiten, in andere gevallen later. Ook wanneer de oogstand na occlusie, bril en operatie ogenschijnlijk recht is, komt het binoculaire zien in de meeste gevallen niet spontaan terug. Hiervoor dient de orthoptische therapie, een binoculaire oefenbehandeling die door orthoptisten wordt uitgevoerd met behulp van stereoscopische apparaten. In uitgezochte gevallen zijn met orthop-

tische oefeningen successen te bereiken. Het is jammer dat kinderen onder vijf of zes jaar de concentratie voor de oefeningen niet op kunnen brengen. Het kwaad van de suppressie en de abnormale netvliescorrespondentie is dan vaak al jaren geleden gesticht.

Het verwaarloosde scheelzien. Elk geval van scheelzien, dat niet in een vroeg stadium bij de oogarts komt, is verwaarloosd scheelzien. Meestal ligt de oorzaak in onverschilligheid van de ouders. Het scheelzien kan ook bij voldoende attentie van alle betrokken partijen aan de aandacht ontsnapt zijn door een kleine scheelzienhoek. Doordat het scheelzien lang onbehandeld is gebleven is er zware amblyopie. Het binoculaire zien is zover ontspoord dat zelfs orthoptische oefeningen zelden baten. Vooral de abnormale netvliescorrespondentie en de excentrische fixatie trotseren bijna elke behandeling. De scheelzien-operatie heeft dan alleen nog cosmetische betekenis.

Veel gevallen van verwaarloosd of onontdekt geble-

ven scheelzien worden tegenwoordig ontdekt doordat de schoolartsen vroegtijdig de gezichtsscherpte bepalen. Menig amblyopie kind komt daardoor nog ter elfder ure in oogheelkundige behandeling.

Voor die gevallen van amblyopie, die met occlusie niet meer verbeteren, bestaat tegenwoordig de „pleoptische oefening”, een monoculaire oefening met allerlei ingenieuze apparaten. Zelfs de excentrische fixatie is men met deze methode te lijf gegaan en niet geheel zonder succes. De pleoptische (monoculaire) oefenmethode is, evenals orthoptische (binoculaire) oefening kostbaar en tijdrovend. De oogarts prijst zich gelukkig deze moeizame arbeid aan de orthoptiste te mogen overlaten. Het is verheugend, dat het beroep van orthoptiste, waarvoor thans in Amsterdam een opleidingsinstituut is gevestigd, de laatste tijd erkenning heeft gevonden. Dit mag niet doen vergeten dat de beslissende stap in de behandeling van het scheelzien door de huisarts wordt gedaan, en vroege herkenning vele kostbare specialistische behandelingsmethoden van het verwaarloosde scheelzien overbodig maakt.

NOTITIES UIT DE PRAKTIJK VAN DE HUISARTS

Enige vergissingen bij de diagnose prostaathypertrofie

DOOR J. J. M. MICHELS, HUISARTS TE WAGENBERG

In deze notitie moge de aandacht worden gevraagd voor oudere mannelijke patiënten met klachten over het urineren. Ontmoeten wij een oude man met mictieklachten, dan is de diagnose al bijna gesteld. Vinden wij dan nog bij rectaal toucher een vergrote prostaat, dan schijnt het alleen nog zaak uit te maken of het een benigne of maligne prostaathypertrofie is en onze therapie wordt ingesteld. Op deze manier kunnen neurologische mictiestoornissen, die op deze leeftijd nogal eens voorkomen, over het hoofd worden gezien.

Voor een goed begrip en om tot een goede diagnose te komen is het nuttig nog eens precies na te gaan, welke de klachten en de verschijnselen zijn van een prostaatlijden en de anatomie en de fysiologie in herinnering te roepen.

De klachten en verschijnselen zijn:

- 1 moeilijk en langzaam plassen met een zwakke straal;
- 2 noodzaak vaker te urineren en in kleine hoeveelheden, vooral 's nachts;
- 3 algemene klachten ten gevolge van de verhoging van het ureumgehalte in het bloed: lichte anemie, anorexie, dorst, droge huid, jeuk, grauwe huids-

kleur, misselijkheid; later braken, foetor ex ore (ammoniak), diarree, slapeloosheid, spierfibrillaties, singultus; tenslotte psychose, sopor en coma;

- 4 hypertensie en wel van renale oorsprong. De filtratiedruk in de nieren moet namelijk verhoogd zijn, wat altijd resulteert in een hypertensie. Dit punt is voor de differentiële diagnose alleen van belang als er geen hypertensie is;
- 5 het toucher behoeft lang niet altijd een duidelijk vergrote prostaat op te leveren, en een vergrote prostaat is niet altijd de oorzaak van de klachten;
- 6 blaasresidu;
- 7 incontinentie. Deze klacht ontstaat eerst in een vergevorderd stadium. Het altijd vermelde nadruppelen komt ook eerst laat bij prostaatlijden voor; het is zeker niet typisch voor prostaatlijden.

Een enkel woord over de anatomie. De prostaat is een uit klieren en spieren opgebouwd orgaan met de vorm van een zegelring, die het begin van de urethra omgeeft. De vorm en grootte zijn zeer wisselend. De basis van het achterste gedeelte is naar boven gekeerd, de apex naar beneden. In het midden van de facies dorsalis loopt een flauwe groeve,