

confronteerd, oordeelde de redactiecommissie het toch van groot nut de aandacht van de lezers voor dit thema te vragen, omdat blindheid zulke ernstige gevolgen heeft voor de betrokkene.

De secretaris van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, Dr J. K. Pameijer, was zo vriendelijk van advies te willen dienen bij het opstellen van een programma voor enkele artikelen, gewijd aan de preventie van blindheid. Prof. Flieringa, oud-

hoogleraar in de oogheelkunde schrijft op pagina 102 over: „De taak van de huisarts bij het voorkómen van blindheid”. In volgende afleveringen zullen verschijnen: „Verdwijnende en nieuwe oorzaken van blindheid” door Dr J. Schappert-Kimmijser; „De slechte gezichtsscherpte van het scheelziende oog” door Dr C. M. J. Velzeboer en „Oogongevallen: vóorkomen en voorkóming” door Prof. Dr H. E. Henkes. H.

De taak van de huisarts bij het voorkómen van blindheid

DOOR PROF. DR H. J. FLIERINGA TE ROTTERDAM

Nu de Wereldgezondheidsorganisatie van plan is in april 1962 de preventie van blindheid in het centrum der belangstelling te plaatsen, lijkt het aangegeven ook in „huisarts en wetenschap” een artikel te wijden aan dit onderwerp. Immers, het voorkómen van blindheid is en kan niet uitsluitend de taak van de oogarts zijn, daar hij hierin nimmer zal kunnen slagen zonder de daadwerkelijke steun van de huisarts.

We moeten wel bedenken, dat de preventie van blindheid iets geheel anders is dan het voorkómen van een oogaandoening. Valt deze laatste in de categorie „letsels” in de meest uitgebreide zin, dan is het in de eerste plaats de taak van de bedrijfsarts, al of niet in overleg met de oogarts, hiertegen handelend op te treden door het tijdig nemen van beschermende maatregelen, hetzij lokaal (bijvoorbeeld schutbrillen) dan wel door algemene bedrijfshygiënische voorschriften en een strenge controle op de nauwlettende naleving daarvan. Ten opzichte van incidentele oogletsels bij huis-ongevallen kan moeilijk zo niet onmogelijk van medische zijde preventief worden opgetreden. In het gunstigste geval zal de preventie hier kunnen bestaan uit het geven van voorlichting en eventuele waarschuwing, wanneer de huisarts op zijn dagelijkse rondgang met een hem gevaarlijk lijkende situatie wordt geconfronteerd. Met betrekking tot de jeugd ligt hier vooral een taak voor opvoeders en onderwijzers, waarbij ik, door ervaring geleerd, vooral denk aan het zogenaamde proefnemen, doch in werkelijkheid niets anders dan onverantwoord spelen, met explosieve chemische stoffen ter voortdrijving van eigen-gemaakte raketten. Wel kan daadwerkelijk steun worden verleend door algemene artsen en specialisten door steeds weer te wijzen — en daarmee de actie van de volijverige secretaris van de Nederlandse Vereniging ter Voorkoming van Blindheid te accentueren — op de fatale gevolgen, welke het omgaan met gevaarlijk speelgoed met zich kan brengen. Dat dit geen denkbeeldig gevaar is, blijkt helaas op gezette tijden en in bepaalde perioden, waarin de jeugd, daarin zelfs dikwijls voorgegaan door oudere personen, meent de feestvreugde te

moeten verhogen door het afsteken van vuurwerk ten gevolge waarvan maar al te vaak het gezichtsorgaan blijvend wordt beschadigd. In ditzelfde verband is het nuttig te wijzen op het grote gevaar, dat verbonden is aan het gadeslaan van zonsverduisteringen met het onbeschermd oog.

* * *

Een bijzondere en bij uitstek moeilijk te hanteren categorie wordt gevormd door de erfelijke blindheidsoorzaken. Zuiver theoretisch gezien zouden deze ten dele ondervangen en voorkómen kunnen worden, doch bij de praktische uitvoering stuit men toch op schier onoverkomelijke bezwaren. Immers, om te beginnen zou de arts op de hoogte moeten zijn van alle oogaandoeningen, waarbij de erfelijkheid een rol speelt en tevens nog moeten weten in hoeverre deze factoren bij families, die tot zijn praktijk behoren al of niet zichtbaar of aantoonbaar aanwezig zijn. Voorts zou de huisarts dan in alle overwegingen rondom voorgenomen huwelijken en de al of niet wenselijkheid van progenituur moeten worden gekend als raadsman, waarbij hij zich alsdan ook weer nauwkeurig zou moeten oriënteren omtrent de familie-anamnese van de andere partij. Dit alles leidt ertoe dat van een voorkómen van een erfelijke oogaandoening slechts in uitzonderingsgevallen sprake zal kunnen zijn.

Daarentegen zal de waakzaamheid van de huisarts voor de preventie van congenitale oogafwijkingen zonder erfelijk karakter, zoals zich onder andere kunnen voordoen bij met een exanthema gepaard gaande infectieziekten van de aanstaande moeder in de eerste maanden der zwangerschap, een onschatbare rol kunnen spelen.

Wanneer het streven naar voorkómen van blindheid in de meest ideale vorm, namelijk de preventie van aandoeningen van het gezichtsorgaan, slechts in beperkte mate ten uitvoer kan worden gelegd, dan rijst de vraag, wat we op dit terrein dan wel kunnen doen. En het antwoord luidt: ten eerste elk ooglijden met de grootste zorgvuldigheid behandelen, daarbij steeds beseffende, dat het niet alleen

gaat om een klinische genezing, maar dat juist het functionele herstel hoofdzaak is. Ten tweede is het van groot belang een oogaandoening in het vroegst mogelijke stadium van haar ontstaan op het spoor te komen.

Sub 1 is wel in de eerste plaats en in hoofdzaak de taak van de oogarts. Voor zover de huisarts zich bekwaam acht de behandeling aan zich te houden bedenke hij, dat elke oogziekte, hoe onschuldig deze zich ook in de aanvang moge presenteren het beginstadium kan zijn van een ernstig ooglijden, dat ook na genezing kan blijken te hebben geleid tot een ernstig blijvend functieverlies.

Groter is de taak van de huisarts ten aanzien van sub 2, waarbij zijn voortdurende waakzaamheid van doorslaggevende betekenis kan zijn. Denken we in dit geval eens aan het retinoblastoom, dikwijls nog ten onrechte met de vroeger meer gangbare naam van glioom aangeduid. Bij deze fatale en meer dan eens letaal verlopende oogziekte is een vroegtijdig herkennen van het grootste belang, daar dan door moderne oogheelkundige behandelingsmethoden menigmaal belangrijke resultaten zijn te boeken, terwijl daarentegen in verder voortgeschreden gevallen alleen nog maar met een verminkende therapie kan worden getracht te redden wat te redden valt. Gaarne geef ik toe, dat onmogelijk verlangd, ja, zelfs maar mag worden verwacht, dat door de huisarts in een zeer vroeg stadium van deze ziekte de diagnose juist wordt gesteld, daar dit zelfs in de grotere oogheelkundige centra, toegerust met de meest moderne hulpmiddelen, niet altijd met absolute zekerheid mogelijk is, doch hij blijve steeds op zijn hoede en argwanend. Deze instelling zal er toe leiden, dat hij nimmer opmerkingen van een moeder — meermalen een uitstekend waarneemster — betreffende iets „vreemds”, dat zij aan de ogen van haar kindje vermeent waar te nemen, en bagatelle behandelt, en voorts, dat elke afwijking in de oogstand niet zonder meer in de grote categorie van scheelzien mag worden ondergebracht, doch een nauwgezet onderzoek door de oogspecialist vereist. Immers, maar al te vaak is een afwijking in de stand van het oog het enige verschijnsel, dat door de omgeving van het patiëntje of door een oppervlakkig onderzoek van de arts kan worden vastgesteld gedurende het beginstadium van een zich ontwikkelend retinoblastoom. Doch de huisarts heeft hier nog een andere zeer belangrijke taak. Door de activiteiten van de Nederlandse Vereniging ter Voorkoming van Blindheid en de mede door haar toedoen ingestelde zogenaamde retinoblastoom-commissie is het mogelijk geworden een vrij volledig overzicht te verkrijgen van de in ons land voorgekomen gevallen van retinoblastoom en zijn de families van deze patiënten bekend en zoveel mogelijk geregistreerd. Er wordt nu naar gestreefd alle nieuwe nakomelingen van deze families te onderzoeken en ook na een negatieve bevinding bij het eerste onderzoek op gezette tijden onder controle te houden, totdat de gevaarlijke leeftijd, welke op ongeveer zes jaar is te stellen, is bereikt. Hoe vreemd

het ook moge klinken, leert toch de ervaring, dat het niet altijd een eenvoudige en vanzelfsprekende zaak is, dat aan deze noodzakelijke controle door de opvoeders en verzorgers van het kind ten volle wordt mede gewerkt. Hier kan het gezaghebbende woord van de huisarts en van zijn sociale medewerkers van groot nut zijn.

Gaarne vestig ik hier nog eens even de aandacht op de door de huisarts zo veelvuldig te behandelen infectieziekten bij kinderen met het daarmee gepaard gaande zo vertrouwde beeld van de ontstoken ogen. Gelukkig is hierbij meestal slechts sprake van een min of meer onschuldige conjunctivitis doch de behandelende geneesheer blijve er steeds mee rekenen, dat deze aandoening op cornea of diepere delen van het oog kan overgrijpen met alle ernstige gevolgen van dien. Hij blijve dus steeds op zijn hoede!

* * *

Mijn leermeester, Prof. van der Hoeve, placht op zijn colleges elke daartoe passende gelegenheid aan te grijpen om er op te wijzen, hoe ernstig de gevolgen kunnen zijn van het niet tijdig herkennen van de aanwezigheid van een verhoogde oogdruk en ging zelfs zo ver voor te stellen, dat iedere medicus-practicus op zijn scheerspiegel het woord glaucoom zou schrijven. Heden ten dage zou deze raad slechts ten dele effectief zijn gezien de toename van het aantal vrouwelijke artsen en de toenemende gewoonte zich elektrisch te scheren. Deze waarschuwing sloeg bovendien in hoofdzaak op het acute glaucoom. Nu is het zeer zeker waar, dat hoe eerder een acuut glaucoom onder specialistische behandeling komt des te groter de kans wordt, dat de uiteindelijk overgebleven schade aan het gezichtsvermogen binnen redelijke grenzen kan worden gehouden en een nog bruikbare gezichtsscherpte overblijft. Vanzelfsprekend bestaan er grote verschillen in het verloop van deze oogaandoening, als ook in de opvatting en ervaring van de diverse oogartsen over de wijze waarop deze moet worden behandeld, hetzij conservatief dan wel operatief en wat dit laatste betreft over de uiterste termijn waarbinnen een eventuele ingreep moet geschieden. Verschillende deskundigen verdedigen de stelling, dat deze binnen twaalf uur na het begin van de aanval moet plaats hebben, doch ik meen dat een dergelijke rigoureuze eis niet mag en kan worden gesteld, daar er zo vele factoren zijn die deze beslissing kunnen beïnvloeden.

Nu heeft mij mijn bijna veertigjarige praktijk als oogarts in Rotterdam, waar landelijk gezien de frequentie van het acute glaucoom betrekkelijk hoog ligt, geleerd, dat het miskennen van dit ooglijden zeker niet een tekortkoming is, die uitsluitend aan de huisarts kan worden verweten, maar ook kan vóórkomen in een ziekenhuisomgeving, waar men dagelijks specialisten bij de hand heeft en kan consulteren. Zonder mijn bewering met statistieken te kunnen staven heb ik toch de indruk gekregen, dat ik minstens even vaak door een huisarts ben ge-

alarmeerd wegens een acuut glaucoom, dat er niet was, maar bijvoorbeeld een hordeolum, een beginnende herpes zoster, een sinusitis enzovoort bleek te zijn, dan dat het omgekeerde het geval was. Als het ziektebeeld zich ontwikkelt op de klassieke in de leerboeken beschreven wijze bij een overigens op dat moment gezonde persoon heb ik dikwijls met grote waardering kunnen constateren, dat de diagnose juist en zonder verwijl was gesteld, tenzij, hetgeen vooral in uitgebreide buitenpraktijken nog al eens voorkomt, de hulp van de huisdokter veel te laat was ingeroepen.

Veel moeilijker wordt het probleem wanneer de acute glaucoomaanval optreedt gelijktijdig met een ander ernstig lijden van de patiënt, hetwelk de aandacht van de behandelend geneesheer in beslag neemt. Meer dan eens moest ik een acuut glaucoom diagnostiseren bij een gehospitaliseerde patiënt, waarbij dan bleek, dat deze was begonnen op een moment enige dagen voordien, waarop de patiënt werd voorbereid voor het ondergaan van een chirurgische ingreep elders aan het lichaam. Ik herinner mij tweemaal een acuut glaucoom te hebben zien ontstaan bij patiënten, die voor een ingreep aan het andere oog reeds op de operatietafel lagen.

In de loop der jaren heb ik verscheidene gevallen van acuut glaucoom onder behandeling gekregen ontstaan tijdens een heftige aanval van griep. Bij sommige van deze patiënten was de aanval dubbelzijdig. Onder deze omstandigheden, waarbij de patiënt uit andere hoofde zwaar algemeen ziek is, valt het niet zo zeer te verwonderen, dat tijdelijk het stellen van de juiste diagnose achterwege is gebleven en moet de specialist niet te snel en te hard in zijn oordeel zijn, daarbij mede indachtig, het vooral voor iedere medicus geldende gezegde: „wij struikelen dagelijks in velen”. Als we uit onze fouten maar lering trekken, dan is al veel gewonnen!

* * *

Er zijn nog twee verschijningsvormen van glaucoom, waarop ik in verband met dit artikel, de aandacht van de huisarts zou willen vestigen, te weten het infantiele glaucoom of hydrophthalmos en het glaucoma simplex. In het voortreffelijke rapport van Mevrouw Dr J. Schappert-Kimmijser over „Blindheidsoorzaken in Nederland” bewerkt in de jaren 1954-1957 kunnen we lezen, dat het grootste percentage namelijk 16,5 komt op rekening van de tapeto-retinale dystrofie (inclusief retinitis pigmentosa), terwijl aan de bovengenoemde twee vormen van glaucoom tezamen een belangrijke tweede plaats moet worden ingeruimd en wel voor het glaucoma simplex 9 procent en voor de hydrophthalmos 5,1 procent, tezamen dus bijna evenveel als voor de tapeto-retinale dystrofie.

Voor beide vormen van glaucoom geldt, dat voor het uiteindelijke resultaat van de behandeling, de vroeg gestelde diagnose van het grootste belang is. Wat betreft de hydrophthalmos is dit tot op zekere

hoogte niet zo moeilijk, vooral niet wanneer de aandoening, zoals nogal eens het geval is, familiair optreedt. Meestal zal door de omgeving van de zuigeling de aandacht van de huisarts op de ogen van het kind worden gevestigd door uitdrukkingen als: „Het kind heeft zulke grote ogen” of „Ze lijken zo dof” of iets dergelijks, dan wel wordt dit door de opmerkelijke arts zelf geconstateerd. Hier geldt wederom hetzelfde als waarop ik eerder heb gewezen en wel dat elke al of niet vermeende abnormaliteit, welke een moeder of daarmee gelijk te stellen verzorgster in het gezichtsvermogen van een kind vaststelt, voor de huisarts aanleiding behoort te zijn een nauwkeurig oogonderzoek in te stellen dan wel aan de oogarts te verzoeken. Wordt aan deze stelregel de hand gehouden, dan zal veel spijt kunnen worden voorkomen.

Moeilijker dan voor de hydrophthalmos liggen over het algemeen de omstandigheden ten opzichte van het glaucoma simplex. Dit is eigenlijk de meest verraderlijke aandoening, die de oogheelkunde kent. Door de meestal uiterst slepende wijze, waarop zij voortschrijdt zal de ziekte als regel lange tijd aan de aandacht van de lijder en diens omgeving ontsnappen, vooral, zoals zo dikwijls het geval is, indien de centrale gezichtsscherpte nog niet of nauwelijks is gestoord. Bovendien is de aandoening door de huisarts, die uit de aard der zaak over beperkte hulpmiddelen beschikt, in het begin moeilijk of niet vast te stellen. Komen er wel klachten, die de arts in de juiste richting kunnen leiden en tot het stellen van de diagnose brengen, dan is veelal reeds een stadium bereikt van onherstelbare schade. Het is een goede gewoonte van tal van huisartsen patiënten met hoofdpijnklachten, welke op andere wijze niet zijn te verklaren voor een nader onderzoek naar de oogarts te verwijzen. Toch bestaan deze klachten lang niet bij alle lijders aan glaucoma simplex, vooral niet in die gevallen, welke slechts met een geringe verhoging van de oogdruk gepaard gaan. Deze gevallen palpatoir vast te stellen behoort tot de onmogelijkheden en kan alleen met behulp van de tonometer geschieden.

Men kan vast stellen dat door het stijgen van de gemiddelde leeftijd van de mens, alsmede door de uitbreiding van de algemene gezondheidszorg en het daardoor toegenomen inzicht in de noodzaak van preventieve geneeskunde, gedurende de laatste decennia de belangstelling van de oogartsen voor de problematiek rondom het glaucoma simplex meer dan ooit is toegenomen. Zowel in Europa als in Amerika is dit het geval, hetgeen ertoe heeft geleid, dat de hulpmiddelen om tot een vroege en fijnere diagnostiek te komen zeer zijn uitgebreid, zoals het meer veelvuldig gebruik van de tonometer, de meer verfijnde methode voor de bepaling van het kwantitatieve gezichtsveld, de gonioscopie, dat wil zeggen het onderzoek met de spleetlamp van de kamerhoek, het vaststellen van het dagelijkse verloop van de oogdruk, de zogenaamde dagcurve, de belasting-

proeven, de tonografie, waarmee de filtratiesnelheid in de kamerbocht wordt bepaald, de nauwkeurige bepaling van de licht- en donkeradaptatie, enzovoort. Het hierdoor verkregen grotere inzicht leidde tot uitbreiding van het medicamenteuze en operatieve therapeutisch arsenaal.

* * *

Door een, zij het dan beperkt, ingesteld massa-onderzoek is gebleken, dat bij een groot aantal personen boven de 40 jaar een te hoge oogdruk bestaat. Ook in ons land werd een dergelijk onderzoek verricht door de, mede dankzij de activiteiten van de Nederlandse Vereniging ter Voorkoming van Blindheid ingestelde, glaucoom-commissie onder leiding van de Haagse oogarts Dr Goëdbloed. Merkwaardigerwijs liepen de in de diverse landen gevonden aantallen bijzonder weinig uiteen en varieerden van 2-2,4 procent van de onderzochte groepen. Het spreekt vanzelf, dat deze verontrustend hoge waarden velen te denken geven en doen zoeken naar maatregelen om de uiteindelijke gevolgen van dit euvel zoveel mogelijk binnen de perken te houden. Een onderzoek en registratie van de gehele bevolking is onmogelijk. Evenzo acht ik het voorstel om de huisarts te bekwamen in de tonometrie onuitvoerbaar. De omgang met dit instrument, dat door zijn grote kwetsbaarheid telkens weer opnieuw moet worden geijkt om betrouwbare uitkomsten te geven, vereist intensieve scholing en dagelijks onderhouden vaardigheid. Het zou reeds een grote stap voorwaarts betekenen, indien de tonometrie als routine-onderzoek bij het bezoek aan de oogarts zou plaats vinden. Ook dit is, gezien de zeer drukke spreekuren van de meeste oogartsen, nauwelijks als eis te stellen en zelfs in de grote oogcentra uiterst bezwaarlijk te realiseren. Om zoveel mogelijk aan de bezwaren tegemoet te komen, zijn aan tal van oogheelkundige klinieken speciale poliklinische glaucoom-afdelingen ingesteld.

In een uitgebreide voorlichting van de leek door middel van pers, radio en televisie zie ik weinig heil. Het kweken van een glaucomafobie is daarbij een niet te onderschatten gevaar!

Hoewel dit alles zeer negatief klinkt, houdt het niet in, dat de huisarts geen belangrijke rol zou kunnen spelen bij dit deel van de preventie van blindheid. Er zijn tot dit doel wel enige voorschriften te geven. Zo zal de huisarts ervoor kunnen waken, dat een ieder van de aan zijn zorgen toevertrouwde patiënten, die met gezichtsklachten tot hem komt, vooral om en nabij de kritische leeftijd van ongeveer 40 jaar, de meestal door hem zelf geopperde therapie van „een bril”! — die helaas meer-

malen in de beginne „schijnbaar” helpt, doordat een beginnend glaucoom zich kan openbaren door een verandering in de refractie van het oog — niet voorgeschreven krijgt dan na een gedegen onderzoek door de oogarts. In geen geval mag de bril worden aangemeten door de opticien of de plaatselijke horlogemaker, die als onderdeel van zijn bedrijf een afdeling brillen exploiteert. Juist het verbeterde inzicht in de frequentie van het glaucoma simplex pleit meer dan ooit voor een wettelijke regeling, bepalende, dat brillen niet anders mogen worden geleverd dan op voorschrift van een arts.

Voorts zal de huisarts in hoge mate ertoe kunnen meewerken door te helpen bevorderen, dat lijdens aan een glaucoom zich nauwkeurig houden aan de gegeven voorschriften van de medicamenteuze therapie en zich stipt onderwerpen aan de door de oogarts bevolen regelmatige controle. Vooral dit laatste laat dikwijls veel te wensen over, zoals onder andere valt af te lezen uit een statistiek van Prof. Leydhecker, hoogleraar in de oogheelkunde aan de universiteit te Bonn en een der meest vooraanstaande deskundigen op het gebied van het glaucoom, en waaruit blijkt, dat 16-20 procent der in behandeling zijnde glaucoomlijders zich aan de controle onttrok. Vanzelfsprekend is het een noodzakelijke voorwaarde om zich van de medewerking van de huisarts te verzekeren, dat hij door de specialist omtrent het bestaan van het lijden en de gegeven voorschriften uitvoerig wordt ingelicht.

* * *

Ik heb mij onthouden van het geven van een uitgebreide beschrijving van het ziektebeeld glaucoom, daar deze de toegelaten omvang van het artikel verre zou overschrijden. Bovendien kan het in elk oogheelkundig leer- of handboek worden nagelezen. Slechts met enige algemene opmerkingen moge ik besluiten. Door de talrijke onderzoeken is gebleken, dat het zeker niet vaststaat, dat het Joodse ras een predispositie zou hebben voor het glaucoom, zoals in vele vroegere publikaties nog al eens wordt vermeld. Ook het overwegen van het mannelijk geslacht is niet duidelijk naar voren gekomen. Wel is zeker, dat de operatieve behandeling van het glaucoom bij negers een zeer veel slechtere prognose heeft, dan bij blanken. De invloed van bijzondere klimatologische en meteorologische omstandigheden kon evenmin worden vastgesteld. Wel is gebleken, dat de erfelijkheid een belangrijke rol speelt. Waardenburg stelde deze bij 35 van de 142 onderzochte lijdens overtuigend vast. Het hoge percentage van potentiële lijdens aan glaucoom behoort de niet deskundige tot een uiterst voorzichtig gebruik van mydriatica, waaronder ook cocaine, te manen.