

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing. Voor de eerste maal in deze rubriek twee bijdragen van eigen bodem.

Cataract, een blinde vlek?	97
Tien manieren om de mist in te gaan	102

## Cataract, een blinde vlek?

De heer B. is 70 jaar. Acht jaar geleden ging hij vervroegd met pensioen om zijn vrouw te verzorgen die door een ernstige arthrose gehandicapt is. In maart 1977 onderging hij een intracapsulaire lens-extractie aan het rechteroog, gevolgd door eenzelfde operatie aan de linkerkant in juli 1977. Hij draagt nu een staarbril. Bij een van onze regelmatige bezoeken aan zijn vrouw informeerden wij terloops hoe het hem was vergaan, waarop wij een onverwachte uiteenzetting kregen. De operaties hadden aan zijn verwachtingen voldaan, maar in zijn verslag klonk het verwijt door, onvoldoende te zijn voorgelicht: hij had veel langer niet kunnen autorijden dan hij had gedacht, waardoor ook zijn vrouw deze zomer de gebruikelijke uitstapjes had moeten missen.

### Een blinde vlek ontdekt

Het woord „terloops” blijkt tekenend te zijn voor de manier waarop over cataract-problemen wordt gedacht. Zo bemerkten wij een gebrek aan kennis, waardoor wij de op verschillende punten gerezen vragen moeilijk konden beantwoorden. Ook bleek er een discrepantie te bestaan tussen het aantal mensen met cataract dat ons in de praktijk bekend was en het aantal dat op grond van de epidemiologische gegevens last moet hebben van staar.

Uit de cijfers van de Stichting Medische Registratie in Utrecht valt af te leiden dat gemiddeld in de praktijk van een huisarts twee cataract-operaties per jaar plaatsvinden. Dit betekent, gezien de trage progressie van de ziekte, dat er in onze praktijk nogal wat mensen moeten zijn bij wie de klachten niet zijn geduid.

Op zoek naar meer gegevens vonden wij bij het lezen van brieven over de ons bekende patiënten dat de oogarts slechts incidenteel informeert over de diagnose cataract en zich in het algemeen beperkt tot berichten over de inmiddels uitgevoerde operatie. De vraag drong zich aan ons op of alles inderdaad altijd wel zo gladjes verloopt en of de huisarts geen taak laat liggen door zijn eigen blinde vlek op dit gebied te laten bestaan.

*Want toen hij zesenvijftig jaar oud was, werd hij blind en in zijn zestigste jaar werd hij weer ziende.*

*En hij heeft de overige tijd van zijn leven vergenoegd doorgebracht*

*Tobia 14 : 3-4*

### Een taak te ontdekken

Henkes en Van Balen schrijven: „De huisarts kan in hoge mate de verwachtingen van de patiënt beïnvloeden”. Om zijn cataract-patiënten goed te begeleiden zou hij een beleid moeten ontwerpen. Dat het door persoonlijke factoren niet altijd mogelijk is een vaste beleidslijn aan te houden, valt af te leiden uit het contact met de volgende twee patiënten.

*Mevrouw Van G. is 65 jaar oud. Zij had zes jaar geleden pyurie die op niertuberculose bleek te berusten. Zij onderging nefrectomie links en is, zoals gebruikelijk bij tuberculose-patiënten, alleen gerust te stellen door frequente consultatie. Zij vertelt*

**H. A. NOLET EN  
M. F. A. PRICK-SLOTHOUWER  
BEIDEN HUISARTS  
TE NIJMEGEN**

*ons dat de oogarts een beginnende staar heeft vastgesteld en dat zij daarvoor gelukkig geregelde controle heeft kunnen afspreken.*

*Nog dezelfde week komt mejuffrouw H, 71 jaar oud, op het spreekuur. Zij is ruim veertien jaar in de praktijk en wij weten dat zij al geruime tijd onder controle van de oogarts staat, van wie wij echter nooit enig bericht ontvingen. Zij vraagt ons opnieuw onze raad over het voorstel van de oogarts zich aan haar linkeroog te laten opereren. Bij onder-*

*zoek blijkt de pupil van het linkeroog grijs te zijn en de visus minimaal; wel kan zij met dit oog licht waarnemen en de lichtrichting aangeven. De visus van haar rechteroog is gecorrigeerd 0,6; er bestaat cataracta incipiens. De oogarts kon tot nu toe praten als Brugman, het lukte hem niet haar te overtui-*

*gen van het nut van operatie. Voor ons begrijpelijk, omdat deze ongetrouwde vrouw een chronisch zieke vriendin verzorgde, die overigens kortelings overleed. In deze voor haar moeilijke tijd zagen wij haar geregeld met klachten over hoofdpijn en pijn in de nek. Het is goed mogelijk dat haar arthrotische wervelkolom, met bovendien op verschillende niveaus versmalde tussenwervelschijven, deze klachten mede in de hand werkten.*

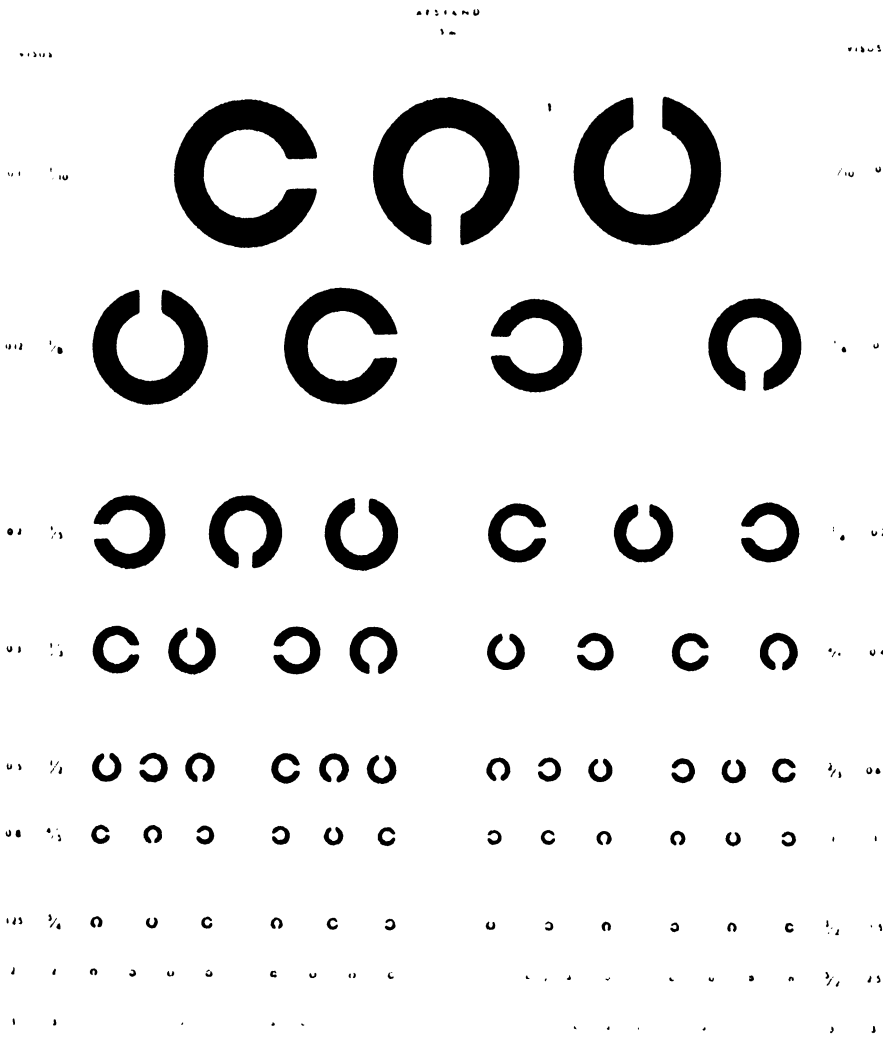
### Wat is staar?

Zo langzamerhand wordt het ons duidelijk dat de huisarts te maken heeft met allerlei uiteenlopende problemen aangaande staar. Wij willen proberen door de kennis van cataract te ordenen deze problemen gemakkelijker en meer gefundeerd op te lossen. Het woord staar is een beladen begrip: het betekent van oudsher of blindheid of operatie. Bij alle oudere mensen wordt de lens van het oog in lichte mate troebel. De oogarts kan bij mensen boven de zestig jaar zonder uitzondering een eerste begin van seniele cataract vinden. Slechts zelden geeft dit aanleiding tot klachten; die komen pas in een later stadium.

De vroegste symptomen worden dan veroorzaakt doordat de troebeler wordende lens invallende lichtstralen verstrooit, een proces dat meer hinder oplevert naarmate de lichtbron sterker is. Het is te vergelijken met in donker autorijden met een modderige voorruit; de koplampen van een tegenligger maken het zien tijdelijk onmogelijk. Onbewust probeert de patiënt dit voor hem te scherpe licht te vermijden door met het hoofd wat gebogen te lopen of een zonnebril op te zetten. Bij het lezen zal hij graag met zijn rug naar het licht gaan zitten; het zien in de verte wordt moeilijker, ook met de hand boven de ogen. Soms merkt hij met een vroegere leesbril beter te kunnen zien.

Heel langzaam sluipt zo de ziekte in. Zeker als maar één oog is aangedaan, vindt een bijna vanzelfsprekende aanpassing plaats. De duur van de ontwikkeling is zeer wisselend; de toename is meestal heel langzaam, de situatie kan jaren, zelfs tientallen jaren onveranderd blijven. Wanneer het cataract in een verder gevorderd stadium komt, nemen de klachten over het nabij-

Figuur 1. Landoltse ringen



zien toe. Dan komt de patiënt bij zijn huisarts: „Ik kan niet goed meer lezen”.

### Diagnose stellen

De klacht „wazig zien” is niet pathognomonisch voor staar; ook andere ziekten kunnen dit veroorzaken. De diagnose staar is alleen met doervallend licht te stellen. Indien de pupil mooi rond is en rood en gelijkmatig helder oplicht, heeft de patiënt waarschijnlijk geen troebelingen in de media. Een onzuivere begrenzing van de pupil of zwarte vormsels voor de rode achtergrond wijzen heel dikwijls op cataract. Wanneer een slechte visus bestaat terwijl daarentegen de fundus goed is te spiegelen, kan cataract niet de hoofdoorzaak zijn van het slechte zien. Een ernstig troebele lens maakt het namelijk onmogelijk de retina te inspecteren. Desondanks kan bepaald worden of het netvlies al of niet functioneert en operatie dus zinvol kan zijn, door de patiënt een lichtbron voor het oog te houden. Ook bij het dikste cataract kunnen zowel licht als de richting van waaruit het komt, door de patiënt worden waargenomen, mits de retina intact is.

Bij wazig zien is het belangrijk in een vroeg

stadium de oogarts in consult te vragen om de diagnose te bevestigen. Er kunnen immers behalve staar nog andere oogafwijkingen in het spel zijn. Bovendien is het alleen in de beginfase van cataract mogelijk de retina oogheelkundig goed te beoordelen, wat prognostische betekenis heeft voor het zien na een eventuele lensextractie. De oogarts kan door refracteren de visus meteen goed bepalen en zonodig corrigeren.

Zijn er bij dit specialistisch onderzoek geen andere afwijkingen dan het cataract gevonden en is het om andere redenen niet noodzakelijk dat de patiënt regelmatig door de oogarts wordt gecontroleerd (hypertensie, diabetes mellitus), dan kan de huisarts de visus onder controle houden tot er verandering in komt; dan is consult van de oogarts weer nodig.

Een overweging bij deze controle kan zijn dat de gewone letterkaart onvoldoende garantie geeft: de patiënt kan door het – eventueel zelfs wazig – zien van een deel van een letter toch deze letter als geheel, de Gestalt ervan, herkennen en juist benoemen. Beter is het de kaart met Landoltse ringen te gebruiken (figuur 1).

Bij cataracta incipiens kan de huisarts met

het voorgaande als achtergrond tot een beleid komen. Om een gedragslijn op te stellen terzake vóór en ná een operatie, stuiten wij op de volgende vragen: op welk moment moet worden besloten tot lensextractie en hoe moet dan de ontstane afakie worden gecorrigeerd?

### Wanneer indicatie voor operatie?

Voor het tijdstip van operatie zijn geen strikte maatstaven te geven. In het algemeen kan gelden dat aan operatie moet worden gedacht als de patiënt niet meer kan lezen; een postzegelverzamelaar zal zich echter veel eerder in zijn hobby gehinderd voelen. Om psychologische redenen lijkt het aanbevelenswaardig dat met een operatie winst wordt gemaakt, wat betekent dat een patiënt ná de operatie zoveel beter ziet dan ervoor dat hij de ongemakken van de afakie-correctie op de koop toe kan nemen. Winst kan ook inhouden dat een patiënt, doordat hij weer kan zien en lezen, zich beter naar de buitenwereld kan richten (krant), met onder andere soms als verblijdend resultaat dat demente oude mensen aan een pseudodementie blijken te hebben geleden.

In wezen wordt dan ook de indicatie voor operatie door de patiënt gesteld: de een is nu eenmaal veel eerder gehandicapt door een verminderde visus dan een ander. Verder moet ook meetellen dat het binoculair zien moeilijker te herstellen is als één oog te lang niet-ziend is geweest.

De sprong van diagnose naar operatie is groot maar komt overeen met de realiteit; therapeutisch zit er niets tussen. Geneesmiddelen om het proces te vertragen bestaan niet. De operatie zelf is door de verbeterde techniek zo weinig belastend geworden dat er eigenlijk geen medische bezwaren meer zijn aan te voeren. Eventueel kan de ingreep onder plaatselijke verdoving worden uitgevoerd. Na ruim een dag is mobilisatie mogelijk; de vroeger noodzakelijk geachte langdurige bedrust is gelukkig overbodig geworden door het zeer fijne hechtmateriaal, waarmee de circumcisie van de cornea wordt gesloten. Er zijn medisch dus geen contraïndicaties voor een lensextractie.

### Hoe afakie corrigeren?

Om de afake patiënt weer correct te laten zien, moet het verlies van de lens worden goedge maakt. Hiervoor kan worden gekozen uit een brilleglas, een contactlens of een intra-oculaire kunstlens. Als kunstlens wordt meestal de iriscliplens gebruikt, die na de extractie van lens met kapsel (intracapsulaire lensextractie) in het oog wordt geplaatst. Door de wijze van fixatie ontstaat een vierkante pupil.

Bij de keuze van correctie zijn naast enkele overwegingen, die tot het domein van

de huisarts behoren, vooral oogheelkundige belangrijk. Een aantal hiervan, dat bij de voorlichting van patiënten van belang kan zijn, laten wij de revue passeren.

Implantatie van intra-oculaire lenzen geeft in 2 tot 3 procent van de gevallen ernstige complicaties. Het percentage complicaties is bij cataract-operaties zonder implantatie lager en wordt gesteld op 0,5 tot 1 procent. In de afgelopen vijftien jaar waarin de intra-oculaire lens is gebruikt, is wel de ervaring opgedaan dat de kunststof weinig afweerreacties oproept. De onbekendheid met het antwoord op de vraag of er na een periode van meer dan vijftien jaar toch reacties zullen ontstaan, lijkt voor patiënten boven de 65 jaar slechts van theoretisch belang.

Wordt ondanks het verhoogde risico voor de implantatie-lens gekozen, dan is het zeer gewenst dat de ogen aan de volgende voorwaarden voldoen:

- van het oog met cataract mogen de overige oogstructuren geen verhoogd uitzicht op ooglijden bieden;
- het andere oog moet ziende zijn of door operatie ziende kunnen worden.

De eerste voorwaarde wordt gesteld omdat goed oogonderzoek door een kunstlens wordt bemoeilijkt: men hoeft de moeilijkheden niet te zoeken. De tweede voorwaarde vormt een soort verzekering tegen het verhoogde risico voor het te opereren oog.

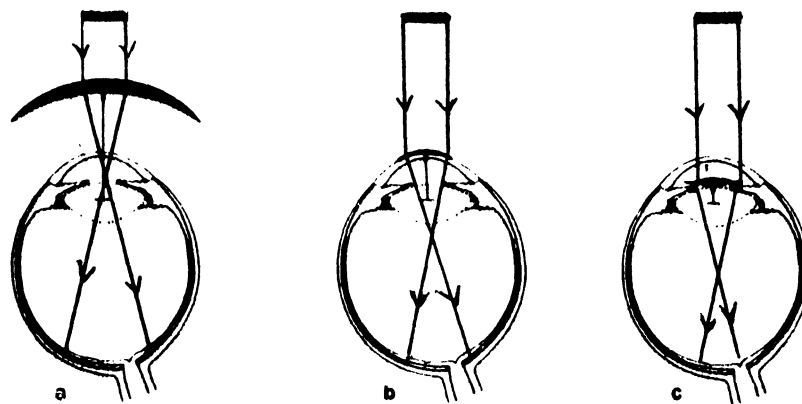
Valt de keus op implanteren van een lens, dan moet de patiënt tevoren weten dat tijdens de operatie kan blijken dat implantatie toch niet verantwoord is.

De lens is de oplossing bij een nog redelijk ziend tweede oog. Correctie met één brilleglas maakt het in zo'n geval onmogelijk het binoculair zien na de operatie te behouden of weer te bewerkstelligen. Door het brilleglas ontstaat een vergroting van het beeld op het netvlies. Dit heeft een beeldgrootteverschil tussen beide ogen ten gevolge van 25 procent (aniseiconie). Bij een dergelijk verschil is samensmelten (fuseren) van de beelden onmogelijk en treedt dubbelzien op. In tegenstelling tot de bril staan de contactlens en zeker de implantatielens zoveel dichterbij de plaats van de oorspronkelijke lens dat de mens, die gewend was binoculair te zien, het hierbij optredende verschil in beeldgrootte weet te fuseren (figuur 2).

Zonder contactlens of intra-oculaire kunstlens heeft een eenzijdige cataract-extractie bij een nog redelijk ziend tweede oog slechts beperkte betekenis, omdat de patiënt hierdoor in zekere zin tot een éénogige wordt gemaakt.

Indien een patiënt door staar met beide ogen slecht ziet, kan men één of beide ogen opereren. De correctie van de afakie met een staarbril lijkt in dit geval het meest voor de hand te liggen. Weliswaar heeft de bril zijn nadelen, maar hij is gemakkelijk te hanteren

Figuur 2. Schematische voorstelling van het retinabeeld bij a bril, b contactlens en c implantatielens.



en altijd bij de hand, terwijl voor het hanteren van contactlenzen een zekere handigheid is vereist.

In februari 1975 ging de heer R. naar de oogarts omdat hij bemerkte aan de overkant van de straat mensen niet meer te kunnen herkennen; het lezen ging nog goed. Hij bleek geen diabetes mellitus te hebben en gebruikte geen geneesmiddelen, met name geen prednison.

De oogarts constateerde staar op beide ogen en stelde hem een operatie voor: „Van de zomer ziet u weer prima”. De termijn viel hem wat tegen maar de vooruitzichten waren rooskleurig. De operaties vormden geen probleem: op 6 maart 1975 en 13 maart 1975 werd respectievelijk eerst links en toen rechts intracapsulaire lensextractie verricht. Daags na elke operatie zat hij alweer naast zijn bed. Hij kreeg gedurende zes weken een voorlopige bril met plastic glazen en daarna een definitieve bril.

Deze 76 jaar oude man maakt een wat plechtstatige indruk. Hij is nog steeds desolaat over de visuscorrectie na de cataract-operaties die nu twee jaar geleden werden uitgevoerd. Hij loopt schuifelend en onzeker. Hij vertelt dat hij scherp kan zien als hij recht vooruitkijkt; het beeld wordt echter wazig als hij door het perifere deel van zijn brilleglazen kijkt. Om scherp te kunnen zien moet hij zijn hoofd dan ook veel draaien, „hetgeen hem gelukkig goed afgaat”.

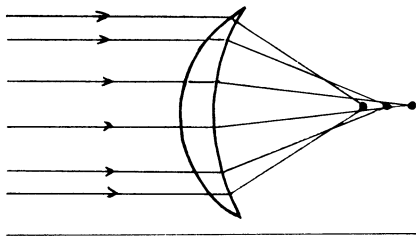
Wanneer wij wat nauwkeuriger onderzoeken, blijkt hij bij het lopen zijn hoofd naar beneden gericht te houden; af en toe kijkt hij even op. Dwingen wij hem echter recht vooruit te kijken dan loopt hij nog wankeler. Hem schiet dan het verhaal te binnen hoe hij, op bezoek bij zijn kinderen, bewust de grond voor zijn voeten moet inspecteren om niet over rondslingerende auto's van zijn kleinzoon te vallen. Ook de stofzuiger van de werkster en met name het bewegende

snoer bezorgt hem angst om te struikelen. Hoezeer de corrigerende staarbril zijn gezichtsveld beperkt en hem onzeker maakt, komt ook naar voren als hij ons beschrijft hoe hij de straat oversteekt: naar beneden kijken hoe diep de stoep is en het hoofd helemaal naar links en rechts draaien. Hij is ook niet in staat afstanden juist te schatten. Als wij hem vragen een kaars vast te pakken, grijpt hij iets vóór die kaars: hij leek dichterbij te staan.

Deze patiënt moet zijn omgeving in kleine gedeelten in zich opnemen; als een leg-puzzel zet hij zijn wereld in elkaar, hij overziet het geheel niet. Bovendien kan hij afstanden niet juist taxeren. De vraag rijst waarom deze man nog steeds klachten heeft terwijl men gemiddeld in ongeveer drie maanden aan zijn staarbril gewend is. Waardoor wordt dit veroorzaakt? Behoort hij tot de ongelukkige uitzonderingen, vertonen zijn ogen andere afwijkingen, zijn de brilleglazen verkeerd, past het montuur niet goed? Zijn er andere verklaringen?

De nogmaals geraadpleegde oogarts schrijft dat de fundi gaaf zijn en de visus goed is. Hij benadrukt dat hij het optisch niet beter kan maken en dat de heer R. met zijn afakie zal moeten leren leven. Wij overwegen dat een verklaring voor zijn klachten waarschijnlijk niet in één enkele oorzaak kan worden gezocht. Enerzijds is er de psychologische verklaring: mogelijk zou het de heer R. gemakkelijker zijn gevallen met zijn afakie te leven, indien met de operatie was gewacht tot het cataract verder was voortschreden; de operatie had dan meer winst opgeleverd. Feitelijk was deze man die als hobby biljarten heeft, nog onvoldoende gehandicapt. Verder is het mogelijk dat veel van zijn klachten berusten op de optische bezwaren die aan elke staarbril kleven. Wij zullen een aantal technische aspecten belichten waarover in de praktijk problemen kunnen rijzen.

Figuur 3. Sferische aberratie



### Aspecten staarbril

Als het oog tevoren emmetroop was, is in een definitieve staarbril een positief sferisch glas nodig van ongeveer 10 tot 12 dioptrieën om in de verte weer scherp te kunnen zien. Dikwijls komt de patiënt dan aan een visus van 6/6. Daar het afake oog natuurlijk het accommodatievermogen mist, heeft de patiënt om te kunnen lezen een glas nodig dat nog ongeveer +3 dioptrieën sterker is. Positieve sferische glazen van een dergelijke sterkte zijn tamelijk bol en geven daardoor een vertekening van het beeld: de zogenaamde sferische aberratie (figuur 3). De patiënt kan aan deze aberratie wennen zodat hij de vertekening niet meer ziet. Ook is het mogelijk door een technische ingreep de glazen „asferisch” te maken. Afstandsbril en leesbril zijn te combineren in een bifocale bril, die als nadeel heeft, dat het zien naar beneden, naar de grond voor de voeten minder scherp wordt.

Zoals wij zagen geven sterk positieve glazen een beeldvergroting en daardoor aan de patiënt het gevoel dat alles dichterbij is dan hij vroeger gewend was. Dit veroorzaakt moeilijkheden bij het schatten van afstanden en

snelheden. Tevens treedt bij het gebruik van een sterk positief glas een ringvormig scotoom in het gezichtsveld op. Deze eigenschap van de staarbril veroorzaakt het zogenaamde „Jack-in-the-box”-fenomeen (figuur 4).

Een fietser in het verkeer wordt eerst onscherp en klein buiten de bril gezien, verdwijnt dan in het scotoom om daarna vaak onverwacht scherp en vergroot in het gezichtsveld van de bril te verschijnen. Dit fenomeen is voor de lezer aanschouwelijk te maken door een loep voor het oog te houden en met een vinger langzaam van opzij te naderen. De ruimtelijke oriëntatie wordt door dit fenomeen bemoeilijkt, wat bijvoorbeeld bij autorijden bezwaarlijk kan zijn.

*Mevrouw H. is een alleenwonende dame van 67 jaar. Zij draagt een staarbril. Veel tijd brengt zij door met priegelig haakwerk. Wij werden bij haar geroepen om hechtingen te verwijderen uit een hoofdwond. Hoewel na het voorgaande voor ons duidelijk, blijft het voor haar onbegrijpelijk hoe zij over die gewone drempel kwam te vallen.*

Het verschijnsel sferische aberratie maakt duidelijk dat scherp wordt gezien indien het centrum van het glas in de optische as van het oog ligt. De bril mag dus niet afzakken wat door het gewicht van de dikke glazen gemakkelijk kan gebeuren. Om dit te voorkomen moet het montuur aan een aantal eisen voldoen. Zo ondervindt een bril de meeste steun op de neus wanneer hij over een zo groot mogelijk traject in

contact is met de neusrug en neusvleugels. Dit betekent dat een bril met zogenaamde „pads” minder geschikt is als staarbril. De poten van de bril mogen de schedel pas op het rotsbeen raken. Wanneer wij de kracht die op de brillepoot inwerkt ontleden, is te zien dat de bril naar voren wordt getrokken als de poot de schedel vóór het oor raakt. Wanneer echter de poten pas achter het oor het hoofd raken, volgt uit de ontleding van de kracht dat de bril naar achteren wordt getrokken (figuur 5).

Dit waren de technische aspecten die relevant zouden kunnen zijn bij het zoeken naar de oorzaken van klachten.

Toen bleek dat het montuur van zijn bril aan de gestelde eisen voldeed, zagen wij om de heer R. te helpen een eerste mogelijkheid in een uitvoerige voorlichting over de eigenschappen van de staarbril. Een volgende, mogelijke verklaring voor zijn klachten leerden wij uit een ervaring met een andere patiënt.

*De heer T. presenteerde zich drie maanden na zijn tweede cataract-operatie op het spreekuur en vertelde dat hij zo moeilijk liep. Bij onderzoek liep hij wat wijdbeens, hij kon niet op één been staan en was snel uit balans. De klachten waren na de operatie verergerd. Bij het nagaan van zijn anamnese bleek op de kaart te staan dat hij een jaar vóór de operatie op het spreekuur was met als klacht onvast op de benen te staan.*

Wanneer er geen verstoringen zijn, is een mens in staat op één voet doodstil in balans te staan. Een verandering in het zien kan een verstoring vormen. Welke rol de optische controle speelt bij het staan kan de lezer zelf ondervinden door op één been in balans te gaan staan en vervolgens zijn ogen dicht te doen.

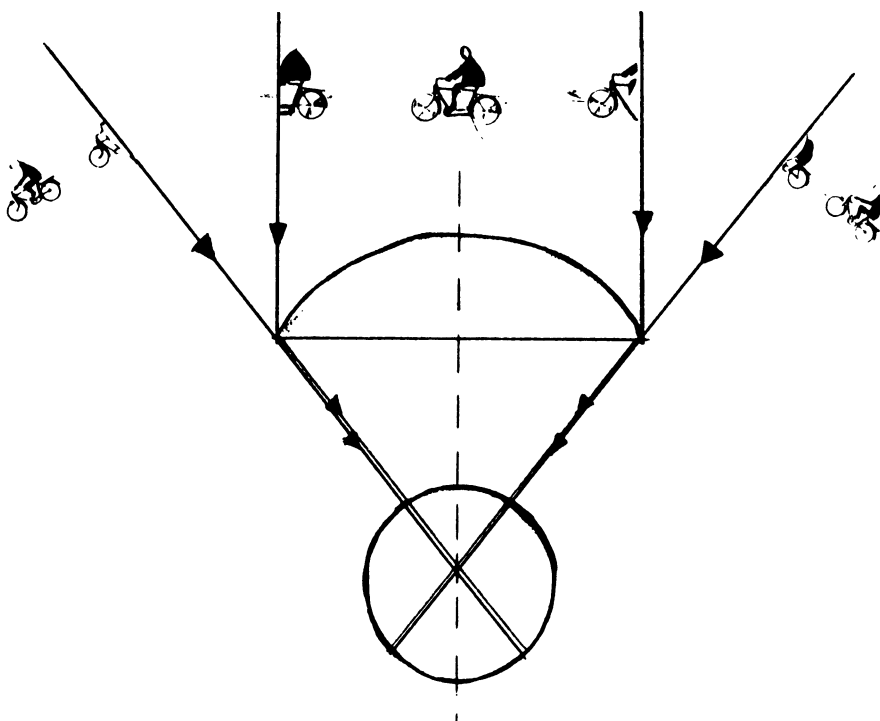
Als therapie kreeg de heer T. voorgeschreven ettelijke malen per dag een aantal minuten te besteden aan de oefening los te blijven staan afwisselend op zijn rechter- en op zijn linkerbeen. Uit voorzorg moest hij een stevige stoel onder handbereik houden om vallen te voorkomen. Hij is sindsdien met deze klacht niet meer op het spreekuur geweest, maar vertelde onlangs dat hij zich in korte tijd met meer zekerheid kon bewegen.

Ook bij de heer R. vonden wij bij onderzoek een sterk gestoorde balans. Daarom schreven wij hem oefeningen voor om zijn balans te verbeteren.

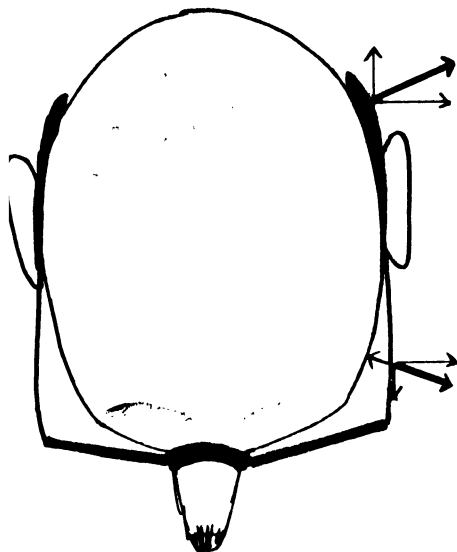
Als derde mogelijkheid houden wij een ander soort correctie achter de hand, namelijk die met contactlenzen.

Contactlenzen hebben ten opzichte van

Figuur 4. „Jack-in-the-box”-fenomeen.



Figuur 5. Boven aanzicht hoofd van brildrager (voor verklaring zie tekst).



brilleglazen het voordeel dat zij met het oog meebewegen. Het gezichtsveld wordt daardoor minder beperkt, de beeldvergroting is aanmerkelijk geringer en het ringvormig scotoom ontbreekt. Hierdoor zouden veel klachten van de heer R. zijn opgeheven. De opticiën kan hem in een aantal zittingen leren de contactlenzen in te brengen. Om hem te helpen bij het oppakken van de contactlens kan één van zijn brillen hem nu toch nog goed van dienst zijn. Door één glas uit het montuur te verwijderen kan hij – met één oog ziende – het andere, door het lege montuur heen, met de contactlens ziende maken.

Natuurlijk kleven er ook aan de contactlens nadelen: het inbrengen vraagt een zekere handigheid, die juist bij oudere mensen nogal eens ontbreekt. Soms blijkt dat de lens, ondanks herhaalde pogingen, niet goed wordt verdragen, hoewel dit zeldzaam is, aangezien door de operatie de cornea duidelijk minder gevoelig is geworden.

Een nadeel waaraan een medicus niet zo direct zou denken vertelt ons de laatste patiënte.

*Mevrouw S., 65 jaar oud, is bezig te herstellen van haar tweede lensextractie. Na de eerste operatie, twee en een half jaar geleden, droeg zij tot haar volle tevredenheid een contactlens. Zij hoopt er voor haar tweede oog ook één aangemeten te krijgen. Alleen, zo vertelt zij, zij kan er niet mee huilen, en dat doet zij zo af en toe nu juist zo graag.*

Door op deze wijze al studierend een aantal patiënten te vervolgen en naar hun ervaringen en klachten te luisteren, drong het tot ons door dat lang niet alles zo gladjes verloopt en dat de huisarts ook bij staar-patiënten een specifieke taak en bijdrage heeft.

### Specifieke taak huisarts

Hij heeft te maken met patiënten van wie hij weet dat zij nog niet bekend zijn met de diagnose staar. Hij kan hun klachten duiden en hiermee voorkómen dat zij overal elders hun heil zoeken. Bovendien kan hij bij hen regelmatig de visus controleren. Patiënten aan wie de diagnose op een vroeg tijdstip wél is verteld, hebben eveneens begeleiding nodig. Zo'n mededeling kan iemand tot patiënt maken, terwijl dat wel tien jaar uitgesteld had kunnen worden. Door een juiste voorlichting kan hij helpen voor mensen die een lensextractie moeten ondergaan de angst voor deze operatie te relativiseren. Voorts zal hij vooral patiënten met diabetes mellitus of prednisongebruik extra in de gaten houden, omdat zij een versnelde ontwikkeling van cataract doormaken en zich bij een medicament als prednison, dat iatogeen cataract veroorzaakt, herhaaldelijk afvragen of het gebruik niet achterwege kan worden gelaten. Bijzondere aandacht vragen oude mensen die niet optimaal functioneren. Een cataract kan door zijn insluipend karakter als bijkomende factor over het hoofd worden gezien, waardoor hun bestaanswijze onnodig onder de maat blijft. Bezoek aan patiënten die na een cataract-operatie zijn thuisgekomen, is zinvol. Vele klachten zal de huisarts door zijn kennis van de technische aspecten van de correctie voor de patiënt kunnen duiden en hem daardoor bemoedigen. Zonodig kan hij klachten naar de oogarts vertalen.

Naast deze directe bemoeienis met en bewaking van patiënten, ligt er een duidelijke taak voor de huisarts in het samenwerken met de oogarts. De huisarts heeft de mogelijkheid na te gaan wat voor deze patiënt dit slecht zien betekent. In het kader van de te maken winst kan daarom met patiënt en oogarts worden bekeken of het tijdstip van operatie dáár is, hoeveel tijd bij een eventuele dubbelzijdige operatie wordt genomen tussen de twee ingrepen en hoe voor iedere patiënt de afakie zo gunstig mogelijk kan worden gecorrigeerd. Daarbij kan rekening worden gehouden met een aantal aandoeningen dat niet direct tot het domein van de oogarts behoort, maar wel het slagen van de revalidatie mede bepaalt. Zo kan de huisarts actief beïnvloeden dat een patiënt met een ernstige arthrosis cervicalis niet als correctie een staarbril krijgt, waarbij een goede beweeglijkheid van de nek noodzakelijk is en kan hij bij een slechte lichaamsbalans de patiënt vóór de operatie fysiotherapeutisch laten begeleiden.

Het is voor ons duidelijk dat oogarts en huisarts in het belang van mensen met cataracta senilis intensief moeten samenwerken.

Colenbrander, M. C. Oogheelkunde. Oosthoek, Utrecht, 1971.

Havener, W. H., Synopsis of Ophthalmology. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1971.

Henkes, H. E. en A. Th. M. van Balen. Oogheelkunde voor de algemene praktijk. Elsevier, Amsterdam, 1976.

Leading article (1977) Brit. med. J. II, 655. Oogspiegelonderzoek door de huisarts (1977) Patient Care nummer 10, 27.

Rochat, G. F. en H. M. Dekking. Oogheelkunde voor de algemeen arts, 1956.

Worm, G. M. (1977) Ned. T. Fysiotherapie, 255

*Samenvatting. Met de verhalen van een aantal patiënten met cataracta senilis als leidraad wordt de natuurlijke historie van deze algemeen voorkomende ziekte beschreven met de therapie en de verschillende vormen van visuscorrectie na operatie. Stap voor stap wordt een analyse gemaakt die leidt tot het omschrijven van de voor de huisarts specifieke taken, namelijk het anticiperen, het voorlichten, het inbrengen van enkele huisartsgeneeskundige overwegingen met betrekking tot de keuze van de visuscorrectie en bovenal het samenwerken met de oogarts.*

*Summary. Cataract, a blind spot? With reference to the stories of a number of patients with senile cataract, the natural history of this common disease, its therapy and various forms of correction of vision are discussed. Step by step, an analysis is made which leads to a definition of specific tasks for the general practitioner, i.e. anticipation, instruction, presentation of some general medical considerations concerning the choice of correction of vision, and above all cooperation with the ophthalmologist.*