

# Cataract

## WAT IS HET PROBLEEM?

Cataract (staar) komt veel voor, voornamelijk bij ouderen. Hoe stelt u de diagnose? Wanneer stuurt u iemand door naar de oogarts voor een cataractextractie en lensimplantatie? En waar moet u na de ingreep op letten?

## WAT MOET IK WETEN?

Er zijn drie vormen van cataract waarvan er twee tot een gestage achteruitgang (in jaren) van de visus leiden: corticaal (schil-) en nucleair (kern)cataract. De derde vorm, het subcapsulair cataract, verergert snel (in weken tot maanden); hierop is een verhoogde kans na een oogtrauma, bij diabetes en bij corticosteroidgebruik.

De wijze van opereren is bij alle vormen gelijk: vergruizen van de lens, afzuigen van het materiaal, kunstlens inbrengen. Het lenskapsel blijft zitten. De oogarts bepaalt de sterkte van de kunstlens mede op geleide van de wensen van de patiënt. De sterkte is doorgaans precies goed voor huishoudelijk gebruik: de patiënt wordt een beetje myoop, hij heeft geen bril nodig om vlees te snijden maar wel om te lezen!

Vroeger wipte de oogarts de lens met zakje en al uit het oog. Daarom moest de staar hard (rijp) zijn. Nu is dat niet meer nodig: het moment van opereren is afhankelijk van de mate waarin het slechte zien de kwaliteit van leven beïnvloedt. De rijvaardigheid kan een dwingend indicatie zijn. Het is wettelijk niet toegestaan te rijden met een visus van < 0,5 aan het beste oog. Is de visus 'op het randje' dan kan de patiënt in afwachting van de ingreep het rijbewijs met drie maanden laten verlengen. Daarnaast is de oogheekundige comorbiditeit van belang. Een staaroperatie levert minder winst op als de patiënt ook maculadegeneratie of primair chronisch glaucoom heeft.

Postoperatief is een iatrogene iridocyclitis normaal: cellen in de voorste oogkamer, te herkennen via de spleetlamp. De patiënt krijgt daarvoor postoperatief corticosteroiden, een antibioticum of prostaglandineremmer en eventueel een mydriaticum.

Het risico op complicaties is klein, maar niet afwezig. Er kan een bloeding optreden (1 op 500 tot 1000 operaties). Het lenszakje kan scheuren. Het netvlies kan loslaten door de manipulatie aan het oog. De cornea kan troebel worden door het aanraken van de binnenkant van de cornea (endotheel) met een instrument. Door dichtslibben van de kamerhoek met ontstekingsmateriaal kan acuut glaucoom ontstaan. Een algehele oogontsteking is zeldzaam. Het is aan te bevelen de patiënt twee weken na de operatie te zien om een beeld te vormen van herstel en behaald resultaat. Nog lang na de operatie

(jaren) kan nastaar optreden: een 'ijsbloemeffect' op het lenszakje, als reactie op de ingreep. Deze troebeling is goed te zien met de spleetlamp en kan met laser worden 'weggepoetst'.

## WAT MOET IK DOEN?

Een goede anamnese van de ervaren last en de sociale actieradius is belangrijk. Het oogheekundig onderzoek bestaat in elk geval uit het opmeten van de visus met een goed belichte, niet-vergeelde visuskaart op juiste afstand, gevolgd door diagnostisch refractioneren (met + 0,50 en - 0,50). Als de visus verminderd blijkt en er geen refractieprobleem is, volgt bestudering van de lens. Wie dat doet hangt af van de beschikbaarheid van een spleetlamp. Vroeger, toen 'rijpe' staar veel voorkwam, was deze nog weleens te zien zonder spleetlamp. Nu is dat geen klinisch relevant alternatief meer.

## WAT MOET IK UITLEGGEN?

Bespreek met de patiënt het beste operatiemoment door de klachten te relateren aan de hinder van de ingreep: wat is iemand een betere visus waard? Een cataractextractie levert doorgaans veel op: betere visus en beter kleuren en contrast zien. Leg uit dat er geen reden is om op korte termijn te verwijzen wanneer de visus nog geen risico vormt voor de dagelijkse activiteiten en de patiënt net zo lief 'wat langzamer kijkt'. Leg uit wat de ingreep inhoudt en dat er een kleine kans bestaat op complicaties. Leg uit dat een plaatselijke verdoving (retrobulbair) sterk de voorkeur verdient boven een algehele verdoving en misschien 'eng' aandoet maar in werkelijkheid weinig belastend is. Wel moet de patiënt een half uurtje plat kunnen blijven liggen.

Bespreek ook alvast de alarmsignalen voor de postoperatieve fase: pijn en achteruitgang van de visus vanaf de dag na de ingreep zijn redenen direct contact op te nemen met de oogarts, eventueel via de huisarts. ■

## LITERATUUR

- 1 Baggen JL, Van Leeuwen YD. Oogheekunde. Practicum huisartsgeneeskunde. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004.
- 2 Stichting Onderwijs Oogheekunde aan Huisartsen in Nederland. [www.stoohn.nl](http://www.stoohn.nl).
- 3 Stilma JS, Voorn ThB (redactie). Oogheekunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.