



Prof. dr. Sophie Lemmens, oogarts

Glaucoom: *de stille* *dief van het zicht*

Glaucoom is een sluipende oogaandoening waarbij de oogzenuw langzaamaan beschadigd geraakt, meestal door te hoge oogdruk. Omdat de schade aan de oogzenuw onomkeerbaar is, zijn vroegtijdige opsporing, correcte opvolging en een behandeling op maat essentieel om het zicht zo lang mogelijk te behouden. Met de komst van prof. dr. Sophie Lemmens, glaucoomspecialist, krijgt ZOL Genk extra expertise en kunnen patiënten met glaucoom dichterbij huis gespecialiseerde zorg vinden.

Met haar aanstelling in ZOL Genk kiest prof. dr. Sophie Lemmens voor een sterke verankering in haar thuisregio. Gevormd door jarenlange ervaring binnen UZ Leuven, combineert ze vandaag haar klinische en chirurgische expertise op beide plekken. "Zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren maakt een wezenlijk verschil in de therapietrouw en levenskwaliteit", licht ze toe.

ZOL Genk was bovendien geen onbe-

kend terrein. "Tijdens mijn opleiding werkte ik hier als assistent en leerde ik de dienst Oogziekten goed kennen." Vandaag maakt dr. Lemmens deel uit van een sterk team dat Limburgse patiënten toegang biedt tot hooggespecialiseerde glaucoomzorg in eigen regio.

Toch blijft de link met UZ Leuven behouden. Enkele dagen per maand is ze er nog actief voor complexe glaucoomchirurgie bij volwassenen en

de behandeling van baby's en jonge kinderen met congenitaal glaucoom.

Is dat laatste een ver doorgedreven specialisatie die voornamelijk gecentraliseerd wordt in Leuven?

Ja, in België heb ik als chirurg op dit ogenblik de meeste expertise in de chirurgische behandeling van pediatrisch glaucoom. Dit is relatief zeldzaam en gespecialiseerd, dus je moet deze chirurgie toch regelmatig doen om het tot een

"Pas wanneer glaucoom vergevorderd is, ontstaan er klachten, maar dan is de schade vaak al onomkeerbaar."

goed einde te kunnen brengen. Vandaar dat deze kinderen in België bijna allemaal naar Leuven verwezen worden.

Welke patiënten ziet u in Genk?

Hier behandel ik vooral volwassen patiënten met primair glaucoom, meteen ook de grootste groep glaucoompatiënten.

Dat zijn patiënten met chronisch open-hoekglaucoom, patiënten met lage-drukglaucoom en ook patiënten met gesloten-hoekglaucoom.

Heel belangrijk bij glaucoom is de screening van eerstegraadsverwanten van mensen met bewezen glaucoom, omdat zij een verhoogd risico hebben. We raden hen aan om zich vanaf 40 à 45 jaar regelmatig te laten screenen.

De klassieke vormen van glaucoom zijn niet aangeboren. Ze ontstaan of manifesteren zich pas op latere leeftijd. De prevalentie stijgt bovendien exponentieel met de leeftijd. Vanaf 65 jaar neemt het aantal glaucoompatiënten fors toe. De patiëntenpopulatie die ik het vaakst zie, bestaat dan ook vooral uit 65-plussers, maar ook ouder.

Ongeveer 1 op de 10 glaucoompatiënten heeft uiteindelijk chirurgie nodig. Daarnaast bestaan er ook laserbehandelingen (SLT (Selectieve Laser Trabeculoplastie)). Het merendeel van de patiënten wordt opgevolgd met oogdruppels, maar de laserbehandeling komt meer en meer als evenwaardige eerstelijnsbehandeling naar voor.

Werden deze patiënten vroeger naar Leuven verwezen?

Heel vaak wel. Dat was voor de patiënt niet eenvoudig, want Leuven is ver. Zeker wanneer een chirurgische ingreep nodig is, volgt er een vrij intensieve opvolgperiode. Er zijn patiënten die een ingreep of de aanbevolen opvol-

gingsfrequentie niet zien zitten omdat dit voor hen praktisch niet haalbaar is. Daarom is het een duidelijke meerwaarde dat we deze zorg dichterbij huis kunnen aanbieden.

Waarom is glaucoom zo'n complexe aandoening?

Een reden is dat een van de belangrijkste testen voor glaucoom, het gezichtsveldonderzoek, een heel subjectieve test is. Je kunt die test goed of slecht uitvoeren, ongeacht of er iets mis is met de ogen. Dat maakt de interpretatie al meteen uitdagend.

Daarnaast zijn er nog andere parameters die een belangrijke rol spelen. De oogdruk is daarvan de bekendste en zeker een heel belangrijke parameter, maar ook de interpretatie ervan vraagt om voldoende expertise.

Ook de structuur en het uiterlijk van de oogzenuw zijn essentieel. Pas sinds een aantal jaren beschikken we over betrouwbare apparatuur om de oogzenuw goed in beeld te brengen. Vroeger was dat veel minder evident.

Je moet heel veel factoren samen beoordelen. Het gaat niet alleen om de oogdruk, het gezichtsveld of de oogzenuw afzonderlijk, maar om het samenspel van al die elementen.

Daarnaast speelt het profiel van de patiënt ook een belangrijke rol. Hoe oud is de patiënt? Wat is de algemene gezondheidstoestand? Is iemand bereid en in staat om dagelijks oogdruppels te gebruiken?

Hoe bepaalt u welke behandeling een patiënt krijgt?

Dat vraagt heel wat afweging. Oogdruppels hebben bij de meeste patiënten een goed effect, maar ze kunnen ook heel wat lokale nevenwerkingen veroorzaken, zoals allergie, intolerantie en

roodheid. Daardoor zijn ze niet altijd een oplossing op lange termijn.

Ze kunnen bovendien ook systemische nevenwerkingen veroorzaken. Sommige oogdruppels vertragen het hartritme, verlagen de bloeddruk, verergeren kortademigheid of veroorzaken een slechte smaak in de mond. In uitzonderlijke gevallen kunnen bepaalde bestanddelen zelfs depressieve klachten uitlokken.

Daarnaast hebben oogdruppels niet bij iedereen een voldoende drukverlagend effect. Ze zijn dus zeker niet altijd de ideale oplossing.

Hetzelfde geldt voor laserbehandelingen zoals de SLT. Die werken bij ongeveer 8 op de 10 patiënten, bij 2 op de 10 onvoldoende.

Na chirurgie daalt de oogdruk doorgaans wel. Bij een klassieke glaucoomoperatie, de trabeculectomie, maken we een klein gaatje in het oog. Dat is echter een wondje dat het lichaam spontaan opnieuw wil laten dichtgroeien. De grootste vijand van een glaucoomchirurg is daarom littekenvorming of het natuurlijke genezingsproces. We geven na de ingreep intensief cortisone- en antibioticadruppels om littekenvorming tegen te gaan en het kanaaltje of buisje dat wordt geplaatst goed open te houden.

Bij patiënten die veel littekenweefsel aanmaken, is dat jammer genoeg niet altijd voldoende en moet dit aanvullend behandeld worden.

Alles goed onder controle houden blijft dus een uitdaging, zowel voor ons als voor de patiënt. Elke patiënt is anders en elke behandeling is maatwerk. De patiënt moet kunnen en willen meewerken aan de therapie.

Hoe kan u de patiënt hiervan overtuigen?

Therapietrouw is een groot probleem bij glaucoompatiënten, onder meer omdat ze zich met oogdruppels niet beter voelen. Ook veroorzaakt vroege glaucoomschade meestal geen klachten. Dat is

iets wat je als arts goed moet toelichten. Pas wanneer glaucoom vergevorderd is, ontstaan er klachten, maar dan is de schade vaak al onomkeerbaar en zijn de behandelmogelijkheden beperkter.

Ook wanneer glaucoom in een vroeg stadium wordt vastgesteld, is het essentieel om de goede visuele functie zo lang mogelijk te behouden. Mensen worden steeds ouder, waardoor we hen soms tientallen jaren goed onder controle moeten houden. Daarbij moeten we onze volledige 'gereedschapskist' aanspreken om de behandeling bij te sturen wanneer zich bijvoorbeeld allergieën of andere problemen voordoen.

Wat zijn de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van chirurgie?

De trabeculectomie, waarbij een nieuwe afvoerweg voor het vocht uit de oogkamers wordt gecreëerd, geldt al jaren als de gouden standaard voor de chirurgische behandeling van glaucoom.

Het is een invasievere ingreep, die niet zonder risico is en ook voor de patiënt een vrij intensief traject met zich meebrengt. Alternatieven zijn implantaten of buisjes die in het oog worden geplaatst om de afvoer van vocht te verbeteren. Het is echter belangrijk om te weten dat de minder invasieve ingrepen (zoals gel stents of Minimally Invasive Glaucoma Surgery (MIGS)) doorgaans minder krachtig zijn in drukverlaging. Ze hebben zeker hun plaats bij milde tot matige vormen of in combinatie met cataractchirurgie, maar voor vergevorderd glaucoom blijft traditionele chirurgie de gouden standaard.

Maken jullie gebruik van artificiële intelligentie?

In de klinische praktijk nog niet zo veel, maar er loopt wel veel onderzoek naar de toepassing van artificiële intelligentie bij glaucoom.

In Leuven heb ik meegewerkt aan een aantal onderzoeksprojecten. Glaucoom is geen eenvoudige diagnose, omdat je heel veel verschillende parameters moet combineren. Net daarin ligt de kracht van AI: het kan grote hoeveelheden gegevens analyseren en bepaalde

"Een vergevorderd glaucoom is erg invaliderend. Deze patiënten zijn vaak wettelijk blind en hebben soms een witte stok nodig."

afwijkingen snel detecteren. Om een AI-model goed te trainen, zijn wel veel kwalitatieve data en verschillende parameters nodig.

Ook de combinatie van gezichtsveldonderzoek en de structurele beoordeling van de oogzenuw leent zich goed voor AI-toepassingen.

Op dit moment gebeurt er geen systematische screening bij de bevolking naar glaucoom?

Momenteel is het advies om enkel eerstegraadsverwanten van glaucoompatiënten te screenen. Een bevolkingsbrede screening is niet kosteneffectief, noch voor de maatschappij, noch voor de gezondheidszorg. Je moet immers heel veel mensen uit de algemene bevolking screenen om een relatief beperkt aantal glaucoompatiënten op te sporen. De prevalentie van glaucoom bedraagt 2 tot 5 procent.

Bovendien is het onderzoek vrij intensief. Als je de volledige bevolking zou screenen, zou dat de oogzorg sterk belasten.

Kunnen patiënten ook van thuis uit worden opgevolgd? Is er een vorm van monitoring?

Ook daar wordt onderzoek naar gedaan. Vooral de meting van de oogdruk speelt een belangrijke rol bij de opvolging van glaucoom. Momenteel bestaat er nog geen toestel dat voldoende betrouwbaar meet voor routineopvolging.

Van de iCare, het toestel dat wij ook regelmatig in de kliniek gebruiken, bestaat wel een thuisversie: de iCare Home. Daarmee zouden patiënten hun oogdruk thuis kunnen meten en de resultaten kunnen doorsturen naar het ziekenhuis. Het nadeel is dat die metingen niet altijd even betrouwbaar zijn. Bovendien kunnen afwijkende metingen ongerustheid veroorzaken, terwijl

de oogdruk, net zoals de bloeddruk, van nature kan schommelen.

Het is dus een verhaal met voor- en nadelen. Voor een aantal zorgvuldig geselecteerde patiënten kan thuismonitoren zeker een meerwaarde zijn, maar ik denk niet dat het voor iedereen de juiste oplossing is.

Welke impact heeft glaucoom in het algemeen op het leven van mensen?

Bij vroeg tot matig glaucoom blijft de impact op de levenskwaliteit en de kwaliteit van het zicht doorgaans beperkt. Voor veel patiënten is het wel belastend om elke dag oogdruppels te moeten gebruiken.

Maar een vergevorderd glaucoom is erg invaliderend. Deze patiënten zijn vaak wettelijk blind en hebben soms een witte stok nodig. Ze zijn door hun zichtverlies sterk hulpbehoevend. Glaucoom neemt immers geleidelijk aan het gezichtsveld weg.

Glaucoom wordt niet voor niets de 'silent thief of sight' genoemd. De aandoening evolueert heel traag, waardoor patiënten er in het begin meestal niets van merken. Dat komt doordat de hersenen gebruikmaken van een mechanisme dat filling in wordt genoemd. Beginnende scotomen, of blinde vlekken in het gezichtsveld, worden daarbij door de hersenen opgevuld met informatie uit de omgeving, waardoor het beeld normaal lijkt en de uitval niet opvalt.

Dat verklaart ook waarom veel patiënten pas naar de oogarts gaan wanneer het glaucoom al vergevorderd is. Dat zijn natuurlijk de meest spijtige situaties, want in veel gevallen had de verdere achteruitgang vaak 5 tot 10 jaar eerder kunnen worden afgeremd. Eens de diagnose gesteld is, kunnen we de verloren functie niet meer herstellen.

We kunnen de aandoening enkel proberen verder onder controle te houden. Het is moeilijk om patiënten te zeggen dat we hen niet meer beter kunnen maken. Ook de boodschap dat iemand niet langer met de auto mag rijden, is vaak bijzonder ingrijpend.

Zal glaucoom ooit genezen kunnen worden?

De oogzenuw is een hersenzenuw en kan vandaag de dag niet regenereren. Er wordt wel veel onderzoek gedaan naar neuroregeneratie, maar ik durf daar voorlopig niet al te optimistisch over te zijn. Ik denk eerlijk gezegd niet dat ik die evolutie nog zal meemaken.

Bent u nog altijd actief bezig met onderzoek?

Ik ben nog altijd betrokken bij verschillende onderzoeksprojecten die in het UZ Leuven werden opgestart. Op termijn hoop ik ook in Limburg aan klinisch onderzoek te kunnen doen. Momenteel ben ik vooral actief betrokken bij de European Glaucoma Society. We

hebben recent een nieuwe richtlijn voor glaucoomchirurgie gepubliceerd. Daarnaast zetel ik in verschillende comités binnen de vereniging.

Dat is bijzonder interessant, omdat het me toelaat om op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen, lezingen te geven op congressen en cursussen te verzorgen voor artsen in opleiding.

Hoe komt het dat u zo'n niet-traditioneel parcours hebt afgelegd op het gebied van studeren?

Ik heb eerst ingenieursstudies gedaan en heb ook een tijdje als ingenieur gewerkt.

Eigenlijk heb ik vroeger altijd getwijfeld tussen geneeskunde en ingenieurswetenschappen. Omdat ik onder andere een ernstige latexallergie heb, koos ik toen voor een opleiding tot ingenieur.

Toen mijn jongere zus aan een opleiding geneeskunde begon, had ik het gevoel dat ik die kans gemist had. Ik ben toen

op zoek gegaan naar ander werk dat ik kon combineren met de opleiding en ben opnieuw begonnen met studeren.

Het was een intensieve periode, maar ik ben wel heel blij dat ik die keuze heb gemaakt.

En de allergie?

Gelukkig is de OK-omgeving de afgelopen jaren enorm geëvolueerd. Waar vroeger latex handschoenen de standaard waren, zijn er nu vrijwel overal hoogwaardige synthetische, latexvrije alternatieven (zoals neopreen of polyisopreen) voorhanden. Zowel tijdens mijn opleiding als in de operatiezaal in het ziekenhuis is een latexvrije werkomgeving vandaag de dag heel goed te organiseren. Dat maakte het alsnog mogelijk om mijn droom na te jagen en chirurg te worden. ♦

Prof. dr. Sophie Lemmens

