

Aan: NOG  
Van: NGG  
Betreft: glaucoomrichtlijn  
Datum: 08-09-2009

## **Inleiding**

Recentelijk is de nieuwe Europese glaucoomrichtlijn uitgekomen, de EGS guidelines 3<sup>rd</sup> edition (2008). De Nederlandse Glaucoom Groep (NGG) heeft hiernaar gekeken met als doel het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) te adviseren of deze richtlijn zou kunnen dienen als opvolger van de huidige glaucoomrichtlijn, de EGS guidelines 2<sup>nd</sup> edition (2003). De NGG adviseert de tweede editie voorlopig te blijven gebruiken. Redenen om niet over te stappen op de derde editie zijn de fouten en slordigheden in de nieuwe editie. In bestaande tekstdelen en figuren zijn door redigeren fouten geslopen, toegevoegde flowdiagrammen zijn ingewikkeld en inconsistent en nieuwe tekstdelen zijn niet altijd methodologisch goed onderbouwd. Dit laatste betreft met name het gedeelte over perimetrie. Het handhaven van de tweede editie is goed mogelijk omdat de grote, voor de kliniek direct relevante veranderingen vooral voor 2003 hebben plaatsgevonden. Gedacht wordt hierbij aan de komst van de nieuwe medicijnen en aan de uitkomst van de grote gerandomiseerde klinische trials. Hieronder volgt enige aanvullende informatie betreffende glaucoommedicatie, glaucoomchirurgie en diagnostiek.

## **Glaucoommedicatie**

Er zijn geen wezenlijke aanvullingen t.o.v. 2003. Een aantal monotherapieën en combinatiepreparaten werden toegevoegd. Voorts is er meer aandacht voor therapietrouw. Het destijds gegeven advies om bij onvoldoende drukdaling op monotherapie eerst een andere monotherapie te proberen alvorens naar combinatietherapie te grijpen blijft actueel.

## **Chirurgie**

Ook hier zijn er geen wezenlijk nieuwe inzichten. De basis van de glaucoomchirurgie blijft vooralsnog de trabeculectomie; de orbitale implantaten (Ahmed, Baerveldt) komen na o.a. de resultaten van de 'trab versus tube' studie iets eerder in beeld. De diepe sclerectomie en viscocanalostomie worden omschreven als minder effectief. Een aantal varianten op de seton van Worst, implantaten in de chorioidale ruimte en kamerhoekchirurgie staan momenteel in de belangstelling. Vooralsnog lijkt het wachten op resultaten van goede studies meer aangewezen dan dat iedere oogarts e.e.a. uitprobeert op kleine aantallen patiënten. Voor nieuwe antimetaboliëten naast MMC en 5FU ontbreekt nog klinisch bewijs van effectiviteit.

## **Diagnostiek**

### *Beeldvorming (GDx/HRT/OCT)*

De Europese glaucoomrichtlijn besteedt vrij weinig aandacht aan beeldvorming van de oogzenuw met GDx/HRT/OCT. De EGS geeft hiermee aan dat goede zorg mogelijk is zonder deze apparatuur. In dat geval dient men uiteraard wel op andere wijze het aspect van de oogzenuw te documenteren. Overigens kan deze apparatuur goed en efficiënt ingezet worden in de oogheelkundige praktijk, met name voor het periodiek bekijken van glaucoma suspects.

Er zijn op dit moment interessante ontwikkelingen op het gebied van progressiedetectie middels beeldvorming. Belangrijk voor de praktijk is dat voor progressiedetectie bij patiënten met een glaucomateus gezichtsvelddefect beeldvorming perimetrie niet kan vervangen en perimetrie vooralsnog noodzakelijk blijft.

### *Perimetrie*

Voor het adequaat monitoren van glaucoompatienten met een

gezichtsvelddefect zijn veel gezichtsvelden nodig. Dat is een belangrijke boodschap in de derde editie van de EGS guidelines die in feite ook al in de tweede editie te vinden is. In de tweede editie gaat men uit van twee gezichtsvelden per jaar. Wanneer men nu zorgt voor een wat snellere opbouw van een baseline (drie gezichtsvelden in het eerste half jaar, waarvan het eerste veld als leerveld genegeerd dient te worden) dan is met dit aantal een adequate monitoring mogelijk. Zelfs met een iets lagere basisfrequentie kan men nog goed volstaan (bijvoorbeeld met één veld per jaar), als men tenminste wel eerst een goede baseline maakt en bij het vermoeden van een verslechtering het reproduceren/falsificeren versneld uitvoert (binnen weken tot maanden afhankelijk van de situatie). Uiteraard zijn dit gemiddelden; bij sommige patiënten is een striktere monitoring aangewezen, bij anderen kan men toe met minder. Verder is het opbouwen van een baseline alleen nodig als er een gezichtsvelddefect is; wanneer het eerste gezichtsveld betrouwbaar en intact is, kan dat veld als baseline beschouwd worden.

Voor het monitoren van patiënten met een glaucomateus gezichtsvelddefect dient in principe de standaard automatische perimetrie (SAP). Van de nieuwere alternatieven zoals met name de FDT is het niet bekend of ze voor monitoring bruikbaar zijn. Wel kan de FDT goed gebruikt worden voor bijvoorbeeld de zorg voor glaucoma suspects.

#### *Overige diagnostiek*

Van de overige diagnostiek wordt hier alleen nog de pachymetrie besproken. Met name de Ocular Hypertension Treatment Study (OHTS) heeft opnieuw duidelijk gemaakt dat pachymetrie essentieel is voor het inschatten van het risico op het krijgen van glaucom bij glaucoma suspects. Zonder pachymetrie is het risico groot dat deze groep over- of onderbehandeld wordt. Ook speelt pachymetrie een rol bij de diagnose van het normale druk glaucom. De gemeten oogdruk en corneadikte dienen apart genoteerd te worden; er is geen algemeen geaccepteerde correctiefactor en bovendien zijn er goede aanwijzingen dat de corneadikte deels ook een onafhankelijke risicofactor is.