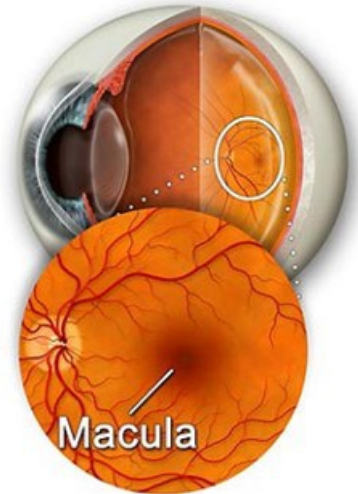


Wat is leeftijdsgebonden maculadegeneratie?

(Slijtage van het netvlies)

Maculadegeneratie is een aandoening van het centrale gedeelte van het netvlies, de macula lutea, of gele vlek. Vaak wordt maculadegeneratie 'slijtage' van het netvlies genoemd. Zoals in een fototoestel de film de lichtgevoelige laag is, zo is het netvlies de lichtgevoelige laag van het oog.

Het centrale deel van netvlies (de macula) zorgt voor het waarnemen van kleine details. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat in het centrum de grootste concentratie aan contrast- en kleurzien cellen (de kegeltjes) aanwezig is. Het overige deel van het netvlies zorgt voor het perifere zien (de grootste concentratie aan staafjes): bijvoorbeeld bewegingen kunnen met dit deel van het netvlies juist goed onderscheiden worden. Denk aan het opmerkzaam worden dat iemand met de auto of de fiets van rechts op je afkomt, daarna wordt er pas met het centrum van het netvlies naar gekeken en is er de gewaarwording van wat er precies te zien is. Het afsterven van de kegeltjes wordt macula degeneratie genoemd. Het scherpe zien verdwijnt en er blijft midden in het beeld een vlek achter. De rest van het netvlies blijft dus wel werken, zodat men in staat blijft om zijn weg in huis en daar buiten min of meer zelfstandig te vinden, ook al mist men dan scherpste.



De belangrijkste vormen van maculadegeneratie zijn:

Leeftijdgebonden maculadegeneratie (LMD)

Deze vorm komt verreweg het meeste voor. De leeftijdsgebonden maculadegeneratie begint meestal na het vijftigste levensjaar. Ook kan maculadegeneratie ontstaan als gevolg van andere ziekten (o.a. suikerziekte) of verwonding. Deze tekst gaat verder voornamelijk in op de leeftijdsgebonden maculadegeneratie.

In de westerse wereld, dus ook in Nederland is LMD de belangrijkste oorzaak van een blijvende achteruitgang van het gezichtsvermogen bij mensen boven de 65 jaar.

Omdat in de wereld het aantal oudere mensen blijft toenemen zal LMD uitgroeien tot een steeds groter probleem voor de volksgezondheid. Bij leeftijdsgebonden maculadegeneratie zijn er twee belangrijke vormen te onderscheiden:

De 'droge' LMD

Deze vorm begint als kleine bleekgele afzettingen, 'drusen' genoemd, die zich beginnen op te hopen in de macula. Het optreden van deze drusen gaat samen met vermindering van het aantal kegeltjes in de macula, waardoor het zien verslechtert. Dit is een sluipend en zéér langzaam verloopend proces, waarbij het vele jaren kan duren, voordat het zien achteruit gaat. Gewoonlijk zijn beide ogen min of meer gelijk aangedaan.

Het is bij de droge LMD belangrijk dat u in de gaten houdt of er vertekening gaat optreden in de beelden van de omgeving zoals een bocht in een raamkozijn of regel van een schrift. Dit kan wijzen op het ontstaan van de ernstiger 'natte' vorm.

De 'natte' LMD

Deze vorm van LMD wordt ook wel exsudatieve LMD, natte LMD, schijfvormige LMD of ziekte van Junius-Kuhnt genoemd. Bij natte LMD verloopt het verlies van het gezichtsvermogen veel sneller. De natte LMD ontstaat als bloedvaatjes achter de macula gaan groeien, waarbij vocht en bloed in - of onder het netvlies terecht komt (daarom wordt dit 'natte' LMD genoemd). Deze lekkage beschadigt de lichtgevoelige cellen in het netvlies, wat een snelle en ernstige achteruitgang van het gezichtsvermogen veroorzaakt. Uiteindelijk ontstaat een litteken in de macula met verlies van het centrale zien als gevolg.

Opvallend is dat het andere oog nog lange tijd goed kan blijven.

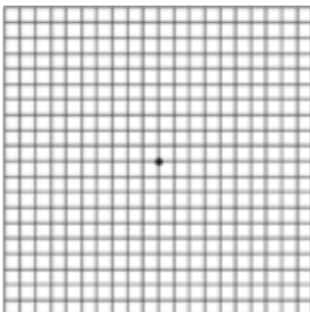
Hoe beïnvloedt LMD het gezichtsvermogen?

Naarmate er meer kegeltjes in de macula verloren gaan, begint uw gezichtsvermogen te veranderen. Bij de droge LMD vallen er geleidelijk aan kleine stukjes uit het beeld weg en kan er ook beeldvervalsing optreden. Heel langzaam wordt het gezichtsvermogen minder.

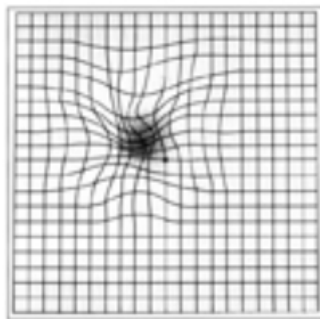
Bij de natte vorm van LMD raken de beelden vervormd, er vindt vaatnieuwvorming plaats onder in het netvlies (subretinale neovascularisatie). Deze nieuwe vaten zijn zwak en bloeden gemakkelijk, waardoor de gezichtsscherpte snel afneemt. Uiteindelijk leidt LMD tot een blinde vlek in het centrum van het blikveld. De meeste mensen met LMD behouden een redelijk perifeer gezichtsvermogen. Volledige blindheid, niets meer kunnen zien, komt daarom nauwelijks voor bij LMD.

Hoe kan de diagnose LMD worden vastgesteld?

Voor het vaststellen van LMD test de oogarts eerst uw gezichtsscherpte. Verder kan met een bladzijde met ruitjespatroon worden getest of er vervormingen of andere afwijkingen in het gezichtsvermogen optreden. Dit wordt de Amslertest genoemd. Deze test is zeer geschikt voor zelfcontrole thuis.



Normaal



Vervormd

Als u vervormingen waarneemt, moet u binnen een week door een oogarts worden gezien, zonodig via verwijzing van uw huisarts.

Na verwijderen van de pupil door het indruppelen van de ogen kan de oogarts met een lamp en een vergrootglas het volledige netvlies en in het bijzonder de macula onderzoeken. Dit onderzoek wordt 'spiegelen' genoemd. Meestal is aanvullend onderzoek nodig, zoals bijvoorbeeld Fluorescentie Angiografie. (zie Fluorescentie Angiografie folder)

Welke risicofactoren zijn er voor LMD?

Leeftijd

Leeftijd is de belangrijkste risicofactor voor LMD. In Nederland lijdt naar schatting ongeveer 14% van de mensen tussen de 55 en 64 jaar aan enige vorm van LMD. Dit loopt in de groep 65- tot 75-jarigen op tot bijna 20 procent en tot 37 procent bij 75-plussers.

Erfelijkheid

Een aantal onderzoeken toont aan dat LMD gedeeltelijk erfelijk kan zijn. Dit betekent dat u een groter risico heeft op het krijgen van de aandoening als één of meer van uw bloedverwanten LMD heeft.

Roken

Roken doet de hoeveelheid beschermende antioxidanten in het lichaam afnemen. Uit het onderzoek is verder naar voren gekomen, dat LMD vijf maal zo vaak voorkomt bij mensen, die meer dan een pakje sigaretten per dag roken en dat het risico verhoogd blijft zelfs tot vijftien jaar nadat iemand gestopt is met roken.

Voeding

De kegeltjes van de macula zijn hoogstwaarschijnlijk erg gevoelig voor beschadiging door elektrisch geladen zuurstofmoleculen, de zogenaamde vrije radicalen. Uit eerder onderzoek blijkt een mogelijk verband tussen het krijgen van LMD en een gebrek aan antioxidanten, stoffen die de schadelijke effecten van vrije radicalen in het lichaam tegengaan in de voeding. Alcohol onttrekt ook antioxidanten aan het lichaam. Verder zijn hoge concentraties van verzadigde vetten en cholesterol, die zoals bekend schadelijk zijn voor de bloedvaten, mogelijk ook betrokken bij het ontstaan van beschadiging van de macula door vrije radicalen.

Geslacht

Een vrouw van boven de 75 jaar heeft twee maal zo veel kans op LMD als een man van dezelfde leeftijd. Een lage oestrogeenspiegel (een hormoon in het bloed) bij vrouwen na de menopauze verhoogt het risico op de aandoening.

Hoe wordt LMD behandeld?

De behandeling van LMD is meestal alleen maar mogelijk in het vroege stadium van de 'natte' vorm van LMD. Hoewel bij een minderheid van de patiënten de gezichtsscherpte verbetert, kan toch in de meeste gevallen een stabilisatie van het gezichtsvermogen bereikt worden. Met de klassieke laser behandeling worden lekkende bloedvaatjes gedicht en wordt verdergaande bloeding en achteruitgang van gezichtsvermogen voorkomen. Echter, dit kan slechts bij een zeer klein aantal patiënten, en ook dan kunnen we niet garanderen dat het effect gunstig blijft.

Photodynamische therapie (PDT) kan succesvol zijn bij een beperkte groep patiënten met natte MD. Bij deze therapie behandelen we alleen de lekkende bloedvaten. De achteruitgang van de gezichtsscherpte wordt door deze behandeling afgeremd. De geschiktheid voor deze behandeling wordt bepaald aan de hand van een fluorescentie angiogram. (zie folder Fluorescentie Angiografie)

Soms kan voor een combinatie van PDT en vaatgroeiremmende geneesmiddelen (zie verder) gekozen worden. Sinds korte tijd worden, als er sprake is van de natte vorm, vaatgroeiremmende geneesmiddelen (anti-VEGF) toegediend met een intravitreale injectie (zie folder Injecteren van geneesmiddelen in het oog).

Voorbeelden van anti-VEGF middelen zijn Macugen, Lucentis en Avastin.

Door deze middelen stopt het nieuwe vat met lekken en groeien waardoor verdere achteruitgang tegengegaan wordt, al treedt bij een minderheid van de gevallen een verbetering in gezichtsscherpte op. De injectie moet minimaal 2-3 keer toegediend worden, hierna wordt er alleen als het nodig is opnieuw geïnjecteerd.

Behandeling van natte MD met radiotherapie is uitgebreid onderzocht. Op korte termijn blijkt slechts een beperkte groep LMD patiënten matig gunstig op radiotherapie te reageren. Deze behandeling vindt dan ook nauwelijks meer plaats. Een operatie van natte LMD lijkt in zeer geselecteerde gevallen een gunstig resultaat te hebben, maar wordt door het vaak optreden van complicaties nauwelijks meer toegepast.

Wat kunt u doen om uw ogen te beschermen?

- Draag een beschermende zonnebril, wanneer u in aanraking komt met ultraviolette lichtbronnen (zon, zonnebank).
- Gebruik voeding met veel fruit en donkere bladgroenten (spinazie, groene kool, boerenkool).
- Niet roken.
- Beperk alcohol gebruik.

Voedingssupplementen

Onderzoek laat zien dat mensen die een voorstadium van LMD vertonen op de lange termijn profijt kunnen hebben van hoge doseringen voedingssupplementen. Deze preventieve behandeling kan zorgen voor een vertraging van de ziekte. Deze supplementen kunt u het best in overleg met uw oogarts innemen.

Welke hulp is er voor mensen met een eindstadium van LMD?

Mensen met een eindstadium van LMD kunnen bij lezen en televisiekijken gebruik maken van hulpmiddelen voor slechtzienden, zoals vergrotingsapparaten, telescoopbrillen, grootletter- en gesproken boeken en aangepaste computers. Het goed en vakkundig aanpassen van zogenaamde 'Low Vision' hulpmiddelen is van erg belangrijk bij mensen met LMD. Daardoor kan een patiënt met LMD toch grote letters lezen en iets meer van de omgeving waarnemen. Speciaal opgeleide 'Low-Vision' specialisten helpen u daarbij. Ook regionale centra voor hulpverlening aan blinden en slechtzienden kunnen u mogelijk van advies voorzien.

Keuzehulp

De vakgroep oogheelkunde gebruikt voor macula degeneratie een keuzehulp. Een keuzehulp is een (digitaal) hulpmiddel dat alle informatie over een aandoening en de mogelijke behandeling op een rijtje zet. In de keuzehulp kunt u aangeven wat voor u belangrijk is. Als dit voor u van toepassing is, ontvangt u een email met een inlogcode waarmee thuis de keuzehulp kunt invullen. Daarna bespreekt u de uitkomst met de behandelaar. Zo komen u en uw behandelaar samen tot een beslissing die recht doet aan uw wensen en omstandigheden.

Hoe werkt het op de polikliniek?

Patiënten die voor een keuzehulp in aanmerking komen, krijgen na hun bezoek aan de polikliniek een e-mail met een persoonlijke inlogcode. Hiermee logt u thuis in, raadpleegt de keuzehulp en vult vragen in.

Heeft u vragen?

Voor verder vragen over uw ziekte kunt u zich het beste tot uw eigen oogarts wenden.

Polikliniek oogheelkunde: 0413 - 40 19 56; route 020 (centrale aanmeldbalie).

Voor meer algemene informatie kunt u contact opnemen met: de Macula Vereniging Nederland, Postbus 2034, 3500 GA Utrecht, T 030 - 298 07 07,

e-mail: info@maculavereniging.nl. website: www.maculavereniging.nl

Deze tekst is tot stand gekomen onder redactie van de Commissie Patiëntenvoorlichting (In samenwerking met de werkgroep Maculadegeneratie) van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) 2007. www.oogheelkunde.org

Bovenstaande informatie is geschreven samen met artsen en (gespecialiseerd) verpleegkundigen van de genoemde afdeling(en). De afdeling communicatie & patiëntenvoorlichting verzorgt de eindredactie van deze folder.

Heeft u vragen en/of opmerkingen over deze folder? Belt u dan met de genoemde afdeling(en) of stuur een e-mail naar PatiëntService, psb@bernhoven.nl.

Bernhoven

Nistelrodeseweg 10
5406 PT UDEN

Postbus 707
5400 AS UDEN

T: 0413 - 40 40 40
E: communicatie@bernhoven.nl
I: www.bernhoven.nl



Ga naar
www.zorgkaartnederland.nl

Code: Datum gewijzigd: donderdag 29 maart 2018