



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Het zijn wel je ogen

Kalman, R.

Citation

Kalman, R. (2025). *Het zijn wel je ogen*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4178057>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4178057>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Rachel Kalmann

“Het zijn wel je ogen”



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

“Het zijn wel je ogen”

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Rachel Kalmann

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar

Oogheelkunde

aan de Universiteit Leiden

op maandag 10 februari 2025



**Universiteit
Leiden**

Mevrouw de rector magnificus, mevrouw de decaan, geacht faculteitsbestuur, zeer gewaardeerde toehoorders

“Het zijn wel je ogen”. Sommigen onder u zullen denken, wat een rare titel voor een oratie. Maar velen zullen deze uitdrukking herkennen uit de spreekkamer. De patiënt, ongerust over zijn of haar oogandoening, probeert u duidelijk te maken dat ogen heel belangrijk zijn en dat wij als zorgverleners dat misschien nog niet wisten. Het zijn wel je ogen!

Geschiedenis

Ik wil u nu eerst kort meenemen in de geschiedenis van de oogheelkunde.

De vroegste kennis over oogziekten komt uit de oude beschavingen. In Egypte, Griekenland, India en China waren er vroege vormen van oogheelkunde, met behandelingen die vooral gebaseerd waren op magische of religieuze overtuigingen.

De oude Egyptenaren waren zich bewust van oogziekten en gaven aanwijzingen voor de behandeling van ooginfecties in de “Ebers Papyrus”. Deze papyrusrol, een van de eerste medische werken, van 1500 voor Christus, bevatte enkele vroege verwijzingen naar oogproblemen en behandelingen met kruiden en zalven.

De Griekse arts Hippocrates, ook wel de vader van de geneeskunde genoemd, benadrukte het belang van observatie en het begrijpen van de symptomen bij de behandeling van ziekten, inclusief oogziekten. Hippocrates begreep dat oogziekten niet alleen lokaal hoeven te zijn, maar vaak ook gerelateerd zijn aan de algehele gezondheid van een persoon. Zo schreef hij dat aandoeningen van de ogen, zoals roodheid of zwelling, mogelijk verband hielden met verstoringen in andere delen van het lichaam en zag hij het belang in van een goed hygiëne en het vermijden van gevaarlijke stoffen

Zo’n 500 jaar later, in de tweede eeuw na Christus, beschreef Galenus, een beroemde arts in het Romeinse rijk, de anatomie van het oog en verschillende oogziekten, maar zijn ideeën zouden pas later in de geschiedenis breder geaccepteerd worden.

In de Middeleeuwen in Europa, toen de medische vooruitgang stagneerde, was de oogheelkunde nog steeds een combinatie van religieuze en rudimentaire medische behandelingen. In andere delen van de wereld echter, zoals in de islamitische wereld, waren er belangrijke vooruitgangen.

De Perzische arts Avicenna leverde in de 11e eeuw belangrijke bijdragen aan de oogheelkunde. In zijn beroemde werk “De Canon van de Geneeskunde” beschreef hij de anatomie van het oog en methoden voor het behandelen van verschillende oogziekten, veelal wel met zalfjes en kruiden. Hij was een van de eersten die het idee verwoordde dat het oog licht verzamelt, wat het visuele proces mogelijk maakt. Hij behandelde niet alleen fysieke oogziekten, maar besteedde ook aandacht aan visuele beperkingen, zoals blindheid. Hij probeerde te begrijpen hoe beschadigingen aan het oog en de hersenen visuele aandoeningen konden veroorzaken, en stelde dat sommige vormen van blindheid konden worden veroorzaakt door ziektes van het oog, terwijl andere werden veroorzaakt door schade aan de hersenen.

De Renaissance was een tijd van grote vooruitgang en bracht een hernieuwde interesse in de wetenschap en de medische disciplines, waaronder de oogheelkunde.

Andreas Vesalius, in de 16e eeuw, was een van de eerste artsen die het oog in detail bestudeerden. Hij produceerde nauwkeurige tekeningen van de anatomie van het oog. Zijn werk legde de basis voor een beter begrip van die anatomie.

René Descartes, iets later gaf de eerste gedetailleerde beschrijving van de werking van het oog en het visuele proces in zijn werk over de optica.

In de 18de en 19de eeuw vonden de echte doorbraken in de oogheelkunde plaats.

De oogheelkundige chirurgie begon zich te ontwikkelen en permanente brillen werden steeds gebruikelijker om visuele beperkingen te corrigeren. In 1753 verrichte Samuel Sharp de eerste chirurgische verwijdering van de lens en het lenskapsel

De 20e eeuw was een periode van snelle vooruitgang in de oogheelkunde, met de ontwikkeling van nieuwe technologieën, chirurgische technieken en behandelingen.

In de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw werd de techniek van laserchirurgie ontwikkeld. Lasers worden tegenwoordig gebruikt voor allerlei behandelingen, van het corrigeren van bijziendheid tot het behandelen van oogaandoeningen zoals diabetische retinopathie.

In 1949 werd de eerste kunstlens bij een patiënt met staar geïmplantéerd, wat een revolutie betekende voor de behandeling van deze aandoening. Dit leidde tot veel succes bij het herstellen van gezichtsvermogen bij miljoenen mensen over de hele wereld.

Het heden

Dan maak ik nu een sprong naar het heden.

De oogheelkunde heeft in het meer recente verleden nog verdere zeer grote ontwikkelingendoorgemaakt. In mijn opleidingstijd, voor de jongeren onder u klinkt dit misschien niet als het recente verleden, maar in die tijd werden patiënten die een staaroperatie ondergingen een week opgenomen in het ziekenhuis. Niet heel lang daarvoor werden ze zelfs met zandzakken naast het hoofd en beide ogen afgedekt, geïmmobiliseerd teneinde het geopereerde oog zoveel mogelijk rust te geven. In die tijd werd de troebele lens via een snee van ongeveer 6mm verwijderd. Aan het einde van mijn opleiding begon

de zogenaamde phaco -emulsificatie zijn intrede te doen. Met deze techniek wordt de troebele lens gefragmenteerd door middel van ultrasonografie en opgezogen, met als groot voordeel een veel kleinere incisie, en daardoor een sneller en beter herstel. Later kwam er de opvouwbare kunstlens bij waardoor de incisie nog kleiner werd en tot op de dag van vandaag wordt de techniek verfijnder, sneller en geavanceerder. Met de vergrijzing waar we mee te maken hebben en dientengevolge een enorme toename aan patiënten met staar, alsmede de hogere eisen die men aan het leven stelt, waardoor staar in een steeds vroeger stadium geopereerd wordt, kunt u zich voorstellen dat het aantal staaroperaties jaarlijks fors toeneemt. Heden ten dage worden patiënten al lang niet meer opgenomen. Ze gaan meestal na een half uur weer huiswaarts.

Een van de belangrijkste ontwikkelingen in de oogheelkunde is de uitvinding van de OCT in de jaren 90 van de vorige eeuw. OCT, ofwel Optical Coherence Tomography, is een non-invasief onderzoek waarbij met behulp van licht een dwarsdoorsnede van structuren van het oog, zoals het netvlies, de gele vlek, de oogzenuw en het hoornvlies gemaakt kunnen worden. De OCT levert plaatjes met zeer hoge resolutie, omdat het gebaseerd is op licht in plaats van geluid of radiofrequentie.

De OCT heeft de diagnostiek en behandeling van drie heel belangrijke oorzaken van blindheid, namelijk maculadegeneratie, diabetische retinopathie en glaucoom ongelooflijk verbeterd en daarmee in veel gevallen blindheid voorkomen. Een OCT onderzoek duurt nog geen 5 minuten en is nu onmisbaar in de dagelijkse praktijk.

Wat betreft leeftijdsgebonden maculadegeneratie is er in de afgelopen 20 jaar ook een aanzienlijke vooruitgang geboekt. Was er aan de zogenaamde natte maculadegeneratie weinig te doen, in het begin van deze eeuw kwamen de zogenaamde anti-VEGF's in beeld. VEGF staat voor Vascular Endothelial Growth Factor, dus een groeifactor voor bloedvaten. Avastin, een anti-VEGF, werd in eerste instantie toegepast bij darm-

kanker, waar het de groei van bloedvaten van de tumor remt. Omdat bij natte maculadegeneratie sprake is van ongecontroleerde groei van bloedvaten, ging men dit middel off-label bij patiënten toepassen en zag men het gezichtsvermogen verbeteren of in ieder geval minder snel achteruitgaan. Sindsdien zijn er diverse andere anti- VEGF's bij gekomen die specifiek werken en worden wereldwijd miljoenen mensen met deze middelen behandeld.

Ook de hoornvlies-chirurgie heeft grote ontwikkelingen ondergaan in de afgelopen 20 jaar. Werden er voorheen slechts hele hoornvliezen getransplanteerd, tegenwoordig kan voor bepaalde aandoeningen van de binnenkant van het hoornvlies de zogenaamde DMEK operatie uitgevoerd worden, door onze Nederlandse collega Gerrit Melles ontwikkeld, waarbij alleen de binnenste laagjes van het hoornvlies worden verwijderd en vervangen door de twee binnenste laagjes van een donorhoornvlies, met een dikte van 10-15 micrometer. Om u een beeld te geven: dit is ongeveer een tiende van de dikte van een mensenhaar. De dunheid van het transplantaat biedt belangrijke voordelen, zoals een snellere genezing en betere visuele uitkomsten in vergelijking met oudere transplantatietechnieken, met minder risico op complicaties en afstoting

Ik kan als verse Leienaar natuurlijk het oogmelanoom niet onbesproken laten. Het oogmelanoom is een zeldzame maar zeer kwaadaardige tumor die zich in het oog ontwikkelt en grote kans heeft op uitzaaiingen naar de lever, waar helaas geen nog behandeling voor is.

Per jaar krijgen ongeveer 200 mensen in Nederland een oogmelanoom. Het grootste deel van deze patiënten wordt naar de afdeling oogheelkunde van het LUMC gestuurd, het Nederlandse Expertise centrum voor de behandeling van oogmelanomen. Het LUMC biedt als enige centrum in Nederland behandeling met ruthenium brachytherapie aan. Bij deze oogsparende behandeling wordt een radioactief schildje operatief op het oog geplaatst waarna het enkele dagen blijft zitten en

zijn bestraling afgeeft aan het melanoom. Sinds 2020 kan een oogmelanoom ook behandeld worden met protonenstraling in het Holland PTC in Delft. Dit kan geïndiceerd zijn als het melanoom te groot of te dik is om met ruthenium te behandelen of als het op een te ingewikkelde plaats zit zoals bijvoorbeeld vlak bij de oogzenuw. Beide vormen van bestraling zijn een alternatief voor het chirurgisch verwijderen van het oog, wat zoals u begrijpt ongelooflijk veel impact op de patiënt heeft.

Daarbij is er ook veel belangrijk onderzoek gedaan naar het oogmelanoom, zowel basaal als klinisch. Zo heeft een onderzoeksteam van het LUMC laten zien dat oogmelanomen en huidmelanomen op immunologisch gebied volstrekt verschillend zijn. Dit is een interessant en belangrijk inzicht, wat in Europees verband verder onderzocht wordt. Ook is er aangetoond dat de kleur van de iris een risicofactor is. Mensen met blauwe, groene of grijze ogen hebben meer kans op het ontwikkelen van een oogmelanoom dan mensen met bruine ogen. Dit zijn echter slechts twee voorbeelden.

De toekomst van de oogheelkunde

Maar hoe ziet de toekomst van de oogheelkunde eruit?

Er zijn verscheidene mooie ontwikkelingen te verwachten op kortere of langere termijn, zoals de toepassing van gentherapie voor erfelijke netvlies-aandoeningen, de ontwikkeling van biotechnologische implantaten voor blinden en het opkweken van hoornvliesorganoïden om donorhoornvliezen, waar een tekort aan is, te kunnen vervangen door gekweekte hoornvliezen. Ook is er een intensivering van het onderzoek naar en ontwikkeling van netvliesprotheses en netvliesorganoïden voor de behandeling van netvlies-aandoeningen, en ook de hoognodige behandeling van uitzaaiingen van het oogmelanoom. Kunstmatige intelligentie of AI zal in de oogheelkunde op grote schaal toegepast gaan worden, bijvoorbeeld om de vele foto's en beelden die wij maken objectief te beoordelen, te kwantificeren en te vergelijken, met meer precisie en snelheid dan wij

kunnen. Dit zal de kwaliteit van de zorg verbeteren en hopelijk de werkdruk verminderen.

Ik heb absoluut niet de illusie dat ik compleet ben in het benoemen van de huidige en toekomstige ontwikkelingen. Ik heb slechts een bescheiden greep gedaan uit de bijzondere innovaties die we kunnen verwachten in de nabije of wat verdere toekomst.

Wat naast alle wetenschappelijke en technische doorbraken mijn wens zou zijn voor de toekomst van de oogheelkunde en eigenlijk voor de gehele geneeskunde, is dat, ondanks de steeds groter wordende druk op de zorg, de mens achter de patiënt niet uit het oog wordt verloren. En daarmee bedoel ik aandacht voor de mens en niet alleen voor zijn zieke hoornvlies of zijn gebroken been of dichtgeslibde ader. Die aandacht zal bijdragen aan het welbevinden van de patiënt en - naar ik uit eigen ervaring weet - ook aan het werkplezier van de dokter. De rol van de verpleegkundig specialist kan daarbij een groot verschil maken, met bijvoorbeeld het geven van informatie voor een operatie, het expliciet uitvragen van angst voor de operatie zelf en het resultaat van de operatie. Uit onderzoek van Jeannette van Weerden, verpleegkundig specialist in het UMCU, onder patiënten die een oogverwijderingsoperatie ondergingen, blijkt dat onvoldoende informatie vooraf een belangrijke factor is voor het hebben van angst voor de operatie en de uitkomst ervan.

Het klinkt allemaal niet meer dan logisch, maar laten we er dan ook naar handelen.

De orbita

Na deze uiteenzetting kan ik het niet laten om u over mijn eigen vakgebied binnen de oogheelkunde te onderhouden, de orbitologie, niet te verwarren met ornithologie ofwel vogelkunde, wat dan weer lijkt op oogheelkunde.

De orbitologie is een specialisme binnen de oogheelkunde dat zich bezighoudt met aandoeningen van en in de oogkas, dus alles om het oog heen. Het is een klein specialisme, het aantal orbitologen in Nederland is op drie handen te tellen. En binnen de oogheelkunde is het een beetje een vreemde eend in de bijt, dan toch die vogel.

Ik heb de orbitologie leren kennen tijdens mijn opleidingstijd in het AMC, bij professor Leo Koornneef, een geniale arts. Toen ik zag wat hij voor patiënten kon doen wist ik dat dit mijn vak zou worden, en zo geschiedde.

Ik wil een aantal orbita-aandoeningen met u bespreken, besefend dat dit slechts een selectie is uit het scala van ziektes waar wij mee te maken hebben

Een van de belangrijkste ziektes van de orbita is de oogziekte van Graves. Deze oogziekte is onderdeel van de ziekte van Graves, waarbij de schildklier en de huid van de onderbenen aangedaan kunnen zijn. Bij de schildklier uit zich dit meestal in een te snelle werking. Het betreft een auto-immuun gedreven ontstekingsziekte waarbij het lichaam antilichamen maakt tegen eigen cellen, in dit geval tegen de TSH-receptor op de schildkliercellen. Deze antistoffen zetten de schildklier aan om meer schildklierhormoon te gaan maken. In de oogkas blijken ook TSH-receptoren te zitten, namelijk op fibroblasten en vetcellen. Als de antistoffen op deze cellen aangrijpen, ontstaat er een hele cascade aan biologische processen die uiteindelijk leidt tot ontsteking en zwelling van de weefsels, met volumetoename van het vet en de spieren in de oogkas en uiteindelijk verlittekening van de weefsels. Omdat de oogkas een benige structuur is die niet meegeeft, wordt deze te vol en zullen de ogen en het vet gaan uitpuilen, wat het typische beeld van deze ziekte geeft.

Naast de uitpuiling ontstaat er vaak een afwijkende oogstand met dubbelzien. Ook zijn de bovenoogleden vaak opgetrokken met de typische schrikogen als gevolg.

Als de spieren zo ernstig verdikt zijn dat ze druk op de oogzenuw veroorzaken, kan er vermindering van het zicht ontstaan met soms zelfs blindheid tot gevolg. Daarbij zijn er vaak klachten van irritatie en droogheid door de toegenomen blootstelling van de ogen aan licht en lucht en een drukgevoel achter de ogen. Niet elke patiënt heeft de symptomen in de zelfde mate.

De oogziekte van Graves kent een actieve ontstoken fase met daarop volgend de uitgebluste fase. De duur van de actieve fase varieert per patiënt van enkele maanden tot jaren. De ontstoken fase waarin roodheid, zwelling en pijn op de voorgrond staan, behandelen we van oudsher met ontstekingsremmende middelen, waarvan prednison natuurlijk de bekendste is. Een heel sterk medicijn, een zogenaamd paardenmiddel, met veel effect bij een groot deel van de patiënten, maar ook met de nodige bijwerkingen, zoals bij velen van u bekend. Als de ontsteking uitgeblust is, blijven er vaak nog restverschijnselen over, zoals uitpuiling van de ogen, dubbelzien en of opgetrokken oogleden. Voor patiënten is het vaak moeilijk te begrijpen en te accepteren dat na de heftige behandeling met ontstekingsremmers het nog niet klaar is en dat dan pas het traject begint met hersteloperaties, zoals een orbitadecompressie om de ogen weer dieper in de oogkas te zetten, een oogspieroperatie tegen het dubbelzien en eventueel ooglidoperaties tegen de schrikogen. Het vergt heel veel geduld van de patiënt, een complete behandeling kan jaren duren. Het is daarom ook van groot belang om bij het eerste consult een eerlijk beeld te geven van het behandelingstraject, met een goede uitleg over de verschillende fases van de ziekte.

Specifieke aandacht voor het veranderde uiterlijk is naar mijn idee van groot belang. Ik denk dat de Nederlandse patiënt het moeilijk vindt om te klagen over zijn/haar uiterlijk. "Er zijn toch mensen die er veel erger aan toe zijn". Maar als het onderwerp expliciet aangekaart wordt komt er vaak een meer aan verdriet en frustraties naar boven. Op straat aangestaard of zelf uitgelachen worden, relaties die stranden, sociaal isolement, ik heb het allemaal veel te vaak gehoord.

En zoals ik al eerder zei, een patiënt meer is dan alleen zijn of haar ogen. Een luisterend oor, verder vragen dan het standaardrijtje dat we tijdens de studie geleerd hebben, je kan er het verschil mee maken. Dit geldt natuurlijk voor alle patiënten, maar in het bijzonder voor patiënten met de oogziekte van Graves.

Ik kan uren over de ziekte van Graves praten, maar dat zal ik u niet aandoen. Er zijn nog wel ontwikkelingen en vragen omtrent deze ziekte die ik met u zou willen delen.

Er wordt wereldwijd ongelooflijk veel onderzoek gedaan naar de oogziekte van Graves, langzaam worden er wel steeds meer raadsels rondom deze ziekte ontrafeld.

Tot een jaar of 10 geleden echter was er wat betreft de behandeling weinig nieuws onder de zon. Af en toe een ander soort ontstekingsremmer, wat veranderingen in operatieve technieken maar geen wereldschokkende doorbraken.

Tot een kleine 10 jaar geleden in Amerika een nieuw middel werd ontwikkeld, teprotutumab. Dit is een IGF-1 receptor remmer. Het bleek namelijk dat er naast de TSH receptor, die ik eerder noemde, ook een soort handlangers van de TSH receptor bestaat op de cellen van de oogkas, de zogenaamde IGF1 receptor. Dat nieuwe middel werkt direct tegen deze receptor en bij onderzoek bleek dat het de activiteit van de oogziekte verminderde, het dubbelzien liet afnemen maar ook - en dat is geheel nieuw - de uitpuiling van de ogen verminderde. Tot nog toe hadden alle ontstekingsremmers wel effect op de activiteit maar niet op de uitpuiling van de ogen. In 2020 is dit middel door de FDA in Amerika goedgekeurd, en in Europa hopen we dat het in 2026 beschikbaar komt. Veel patiënten hebben al gehoord over dit middel en vragen erom, Binnenkort starten wij een klinische trial met dit middel.

Ondanks vele nieuwe inzichten en zelfs een nieuwe therapie blijven er wat mij betreft nog veel vragen over de oogziekte van Graves die ik graag zou willen beantwoorden.

- Niet iedere patiënt met de schildklierziekte van Graves krijgt de oogziekte en niet iedere patiënt met de oogziekte krijgt de schildklierziekte; kunnen we een gen vinden dat dit verschil teweeg brengt?
- Waarom is het uitgerekend de oogkas die geattaqueerd wordt door die antilichamen? De specifieke schildklierreceptoren bevinden zich in de oogkas op de fibroblasten en de vetcellen, maar ze zijn ook op andere cellen in het lichaam aangetroffen. Waarom is het dan juist de oogkas die soms zo erg getroffen wordt?
- Waarom heeft de ene patiënt een goede respons op prednison en de ander niet en kunnen we dat misschien van te voren voorspellen, aan de hand van bepaalde risicofactoren?

8 Een andere belangrijke ziekte waar ik als orbitoloog veel mee te maken heb, is het meningeoom van de voorste schedelbasis. Een meningeoom is een goedaardige tumor uitgaande van het hersenvlies. De voorste schedelbasis is het onderste deel van de schedel dat de fundering vormt waarop de rest van de schedel rust. Er bevinden zich veel belangrijke structuren zoals de oogzenuwen en zenuwen die de oogspieren aansturen. Een tumor in dat gebied kan dus veel ingrijpende symptomen veroorzaken, zoals slechter zien of zelfs blindheid en verstoorde oogbewegingen met dubbelzien..

Het schedelbasismeningeoom is bij uitstek een aandoening waarbij een multidisciplinaire aanpak essentieel is. Samenwerking met radioloog, neurochirurg, radiotherapeut en orbitoloog brengen de diagnostiek, beslisvorming en behandeling tot een hoger niveau. In het UMC Utrecht, waar ik lang heb gewerkt, had ik zeer goede ervaringen met deze manier van werken en ook nu in Leiden waar de schedelbasis een speerpunt van het ziekenhuis is merk ik dat het samenspel tussen de verschillende disciplines tot een hoge kwaliteit van meningeoomzorg leidt.

Mijn wetenschappelijke belangstelling heeft zich naast de oogziekte van Graves de laatste jaren vooral gericht op het orbita lymfoom en orbitale inflammatie. Het eerste is lymfklierkanker, het tweede is een ontsteking, beide in de oogkas. U zult zich afvragen waarom ik deze twee ziekten in één adem noem. Dat zal ik u uitleggen. De aandoeningen hebben veel symptomen en verschijnselen gemeen. Het duurt regelmatig te lang voor de diagnose gesteld wordt. Ook op de MRI-scan zijn de aandoeningen niet altijd makkelijk van elkaar te onderscheiden. Dit onderscheid is echter wel van groot belang omdat het lymfoom een totaal andere behandeling behoeft dan de ontsteking. De gouden standaard voor de diagnose is een biopsie, waarbij de patholoog onder de microscoop de definitieve diagnose stelt. Maar soms is de afwijking moeilijk te biopteren, vanwege bijvoorbeeld een diepe ligging in de oogkas, waarbij een operatie veel schade zou kunnen berokkenen. In Utrecht hebben we verschillende onderzoeken gedaan in de hoop in het bloed een onderscheidende marker te vinden die ons kon helpen bij de differentiatie tussen beide aandoeningen. Helaas kwam daar niet echt iets uit, behalve dat er juist meer overeenkomsten in het bloed te vinden zijn dan verschillen. Dit roept weer nieuwe onderzoeksvragen op naar verschil en overeenkomsten tussen beide ziektes, op moleculair en genetisch niveau. Ik wil me in de nabije toekomst verder richten op de differentiatie van orbita-aandoeningen, onder andere met behulp van MRI-beelden en basaal onderzoek. Daarnaast hoop ik een marker of een set aan markers te vinden die het beloop en het effect van de behandeling van orbitale inflammaties kunnen voorspellen. Waarom is de ene patiënt na een korte kuur met prednison van al zijn klachten af en waarom heeft een andere, min of meer vergelijkbare patiënt daar jaren voor nodig met de nodige ernstige bijwerkingen van de behandeling? Het is mijn missie om die vraag te beantwoorden.

Het laatste orbita onderwerp dat ik met u wil bespreken gaat over de patiënt met een oogprothese.

Het laatste wat je als patiënt en als oogarts wil, is het verwijderen van een oog, dat kan niet de bedoeling zijn. Het zijn namelijk wel je ogen. Maar soms is er geen keus. Heeft een patiënt een groot melanoom in het oog en is bestraling met ruthenium of protonen niet meer mogelijk, dan is de enige mogelijkheid het operatief verwijderen van het oog. Maar ook als een oog door een trauma of doorgemaakte ziekte blind is en pijn doet of er lelijk uitziet, is het verwijderen van het oog vaak ook een goede oplossing en niet zelden zelfs een opluchting. “Had ik het maar eerder gedaan”, is wat ik regelmatig hoor. Dat neemt niet weg dat het een hele moeilijke beslissing kan zijn om je oog laten verwijderen.

Na het verwijderen van het oog krijgt de patiënt een prothese, een kunst oog aangemeten. Niet zelden echter heeft de patiënt nog de nodige klachten bij het dragen van de prothese, tranen, vieze uitvloed, cosmetische bezwaren en zelfs het ongewild uitvallen van de prothese, hetgeen natuurlijk zeer onwenselijk is.

Daarom is een multidisciplinaire benadering van deze patiënten van groot belang. Bij voorkeur bestaat het team uit een ocularist, een verpleegkundig specialist en een orbitoloog. In Utrecht hadden we hier veel ervaring mee en ook in Leiden hebben we dit opgestart. Gezamenlijk bekijken we de patiënt, luisteren naar diens klacht en proberen we vaak met kleine aanpassingen van de prothese of met een kleine ingreep en met een luisterend oor de patiënt te helpen. Het klinkt als een simpel concept, en dat is het eigenlijk ook, maar het kan een groot verschil voor de patiënt maken. En daar gaat het om.

Samenwerking

Dat brengt me bij het onderwerp samenwerking

Ik heb al meerdere malen de term Multidisciplinair Overleg MDO gebruikt. Ik ben van mening dat een van de grootste verdiensten van de huidige geneeskunde samenwerking is; samenwerking in georganiseerde vorm maar ook ad hoc. Ook

samenwerking tussen klinici en onderzoekers krijgt een steeds grotere plaats in de geneeskunde, met translationeel onderzoek als mooi voorbeeld. Waar vroeger de arts op een voetstuk stond en daardoor ook vond dat hij het in zijn eentje moest zien uit te vinden, het ego van de arts leek soms belangrijker dan het belang van de patiënt, is het tegenwoordig steeds meer gebruikelijk en wat mij betreft eigenlijk een must om multidisciplinair te werken. Het maakt het werk bovendien veel leuker.

Mijn Doel

Wat tenslotte kunt u verder van mij als afdelingshoofd, hooglebaar oogheelkunde verwachten?

Wij zullen ons gaan richten op complexe ziektebeelden, waarbij de individuele behandeling zoveel mogelijk zal worden gekoppeld aan klinisch onderzoek. De meer gestandaardiseerde zorg, zullen we in overleg met de ons omringende ziekenhuizen en ZBC-klinieken grotendeels afstoten.

Verder wil ik verbinden en faciliteren zodat een ieder zijn of haar kwaliteiten ten volle kan benutten, met als doel nog betere, meer geconcentreerde patiëntenzorg, nog meer onderzoek van betekenis en beter onderwijs. Ik wil de huidige onderzoekslijnen verstevigen en er een orbita onderzoekslijn aan toevoegen.

Ik heb me altijd enorm verbonden gevoeld met de oogartsen in opleiding. En al ben ik officieel geen opleider, ik zie het toch ook als mijn taak om een sfeer en leerklimaat te garanderen waarin zij zich kunnen ontwikkelen tot goede en empathische oogartsen.

Onderwijs is helaas vaak nog een sluitpost voor klinici. Onderwijs moet meer aanzien krijgen en dus ook geoormerkte tijd en waardering voor degene die zich daarvoor inzet. Onlangs vernam ik dat er in het nieuwe bachelor curriculum geen plaats meer zou zijn voor de oogheelkunde. Dit is natuurlijk

onacceptabel en ik zal er alles aan doen om die plaats terug te veroveren. Oogheelkunde is maar een klein vak, maar het zijn wel je ogen.

Dankwoord

Tot slot wil ik graag mijn dankwoord uitspreken. De lengte van het dankwoord is recht evenredig met de leeftijd van de spreker. Ik zal u geruststellen maar zal daarom niet iedereen persoonlijk kunnen noemen, waarvoor bij voorbaat mijn excuses.

In de eerste plaats wil ik het College van Bestuur van de universiteit en de Raad van Bestuur van het LUMC danken voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik ben trots dat ik benoemd ben aan de oudste universiteit van Nederland. Een universiteit die in 1575 door Willem van Oranje aan Leiden is geschonken. Dat waren nog eens cadeaus.

Ik wil wijlen professor Ad Breebaart, mijn opleider in het AMC, danken voor het feit dat hij mij in opleiding heeft aangenomen. Ook dank ik wijlen professor Leo Koornneef, die mij inspireerde om orbitoloog te worden. Ik heb acht jaar met heel veel plezier in het AMC gewerkt en ben al mijn collega's daar heel dankbaar voor de geweldige en leerzame tijd die ik daar heb beleefd

Toen mijn collega en vriend Maarten Mourits mij in 1996 naar het UMCU haalde voor een promotieonderzoek naar de ziekte van Graves, was ik dan ook bang dat ik het nergens meer zo fijn zou hebben als in het AMC. Maar dat bleek gelukkig erg mee te vallen.

Ik ben ongelooflijk dankbaar voor de 28 jaar die ik in het UMCU heb mogen werken. Ik dank Maarten Mourits voor de geweldige begeleiding van mijn promotietraject en de hele fijne samenwerking ook in de jaren na mijn promotie.. Ik vond het jammer dat hij naar Amsterdam vertrok om daar afdelingshoofd en hoogleraar te worden, maar het gaf me wel de kans

om me volledig te ontplooien en de orbita afdeling in Utrecht verder te laten groeien.

Ik wil professor Frits Treffers en professor Jan Stilma zeer danken dat ze me in Utrecht hebben aangenomen en me een vaste aanstelling hebben gegeven.

Geachte professor Imhof, beste Saskia, hartelijk dank voor de samenwerking en de kansen die jij me als afdelingshoofd hebt gegeven. Geachte Professor de Boer, beste Joke, dank voor je inspirerende samenwerking en je humor. Ik ben je ook heel dankbaar voor jouw sympathieke reactie op mijn vertrek naar Leiden. Ik twijfelde en voelde me erg schuldig, maar jij stelde me volkomen gerust en was oprecht blij voor me. Heel veel dank.

Ward Bijlsma, Kamil Laban en Jonas Kuiper, heel veel dank voor de inspirerende uren die we aan het onderzoek hebben besteed en waar mooie dingen uit zijn gekomen.

Ik wil al mijn collega's uit Utrecht heel erg bedanken. Jullie waren als familie voor me.

Ik wil ook de AIOS en oud-AIOS van het UMCU noemen: dank voor jullie vertrouwen, leergierigheid en gezelligheid.

Een speciaal woord van dank wil richten aan mijn lieve collega's van de zorglijn KON. Wat hebben we het fijn gehad met elkaar, 's ochtends aan de koffie het leven doornemen, relaties, kinderen, nieuwe kleding, om daarna met elkaar de meest ingewikkelde patiënten te zien en te behandelen. Het was bijzonder en ik koester wat we hadden.

Ik wil ook mijn collega's van de KNO, de kaakchirurgie, de neurochirurgie, de radiotherapie en de plastische chirurgie van het UMCU danken voor de bijzondere en prettige samenwerking, zo moet het zijn.

Toen ik overwoog om naar Leiden te gaan was ik bang dat ik het nergens meer zo fijn zou hebben als in Utrecht, u herkent wellicht een patroon.

Maar niets is minder waar. Ik ben afgelopen juli ongelooflijk warm ontvangen door de hele afdeling oogheelkunde van het LUMC en voel me inmiddels helemaal thuis.

Ik wil jullie daar oprecht allemaal heel erg voor bedanken. In de eerste plaats natuurlijk Stijn van der Meeren, collega orbitoloog, die erg zijn best heeft gedaan om me binnen te halen. Stijn heel erg bedankt, ik hoop dat je er blij mee bent. Ook wil ik Antwine de Bruijn bedanken, vriendin maar nu ook collega polimanager, voor je hulp, je inzet en je gezelligheid.

Ik ben ook de rest van de staf heel erg dankbaar voor het vertrouwen en de steun die ze hebben gegeven.

Dank ook aan alle collega's op de poli en de OK, sorry als ik af en toe een beetje lastig ben.

Ik wil het stafsecretariaat bedanken, voor al hun hulp en met name Brigitta die heel veel werk heeft verricht voor deze dag, dank je wel!

Verder wil ik het divisiebestuur en met name Peter Paul van Benthem danken voor hun vertrouwen en steun.

En heel belangrijk, ik wil al mijn patiënten heel erg bedanken. Uiteindelijk gaat het om hen. Ik dank hen voor het vertrouwen dat ze me geven, maar ook voor de lessen die ze me leren. Dank jullie wel.

Het filmpje dat u zag is gemaakt door Els van t Hullenaar en Gudo van Niekerk, heel erg bedankt voor fijne samenwerking. En natuurlijk een extra bedankje voor de patiënten die er aan mee hebben gewerkt.

Lieve vrienden en vriendinnen heel veel dank voor jullie vriendschap, sommigen zie ik vaak, sommigen maar heel weinig, maar dank dat jullie er zijn in mijn leven, net als mijn neven en nichten.

Ik wil mijn lieve ouders bedanken. Ze zijn er helaas niet meer maar ik weet zeker dat ze trots zijn. Hun tolerantie, relativeringsvermogen, humor en menslievendheid hebben mij gevormd tot wie ik ben.

Lieve Meite, grote zus, helaas maak jij dit niet meer mee, dank je wel dat je mijn zus was.

Lieve Tobias en Menno, broers, ik ben heel blij met onze band, familie is alles.

Lieve Max en Luuk, mijn bonuszoons. Ik ben heel blij en dankbaar dat jullie 13 jaar geleden in ons leven zijn gekomen. We vormen met zijn zessen een fantastisch en liefdevol gezin, dank jullie wel, ik hou van jullie.

Lieve Felix, mijn grote liefde, 13 jaar geleden gedownload van internet, dank je wel voor je liefde en steun, zonder jou had ik dit allemaal niet aangedurfd. Dank voor je humor en voor je opbeurende woorden als mijn impostersyndroom weer eens opspeelt, ik hou van je.

En tenslotte Jochem en Noom, mijn kinderen. Ik ben zo trots op jullie en oneindig dankbaar dat jullie er zijn. Ik hou van jullie!

Ik heb gezegd

.

.

PROF.DR. RACHEL KALMANN



1979-1986	geneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht
1986-1988	Opleiding tot neuroloog, UMC Utrecht
1988-1992	Opleiding tot oogarts, AMC Amsterdam,
1992-1996	specialisatie tot orbitachirurg, AMC
2001-2024	Oogarts, orbitachirurg , afdeling oogheelkunde, UMC Utrecht
2012-2024	Hoofd zorglijn Kinderoogheelkunde-Orbita-Neurophthalmologie, UMC Utrecht
2024	Afdelingshoofd, afdeling oogheelkunde, LUMC

De oogheelkunde heeft in de afgelopen decennia enorme ontwikkelingen ondergaan. De operatieve ingrepen van het oog zijn nog steeds in ontwikkeling qua techniek, operatieduur en hersteltijd. Diagnostische technieken als de Optical Coherence Tomography hebben de diagnostiek en beloop van bijvoorbeeld leeftijdsgebonden maculadegeneratie en glaucoom ongelooflijk verbeterd. Ook is de behandeling van laatstgenoemde aandoening aanzienlijk verbeterd door de intrede van de anti Vascular Endothelial Growth Factor injecties. Werd bij patiënten met een oogmelanoom in het verleden het oog verwijderd, tegenwoordig is er in Leiden de mogelijkheid van brachytherapie en sinds kort ook protonen bestraling, als de

tumor te groot is voor brachytherapie, waardoor het oog in veel patiënten behouden blijft. Het onderzoek naar het oogmelanoom, zowel klinisch als basaal, zal verder uitgebouwd worden. Een van de belangrijkste onderzoeksdoelen is het vinden van een behandeling voor uitzaaiingen van het oogmelanoom

Voor de behandeling van de oogziekte van Graves is er een nieuw middel te verwachten in 2026. Dit is het eerste middel tegen de oogziekte van Graves dat niet alleen de activiteit van de ziekte vermindert, maar ook de uitpuiling van de ogen doet afnemen. Wel hopen we in de toekomst nog een aantal vragen over het verloop en het voorkomen te beantwoorden. Tevens blijven we onderzoek doen naar de behandeling en de oorsprong van een aantal andere ontstekingsziekten van de oogkas.

Samenwerking tussen de verschillende disciplines, zoals onder andere bij patienten met een schedelbasismeningeoom, is een grote vooruitgang in de huidige geneeskunde en leidt tot betere patiëntenzorg en grotere voldoening bij de zorgverlener. Ook zal de verpleegkundig specialist een grotere rol moeten gaan spelen in het hele zorgtraject.



Universiteit
Leiden