

## Bijlage III Verslag invitational conference

---

### Verslag invitational conference richtlijn Infectieuze keratitis

**Datum** : 24 januari 2022

**Tijd** : 18:30 – 20:00

**Locatie** : Zoom

**Aanwezig** : Cathrien Eggink (NOG, voorzitter werkgroep, oogarts Radboud UMC), Inger Larsen (NHG, huisarts, was betrokken bij NHG standaard 'het rode oog'), Marijke Letsch (ZKN, oogarts OMC Hanzekliniek, Groningen), Gerlineke van der Stelt (NAPA, PA Beatrix ziekenhuis, Gorinchem), Jeroen van Rooij (NOG, corneaspécialist, Oogziekenhuis Rotterdam), Robert Jan Wijdh (NOG, corneaspécialist, UMC Groningen), Samuel Verkerk (NOG, corneaspécialist, Elkerliek ziekenhuis Helmond), Chantal van Luijk (NOG, corneaspécialist, UMC Utrecht), Lies Remeijer (NOG, oogarts Oogziekenhuis Rotterdam), Marjolijn Bartels (NOG, voorzitter cornea werkgroep NOG, oogarts Deventer ziekenhuis), Richard Backx (OVN, optometrist in de 1<sup>e</sup> lijn), Michel Versteeg (Hoornvlies Patiënten Vereniging, patiëntvertegenwoordiger), Lisette Olie (NAPA, PA UMC Groningen), Jelina Ye (NOG, oogarts Rijnstate Arnhem), Erik Schaftenaar (NVMM, arts-microbioloog St Antonius Nieuwegein), Ruth Lapid (NOG, oogarts Amsterdam UMC), Wouter Bult (NVZA, ziekenhuisapotheker UMC Groningen), Astrid Balemans (Kennisinstituut).

**Genodigd maar niet aanwezig**: Claudy dos Santos (NVMM), Mor Dickman (NOG), Mei Lie Tang (NOG, afgemeld), Patientenfederatie Nederland (afgemeld), V&VN (afgemeld), ZN (afgemeld), VIG (afgemeld), De oogvereniging (afgemeld), NVVP (afgemeld), NFU (onbekend), NVZ (onbekend), STZ (onbekend), ZiNL (onbekend), IGJ (onbekend), ZiNL (onbekend).

---

#### 1. **Opening**

Cathrien opent de vergadering

#### 2. **Voorstelronde (naam, organisatie en functie)**

Er wordt een voorstelronde gedaan.

#### 3. **Toelichting doel van de avond en proces richtlijnontwikkeling:**

Cathrien licht het doel van het opstellen van de richtlijn toe. Doel van de invitational is het verzamelen van input van verschillende partijen om uiteindelijk een richtlijn op te stellen die aansluit bij de vragen uit de praktijk en de bestaande zorgprocessen. De werkgroep zal met de verzamelde input aan de slag gaan, en bepalen welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijn.

De doelstelling is het ontwikkelen van een multidisciplinaire, helder afgebakende richtlijn waarin de patiënt centraal staat. Tijdens de invitational conference is nagenoeg de gehele

werkgroep aanwezig en daarnaast andere stakeholders die te maken hebben met de zorg voor infectieuze keratitis.

#### **4. Proces richtlijn ontwikkeling**

Astrid ligt het proces rondom richtlijn ontwikkeling toe en welke aspecten en processen daarbij aan bod komen. De aanwezigen van deze avond zullen tijdens de commentaarfase ook weer geconsulteerd worden om input te leveren op de concept richtlijn. De richtlijn zal, nadat de richtlijn is geautoriseerd, gepubliceerd worden op de richtlijndatabase. Naast de richtlijn zal er ook informatie voor huisarts worden ontwikkeld.

#### **5. Toelichting Infectieuze keratitis en aanleiding van de richtlijn**

Cathrien beschrijft de aanleiding voor het opstellen van de richtlijn Infectieuze keratitis.

De diagnostiek en behandeling van keratitis is niet gestandaardiseerd. Reden daarvoor is de diversiteit in oorzaken, de lastige kliniek, (te vaak) de vertraagde diagnostiek, en de niet gestandaardiseerde behandeling. In de NHG standaard 'het rode oog' zijn alarmsymptomen en doorverwijsriteria- en tijden opgenomen voor keratitis. Met de richtlijn wil het NOG de algemene oogarts, zowel als de oogarts in derde lijn handvatten geven bij de diagnostiek en behandeling van infectieuze keratitis. Tevens zal de richtlijn een advies moeten bevatten voor de huisarts en optometrist om het juiste moment van verwijzen te kunnen bepalen.

#### **6. Bespreken ervaren knelpunten (raamwerk) & prioriteiten (afbakening en inhoudelijke hoofdlijnen van de richtlijn)**

Alle aanwezigen hebben vooraf een eerste concept ontvangen voor het raamwerk. De aanwezigen worden gevraagd naar de ervaren knelpunten in de huidige zorg, en de onderwerpen die opgenomen zouden moeten worden in de richtlijn.

Door de aanwezigen worden de volgende punten genoemd:

##### Lies Remeijer

Zijn geeft aan dat de rol van de huisarts essentieel is bij de vroege herkenning van infectieuze keratitis. Daarnaast heeft zij op het concept raamwerk meerdere verdiepende aandachtspunten die ze per mail zal toesturen.

##### Michel Versteeg (Hoornvlies patiënten vereniging)

Michel vertelt meerdere ervaringsverhalen te hebben gelezen. Daar viel het volgende patroon te ontdekken:

- 1) In 9 van de 10 infectieuze keratitis gevallen was er sprake van zachte contactlenzen gebruik. Michel zou er voor pleiten om meer aandacht te besteden aan informatievoorziening bij het gebruik van zachte contactlenzen. Enerzijds ligt dat bij de voorschrijvers. De ANVC zou hierbij een rol kunnen spelen. De optometrist is een beschermd beroep en herkennen over het algemeen een keratitis en verwijzen tijdig door. Ook worden er bij het aanmeten controles gepland. Gezien de beschikbaarheid van zachte contactlenzen op andere plekken dan via de optometrist of de contactlensspecialist heeft mogelijk niet iedere gebruiker weet van de noodzaak tot controles. Michel noemt dat de hoornvlieswijzer.nl in ontwikkeling is. Deze gaat de 3<sup>e</sup> week van februari online. Er wordt aangevuld dat er eerder is nagedacht over het verplicht bijvoegen van een bijsluiter bij contactlensverpakkingen.

- 2) Het tweede punt dat vanuit de patiënten werd genoemd was de herkenning bij de huisarts. Velen kregen het gevoel dat ze met een zalfje naar huis werden gestuurd en het een week moesten aankijken en daarna pas naar de corneaspécialist werden doorgestuurd.

#### Richard Backx (OVN)

De optometrist ervaart een knelpunt bij de doorverwijzing van patiënten buiten kantoortijden. Binnen kantoortijden kan de optometrist rechtstreeks naar de oogarts verwijzen. Buiten kantoortijden moet de patiënt via de huisarts waarbij kostbare tijd verloren gaat en het beleid niet altijd eenduidig is. Met name wat er mee moet worden genomen naar de oogarts (contactlensbakje, vloeistof..). Het zou goed zijn om daar verwijsriteria voor op te stellen.

#### Gerlineke van der Stelt (NAPA)

Gerlineke denkt dat er een groot verschil zit tussen perifere en academische ziekenhuizen. Zij zelf ziet met name patiënten die al doorverwezen zijn. Het zou goed zijn om de doorverwijsriteria helder te krijgen. Over het algemeen laat zij zelf patiënten direct komen waarbij er sprake is van een rood oog en contactlensgebruik. Ervaring is dat een optometrist de verwijzing goed kan inschatten en de contactlensspecialist minder. Daarnaast is met name de inschatting van een herpes keratitis moeilijker in te schatten indien je de patiënt nog niet hebt gezien.

#### Inger Larsen (NHG)

Inger vraagt zich af of de verwijsriteria in de NHG standaard 'het rode oog' voldoende zijn. Daar zal naar gekeken moeten worden.

#### Erik Schaftenaar (NVMM)

Vanuit de microbiologie wordt aangegeven dat er waarschijnlijk een groot verschil zit tussen wat de beste manier van diagnostiek is en wat haalbaar is in alle klinieken en ziekenhuizen in Nederland. Idealiter zou je bijvoorbeeld in een aantal gevallen een kweek willen uitvoeren inclusief het bepalen van gevoeligheden alleen zal dit niet in alle centra uitgevoerd kunnen worden. Astrid vult aan dat we bij het uitwerken van de vragen rekening houden met de haalbaarheid van de organisatie van zorg.

Erik vraagt zich af of moxifloxacin het primaire middel is dat wordt gebruikt bij bacteriële keratitis. Er wordt aangegeven dat dat niet het geval is. De belangrijkste vraag die hier speelt is monotherapie versus combinatietherapie. Moxifloxacin is 1 middel wat met name uit de Amerikaanse literatuur zal komen maar wat in Nederland minder wordt gebruikt.

Daarnaast merkt Erik op dat de behandeling van bacteriële keratitis afhangt van het type. Wil je dan een advies voor de 4 meest voorkomende? De oogartsen geven aan dat de vraag met name speelt in de situatie waarin je nog niet weet of het een bacteriële keratitis is. Als er wel gekweekt is, geeft de arts-microbioloog over het algemeen gericht advies welk antibioticum gegeven moet worden.

De vraag is daarnaast of een PCR ook kan worden uitgevoerd ipv een kweek bij een bacteriële keratitis.

Samuel Verkerk (NOG)

Samuel brengt ter sprake dat met name de vraag speelt wanneer er gekweekt moet worden. Doe je dat bijvoorbeeld al bij een kleinere keratitis (1 mm)?

Er wordt in het raamwerk gesproken over HSV, maar niet over de verschillende vormen.

Daarnaast is het onduidelijk hoe lang je moet doorgaan met behandelen, bijvoorbeeld in het geval de klachten over zijn maar de keratitis nog wel zichtbaar is.

Ook de manier van kweken is een knelpunt, heeft een eswab de voorkeur of een corneal scraping? En waar kweek je? Op de conjunctiva of op het ulcus?

Ook is de beschikbaarheid van middelen nog wel eens een probleem.

Ruth Lapid (NOG)

Geen input

Chantal van Luijk (NOG)

De behandeling van therapieresistentie herpes verdient aandacht. Wat is de plaats van foscarnet. Het lijkt erop dat dit middel van meerwaarde is maar de beschikbaarheid in Nederland is lastig. Een duidelijke aanbeveling in de richtlijn hierover zou eraan kunnen bijdragen om dit te verbeteren.

Robert Jan Wijdh (NOG)

Robert Jan geeft ook aan dat er meer eenduidigheid zou moeten komen waar er gekweekt moet worden (scraping direct op kweek?). Is er voor de *Acanthamoeba* een PCR net zo bruikbaar als een kweek?

Daarnaast het knelpunt monotherapie versus combinatietherapie.

Lies Remeijer (NOG)

Lies vraagt zich af of de chirurgische behandeling binnen deze richtlijn opgenomen moet worden. De hoornvliestransplantatie zal niet worden opgenomen. Wat wellicht wel een belangrijk item zou zijn is de aanpak van iedere oogheelkundige chirurgische behandeling (cataractchirurgie, vitrectomie...) na een doorgemaakte herpes keratitis. Welke profylaxe zou gegeven moeten worden?

Daarnaast is het van belang om de beleving van de patiënt bij het doormaken van een keratitis aandacht te geven. Wat doet een verminderde visus, pijn, cosmetiek met de patiënt? Zeker ook bij een recidiverende keratitis. Hierover is ook in de literatuur over gepubliceerd.

Jeroen van Rooij (NOG)

Jeroen geeft aan dat het gebruik van steroïden eigenlijk bij alle verwekkers aan de orde zou moeten komen.

Wouter Bult (NVZA)

Wouter brengt ook de plaats van foscarnet ter sprake.

Marijke Letsch (ZKN)

Marijke geeft aan dat voor ZBC's het lastig kan zijn om aan het juiste middel (met name verschillende typen antibiotica) te komen. Zeker in de dienst is er vaak een heel belronkje voor nodig. Ook de beschikbaarheid van kweken is een issue.

### Michel Versteeg

Michel brengt ook de ervaring van pijn ter sprake. Zeker bij een *Acanthamoeba* keratitis ervaren patiënten ontzettend veel pijn. Ook zou een stuk psychische ondersteuning niet misstaan.

Er wordt nog opgemerkt dat in de NHG standaard, chloramfenicol als eerste middel wordt voorgeschreven.

### **Prioritering**

Herkenning (Alarmsymptomen) voor de huisarts	III
Doorverwijstijden huisarts (dienststructuur)	II
Contactlenzen (info en controles)	II
Manier van kweken	III
Dure geneesmiddelen	I
Wanneer kweken	II
Eswab	II
Monotherapie vs combinatietherapie	II
Natamycine vs voriconazol	II
Beschikbaarheid van de kweek	I
Beschikbaarheid van antibioticum	I
Psychische ondersteuning	I
Pijn	I

## **7. Vervolprocedure**

De notulen van deze invitationale zullen worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken. Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijn opgesteld. Alle uitgenodigde verenigingen ontvangen het raamwerk.

Als de conceptrichtlijn gereed is zal deze ter commentaar aan alle uitgenodigde verenigingen worden verstuurd, er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de kerngroep is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie of voor accordering toegestuurd (procedures hiervoor verschillen per partij/vereniging).

## **8. Sluiting**

Iedereen bedankt voor de komst en actieve participatie.