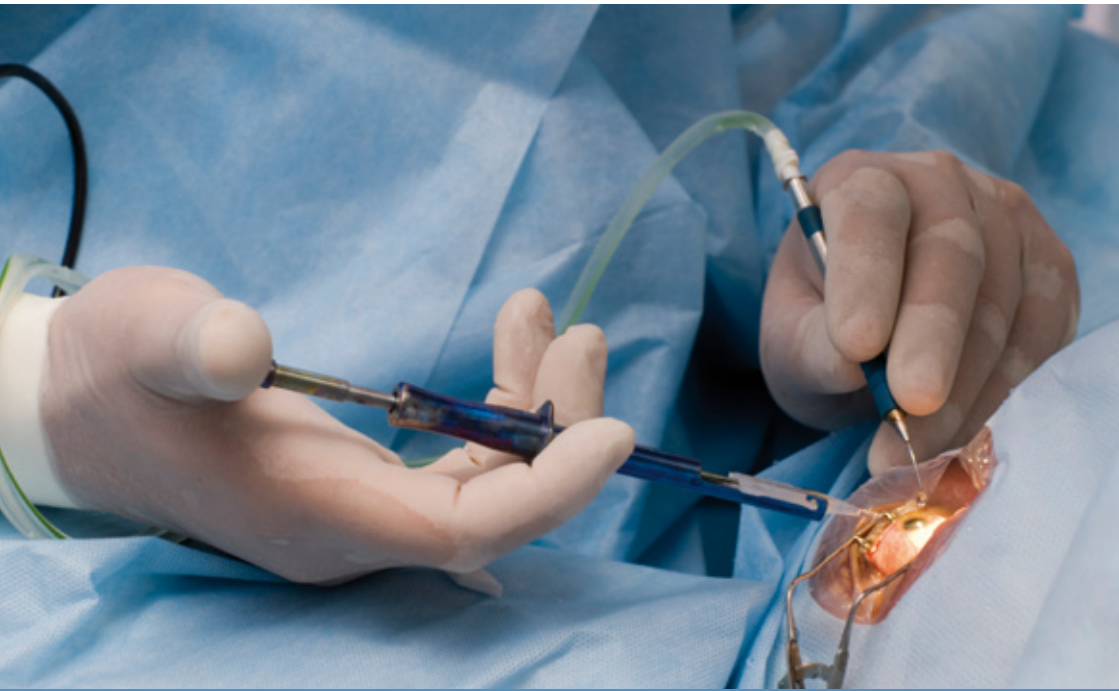




B R U S S E L S  
E Y E D O C T O R S



# Een klare kijk op cataract chirurgie

**Dr J. C. Vryghem**

[www.brusselseyedoctors.be](http://www.brusselseyedoctors.be) | [www.vryghem.be](http://www.vryghem.be)

## Inhoud

1. Wat is cataract of staar?	4
2. Cataract chirurgie	5
3. Technieken in cataract operatie	8
4. Refractieve lens chirurgie	12
5. Praktische organisatie	17
6. Kosten van de ingreep	21
7. Lokalisatie Kabinet	23

Een klare  
kijk op *cataract  
chirurgie*

# 1. Wat is cataract of staar?

De doorschijnende lens in het menselijk oog bevindt zich achter de pupil. De functie van deze lens is om het licht te concentreren op de retina zodat de beelden scherp te zien zijn. De optische zenuw brengt dan de beelden over naar de hersenen.

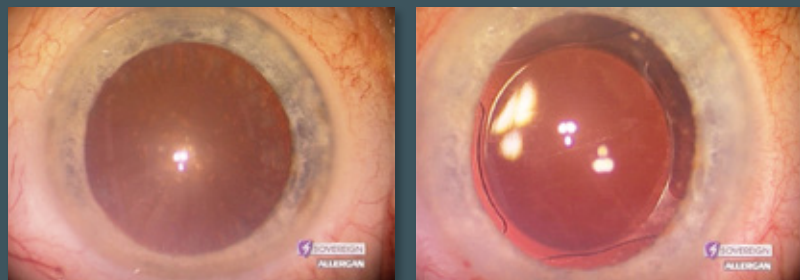
Men spreekt van cataract wanneer de lens opaak wordt en de beelden troebel worden.

## • Oorzaken

De meest voorkomende oorzaak van cataract is het verouderingsproces. De normale proteïne structuur van de lens verandert en de lens wordt troebel. De meeste cataract patiënten zijn boven de 60 jaar oud.

In 5% van al de gevallen zijn er andere oorzaken voor cataract.

- metabole aandoeningen zoals diabetes;
- oogziekten zoals glaucoom of oogontstekingen (iritis, enz.);
- frequent gebruik van verschillende soorten medicaties zoals cortisone;
- erfelijkheid;
- trauma zoals een slag op het oog of bestraling.



Voor de ingreep

Na de ingreep

# 2. Cataract chirurgie

## • Symptomen

De manier waarop cataract het dagelijks leven kan beïnvloeden hangt af van patiënt tot patiënt net zoals de evolutiesnelheid van deze aandoening. Het ene oog kan meer aangetast zijn dan het andere.

In het begin is het nog mogelijk om het zicht van de patiënt te verbeteren met een brilcorrectie. In sommige gevallen kan het leesvermogen verbeteren terwijl het zicht in de verte vermindert. In andere gevallen ontwikkelt er zich dubbel zicht. De patiënten worden meestal gevoeliger aan het licht. 's Nachts worden lichtpunten waziger en wordt rijden met de auto steeds gevaarlijker.

In een later stadium wordt het zicht van de patiënt steeds meer troebel en is het net of men zou kijken door een waterval ! - vandaar de naam "cataract".

## • Diagnose

De diagnose wordt gesteld door de oogarts na een grondig microscopisch oogonderzoek met behulp van een spleetlamp en ander diagnostisch materiaal. Dit om te bevestigen dat cataract wel degelijk de oorzaak is van het verminderde zicht en om andere oogziekten uit te sluiten.

## • Behandeling

Er bestaat geen plaatselijke of algemene behandeling die cataract kan voorkomen of behandelen. De enige mogelijke behandeling is een chirurgische ingreep waarbij men de troebele lens van de patiënt verwijdert en vervangt door een kunstlens of lensimplant. Het is de patiënt die moet bepalen - samen met de oogarts - in welke mate zijn zicht de kwaliteit van zijn dagelijks leven en welzijn beïnvloedt (lezen, rijden, tv kijken) om over te gaan tot de operatie. Bij het nemen van zijn beslissing, dient de patiënt een balans te maken tussen de voordelen gebonden aan het verbeteren van zijn zicht en het kleine risico op complicaties die kunnen optreden tijdens deze behandeling.

De cataract operatie is waarschijnlijk de meest uitgevoerde operatie bij de mensen. De slaagkansen liggen zeer hoog: bij 98% van de patiënten stelt men een duidelijke verbetering vast van het zicht.

Patiënten van eender welke leeftijd kunnen geopereerd worden van cataract. De graad van ernst van cataract verschilt van patiënt tot patiënt. De operatie is alleen dringend wanneer cataract een zwelling van de lens veroorzaakt wat kan leiden tot een verhoogde oogdruk, ernstige pijn en zelfs blindheid.

#### • Preoperatief onderzoek

De sterkte van de kunstlens die moet ingebracht worden, wordt gemeten door middel van een oogechografie (biometrie), die gekoppeld is aan een specifiek computerprogramma.

De huisarts van de patiënt zal moeten vaststellen of er contra-indicaties zijn bij het ondergaan van deze ingreep onder plaatselijke verdoving. Dikwijls zal een elektrocardiogram en een routine bloedonderzoek uitgevoerd worden, indien deze nog niet gebeurd zijn de laatste 6 maanden.

#### • Verdoving

De meeste cataract operaties worden gedaan onder lokale verdoving, door middel van druppels.

Dr. Vryghem was - in 1996 - één van de eerste oogchirurgen in Europa om deze methode toe te passen en om deze ook systematisch te gebruiken.

De druppels worden toegediend net voor de ingreep.

De patiënt beseft wel dat de chirurg bezig is maar voelt geen pijn. Patiënten die erg zenuwachtig zijn kunnen een kalmeermiddel nemen.

In enkele uitzonderlijke gevallen kan de verdoving gebeuren via inspuiting. Algemene verdoving wordt echt enkel gedaan bij grote uitzonderingen zoals bv. psychiatrische patiënten.

#### • Ambulante chirurgie

De meeste cataractoperaties gebeuren ambulant, waarbij de patiënt een half uur voor de ingreep aankomt en een half uur erna weer vertrekt. Een of twee controles worden gepland in de week na de ingreep om zeker te zijn dat alles goed gaat en dat er geen infectie optreedt.

In uitzonderlijke gevallen kan men hospitalisatie overwegen. De patiënt komt dan de middag voor de ingreep binnen en vertrekt 1 of 2 dagen later. Controleonderzoeken worden gedaan tijdens dit verblijf.

#### • Organisatie van de ingreep

Het oog wordt ontsmet door antibiotische druppels die door de patiënt zelf worden toegediend gedurende 3 dagen voor de operatie.

De pupil van het te opereren oog moet gedilateerd worden, dit kan door middel van een tablet of druppels die 1 uur voor de ingreep in het oog geplaatst wordt/ aangebracht worden. In sommige gevallen wordt bij de aanvang van de ingreep een intra-oculaire product gebruikt om dilatatie te bekomen.

De operatie gebeurt in een steriele ruimte. De huid rond het oog wordt ontsmet en er worden steriele doeken over gelegd.

De ingreep zelf duurt 10 à 15 minuten. De patiënt dient tijdens de operatie het licht van de operatiemicroscoop te fixeren.

Een doorschijnend beschermkapje is niet onmiddellijk nodig na de ingreep maar moet 's nachts wel gedragen worden gedurende 1 week na de operatie.

#### • Postoperatieve zorgen

Antibiotica en ontstekingsremmende druppels moeten toegediend worden door de patiënt gedurende zes weken na de ingreep. De patiënt moet rechtstreeks contact met het oog (slag of stoot) vermijden, alsook stofrijke milieus en mag geen zware gewichten tillen. In de meeste gevallen zal het vertezicht van de patiënt goed zijn zonder het dragen van een bril. In het geval van een cataract operatie met implantatie van een monofocale intra-oculaire lens zal voor het lezen wel een leescorrectie nodig zijn.

#### • Mogelijke complicaties

De chirurgische risico's, eigen aan elke ingreep, zijn bij een cataractingreep heel beperkt: de meest ernstige complicatie is een **intra-oculaire infectie** (1/2500). Een probleem tijdens de ingreep kan een **netvliesloslating** veroorzaken (4/1000 gevallen); in dit geval zal een bijkomende ingreep noodzakelijk zijn.

#### • Resultaat op lange termijn

Bij één derde van de patiënten kan het lenskapsel opaak worden maanden of jaren na de ingreep: dit wordt **secundair cataract**, nastaar of achterste kapsel opacificatie genoemd. De behandeling bestaat er in een opening te maken in het troebele lenskapsel (capsulotomie) door middel van een YAG-laser, waardoor het zicht reeds herstelt vanaf de volgende dag.

### 3. Historiek: technieken in cataract operatie

#### • Microscopen en micro-instrumenten

Cataractchirurgie is de laatste twintig jaar ingrijpend veranderd. Het gebruik van de operatiemicroscop en intraoculaire lenzen alsook de evolutie op gebied van micromechanisch materiaal hebben tot nieuwe chirurgische technieken geleid, die het risico minimaliseren en het resultaat van het zicht maximaliseren.

Tot de jaren 70 werd de troebele lens in zijn geheel verwijderd door middel van een cryode, een sonde die speciaal uitgerust is om de omringende weefsels te bevriezen (**intracapsulaire cataract extractie**), via een brede incisie van 13 mm en zonder dat er een lensimplant werd ingebracht. Verschillende hechtingen waren nodig. Na de ingreep werd het zicht van de patiënt aangepast door het gebruik van dikke "afake" glazen of door permanente contactlenzen. De brilglazen waren zwaar om te dragen, niet praktisch door het effect van vergroting en het gezichtsveld van de patiënt was beperkt. Bovendien konden brilglazen niet voorgeschreven worden als men enkel 1 oog opereerde. Contactlenzen betekenden een grote stap vooruit, al was het aanbrengen moeilijk en ze een risico op zowel ontstekingen als infecties inhielden.

In het begin van de jaren 70 werden de **implantlenzen** ontwikkeld om de natuurlijke lens te vervangen: zij werden in het begin ingebracht in de voorkamer van het oog tussen de iris en de cornea. In sommige gevallen veroorzaakten deze oedeem van de cornea of chronisch glaucoom (te hoge oogdruk).

In het geval van **extracapsulaire cataractextractie** wordt alleen de kern van de troebele lens manueel verwijderd via een incisie in het lenskapsel. Het buitenste gedeelte van de lens, de kapselzak, wordt ter plaatse gelaten en dient als enveloppe waar de implantlens kan ingebracht worden: de implantlens wordt dan ingebracht door de pupilopening achter de iris op de plaats waar de natuurlijke lens zich bevond.

De buitenste incisie in het oog is enkel 8 tot 10 mm lang maar heeft toch hechtingen nodig. Om deze techniek toe te passen heeft men een operatiemicroscop nodig. Complicaties komen zelden voor als de ingreep gebeurt door een ervaren chirurg. Deze techniek geniet dan ook de voorkeur sinds het begin van de jaren 80.

#### • Phako-emulsificatie, operatie zonder hechtingen en plooibare lenzen

In 1962 heeft Charles Kelman (VSA) de ultrasonische **phako-emulsificatie** ontwikkeld waarbij de kern van de aangetaste lens verbrijzeld wordt en verwijderd wordt via een incisie van 3 mm. Na 30 jaar en verschillende technische verbeteringen wordt zijn uitvinding nu wereldwijd gebruikt.

Men gebruikte implanten met een kleinere optische zone waarvoor toch nog incisies nodig tot 5 mm waren en 1 of twee hechtingen om de wonden te hechten. De komst van de **plooibare lenzen** die kunnen ingeplant worden via een 3 mm incisie heeft geleid tot de "cataract operatie zonder hechtingen".

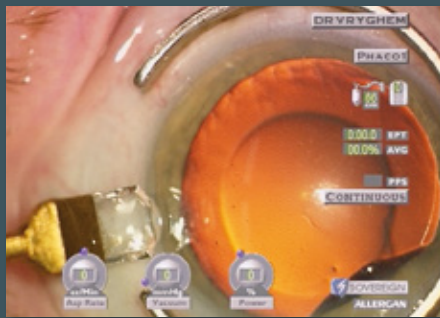
Kleine incisies zonder hechtingen bieden meerdere voordelen. Zo wordt vervorming van de cornea vermeden en op die manier dus ook astigmatisme. Recuperatie van het zicht gebeurt sneller en het refractieve resultaat blijft stabiel.

#### • Topische anesthesie of druppelverdooving

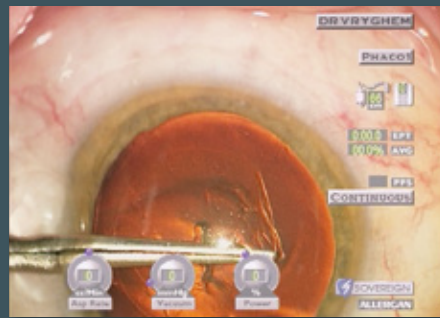
De volgende doorbraak kwam er in de jaren 90. Tot dan werden alle cataractoperaties uitgevoerd onder locale of - in mindere mate - algemene anesthesie. De plaatselijke verdooving werd toegediend via "retrobulbaire" injectie, een pijnlijke en onaangename injectie achter het oog, die een potentieel gevaar inhield met complicaties zoals: orbitaal hematoom (bloeding achter het oog), perforatie van de oogbal, beschadiging van de optische zenuw of postoperatieve ptosis (zakken van het ooglid).

Druppelanesthesie voorkomt pijn, ook al kan de patiënt nog steeds het oog bewegen en er mee zien. Een ervaren chirurg kan de cataract operatie uitvoeren door dit soort anesthesie te gebruiken, zo lang hij de patiënt uitlegt dat hij in het felle licht van de microscoop moet kijken en hem leidt door de hele procedure.

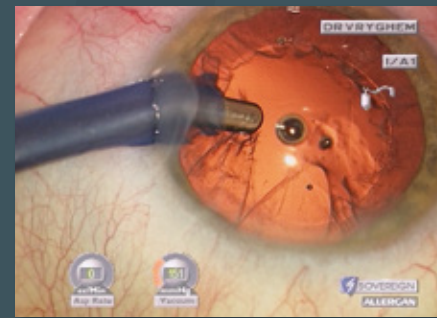
Toch zijn er ook omstandigheden waarbij druppelanesthesie niet kan gebruikt worden en waarbij een injectie nodig is. Dit vooral voor zeer dichte of harde cataract, bij ogen met een heel kleine pupil of bij gevallen waar de cataract operatie wordt gecombineerd met een andere ingreep zoals een glaucoomoperatie of een hoornvlies-transplantatie.



Incisie van 2.0 mm met behulp van een diamantmes



Capsulorhexis: opening van het voorste kapsel



Irrigatie en aspiratie van de brokstukken



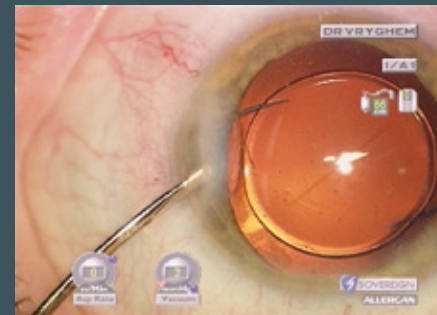
Inbrengen van de plooibare lens



Een ooglidsperrer verhindert het knippen



Phako-emulsificatie: verbrijzeling van de lens met behulp van geluidsgolven



Lens in de kapselzak.  
Wonde zonder hechtingen

## 4. Refractieve lens chirurgie

Het accent in de cataractchirurgie is verschoven van een techniek waarbij het veilig verwijderen van de troebele lens centraal stond, naar een techniek die streeft naar steeds performantere postoperatieve refractieve resultaten. Het doel is om de patiënt zo brilonafhankelijk mogelijk te maken, waarbij hij/zij niet enkel geen bril meer nodig heeft in de verte, maar zelfs voor het lezen en op intermediaire afstanden.

Vandaag ligt de aandacht dus op het **verwijderen van de voorafbestaande afwijking zoals myopie, hypermetropie en zelfs astigmatisme**. Om dit te bereiken werden de metingen voor de berekening van de lenssterkte verfijnd en bestaan er nieuwe mogelijkheden om postoperatieve refractieve verrassingen -veroorzaakt door fouten in de berekening van de lenssterkte- te behandelen.

Multifocale intraoculaire lenzen, laten ons nu toe om de uitdaging aan te gaan om ook **de presbytie (ouderdomsziendheid) te corrigeren**.

### • Berekening van de lenssterkte

De sleutel tot het bekomen van een uitstekend refractief resultaat na een cataractoperatie is de biometrie, m.a.w. een accurate meting van de lengte van het oog en de krommingen van het hoornvlies. Deze metingen worden ingebracht in moderne berekeningsformules van de lenssterkte. Op deze manier bereikt men accurate en consistente resultaten. Klassieke echografie (applanatie biometrie), waarbij een sonde gebruikt wordt die de cornea aanraakt, geeft nog altijd goede resultaten maar kan voor verrassingen zorgen bij de postoperatieve refractieve onderzoeken als de sonde te veel op de cornea drukt. Nieuwe methodes, zoals immersie biometrie of non-contact partial coherence optical interferometry (Zeiss IOLMaster) geven uitzonderlijke accurate metingen, zijn aangenamer voor de patiënten en nemen minder tijd in beslag.

### • Indicatie

Bij een **patiënt ouder dan 45 jaar** die geen accommodatievermogen meer heeft, kan hoge myopie (tot -30 dioptrie) of hypermetropie (tot +14 dioptrie) chirurgisch behandeld worden door de eigen natuurlijke lens te vervangen door een lensimplant waarvan de refractieve sterkte zodanig wordt berekend dat de myopie of de hypermetropie wordt gecorrigeerd.

Het gaat hier over **Refractive Lens Exchange**. Dit is een ingreep die zeer sterk lijkt op een cataractoperatie maar die wordt uitgevoerd niet omwille van vertroebeling van de natuurlijke ooglens maar om de patiënt in een situatie te brengen waarbij hij (zo goed als) brilonafhankelijk is.

### • Astigmatisme

De incisies gebruikt in cataract en refractieve lens chirurgie worden steeds kleiner en induceren bijgevolg geen vervorming van het hoornvlies en dus geen astigmatisme.

In het geval van vooraf bestaand astigmatisme zijn er 2 mogelijke strategieën:

- Astigmatisme kan gecorrigeerd worden door **'torische' intra-oculaire lenzen**, waarin de correctie van het astigmatisme reeds verwerkt is. Deze lens moet in de juiste meridiaan geplaatst worden.
- **Relaxerende incisies** in de kromste meridiaan van het hoornvlies (arcuate keratotomy of limbal relaxing incisions) zijn handig voor het verminderen van voorafbestaand astigmatisme en dit tot 5 dioptrie.
- In het geval van residueel astigmatisme kan een **excimer laser behandeling** (PRK of LASIK) in een latere fase toelaten om het resultaat te verfijnen.

### • Presbyopie

De behandeling van presbyopie of ouderdomsverziendheid is de volgende grote stap in de refractieve cataractchirurgie. De moderne cataractchirurgie met conventionele monofocale implantlenzen geeft een goed vertezicht zonder bril. Nu is de volgende uitdaging het nabootsen van het accommodatievermogen zodat de patiënt ook kan lezen zonder bril. Om patiënten een zekere onafhankelijkheid ten opzichte van de leesbril te geven, kan de presbyopie gedeeltelijk opgevangen worden door monofocale implantlenzen waarbij het dominante oog in de verte wordt in gesteld en een lichte bijziendheid gecreëerd wordt in het andere oog wat toelaat aan de patiënt om in vele situaties zonder leesbril te functioneren, na een aanpassingsperiode. Deze situatie heet **Monovision**. Het dieptezicht kan lichtjes

aangetast zijn hoewel de meeste patiënten weinig hinder ondervinden bij het auto rijden. In sommige gevallen kan deze monovisie gesimuleerd worden voor een ingreep door het dragen van contactlenzen om uit te maken of de patiënt kan wennen aan het verschil tussen beide ogen.

De recente vooruitgang in de **multifocale implantlenzen** maakt dat deze techniek tegenwoordig minder vaak wordt toegepast. De oppervlakte van deze multifocale implanten werd zo gewijzigd (met diffractieve of refractieve cirkels) om zowel het zicht dichtbij als in de verte toe te laten. Het accommodatieproces wordt nagebootst (dit is het natuurlijke vermogen van de ooglenzen om zich aan te passen voor het zicht in de verte en het zicht dichtbij) wat ten goede komt van de levenskwaliteit van de patiënt.

Dr. Vryghem was de eerste chirurg in België om multifocale implantlenzen te plaatsen in 1997 (AMO Array). De kwaliteit van de eerste implanten liet te wensen over: patiënten klaagden over halo's 's nachts en een ontoereikend zicht kortbij.

Sinds 2010 is de kwaliteit van de multifocale implanten er zeer sterk op vooruit gegaan, onder meer door de opkomst van de **trifocale implantlenzen**. Zij zijn uitgerust met 3 verschillende focale punten en zijn dus zo ontworpen om zowel een goed zicht in de verte, kortbij (40 cm), als op de tussenafstand (60-70 cm) te bieden. Het zicht op tussenafstand dient onder meer voor het werken op computer. Voor de groep jongere presbyopen die nog professioneel actief zijn en veel op computer werken, zijn deze implanten dus de ideale oplossing.

De trifocale implanten zijn van Belgische makelij. Hun design werd ontworpen door het Luikse bedrijf PhysIOL die er een patent op heeft. Er wordt nog slechts in een heel klein percentage van de gevallen geklaagd over de perceptie van halo's rond lichtbronnen.

Deze recente ontwikkelingen verklaren waarom de refractieve lenschirurgie met trifocale implanten tegenwoordig de techniek bij uitstek is om presbyopie te corrigeren.

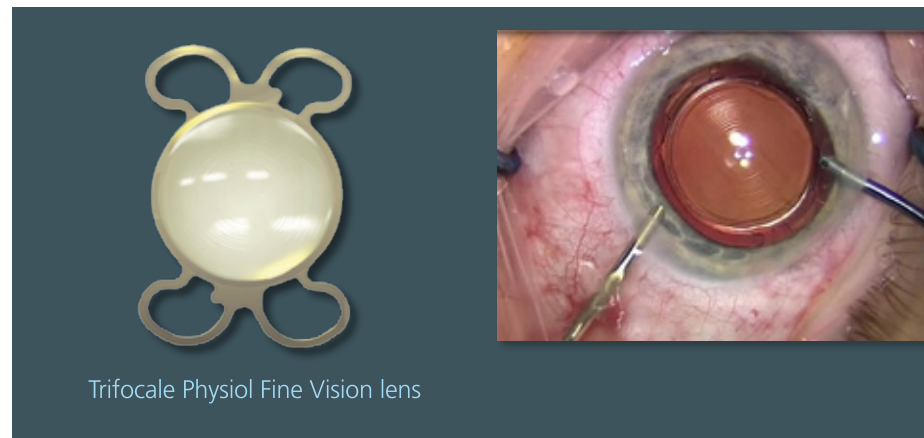
#### • Resultaat op lange termijn

Bij één derde van de patiënten kan het lenskapsel opaak worden maanden of jaren na de ingreep: dit wordt **secundair cataract**, nastaar of achterste kapsel opacificatie genoemd. De behandeling bestaat er in een opening te maken in het troebele lenskapsel (capsulotomie) door middel van een YAG-laser, waardoor het zicht reeds verbetert vanaf de volgende dag.

Sommige patiënten met multifocale implanten klagen over de aanwezigheid van halo's rond lichtbronnen 's avonds.

#### • Mogelijke complicaties

De chirurgische risico's, eigen aan elke ingreep, zijn bij een refractieve lensoperatie dezelfde als bij een cataractoperatie. De risico's zijn heel beperkt: de meest ernstige complicatie is een **intra-oculaire infectie** (1/2500).



Trifocale Physiol Fine Vision lens



### • Laatste bedenkingen

De bestaande ontwikkelingen in chirurgische technieken, biometrie en lenssterkteberekening hebben ons geholpen om een stap dichterbij het ideale resultaat van "emmetropie" te komen voor al onze cataractpatiënten, dit betekent een goed zicht zonder glazen, althans in de verte.

De verfijning van het postoperatieve refractieve resultaat en de optimalisering in de toepassing van multifocale implantlenzen, laat ons toe om deze technologie aan onze patiënten aan te bieden als behandeling van presbyopie om zo ook hun afhankelijkheid ten opzichte van de leesbril helemaal of in ieder geval zeer sterk te verminderen.

Intra-oculaire lens chirurgie is een normale vorm van refractieve chirurgie geworden die dus niet louter meer toegepast wordt voor cataractpatiënten, maar ook voor **patiënten van 45 jaar en ouder die dromen van een toekomst zonder bril.**

## 5. Praktische organisatie

### • Voor de operatie

1. De operatiedatum wordt vast gelegd tijdens het vooronderzoek: In het geval van bilaterale cataract zal de ingreep meestal gepland worden met interval van 1 week tussen beide ogen. Het exacte **tijdstip van de operatie** moet telefonisch door u bevestigd worden op de (werk)dag voor uw ingreep **+32 2 741 69 99**.
2. De **huisarts** van de patiënt wordt geraadpleegd om te zien of er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de ingreep onder plaatselijke anesthesie. In de meeste gevallen wordt er een electrocardiogram gemaakt en een bloedstaal afgenomen, indien deze onderzoeken niet werden gedaan gedurende de zes laatste maanden.  
In geval van twijfel zal de huisarts de patiënt doorverwijzen naar een cardioloog voor bijkomende onderzoeken.  
Deze onderzoeken dienen ten minste 1 week voor de voorziene datum van de operatie te worden gedaan.  
De resultaten van deze onderzoeken dienen ons te worden opgestuurd of u brengt een kopie van de resultaten mee op de dag van de ingreep.
3. Een **voorschrift voor de oogdruppels** wordt overhandigd aan de patiënt. De patiënt kan deze halen bij de apotheker.
  - Tobrex (antibioticum) en Indocollire (tegen ontsteking): deze druppels dienen te worden ingediend gedurende 3 dagen voor de ingreep en dit 3 maal per dag met 5 minuten interval tussen de 2 soorten oogdruppels.
  - Tobradex, te gebruiken na de ingreep.
4. Indien u een **behandeling** volgt **voorgeschreven door een huisarts of specialist**, dient u deze behandeling verder te nemen, zelfs op de dag van de ingreep. Dit geldt ook voor anti-stollingsmiddelen zoals Sintrom, Aspirin, enz. indien de ingreep gebeurt onder plaatselijke verdoving.

### • **Daghospitaal**

De cataractoperatie vindt ambulant plaats, in een daghospitaal.

Dit houdt in dat de patiënt een uur voor de ingreep aanwezig moet zijn en 15 minuten na de ingreep naar huis mag.

De operatie kan zowel plaats vinden in de privé praktijk van Dr. Vryghem, Brussels Eye Doctors, als in de Leopoldspark Kliniek in Brussel.

### • **Adresgegevens kabinet van Dr. Vryghem**

Brussels Eye Doctors

(gelijkvloers)

Sint-Michielslaan 12-16

1150 Brussel (St-Pieters Woluwe)

**T +32 2 741 69 99**

Het kabinet is het vlotst bereikbaar met het openbaar vervoer.

De halte Montgomery (metro/tram/bus) bevindt zich op 50 meter van het kabinet alsook een taxistation.

Parkeren in de nabijheid van het kabinet kan in aanpalende straten, bijvoorbeeld in de St-Michiels-College straat.

### • **Adresgegevens Eye-Clinic van de Leopoldspark Kliniek**

(gelijkvloers)

Froissartstraat 38

1040 Brussel (Etterbeek)

**T +32 2 287 51 11**

De Leopoldspark Kliniek ligt in het hart van de Europese wijk, tussen de Schuman rotonde en het Jourdanplein, op 300 meter van het Europees Parlement. De luchthaven van Brussel-Nationaal is bereikbaar in 20 minuten met de trein (Centraal-Station) of per wagen. Er is een parking ter uw beschikking op de Etterbeeksesteenweg nr. 184. De **hoofdingang** ligt op de Froissartstraat, op 300 meter van de Schuman rotonde (CEE) en op 50 meter van het Jourdanplein.

### • **Organisatie van de ingreep**

De operaties vinden plaats in de praktijk van Dr. Vryghem, Brussels Eye Doctors, of in de Eye-Clinic van de Leopoldspark Kliniek.

#### • Gelieve de **praktijk van Dr. Vryghem één werkdag voor de operatie**

**telefonisch te contacteren** om het exacte tijdstip van de operatie te kennen:

**+32 2 741 69 99.**

#### • **Op de dag van de ingreep:**

Indien de operatie plaats vindt in de Eye-Clinic van de Leopoldspark Kliniek zal de patiënt zich 1 uur op voorhand aanmelden.

Indien de operatie plaats vindt in het kabinet van Dr. Vryghem zal de patiënt zich 30 minuten op voorhand aanmelden.

Voor de operatie zal de pupil van het te opereren oog gedilateerd worden.

Dit kan op 2 verschillende manieren:

- Ofwel door middel van een tablet die 1 uur voor de ingreep in uw oog wordt geplaatst. Deze tablet wordt door het verplegend personeel van de Eye-Clinic in uw oog ingebracht meteen na aankomst.
- Ofwel door middel van druppels die elke 15 minuten worden toegediend in uw oog gedurende 1 uur voor de ingreep.

In sommige gevallen zal de dillatie bekomen worden door een produkt dat wordt toegediend in de operatiezaal in het begin van de ingreep.

- **Hospitalisatie** wordt in zeer uitzonderlijke gevallen overwogen. In dat geval zal de patiënt de dag voor de ingreep opgenomen worden in de loop van de namiddag en het ziekenhuis 1 à 2 dagen later verlaten. De patiënt zal zich moeten aanmelden bij de dienst Opnamen van de Kliniek (eerste deur rechts na het onthaal). De patiënt moet de resultaten van zijn preoperatief onderzoek mee brengen (ECG en bloedanalyse) alsook zijn pre-operatieve vragenlijst, ingevuld door Dr. Vryghem. Twee postoperatieve controles worden tijdens deze 2 dagen uitgevoerd.

## • Na de ingreep

Meteen na afloop van de ingreep mag u eten en drinken.

Soms kan u een licht gevoel van irritatie of gêne waarnemen. Het volstaat dan om een pijnstillertype Panadol of Dafalgan in te nemen. In het geval van abnormale pijn of grote ongerustheid contacteert u het kabinet van Dr. Vryghem:

1/ Binnen de kantooruren:

**+32 2 741 69 99**

2/ Buiten de kantooruren

**+32 475/71 08 71** het GSM-nummer van Dr. Vryghem

Indien u Dr. Vryghem niet kan bereiken, neemt u contact op met de spoeddienst van de Parc Léopold Kliniek: **+32 2 287 50 64**

Er worden één à twee controles uitgevoerd tijdens de week die volgt op de ingreep om na te kijken of alles goed verlopen is en om infectie uit te sluiten.

De eerste dagen na de ingreep wordt het ten stelligste afgeraden om grote inspanningen te leveren. U vermijdt het dragen van zware gewichten, alsook alle (sportieve) activiteiten waarbij u het risico loopt om een slag of stoot op het oog te krijgen. Ook vermijdt u water in de ogen of stofrijke milieus.

De patiënt zal van zodra hij thuiskomt druppels toedienen volgens het schema:

- Tobradex: 1 druppel 4 maal per dag gedurende drie weken, de dosis wordt nadien progressief verminderd: 1 druppel 3 maal per dag gedurende 1 week, 1 druppel 2 maal per dag gedurende 1 week, 1 druppel 1 maal per dag gedurende 1 week.
- Indocolllyre: 1 druppel 3 maal per dag totdat het flesje leeg is. Het zicht van de patiënt zal zich snel verbeteren en het eventuele ongemak zal snel verdwijnen.

De patiënt dient elke nacht gedurende 1 week na de ingreep een plastieken beschermkapje te dragen 's nachts om te vermijden dat er in het oog zou worden gewreven.

Het zicht van de patiënt zal zich snel herstellen alsook het eventuele ongemak.

## • Finale controle

5 à 6 weken na de ingreep vindt een finale controle plaats waarbij indien nodig een aangepast bril zal worden voorgeschreven. Meestal gaat het hier alleen over een leesbril.

# 6. Kosten van de ingreep

## • In het geval van daghospitalisatie

Ongeveer 2 maanden na de ingreep zal de Kliniek de patiënt een factuur sturen waar alle kosten gedetailleerd op staan:

- Forfait voor dagchirurgie
- Farmaceutische kosten, met inbegrip van de kosten voor de implantlens (gedeeltelijk terugbetaald door het RIZIV)
- De medische erelonen (basiserelonen en supplementen)
- Diverse kosten

Iedere rubriek bevat een gedetailleerd overzicht van de kosten met enerzijds vermelding van het deel dat gedekt wordt door het RIZIV en anderzijds het deel dat ten laste van de patiënt valt (met inbegrip van de kamerkosten en de ereloonsupplementen).

De erelonensupplementen bedragen maximaal 300% ten opzichte van het basistarief.

## • In het geval van hospitalisatie

Ongeveer 2 maanden na de ingreep zal de Kliniek een factuur naar de patiënt sturen waar alle gedetailleerde kosten zijn opgenomen:

- Forfait voor dagchirurgie
- Farmaceutische kosten, met inbegrip van de kosten voor de implantlens (gedeeltelijk terugbetaald door het RIZIV)
- De medische erelonen (basiserelonen en supplementen)
- Diverse kosten

Iedere rubriek bevat een gedetailleerd overzicht van de kosten met enerzijds vermelding van het deel dat gedekt wordt door het RIZIV en anderzijds het deel dat ten laste van de patiënt valt (met inbegrip van de kamerkosten en de ereloonsupplementen).

De ereloonsupplementen bedragen maximaal 100% ten opzichte van het basistarief in een 2-persoonskamer en maximum 300% in een eenpersoonskamer.

• **In het geval van ingreep in het kabinet van Dr. Vryghem**

Indien de operatie plaats vindt in het kabinet van Dr. Vryghem wordt u op de dag van het vooronderzoek een overschrijvingsformulier bezorgd.

De erelonen voor de operatie worden betaald:

per overschrijving, minstens 3 dagen voor de ingreep ofwel op de dag van de ingreep zelf:

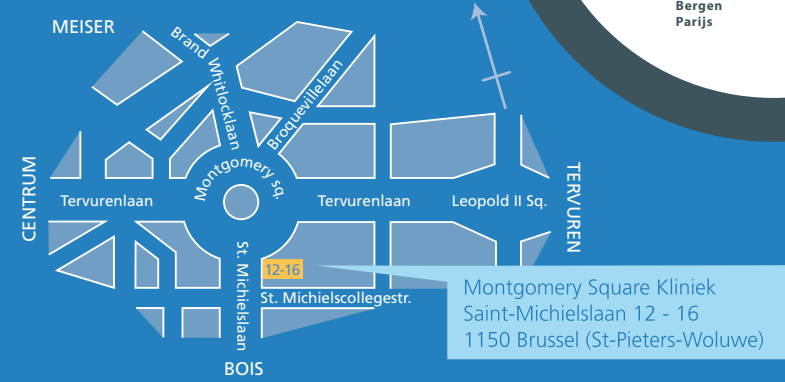
- via bancontact
- via credit-kaart
- contant

Meteen na de operatie ontvangt u uw betalingsbewijs.

## 7. Lokalisatie



### Kabinet Montgomery Square



### Leopoldspark Kliniek





BRUSSELS  
EYE DOCTORS

[www.brusselseyedoctors.be](http://www.brusselseyedoctors.be) | [www.vryghem.be](http://www.vryghem.be)