

Rood / pijnlijk oog

Stroomdiagram – anamnese, onderzoek en beleid



Patiënt met rood en/of pijnlijk oog



1. Anamnese

Lateralisatie

- 2 ogen: vaker droge ogen of virale infectie
- 1 oog: vaker uveitis / keratitis

Duur & context

- Hoelang bestaand?
- Iets in het oog gekomen?
- Recente operatie / laserbehandeling?
- Eerder dezelfde klachten?

Risicofactoren

- Contactlenzen / nachtlenzen → hogere kans keratitis
- Hoge plussterkte → risico acuut glaucoom

Systemisch / omgeving

- Visusdaling?
- Grieperig / verkouden?
- Familie met rode ogen?
- RA, Crohn, Bechterew?



2. Onderzoek door huisarts

Oxybuprocaine
(onderzoek
makkelijker)

Visus
(visuskaartje)

Pupilvorm /
-grootte

Uitwendige inspectie
en handspleetlamp
(type roodheid,
helderheid cornea)

Fluoresceïne
(zoek naar witte
corneale laesie/
ulcus)

Ooglid
omklappen

Palatoire
oogdruk



3. Alarmsituatie / verdenking?

Cornea-ulcus | Uveitis | Acuut glaucoom | Keratitis

Ulcus op cornea



- Zichtbare witte laesie op de cornea

→ Overleg met oogarts

Verdenking uveitis



- Unilateraal rood/pijnlijk oog passend bij kliniek

→ Overleg met oogarts

Verdenking acuut glaucoom



- Denk o.a. aan hoge plussterkte, hogere leeftijd (vaak > 50 jaar) en toenemend cataract

Let op: acuut glaucoom komt niet vaak voor.

→ Overleg met oogarts

Verdenking keratitis

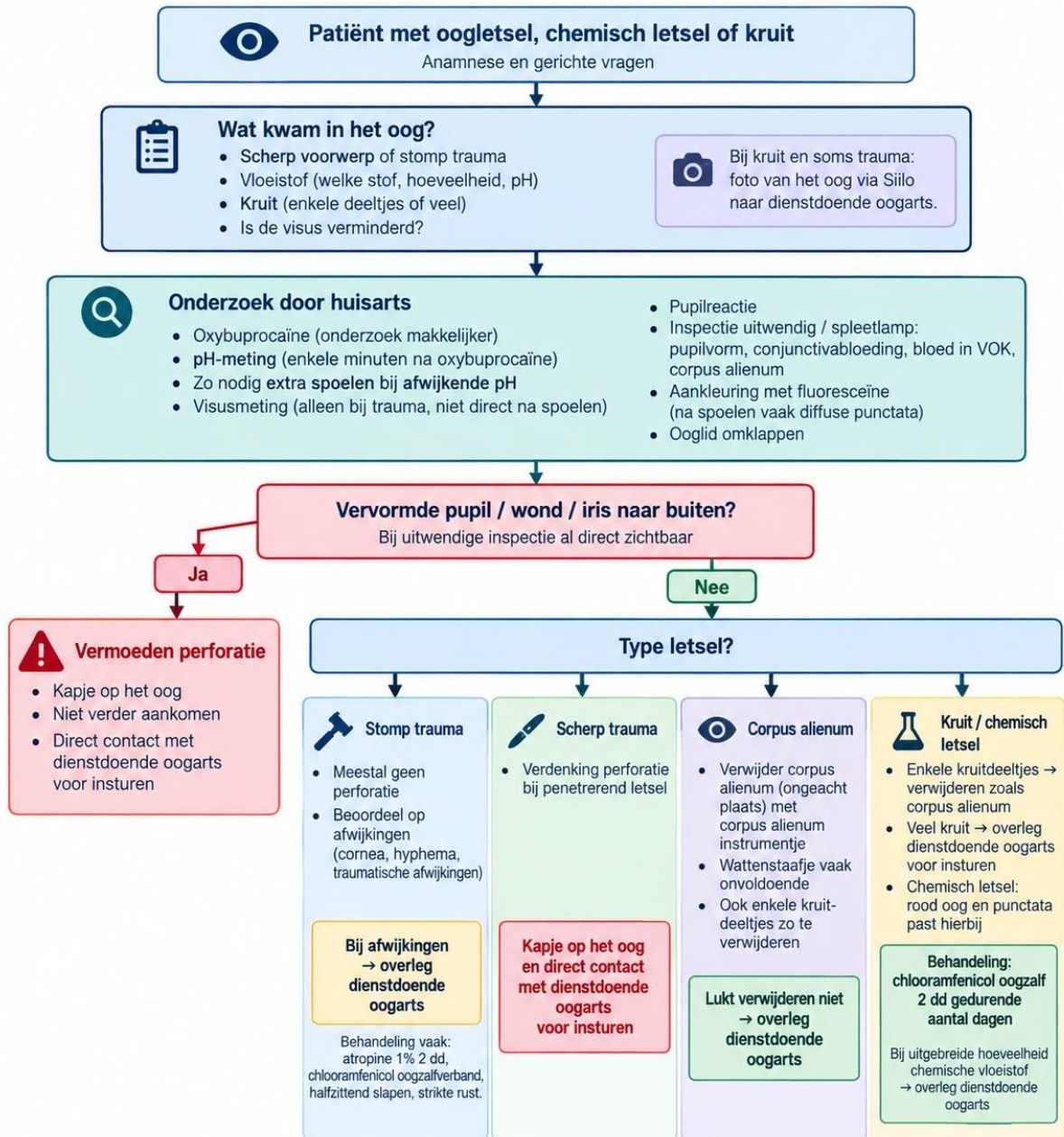


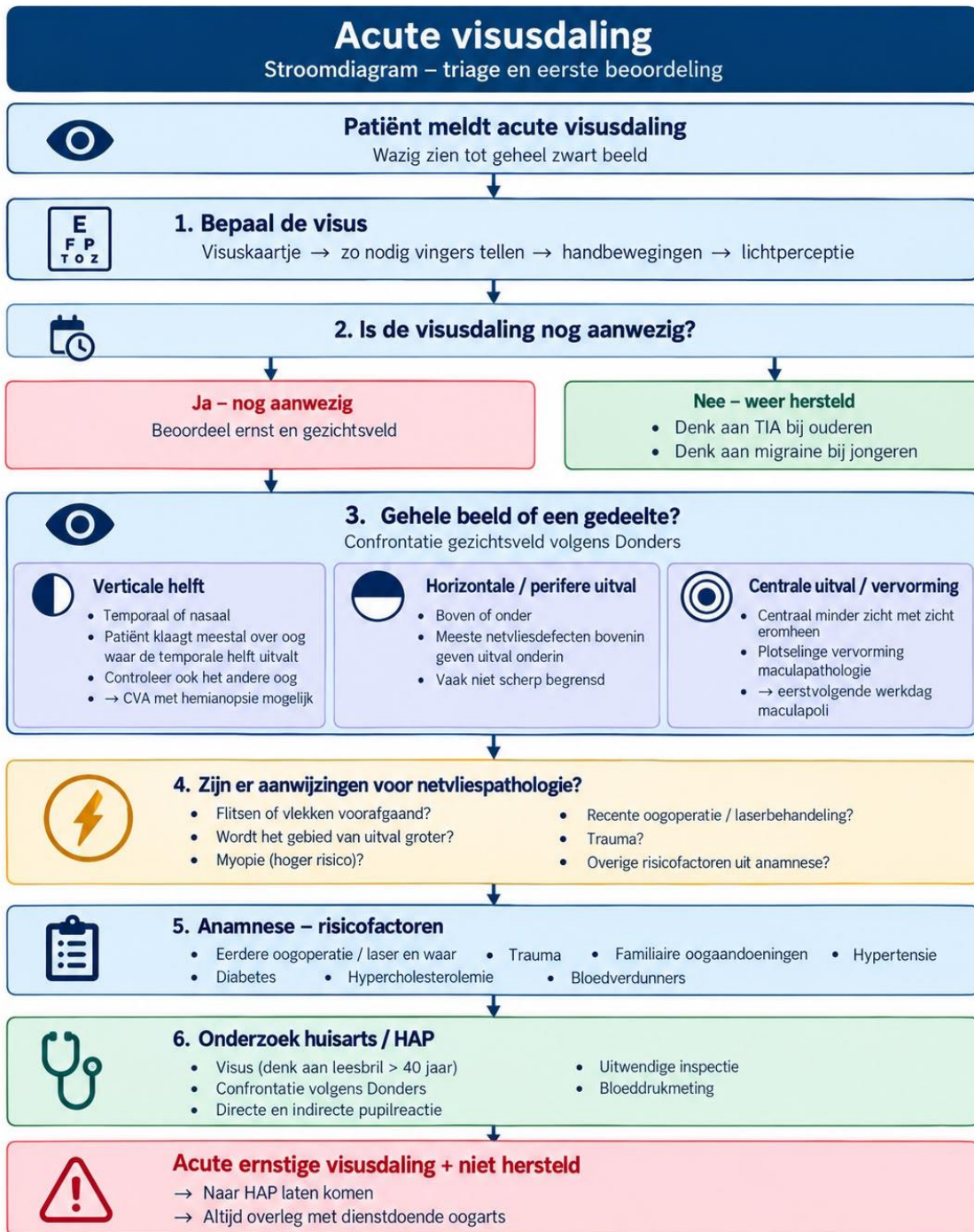
- Trafloxacil oogdruppels ieder uur
- Nooit steroïden
- Overleg met oogarts bij ulcus

→ Overleg met oogarts (bij ulcus)

Oogletsel, chemisch letsel en kruit

Stroomdiagram – beoordeling en beleid





Flitsen / vlekken

Stroomdiagram – triage / HAP



Patiënt met klacht: flitsen en/of vlekken

Kortdurende lichtflitsen en/of bewegende vlekjes (floaters)



1. Gerichte anamnese

- 1 of 2 ogen? (bij 2 ogen vaak geen oogheelkundig probleem)
- Alleen een flits of ook vlekjes?
- Continu aanwezig of incidenteel / in het donker?
- Bril-/lenssterkte (hogere myopie = meer risico op netvliesscheur)
- Eerdere operatie of laserbehandeling: wanneer en waar?
- Visus verminderd?
- Valt een deel van het gezichtsveld weg?
- Eerdere netvliesproblemen?
- Trauma in de voorgeschiedenis?



2. Risicoprofiel

- Myopie > -4 D
- Trauma in voorgeschiedenis
- Eerder netvliesproblemen
- Familiaire belasting netvliesproblemen
- Recent staaroperatie



3. Verhoogd risicoprofiel of alarmsymptomen?

Visusdaling en/of uitval van een deel van het gezichtsveld?

Nee



Laag risico

- Risicoprofiel volledig negatief én enkel een flitsje of floater.
- Geen onderzoek op HAP nodig.
- Telefonisch vangnetadvies.

Ja



Overleg oogarts

- Overleg met de dienstdoende oogarts óf en wanneer patiënt gezien moet worden.



Vangnetadvies

Patiënt opnieuw laten bellen bij:

- toename van flitsen/vlekken
- slechter zicht
- uitval van een deel van het gezichtsveld

Dubbelzien

(diplopie)



Patiënt met dubbelzien

Anamnese en gericht onderzoek

Monoculair of binoculair?

Laat patiënt één oog dicht houden

Monoculair

- Dubbelzien blijft bestaan bij afdekken één oog

Binoculair

- Dubbelzien verdwijnt bij afdekken één oog



Monoculair dubbelzien

Meestal oculair van aard

- Anamnese: plotseling ontstaan, trauma, recente (oog)operatie, contactlenzen
- Denk aan: corneale afwijkingen, cataract, irregulaire refractie, droge ogen, lensluxatie
- Visusmeting, spleetlampoonderzoek



Gerichte anamnese

- Plotseling ontstaan
- Trauma
- Scheelzien/amblyopie in voorgeschiedenis
- Eerdere (spier)oogoperatie
- Andere neurologische klachten
- Vasculaire risicofactoren (hypertensie, diabetes)
- Algemene klachten (hoofdpijn, misselijkheid etc.)



Andere neurologische / algemene klachten?

- Hoofdpijn
- Neurologische uitval (bijv. hemiparese, sensibiliteitsstoornissen, dysartrie)
- Duizeligheid, misselijkheid
- Verandering bewustzijn
- Algemeen ziekzijn



Beoordeling door huisarts

- Meestal geen acute verwijzing nodig.
- Verwijs bij twijfel of afwijkende bevindingen naar oogarts.

Ja



Neurologische klachten

→ Direct neuroloog betrekken

- Denk aan CVA, aneurysma, intracranieële pathologie, hersenzenuwparese, myasthenie e.d.
- Zo nodig spoedverwijzing.

Nee



Meestal geen acute beoordeling door huisarts nodig

- Verdere beoordeling en afweging op basis van anamnese en oogheelkundig onderzoek.
- Bij persisterende klachten, toename, of afwijkende bevindingen → verwijzing oogarts.

Zwelling ooglid / oogleden

Stroomdiagram – anamnese, onderzoek en beleid



Patiënt met zwelling van één of beide oogleden

Met of zonder pijn, roodheid of koorts



1. Anamnese

Vraag gericht naar:

- Eén of beide oogleden aangedaan
- Kan het ooglid nog iets open?
- Nog zicht met het betreffende oog?
- Verkouden / griepig, met of zonder koorts
- Allergie
- Pussige afscheiding
- Wondje of insectenbeet aan het ooglid
- Blaasjes aan het ooglid
- Chalazion
- Zwelling ter hoogte van de traanzak
- Recente ingreep aan neus of tanden



2. Onderzoek door huisarts

- Inspectie uitwendig.
- Bij forse zwelling: probeer het ooglid te openen (stevig vastpakken) en beoordeel:
 - roodheid conjunctiva
 - helderheid cornea
 - pupilreactie
 - motiliteit
- Vraag patiënt of hij/zij met het geopende oog nog iets kan zien.
- Deze inspectie is essentieel voor de differentiatie preseptale cellulitis versus orbitale cellulitis.
- Maak een foto voor overleg via Siilo.



Goede visus + normale motiliteit + geen koorts + niet immuungecompromitteerd?

Ja



Start behandeling

- Start oraal breedspectrum antibioticum.
- Overleg met dienstdoende oogarts + foto via Siilo.
- Maak in overleg afspraken over verdere controle.

Nee / twijfel



Overleg met oogarts

- Bij verdenking post-septale/orbitale cellulitis.