



Retinopathie bij prematuren

nazorg en nuttige informatie

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara

Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont

Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 80 80 80
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel. +32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste ouders,

Met deze infobrochure willen wij u meer achtergrondinformatie geven over retinopathie bij prematuren en trachten we op een aantal veel gestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelend arts en de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al uw vragen te antwoorden.

Het team Neonatologie
Het team Oftalmologie

Inhoudsverantwoordelijke: dr. W. Gysemans
(Neonatoloog) | Juli 2026

INHOUDSTAFEL

1. Wat is de aandoening?	3
1.1 Definitie	
1.2 Oorzaak	
1.3 Onderzoek	
2. Wat is de behandeling?	4
2.1 Algemeen	
2.2 Netvlies	
2.3 Laserbehandeling:	
2.4 Praktisch	
2.5 Nazorg	
3. Nuttige informatie	7

01 WAT IS DE AANDOENING?

1.1 Definitie

Het netvlies van te vroeg geboren baby's is vaak nog niet volledig ontwikkeld. Hierdoor kunnen na de geboorte afwijkingen in de bloedvaten van het netvlies ontstaan. Dit wordt **premature retinopathie** genoemd, ofwel **Retinopathy of Prematurity (ROP)**. De bloedvaten kunnen aan het netvlies trekken, waardoor de kwaliteit van het netvlies afneemt of waardoor het netvlies, in het ernstigste geval, zelfs geheel loslaat. Dit kan blindheid veroorzaken. Het risico hierop kan groter zijn wanneer het toedienen van zuurstof aan de baby gedurende langere periodes noodzakelijk was. ROP ontstaat meestal in de vijfde tot zevende week na de premature geboorte en kan geleidelijk in ernst toenemen.

1.2 Oorzaak

Tijdens de zwangerschap groeien de bloedvaten in het netvlies vanuit het gebied rond de oogzenuw geleidelijk uit naar de randen van het netvlies. Pas bij een zwangerschapsduur van 38 tot 40 weken is de groei van deze bloedvaten voltooid. Te vroeg geboren baby's

hebben nog 'onrijpe' netvliesvaten waarvan de verdere uitgroei verstoord kan raken. Hierbij zijn een aantal factoren van invloed:

- Het belangrijkste is de zwangerschapsduur bij de geboorte. Hoe korter de zwangerschap, hoe hoger de kans op ROP.
- Het geboortegewicht en al dan niet een meerlingzwangerschap;
- Het aantal dagen en de wijze (met of zonder kunstmatige beademing) waarop zuurstof is toegediend aan de baby;
- Het optreden van ademhalingsstilstanden, ernstige algemene infecties met hoge koorts (sepsis), bloedtransfusies en tekort aan vitamine E tijdens de periode volgend op de vroeggeboorte.
- Vaak spelen meerdere factoren tegelijk een rol.

1.3 Onderzoek

De afwijkingen in het netvlies bij prematuren zijn meestal op te sporen door het kind in de periode na de geboorte goed op te volgen. Dit gebeurt door oogspiegelonderzoek, waarbij de pupillen door middel van oogdruppels wor-

02 WAT IS DE BEHANDELING?

den verwijd. Zichtbare afwijkingen worden verder opgevolgd en indien noodzakelijk behandeld. Het eerste oogspiegelonderzoek vindt vijf tot zes weken na de geboorte plaats. Het onderzoek is niet gevaarlijk of pijnlijk. De kinderen kunnen wel een licht ongemak ervaren door het noodzakelijk gebruik van een ooglidspreader.



ooglidspreader

2.1 Algemeen

Er is tot nu toe nog geen mogelijkheid om het ontstaan van ROP bij te vroeg geboren te voorkómen. Door de huidige neonatologische technieken is het mogelijk steeds jongere premature kinderen in leven te houden. Juist bij deze kinderen is de kans om ROP te ontwikkelen het hoogst. Daardoor blijkt het aantal kinderen dat blind of slechtziend wordt als een gevolg van ROP toe te nemen.

Anderzijds hebben nieuwe neonatologische behandelingen de kans op ROP beduidend verkleind. Bij een klein aantal kinderen zal er een behandeling nodig zijn. Meestal is dit een laserbehandeling. Deze behandeling kan op de NICU in ZOL uitgevoerd worden.

2.2 Netvlies

Bij ROP bestaat het netvlies uit twee delen: het van bloedvaten-voorzien deel (gevasculariseerde retina) in het centrale deel van het netvlies en het niet-van-bloedvaten-voorzien deel (avasculaire retina) in de randen van het netvlies. Er wordt algemeen aangenomen dat de

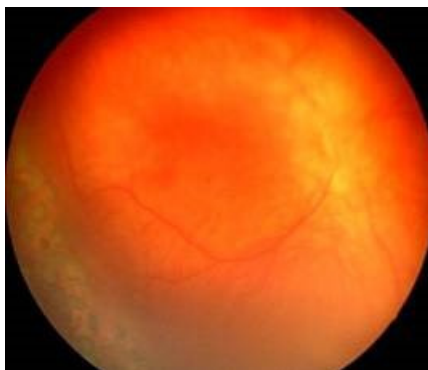
prikkel voor het uitgroeien van afwijkende bloedvaten in het netvlies afkomstig is uit het nog niet-van-vaten-voorzien gedeelte van het netvlies.

2.3 Laserbehandeling:

De behandeling van ROP bestaat uit het uitschakelen van dit gedeelte van het netvlies (de avasculaire retina) met behulp van een laserbehandeling. Met deze behandeling wordt het deel van het netvlies dat niet genoeg van zuurstof voorzien wordt uitgeschakeld, waardoor de productie van bloedvat stimulerende factoren afneemt. In ongeveer 85% van de ogen blijkt deze behandeling effectief.

De behandeling wordt verricht in gespecialiseerde oogklinieken, veelal in centra waar ook een NICU (Neonatale Intensive Care Unit) aanwezig is.

De eerste tekenen van ROP manifesteren zich rond 5-6 weken na de geboorte, de ernstigere vormen ontstaan ongeveer 9-10 weken na de geboorte.



Voorbeeld van het netvlies zoals gezien door de oogarts tijdens het oogonderzoek.

De noodzaak tot behandeling hangt af van een aantal factoren: de plaats van de afwijkende vaten in het netvlies, de ernst van de afwijking en de mate van progressie van de afwijking. Er wordt onder narcose behandeld via de pupilopening van het oog. Uitzonderlijk is een herhaalde laserbehandeling nodig. Belangrijk om te begrijpen is dat de laserbehandeling wordt beperkt tot het netvliesgedeelte dat reeds ziek is en geen bijdrage levert (en zal leveren) aan het zicht. De prognose naar het scherptezicht (brilafwijking) en ontwikkeling van het gezichtsveld (breedte van het zicht) is erg variabel en zal verder moeten opgevolgd worden in de jaren na de behandeling.

2.4 Praktisch

Voor een laserbehandeling is het absoluut noodzakelijk dat het kindje erg stil ligt. Het zal daarom door de kinderanesthesist onder narcose gebracht worden. Tijdens de ingreep wordt het kindje gedurende een korte tijd kunstmatig beademd. Van zodra de behandeling is afgelopen, wordt de slaapmedicatie gestopt en kan het kindje stilaan opnieuw wakker gemaakt worden. De verwachting is dat de ademhaling na de ingreep opnieuw zal zijn zoals voorheen. De ingreep zelf gaat door op de NICU-afdeling. De oogchirurg, kinderanesthesist en verpleegkundige van het operatiekwartier komen met al het nodige materiaal naar de NICU. Zij worden voor, tijdens en na de ingreep bijgestaan door een NICU verpleegkundige en zo nodig één van de neonatologen. Uitzonderlijk kan het gebeuren dat er geen ruimte is op de dienst NICU zodat de ingreep toch wordt uitgevoerd in de operatiezaal. Na de ingreep kan uw kindje terug naar zijn/haar eigen plaats op de dienst gebracht worden.



Dr. Koen Willekens die een laserbehandeling uitvoert op de NICU in ZOL

2.5 Nazorg

Na de lasering kunnen de ogen van het kindje wat gezwollen en geïrriteerd zijn. De oogjes worden onmiddellijk na de behandeling bedekt met zalf. De zwelling en irritatie trekken snel weer weg. Indien er wat pijn of dyscomfort lijkt te zijn, kan hiervoor een pijnstiller gegeven worden. Verdere toediening van oogzalf- of druppels is meestal niet nodig.

Enkele dagen na de lasering wordt een oogcontrole uitgevoerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een oogspeder zoals dat bij de controles voorafgaand aan de lasering steeds gebeurde. De oogarts zal bepalen hoe vaak oogcontroles nodig zijn na de lasering. Na ontslag uit het ziekenhuis zal het kind verder ambulant door de oogarts worden opgevolgd.

03 NUTTIGE INFORMATIE

Dienst Afspraken, tel. 0032 89
80 80 80

Raadpleging Oogziekten

- Campus Sint-Jan, tel. 0032 89
80 83 20
- Campus Sint-Barbara, tel. 0032
89 80 83 25

Website

www.zol.be/oogziekten



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be