

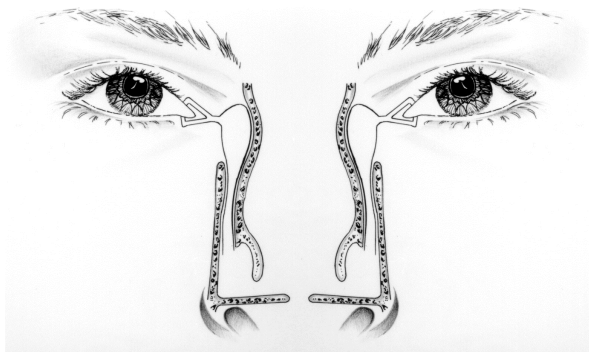
Traanklachten bij volwassenen: oorzaken en behandeling

Traanvocht

Traanvocht beschermt het oog tegen uitdroging. Het bestaat uit meerdere componenten: een relatief dikke laag water, die aan de buitenzijde afgedekt wordt door een dun laagje vet dat verdamping tegengaat, en aan de binnenzijde bestaat uit een dun laagje slijm (mucine) dat het waterige deel aan het hoornvlies koppelt.

De waterige component van de tranen wordt afgescheiden door een klier die zich in de oogkas bevindt. Aangemaakte tranen verdwijnen deels door verdamping, het resterende deel wordt afgevoerd via kanaaltjes. In boven- en onderooglid bevinden zich aan de neuskant 2 kleine openingen, de traanpunten. Het zijn de uitmondningen van twee kanaaltjes van ongeveer 1 mm diameter, de canaliculi. Deze kanaaltjes komen samen en monden vervolgens uit in de traanzak. Van de traanzak loopt door het bot van de neus een dikker kanaal dat in de neus uitmondt.

Hieronder ziet u de afvoerende traanwegen schematisch afgebeeld.



Waarom ontstaan traanklachten?

Traanklachten kunnen het gevolg zijn van een verstopping of vernauwing van de afvoerende traanwegen. Dergelijke verstoppingen kunnen in een aantal gevallen met een operatieve ingreep geopend worden. De kans op succes van de ingreep hangt af van de plaats en ernst van de vernauwing.

Traanklachten kunnen ook optreden zonder dat er een aantoonbare verstopping is van het afvoersysteem is. Waarschijnlijk is de traanproductie dan groter dan wat de afvoerende traanwegen aankunnen, vergelijkbaar met een overlopende dakgoot door ene te krap ontworpen regenpijp. Het is niet mogelijk om de traanproductie met operaties of medicijnen te verminderen. Aan dit probleem valt dan ook vaak niets te doen. Er kan getracht worden de afvoerende traanwegen met een operatie ruimer te maken, maar het resultaat is niet goed voorspelbaar.

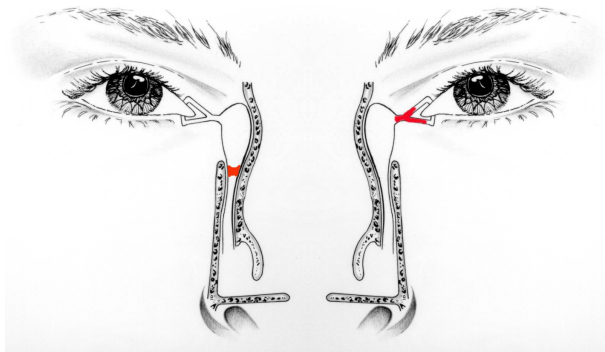
Tenslotte kunnen traanklachten het gevolg zijn van een onvoldoende kwaliteit van de tranen.

De oorzaak hiervan kan gelegen zijn in een tekort aan waterige component, maar het kan ook liggen aan onvoldoende koppeling aan het hoornvlies, of aan een niet goed functionerende vette afdeklaag. Door een niet goed functionerende traanfilm droogt het oog uit. Dit zet, via een reflex, de traanklier aan tot meer productie. In feite wordt het tranen in dit geval dus veroorzaakt door een droog oog.

Omdat traanvocht voor een groot deel afgevoerd wordt door verdamping heeft niet iedereen met een verstopt afvoersysteem traanklachten. En omgekeerd heeft iedereen last van tranen bij flinke overproductie, zoals bij huilen, of bij fietsen met koude tegenwind.

Verstoppingen van het kanaal tussen de traanzak en de neus

Verstoppingen kunnen op verschillende plaatsen optreden. In de onderstaande tekening ziet u de twee meest voorkomende verstoppingen. Links ziet u de meest voorkomende verstopping, namelijk van het afvoerkanaal tussen de traanzak en de neus; de ductus nasolacrimalis. De oorzaak is vrijwel altijd onbekend. Soms gaat de verstopping gepaard met een uitgezette traanzak, te voelen als een zwelling in de ooghoek. Rechts ziet u een verstopping van de canaliculi afgebeeld. Deze afwijking komt minder vaak voor, en is moeilijker te verhelpen. Bij beide afwijkingen kan getracht worden deze te verhelpen door middel van een DCR-operatie gecombineerd met plaatsing van een siliconenstent.



DCR-operatie met siliconenstent

Bij deze operatie wordt er een directe verbinding gemaakt tussen de traanzak en de neus. Op die manier ontstaat er een “bypass”: de tranen hoeven niet meer door het kanaal tussen traanzak en neus. Zoals hierboven genoemd zijn wordt deze operatie verricht bij totale verstoppingen, zowel van de canaliculus als van de ductus nasolacrimalis

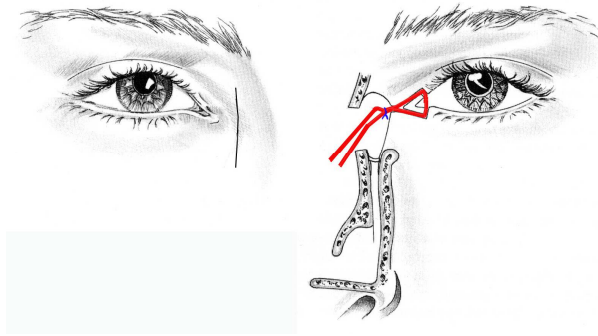
DCR-operatie via de huid

De ingreep wordt onder narcose uitgevoerd. Er wordt een snee van ongeveer 15 mm lang in de huid van de neus gemaakt, ongeveer 1 cm vóór de ooghoek. In de diepte wordt met een knabbeltang een opening in het bot tussen de traanzak en de neus gemaakt. Hierna worden zowel de traanzak als het neusslijmvlies geopend, en worden de slijmvliezen van traanzak en neus aan elkaar gehecht, waardoor een 'bypass' ontstaat. De operatie wordt altijd gecombineerd met plaatsing van een dunne siliconenstent in het afvoersysteem gedurende 2-3 maanden. Deze stent bestaat uit een dun slangetje. Het slangetje voert de tranen niet af, het dient om het afvoersysteem op te rekken en om dichtgroeien van de traankanaaltjes na de operatie te voorkomen.

Sommige patiënten hebben al geen last meer van het tranen terwijl de stent er nog in zit. Bij hen lopen de tranen niet weg door de stent, maar langs de stent. Of de operatie geholpen heeft of niet is echter pas duidelijk nadat de stent uit het afvoersysteem verwijderd is.

Dat gebeurt na 2-3 maanden. Verwijderen gaat simpel en pijnloos: de oogarts pakt de stent vast in de ooghoek, knipt deze door en trekt het er uit via de bovenste traanpunt.

Hieronder ziet u links de plaats van de snee in de huid die voor de operatie gemaakt wordt, en rechts de situatie in de diepe weefsels na de operatie.



Bijwerkingen en problemen na een DCR-operatie

Napijn en het dragen van een bril

Een snee in de ooghoek kan de eerste weken pijnlijk en gezwollen zijn. Wanneer u een bril draagt staat het neusstukje vaak precies op het litteken. Daardoor kan het de eerste weken lastig zijn om een bril te dragen.

Het litteken

De eerste tijd, soms zelfs de eerste maanden, kan het litteken gezwollen zijn. De eindfase van de genezing van een litteken is pas na een jaar bereikt. Als het litteken dan nog lelijk is kan correctie overwogen worden. Uit onderzoek blijkt dat 97 % van de patiënten na een jaar tevreden is met het litteken.

De eerste week na de operatie: de neus niet snuiten

Tijdens de operatie ontstaat er een verbinding tussen de oogkas en de neus. Deze verbinding groeit snel weer dicht. De eerste week moet u echter de neus niet snuiten, anders kunt u lucht in de oogkas persen en daardoor een uitpuilend oog krijgen.

Bloedingen

Bloedingen komen, zowel tijdens de operatie als de eerste dagen daarna, zeldzaam voor. Bij een bloeding tijdens de operatie kan het nodig zijn een tampon in de neus in te brengen. Die moet een tot twee dagen later verwijderd worden. Bij een bloeding na de operatie die niet te stelpen valt door de neus dicht te knijpen moet u direct terugkomen. Het kan dan nodig zijn een tampon in de neus te plaatsen.

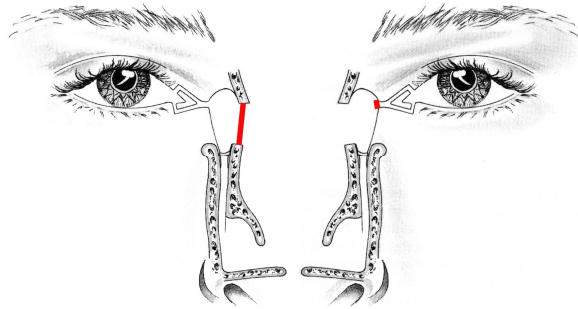
Lucht langs het oog

De normale traanwegen hebben een klepwerking, waardoor er bij snuiten van de neus geen lucht via de traanwegen in de richting van het oog stroomt. Deze klepwerking is weg na een DCR-operatie. Het kan dus voorkomen dat u bij niezen of bij het snuiten van de neus enige lucht langs het oog voelt stromen. Dit is enigszins hinderlijk, het kan echter geen kwaad.

De DCR-operatie heeft niet geholpen

Het succespercentage van een DCR-operatie bedraagt bij verstoppingen van de ductus nasolacimalis 94%. Dat is een hoog succespercentage, maar het betekent toch dat de operatie geen resultaat heeft bij 6% van de patiënten.

Onvoldoende resultaat van de DCR-operatie kan twee oorzaken hebben. Ze zijn hieronder schematisch afgebeeld. Links: er heeft zich opnieuw een traanzak gevormd. Rechts: de uitmonding van de canaliculi is weer dichtgegroeid. Wanneer zich een nieuwe traanzak heeft gevormd (links) zal in het algemeen de DCR-operatie herhaald worden. Wanneer de canaliculi dichtgegroeid zijn (rechts) kan heroperatie plaatsvinden via de neus, samen met de KNO-arts.

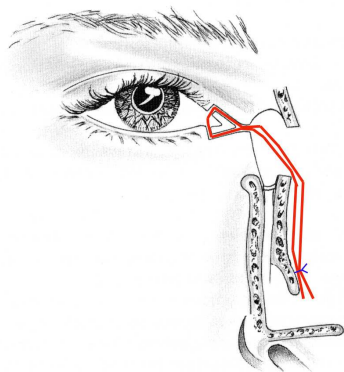


Endonasale DCR of Externe DCR?

Wanneer er voldoende ruimte bestaat in de neus is het ook mogelijk de ingreep via de neus uit te voeren (endonasale DCR). Het voordeel is dat er geen litteken ontstaat, zoals bij de (klassieke) externe DCR. Bij een kans op overmatige littekenvorming (keloid) of bij een brede, platte neusrug heeft een endonasale benadering de voorkeur. Het nadeel van de endonasale DCR is dat het succespercentage wat lager is dan bij een operatie via de huid (80-85% versus 94%). Indien tijdens de endonasale operatie blijkt dat er te weinig ruimte is om de ingreep uit te voeren wordt meestal overgeschakeld op een externe benadering (via de huid).

Ook bij de endonasale DCR-operatie wordt vrijwel altijd een siliconenstent geplaatst, die dan gedurende twee tot drie maanden blijft zitten. De stent wordt onderin de neus gefixeerd met een hechting. Na die periode wordt de hechting onderin de neus losgeknipt en kan de stent verwijderd worden.

Bij een zeer ernstige verstopping van de canaliculus is de kans van slagen van de DCR-procedure gering. Het kan zijn dat we u daarom adviseren de plaatsing van een glazen traanwegprothese te overwegen. Deze ingreep wordt verderop in deze folder beschreven.



Bijwerkingen en problemen na een endonasale DCR-operatie

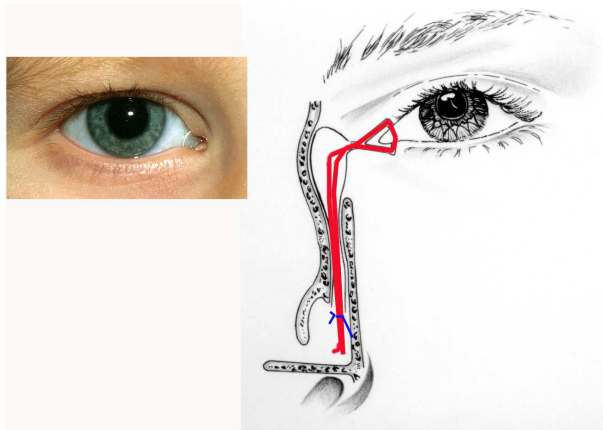
Zie de passage hierboven bij een DCR-operatie via de huid. Afgezien van problemen met het litteken zijn de bijwerkingen gelijk.

Plaatsing van een siliconenstent

Bij de siliconenstent wordt er onder narcose een dun siliconenslangetje in de afvoerende traanwegen geplaatst. Het slangetje wordt met een hechting onderin de neus vastgezet. De bedoeling is dat dit slangetje drie maanden in de traanwegen blijft zitten. Het slangetje voert de tranen niet af, maar het rekt de afvoerende traanwegen op, met de bedoeling dat ze na verwijderen van het slangetje open blijven. Een siliconenstent wordt geplaatst bij een passeerbare verstopping van de canaliculus of van de ductus nasolacrimalis. Het succespercentage ligt rond de 60%.

De canaliculus is het kanaaltje van minder dan 1 millimeter dik dat de traanpunt met de traanzak verbindt. Verstoppingen kunnen het gevolg zijn van een infectie, bijvoorbeeld met het herpesvirus, of van het gebruik van cytostatica. Meestal wordt er echter geen oorzaak gevonden. Hieronder (op de volgende pagina) ziet u links de siliconenstent in de ooghoek, rechts ziet u schematisch de situatie na plaatsing van de siliconenstent. Het kan voorkomen dat we plannen om een stent te plaatsen, maar dat dit tijdens de operatie niet mogelijk blijkt. We zullen dan op de polikliniek de volgende behandelingsstap met u bespreken: de hierboven besproken DCR-operatie.

Ook wanneer het lukt een stent te plaatsen, maar na verwijderen van de stent blijkt dat dit niet geholpen heeft zullen we de mogelijkheid van een DCR-operatie met u bespreken. Vaak kan er daarmee nog verbetering worden bereikt. Als ook dat niet lukt is alleen nog behandeling mogelijk door een traanwegprothese te plaatsen.



Verwijderen van de siliconenstent

De siliconenstent zit met een hechting onderin de neus vast. Drie maanden na de operatie kan de stent worden verwijderd door de hechting los te knippen. Daarna kan de stent voorzichtig uit de traanwegen worden getrokken, via de neus of via de ooghoek. U krijgt voorafgaand aan deze procedure op de poli-OK eerst enkele minuten een watje in de neus met een middel om het slijmvlies dunner te maken (oxymethazoline). Het verwijderen van de slang is pijnloos of vrijwel pijnloos.

Andere siliconenstents

Soms zit het bovenste traankanaaltje zo dicht dat het niet mogelijk is de stent daar ook in te plaatsen. Er kan dan gekozen worden voor een techniek waarbij de stent alleen in het onderste traankanaal wordt geplaatst. Dit type stent fixeert zichzelf in de traanpunt. Na de operatie is het uiteinde van de stent met moeite op de ooglidrand zichtbaar. Deze siliconenstent zit dus niet vast in de neus.

Problemen na plaatsen van de siliconenstent

De stent zit te strak

Wanneer de siliconenstent te strak zit zal deze geleidelijk door de traankanaaltjes snijden en uiteindelijk in de ooghoek verdwijnen. U merkt dit doordat de weefsels in de ooghoek naar elkaar getrokken worden. Wanneer dat het geval is kom dan binnen een week terug op het spreekuur, de stent moet dan verwijderd worden.

De stent zit te los

De siliconenstent wordt met een hechting in de neus bevestigd. De weefsels werken die hechting er soms uit, waardoor het kan gebeuren dat de stent ineens in een ruime boog op het oog ligt. In het algemeen kan dit geen kwaad, maar de stent moet wel verwijderd worden. Kom terug op het oculoplastisch spreekuur, of als dat niet lukt, neem contact op met de afdeling Acute Oogzorg.

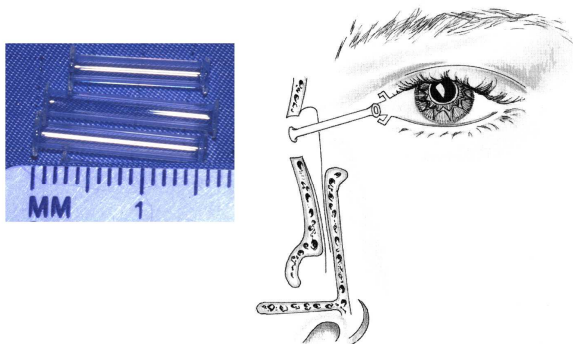
De afdeling Acute Oogzorg is zeven dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar:

- maandag t/m vrijdag tussen 7.30 en 17.00 uur: 010 401 77 27;
- overige tijden: 010 401 77 77.

Een traanwegprothese

Wanneer de canaliculi zeer ernstig verstopt zijn, of wanneer de hierboven beschreven operaties niet helpen, blijft er soms maar één mogelijkheid over om het tranen te verhelpen: het plaatsen van een traanwegprothese. Een traanwegprothese is een glazen buisje van ongeveer 15 mm lang en 3 mm dik met aan ieder uiteinde een flensje. Dit buisje wordt zo geplaatst dat het ene flensje zich in de ooghoek bevindt en het andere in de neus. Deze traanwegprothese wordt ook wel “Buisje van Jones” genoemd. Om de traanwegprothese beter op zijn plek te houden wordt er in de ooghoek vaak een klein siliconenrubber flensje om de buis geplaatst. Dit flensje wordt na een aantal maanden verwijderd. Dit is pijnloos.

Hieronder ziet u links een foto van een traanwegprothese. Rechts ziet u schematisch de situatie na plaatsing van een traanwegprothese. Een traanwegprothese wordt geplaatst door middel van een operatie onder narcose in dagbehandeling. De ingreep wordt door de oogarts en de KNO-arts samen uitgevoerd.



Problemen en bijwerkingen bij een traanwegprothese

De problemen komen terug: een recidief

Wanneer de traanwegprothese eenmaal goed op zijn plek blijft werkt deze meestal uitstekend. Helaas blijft een traanwegprothese vooral de eerste maanden na plaatsing slecht op z'n plaats zitten. Het flensje verdwijnt dan onder het slijmvlies in de ooghoek, en het oog traant weer. Na plaatsing zijn er de eerste twee jaar vaak drie tot vier kleine operaties nodig om de buis weer goed te plaatsen.

Het komt ook voor dat het buisje uit de weefsels naar het oog wordt gedrukt. Dat kan pijn aan het oog veroorzaken.

Wegens deze veelvuldig optredende problemen moet u dan ook alleen overwegen om een traanwegprothese te laten plaatsen wanneer u zo veel last van het tranen heeft dat u er meerdere ingrepen onder narcose voor over heeft om dit te laten verhelpen. Daarbij moet uw gezondheid het toelaten om meerdere operaties kort na elkaar te ondergaan.

Lucht langs het oog

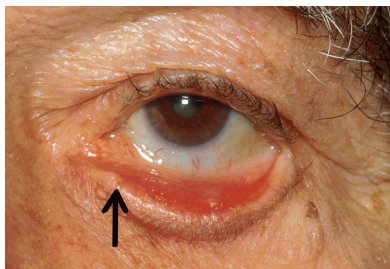
Bij een traanwegprothese bestaat er een directe verbinding tussen de neus en de ooghoek. Wanneer u de neus snuit, of wanneer u de neus dichtknijpt en blaast dan zult u de lucht langs het oog voelen.

Operaties aan de oogleden bij traanklachten

In boven- en onderlid bevindt zich een "traanpunt". Dit is de uitmonding van de traanbuis in het ooglid. De traanpunten liggen tegenover elkaar aan de neuskant van onder- en bovenooglid. De tranen worden voornamelijk via de onderste traanpunt afgevoerd.

De traanpunt kan vernauwd zijn, waardoor de tranen niet worden afgevoerd. Ook kan de traanpunt wel open zijn, maar niet goed tegen het oog aanliggen, waardoor de tranen niet in de traanpunt vloeien. Op de volgende pagina ziet u een naar buiten gedraaid onderooglid. De pijl wijst naar de traanpunt.

Doordat deze niet goed tegen het oog aanligt worden de tranen niet afgevoerd. Een verstopte traanpunt kan vaak worden geopend door deze onder plaatselijke verdoving open te knippen.



Bij een verstopte traanpunt komt het vaak voor dat zich verderop in de traanwegen nog meer verstoppingen bevinden. Dit kan pas worden nagegaan wanneer de traanpunt in het onderooglid onder plaatselijke verdoving operatie geopend is.

De stand van een naar buiten gedraaide traanpunt kan meestal worden gecorrigeerd door het ooglid horizontaal en verticaal strakker te zetten. Ook dit is een kleine operatie onder plaatselijke verdoving. Uit eigen onderzoek bleek echter dat er, zowel na openen van de traanpunt, als na het herstellen van de normale positie van de traanpunt, maar bij de helft van de patiënten een duidelijke vermindering van het tranen optreedt.

Een functiestoornis van de traanpomp

Deze verstopping staat niet op een tekening. Het is dan ook geen 'anatomische' verstopping, maar een functiestoornis. De tranen lopen niet spontaan de afvoerende traanwegen in; ze worden erin gepompt. Deze traanpomp wordt aangedreven door de knipperbeweging van de oogleden.

De pompwerking kan worden verstoord door verschillende afwijkingen, zoals een te slap ooglid, afwijkingen van de huid of littekens en verlamming van de spieren van het ooglid of het gezicht (zie de

informatie over de verlamming van de gelaatszenuw, de 'facialisparese'). Een te slap ooglid kan gecorrigeerd worden, een verlamde gelaatszenuw meestal niet. Bij een verlamde gelaatszenuw is het tranen alleen te behandelen met een traanwegprothese. Dit zullen we echter zelden doen, omdat de ingreep vervolgens tot een droog oog kan leiden.

Dotterbehandeling van niet totale verstoppingen

In sommige ziekenhuizen worden verstopte traanwegen behandeld met een dotterprocedure. Wij deden (en publiceerden) een onderzoek bij patiënten met een gedeeltelijke verstopping van het kanaal tussen de traanzak en de neus. Alle patiënten werden behandeld met plaatsing van een siliconenstent zoals hierboven beschreven, bij de helft van de patiënten werd deze procedure volgens het lot gecombineerd met een dotterbehandeling. Er werd geen verschil in uitkomst gevonden, in beide groepen was het succespercentage ongeveer 55 %. Dit is conform door anderen gerapporteerde succespercentages. Dotterbehandeling kan verricht worden wanneer er een passeerbare verstopping bestaat van de ductus nasolacimalis; het kanaal dat de traanzak met de neus verbindt. Omdat het succespercentage beduidend lager is dan dat van de DCR-operatie wordt de ingreep door ons niet meer verricht.

Pseudo-tranen

De traanfilm die het oog bedekt bestaat voor meer dan 90 % uit water, daarnaast bevat de traanfilm stoffen die zorgen voor goede koppeling van de tranen aan het hoornvlies en voor een afschermlaagje dat verdamping tegengaat. Dit alles zorgt ervoor dat de tranen zich goed aan het hoornvlies hechten en zo weinig mogelijk verdampen. Wanneer er iets mis is met dit systeem vallen er gaten in de traanfilm tussen de knipperbewegingen door, met het gevolg dat het hoornvlies uitdroogt. Het hoornvlies stuurt dan via de zenuwen een alarmsignaal naar de traanklier, die dan extra traanvocht aanmaakt. Het gevolg hiervan is dat overproductie van tranen optreedt. Deze tranen zijn dan echter vaak nog steeds van slechte kwaliteit, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Hoewel het tegenstrijdig lijkt kan u dus soms het advies krijgen om kunsttranen te gebruiken om te proberen of de traanklachten daardoor verminderen.

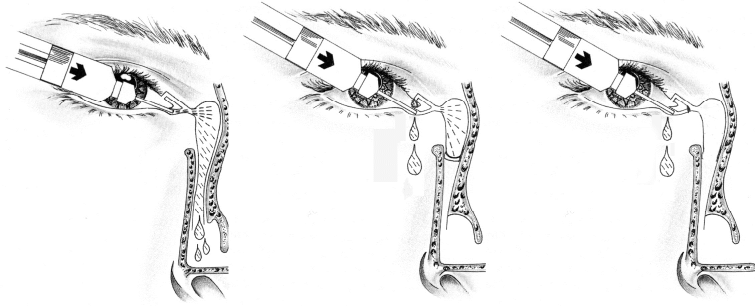
Een (te) lage traanproductie kan ook aanleiding geven tot pseudotranen. Combinaties van traanklachten op basis van pseudotranen en een verstopte traanafvoer worden vaak gezien. In het laatste geval kan het nodig zijn om kunsttranen te gebruiken na een goed geslaagde DCR of na plaatsing van een siliconenstent.

Onderzoek bij traanklachten

Oogheelkundig onderzoek

Er wordt gekeken of het ooglid en het traanpuntje goed tegen het oog aanliggen. Er wordt kleurstof in het oog gebracht om na te gaan of de traanfilm goed van kwaliteit is en of de kleurstof via de traanwegen wordt afgevoerd.

Daarna wordt de onderste traanpunt enigszins opgerekt en wordt er een dun buisje bevestigd aan een injectiespuit ingebracht. Er zijn bij deze test drie mogelijke uitslagen:



Links: de ingespoten vloeistof komt in de neus: geen verstopping of gedeeltelijke verstopping.

Midden: via het onderste kanaaltje ingespoten vloeistof komt terug via het bovenste kanaaltje: verstopping in kanaal van de traanzak naar de neus of verstopping in gemeenschappelijke deel van de twee kanaaltjes naar de traanzak.

Rechts: de ingespoten vloeistof komt via hetzelfde kanaaltje terug: verstopping van dat kanaaltje.

Röntgenonderzoek

In zeldzame gevallen kan het ondanks het onderzoek hierboven nog niet duidelijk zijn waar de verstopping zit. Er kan dan röntgen-onderzoek worden verricht, waarbij via een dunne canule een röntgencontrastmiddel in de traanwegen wordt gespoten en een foto wordt gemaakt. Bij traanwegscintigrafie wordt een radioactieve druppel in het oog toegediend. Vervolgens wordt gedurende een aantal minuten in beeld gebracht waar in het traanafvoersysteem het radioactieve materiaal zich bevindt. Op deze manier kan informatie verkregen worden over het al dan niet afvloeien van tranen naar de neus.

Onderzoek door de KNO-arts

Wanneer we vermoeden dat een afwijking van de neus het tranen veroorzaakt krijgt u een afspraak bij de KNO-arts. Die kijkt in de neus om te zien of daar geen afwijkingen zijn die het tranen veroorzaken, en om te zien of een operatie goed uitvoerbaar is.

Zwelling of infectie van de traanzak of de traankanaaltjes

De traanzak is bekleed met slijmvlies. Wanneer het kanaal van de traanzak naar de neus verstopt is kan er een zwelling van de traanzak optreden. Deze afwijking heet "mucocele". Wanneer er bacteriën in deze uitgezette traanzak komen kan een zeer pijnlijk abces van de traanzak ontstaan. Meestal zal het abces geopend worden en wordt u behandeld met antibiotica. Wanneer deze afwijking terugkeert is het verstandig een blijvende behandeling te laten uitvoeren; de aan het begin van deze informatie beschreven DCR-operatie.

Canaliculitis

In de canaliculi tussen ooglid en neus kunnen zeer hardnekkige schimmelinfecties optreden. Meestal bestaat er langdurig geringe afscheiding van pus, en een zwelling aan de neuskant van het bovenlid of onderlid. De behandeling bestaat uit het openen van het kanaaltje onder plaatselijke verdoving, en gebruik van antibiotica oogdruppels.

Moeten tranende ogen geopereerd worden?

Zoals u hierboven hebt gelezen kunnen tranende ogen verschillende oorzaken hebben, en is het succes van correctie sterk afhankelijk van de oorzaak. Soms kan een kleine ingreep onder plaatselijke verdoving voldoende zijn om de traanwegen weer doorgankelijk te maken, zoals bij afwijkingen van het traanpuntje, of bij een slap ooglid. Meestal echter zijn grotere operaties onder narcose nodig. Bij sommige mensen, tenslotte, kunnen we ondanks zorgvuldig onderzoek geen oorzaak van de traanklachten vinden.

Tijdelijk staken van bloedverdunners

Bij alle operaties, ook die aan de traanwegen moet u tijdelijk met bloedverdunners stoppen. Zie onze folder hierover. Wanneer u stopt verhoogt u tijdelijk het risico op de vorming van een stolsel in de bloedvaten. Dit stolsel kan de bloedvoorziening van verschillende organen aantasten, ook van de hersenen, waardoor er blijvende hersenschade kan ontstaan. Het risico is afhankelijk van de soort bloedverdunners die u gebruikt, en van de reden waarom u de bloedverdunners gebruikt.

Bloedingen

Iedere operatie kan een bloeding veroorzaken, en dat geldt zeker voor de meeste traanwegoperaties. Vrijwel altijd levert dit geen ernstige problemen op, maar ernstige complicaties zoals een blind oog door een bloeding in de oogkas zijn beschreven. In Het Oogziekenhuis is deze complicatie nog nooit voorgekomen bij operaties aan traanwegen, oogkas of oogleden. Wij zullen, na onderzoek, met u bespreken wat er aan de hand is, wat er aan de traanklachten gedaan kan worden, wat de kans op succes van een ingreep is en wat de risico's zijn.

Meer info

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, noteer deze en stel ze bij uw volgende afspraak bij de oogarts.

De informatie in deze patiëntenfolder kunt u terugvinden op www.oogziekenhuis.nl.