Overzicht binnengekomen commentaar Concept modules Uveitis

Nummer	Organisatie	Reactie	Naam	Email
1	ZN	Nee		
2	ZKN	Nee		
3	IGJ	Nee		
4	NVR	Ja		
5	NVZ	Ja		
6	Vereniging voor Oogheelkundige Verpleging en Zorgverlening	Ja		
7	NHG	Nee		
8	De Oogvereniging	Nee		
9	NVZA	Nee		
10	NVMM	Ja		
11	OVN (optometristen)	Ja		
12	NOG	Ja		
13	NOG	Ja		
14	NOG	Ja		

Nummer	Organisatie	Module	Pagina	Regel	Commentaar	Reactie werkgroepleden
1	NVMM	Samenstelling van de werkgroep en klankbordgroep	4	0	Algemeen: we vinden het jammer dat er geen arts-microbioloog met aandachtsgebied parasitologie betrokken was bij deze richtlijn. Op dit moment wordt er gewerkt aan een herziening van de behandeladviezen van de NVP in samenwerking met de SWAB (getrokken door het PKP). Dit o.a. omdat er discrepanties waren ontstaan in SWAB behandeladviezen en NVP behandeladviezen. Dit is een onwenselijke situatie. Dit lijkt nu echter opnieuw te ontstaan door deze nieuwe uveitis behandelrichtlijn. Zie ook het volgende punt voor het inhoudelijke commentaar op jullie advies. Wij zouden willen pleiten om ons als PKP, betrokken bij de nieuwe behandelleidraad van de NVP/SWAB, tijd te geven om tot een gedegen behandeladvies te komen voor oculaire Toxoplasmose. Dit advies kunnen we dan stroomlijnen met jullie uveitis richtlijn (wat wel enige uitstel van publicatie van jullie richtlijn zou betekenen), zodat er geen ongewenste discrepanties ontstaan.	Dank voor uw reactie. In overleg met de NVVM en de NVP is besloten om de module toxoplasmose chorioretinitis aan te passen zodat deze in lijn is met het behandeladvies van de NVP / SWAB. De module toxoplasmose chorioretinitis zal separaat op een later moment worden aangeboden voor autorisatie.
2	OVN (optometristen)	Module 6 Corticosteroïdimplantaten bij uveitis	35	9	'Duurzaamheid: Het is te overwegen om in overleg met de oogarts de controle van de oogdruk te laten doen door een opticien of optometrist in de regio, om reisbewegingen en dus een hogere CO2 uitstoot te beperken.' Zijn er eisen gesteld aan de uitvoer van de oogdruk en zijn de verwijscriteria voor alle beroepsbeoefenaren helder?	Dank voor uw input. Er zijn geen vereisten aan hoe de oogdruk gemeten dient te worden, dit mag zowel non-contact danwel applanatoir zijn. We hebben dit toegevoegd aan de tekst. Wij gaan ervan uit dat een verwijzing voor een oogdrukmeting geen problemen zal geven.
3	NOG	Module 6 Corticosteroïdimplantaten bij uveitis	35	19	• "subconjunctivale" veranderen in/aanvullen met "parabulbaire". • Wat is de gedachte bij een steroidimplantaat geven als er hypotonie is? ('hoop op steroid respons?) • Tav implantatie bij afakie: steroid implantaat is ook gecontraindiceerd bij ogen met een intraoculaire lens in de voorste oogkamer, iris of transscleraal gefixeerde intraoculaire lens en gescheurd achterste lenskapsel. (bron: patientenbijsluiter Ozurdex). Een chirurgische PI an sich is niet bezwaarlijk, de grootte van de PI is vooral sturend in luxatierisico. Mijn ervaring: fluorocinolon implantaat kan ook migreren naar VOK bij een pseudofakie na een vitrectomie (m.n. bij indicatie ablatio retinae >> wordt uitgebreider bij geshaved).	steroidimplantaat bij hypotonie te geven is inderdaad om de oogboldruk wat omhoog te krijgen. Uiteraard dienen de risico's ook afgewogen te worden. 3. Het klopt inderdaad dat in de bijsluiter van ozurdex staat dat er meerdere contra-indicaties zijn. De werkgroep acht het van belang dat de operateur inschat wat het risico is op migratie van het implantaat naar de VOK en zich daar bewust van is. De werkrgoep heeft besloten om de tekst in de aanbeveling als volgt aan te passen om dit te verhelderen: 'In verband met het risico op migratie van het implantaat naar de voorste oogkamer: - Geef geen implantaat bij afakie en een chirurgische periferie iridectomie. - Wees terughoudend met het plaatsen van een implantaat bij pseudofakie waarbij de lens niet in de kapselzak zit. '
4	OVN (optometristen)	Module 6 Corticosteroïdimplantaten	64	33	Suggestie om tekst weg te laten (namelijk dubbelop): voor en vermijd overmatige voorschriften (ook blz 101 en verder)	Aangepast zoals voorgesteld
	NVMM	Module 7 Behandeling van infectieuze uveitis			Excuus voor de te late reactie op de commentaarronde, maar wellicht helpt deze vraag nog bij het optimaliseren van de richtlijn. Vanuit mijn perspectief als viroloog vraag ik me af: waarom wordt er bij de hoofdstukken over uveitis alleen beleid voor Toxoplasmose beschreven en niet voor CMV en HSV? Bij acute retina necrose staat wel een advies voor HSV, maar niet voor CMV (in de vorige versie van de richtlijn wel), wat was daar de overweging?	CMV retinitis wordt alleen gezien bij immuungecompromitteerde patiënten en de keuze is gemaakt om deze niet mee te nemen, omdat we nu eenmaal niet alles kunnen meenemen in deze herziening. We vinden het wel een goede suggestie voor een toekomstige herziening en zullen dit aspect dan onder de aandacht brengen.
5	NOG	Module 7.1.1 Behandeling van actieve	64	36	er staat dat patienten volledig herstellen na toxoplasmose retinitis. dat is onjuist. ALLE patienten houden retinitis littekens na een toxoplasmose retinitis, er dus geen volledig herstel. dezelfde fout is gemaakt in regel 45	Dank voor uw oplettendheid; het volledige herstel in het artikel van Yates had betrekking op de visus. De zin is aangepast, en de 2 daarop vollende zinnen zijn in volgorde gewisseld om de betrekking op visus herstel te verduidelijken.
6	NVMM	Module 7.1.1 Behandeling van actieve	65	0	aanbevelingen box: We snappen niet hoe o.b.v. het literatuuronderzoek het advies tot stand is gekomen om pyrimethamine-combinatietherapie te geven, bij voorkeur i.c.m. azitromycine. In de onderliggende literatuur vinden wij geen voordeel van azitromycine t.o.v. andere combinaties. Sterker nog, de evidence voor pyrimethamine in combinatie met azitromycine is van zeer lage kwaliteit (very low grade). Daarnaast is er (low grade) evidence dat andere behandelstrategieën, waaronder co-trimoxazol, niet onderdoen voor de klassieke combinatie van pyrimethamine en sulfadiazine. Ook internationale praktijkervaring (Yogeswaran, 2023) laat zien dat co-trimoxazol wereldwijd veelvuldig wordt toegepast bij de behandeling van Toxoplasma chorioretinitis. In de nieuwe behandelleidraad parasitologie lijkt co-trimoxazol de voorkeurstherapie te zullen worden. Deze keuze is niet alleen onderbouwd met studies die ook in jullie richtlijn worden genoemd, maar sluit tevens aan bij de verwachte richtlijnwijziging voor cerebrale toxoplasmose in Nederland. (De EACS Hiv richtlijn heeft voor Toxoplasma encefalitis nu ook co-trimoxazol als preferred treatment opgenomen bij gebrek aan bewijs voor superioriteit van sulfadiazine-pyrimethamine folinezuur met wel meer toxiciteit. Uiteraard is dit een andere patiëntencategorie, maar ook daarin wordt dus niet meer vastgehouden aan het ouderwetse pyrimethamine-sulfadiazine.) Vasthouden aan pyrimethamine-combinatietherapie bij oculaire toxoplasmose enkel op basis van traditie achten wij daarom niet gerechtvaardigd, temeer omdat overtuigende evidence voor de effectiviteit ervan ontbreekt en de therapie gepaard gaat met meer bijwerkingen. Alles overwegende pleiten wij (bij voorkeur na meer voorbereidingstijd voor zorgvuldige onderbouwing vanuit onze kant) voor het heroverwegen van pyrimethamine-combinatietherapie als standaardbehandeling. Wij stellen voor om co-trimoxazol als voorkeursbehandeling op te nemen, met daarnaast vermelding van alternatieven die o.b.v. de literatuur niet ondergeschikt lijken.	De werkgroep erkent dat er voor de behandelwijze die nu in de praktijk geldend is geen superioriteit in de literatuur is aangetoond ten opzichte van co-trimoxazol.Aangezien er in aanpalende literatuur en voor cerebrale toxoplasmose een verschuiving gaande is ten faveure van co-trimoxazol is in overleg met de NVVM en de NVP besloten om de module toxoplasmose chorioretinitis aan te passen en deze behandelwijzen beide op te nemen. Deze module zal separaat worden aangeboden voor autorisatie.
7	NVMM	Module 7.1.1 Behandeling van actieve	65	0	aanbevelingen box: 'Overweeg behandeling met trimethoprim/sulfamethoxazol (TMP/SMX) of clindamycine als alternatief of als adjuvante behandeling bij actieve toxoplasmose chorioretinitis.' Wat wordt in dit geval met adjuvante behandeling bedoeld? Gelijktijdig naast pyrimethamine + azitromycine? Of na deze behandeling? Een dergelijk advies komt toch ook niet vanuit het literatuuronderzoek naar voren?	In overleg met de NVMM is besloten om deze module aan te passen en op een later moment aan te bieden voor autorisatie. Dit commentaar zal daarin worden meegenomen.
8	NOG	Module 7.1.1 Behandeling van actieve	65	14	• Waarom is eerste keuze voor combinatie Azithromycine in de combi met PYR/folinezuur? Heeft dit met tolerantie te maken? Andere richtlijnen adviseren eerste keus pyrimetamine/sulfadiazine/folinezuur (bijv therapierichtlijn parasiatire infecties 2020 van Nederlandse vereniging van Parasitologie; NVP therapierichtlijn 2020_32.pdf) • Onduidelijk: Bij overgevoeligheid voor azithromycine kan overwogen worden sulfadiazine te geven (dosering: eerste 2 dagen 2g/dag, dan 500mg/4dd). Deze doseringen zijn hetzelfde. Of wordt bedoeld dat de eerste 2 dagen 1dd 2gram en daarna 4dd 500mg? • Clindamycine: 300mg 4x/dag of 600mg 3x/dag. Waar hangt van af welke dosering je kiest? • In aanbeveling bij advies 'Behandel patienten met een risico op een ernstig beloop...": benoemen wat de klassieke combinatie is (PYR/SDZ/folinezuur).	In overleg met de NVMM is besloten om deze module aan te passen en op een later moment aan te bieden voor autorisatie. Dit commentaar zal daarin worden meegenomen.
9	NOG	Module 7.1.1 Behandeling van actieve	63	45	er is een enorm verschil tussen primaire toxoplasmose besmetting tijdens de zwangerschap en oculaire reactivatie bij iemand die voor de zwangerschap al toxoplasmose had. Niet voor niets is er het TORCH syndrome. Als er sprake is van primo infectie tijdens de zwangerschap is de aanpak totaal verschillend, is de neurologische en oculaire ontwikkeling van de foetus in het gedrang, en is oculaire toxoplasmose bij de moeder een relatief gesproken mineur probleem. Dit niet uit elkaar halen in een richtlijn is medisch onverantwoord. Overigens is er in Frankrijk wel spiramycine beschikbaar en ik zou mijn patient in de eerste trimester naar Frankrijk verwijzen als daar voldoende reden voor is.	In overleg met de NVMM is besloten om deze module aan te passen en op een later moment aan te bieden voor autorisatie. Dit commentaar zal daarin worden meegenomen.
10	NOG	Module 7.1.1 Behandeling van actieve	65	10	de aanbevelingen over toxoplasmose therapie zijn geschreven zonder in achtname off label karakter van vele van de genoemde medicatie. pyrimethamine-suldadiazine zijn on label, al de rest off label. Er is geen enkele reden om in een richtlijn azithromycine als eerste middel te adviseren als je er geen evidence voor kunt vinden. laat iedereen vrij in plaats van het eigen huisprotocol tot voorkeur voor heel Nederland te verheffen.	In overleg met de NVMM is besloten om deze module aan te passen en op een later moment aan te bieden voor autorisatie. Dit commentaar zal daarin worden meegenomen.

					overweeg de combinatie van clinda injecties met dex injecties. ten eerste is dit iets dat in de literatuur bijna nooit beschreven is. ten tweede is het injecteren van steroiden in een actief toxoplasmose oog een kunstfout. ik heb zelf in de afgelopen 20 jaar maar 2 ogen in toxoplasmose acute retinale necrose zien gaan en dat zijn alletwee patienten waarbij er voor de unilaterale uveitis steroidinjecties gebruikt werden. Niet voor niets staat er in module 6 over steroidimplants dat infecties eerst moeten uitgesloten worden vooraleer een steroidimplant geplaatst wordt, en waarom zou je met orale steroiden 48 u moeten wachten maar als je injecteert niet ? als de auteur van deze aanbeveling dit ooit zelf gedaan heeft, heeft hij/zij heel veel geluk gehad, of patienten pas gezien als de toxo al op zijn retour was. het moet ten stelligste afgeraden worden om in Nederland steroidinjecties in actieve toxo ogen te geven. hier is nog meer literatuur die het aanbevelen van injecteren van steroiden in de primaire actieve fase ontraadt. V°1: Crosson JN, Kuthyar S, Shantha JG, Debiec MR, Laird PW, Hwang CS, Grossniklaus HE, Yeh S. Toxoplasmosis chorioretinitis mimicking acute retinal necrosis associated with local corticosteroid. Int J Retina Vitreous. 2020 Jun 3;6:21. doi: 10.1186/s40942-020-00225-0. PMID: 32514378; PMCID: PMC7268411. 2: Benson MT, Parsons MA, Talbot JF, Rennie IG. Aggressive toxoplasma retinitis. Acta Ophthalmol (Copenh). 1992 Dec;70(6):795-800. doi: 10.1111/j.1755-3768.1992.tb04890.x. PMID: 1488890. 3: Lin HY, Lee WA. The Role of Corticosteroids in Treating Acute Ocular Toxoplasmosis in an Immunocompetent Patient: A Case Report. Front Med (Lausanne). 2022 Jun 29;9:843050. doi: 10.3389/fmed.2022.843050. PMID: 35847774; PMCID: PMC9276926.	
11	NOG	Module 7.1.1 Behandeling van actieve	67	15		In overleg met de NVMM is besloten om deze module aan te passen en op een later moment aan te bieden voor autorisatie. Dit commentaar zal daarin worden meegenomen.
12	NVMM	Module 7.1.2 Profylactische behandeli	102	1	Secundaire profylaxe co-trimoxazol: kan er nog iets gezegd worden over profylaxe bij het bestaan van contra-indicatie voor co-trimoxazol. Er is uiteraard een gebrek aan bewijs, maar wellicht vanuit aanpalende literatuur toch een overweging over te geven. profylactische behandeling met de combinatie trimethoprim/ sulfamethoxazol (800/160 mg, 1 tablet per 2 à 3 dagen): deze dosering zal vergeten kunnen worden. Overweeg anders 1 dd 480 mg. Deze dosering wordt ook in transplantatie settings toegepast en lijkt goed te werken.	In overleg met de NVMM is besloten om deze module aan te passen en op een later moment aan te bieden voor autorisatie. Dit commentaar zal daarin worden meegenomen.
13	NVMM	Module 7.2 Behandeling van acute ret	123	7	Risicofactoren voor slecht beloop van virale ARN: “sociale omstandigheden” is een zeer vage term voor gebruik in een richtlijn. Hier zou de behandelende arts dan beter telkens een individuele afweging moeten maken die aan een slechter beloop kunnen bijdragen.	Dank voor uw reactie, de term is aangepast in de tekst van de richtlijn naar 'Therapie-belemmerende omstandigheden'.
14	NOG	Module 7.2 Behandeling van acute ret	124	27	"Stem de dosering van (val) aciclovir af op de nierfunctie van de patiënt en het ideaal lichaamsgewicht bij patiënten met obesitas (=BMI >30kg/m2). Zie hiervoor het farmacotherapeutisch kompas." De tekst op het FK is niet eenduidig/verhelderend, en lijkt zichzelf tegen te spreken. Begrijp ik goed dat je bij patienten met BMI >30, doseert naar ideale lichaamsgewicht (=BMI 20-25??) ?	Bedankt voor deze feedback. De tekst is aangepast om dit te verduidelijken.
15	NOG	Module 7.2 Behandeling van acute ret	125		het ziektebeeld”. Dit zou betekenen dat we ieder ARN beeld, dus ook wanneer het een kleine laesie is en een patiënt betreft zonder risicofactoren, een jaar lang systemisch moeten behandelen. Klopt dat? Dit is belastend en de oogarts moet ook in die periode de lever- en nierfunctie monitoren. Vraag is dus: Kan er een opmerking bij dat de patiënt minstens 3 maanden behandeld moet worden, zonder dat er een termijn van 1 jaar aan gehangen wordt? Verder is het fijn voor de perifere oogarts een advies te hebben over op welk termijn de lever- en nierfunctie gecontroleerd moeten worden tijdens deze onderhoudsbehandeling met valaciclovir	De optimale duur van de profylaxe is onbekend; maar wordt aanbevolen om ten minste 1 jaar aan te houden, afhankelijk van de ernst en kans op het recidief. In de tabel is hier de tekst op aangepast.
16	NOG	Module 7.2 Behandeling van acute ret	126	25	de hele sectie bewijsvoering laat zien dat er geen verschil is tussen orale of IV aciclovir. maar bij de aanbeveling moet je kiezen voor IV als patient risicofactoren heeft. dat is gestoeld op dus zero evidence. Bij een ARN moet er vooral snel gehandeld worden. Als er in een ziekenhuis geen bed is, is orale therapie bij verre te verkiezen boven delay op IV therapie. Dus in plaats van de aanbeveling ´KIES´ en dan achteraf aangeklaagd worden (ARN heeft een zeer slechte prognose) omdat je niet gekozen hebt voor iets dat geen enkele evidence heeft, zou er	Dank voor deze reactie; de tekst is op dit punt enigszins genuanceerd. De werkgroep acht het van belang dat patienten met risicofactoren wel z.s.m. intraveneus worden behandeld.
17	NVR	Module 8 Behandeling van niet-	141		Ankyloserende spondylo-arthritis is een verouderde een onvolledige term. Gaarne axiale spondyloartritis gebruiken	Aangepast zoals voorgesteld
18	NVR	Module 8 Behandeling van niet-	142		Immunoloog is een onbeschermde titel en geen medisch specialisme dit itt tot internist-immunoloog	Aangepast zoals voorgesteld
19	NOG	Module 8.4 Plaatsbepaling van b/tsDM	155	27	de aanbeveling is niet volledig we zouden moeten kiezen voor tsDMARDS als een uveitis niet reageert op CSDMARDS-BDMARDS, en subcutane/IV behandeling geen optie is. Waar zijn de perioculaire steroiden of intraoculaire steroiden gebleven ?	Er is een verwijzing geplaatst naar de desbetreffende module en in de eerste zin van de aanbeveling is 'systemische' toegevoegd om te verduidelijken dat het in deze module om de systemische behandeling gaat
20	NOG	Module 8.4 Plaatsbepaling van b/tsDMARD’s t.o.v. csDMARD’s	169	9	er staat dat BDMARDS als primaire behandeling moet overwogen worden bij heftige HLAB27 geassocieerde met grote recidief kans (met of zonder SpA). Daara kan ik niet mee instemmen. Bij een eerste aanval van HLAB27 pos uveitis weet je helemaal niets over de recidiefkans. De indicatie voor het gebruik van BDMARDS in HLAB27 positieve uveitis (en er zijn nogal wat miskende sarcoidose, Behcet en andere uveitisentiteiten waar een toevallige HLAB27 positiviteit de diagnose van een andere etiologie in de weg staat), is een RECIDIEF, niet een Primaire aanval, of een patient met gekende SpA waar een heftige uveitis aanval ontstaat onder klassieke DMARDs die door de rheumatoloog gestart heeft voor de behandeling van de gekende SpA problemen	De recidief kans is inderdaad moeilijk te bepalen. Het gaat hier met name om patienten met een recidief. De tekst is aangepast naar 'Heftige HLA-B27 geassocieerde uveitis met een frequent recidief zonder of met bijkomende spondyloartritis.
	NIV	Module 8.4 Plaatsbepaling van b/tsDMARD’s t.o.v. csDMARD’s	161	20-30	Deze eerste tweede paragraaf onder ‘‘Overwegingen’’, suggereert een veel ongunstiger bijwerkingenprofiel van csDMARDs dan bDMARDS (en mogelijk zelfs tsDMARDS) De bijwerkingen die besproken worden komen inderdaad voor bij csDMARDS, anderzijds worden in deze paragraaf de bijwerkingen van bDMARDS (en tsDMARDS) geheel niet genoemd. Deze zijn inderdaad minder frequent maar kunnen zeker ook ernstiger kunnen zijn (bv: ernstige infecties zoals TB reactivatie, en HSV). Bovendien wordt benoemd dat na start van een csDMARD nog maanden prednisolon nodig is (wat inderdaad vaak het geval is), maar hierbij wordt ook impliciet gesuggereerd dat dit voor bDMARDs niet noodzakelijk is; iets wat voor deze indicatie niet is onderzocht én niet de klinische praktijk is. Beide middelen worden toegevoegd aan prednisolon als sparende therapie, waarbij het optimale te volgen afbouwschema van prednisolon bij beide klasse middelen nog onduidelijk is voor de indicatie uveitis (en zeker niet head-to-head getriald). Advies om de paragraaf te herschrijven met benoeming van bovenstaande zaken. Overigens wordt in de vervolgparagraaf Waarden en voorkeuren van patiënten (en evt. hun verzorgers, p 162 regel 35 en verder, verwezen naar de genuanceerde keuzekaart voor de patient, die bijwerkingen van de verschillende klasse middelen goed verwoord).	Hartelijk dank voor uw reactie. Het klopt dat in deze paragraaf in eerste instantie alleen de bijwerkingen van csDMARD's zijn beschreven. We hebben o.b.v. uw suggesties het volgende stukje tekst toegevoegd aan de alinea: "De bDMARD's werken over het algemeen sneller wat betekent dat de steroïden sneller afgebouwd kunnen worden of wellicht niet hoeven worden opgestart in de beginfase. De bijwerkingen van bDMARD's betreft vooral het risico op ernstige infecties, zoals tuberculose en virale infecties (HSV, VZV, hepatitis B en C). Voor screening voor de start met csDMARD's en bDMARD's, zie de richtlijn Toxiciteitsmonitoring bij immuunsuppressiva." in de 4e alinea *tsDMARD's vs. bDMARD's of csDMARD's bij de primaire behandeling van niet-infectieuze uveitis* hebben we toegevoegd dat men de module tsDMARD's (JAK-remmers) ook voor het bijwerkingenprofiel kan raadplegen.

21	NOG	Module 10.2 Behandeling van uveitis b	182	10 (intro)	TINU is meestal een anterior of intermediaire uveitis, geen panuveitis. dit is quote van eyewiki About 80% of the cases present as acute onset bilateral non-granulomatous anterior uveitis[7]. However, there have been case reports of intermediate uveitis, posterior uveitis, and panuveitis [7][5]. Intermediate uveitis has also been reported. Other exam findings may include posterior synechiae, vitreous cells, optic disc swelling, and macular edema.	TINU begint vaak als anterior uveitis, maar in de praktijk wordt het vaak alsnog PAN. We hebben er 'anterior/intermediate uveitis or panuveitis' van gemaakt. Janetos, T. M., Lee, P. H. A. and Goldstein, D. A. (2023) 'Tubulointerstitial Nephritis and Uveitis Syndrome in Paediatric Patients.', Ocular immunology and inflammation. England, 31(10), pp. 1955–1964. doi: 10.1080/09273948.2023.2279689.
22	NOG	Module 10.2 Behandeling van uveitis b	190	17	• Verwijs alle kinderen met uveitis voor analyse van onderliggende systeemziekte naar de kinderreumatoloog of kinderarts." Wordt hier alle kinderen met een NIET-INFECTIEUZE uveitis bedoeld? • Laat alle kinderen met uveitis ten minste één keer beoordeeld worden door een oogarts met expertise in een tertiair centrum." Ook kinderen die voor JIA screening komen (is immers een module in deze richtlijn voor…)? Ook bij toxoplasmose/infectieuze uveitis? Geldt dit voor kinderen tot 18 jaar?	het wel/niet infectieus is. Het geldt dus voor alle kinderen om te verwijzen naar de kinderarts én naar een tertiair centrum. Maar deze module gaat verder over kinderen met niet-infectieuze uveitis, daarom hebben we 'niet-infectieus' aan de aanbeveling toegevoegd. De beoordeling door de oogarts geldt ook voor alle kinderen, omdat de diagnose vaak nog niet direct zeker is. Kinderen voor JIA-screening hebben (nog) geen uveitis, die vallen dus niet binnen deze module, maar inderdaad is daar een andere module voor. Een kind is een kind tot 18 jaar, dus dat geldt tot 18 jaar.
23	NOG	Module 10.2 Behandeling van uveitis b	190	1	in de geciteerde uitkomsten van een expert opinion werkgroep staat 3 maanden als consensus. in de aanbeveling staat kortdurend. kortdurend is niet hetzelfde als 3 maanden. pas aan in 3 maanden.	Onder dat stuk staat 3 maanden vermeld. Maar het lijkt daarmee niet duidelijk genoeg over te komen. We hebben toegevoegd na 'kortdurend': '(maximaal 3 maanden)'.
24	NOG	Module 10.2 Behandeling van uveitis b	190	2	niet alleen is descemet een obsolete term die in alle andere landen als keratic precipitates wordt beschreven, maar er zijn genoeg volstrekt rustige ogen die enkele KPs hebben. dit criterium zou mi geschrapt moeten worden verder zijn er bij toxoplasmose en herpetische uveitis ook cellen 2+ en soms KPs. het zou goed zijn als er staat dat het om niet-infectieuze uveitis moet gaan Het UMCU heeft jarenlang alle mogelijke virale verwekkers teruggevonden in VOK puncties bij kinderen, en ook kinderen kunnen toxo, TB en zelfs ARN hebben, maar nu staat er in de richtlijn dat alle kinderen met niet-infectieuze uveitis (wanneer weten we dat in sommige gevallen helemaal zeker ??) allemaal direct op systemische therapie moeten staan. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat de hele aanbeveling een copie-paste exercitie is van de aanbevelingen in BEWEZEN JRA positieve kinderen en dat het bewijs van die werkwijze in alle andere entiteiten van kinder-uveitis is overgenomen, zonder de reflectie dat een patient van 16jaar oud, buiten de amblyogene leeftijd, wel een heel ander persoon is dan een 4 jarige met JRA.	Het stukje descemetstippen is verwijderd. We hebben in de aanbevelingen 'niet-infectieuze' toegevoegd als subtitel, ter verduidelijking. Bij het stukje verwijzen naar de kinderarts en naar een tertiair centrum geldt dit ook voor kinderen met infectieuze uveitis, dat hebben we ook toegevoegd. In de praktijk zal de diagnose vaak niet direct duidelijk zijn en is het van belang alle kinderen te verwijzen (wel én niet infectieus)
25	NOG	Module 10 Uveitis bij kinderen	190	3	heel deze aanbeveling is een copy-paste exercitie van JRA positieve uveitis in hele kleine kinderen. Er wordt MTX aangeraden als eerste lijn. Dat is misschien juist in JRA associated uveitis, maar niet in enteropathy associated uveitis in kinderen, het is niet juist is TINU, het is niet juist in Behcet, het is niet juist in tal van andere uveitis entiteiten. Lieve collega´s, dit soort kinderuveitis is het werk van tertiaire centra, loop die centra niet in de weg met aanbevelingen die nergens een fundament hebben	Het klopt inderdaad dat methotrexaat aanbevolen is voor JIA-uveitis en voor chronische anterieure uveitis. Dit hebben wij toegevoegd aan de aanbevelingen. Bij overige vormen van uveitis hangt de keuze van medicatie af van de onderliggende systeemziekte.
26	NOG	Module 10 Uveitis bij kinderen	190	4	gesteld is : therapie kan pas afgebouwd/gestopt worden als de uveitis 2 jaar in remissie is. Dat is onmogelijk. remissie is volgens SUN de status van een quiescent/rustige uveitis als er geen therapie gebruikt wordt. wat bedoeld is in de richtlijn , is 2 jaar inactief onder therapie. remissie mag uitsluitend gebruikt worden voor inactiviteit ZONDER therapie. daarbij, gezien er nu bij elke uveitis met 2+ cellen direct met systemische immuunsuppressie moet gestart worden, is deze eis van 2 jaar by far overkill. Als je je criterium om systemische therapie naar bijna zero tollerance brengt, voor alle uveitis kindjes is er niet dezelfde afbouwtijd nodig als de werkelijk zware uveitis kinderpathologie waar zo een aanbeveling wel zinvol is. Vanaf deze richtlijn wordt dus bijna elk kind met uveitis (2+ cellen is 90% van de primaire uveitispatienten) tenminste 2 jaar op immuunsuppressie gezet. dit is mijn inziens onzinnig ik vind de hele aanbeveling erg alarmerend gedacht, en vanuit het perspectief van de zware JRA uveitis Dus ofwel ben je genuanceerder over het starten van deze middelen, of wel ben je genuanceerder over de afbouw. Ik begrijp dat er gedacht wordt vanuit de zware JRA uveitis met slechte visuele outcome zoals die geconcentreerd is in tertiaire centra, met uveitis in de amblyogene leeftijd, maar dit 1 op 1 naar alle uveitis kinderen overplaatsen is niet ondersteund door enig bewijs.	Klopt, goed punt, de term 'remissie' is aangepast in 'inactief'. De aanbeveling voor starten met immunsuppressive therapie bij >2+ cellen is gebaseerd op JIA-uveitis data. In de praktijk zien we ook andere vormen van uveitis snel recidiveren, zelfs nog na 2 jaar inactiviteit.
27	NOG	Module 10 Uveitis bij kinderen	190	4	er moet staan dat injecties ontraden worden in kinderen in de amblyogene leeftijd waar monitoring van oogdruk en staarvorming moeilijk is, en waar systemische therapie niet ten volle benut is. Ik heb genoeg ervaring om te weten dat, in overleg met ouders, bij oudere kinderen die al jaren onder hoge dosis immuunsuppressie staan, en persisterend macula oedeem het enige issue is, we gezamenlijk, na uitleg van de risico´s, steroidinjecties kiezen, omdat ze een middel kunnen zijn om gebalanceerd, de soms zware neveneffecten van de systemische therapie te vermijden (en laat ons niet vergeten het levenslange verhoogd risico op neoplasmata bij het gebruik ervan). Ik neem aan dat de waarschijnlijk zeer ervaren auteur van deze aanbevelingen ooit in zijn/haar carriere injecties bij kinderen gebruikt zal hebben. De huidige kinderaanbevelingen zijn op hun plaats in JRA. Maar enig realisme en nuance in andere uveitis entiteiten (andere leeftijd en andere oorzaak) is hoogstnoodzakelijk. Niet alles verloopt als JRA. Niet alles moet zo hard behandeld worden als hier gesuggereerd wordt	De aanbeveling is aangepast naar: Geef geen parabulbaire glucocorticoïd-injecties als onderhoudsbehandeling vanwege het verhoogde risico op secundair cataract en glaucoom. In een expertise centrum kan in uitzonderlijke gevallen hier toe besloten worden.
28	Vereniging voor Oogheelkundige	Module 11 Organisatie van zorg	208		Typefout bij punt 5: verenigin --> vereniging Punt 6: punt achter tweede zin	Aangepast zoals voorgesteld

29	NVZ	Overig Commentaar	0	0	NVZ-criteria beoordelen concept professionele standaard Professionele standaard = kwaliteitsstandaard, leidraad, medische richtlijn of anderszins. Zie definities p.12 Aqua-Leidraad (zorginzicht.nl) en de Richtlijn voor Richtlijnen | Zorginzicht 1. Alle zorginstellingen dienen de professionele standaard organisatorisch, juridisch én financieel te kunnen uitvoeren. Zonder ingrijpende consequenties voor de praktijk voor: o algemene en topklinische ziekenhuizen, o categorale instellingen en o medisch specialistische revalidatie-instellingen. 2. Maak drie overzichten onderdeel van de professionele standaard om consequenties voor de praktijk van zorginstellingen te kunnen beoordelen: a. Samenvatting met als onderdeel organisatie van zorg. b. Implementatieplan met inzicht in financiële, juridische en organisatorische consequenties. ▪ Concretiseer barrières, knelpunten, risico's en oplossingsrichtingen. ▪ Verandering in administratieve lasten, FTE, kosten, productie en IT. ▪ En benoem verantwoordelijke partijen voor oplossingsrichtingen. ▪ Zie goed voorbeeld p. 30&31 Kwaliteitsstandaard Organisatie van moleculaire pathologie diagnostiek in de oncologie (zorginzicht.nl) c. Overzicht van het verschil tussen de huidige en de nieuwe situatie. 3. Maak de volgende IZA-afspraken in ieder geval onderdeel van de professionele standaard: o Neem aanbevelingen op die voldoende wetenschappelijk bewezen zijn. o Evalueer huidige zorg. o Integreer duurzaamheid, passende zorg & preventie. o Ontregel de zorg: verminder administratieve lasten en regeldruk; zijn aanbevelingen, radicaal simpel en zinnig?	Bedankt voor de reactie. In de implementatietabel heeft de werkgroep per aanbeveling aangegeven wat de mogelijke effecten zijn op de kosten. In zijn algemeenheid zullen de aaanbev elingen geen substantiële financiële of organisatorische gevolgen hebben voor de ziekenhuizen.
29	NVZ	Overig Commentaar	0	0	4. Geef aan in welke categorie van de governance-afspraak 2019 FMS, NFU en NVZ de professionele standaard valt om te beoordelen of deze haalbaar is: o Categorie 1: geen impact op de organisatie van zorg, o Categorie 2: twijfel o Categorie 3: grote impact; eventueel volgt dan een Business Impact Analyse. Bovenstaande criteria helpen zorgen dat zorginstellingen definitieve professionele standaarden, wetten en regels kunnen uitvoeren. En zijn onderdeel van de WKKGZ en extern toezicht. Alle >2.500 definitieve wetten, regels en professionele standaarden voor zorginstellingen zijn te raadplegen op het portaal van de zorginstelling via de Lorenz compliancetool voor risicomanagement | NVZ (nvz ziekenhuizen.nl) van NVZ, NFU en ZKN. De NVZ wordt graag betrokken bij het vervolg. Heeft u vragen? Neem dan contact op met de NVZ via E: Kennisdocumenten@nvz-ziekenhuizen.n	Bedankt voor de reactie. In de implementatietabel heeft de werkgroep per aanbeveling aangegeven wat de mogelijke effecten zijn op de kosten. In zijn algemeenheid zullen de aaanbev elingen geen substantiële financiële of organisatorische gevolgen hebben voor de ziekenhuizen.
30	OVN (optometristen)	Overig Commentaar	0	0	Complimenten voor de werkgroep voor de zorgvuldige richtlijn.	Hartelijk dank voor het compliment

Nummer	Organisatie	Overige opmerkingen	Reactie werkgroepleden
1	ZN	Hartelijk dank voor het toesturen van de concept richtlijnmodules Uveitis. Zorgverzekeraars Nederland vertrouwt erop dat de opstellers in dit document beschreven hebben wat goede zorg is. Wij willen hen erop wijzen dat de beschrijving van goede zorg, niet betekent dat het ook een verzekerde prestatie betreft. De Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de zorgverzekeringswet. Voordat een verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van een bepaalde vorm van zorg, zal de Zorgverzekeraar moeten vaststellen of er sprake is van rechtmatige en doelmatige zorg. Wij adviseren daarom om: 1) Onderstaande disclaimer op te nemen in de Richtlijn Een Richtlijn beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Ook is niet alle in de Richtlijn beschreven zorg, automatisch onderdeel van het verzekerde pakket. 2) Duidelijk in de Richtlijn aan te geven, indien van toepassing, wat het standpunt is van het Zorginstituut. Zorgverzekeraars zijn verplicht, conform deze standpunten, zorg in te kopen. Mocht men in de toekomst deze Richtlijn aanbieden aan de Zorgverzekeraars, om tripartite in te dienen bij het Register van het Zorginstituut, dan zijn onder andere bovengenoemde punten van belang, voordat goedkeuring door de Zorgverzekeraars gegeven zal worden. Wij houden ons zeker aanbevolen en verzoeken u, wanneer in het verdere proces een definitieve Richtlijn klaar is, om die opgestuurd te krijgen. Met vriendelijke groet, Namens Karlie van Kuijk, arts M&G	Hartelijk dank voor het commentaar. Vooralsnog worden disclaimers niet opgenomen in de richtlijn
2	ZKN	Is zorg die niet van toepassing is binnen klinieken die lid zijn van ZKN.	Bedankt voor het commentaar
3	IGJ	Stukken zijn niet door de IGJ gelezen/beoordeeld	Ter kennisgeving aangenomen
4	NVR	Gefeliciteerd met deze richtlijn, er staat veel moois en goeds in. (namens Floris van Gaalen)	Hartelijk dank voor het compliment
5	Vereniging voor Oogheelkundige Verpleging en	Positief dat duurzaamheid geïntegreerd is in de richtlijn.	Bedankt voor het commentaar, het NOG heeft duurzaamheid hoog op de agenda staan
6	NHG	Vanwege het tweedelijns karakter van deze richtlijn zien wij af van deelname aan deze commentaarronde.	Ter kennisgeving aangenomen
7	De Oogvereniging	De patiëntengroep Uveitis is nauw betrokken geweest bij deze richtlijn, en zal zo nodig nog commentaar leveren. Ik heb geen commentaar.	Bedankt voor de reactie
8	NVMM	Ten aanzien van de door NVMM leden ingezonden commentaren aangaande oculaire toxoplasmose adviseren we de richtlijn-werkgroep stellig om in overleg te treden met de NVP, SWAB en het PKP waar deze adviezen het beste kunnen worden gepubliceerd. Het is belangrijk dat richtlijnen elkaar niet inhoudelijk (gaan) tegenspreken. Bij aanbieding van deze richtlijnmodule ter autorisatie tzt horen wij graag terug wat er uit dit overleg is gekomen.	Het overleg heeft reeds plaatsgevonden. In overleg met de NVVM en de NVP is besloten om de module toxoplasmose chorioretinitis aan te passen zodat deze in lijn is met het behandeladvies van de NVP / SWAB. De module toxoplasmose chorioretinitis zal separaat op een later moment worden aangeboden voor autorisatie.
9	NOG	Het is niet zinvol om een richtlijn van 231 pagina´s te schrijven. Een overzichtelijke korte richtlijn, met duidelijk nut voor de dagelijkse praktijk, is verkiesbaar eens men in de uitzondering op de uitzonderig is beland, waar er - op dit moment - misschien 5-10 personen in heel nederland ervaring mee hebben (zoals JAK-STAT inhibitoren) en dit case per case behandeling is, is het niet nuttig om de andere 99,9% van de oogartsen met dit soort topics in een richtlijnen te belasten. Richtlijnen zijn er voor de gewone oogarts, het heeft geen zin om richtlijnen te maken voor eventualiteiten die in misschien10 patienten in heel Nederland. voorkomen.	De richtlijn wordt gemaakt volgens internationale afspraken evidence-based. Daarin is gesteld dat de richtlijn transparant, objectief en reproduceerbaar wordt opgesteld. Voor de behandelend arts in de dagelijkse praktijk is de onderbouwing niet altijd van belang. Daarom worden op de richtlijnendatabase de aanbevelingen als eerste gepresenteerd en kan er worden doorgeklikt naar de onderbouwing indien wenselijk. Uveitis is een veel voorkomende aandoening. Er is geprobeerd om voor de meer uitzonderlijke gevalllen waar mogelijk zoveel mogelijk ruimte bij de behandelaar te laten.

	Cluster immuunsuppressieve medicatie	Neem zoveel als mogelijk verwijzingen op naar algemene richtlijnen over immuunsuppresieve medicatie	Aanpgepast zoals voorgesteld