Overzicht wijzigingen n.a.v. autorisatiefase - *Richtlijn infectieuze keratitis*

Partij	Bezwaar	Reactie werkgroep
NOG	Ik blijf het lastig vinden dat het advies is om bijv. erosies door de huisarts met trafloxal i.p.v. chlooramfenicol te behandelen. Ik lees in de commentarentabel zeker wel de feedback en die is ook begrijpelijk, maar de implicaties kunnen enorm zijn voor de toekomst. Niet alleen qua kosten en resistentie, maar ook wat betreft beschikbaarheid van trafloxal. Ik snap dat chlooramfenicol bacteriocide is en niet bacteriostatisch en ook dat de evidence in de internationale literatuur t.a.v. chlooramfenicol er niet is, maar om dit middel dan volledig weg te laten lijkt mij zo'n enorme stap. Mocht het blijven bij het huidige advies, wordt dan ook de NHG-standaard ('rood oog en oogtrauma') hierop aangepast? *In de commentaarfase is er reeds commentaar geleverd op dit deel van de richtlijn door Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)*	De richtlijn tekst (module symptomen, klachten doorverwijzing) is aangepast: • De primaire behandeling van een erosie, al dan niet dendritiform, is met lokaal antibiotica ter preventie van een keratitis • Keuze voor antibioticum is afhankelijk van of er al dan niet sprake is van een contactlenzendrager in verband met grote kans op Pseudomonas aeruginosa als verwekker van een keratitis. • Voorschrift door de arts die patient het eerste ziet en **indien sprake is van een erosie en geen infiltraat** *Voorschrift:* • <u>Geen relatie met contactlenzen: breedspectrum antibioticum (bijvoorbeeld chlooramfenicol of ofloxacine)</u> ○ Oogzalf 3-4 dd, 1-2 dagen tot klachten afwezig, of; ○ Oogzalf met verband eenmalig gedurende 24 uur, of; ○ Oogdruppels 6-8 dd tot klachten afwezig • <u>Bij contactlenzendrager:</u> ○ Ofloxacine zalf 6 dd, of; ○ Ofloxacine druppels 6-8 dd De noodzakelijke aanpassingen zullen worden gemaakt in de NHG-standaard *Het Rode Oog*