



*Nevenstaand artikel werd als klinische les ter publicatie aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Na 'peer review' en acceptatie door het tijdschrift ontstond een verschil van inzicht omtrent de 'redactionele bewerking' door de eindredactie, zodat wij ons genoodzaakt zagen de toestemming voor publicatie in te trekken. Gezien de belangstelling voor het onderwerp, hier de integrale 'peer reviewed' tekst.*



**PAGINA 4**  
**LOGISTIEK DONORWEEFSEL**  
**ANDERS INGERICHT**

**VERWIJZINGEN NAAR**  
**MELLES**  
**HOORNVLIESKLINIEK**  
**ROTTERDAM**

Verwijzen naar Melles Hoornvlieskliniek Rotterdam kan per e-mail en fax. Als bijlage bij deze nieuwsbrief vindt u een **verwijfsfax voor cornea-patiënten**. Indien gefaxt naar nummer **010 297 4440** wordt de patiënt door één van onze medewerkers opgeroepen.

## Klinische les

### Fuchse endotheeldystrofie: volledig visusherstel met Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK)

Ongeveer de helft van de corneatransplantaties in Nederland wordt verricht ter behandeling van één aandoening van het hoornvliesendotheel: de Fuchse endotheeldystrofie. In 1998 introduceerde het NIOS een nieuw concept ter behandeling van endotheelaandoeningen middels lamellaire transplantatie: de endotheliale keratoplastiek,<sup>1-4</sup> internationaal gepopulariseerd als 'Descemet stripping (automated) endothelial keratoplasty' (DSEK/DSAEK) en indien donorvoorbewerking plaatsvindt met de femtosecond laser: FS-DSEK.<sup>5-7</sup> Na de start van de Hoornvliesbank Rotterdam (Amnitrans Eyebank) in 2004 kon het concept verder worden verfijnd tot een selectieve transplantatie van de membraan van Descemet met donorendotheel (de dysfunctionerende cellaag aan de binnenzijde van het hoornvlies en de hierboven liggende basaalmembraan) ofwel 'Descemet membrane endothelial keratoplasty' (DMEK).<sup>8,9</sup>

De voordelen van een lamellaire transplantatie bij aandoeningen van het hoornvliesendotheel liggen in een beter en sneller visusherstel, en de eliminatie van korte en lange termijn complicaties aan de voorzijde van het hoornvlies.<sup>1,9</sup> De conventionele 'full-thickness' penetrerende keratoplastiek (vervanging van het hoornvlies over de gehele dikte) kenmerkt zich door hoog astigmatisme, problemen met de hechtingen en onvolledige wondgenezing. Bij een lamellaire aanpak blijft het buitenoppervlak van het hoornvlies intact zodat vrijwel geen astigmatisme wordt geïnduceerd. Hechtinggerelateerde ontstekingen of infiltraten treden niet op omdat geen hechtingen worden gebruikt, en de wondgenezing kent doorgaans weinig problemen daar het donorweefsel via een 'kleine incisie' techniek - vergelijkbaar met incisies in de moderne cataractchirurgie - wordt geïmplant. Omdat het gehele hoornvlies en met name het buitenoppervlak vrijwel intact blijft, behoudt het weefsel zijn optische kwaliteiten, hetgeen zich vertaalt in een sneller en beter visusherstel.

In deze les willen wij aan de hand van een aantal patiëntcasus de behandelresultaten van DMEK bij Fuchse endotheeldystrofie onder de aandacht brengen.

**Patiënt A**, een 59-jarige, nog altijd ambitieuze vertegenwoordiger, merkte dat hij binnen enkele weken steeds meer moeite kreeg met autorijden. Voor zijn werk lange afstanden rijdend door geheel Europa, voelde hij zich gedwongen te stoppen bij regenachtig weer, tegenliggers 's avonds, of een laagstaande zon. Door zowel de huisarts als twee geconsulteerde oogartsen werd een zeer acceptabele Snellen visus gemeten van 0.8 in het rechter en 1.0 in het linker oog, zodat operatief ingrijpen niet werd overwogen. Daar in een arbeidsongeschiktheidstraject "de klachten van patiënt niet konden worden geobjectiveerd", zag patiënt zijn positie in het bedrijf teloorgaan. Carrière kansen mislopend werd de suggestie van psychosomatische klachten als bijzonder frustrerend ervaren.

Op eigen initiatief bezocht patiënt onze kliniek en bij onderzoek zagen wij een intelligente, rationeel overkomende man met een licht myocardinfarct in de voorgeschiedenis, dat werd nabehandeld met een bloedverdunner en cholesterolverlagende medicatie. Bij een blanco oogheekkundige (familie)anamnese toonde het rechteroog een subtiele corneadystrofie, overigens zonder een spoor van cataract of retinale afwijkingen.

Medio 2006 onderging patiënt DMEK in het rechter oog. Onder retrobulbaire anaesthesie werd de pathologisch veranderde membraan van Descemet en het onderliggende hoornvliesendotheel gestript middels een 'descemetorhexis' (d.w.z. de twee binnenste lagen van de cornea, samen ongeveer 25 µm in dikte, werden verwijderd), en een donor-Descemetmembraan met gezond endotheel (Fig. 1) werd via een 3.0 mm sclerale incisie in de voorste oogkamer geïnjecteerd en gepositioneerd tegen het posterieure hoornvliesstroma van de patiënt (Fig. 2). Het transplantaat werd ongehecht gefixeerd (een DMEK transplantaat 'zuigt' zichzelf vast).

Eén maand na de operatie was de gezichtsscherpte van



*Fig 1. Donormembraan van Descemet met endotheel-cellaag op orgaancultuur-medium. De Descemet-membraan vormt na het afprepareren van een donorcornea spontaan een 'rolletje'.*

het rechteroog 1.0 met een subjectief compleet herstel van de contrast- en kleurwaarneming, en had de patiënt zijn werkzaamheden volledig hervat (Fig. 3 en 4). Bij de 2e jaarscontrole bleek het resultaat stabiel in de tijd: de best gecorrigeerde gezichtsscherpte was nog steeds 1.0 bij een corneadikte van 483 µm en een endothelceldichtheid van 1740 cellen/mm<sup>2</sup>.

**Patiënt B**, een 40-jarige ambtenaar, kreeg over een periode van enkele jaren steeds meer moeite met computerwerk - met name in de ochtenduren werd administratief werk “vrijwel onmogelijk”. Opziend tegen een leesbril meldde de patiënt zich bij een ooglaserkliniek, alwaar bij een screening afwijkingen werden geconstateerd aan het hoornvliesendotheel.

Na verwijzing door de ooglaserkliniek zagen wij bij onderzoek een humoristische, goed geïnformeerde man met een blanco voorgeschiedenis en familieanamnese. Beiderzijds werd een evidente Fuchs endotheldystrofie gezien met een vermindering van de visus rechts tot 1/60, overigens zonder verdere oogheelkundige afwijkingen.

Begin 2007 onderging patiënt een DMEK in het rechter oog, zoals beschreven bij Patiënt A. Eén maand na operatie was de gezichtsscherpte 1.0 en werd de visuele functie van het rechter oog weer als normaal ervaren. Gezien de reisafstand werd patiënt terugverwezen naar de eigen oogarts en is alleen uit correspondentie bekend dat het resultaat tot op heden stabiel is gebleven.

**Patiënt C** was een 76-jarige voormalig directiesecretaresse, die gedurende een periode van tien jaar verschillende oogartsen bezocht. De diagnose Fuchse endotheldystrofie werd steeds bevestigd maar een ingreep werd afgeraden zolang de visus beiderzijds niet tot 0.3 was gedaald. Het verminderde zicht gaf aanleiding tot diverse struikel- en valpartijen en nadat patiënte dientengevolge een arm brak, ging zij zelf op zoek naar behandelmogelijkheden.

Op haar eigen initiatief zagen wij een aimabele, maar assertief geworden patiënte die van mening was dat haar visusklachten werden onderschat. Beiderzijds werd een visus gemeten van 0.4 ten gevolge van een gevorderde Fuchse endotheldystrofie met oedeem in combinatie met een corticonucleair cataract. De verdere anamnese was blanco; een zuster van patiënte was elders bekend met soortgelijke visusklachten.

In het voorjaar van 2008 onderging patiënte in het rechteroog een cataractextractie en daarna DMEK procedure zoals beschreven bij Patiënt A. Eén maand na de laatste operatie was de gezichtsscherpte van het rechteroog 0.8, welke verbeterde tot 1.0 na zes maanden, bij een corneadikte van 494 µm en een endothelceldichtheid van 2060 cellen/mm<sup>2</sup>.

De drie beschreven casussen tonen aan dat een Fuchse endotheldystrofie met een endotheliale keratoplastiek goed behandelbaar is. Voorheen werd een operatieve behandeling doorgaans uitgesteld tot een visusdaling tot 0.3 of minder, omdat met een penetrerende keratoplastiek geen optimaal visusherstel kon worden bereikt. Na de introductie van de vroege endotheliale keratoplastiek technieken (DSEK/DSAEK/FS-DSEK) verbeterde de prognose aanzienlijk zodat dit operatieconcept nu wereldwijd wordt uitgevoerd.<sup>3-7</sup> Na verdere verfijning kan met DMEK nu bij een meerderheid van de patiënten een nagenoeg volledig visusherstel worden bereikt.<sup>10-12</sup>

**Kliniek** De visuele beperking ten gevolge van een Fuchse endotheldystrofie wordt mogelijk snel onderschat. Doorgaans meldt de patiënt zich bij de huisarts, opticien of optometrist en vindt al dan niet verwijzing naar de oogarts plaats. Maar zelfs na spleetlamponderzoek wordt een endothelclandoening soms onvoldoende onderkend, met name als een relatief goede Snellen visus wordt gemeten. Visusmeting zet de behandelaar vaak op het verkeerde been: wie verwijst of biedt een operatie aan bij een visus van 0.8, ook al zegt de patiënt dat bijvoorbeeld autorijden onverantwoord lijkt en tal van dagelijkse activiteiten onuitvoerbaar zijn. Niet zelden verslechtert de arts-patiënt

relatie: de behandelaar ziet geen urgentie en de patiënt voelt zich niet serieus genomen, een situatie die soms jarenlang voortsleept.

Naast visusmeting bestaat er geen objectieve parameter waarmee de ernst van de aandoening kan worden gekwantificeerd. Daarbij wisselt de visus over de dag omdat een Fuchse endotheldystrofie zich vaak kenmerkt door corneaoedeem in de ochtenduren, dat bij progressie van deze aandoening steeds langzamer wordt geresorbeerd. Tegenlicht onder schemerige omstandigheden vormt vaak een probleem en op den duur kunnen ook pijnklachten ontstaan ten gevolge van epitheliale ‘bullae’. In de praktijk geven eenvoudige maar effectieve vragen “onder welke omstandigheden kunt u autorijden, fietsen of zelfstandig een drukke straat oversteken?” of “hoe lang kunt u onafgebroken achter de computer werken?” vaak een goed beeld van de visuele beperking die de patiënt ervaart.

Het geschetste beeld rondom de drie patiënten laat zien dat de symptomen alsook de progressie en het beloop bij een Fuchse endotheldystrofie zeer wisselend van aard kunnen zijn. Patiënt A had in een vroeg stadium reeds veel last bij een objectief goede visus (0.8), terwijl patiënt B pas aan de bel trok bij een (unilaterale) visus van 1/60. De progressie bij patiënt B was relatief snel terwijl bij patiënt C de visusdaling min of meer stabiel bleef over een periode van tien jaar. Hoewel geschaard onder de ouderdomsaandoeningen manifesteert een Fuchse endotheldystrofie zich vaak al op middelbare leeftijd. Dertien procent van de patiënten die in onze kliniek in aanmerking komen voor een DMEK operatie is 50 jaar of jonger, 29% 60 jaar of jonger en 60% 70 jaar of jonger.<sup>10-12</sup> Een bijkomend probleem vormt een vaak tegelijkertijd optredend cataract. In aanwezigheid van een Fuchse endotheldystrofie wordt cataractextractie doorgaans uitgesteld gezien het risico op corneadecompensatie na deze operatie. Als gevolg hiervan lopen patiënten dan jarenlang rond met een storend cataract, zoals bij Patiënt C.

Het verwijstraject bij een Fuchse endotheldystrofie vraagt om verbetering. Hoewel de aandoening goed behandelbaar is met moderne transplantatietechnieken, blijken patiënten opvallend vaak

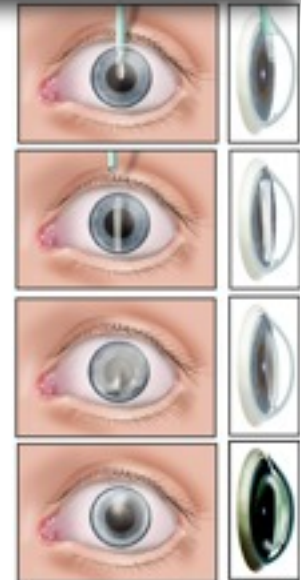


Fig 2. DMEK operatietechniek



Fig 3. Spleetlampfoto van een cornea 1 jaar na ‘Descemet membrane endothelial keratoplasty’ (DMEK). De cornea is volkomen helder, heeft een normale dikte en er is geen ‘interface’ zichtbaar tussen donor en ontvanger. Eén maand na DMEK was de Snellen visus 1.0.



REFERENTIES \* 1. Melles GRJ, Eggink FAGJ, Lander F, Pels E, Rietveld FJR, Beekhuis WH, Binder PS. A surgical technique for posterior lamellar keratoplasty. *Cornea*. 1998;17:618-26. \* 2. Melles GRJ, Lander F, van Dooren BTH, Pels E, Beekhuis WH. Preliminary clinical results of posterior lamellar keratoplasty through a sclerocorneal pocket incision. *Ophthalmology*. 2000;107:1850-6. \* 3. Melles GRJ, Lander F, Nieuwendaal C. Sutureless, posterior lamellar keratoplasty. *Cornea*. 2002;21:325-7. \* 4. Melles GRJ, Wijdh RH, Nieuwendaal CP. A technique to excise the Descemet membrane from a recipient cornea (Descemetorhexis). *Cornea*. 2004;23:286-288. \* 5. Price FW Jr, Price MO. Descemet's stripping with endothelial keratoplasty in 200 eyes: Early challenges and techniques to enhance donor adherence. *J Cataract Refract Surg*. 2006;32:411-8. \* 6. Gorovoy MS. Descemet-stripping automated endothelial keratoplasty. *Cornea*. 2006;25:886-9. \* 7. Cheng YY, Pels E, Nuijts RM. Femtosecond-laser-assisted Descemet's stripping endothelial keratoplasty. *J Cataract Refract Surg*. 2007;33:152-5. \* 8. Melles GRJ, Rietveld FJR. Transplantation of Descemet's membrane carrying viable endothelium through a small scleral incision. *Cornea*. 2002;21:415-8. \* 9. Melles GRJ. Posterior lamellar keratoplasty: DLEK to DSEK (editorial). *Cornea*. 2008;27:3879-81. \* 10. Melles GRJ, Ong TS, Ververs B, van der Wees J. Preliminary Clinical Results of Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty. *Am J Ophthalmol*. 2008;145:222-7. \* 11. Ham L, Balachandran C, Verschoor CA, van der Wees J, Melles GRJ. Visual rehabilitation rate after isolated Descemet membrane transplantation: Descemet membrane endothelial keratoplasty. *Arch Ophthalmol*. 2009;127:252-5. \* 12. Ham L, Dapena I, van Luijk C, van der Wees J, Melles GRJ. Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK) for Fuchs' endothelial dystrophy. Review of the first 50 consecutive cases. *Eye*. 2009;23:1930. \* 13. van Dooren BTH, Mulder P, Nieuwendaal CP, Beekhuis WH, Melles GRJ. Endothelial cell density after posterior lamellar keratoplasty (Melles technique); 3 years follow-up. *Am J Ophthalmol*. 2004;138:211-7. \* 14. Williams KA, Muehlberg SM, Lewis RF, Coster DJ. How successful is corneal transplantation? A report from the Australian Corneal Graft Register. *Eye*. 1995;9:219-27. \* 15. Lie JT, Birbal R, van der Wees J, Melles GRJ. Donor tissue preparation for Descemet membrane endothelial keratoplasty. *J Cataract Refract Surg*. 2008;34:1576-85.

via alternatieve kanalen of met een zeker 'doctor's delay' hun weg te moeten vinden. Niet zelden treden hierbij secundaire, niet-oogheelkundige complicaties op ten gevolge van de visuele handicap, belandt men in de ziektewet, of heeft men reeds hulp gezocht bij organisaties voor slechtzienden.

**Epidemiologie / preventie** De exacte incidentie van een Fuchse endotheeldystrofie is onbekend, doordat de typerende 'corneale guttata' ook fysiologisch kunnen vóórkomen. Afhankelijk van de gebruikte definitie zou na het veertigste levensjaar tot 2/3 van de populatie 'guttata' tonen, welke bij ongeveer 1:1000 tot een endotheeldysfunctie zou leiden.<sup>9,13,14</sup>

Hoewel een Fuchse endotheeldystrofie zich in sommige families over meerdere generaties manifesteert, is tot op heden geen éénduidig overervingspatroon aangetoond en lijken de meeste gevallen sporadisch. Preventieve maatregelen zijn niet bekend.

**Beleid en prognose** Recent beschreven wij dat, indien een DMEK transplantaat 'aanslaat', bij 90% van de patiënten binnen drie maanden een Snellen visus van 0.5 of beter kan worden bereikt, de drempelwaarde voor verlening van het rijbewijs.<sup>11,12</sup> Meer dan de helft van de patiënten had binnen 1-3 maanden een visusherstel van 0.8 of beter.<sup>11,12</sup> De snelle visuele rehabilitatie na DMEK steekt scherp af tegen die na de conventionele penetrerende keratoplastiek, waarmee na één jaar bij slechts 43% een visus werd bereikt van 0.5 of beter.<sup>14</sup> Ook met DSEK/ DSAEK/FS-DSEK haalt slechts een klein percentage 0.8 of beter.<sup>11,12</sup> Het meest uitdagende probleem blijft nog dat 7-15% van de endotheliale transplantaten niet direct 'aanslaat' of aanliggend blijft zodat repositie van het transplantaat of hertransplantatie in sommige gevallen nodig kan zijn.

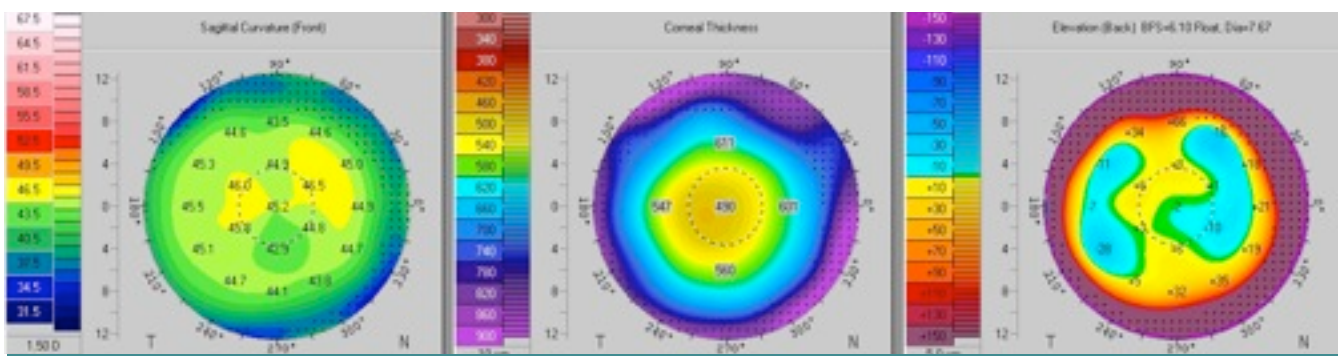
Het klinische succes wordt niet alleen afgemeten aan de mate van visueel herstel maar ook aan de postoperatieve endothelceldichtheid van de getransplanteerde cornea. De preparatie en transplantatie van de Descemetmembraan veroorzaakt relatief weinig endothelcelschade: een gemiddelde celdichtheid van 1800-2000 cellen/mm<sup>2</sup> na zes maanden benadert een normale celdichtheid.<sup>12-14</sup> In vergelijking met de penetrerende keratoplastiek en de eerder ontwikkelde endotheliale keratoplastiektchnieken (DSEK/ DSAEK/ FS-DSEK) kan bij DMEK weefsel met een grotere diameter worden getransplanteerd (dus meer endotheel) hetgeen naar verwachting de lange termijn transplantaatoverleving ten goede komt.<sup>9,12-14</sup>

Daar slechts een 20 µm dunne membraan wordt getransplanteerd vereist DMEK wel voorbereiding van het weefsel.<sup>15</sup> Om logistieke, kwaliteits- en veiligheidsredenen vindt deze voorbereiding bij voorkeur plaats in een oogbank met chirurgische faciliteiten. In feite verschuift hiermee een deel van de operatiehandelingen naar een meer gecontroleerde omgeving waarin voorafgaand aan een transplantatie zowel de kwaliteit van het weefsel vóór en na bewerking als de steriliteit kunnen worden gewaarborgd.<sup>15</sup> Het gebruik van een lamellair gedeelte van een donorcornea heeft als bijkomend voordeel dat alleen dit gedeelte van goede kwaliteit hoeft te zijn en dus meer donorweefsel in aanmerking komt voor transplantatie. Na de start van Amnitrans Eyebank in 2004 daalde het afkeuringspercentage van donorhoornvliesen in Nederland van 70-80% in 2003 tot 30-40% nu. De introductie van de endotheliale keratoplastiek heeft dus aanzienlijk bijgedragen aan een efficiënter gebruik van donorweefsel terwijl de klinische resultaten sterk zijn verbeterd.

Samenvattend, een Fuchse endotheeldystrofie is op zich geen ernstig of acuut visusbedreigende aandoening maar kan in de praktijk onverwachte beperkingen geven, zelfs op relatief jonge leeftijd. Het stellen van de diagnose en met name de inschatting van de hierdoor aanwezige visuele beperking is niet altijd even gemakkelijk. Daar een objectieve visusmeting de daadwerkelijke visuele beperking onvoldoende weerspiegelt, kan men bij een Fuchse endotheeldystrofie de subjectief ervaren klachten gemakkelijk onderschatten. Zelfs collega-artsen met Fuchs endotheeldystrofie vragen voorafgaand aan een ingreep steevast: "mijn visus is toch nog te goed voor operatie?" Blijkbaar is de visus als maatgevende operatie-indicatie zo diep ingesleten dat zelfs de eigen klachten, d.w.z. de subjectief ervaren visusvermindering, als hieraan ondergeschikt worden geacht in de medische praktijk.

De reden voert misschien terug op het feit dat bij de 'oude' penetrerende keratoplastiek het visusresultaat sterk wisselde en niet zelden teleurstelde.<sup>14</sup> Gezien de huidige behandelresultaten met lamellaire transplantaties kan de penetrerende keratoplastiek echter als obsoleet worden beschouwd.<sup>9</sup> De nu voorhanden zijnde DMEK techniek maakt een Fuchse endotheeldystrofie doorgaans goed behandelbaar en bij een meerderheid van de patiënten kan een relatief snel en volledig visusherstel worden bereikt.<sup>11,12</sup> In Nederland wordt de DMEK techniek voorsnog alleen verricht in de Hoornvlieskliniek te Rotterdam.

Fig 4. Pentacam beeldvormende analyse van een cornea 1 jaar na 'Descemet membrane endothelial keratoplasty' (DMEK). Het transplantaat is nauwelijks te visualiseren; topografie toont een vrijwel normale cornea met een nagenoeg sferisch oppervlak bij een fysiologische corneadikte.



Amnitrans Eyebank Rotterdam neemt voortouw in overleg tussen weefselbanken

## Logistiek donorweefsel anders ingericht

De logistiek rondom de uitname en het opwerken van donorweefsel, ook wel aangeduid als 'de weefselketen', moest anders worden ingericht. Sinds jaren was dit al een heet hangijzer voor het Ministerie van VWS, dat uiteindelijk een onafhankelijk onderzoeksbureau inschakelde om te inventariseren waar er binnen de complete weefselketen, vanaf VWS tot de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) en de weefselbanken, verbeterpunten lagen. Directe aanleiding vormde de beëindiging van de relatie tussen de NTS (het Orgaancentrum waaraan het VWS taken met betrekking tot orgaan- en weefseltransplantatie heeft gedelegeerd) en haar onderaannemer Stichting Bio Implant Services (BIS) die het deel van de taken toezien op weefsels in de praktijk ten uitvoer bracht.

Na gesprekken met alle betrokken organisaties heeft het bureau een rapport uitgebracht, het 'Conspectrapport'. In de conclusies komt naar voren dat op tal van punten en met name in de zogenoemde 'grijze gebieden' binnen de wetgeving (Wet op de Orgaandonatie (WOD) en Wet Veiligheid en Kwaliteit Lichaamsmateriaal (WVKL)) zich onduidelijke situaties konden blijven voordoen in de weefselketen. Door allerlei omstandigheden kreeg het woord 'sturing' in de loop der jaren een andere betekenis dan bedoeld door de wetgever en dat wordt nu onderkend.

Tussen de regels door valt in het rapport te lezen dat de donor, het individu waar alles uiteindelijk om draait, beter als uitgangspunt kan worden genomen. Terwijl de aandacht uitging naar beleidsvraagstukken bleek de donor ondergesneeuwd en daar wrong de schoen bij de weefselbanken: de wens van de donor dient voorop te staan en boven alles te worden gerespecteerd. Voor donatie beschikbaar gesteld donorweefsel dient zo veel mogelijk te worden getransplanteerd en niet een speelbal te zijn van politieke belangen. Voor zowel donoren als ontvangers als anderszins betrokkenen geldt dat iedereen er baat bij heeft als al het beschikbare donorweefsel wordt gebruikt.

Het Conspectrapport beschrijft tot in detail de geconstateerde procedurele belemmeringen vanuit de politiek en de minder briljante communicatie tussen de betrokken organisaties onderling. Centraal in de discussie staan de wettelijke verantwoordelijkheden waarvan niet duidelijk is welke organisatie verantwoordelijk is voor welke activiteiten. De vigerende wetgeving staat hierbij haaks op de praktijk en het rapport heeft deze problematiek vertaald in opbouwende kritiek met aanbevelingen aan alle organisaties. Kort samengevat in de slogan: "Dat wat decentraal kan, moet ook decentraal".

VWS heeft het rapport aangegrepen om de hele weefselketen de gelegenheid te geven, met elkaar en onder leiding van de NTS, de taken en verantwoordelijkheden te herformuleren. De NTS heeft op haar beurt het verzoek bij de weefselbanken neergelegd om met een gezamenlijk voorstel te komen omtrent de afbakening van de weefselbankactiviteiten en de orgaancentrumtaken.

Gezien de complexiteit van het vraagstuk, de verschillen in opvatting tussen het VWS en de NTS en tussen de NTS en de weefselbanken, de tijdsdruk, en de asymmetrische belangen tussen de weefselbanken, heeft Amnitrans Eyebank Rotterdam (AER) een onafhankelijk



Dhr Robert Polman Tuin treedt op als onafhankelijk voorzitter in het weefselketenoverleg

voorzitter aangetrokken om de orgaanbanken op professionele wijze met elkaar in gesprek te brengen. Naast AER kent Nederland nog drie andere weefselbanken: de Euro Tissue Bank in Beverwijk (ETB, huid en hoornvlies), de Hartkleppenbank in Rotterdam en Netherlands Bone Foundation te Leiden (NBF, bot en kraakbeen). De Stichting BIS wordt hierbij ook gehoord, als beoogd fusiepartner van de NBF en vanwege haar bijzondere expertise opgebouwd als voormalig onderaannemer van de NTS.

Dhr Polman Tuin, voormalig senior communicatieadviseur van het Ministerie van Defensie, heeft in zijn rol als voorzitter eerst alle weefselbanken individueel bezocht om de vele op- en aanmerkingen met betrekking tot de weefselketen in kaart te brengen. Ook VWS, de NTS en BIS werden hierbij niet vergeten. Aansluitend organiseerde hij verschillende gespreksrondes waarin vertegenwoordigers van alle weefselbanken aan tafel zaten.

Een eerste mijlpaal werd inmiddels bereikt. Op 13 november 2009 kon dhr Polman Tuin een door alle weefselbanken ondertekende intentieverklaring overhandigen aan de NTS. In deze intentieverklaring wordt aangegeven dat de weefselbanken de beschikbare kennis en informatie willen inzetten om gezamenlijk de weefselketen opnieuw in te richten en om gezamenlijk naar buiten te willen treden. Deze herinrichting moet vorm krijgen door de opzet van een aparte organisatie, die door de weefselbanken wordt aangestuurd. Dit 'Weefselcentrum Nederland' moet zorg gaan dragen voor de donoraanname, de weefseluitname, het vervoer naar de weefselbanken, en overige hieraan gerelateerde logistieke taken.

Deze aanpak werd onlangs in een bijeenkomst met VWS en de NTS gepresenteerd. Daar de WOD op veel punten onduidelijk is, moet worden gezocht naar een pragmatische oplossing voor de huidige tegenstellingen tussen het orgaancentrum NTS en de weefselbanken. In de praktijk staat de wetgeving een doelmatig gebruik van het donorweefsel vaak in de weg. De herverdeling van de taken moet erin voorzien dat de weefselbanken de kwaliteit van het donorweefsel kunnen gaan borgen en dat het weefsel zo efficiënt mogelijk wordt gebruikt.

Wat Obama niet lukte tijdens de 'Klimaatop', lukte Polman Tuin diezelfde dag wel op de 'Weefseltop': het maken van de concrete afspraak dat de weefselbanken vóór 1 maart 2010 met een uitgewerkt voorstel komen ten behoeve van een nieuwe, pragmatische aanpak van de logistiek in de donorweefselketen.

### **"Wat decentraal kan, moet decentraal georganiseerd"**



Vertegenwoordigers van de weefselbanken zo geconcentreerd met elkaar in gesprek dat de ter beschikking staande koekjes en cola geheel aan de aandacht ontsnappen.