azlink

Pulse voor de medische praktijk

Nº 54
Editie december 2022
www.azlink.be

Gepersonaliseerde anesthesie in het vizier

DRIE NIEUWE podcazts

Ons allergieteam aan het woord over mogelijke **allergieën bij zowel volwassenen als kinderen.**

Psychiatrie: de weg naar gepaste zorg bij psychische problemen, een sereen gesprek tussen ex-patiënt en arts.

az sint-jan
brugge - oostende av

Editie december 2022

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: dr. Hugo Vereecke
dr. Olivier Deryck
dr. Catherine Dick
dr. Michel Langlois
dr. Anne Loccufier
dr. Hans Rigauts
dr. Sarah Roels
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Elisabeth Vander Stichele
Anja Proksch
Anne-Mie Vansteelant
Evelyn Verhelle
Marieke Damme

Werkten mee aan dit nummer
dr. Jan Mulier
dr. Hugo Vereecke
dr. Kristof Verhoeven
dr. Christophe Schoonjans
dr. Hans Orlent
dr. Joost Kager
dr. Andries Van Holsbeeck
dr. Jesse Marrannes
dr. Johan Ghekiere
dr. An De Vriese
An-Sofie De Boi
Dries Fieremans
dr. Sarah Roels
Amber Decavele
Anne-Mie Vansteelant
Bart Verduyn
Living Stone nv - www.livingstone.eu

Fotografie:
Els Janssens - AZ Sint-Jan
Living Stone

Ontwerp, illustraties, redactie en projectmanagement
Living Stone nv - www.livingstone.eu

Secretariaat azlink
Dienst Communicatie
Ruddershove 10, 8000 Brugge
communicatie@azsintjan.be
www.azlink.be

Druk
Drukkerij Perka nv

Verantwoordelijke uitgever
dr. Hans Rigauts

INHOUD

Voorwoord 3

Gepersonaliseerde anesthesie in het vizier 4-6
dr. Jan Mulier, dr. Hugo Vereecke

Nieuw, perfect uitgerust **slaaplabo** op campus Sint-Jan 7-9
dr. Kristof Verhoeven

TIPS in de behandeling van de complicaties van portale hypertensie bij levercirrose 10-12
dr. Christophe Schoonjans, dr. Hans Orlent, dr. Joost Kager, dr. Andries Van Holsbeeck, dr. Jesse Marrannes, dr. Johan Ghekiere, dr. Hugo Vereecke

Seksualiteit na een gynaecologische kanker vraagt veerkracht en goede communicatie 13-15
An-Sofie De Boi, Dries Fieremans, dr. Sarah Roels

Orale anticoagulatie bij patiënten met voorkamerfibrillatie en ernstig nierlijden 16-18
dr. An De Vriese

Nieuwe artsen 13, 18-19

Educatief programma 20

MIX
Papier | Ondersteunt verantwoord bosbeheer
FSC® C014697
www.fsc.org

Copyright © 2022 AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Alle rechten voorbehouden. De inhoud (zowel teksten als afbeeldingen) van dit magazine is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd of doorgegeven worden aan derden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.
Contact: dienst Communicatie, communicatie@azsintjan.be

az sint-jan
brugge - oostende av

VOORWOORD

Hans Rigauts

algemeen directeur

't Is weer tijd om kerst te vieren, la la la lalaa, lalaa, lalaa ... Oh, dennenboom, oh dennenboom ... Je kent ze wel: de liedjes die ons in de kerstperiode overspoelen. Ik geef toe dat deze liedjes te pas en te onpas gans het jaar door m'n hoofd spoken om ze tussendoor te zingen, zeker vanaf juli of augustus. Maak je geen zorgen: het zingen gebeurt uiteraard helemaal binnensmonds zodat niemand last heeft van m'n gekweel. Toegegeven, in augustus van 2022 ontglipte me een "oh dennenboom" midden in een directievergadering. Opnieuw geen paniek, m'n collega-directieleden zijn meer dommigheden van me gewend, zodat ze daar niet meer van opkijken. De kerstliedjes verwijzen uiteraard naar de kerstperiode die toch een zekere melancholie vertegenwoordigt. Een periode die voor mij mentaal verbonden is met een aangenaam gevoel. Een gevoel van verbondenheid, rust, positiviteit en samenhorigheid. Het valt me op dat onze hersenen - misschien mag ik dit niet veralgemenen en is dit enkel bij mij zo - positieve herinneringen meer op de voorgrond plaatsen en dat we de minder goede herinneringen ergens diep via een complex netwerk van synapsen opbergen in geactiveerde neuronen die we liefst 'vergeten'. Die negatieve herinneringen komen dan soms toch op de voorgrond door een bepaalde situatie die je opnieuw ziet of meemaakt of zelfs door een zeer specifieke geur. Het blijft me verbazen hoe indrukwekkend onze hersenen functioneren en in staat zijn om herinneringen en gevoelens op te slaan en terug te roepen. En bij voorkeur dus de positieve herinneringen terughalen.

Dit brengt me bij een presentatie die ik onlangs voor onze minister van Volksgezondheid gaf: een terugblik op twee jaar corona in het ziekenhuis. Door deze presentatie voor te bereiden en alle fases nog eens te doorlopen viel het me op hoeveel ik eigenlijk al ergens diep in m'n hersenen opgeborgen had en dus passief 'vergeten' was. Op 13 maart 2020 was het hek van de dam en sloten we het ziekenhuis volledig af om het om te bouwen en coronapatiënten op te vangen. Artsen en medewerkers droegen vanaf dan astronaut-achtige pakken om patiënten in volledig omgebouwde en geïsoleerde afdelingen te verzorgen. We sloten het operatiekwartier voor de helft en gebruikten het als een afdeling Intensieve zorgen. Er was een voortdurend tekort aan beschermingsmaterialen zoals maskers, schorten, mutsen en medicatie ... En de prijs van dit alles ging fors de hoogte in. We installeerden daarvoor een naaiatelier dat ons voorzag in al die materialen. We moesten beschermingsmiddelen voor eenmalig gebruik noodgedwongen hergebruiken. We wasten deze eerst en verluchtten alles dan 72 uur in grote tenten om zo de virale lading kwijt te geraken. Patiënten waren geïsoleerd van de buitenwereld. We zetten hiervoor digitale communicatiekanalen op zodat ze toch met familie in contact konden komen. De overheid overstelpte ons met voortdurend aangepaste richtlijnen. Liefst op vrijdag- of zaterdagavond per mail aan ons overgemaakt om de maandag daaropvolgend in te gaan. En zo kan ik nog een tijdje doorgaan ...

Wanneer ik dit herbekijk, besef ik opnieuw hoe heroïsch dit alles was. Een zwaar woord misschien, maar het dekt wel degelijk de lading. De inzet van onze artsen en medewerkers in die hectische periode moet blijvend in ons collectief geheugen staan. Het applaus voor de zorg in 2020 is ondertussen al lang weggeëbd. Spijtig genoeg ervaren we op vandaag het tegenovergestelde: een toenemende onverdraagzaamheid, soms zelfs agressie, naar artsen en zorgmedewerkers toe.

Laten we met de positiviteit die de kerstperiode en de kerstliedjes uitstralen ook in het nieuwe jaar 2023 de zorg blijven naar waarde schatten, appreciëren en koesteren. Een applaus is niet nodig, maar een blijvend collectief maatschappelijk besef van de waarde van de zorg daarentegen wel.

Veel leesgenot

Hans Rigauts
Algemeen directeur

Gepersonaliseerde anesthesie in het vizier

dr. Jan Mulier // *departement Anesthesie en kritische zorgen, campus Sint-Jan*
dr. Hugo Vereecke // *departement Anesthesie en kritische zorgen, campus Sint-Jan*

De anesthesioloog wordt steeds meer een perioperatieve arts, die zich focust op het comfort voor de patiënt tijdens de ingreep en het postoperatieve herstel.

In enkele decennia tijd is de focus van anesthesie verschoven van de patiënt moet overleven naar de patiënt moet zo comfortabel mogelijk door de operatie gaan. Er gaan immers nauwelijks nog patiënten dood aan een anesthesiebehandeling.
De moderne anesthesie werkt volgens nationale en internationale guidelines. Die zorgden voor een enorme nood aan anesthesiologen. Er moest vanaf dan namelijk bij elke ingreep een anesthesioloog aanwezig zijn en dat gedurende heel de ingreep. De toegenomen complexiteit in de vele deelgebieden waar anesthesiologen actief zijn, leidde tot een doorgedreven specialisatie en subspecialisatie, waardoor de aan anesthesie gerelateerde mortaliteit nog slechts 1 op 200.000 tot 250.000 anesthesieën bedraagt[1]. Dat is zelfs te weinig om nog studies te doen. Anesthesiologen gaan dus op zoek naar verbeteringen die relevant zijn voor de patiënt: wat veroorzaakt cognitieve disfunctie, misselijkheid of pijn.

INTEROPERATIEVE EN PERIOPERATIEVE ANESTHESIE

De moderne anesthesiologie is de voorbije decennia razendsnel geëvolueerd en zoekt uit de schaduw van de operatiezaal te treden. De anesthesiologen zijn permanent aanwezig bij spoedgevallen en bij de postoperatieve intensieve zorgen. Ook in preoperatieve voorbereiding is de anesthesioloog aanwezig om patiëntgebonden risico's in te schatten. De patiënt komt met een bepaalde voorgeschiedenis of belasting voor een operatie. Een goede voorbereiding en kennis van de patiëntgebonden risico's maakt meer uit voor de patiënt dan het juiste anesthesiemiddel. De anesthesioloog mag de patiënt niet meer schade berokkenen dan de ingreep op zich al doet: geen extra pijn, chronische pijn, misselijkheid of wondhelingsproblemen. De anesthesioloog wordt steeds meer een perioperatieve arts, die belangstelling heeft voor het welzijn van de patiënt na de ingreep. Zo is er toenemende aandacht voor postoperatieve cognitieve disfunctie, die men maar kan meten twee, drie maand na een ingreep.

INFLAMMATIE BEPAALT UITKOMST

Het recentste inzicht in de anesthesie is dat inflammatie als gevolg van het chirurgische trauma een cruciale parameter is in de uitkomst voor de patiënt: vlotte wondheling, behoud van immuniteit, afwezigheid van bloedstolling en klontervorming. Inflammatie moet onderdrukt worden teneinde een cascade van effecten te vermijden,

Een patiënt komt met een bepaalde voorgeschiedenis of belasting naar een operatie. Een goede voorbereiding en kennis van de patiëntgebonden risico's maakt meer uit voor de patiënt dan het juiste anesthesiemiddel.

zoals stolling met trombose tot gevolg, gestoorde immuniteit met makkelijke wondinfectie, cerebraal oedeem met delier en verwardheid, postoperatieve longcomplicaties zoals atelectase en pneumonie.

De patiënt moet slapen, ontspannen zijn en zijn autonoom zenuwstelsel moet onder controle gehouden worden. Anesthesiologen zoeken naar een beter begrip van de verschillende neurofysiologische componenten, inclusief de balans in het autonoom zenuwstelsel, die samen de anesthesiestatus bepalen. Een beter begrip van hoe de toegediende medicatie op de verschillende anesthesiecomponenten inwerkt en kan geoptimaliseerd worden, leidt tot gepersonaliseerde anesthesie, waarbij de dosering op ieder moment aangepast wordt aan de noden van de patiënt.

DE BALANS ZOEKEN TUSSEN INFLAMMATOIR EN AUTONOOM SYSTEEM

Target Controlled Infusion (TCI)-pompen gebruiken predictieve modellen om stabiele plasma- en hersenconcentraties van anesthetica te bereiken in verschillende types van patiënten[2]. Het toevoegen van moderne monitoringtechnieken, zoals het meten van de hersengolven voor hypnosediepte, de graad van spierverlamming en de autonome balans, kan die initiële titratie nog meer op maat van de patiënt aanpassen. De balans tussen het sympathisch en parasympathisch systeem vergt daarnaast voortdurende bijsturing in functie van de chirurgische stimulatie. Dat betekent dat elke pijnlijke stimulatie gepaard moet gaan met een voldoende onderdrukking van het sympathisch systeem. Het inflammatoir systeem kan men vooralsnog niet rechtstreeks meten tijdens de operatie. Wel stimuleren het inflammatoir en het autonoom systeem elkaar. Het sympatisch systeem meten kan daarom iets vertellen over de inflammatie. Lokale inflammatie door het chirurgisch trauma kan bovendien ook inflammatie in andere organen zoals de hersenen veroorzaken en hiermee verwardheid of cognitieve dysfunctie verklaren. Het onderzoek hierover is cruciaal voor de ontwikkeling van de klinische praktijk van de anesthesioloog.

Ook locoregionale technieken spelen een rol in het beter beheersen van de stress response tijdens chirurgie. Door gebruik te maken van echografie en neurostimulatie kan de kans op schade geminimaliseerd en de effectiviteit van het blok gemaximaliseerd worden. Dr. Idris Piepers op de voorgrond, NASAR verpleegkundige Piet Pollet staat de anesthesist bij.

SUBSPECIALISATIE

Met 24 anesthesiologen is het departement Anesthesie en kritische zorgen van campus Sint-Jan een van de grootste diensten van het ziekenhuis, met permanente aanwezigheid op de dienst Spoedopname, Intensieve zorgen, het Operatiekwartier en de Pijnkliniek. Het is een team waarin iedereen zijn eigen specifieke skills heeft en dat buitenlandse stages en trainingen aanmoedigt. Samenwerking met beginnende anesthesiologen ontplooit zich in de tijd. Heeft iemand de juiste skills om het team aan te vullen? De subspecialisatie maakt de individualisering van de anesthesietechnieken op hoog niveau mogelijk. In de dagelijkse praktijk vormen anesthesiologen niettemin elkaars back-up. Dat is uniek in de medische sector.

KLINISCHE EXPERTISE EN UITGEBREIDE SERVICE

De dienst beschikt over klinische expertise voor een ruim chirurgisch toepassingsgebied van de anesthesie. Ze omvat vele types van heelkunde: hartheelkunde, neurochirurgie, neonatale heelkunde, regionale anesthesietechnieken voor per- en

Dr. Hugo Vereecke: het sympatisch systeem meten kan iets vertellen over de inflammatie.

Diensthoofd dr. Jan Mulier: de anesthesioloog wordt steeds meer een perioperatieve arts, die belangstelling heeft voor het welzijn van de patiënt na de ingreep.

v.l.n.r.: dr. Mathias Van Tornout, dr. Idris Piepers, dr. Pieterjan Tuybens, dr. Jan Mulier, dr. Steven Cnudde, dr. Geertrui Delrue, dr. Ann-Marie Matthys, dr. Filip Van den Brande, dr. Nicolas Vandepoele en dr. Kevin Van Laethem.

postoperatieve pijncontrole, mond-, kaak- en aangezichtchirurgie, reconstructieve plastische heelkunde, robotchirurgie bij meerdere disciplines (MKA, URO, KNO), en zowel open als endovasculaire ingrepen voor vasculaire heelkunde.

Ze biedt ook een uitgebreide service naar anesthesie buiten het operatiekwartier, zoals in het endoscopiecentrum en naar sedatietechnieken zoals voor een aortaklepvervanging via een katheter (TAVI), sedaties bij MKA-ingrepen of sedaties voor elektroconvulsietherapie. Een belangrijk aandachtspunt is ook de toepassing van anesthetische titratietechnieken om de kans op per- en postoperatieve complicaties te reduceren: toepassing van opioid-vrije anesthesietechnieken, neuromonitoring voor de diepte van hypnose als toevoeging bij de klassieke monitoring van bloeddruk en hartfrequentie, autonoom-systeemmonitoring om chirurgische stress en inflammatie vroeger te herkennen en te blokkeren, het toedienen van IV-anesthetica via *Target Controlled Infusion* (TCI)-pompen, het toepassen van low-flow ventilatietechnieken met ET-gecontroleerde toediening van anesthesiedampen en het beademen van de longen in het *lung protection ventilation* (LPV) schema.

Met de geplande uitbreiding van de dienst met nieuwe anesthesiologen zal het departement verder evolueren in subspecialisatie, met name in de domeinen van cardio-anesthesie, locoregionale anesthesie, pediatrische anesthesie en intraveneuze anesthesie. Samen met de dienst Anesthesie van het AZ Sint-Lucas Brugge zal het departement een fellowship rond locoregionale anesthesie aanbieden.

GEDREVEN DOOR DE UITKOMST VOOR DE PATIËNT

Het departement is betrokken bij tal van investeringen in het ziekenhuis, zoals de twee nieuwe operatiezalen, een hybride zaal in het hartcentrum en het masterplan voor innovatie van het operatiekwartier. Het departement kocht recent nieuwe echotoestellen voor locoregionale anesthesie en trans-oesofagale echografie, voor NIRS (near-infrared spectroscopie) monitoring, hartritme variability monitoring, EEG-monitoring en neuro-musculaire meting. Het departement ziet alleen maar voordelen in het statuut van het ziekenhuis als autonome verzorgingsinstelling. De directie erkent zijn centrale rol bij de ondersteuning van de ziekenhuisactiviteit en faciliteert die ten volle. Bij de start van een project geldt de vraag of het (op termijn) rendabel zal zijn, maar in de eerste plaats of het een innovatief project is dat de patiëntenuitkomst positief zal beïnvloeden. De medische drijfveren sturen de anesthesiologen van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV aan.

REFERENTIES

1. Dr. P.J. Hennis, dr. J.A. Leusink (red.), Anesthesiologie, Bohn Staffeu van Loghum, 2007, p. 196

2. Zie ook "Gevestigde TCI-technologie kan belangrijke bijdrage leveren tot optimalisatie anesthesie", azlink 35 op azlink.be.

3. Zie ook: "Paradigmashift in de anesthesiologische praktijk: naar een opiaatvrije anesthesie?", azlink 25, op azlink.be.

SUBSPECIALISATIE EN TOONAANGEVEND

De artsen van het departement Anesthesie en kritische zorgen zijn graag geziene sprekers en gasten op internationale fora en hebben een resem certificaten op hun gezamenlijk palmares. De panoplie aan beroepsorganisaties in Europa en de Verenigde Staten waarin ze een leidende rol spelen of een opleiding volgden, wijst op de ruime (sub)specialisatie van het team.

Ze hebben leidinggevende posities in de BSAR-VBS (Beroepsvereniging van Specialisten in Anesthesie-Reanimatie), ESAIC (European Society of Anaesthesiology and Intensive Care), BAPA (Belgian Association for Paediatric Anaesthesiology) en IPALS.

Diverse stafleden hebben een doctoraat behaald en zijn actief in wetenschappelijk onderzoek.

Ze werken samen met diverse universiteiten en onderwijsinstellingen of geven er les, zoals de UGent, de KU Leuven, de Rijksuniversiteit Groningen, Hogeschool Vives en Howest. Ze publiceren geregeld in hoger gerankte journals zoals de British Journal of Anaesthesia (BJA) en de Journal of Clinical Medicine (JCM).

Meerdere andere stafleden hebben extra certificaten in echocardiografie, locoregionale en pediatrische anesthesie.

Collega's uit heel de wereld komen naar Brugge om een wetenschappelijke lezing te volgen in het kader van de Clinical Anesthesia observation programma's (CAPE) voor bariatrische anesthesie, over opioidevrije anesthesie[3] en over neuromonitoring in de anesthesie in de praktijk.

Nieuw, perfect uitgerust **slaaplabo** op campus Sint-Jan

dr. Kristof Verhoeven
dienst Neurologie, coördinator van het multidisciplinaire slaapcentrum, campus Sint-Jan

Het slaaplabo op campus Sint-Jan verhuisde naar een ruimere locatie en is volledig vernieuwd. Het biedt patiënten alle comfort om een slaaponderzoek te ondergaan, vaak een belangrijk element in de diagnostiek van de slaapstoornis waaraan ze lijden. Op campus Sint-Jan beperken de mogelijkheden daarin zich trouwens niet tot het klassieke nachtelijke slaaponderzoek.

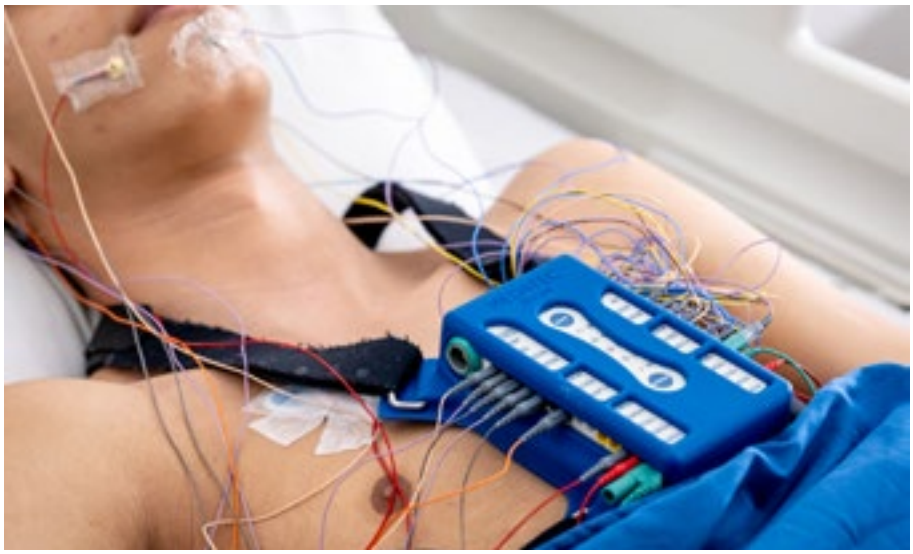
AUTONOME EENHEID

Op campus Sint-Jan gebeurt slaaponderzoek in het slaaplabo. Het maakt hier geen deel uit van een andere dienst, maar is als een autonome eenheid opgevat. Dit houdt onder meer ook in dat gespecialiseerde en goed getrainde verpleegkundigen instaan voor de ontvangst, voorbereiding en bewaking van de patiënten, wat hoogkwalitatieve opnames oplevert voor analyse.

NACHT OP HOTEL

Slaaponderzoek is gericht op ondersteuning van de diagnostiek rond slaapproblematiek. Bij slaaponderzoek komt de patiënt als het ware een nacht op hotel. Deze krijgt bij aankomst in de late namiddag een kamer toegewezen. De verpleegkundige brengt de nodige meetelektrodes aan. Vervolgens krijgt de patiënt tijd om hieraan te wennen vooraleer de opname start. De patiënt mag rond de gebruikelijke slaaptijd, maar bij voorkeur wel voor middernacht, naar bed gaan. Rond 7 uur 's ochtends wordt de patiënt gewekt. Deze krijgt een ontbijt, kan douchen en de meetelektrodes worden verwijderd. Kort na 8 uur kan de patiënt het ziekenhuis verlaten, tenzij er aanvullende onderzoeken vereist zijn.

Elk van de zes kamers is met een apart monitoringscherm in de verpleegpost verbonden.



De informatie van de registratielijnen wordt draadloos doorgezonden, wat de bewegingsvrijheid van de patiënt verhoogt.

Slaapcentrum specialisten	
NEUROLOGEN	
dr. Kristof Verhoeven dr. Annelies Van Dycke	Europese erkenning als somnoloog
PNEUMOLOGEN	
dr. Sophie Muyldermans dr. Veerle Ringoet dr. Sarah Deseyne	Gespecialiseerd in ademhalingsondersteuning die breder gaat dan enkel de CPAP-conventie
NEUS-, KEEL- EN OORARTSEN	
dr. Tom Vauterin	Expertise met betrekking tot drug induced sleep endoscopie (DICE)-techniek en diverse ingrepen voor snurken en slaapapneu of zelfs toekomstige behandelmogelijkheden zoals tongstimulatie
MOND-, KAAK- EN AANGEZICHTCHIRURGEN	
dr. Nathalie Neyt	Expertise met betrekking tot mandibulaire repositie-apparaten (MRA)
PSYCHIATERS	
dr. Marie-Catherine Monté	
PSYCHOLOGEN	
Eva Boone Delphine Van Hevele	Cognitive Behavioral Therapy

SLAAPPROBLEMATIEK GAAT BREED

Omdat een slaaponderzoek slechts eenmaal per jaar voor terugbetaling in aanmerking komt, worden verwijzers verzocht enkel bij verdenking op snurk- of slaapapneuproblemen rechtstreeks naar het slaaplabo te verwijzen en dit voor elke andere slaapklacht via een slaapraadpleging te doen. Want de diagnostiek van slaapstoornissen gaat een heel stuk breder dan (obstructieve) slaapapneu (OSA) en omvat net zo goed slecht of overmatig veel slapen, ritmestoornissen, rusteloze benen of abnormale gedragingen tijdens de slaap. Niet uit elke slaapraadpleging volgt dan ook een slaaponderzoek en indien dit wel aangewezen is, beperken de mogelijkheden in het slaaplabo op campus Sint-Jan zich niet tot het klassieke slaaponderzoek. Voor sommige klachten kunnen bijkomende registratie-elektroden of een aanvullende vorm van slaaponderzoek aangewezen zijn. Indien nodig volgt op het nachtelijke onderzoek een aanvullende *Multi Sleep Latency Test* (MSLT) of *Maintenance of Wakefulness Test* (MWT) overdag.

Bij een MSLT krijgt de patiënt de gelegenheid tot vier korte dutjes. Dat geeft een idee van hoe snel deze in slaap valt en op welke manier. Deze informatie biedt vooral een meerwaarde bij problemen met overmatige slaap en in het bijzonder narcolepsie. Campus Sint-Jan beschikt over doorgedreven expertise in het onderzoek naar en de behandeling met gespecialiseerde medicatie van deze eerder zeldzame, maar toch belangrijke slaapstoornis. Bij de MWT moet de patiënt zo lang mogelijk wakker blijven, bijvoorbeeld om in te schatten of deze voldoende alert is om veilig de wagen te besturen.

ANALYSE KOST TIJD

Het resultaat van een slaaponderzoek laat altijd nog even op zich wachten. Er zijn meer dan tien verschillende registratielijnen waarvan de gegevens geanalyseerd moeten worden: van hersen- en spieractiviteit over oog- en beenbewegingen tot ademhaling op verschillende niveaus, met eventueel ook ophouden van CO_2, de beweging van thorax en abdomen, zuurstofsaturatie, decibelmeting en videoregistratie. De automatische analyse van deze gegevens maakt nog belangrijke fouten, dus moet de arts alle registraties pagina per pagina per 30 seconden bekijken en uitlezen om er het correcte besluit uit te kunnen trekken. Interpretatie van het slaaponderzoek moet trouwens steeds in correlatie met de kliniek gebeuren om tot een diagnose te kunnen komen. In sommige gevallen kunnen een bloedonderzoek, een slaapdagboek of een lumbale punctie bijkomende waardevolle gegevens opleveren, maar de mogelijkheden tot aanvullend onderzoek zijn veeleer beperkt. Tijdens een latere consultatie bespreekt de specialist de resultaten met de patiënt.

SLAAPCENTRUM

Omdat het bij slaapstoornissen vaak een multifactoriële problematiek betreft die zich over diverse specialismen uitstrekt, is slaapgeneeskunde per definitie een teamgebeuren. Campus Sint-Jan heeft hieromtrent heel veel expertise in huis. Het Slaapcentrum verenigt de betrokken specialisten: neurologen, pneumologen, neus-, keel- en oorartsen, mond-, kaak- en aangezichtchirurgen, psychiaters en psychologen. Gezien medicatie een waardevol hulpmiddel, maar geen zaligmakende oplossing is voor insomnie, kunnen deze patiënten ook voor een cognitief gedragsmatige aanpak van insomnie verwezen worden, beter bekend als 'de slaapcursus', sinds 2010 aangeboden door de dienst Klinische psychologie.

Er zijn meer dan tien verschillende registratielijnen die de arts pagina per pagina per 30 seconden moet bekijken en uitlezen om er het correcte besluit uit te kunnen trekken.

De beddencapaciteit is verhoogd van vier naar zes en elk van de kamers beschikt over individueel sanitair. Op de foto een kamer met bijzondere voorziening in het sanitair voor mensen met een belangrijke handicap (plafondlift en verschuifbare wand).

VERHOOGD COMFORT

Patiënten komen nu bovendien in een volledig vernieuwd, perfect uitgerust slaaplabo terecht. Dit is van de tweede verdieping verhuisd naar het gelijkvloers, waar het meer ruimte ter beschikking kreeg. De verhuis en inrichting gebeurde in een nauwe samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. De beddencapaciteit is verhoogd van vier naar zes, met inval van daglicht in vijf van de kamers en de verpleegpost. Het comfort in de kamers is aanzienlijk verhoogd. Waar de patiënten voorheen één douche moesten delen, beschikt elk van de mooie, ruime kamers nu over individueel sanitair. Een van de kamers is voorzien van een volledig in het plafond geïntegreerde til-lift zodat ook (deels) immobiele patiënten op comfortabele en voor de verpleegkundigen ergonomische wijze een slaaponderzoek kunnen ondergaan. Behalve in de kleinere, raamloze kamer geeft een extra slaapbank de mogelijkheid tot bijslapen, bijvoorbeeld bij een bedlegerige oudere patiënt. Via een aircosysteem met bediening kan de patiënt een aangename slaaptemperatuur instellen.

Gespecialiseerde en goed getrainde verpleegkundigen staan in voor de ontvangst, voorbereiding en bewaking van de patiënten.

MEER BEWEGINGSVRIJHEID

Alle kamers zijn uitgerust met videoregistratie en dat gebeurt nu met twee camera's, die alle activiteit in de kamer tijdens het slaaponderzoek registreren. Dit is bijzonder waardevol voor diagnose die buiten slaapapneu valt, zoals abnormale gedragingen tijdens de slaap. Bij verduistering van de kamer schakelen de camera's meteen over op nachtmodus. Elke kamer is met een apart monitoringscherm in de verpleegpost verbonden. Registratie gebeurt nu bovendien draadloos, wat de bewegingsvrijheid van de patiënt verhoogt. Deze kan vrij rondlopen en hoeft niet langer eerst ontkoppeld te worden door een verpleegkundige om bijvoorbeeld even naar het toilet te gaan. Met het oog op een mogelijke verschuiving naar meer ambulante registraties, naar analogie met het cardiologische holteronderzoek, is er in het nieuwe slaaplabo ook meer ruimte voorzien om mensen hiervoor op te tuigen: er zijn nu twee kleefruimtes. Het zevenkoppige verpleegkundigenteam kreeg bij alle nieuwe voorzieningen en elk nieuw toestel uitvoerig de nodige training en uitleg. Alle buitendeuren en de verpleegpost zijn badge-beveiligd en staan onder camerabewaking. Ook aan rust en stilte tijdens de slaaptesten is gedacht: de nieuwe locatie ligt een beetje afgelegen op de campus, deuren sluiten automatisch en waarschuwingsborden zetten aan tot afstand en stilte bewaren.

AUTEUR

dr. Kristof Verhoeven
dienst Neurologie
coördinator van het multidisciplinaire slaapcentrum campus Sint-Jan

podcazt
De podcAZt van ons slaaplabo, ver van slaapverwekkend!

TIPS in de behandeling van de complicaties van portale hypertensie bij levercirrose

dr. Christophe Schoonjans, dr. Hans Orlent // *dienst Maag-, darm- en leverziekten, campus Sint-Jan*
dr. Joost Kager, dr. Andries Van Holsbeeck, dr. Jesse Marrannes, dr. Johan Ghekiere // *dienst Radiologie, campus Sint-Jan*
dr. Hugo Vereecke // *dienst Anesthesie en kritische zorgen, campus Sint-Jan*

Bij patiënten met levercirrose met significante portale hypertensie kunnen complicaties zoals een varicesbloeding of refractaire ascitesvorming optreden, met een belangrijke negatieve impact op de morbiditeit en mortaliteit. Door de aanleg van een transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt (TIPS) kan bij geselecteerde patiënten in de behandeling van deze complicaties de graad van portale hypertensie worden verminderd met een verbetering van de overleving tot gevolg. Sinds 2021 wordt de TIPS-procedure verricht op campus Sint Jan in een samenwerking tussen de diensten Maag-, darm- en leverziekten, Interventionele radiologie, Anesthesie en Intensieve zorgen.

LEVERCIRROSE EN COMPLICATIES VAN PORTALE HYPERTENSIE

Levercirrose is het gevolg en eindstadium van een chronische leveraantasting. Door een toename van de intrahepatische weerstand stijgt de hepatoveneuze drukgradiënt (HVPG, of hepatic venous pressure gradient), dat is het drukverschil tussen de portale en de systemische circulatie. Deze drukstijging induceert een splanchnische en perifere veneuze vasodilatatie, die leidt tot een toename van de portale inflow en een hyperdynamische circulatie. Hierdoor stijgt de HVPG uiteindelijk verder tot > 10 mmHg, waarbij we spreken van klinisch significante portale hypertensie. In dit stadium kunnen patiënten complicaties zoals slokdarmvarices (en/of andere portosystemische collateralen) en leverdecompensatie ontwikkelen.

Met leverdecompensatie bedoelt men de ontwikkeling van ascites, een varicesbloeding en/of hepatische encephalopathie. Eens deze complicaties optreden, is de cirrose geëvolueerd van een gecompenseerd naar een gedecompenseerd stadium, wat een belangrijke toename van de mortaliteit inhoudt, tot 50 % op 2 jaar tijd.

ASCITES

Ascites is de meest voorkomende eerste vorm van leverdecompensatie, die bij bijna de helft van de patiënten met gecompenseerde cirrose optreedt de eerste 10 jaar na diagnose. Het ontstaan ervan is geassocieerd met een reductie van de 5-jaarsoverleving van 80 % naar 30 %, gezien deze patiënten meer risico hebben op complicaties als bacteriële infecties, elektrolytstoornissen en hepatorenaal syndroom. Bij het ontstaan van ascites dient de optie van een levertransplantatie overwogen te worden.

De behandeling van ascites bestaat in de eerste plaats uit zoutrestrictie en diuretica op basis van een aldosterone antagonist of een lisdiureticum. Indien dit onvoldoende is en er herhaaldelijke evacuerende ascitespuncties nodig zijn, spreken we van 'refractaire ascites'. Dit gebeurt bij 5 à 10 % van de patiënten met cirrose en ascites, en gaat gepaard met een slechte prognose (50 % overleving op 6 maand).

VARICESBLOEDING

Een portaal-hypertensieve bloeding (meestal een slokdarm- of maagvaricesbloeding)

v.l.n.r.: dr. Christophe Schoonjans, dr. Hans Orlent, dr. Hugo Vereecke, dr. Jesse Marrannes, dr. Joost Kager, dr. Andries Van Holsbeeck

is geassocieerd met een belangrijke mortaliteit op korte termijn (15 %). Dit betreft zowel patiënten bij wie de bloeding niet onder controle kan gebracht worden als patiënten die nadien overlijden aan complicaties van de bloeding zoals een bacteriële infectie of acuut-op-chronisch leverfalen. De acute behandeling van deze bloeding bestaat uit een combinatie van vasoactieve medicatie met terlipressine of somatostatine, profylactische antibiotica en een vroegtijdige endoscopie met plaatsing van slokdarmligaturen of injectie van histoacryllijm in maagvarices. Deze initiële aanpak blijkt effectief voor het merendeel van de patiënten. Bij patiënten met een slechtere leverfunctie blijft er ondanks de initiële controle van de acute bloedingsepisode een ernstig risico op een gecompliceerd verlengd ziekenhuisverblijf met significante mortaliteit.

Een varicesbloeding heeft ook een impact op de mortaliteit op langere termijn. Het risico op een herbloeding ondanks secundaire profylaxe met niet-selectieve betablokkers is reëel. Door transitie van het gecompenseerde stadium met klinisch significante portale hypertensie naar het gedecompenseerde stadium met een varicesbloeding stijgt de 5-jaarsmortaliteit van 10 % naar 20 %. Bij patiënten die al gedecompenseerd waren (zoals ascites) en een bloeding ontwikkelen, stijgt de 5-jaarsmortaliteit naar 88 %.

TIPS

De aanleg van een TIPS houdt de plaatsing van een stent in tussen de vena porta en een vena hepatica.

Door deze verbinding aan te leggen tussen de portale en systemische circulatie neemt de HVPG af en wordt dus de portale hypertensie aangepakt. In de jaren 80 werd deze voor het eerst bij de mens aangelegd. Sindsdien zijn knowhow en materialen sterk verbeterd.

De procedure gebeurt onder algemene narcose en wordt uitgevoerd door een interventioneel radioloog. Via de lies wordt allereerst een indirecte portografie gemaakt vanuit de arteria mesenterica superior om de positie van de vena porta en portale takken te bepalen. Na aanprikken van de vena jugularis wordt onder scopie een voerdraad en lange sheath door het hart tot in een vena hepatica geschoven. Vanuit deze sheath is het mogelijk onder scopie met een naald de vena porta aan te prikken en de verbinding te maken tussen de levervene en de vena porta. Nu is het ook mogelijk de portale druk te meten en de drukgradiënt te bepalen. Vervolgens kan de TIPS-stent over de voerdraad worden opgevoerd om de permanente verbinding tussen de twee bloedvaten te maken. Door aanpassing van de stent in diameter kan men een drukgradiënt van < 10 mmHg bekomen.

De belangrijkste indicaties van een TIPS zijn varicesbloeding en refractaire ascites, bij geselecteerde patiënten.

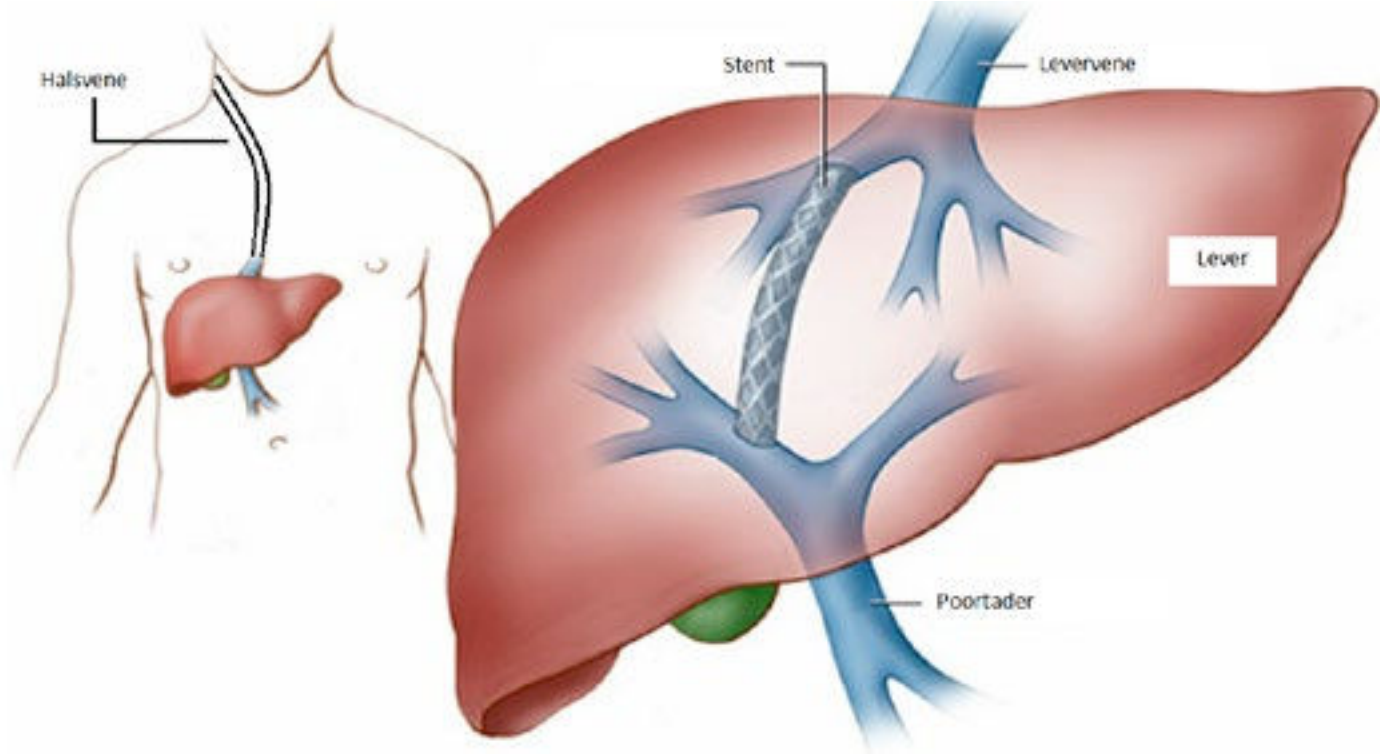
TIPS BIJ REFRACTAIRE ASCITES

Zoals eerder beschreven hebben patiënten met refractaire ascites en dus repetitieve nood aan evacuerende ascitespunctie een slechte prognose. Als behandeling kan een TIPS geïndiceerd zijn die door de portale druk te reduceren op de pathogenese van ascites inwerkt. Studies tonen een significant betere controle van ascites aan in de weken volgend na de drukgradiëntreductie in vergelijking met repetitieve puncties, met een betere 1-jaarsoverleving van 93 % bij TIPS versus 52 % bij repetitieve puncties.

TIPS BIJ PORTAAL-HYPERTENSIEVE BLOEDING

Bij een varicesbloeding zijn er drie situaties waarbij een TIPS aangewezen is.

De aanleg van een TIPS houdt de plaatsing van een stent in tussen de vena porta en een vena hepatica. Door deze verbinding aan te leggen tussen de portale en systemische circulatie neemt de HVPG af en wordt dus de portale hypertensie aangepakt.



Ten eerste: een refractaire bloeding, bij patiënten bij wie ondanks vasoactieve en endoscopische therapie de bloeding niet onder controle komt of die binnen de vijf dagen herbloeden ('dringende rescue TIPS'). Bij deze patiënten kan tijd gewonnen worden met een ballontamponade of de plaatsing van een slokdarmstent. TIPS kan dan bij 90 % de bloeding controleren, maar desondanks blijft de mortaliteit hoog.

Ten tweede: de preëmptieve of 'early' TIPS, waarbij er ondanks controleren van de initiële bloedingsepisode bij een geselecteerde groep van hoogrisicopatiënten met slechte leverfunctie binnen de 72 uur een TIPS geplaatst wordt. Hierdoor is er significant minder kans op herbloeding (50 % na 1 jaar bij de klassieke groep, versus 3 % na 1 jaar in de 'early TIPS'-groep) en verbetert de overleving door een afname van het risico van een gecompliceerd langdurig ziekenhuisverblijf.

De derde groep zijn patiënten (die niet tot vorige groepen behoorden en) die ondanks secundaire profylaxe (met ligaturen en betablokkade) een tweede bloedingsepisode doormaken ('electieve rescue TIPS').

COMPLICATIES VAN TIPS

Door de creatie van een shunting van splanchnisch bloed in de systemische circulatie kunnen er complicaties ontstaan: leverfalen bij patiënten met een te beperkte leverreserve, rechterhartoverbelasting en hepatische encefalopathie.

Verder kunnen er tijdens de procedure bloedingen optreden bij een slechte stollingsstatus of diepe trombocytopenie.

Trombusvorming met occlusie van de TIPS-stent komt met de nieuwe stents steeds minder voor.

CONTRA-INDICATIES VOOR TIPS

Niet alle patiënten komen in aanmerking voor een TIPS. Contra-indicaties zijn een te slechte leverfunctie, cardiale redenen (belangrijk kleplijden, systolisch of diastolisch hartfalen of ernstige pulmonale hypertensie), ernstige nierinsufficiëntie, anatomische redenen (hepatische polycystose of gedilateerde galwegen) of een voorgeschiedenis van overte hepatische encefalopathie.

ORGANISATIE BINNEN HET AZ SINT-JAN BRUGGE-OOSTENDE AV

Sinds 2021 voeren artsen op campus Sint-Jan de TIPS-procedure uit. Dit is een samenwerking tussen de diensten Maag-, darm- en leverziekten, Interventionele radiologie en Intensieve zorgen. De gastro-enterologen stellen de indicatie voor een TIPS, dit kan zowel binnenshuis zijn of (na overleg) via een verwijzing van een ander ziekenhuis. De procedure wordt uitgevoerd op de dienst Interventionele radiologie, waarna de patiënt voor hemodynamische monitoring minstens tot de dag nadien op de dienst Intensieve zorgen verblijft. Indien de procedure vlot verlopen is, kan de patiënt vervolgens naar de gewone afdeling getransfereerd worden.

ANESTHESIE VOOR TIPS, VEILIG MITS VIGILANTIE

Een TIPS-procedure vraagt om een stilliggende patiënt gedurende de gehele ingreep. Bovendien kunnen de manipulaties in het leverweefsel pijnlijk zijn. Daarom gebeurt de TIPS-procedure altijd onder algemene anesthesie. De comorbiditeit van de patiënt brengt extra risico's met zich mee, zoals een verhoogde kans op hypotensie, een toegenomen bloedingsneiging en een grotere onvoorspelbaarheid van de uitwerkingstijden van anesthetica. Na de ingreep is er een grotere kans op encefalopathie die met agitatie, delier of verlengde sufheid gepaard kan gaan. Op campus Sint-Jan worden extra maatregelen genomen om die risico's goed te detecteren en te beperken, zoals de plaatsing van een arteriële (en centraal veneuze) lijn, monitoring van de diepte van slaap, correctie van de hypotensie en het gebruik van kortwerkende anesthetica (zoals propofol, sevoflurane, remifentanil).

KWALITEITSPROJECT

Elke interventie bij patiënten met gevorderd leverlijden heeft een verhoogd risico op morbiditeit. In het geval van een electieve TIPS-procedure bij voorheen ambulante patiënten impliceert dit een reële kans op langdurige opname met IZ-mortaliteit, zelfs na aandachtige klinische selectie door de hepatoloog. Bij de opstart van het TIPS-programma stelden de betrokken disciplines en de dienst voor kwaliteit een prospectief kwaliteitsproject op, op basis van de gepubliceerde internationale kwaliteitsvereisten.

Ze schreven ook een gedetailleerd zorgplan met bijhorende procedures en periodieke kwaliteitscontrole uit. De kwaliteitsanalyse van de in 2021 uitgevoerde TIPS-procedures voldoet aan alle internationale kwaliteitsvereisten op technisch-interventioneel vlak, afwezigheidsratio van complicaties en patiëntoverleving.

REFERENTIES

Biggins, S. W., et al. (2021). "Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases." Hepatology 74(2): 1014-1048.

Tripathi, D., et al. (2020). "Transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt in the management of portal hypertension." Gut 69(7): 1173-1192.

AUTEURS

dr. Hans Orlent
dienst Maag-, darm- en leverziekten, campus Sint-Jan

dr. Christophe Schoonjans
dienst Maag-, darm- en leverziekten, campus Sint-Jan

Meer info beschikbaar in de azlink-app

Seksualiteit na een gynaecologische kanker vraagt veerkracht en goede communicatie

An-Sofie De Boi, Dries Fieremans // *dienst Klinische psychologie, campus Sint-Jan*
dr. Sarah Roels // *dienst Radiotherapie, campus Sint-Jan*

Elk jaar krijgen heel wat vrouwen te maken met een gynaecologische kanker. Wie een dergelijke diagnose krijgt, denkt misschien niet meteen aan de impact op het seksleven. Toch maakt onze beleving van intimiteit een wezenlijk deel uit van onze levenskwaliteit en verdient seksuele gezondheid de nodige aandacht.

LEVENSKWALITEIT

In 2019 werden in België bijna 3000 vrouwen gediagnosticeerd met een gynaecologische kanker: een kanker van de vagina en vulva, baarmoeder(hals) of eierstokken. In 2020-2021 behandelde de dienst Gynaecologie-verloskunde-fertiliteit op campus Sint-Jan 61 invasieve gynaecologische tumoren.

Door de enorme vooruitgang in de screening- en behandelingsmogelijkheden is de vijfjaarsoverleving voor deze types kanker toegenomen. In 2019 was de vijfjaarsoverleving voor baarmoederkanker 82,4 %, voor baarmoederhalskanker 69,6 % en voor eierstokkanker 47,7 %. Deze ontwikkelingen maken het steeds belangrijker om vroegtijdig in het zorgtraject van patiënten de psychologische en medische langetermijngevolgen in te schatten en waar mogelijk te beperken. Aangezien heel wat kankerdiagnoses beter te genezen zijn of een chronisch karakter krijgen, is de levenskwaliteit belangrijker geworden in de oncologische zorg.

IMPACT OP SEKSUALITEIT

Kanker heeft op meerdere vlakken een impact op het seksleven. De behoefte aan intimiteit en seksualiteit neemt vaak niet af. Toch ervaren heel wat koppels tijdens de behandeling, en vaak nog lang erna, veranderingen in hun seksualiteitsbeleving. Of seksuele moeilijkheden optreden en hoe deze zich voordoen, is individueel verschillend.

Er kunnen gevolgen zijn voor het seksueel functioneren, de lichamelijke reactie die optreedt tijdens het vrijen. Daarnaast kunnen de seksuele beleving, de gevoelens en gedachten die er zijn rond lichaam en seksualiteit veranderen. Tot slot heeft het ook een impact op de partnerrelatie.

SEKSUEEL FUNCTIONEREN

Chirurgie, bestraling van het kleine bekken en chemotherapie belemmeren door bepaalde neveneffecten (neurologisch, vasculair of hormonaal) weleens het vermogen om seksueel actief te zijn.

Een operatie verandert de mogelijkheid om te genieten van seks meestal niet. Het gebied rond de clitoris blijft vaak onaangetast en ook een kortere vagina leidt niet altijd tot problemen. Het kan wel voorkomen dat de vaginawand minder gevoelig is of dat intimiteit minder prettig aanvoelt door vaginale droogte. Als er gedurende langere tijd geen gemeenschap plaatsvindt, wat niet ongebruikelijk is tijdens een intense en langdurige behandeling, verliest de vagina eveneens soepelheid.

Verwijdering of bestraling van de eierstokken kan de hormoonhuishouding verstoren, voornamelijk bij jonge vrouwen. Dit leidt tot klachten als vaginale droogte, verminderd verlangen of menstruatiestoornissen. Deze overgangsverschijnselen kunnen met behulp van hormoonvervangende middelen goed worden opgevangen, maar voor heel wat vrouwen betekent dit toch een significante verandering in hun seksualiteitsbeleving. Vaginale droogte, bijvoorbeeld, is een vaak voorkomende klacht die ervoor kan zorgen dat penetratieseks pijnlijk is en vermeden wordt.

SEKSUALITEITSBELEVING

Vaak hebben vrouwen na een behandeling last van vermoeidheid, pijn, verstoorde fertiliteit en verminderde mobiliteit. Ook haarverlies, gewichtsveranderingen, littekenvorming en gevoelloosheid voor seksuele prikkels in de erogene zones kunnen leiden tot bezorgdheid. Dit kan in seksuele interacties tot gevoelens van schaamte leiden. Lichamelijke veranderingen, zoals plotse menopauzale klachten, beïnvloeden mogelijk het lichaamsbeeld en de zelfwaarde van een vrouw. Het gevoel minder vrouwelijk of begeerlijk te zijn, kunnen de mogelijkheid om seksueel plezier te ervaren, verstoren. (Zie Fig.1.)

PARTNERRELATIE

Kanker heeft niet alleen een effect op de seksualiteitsbeleving van de patiënt, maar betekent ook veranderingen voor de partnerrelatie. Een gebrek aan de verbindende kracht van intimiteit ervaren beide partners vaak als een groot verlies.

De seksuele relatie kan sterk onder druk komen te staan door de last van mantelzorg. De relatie wijzigt namelijk van een gelijkwaardige partnerrelatie naar een afhankelijkheidsrelatie tussen verzorger en patiënt. Heel wat koppels vinden het erg onwennig om opnieuw te 'starten' na een langdurige periode zonder seksualiteit ten gevolge van de behandeling. Voor het eerst terug vrijen met elkaar betekent vaak een voorzichtige ontdekkingstocht.

Na een kankerbehandeling zijn er verschillende manieren om de seksuele relatie opnieuw vorm te geven. Zo hoeft een verlaging in frequentie niet als een probleem te worden ervaren. Als een koppel de verwachtingen bijstelt en zich tevredenstelt met wat wel nog mogelijk is, kan een gevoel van verlies vermeden worden.

Geslachtsgemeenschap hoeft daarenboven niet de belangrijkste vorm van seksualiteit te zijn. Er kan op zoek gegaan worden naar alternatieve manieren om opgewonden te raken en om intiem te zijn, zonder penetratie. Zoeken naar hoe seksualiteit er na een behandeling uitziet, vergt van beide partners aanpassingsvermogen en assertiviteit. De partner durft soms geen initiatief nemen of is bang om de patiënt te belasten of pijn te doen. Hier tijdig over durven spreken met elkaar helpt om misverstanden te voorkomen.

v.l.n.r.: An-Sofie De Boi (Klinisch psycholoog-seksuoloog), dr. Sarah Roels (arts-diensthoofd Radiotherapie), Dries Fieremans (Klinisch psycholoog-seksuoloog).

HELDER COMMUNICEREN

Hoewel heel wat kankerpatiënten tijdens en na een behandeling te maken krijgen met seksuele klachten is de communicatie en zorg hierrond nog ondermaats. Dat blijkt uit een pas verschenen rapport van Kom op tegen Kanker, dat onderzoek deed bij 436 (ex-)kankerpatiënten en hun partners. Het is belangrijk om het onderwerp 'seksualiteit' proactief en vroeg in het zorgtraject aan te kaarten bij alle patiënten. Heel wat seksuele problemen zijn te voorkomen door er sneller over te spreken met de patiënt en partner. Dit gebeurt best niet tijdens de diagnostische fase, maar wel voor de start van de behandeling en op regelmatige tijdstippen. Bij het bekijken van de mogelijkheden op vlak van seksualiteit is het van belang dat de zorgverlener de vermelde klachten erkent en normaliseert.

MOGELIJKE HULPMIDDELEN

Koppels zijn soms zelf in staat om nieuwe mogelijkheden te verkennen, anderen zijn gebaat bij de hulp van een seksuoloog.

	Verminderd seksueel verlangen	Vaginale droogte	Verkorte of vernauwde vagina	Pijn bij geslachts-gemeenschap	Moeite om klaar te komen
Chemotherapie	Waarschijnlijk	Mogelijk (afhankelijk van soort chemo)	Onwaarschijnlijk (mogelijk bij vroeg-tijdige menopauze)	Mogelijk (afhankelijk van soort chemo)	Mogelijk
Bestraling van het bekkengebied	Waarschijnlijk	Erg waarschijnlijk	Erg waarschijnlijk	Erg waarschijnlijk	Mogelijk
Volledige verwijdering van de baarmoeder (radicale hysterectomie)	Mogelijk	Waarschijnlijk	Waarschijnlijk	Mogelijk	Mogelijk
Volledige uitruiming van bekkengebied (onderste deel dikkedarm, rectum, blaas, baarmoeder, baarmoederhals)	Mogelijk	Erg waarschijnlijk	Mogelijk	Mogelijk	Mogelijk
Gedeeltelijke of volledige verwijdering van de vulva (schaamlippen en/of clitoris)	Mogelijk	Erg waarschijnlijk	Mogelijk	Mogelijk	Mogelijk (zeker bij wegname clitoris)
Wegname (conisatie) van stukje van de baarmoederhals	Erg onwaarschijnlijk	Erg onwaarschijnlijk	Erg onwaarschijnlijk	Erg onwaarschijnlijk (enkel bij litteken-weefselvorming)	Erg onwaarschijnlijk
Wegname van één eierstok	Mogelijk	Erg onwaarschijnlijk	Erg onwaarschijnlijk	Erg onwaarschijnlijk (tenzij gelinkt aan menopauze)	Erg onwaarschijnlijk
Wegname van beide eierstokken	Waarschijnlijk	Waarschijnlijk	Mogelijk	Mogelijk	Onwaarschijnlijk
Hormonale therapie voor baarmoederkanker (tamoxifen)	Waarschijnlijk	Waarschijnlijk	Mogelijk	Mogelijk	Mogelijk

Tabel gebaseerd op http://bit.ly/1b6vyGJ (American Cancer Society), aangepast en herwerkt door prof. Paul Enzlin en dr. Leen Aerts

Fig.1. Deze tabel geeft een goed overzicht van de mogelijke invloed van behandelingen voor gynaecologische kankers op het seksueel functioneren. Naast de in de tabel vermelde klachten kunnen ook vermoeidheid, irritaties en wondjes in de vaginawand wel eens optreden.

Afhankelijk van de vraag en nood van de patiënt kunnen ook bepaalde hulpmiddelen ingezet worden:

PELOTTES
Dit zijn staafjes uit kunststof die na een behandeling voor gynaecologische kanker vaak aanbevolen worden als oefenmateriaal om de vagina soepel te houden. Door vorming van littekenweefsel of verkleving van de vagina kan de vagina vernauwen of verkorten, waardoor penetratie pijnlijk of onmogelijk wordt. Op campus Sint-Jan zijn pelottes beschikbaar en worden ze in overleg met de behandelende arts aangeboden. Het gebruik ervan moet correct toegelicht worden en vereist enige motivatie van de patiënt. Desgewenst kan begeleiding ingeschakeld worden van een kinesist of seksuoloog.

VAGINALE BEVOCHTIGINGSPRODUCTEN
Na een kankerbehandeling is het mogelijk dat de vagina minder of niet meer vochtig wordt terwijl de patiënt wel seksueel opgewonden is. Wanneer dit het geval is, kan een bevochtigingsproduct helpen om het vaginale weefsel meerdere uren vochtig te houden. Vaginale bevochtigingsproducten zijn verkrijgbaar in de vorm van vaginale tabletten, gel of crème.

GLIJMIDDELEN
Deze kunnen helpen om de schaamlippen vochtig te maken. Er zijn glijmiddelen op waterbasis, op oliebasis en op siliconebasis. Glijmiddel op waterbasis is geschikt bij matige vaginale droogte. Bij ernstige vaginale droogte heeft dit middel de neiging om snel op te drogen. Glijmiddelen op siliconebasis en op oliebasis zijn geschikt bij ernstige vaginale droogte, gezien deze een laagje achterlaten en minder snel opdrogen.

ONDERWERP BESPREEKBAAR MAKEN
Intimiteit en seksualiteitsbeleving zijn wezenlijke aspecten van ieders levenskwaliteit, ook tijdens en na een zorgtraject voor een gynaecologische kanker. Een eerste belangrijke stap is het onderwerp bespreekbaar maken in de consultatieruimte en de patiënt informeren over mogelijke veranderingen in hun seksuele beleving. Het is goed om hierbij te benadrukken dat het seksueel leven na kanker nog steeds een mogelijkheid is en dat er bij moeilijkheden verschillende hulpmiddelen kunnen aangereikt worden.

REFERENTIES

Katz A. (2007). Breaking the Silence on Cancer and Sexuality: A Handbook for Health Care Providers. Oncology Nursing Society.

Put E. (2016). Liefde onder druk – Relaties in tijden van kanker. Van Halewyck, ISBN 94 6131514.

Reisman Y., & Gianotten W. L. (2017). Cancer, Intimacy and Sexuality: A Practical Approach. 1st ed.

AUTEUR

An-Sofie De Boi
dienst Klinische psychologie
campus Sint-Jan

Meer info beschikbaar in de azlink-app

Drie nieuwe podcAZts

Twee podcAZts gaan dieper in op mogelijke **allergieën bij zowel volwassenen als kinderen.** Verschillende artsen uit het multidisciplinair allergieteam vertellen elk vanuit hun eigen expertise over hoe diverse allergieën zich manifesteren en hoe ze deze aanpakken.

De andere podcAZt speelt zich af op de dienst **Psychiatrie-psychosomatiek. Een ex-patiënt vertelt open en eerlijk over hoe hij zijn opname en tijd in het ziekenhuis ervaren heeft.** Dr. Jürgen De Fruyt, arts-departementshoofd, gaat met hem in dialoog en gaat ook dieper in op het zorgvernieuwingstraject waar de dienst volop mee bezig is.

Beluister ook zeker de vorige podcAZts over het **Slaaplabo, Huidziekten en het Geur- en smaakcentrum.**

Orale anticoagulatie bij patiënten met voorkamerfibrillatie en ernstig nierlijden

dr. An De Vriese
dienst Nefrologie en infectieziekten, campus Sint-Jan

Als men bij een patiënt voorkamerfibrillatie vaststelt en inschat dat de kans op een trombo-embolische beroerte groter is dan het risico op een ernstige bloeding, schrijft men standaard een behandeling met orale anticoagulantia voor.

PROBLEMATISCH GEBRUIK VAN VKA

Vitamine K-antagonisten (VKA) zijn erg efficiënt in de algemene populatie: ze voorkomen bijna twee derde van de beroertes terwijl het risico op ernstige bloedingen aanvaardbaar blijft. Het gebruik van VKA bij gevorderde nierinsufficiëntie is echter problematisch en dit om diverse redenen. Naarmate de nierfunctie afneemt, wordt het moeilijker om de stolling goed te regelen. De tijd binnen de therapeutische range (met name een INR tussen 2 en 3) wordt korter en het risico op zowel over- als onder-coagulatie neemt toe. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat VKA vooral bij patiënten met nierproblemen het ontstaan van vasculaire calcificaties versnellen. Ten slotte zijn VKA gelinkt aan een verhoogde kans op intracraniële bloedingen, waar patiënten met ernstig nierlijden al sowieso gevoelig voor zijn.

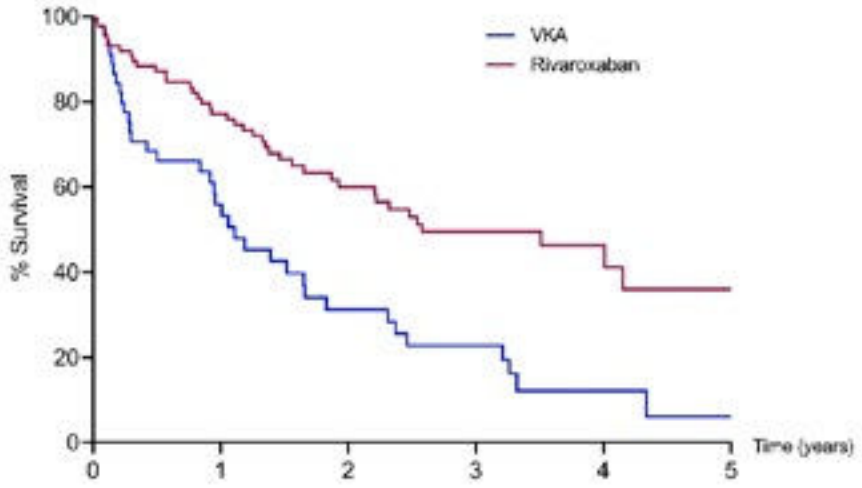


Fig. 1. Kaplan-Meier curve voor het primaire eindpunt (fatale en niet-fatale cardiovasculaire events) in de VKA-arm versus de gepoolde rivaroxaban-armen

SOMMIGE DOAC LIEVER NIET BIJ STERK VERMINDERDE NIERFUNCTIE

Directe orale anticoagulantia (DOAC) hebben theoretisch een beter veiligheidsprofiel bij nierinsufficiëntie. Ze hebben immers een meer voorspelbaar effect, veroorzaken geen vasculaire calcificaties en zijn minder geassocieerd met intracraniële bloedingen. Het probleem is echter dat de eliminatie van DOAC deels of grotendeels via de nieren gebeurt. Daarom is in sommige situaties dosisaanpassing nodig en geldt voor bepaalde middelen dat zij bij een sterk verminderde nierfunctie beter niet voorgeschreven worden.

Patiënten met ernstige nierproblemen worden doorgaans uitgesloten uit grote gerandomiseerde studies, zodat er weinig of geen harde evidentie is in deze populatie. Welke vorm van orale anticoagulatie bij nierinsufficiëntie de voorkeur verdient, is dan ook onduidelijk, zodat in de praktijk het voorschrijfgedrag nogal uiteenloopt.

DE EERSTE GERANDOMISEERDE KLINISCHE TRIAL OVER ORALE ANTICOAGULATIE IN DIALYSE

Omwille van deze grote leemte aan harde evidentie hebben de artsen van de dienst Nefrologie en infectieziekten van campus Sint-Jan zelf het initiatief genomen om een studie op te zetten. De VALKYRIE-studie

is de eerste gerandomiseerde klinische trial over orale anticoagulatie bij dialysepatiënten. Hemodialysepatiënten met voorkamerfibrillatie die in aanmerking kwamen voor behandeling met orale anticoagulatie werden gerandomiseerd in drie behandelingsarmen: VKA (getitreerd tot een INR tussen 2 en 3), rivaroxaban (10 mg per dag, een aangepaste dosis voor dialysepatiënten) of rivaroxaban met een supplement vitamine K. De artsen volgden de patiënten gedurende 18 maanden op en maten diverse eindpunten. Na afloop van de trial observeerden ze de patiënten gedurende een additionele 18 maanden, wat aanleiding gaf tot zeer interessante bevindingen. Beide studies werden gepubliceerd in het toptijdschrift binnen de nefrologie (zie referenties onder).

Tabel 1: Bloedingen in de VKA-groep versus de rivaroxaban-groep

	VKA (n=44)	Pooled Rivaroxaban (N=88)	P_{Cox}	$P_{Cox\text{-}adj}$
Levensbedreigende bloeding	11 (12)	9 (11)	P=0.036	P=0.033
Levensbedreigende of majeure bloeding	17 (30)	17 (23)	P=0.017	P=0.015
Mineure bloeding	13 (19)	32 (49)	P=0.379	P=0.407
Gastro-intestinale bloeding	12 (23)	22 (35)	P=0.738	P=0.744

De celinvoer betreft het aantal patiënten met minstens één bloedingsincident (totaal aantal bloedingsincidenten) - P_{Cox}: significantie van de verschillen in tijd tot het eerste bloedingsincident volgens de Cox-regressieanalyse van de proportionele risico's - $P_{Cox\text{-}adj}$: P_{Cox} aangepast aan het bestaande overlijdensrisico (competing risk of death) - VKA: vitamine K-antagonist.

DOAC VERDIENEN DE VOORKEUR

De belangrijkste bevinding van de studie was dat VKA geassocieerd zijn met een hogere incidentie van fatale en niet-fatale cardiovasculaire eindpunten dan rivaroxaban (Fig. 1.).

Opvallend was dat het aantal patiënten met een ernstige ischemie van de onderste ledematen hoger lag in de VKA-groep dan in de rivaroxaban-groep. Gezien er geen placebogroep opgenomen was in de studie, is het theoretisch niet mogelijk om uit te maken of deze grote verschillen het gevolg zijn van een nefast effect van VKA (vb. door versnellen van vasculaire calcificaties) of van een beschermend effect van DOAC. Een aantal nieuwe wetenschappelijke gegevens ondersteunt echter de hypothese dat DOAC een intrinsiek vaatbeschermend effect hebben. Onder meer de COMPASS-studie toonde aan dat de combinatie van een lage dosis rivaroxaban met aspirine geassocieerd is met minder cardiovasculaire events dan aspirine alleen. Deze studie suggereert dus ook dat DOAC op zichzelf een gunstig effect hebben op het cardiovasculair systeem.

Een andere belangrijke bevinding van de studie is dat de behandeling met rivaroxaban gepaard ging met minder levensbedreigende en ernstige bloedingen dan de behandeling met VKA (Tabel 1). Dit verschil bleef bestaan na statistische correctie voor 'competing risk of death'. Daartegenover stond dat het risico op mineure bloeding en gastro-intestinale bloeding niet verminderd was in de rivaroxaban-groep. Hemodialysepatiënten zijn een erg kwetsbare populatie met een sterk verhoogd basaal bloedingsrisico. De nefrologen speculeren dat rivaroxaban een soort van shift veroorzaakt van ernstige naar minder ernstige bloedingen, omdat het een meer stabiele en voorspelbare anticoagulatie induceert dan VKA.

Wanneer men orale anticoagulatie toedient ter preventie van beroerte bij een patiënt met voorkamerfibrillatie is een goede risicostratificatie essentieel. De officiële richtlijnen raden aan om te starten met orale anticoagulatie wanneer de CHA2DS2-VASc score ≥ 2 bij een man en ≥ 3 bij een vrouw. Voor de algemene populatie is dit een goede regel, omdat de bescherming tegen beroerte opweegt tegen het risico op belangrijke bloeding. Dit geldt echter niet noodzakelijk voor patiënten met gevorderd nierlijden en in het bijzonder niet voor hemodialysepatiënten, bij wie het risico op een fatale bloeding hoog is. Een goede risicostratificatie bij deze patiënten moet dus niet alleen rekening houden met de kans op een beroerte, maar dient idealiter het globale cardiovasculaire en bloedingsrisico te integreren. Berekening wees uit dat er een zeer groot *net clinical benefit* was van rivaroxaban ten opzichte van VKA, omdat deze medicatie zowel het cardiovasculair als het bloedingsrisico gunstig beïnvloedt.

DOAC: PRAKTISCHE PROBLEMEN BIJ NIERLIJDEN

De studies toonden duidelijk aan dat bij hemodialysepatiënten DOAC een gunstiger risico-baten verhouding hebben dan VKA. In deze populatie zouden VKA dus best vermeden en vervangen worden door DOAC. Er is echter een belangrijk praktisch probleem. In Europa zijn DOAC voorlopig nog off-label en dan ook niet terugbetaald bij patiënten met een creatinineklaring van < 15 ml/min (Tabel 2). In de VS is apixaban officieel geïndiceerd en terugbetaald

Tabel 2: Gebruik van orale anticoagulantia bij de verschillende graden van nierlijden

Drug (% renal excretion)	CrCl ≥ 50	CrCl 30-49	CrCl 15-29	CrCl < 15 and RRT
VKA	Maintain TTR ≥ 70%	Maintain TTR ≥ 70%	Maintain TTR ≥ 70%	Maintain TTR ≥ 70%
Dabigatran (80 %)	150 mg bid 110 mg bid if ≥ 80 y, increased bleeding risk	150 mg bid (USA) 110 mg bid if ≥ 80 y, increased bleeding risk 75 mg bid if dronedarone or ketaconazole	Do not use (other areas) 75 mg bid (USA)	Do not use
Edoxaban (35 %)	60 mg od 30 mg od if ≤ 60 kg, P-glycoprotein inhibitor	30 mg od	30 mg od	Do not use
Rivaroxaban (35 %)	20 mg od	15 mg od	15 mg od	Do not use (other areas) 10 mg od (Brugge)
Apixaban (27 %)	5 mg bid 2.5 mg bid if ≥ 2 of: ≥ 80 y, ≤ 60 kg, sCr ≥ 1.5 mg/dL	5 mg bid 2.5 mg bid if ≥ 2 of: ≥ 80 y, ≤ 60 kg, sCr ≥ 1.5 mg/dL	2.5 mg bid 5 mg bid (USA) 2.5 mg bid if ≥ 80 y, ≤ 60 kg (USA)	Do not use (other areas) 5 mg bid (USA) 2.5 mg bid if ≥ 80 y, ≤ 60 kg (USA)

wanneer de creatinineklaring < 15 ml/min is, inclusief bij patiënten in dialyse. Het wordt ook courant gebruikt bij deze populatie. Uiteraard dient men aandacht te besteden aan een correcte aanpassing van de dosis, gezien er een substantiële renale klaring is.

De nefrologen hopen dat deze studies de autoriteiten in Europa zullen motiveren om net zoals in de VS de indicaties aan te passen, zodat hun patiënten met gevorderd nierlijden de voordelen van DOAC kunnen ondervinden.

BALANCEREN OP EEN SLAPPE KOORD

Patiënten met nierlijden hebben een hogere prevalentie van voorkamerfibrillatie in vergelijking met patiënten met een normale nierfunctie. Zij hebben daarnaast meestal een belangrijke co-morbiditeit en een hoge CHA_2DS_2-VASc Score. Het risico op een ischemische beroerte is sterk toegenomen bij patiënten met nierproblemen en zeker bij deze met eindstadium-nierlijden. Wanneer men de officiële richtlijnen toepast komen deze patiënten dus voor de overgrote meerderheid in aanmerking voor orale anticoagulatie.

Het grote probleem is echter dat nierinsufficiëntie ook gepaard gaat met een sterk verhoogd bloedingsrisico, onder meer als gevolg van uremische plaatjesdysfunctie. Zo stelt men vast dat het risico op een gastro-intestinale bloeding tot vijf keer verhoogd is en de kans op een intracerebrale bloeding tot tien keer hoger ligt bij patiënten met gevorderd nierlijden ten opzichte van leeftijdsgenoten met normale nierfunctie.

Deze combinatie van verhoogde neiging tot trombose en toegenomen bloedingsrisico stelt artsen die zorgen voor patiënten met voorkamerfibrillatie en verminderde nierfunctie voor een grote uitdaging. Het is als balanceren op een slappe koord. Bovendien is er een groot gebrek aan solide data die clinici kunnen bijstaan bij het afwegen van het risico op beroerte tegenover het risico op bloeding verbonden aan therapeutische anticoagulatie. De resultaten van de gerandomiseerde studie van de dienst Nefrologie en infectieziekten helpt nefrologen om bij patiënten met ernstig nierlijden de juiste vorm van anticoagulatie te kiezen.

REFERENTIES

1. De Vriese AS, Caluwé R, Pyfferoen L, De Bacquer D, De Boeck K, Delanote J, De Surgeloose D, Van Hoenacker P, Van Vlem B, Verbeke F. Multicenter Randomized Controlled Trial of Vitamin K Antagonist Replacement by Rivaroxaban with or without Vitamin K2 in Hemodialysis Patients with Atrial Fibrillation: the Valkyrie Study. J Am Soc Nephrol 2020; 31: 186-196.

2. De Vriese AS, Caluwé R, Van Der Meersch H, De Boeck K, De Bacquer D. Safety and efficacy of vitamin K antagonists versus rivaroxaban in hemodialysis patients with atrial fibrillation: a multicenter randomized controlled trial. J Am Soc Nephrol 2021; 32: 1474-1483.

AUTEUR

dr. An De Vriese
dienst Nefrologie en infectieziekten, campus Sint-Jan

Meer info beschikbaar in de azlink-app
App Store Google play

NIEUWE ARTSEN

dr. Anaïs De Landtsheer
Endocrinoloog - dienst Endocrinologie
campus Sint-Jan

050 45 23 30
endocrinologie@azsintjan.be

Sinds augustus 2022 maakt dr. Anaïs De Landtsheer deel uit van de dienst Endocrinologie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, campus Sint-Jan. Dr. De Landtsheer behaalde in 2016 haar diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de KU Leuven. Tijdens haar verdere specialisatie in de inwendige geneeskunde en nadien endocrinologie werkte zij in het AZ Nikolaas, het AZ Glorieux, het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, campus Sint-Jan en het UZ Leuven. Dr. De Landtsheer zal zich naast de algemene endocrinologie en diabetologie specifiek toeleggen op het gebied van de andrologie, onder meer in het centrum voor reproductieve geneeskunde. Zij volgde hiervoor een aanvullende klinische opleiding in het UZ Leuven en zal in het voorjaar van 2023 het Europees examen voor de erkenning als androloog afleggen.
Dr. Anaïs De Landtsheer zal samen met dr. Youri Taes werkzaam zijn op de diabetische voetkliniek. Zij zal ook samen met dr. Sara Vandewalle instaan voor de opvolging van patiënten met zwangerschapsdiabetes.

dr. Michiel Vande Kerckhove
Orthopedist - dienst Orthopedie
campus Sint-Jan

050 45 21 60
ortho@azsintjan.be

Dr. Michiel Vande Kerckhove behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent en startte nadien zijn opleiding tot orthopedisch chirurg en traumatoloog aan het Universitair Ziekenhuis van Aken (Duitsland). Tijdens zijn fellowships bij dr. Vincent Fiere in Centre Santy Lyon (Frankrijk), prof. dr. Philippe Lauweryns in Sint-Truiden en dr. Luc Vanden Berghe in Brugge, specialiseerde hij zich verder in rug- en nekchirurgie. Vervolgens werkte hij gedurende 2 jaar als staflid voor rug- en nekchirurgie in het UZ Gent. Sinds 1 augustus 2022 is hij werkzaam als rug- en nekchirurg in de Orthoclinic Brugge (AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en AZ Sint-Lucas Brugge).
Dr. Michiel Vande Kerckhove zal zich binnen de associatie samen met dr. Davy Hoste en prof. dr. Frank Plasschaert focussen op het gehele spectrum van aandoeningen van de rug en nek. Hij neemt ook deel aan de algemene traumatologie-wachtdienst.

dr. Pieter D'hulst

uroloog - dienst Urologie
campus Sint-Jan

050 45 25 30
urologie@azsintjan.be

Dr. Pieter D'hulst behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven. Tijdens zijn specialisatie in de urologie werkte hij in het AZ Delta Roeselare, het AZ Damiaan Oostende, het AZ Sint-Lucas Gent en het UZ Leuven. Na zijn erkenning als uroloog bekwaamde hij zich verder in de complexe steenpathologie, endoscopische laserbehandeling en reconstructieve urologie in het Auckland City Hospital in Auckland, Nieuw-Zeeland. Aansluitend op deze internationale ervaring was hij werkzaam in het UZ Leuven als resident in de functionele urologie en uro-gynaecologie onder supervisie van prof. dr. Frank Van der Aa en prof. dr. Jan Deprest. In 2022 heeft hij een bijkomende opleiding gevolgd in sfincter-en erectieprothesechirurgie bij prof. dr. Koen Van Renterghem in het Jessa Ziekenhuis in Hasselt en in het Hôpital Saint-Vincent-de-Paul in Rijsel. Hij is auteur van verschillende artikels in internationale peer-reviewed tijdschriften en lid van de Belgische Vereniging Urologie (BVU), de European Association of Urology (EAU), de International Continence Society (ICS) en de European Society of Sexual Medicine (ESSM). Sinds juli 2022 is dr. Pieter D'hulst toegelaten tot The EAU Section of Genito-Urinary Reconstructive Surgeons (ESGURS). Deze Europese werkgroep wil experts samenbrengen op het gebied van reconstructieve urologie en jonge urologen die geïnteresseerd zijn in reconstructieve urologische chirurgie. Dr. Pieter D'hulst focust zich binnen de Brugse urologische associatie op de functionele urologie, uro-gynaecologie, andrologie, endoscopische laserbehandeling en de complexe steenpathologie. Hij is werkzaam op campus Sint-Jan, in het AZ Sint-Lucas Brugge en in het Urologisch Centrum Noord West-Vlaanderen in Brugge.

dr. Pieter Pierreux

Orthopedist - dienst Orthopedie
campus Sint-Jan

050 45 21 60
ortho@azsintjan.be

Dr. Pieter Pierreux behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel. Zijn opleiding tot orthopedisch chirurg genoot hij grotendeels in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, het OLV Aalst en het UZ Brussel. Hij heeft een passie voor het schouder- en ellebooggewricht en wilde deze specialisatie verder versterken door zowel nationale als internationale ervaringen tijdens zijn fellowship. Hij startte in het AZ Monica in Deurne waar hij nauw samenwerkte met prof. Roger van Riet en prof. Olivier Verborgt. Na een half jaar trok hij naar de 'Clinique du Sport' in Bordeaux waar hij zich de daaropvolgende zes maanden liet onderdompelen in de Franse school.
In augustus 2022 is dr. Pierreux gestart als elleboog– en schouderspecialist binnen de associatie Orthoclinic Brugge (AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en AZ Sint Lucas Brugge). Naast de courante schouderpathologie, legt hij er zich in eerste instantie toe op alle elleboogpathologieën. Dit gaat van elleboog artroscopie, artrolyse, ligamentair herstel tot complex elleboogtrauma en elleboogprothese. Als consulent-schouderchirurg werkt hij ook deeltijds in het AZ Groeninge in Kortrijk. Samen met meerdere collega's uit Brugge en Kortrijk, zet hij zijn schouders onder de permanentie voor handtrauma binnen de ziekenhuisoverschrijdende samenwerking 'Handgroep West'.

apr. biol. Astrid Muyldermans

Apotheker klinisch bioloog & ziekenhuishygiënist
dienst Laboratoriumgeneeskunde
campus Sint-Jan & campus Henri Serruys

050 45 26 02 & 059 55 58 67
laboratorium.secretariaat@azsintjan.be &
labosecretariaat.oostende@azsintjan.be

Astrid Muyldermans studeerde in 2014 af als apotheker aan de KU Leuven waarna ze zich aan deze universiteit verder specialiseerde tot klinisch bioloog. Tijdens haar specialisatie was ze twee jaar assistent op de dienst Laboratoriumgeneeskunde van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Daarnaast deed ze ook assistentschap in het UZ Leuven, de GZA Ziekenhuizen in Antwerpen en het Heilig Hart Ziekenhuis in Lier. Na haar specialisatie in de klinische biologie behaalde ze eveneens de master in de ziekenhuishygiëne met de grootste onderscheiding. Ze was sinds augustus 2019 gedurende drie jaar werkzaam als staflid binnen de dienst Microbiologie & ziekenhuishygiëne van het UZ Brussel. Daar was ze sectorhoofd bacteriologie, virologie, parasitologie en vielen onder meer het nationaal referentiecentrum voor *Legionella pneumophila* en een groot automatisatieproject binnen de microbiologie onder haar verantwoordelijkheid. Sinds augustus 2022 legt ze zich binnen de associatie van klinisch biologen toe op de microbiologie voor campus Sint-Jan en op de ziekenhuisinfectiebeheersing voor de drie campussen.

dr. Maarten De Smet

Cardioloog - dienst Cardiologie
campus Sint-Jan

050 45 26 70
policardiologiesecretariaat@azsintjan.be

Dr. Maarten De Smet behaalde zijn diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent in 2014, waarna hij zich verder specialiseerde tot cardioloog in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, campus Sint-Jan en het Universitair Ziekenhuis in Gent. Tijdens zijn opleiding cardiologie verrichtte hij doctoraatsonderzoek rond cardiale ionkanalen die verantwoordelijk zijn voor levensbedreigende ritmestoornissen. Hij deed hiervoor onderzoeksstages aan de Universiteit Gent, de KU Leuven en aan New York University.
Op 1 oktober 2022 startte dr. De Smet met een fellowship elektrofysiologie op de dienst Cardiologie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, campus Sint-Jan, waarbij hij zich verder zal bekwamen in de diagnose en behandeling van ritmestoornissen.

NIEUWE ARTSEN

dr. Anthony Van Eemeren

Orthopedist - dienst Orthopedie
campus Sint-Jan

050 45 21 60
ortho@azsintjan.be

Dr. Anthony Van Eemeren studeerde geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven en voltooide aansluitend zijn opleiding tot orthopedisch chirurg aan het UZ Leuven. Vervolgens volbracht hij een fellowship van 2 jaar in toonaangevende referentiecentra in Berlijn, München, Parijs, Brugge, Leuven en Melbourne, waar hij zich verder heeft verdiept in heupsparende chirurgie en complexe revisies. Hij is sinds 1 augustus 2022 werkzaam in de Orthoclinic Brugge (een associatie tussen het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en het AZ Sint-Lucas Brugge) en op de dienst Orthopedie op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV met als specialisatie heup- en bekkenchirurgie. Binnen de dienst Orthopedie focust hij zich samen met dr. Maxence Vandekerckhove en dr. Jan Vanlommel op het volledige spectrum heup- en bekkenchirurgie, waaronder young adult hip en heupprothesen via de voorste spiersparende toegangsweg. Daarnaast versterkt hij het heupteam in het AZ Groeninge in Kortrijk.

dr. Nicolas Salamon

Radioloog - dienst Radiologie
campus Sint-Jan

050 45 21 01
rx.afspraken@azsintjan.be

Dr. Nicolas Salamon behaalde in 2017 zijn diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de Universiteit Gent. Van 2017 tot 2022 specialiseerde hij zich in de radiologie, waarbij hij de eerste twee jaren van zijn opleiding als assistent werkte in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en de volgende drie jaren zijn opleiding vervolledigde in het UZ Gent. In 2021 behaalde hij het 'European Diploma in Radiology (EDiR)' alvorens in juli 2022 af te studeren als arts-specialist in de radiologie.
Dr. Salamon maakt sinds 1 augustus 2022 deel uit van de dienst Radiologie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en zal ook regelmatig werkzaam zijn in het AZ Sint-Lucas in Brugge. Hij zal zich naast zijn werkzaamheden als algemeen radioloog vooral toeleggen op de neuro- en hoofd-hals radiologie alsook op de cardiovasculaire radiologie. Hiervoor zal hij in 2023 nog een voortgezette opleiding (fellowship) van 3 maanden doorlopen in Zürich, Zwitserland.

EDUCATIEF PROGRAMMA

Programma, inschrijving & meer informatie: www.azlink.be

Januari 2023

Programma en inschrijving: academy.azlink.be

AZ COLLOQUIA – Kwaliteitswet (Ethiek en Economie)

Donderdag 12 januari 2023 – 20.30 uur – fysieke bijeenkomst

Wetgeving versus praktijk

Februari 2023

Programma en inschrijving: academy.azlink.be

AZ COLLOQUIA – Sportgeneeskunde: nieuwe evoluties

Dinsdag 14 februari 2023 – 20.30 uur – fysieke bijeenkomst

Maart 2023

Programma en inschrijving: academy.azlink.be

AZ COLLOQUIA - Gebruik van biologicals binnen Pneumologie, Dermatologie, Neus-, Keel- en Oorziekten en Pediatrie (Allergieteam)

Dinsdag 14 maart 2023 – 20.30 uur – fysieke bijeenkomst

April 2023

Programma en inschrijving: academy.azlink.be

AZ COLLOQUIA – PAAZ 3.0: laagdrempelig, vraaggestuurd en netwerkgericht

Dinsdag 18 april 2023 – 20.30 uur – fysieke bijeenkomst

in samenwerking met HABO