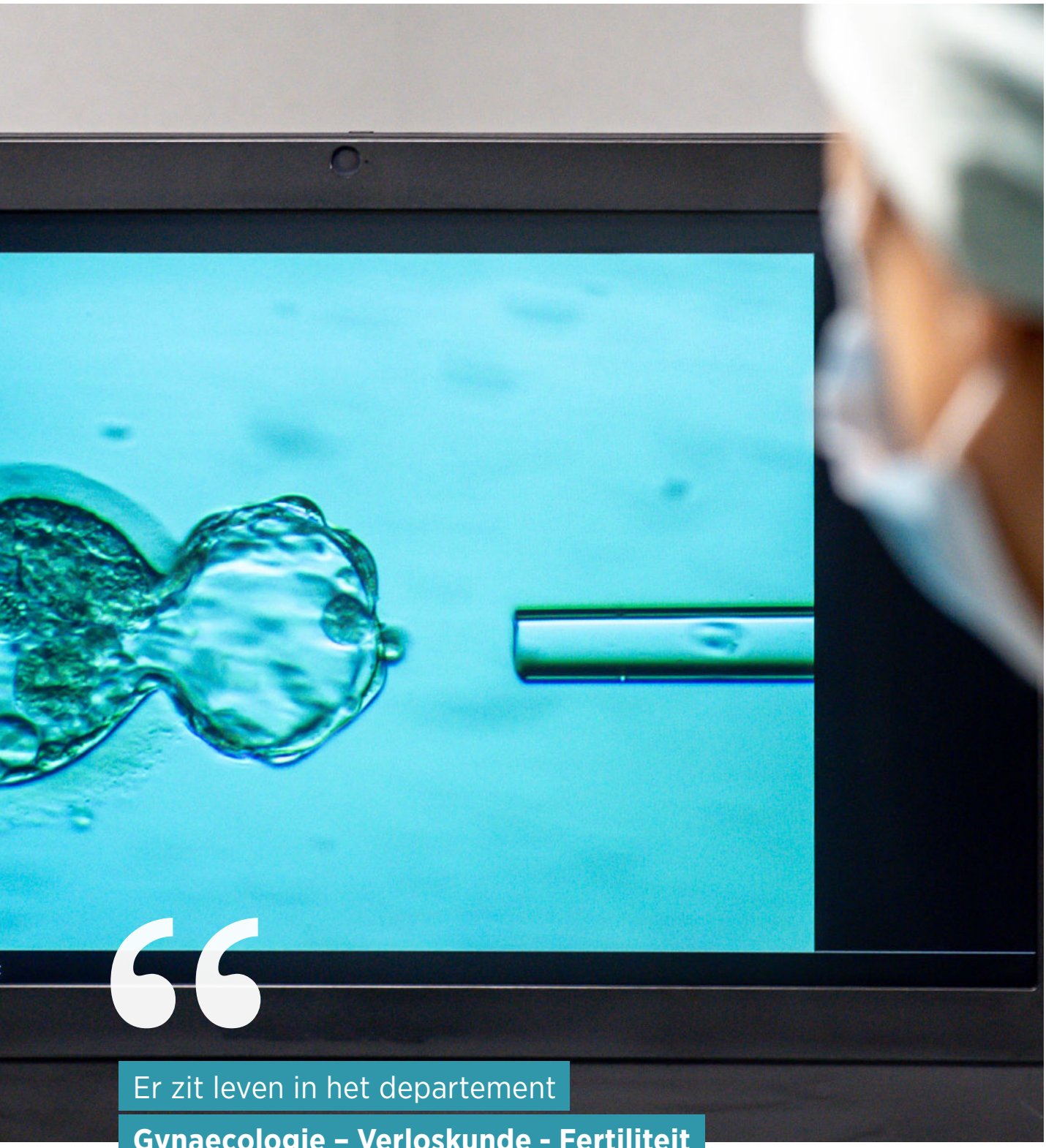
azlink

Pulse voor de medische praktijk

Nº 47
Editie maart 2021
www.azlink.be



Er zit leven in het departement

Gynaecologie – Verloskunde - Fertiliteit

az sint-jan
brugge - oostende av

Editie maart 2021

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: 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
dr. Hugo Vereecke
Anne-Mie Vansteelant
Evelyn Verhelle
Anja Proksch

Werkten mee aan dit nummer
An-Sofie De Boi
dr. Christ Declerck
dr. Stijn De Muynck
dr. Olivier Deryck
dr. Isabel De Smet
Dries Fieremans
dr. Alexander Janssen
dr. Els Laurent
dr. Barbara Lebbe
dr. Anne Loccufier
dr. Eva Van Caenegem
dr. Elisabeth Vander Stichele
dr. Arne van de Vijver
dr. Annelies Van Dycke
dr. Joachim Van Keirsbilck
dr. Philippe Van Trappen
Elke De Geeter
Annelies Hervent
Anne-Mie Vansteelant
Living Stone nv - www.livingstone.eu

Fotografie
Living Stone, Els Janssens, Lander Loeckx. Beelden zijn genomen conform de geldende maatregelen op dat ogenblik en dateren mogelijk al van voor maart 2020.

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

FSC www.fsc.org MIX Papier van verantwoorde herkomst FSC® C014697

INHOUD

Voorwoord 3

Gynaecologie: Er zit leven in het departement Gynaecologie - Verloskunde - Fertiliteit 4-7
dr. Anne Loccufier, dr. Joachim Van Keirsbilck, dr. Philippe Van Trappen, dr. Arne van de Vijver, dr. Isabel De Smet, dr. Els Laurent, dr. Barbara Lebbe

Intra-operatieve CT-scan of O-arm 8-9
dr. Alexander Janssen

Seks is, maakt en blijft gezond: **seksualiteit en ouderdom** 10-12
dr. Elisabeth Vander Stichele, An-Sofie De Boi, Dries Fieremans

Medical Mystery: Een jonge vrouw in plotse tetanie? 12

Neuroloog, neurochirurg en algoloog bundelen krachten tegen **trigeminusneuralgie** 13-15
dr. Olivier Deryck, dr. Annelies Van Dycke, dr. Christ Declerck, dr. Stijn De Muynck

Medical Mystery: Oplossing 16-17

Nieuwe artsen 18-19

Educatief programma 20

Copyright © 2021 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

Ooit al in Zuid-Afrika geweest? Ik in elk geval nog niet. Velen vinden dit een gat in mijn cultuur. Niet dat ik wakker lig van een gat meer of minder. Een gat in de dag slapen, doe ik al lang niet meer, een gat in de lucht springen in de huidige tijden ook al niet, en regelmatig brand ik mijn gat, zodat ik op de blaren moet zitten.

Zuid-Afrika blijkt een prachtig land te zijn, met uitdagende landschappen, bijzondere fauna en flora en een bewogen geschiedenis. Hoewel ik dus nog niet ter plekke ben geweest, voel ik me ondertussen al tegen wil en dank een ingewijde in de materie. Niet in het land als dusdanig, maar wel vanwege de Zuid-Afrikaanse variant van het COVID-virus.

Hier wil ik trouwens toch een lans breken voor onze artsen. In december meldde zich een patiënt voor opname op onze geriatrie-afdeling. Systematisch krijgt elke patiënt bij opname een COVID-PCR-test. Die bleek positief, waardoor de patiënt op de COVID-afdeling terechtkwam. De alertheid, kennis en het maatschappelijk engagement van onze artsen dreef hen ertoe het initiatief te nemen om het PCR-staal verder te laten typeren. Dit op basis van hun ervaring met het klinisch verloop bij COVID-patiënten, gekoppeld aan de Ct-waarden van de PCR-test. Bij deze patiënt waren die atypisch. Dit eerste staal werd overgemaakt aan het nationaal referentiecentrum voor COVID-typering. Twee weken later kregen we het resultaat: het gaat om de Zuid-Afrikaanse variant van het COVID-virus. Niet om een gat van in de lucht te springen dus, of misschien toch wel. Niet, omdat dit om een besmettelijkere vorm van het COVID-virus gaat en we een van de eersten zijn waar deze variant werd vastgesteld. Wel, omdat deze variant door de alertheid van onze artsen werd gedetecteerd. Voor hetzelfde geld werd er geen bijkomende typering aangevraagd van het positieve COVID-staal en was dit dus een 'gewone' coronapatiënt gebleven.

Door deze eerste ontdekking hebben we verder alle stalen van COVID-positieve patiënten dieper laten typeren, wat een week later resulteerde in de detectie van nog eens vijftien patiënten met een Zuid-Afrikaanse variant van het COVID-virus.

Je begrijpt dat deze 'ontdekking' onmiddellijk de nodige aandacht krijgt in alle media. Het grote gevaar dat ontdekt wordt in ons eigen midden en in onze regio. Hoewel experten en wetenschappers voorzichtig blijven en soms verschillende visies hebben over wat deze variant nu precies betekent, besmettelijker is hij in elk geval. Is hij pathogener, dodelijker en meer bestand tegen een vaccin? Dit alles is absoluut niet zeker, noch uitgeklaard. Maar door de massale media-aandacht is elke vorm van gezond verstand, nuance en redelijkheid volledig zoek. Waar deze variant vandaan komt, is onduidelijk. Wat wel duidelijk is, is dat een patiënt besmet met de Zuid-Afrikaanse variant van het COVID-virus zich aanmeldde in het ziekenhuis en dat dankzij de alertheid van onze artsen deze variant werd gediagnosticeerd. In plaats van te stigmatiseren hoe erg het wel is dat in ons ziekenhuis dit baarlijke kwaad is ontstaan, zou men ons moeten feliciteren en complimenteren dat we dit tijdig ontdekten.

Uit alle hoeken en gaten komt er commentaar, maar wij vegen ons gat niet aan de poort en hebben voor ieder gat een spijker. Wie deze drie uitdrukkingen niet kent, moet ze maar eens opzoeken.

Bij deze heb ik het gat in m'n cultuur gedicht.

Veel leesgenot.

Hans Rigauts
Algemeen directeur

Gynaecologie: er zit leven in het departement Gynaecologie - Verloskunde - Fertiliteit

dr. Anne Loccufier, dr. Joachim Van Keirsbilck, dr. Philippe Van Trappen, dr. Arne van de Vijver, dr. Isabel De Smet, dr. Els Laurent, dr. Barbara Lebbe
departement Gynaecologie – Verloskunde - Fertiliteit, campus Sint-Jan

De voorbije decennia is de dienst Gynaecologie op campus Sint-Jan geëvolueerd van een dienst van individuele gynaecologen tot een omvangrijk departement waarin een intense samenwerking centraal staat. Dit departement overkoepelt drie diensten: Gynaecologie, Verloskunde, met Maternale intensieve zorgen als afdeling, en Fertiliteit. Patiënten kunnen er zowel voor algemene gynaecologische zorgverlening als sterk subspecialistische expertise terecht.

Arts-specialist	Subspecialiteiten
dr. Isabel De Smet	Fertiliteit
dr. Els Laurent	Borstkliniek, Menopauze
dr. Barbara Lebbe	Hoogrisicozwangerschappen, MIC
dr. Anne Loccufier	Hoogrisicozwangerschappen, MIC
dr. Arne van de Vijver	Fertiliteit
dr. Joachim Van Keirsbilck	Hoogrisicozwangerschappen, MIC
dr. Philippe Van Trappen	Pelviene oncologie, Robotchirurgie

HOOGGESPECIALISEERD TEAM

Op campus Sint-Jan ontwikkelde de dienst gynaecologie zich van een discipline waarin stafleden over een brede algemene kennis beschikten, via de uitbouw van een team experten, tot een hooggespecialiseerd team waarin de stafleden de algemene gynaecologische en verloskundige zorgverlening aanvullen met sterk subspecialistische expertise. De patiënt staat daarbij steeds centraal. De zeven stafleden krijgen directe ondersteuning van zeven toegelaten artsen, vijf assistenten en drie toegelaten assistenten vanuit de drie universiteiten. Naast onderlinge nauwe samenwerking leven ze tal van multidisciplinaire afspraken met interne en externe collega's na. In 2015 behaalde het departement het European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists (EBCOG)-kwaliteitslabel.

Uitbreiding van het subspecialistisch vermogen met een collega die zich zal toeleggen op de urogynaecologie staat op de planning dit jaar. Hiervoor is reeds een samenwerking met de collega's urologen en de dienst Gynaecologie van het AZ Sint-Lucas Brugge op punt gesteld.

DE DIENST GYNAECOLOGIE

Nagenoeg alle stafleden van het departement oefenen de algemene gynaecologie uit,

In januari 2017 kreeg na campus Henri Serruys ook campus Sint-Jan het BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative)-kwaliteitslabel toegekend.

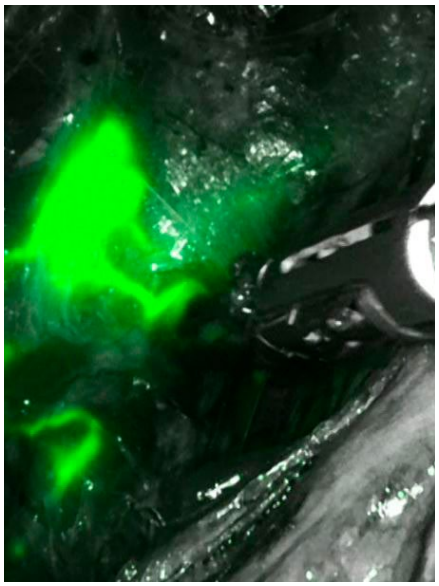
inclusief heelkundige technieken zoals een standaard hysterectomie, laparoscopische ingrepen, hysteroscopie of conisatie. Een aantal onder hen koos voor een sterke subspecialisatie in de complexe gynaecologie en gynaecologische oncologie.

Benigne gynaecologische tumoren

Bijgevolg geldt campus Sint-Jan sedert een achttal jaar als een belangrijk centrum voor complexe benigne en oncologische robotchirurgie. Zo is er voor de ruime regio West-Vlaanderen een efficiënte techniek uitgebouwd voor (vaak obese) patiënten met uterus myomatosus. In 2020 werden in Surgical Technology International de resultaten van een uitgebreide serie casussen van de dienst gepubliceerd. Ze tonen aan dat campus Sint-Jan wereldwijd veruit de kortste operatietijden behaalt, met zeer lage complicatiecijfers en ruim 80 % van de patiënten die het ziekenhuis al na 48 uur kunnen verlaten. Ook voor endometriosepatiënten is een doeltreffende techniek ontwikkeld om bijvoorbeeld de zone tussen vagina en rectum vrij te maken en te reseceren.

Gynaecologische oncologie

De behandeling van pelviene gynaecologische tumoren is sinds 2012 sterk uitgebouwd en sinds 2016 trad campus Sint-Jan daarin als referentiecentrum voor robotchirurgie in Europa naar voor. Een wekelijkse MOC verzamelt een groot team van onder meer gynaecologisch oncologen, radiotherapeuten, medisch oncologen, radiologen, anatomopathologen, klinisch psychologen en oncologisch verpleegkundigen. Binnen de multimodale aanpak van baarmoeder(hals)kanker worden patiënten die inwendige bestraling dienen te ondergaan, verzorgd door een gespecialiseerd team met bijzondere expertise in de brachytherapie, uniek in West-Vlaanderen. Begin 2019 is er een maandelijkse gezamenlijke consultatie met de radiotherapeuten opgezet voor de opvolging van patiënten die een bestraling kregen, vaak als onderdeel van een multimodale therapie. Ook voor patiënten die terugverwezen zijn naar andere centra is er een jaarlijks opvolgingsconsult voorzien.



Sinds 2018 maakt de dienst, als een van de weinige in Vlaanderen, gebruik van de sentinelklierprocedure met indocyanine groen-fluorescentie in combinatie met robotchirurgie voor de chirurgische stadiëring van baarmoederhalskanker en baarmoederslijmvlieskanker.

Samen met de radiotherapeuten werkt de dienst Gynaecologie sinds begin 2021 mee aan een studie van het UZ Gent: de KWALI-studie, die cervixcarcinoompatiënten bevraagt over seksualiteit na bestraling.

Medisch-technische realisaties

Medisch-technisch maakt de dienst, als een van de weinige in Vlaanderen, sinds 2018 gebruik van de sentinelklierprocedure met indocyanine groen-fluorescentie in combinatie met robotchirurgie voor de chirurgische stadiëring van baarmoederhalskanker en baarmoederslijmvlieskanker. Enkel de poortwachtersklieren worden gereseceerd, wat met minder complicaties en morbiditeit gepaard gaat. Ook ultrastaging voor lokaal gevorderd cervixcarcinoom met de sentinelklierprocedure en para-aortische klierdissectie door middel van robotchirurgie voeren ze sedert jaren uit. Dat helpt de radiotherapeuten om te weten welke regio bestraald moet worden. Via de Belgian Gynaecological Oncology Group (BGOG) centraliseren de vijf grote centra (CHU Liège, UZ Leuven campus Gasthuisberg, OLV Aalst, AZ Klina Antwerpen en AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV) alle robotchirurgiedata, waaruit reeds publicatie van diverse studies volgde.

Kennis verspreiden

Op de dienst Gynaecologie krijgen assistenten mee wat de landmarks en speerpunten zijn tijdens pelviene chirurgie. Verder werd campus Sint-Jan in 2016 een Europees centrum voor case observations voor robotchirurgie in de gynaecologie/oncologie. De afgelopen vier jaar zonden een dertigtal binnen- en buitenlandse centra delegaties om robotchirurgische technieken aan te leren. Zowel voor complexe benigne gynaecologie als voor gynaecologische oncologie geeft diensthoofd dr. Philippe Van Trappen, samen met drie andere

In samenwerking met de dienst Klinische psychologie is binnen het Moederzorg-project begin 2021 het project perinatale mentale gezondheid uitgerold, dat voor de huisarts een centrale rol voorbehoudt.

Voor de groep van zo'n 1.200 patiënten die zich jaarlijks tot de gynaecologen op campus Sint-Jan wenden voor de opvolging van een normaal zwangerschapsverloop dat resulteert in een normale bevalling, ligt het accent op kwaliteitsvolle zwangerschapsbegeleiding.

Als enige B-fertiliteitscentrum in West-Vlaanderen kan de dienst Fertiliteit op campus Sint-Jan het volledige bevruchtingstraject uitvoeren. In 2019 werd de erkenning als weefselbank door het FAGG vernieuwd na inspectie.

Campus Sint-Jan geldt sinds een achttal jaar als een belangrijk centrum voor complexe benigne en oncologische robotchirurgie.

Europese collega's, jaarlijks een driedaagse masterclass aan de Orsi Academy, met varkenmodellen en kadavers. Hij is als enige Belg raadslid van de Society of European Robotic Gynaecological Surgery (SERGS) en zette hiervoor begin 2020 maandelijkse webinarsessies op.

Borstkliniek, menopauzekliniek, colposcopie

Dr. Els Laurent vertegenwoordigt de dienst Gynaecologie sinds 2002 in de borstkliniek, een multidisciplinaire samenwerking tussen gynaecologen, chirurgen, radiotherapeuten, radiologen, medisch oncologen, anatomopathologen, datamanagers en borstverpleegkundigen. Wekelijks staat een MOC op het programma. Aanvulling van het team met een nieuwe collega die zal instaan voor borstchirurgie is gepland. Verder besteedt de dienst aandacht aan menopauzale klachten, onder meer door sinds 2018 gezamenlijke consultatiemomenten te organiseren met een menopauzeconsulente. Tot slot richtte de dienst in 2012 een colposcopiekliniek op in het Penitentiair Complex van Brugge. Vrouwelijke gedetineerden krijgen een gynaecologische check-up voorgesteld bij aankomst, met mogelijkheid tot colposcopie bij afwijkende resultaten van het uitstrijkje. Opvolging van zwangerschap gebeurt eveneens door een gynaecoloog van de dienst, met bevalling op campus Sint-Jan.

DE DIENST VERLOSKUNDE

Jaarlijks vinden er op campus Sint-Jan zo'n 1.200 normale bevallingen plaats. Voor deze patiëntengroep ligt het accent op kwaliteitsvolle zwangerschapsbegeleiding. De toekenning van het BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative)-label in januari 2017 bestempelde ook campus Sint-Jan als een moeder- en babyvriendelijk ziekenhuis. Het houdt onder meer in dat de dienst Verloskunde sterk inzet op het grondig informeren over de zwangerschap en een intensieve begeleiding bij borstvoeding. De richtlijnen omtrent screening naar zwangerschapsdiabetes worden al sinds 2012 toegepast en kregen in 2019 een nieuwe impuls. Dit goedlopende zorgproject start bij de huisarts en zet zo zijn weg verder naar de gynaecologen, om na de bevalling opnieuw door de huisarts opgevolgd te worden. In 2015 zette dr. Anne Loccufier het project Moederzorg op, een implementatie van het zorgpad 'verkorte ligdag'. Moederzorg is erop gericht de intramurale en extramurale zorg met elkaar te laten communiceren door de samenwerking met huisartsen, Kind & Gezin, Kraamzorg en zelfstandige vroedvrouwen te stroomlijnen. Zeven materniteiten sloegen hiervoor de handen in elkaar. Hierbinnen past eveneens de uitrol van het project perinatale mentale gezondheid, begin 2021. Deze samenwerking met de dienst Klinische psychologie rekent ook sterk op de huisarts om er een centrale rol in te vervullen.

MATERNALE INTENSIEVE ZORGEN (MIC)

De afdeling Maternale intensieve zorgen (Maternal Intensive Care/MIC) geldt als verwijscentrum voor hoogrisicozwangerschappen in de ruime regio van de provincie West-Vlaanderen, tot zo ver als Eeklo, Moeskroen en Doornik. Een team van vijf gynaecologen staat er in voor de continuïteit van zorg: dr. Anne Loccufier, dr. Barbara Lebbe, dr. Joachim Van Keirsbilck en vanuit het AZ Sint-Lucas Brugge dr. Filip Claerhout en dr. Veronique Ballegeer. Ze nemen de verdere opvolging van risicovolle zwangerschappen in handen, zowel naar diagnose als naar het verdere beleid tijdens de zwangerschap toe. De voorbije jaren bleef het hoge aantal opnames vrij stabiel, zo'n 190 per jaar. Patiënten bevinden zich doorgaans tussen de 24 en 34 weken zwangerschapsduur. Met zusterdienst Neonatale intensieve zorgen (Neonatal Intensive Care/NIC) vormt het MIC-team één multidisciplinair team in de intensieve moeder-kindzorg. Ze overleggen continu omtrent de verdere zorg voor preterme zwangerschappen en baby's met congenitale aandoeningen. Op verwijzing van andere specialisten kunnen patiënten met een risicoprofiel die zwanger zijn of een zwangerschapswens hebben ook bij de MIC terecht voor advies en begeleiding.

Aanpak MIC

Voor elke patiënt stelt de MIC een persoonlijk dossier op waarin de risico-inschatting centraal staat op basis van de onderliggende pathologie. Naast preterme arbeid en zwangerschapsvergiftiging behoren ook intra-uteriene groeivertragingen, placentaire pathologie, maternale aandoeningen en foetale congenitale afwijkingen tot het spectrum. In functie hiervan bereiden de zorgverleners moeder en kind zo goed mogelijk voor. Omdat psychologische ondersteuning van de moeder en bij uitbreiding beide toekomstige ouders een belangrijke rol speelt, staan twee gespecialiseerde klinisch psychologen de dienst bij. Voor prenatale diagnostiek is een multidisciplinaire samenwerking opgezet met UZ Leuven. In een tweewekelijks overleg kunnen de stafleden voor complexere casussen rekenen op het advies van prof. dr. Luc De Catte voor expertise-echografie, terwijl prof. dr. Jeroen Breckpot hen bijstaat met zijn expertise omtrent klinische genetica. De eigen dienst Radiologie staat in voor bijkomend gespecialiseerd radiologisch onderzoek, met name foetale MRI.

De afdeling hecht veel belang aan goede communicatie en opleiding. Op wekelijkse basis plegen de artsen onderling overleg, maar ook hun expertise verder doorgeven doen ze graag. Ze richten opleidingen in voor verwijzende gynaecologen en geven aan assistenten zoveel mogelijk kennis mee om hun eigen carrière te kunnen opbouwen. In aanvulling op de specialisatie-opleiding die het ondersteunend verpleegkundig team reeds volgde, krijgen ze binnenshuis nog regelmatig aanvullende training.

DE DIENST FERTILITEIT

Voor patiënten die problemen ondervinden om op natuurlijke wijze zwanger te raken, is er het Centrum Reproductieve Geneeskunde Brugge-Kortrijk. Als enige B-fertiliteitscentrum in West-Vlaanderen kan de dienst Fertiliteit op campus Sint-Jan het volledige bevruchtingstraject uitvoeren. Dit gebeurt onder leiding van dr. Arne van de Vijver, samen met dr. Isabel De Smet en dr. Marc Scheirlinckx en met dr. Tine Deckers van AZ Sint-Lucas Brugge en dr. Johan Thys van AZ Groeninge. Er werd in 1990 gestart met fertiliteitsbehandelingen, met in 1991 een eerste succesvolle bevalling tot gevolg. Vanuit een nauwe, gestructureerde samenwerking met de dienst Klinische psychologie kunnen patiënten zowel in aanloop naar als tijdens de fertiliteitsbehandeling zelf op psychologisch en waar nodig ook seksuologisch advies en ondersteuning rekenen. De dienst Fertiliteit spitst zich eveneens toe op oncofertiliteit, preservatie van ei- of zaadcellen en/of embryo's voorafgaand aan oncologische therapie. Een sterke troef daarin is de actiesnelheid op basis van de nabijheid van de oncologische diensten. Een eerste consultatie kan doorgaans al binnen de 36 uur na aanvraag. Het RIZIV voorziet hiervoor trouwens een terugbetaling.

Naast hun onderling nauw overleg, een sterke betrokkenheid van de collega's van AZ Sint-Lucas Brugge en een intense samenwerking met de verwijzende ziekenhuizen, leven de zeven stafleden ook tal van multidisciplinaire afspraken met interne en externe collega's na. V.l.n.r.: dr. Joachim Van Keirsbilck, dr. Isabel De Smet, dr. Arne van de Vijver, dr. Barbara Lebbe, dr. Els Laurent, dr. Philippe Van Trappen, dr. Anne Loccufier.

Technologische optimalisatie

In 2010 ontving het fertiliteitscentrum als eerste in Vlaanderen erkenning als weefselbank door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), vernieuwd na inspectie in 2019. In het constante streven om mee te zijn met de nieuwste technologieën voegde het centrum begin 2019 pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD) of testing (PGT) aan zijn activiteiten toe. Dit vult de klassieke IVF-procedure aan met een fase waarin de embryo's vóór terugplaatsing getest worden op bepaalde gekende genetische aandoeningen in de familie van de ouders. Dat laat eliminatie toe van de exemplaren die de erfelijke aandoening dragen. Het gaat om een samenwerking met het UZ Leuven, maar ook het UZ Brussel toont interesse. Als verdere investering in technologische optimalisatie staat de aanschaf van een embryoscoop op het programma, een toestel dat de kwaliteit van de embryo's monitort vanaf de bevruchting, zodat het meest kwalitatieve embryo teruggeplaatst kan worden.

OPLEIDING EN INFORMATIE

Naast de dienstspecifieke opleidings-initiatieven organiseert het departement tweemaal per jaar simulatietraining voor vroedvrouwen en assistenten. Verder krijgen ze opleiding in ST-analyse (STAN), een toestel dat de hartslag van de baby monitort. Eén à twee themadagen per jaar voegen daar nog theoretische opleiding aan toe. Diverse stafleden engageren zich om aan de VIVES hogeschool opleidingen te geven aan student-vroedvrouwen en -operatieverpleegkundigen en staan ook in voor de opleiding van assistenten op nationaal vlak. Voor patiënten biedt het '9 maanden rond'-programma een cyclus van vijf info-avonden aan en ook over de menopauze zijn regelmatig info-avonden voorzien.

Van bij de start van de dienst Fertiliteit en de MIC-afdeling zijn de collegae van AZ Sint-Lucas Brugge betrokken in de dagelijkse werking. Zij zetten mee hun schouders onder al deze initiatieven en activiteiten, die aansluiten bij de kernambitie van het departement: 'innovatieve zorg voor iedereen' aanbieden, met de verdere uitbouw als supraregionaal centrum voor sterk subspecialistische zorgverlening in een intense samenwerking met de verwijzende ziekenhuizen. Iedereen kijkt dan ook uit naar een volledige, vruchtbare fusie van de diensten van beide ziekenhuizen.

AUTEUR

dr. Anne Loccufier
Departementshoofd Gynaecologie – Verloskunde - Fertiliteit, campus Sint-Jan

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

Intra-operatieve CT-scan of O-arm

dr. Alexander Janssen // *dienst Neurochirurgie, campus Sint-Jan*

Sinds kort beschikt de dienst Neurochirurgie over een intra-operatieve CT-scan, ook wel O-arm genoemd. Deze nieuwe scanner biedt heel wat bijkomende mogelijkheden voor de neurochirurgen. Hij werd geschonken door de Joris Ide en Eveline Deprez Foundation. De dienst Neurochirurgie en het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV zijn hen dan ook heel erg dankbaar hiervoor.

INTRA-OPERATIEVE NAVIGATIE EN VERIFICATIE

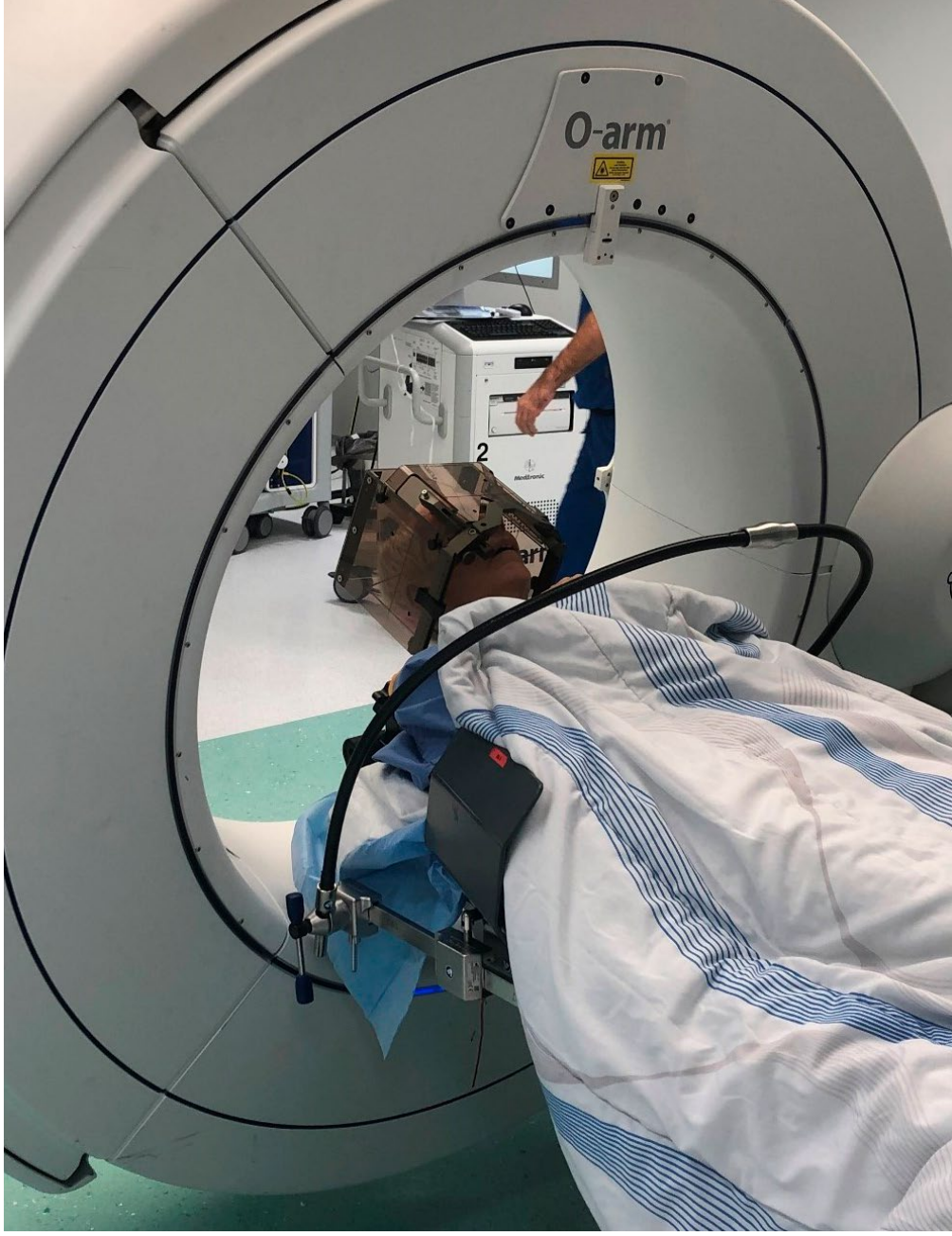
Zowel craniale als spinale ingrepen houden vaak de implantatie van vreemd materiaal in. Hiervoor zijn verschillende technieken beschikbaar. Tijdens de ingreep bestaat nooit 100 procent zekerheid of dit materiaal correct wordt geïmplanteerd. Dit is afhankelijk van de ervaring van de chirurg. Een controle gebeurt steeds postoperatief en pas daags nadien door middel van een CT-scan of klassieke radiografie. Indien blijkt dat de positie niet correct is, dient een heringreep te gebeuren. Dit is uiteraard nadelig voor de patiënt en ook tijdrovend.
De O-arm fungeert enerzijds als navigatiesysteem. Hij helpt de chirurg in diens planning en bij de uiteindelijke plaatsing van het materiaal. Daarnaast maakt hij onmiddellijke verificatie mogelijk tijdens de ingreep. Wanneer de locatie niet helemaal correct blijkt te zijn, kan er gecorrigeerd worden om met zekerheid tot een correcte positionering te komen.
Op die manier is het mogelijk om een heringreep te vermijden.

DBS-PROCEDURES

Bij een diepe hersenstimulatie ofwel Deep Brain Stimulation (DBS)-procedure plaatst de neurochirurg elektroden in de hersenen die het mogelijk maken om de hersenactiviteit te beïnvloeden. De voornaamste toepassingsgebieden zijn bewegingsstoornissen, zoals de ziekte van Parkinson, essentiële tremor of dystonie. Andere zijn refractaire pijnsyndromen, epilepsie ...

In het operatiekwartier wordt met de O-arm een preoperatieve stereotactische CT uitgevoerd om de planning en plaatsing van de elektroden te begeleiden. Onmiddellijk na de plaatsing kan opnieuw een CT-scan uitgevoerd worden. Deze beelden worden ingeladen in het navigatiesysteem om tijdens de procedure te controleren of de locatie van de elektroden overeenkomt met de plaats die vooraf was gepland en ze onmiddellijk aan te passen indien dit niet het geval blijkt. Dit bespaart de patiënt een eventuele heroperatie, wat voorheen wel vrij courant was.

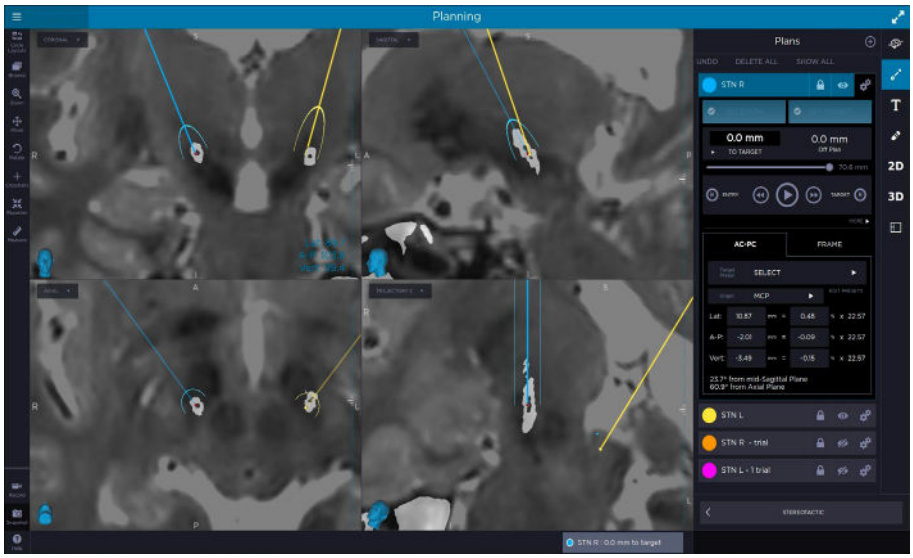
Met behulp van de O-arm, in combinatie met het reeds aanwezige navigatiesysteem, is het mogelijk om beter te navigeren, schroeven heel precies te plaatsen en de locatie onmiddellijk te controleren.



SPINALE INSTRUMENTATIE

Wanneer spinale ingrepen (zowel cervicaal, thoracaal als lumbaal) de plaatsing van vreemd materiaal zoals schroeven omvatten, gebeurde dit vroeger steeds met behulp van fluoroscopische controle. Dit vraagt heel wat ervaring van de chirurg en kan nooit met absolute zekerheid een correct resultaat garanderen. Volgens meerdere studies zou deze methode voor gemiddeld 10 procent van de schroeven tot een verkeerde plaatsing leiden.

Met behulp van de O-arm, in combinatie met het reeds aanwezige navigatiesysteem, is het mogelijk om beter te navigeren en de schroeven heel precies te plaatsen. Onmiddellijke controle van de locatie geeft meer zekerheid en helpt ook hier heroperaties te vermijden. De totale duurtijd van de ingreep neemt niet toe mits de scanner bestuurd wordt door getraind personeel.



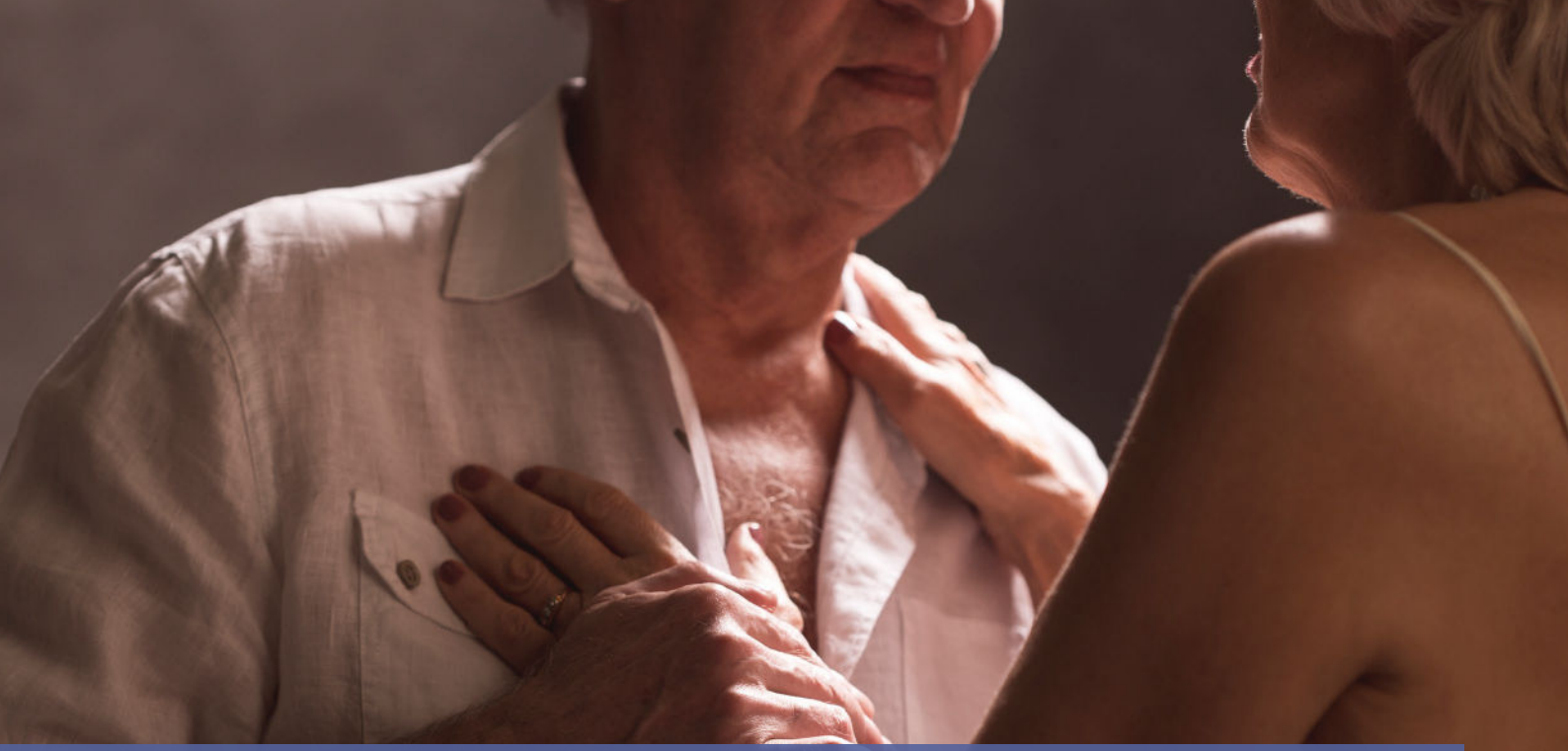
Bij een diepe hersenstimulatie ofwel Deep Brain Stimulation (DBS)-procedure plaatst de neurochirurg elektroden in de hersenen. De O-arm maakt het mogelijk om onmiddellijk na de plaatsing opnieuw een CT-scan uit te voeren. Daarop volgt controle of de locatie van de elektroden ook echt overeenkomt met de plaats die vooraf was gepland. Indien niet, kan een onmiddellijke aanpassing gebeuren.

AUTEUR

dr. Alexander Janssen
dienst Neurochirurgie campus Sint-Jan

Meer info beschikbaar in de azlink-app

Available on the App Store | Google play



Seks is, maakt en blijft gezond: **seksualiteit en ouderdom**

dr. Elisabeth Vander Stichele // *dienst Geriatrie, campus Henri Serruys*
An-Sofie De Boi en Dries Fieremans // *dienst Klinische psychologie, campus Sint-Jan*

Sinds kort zijn in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende niet minder dan drie seksuologen actief, een bijzonderheid in de regio. Een van hen maakte bovendien de aparte studiecombinatie geriater-seksuoloog. Ze deed voor haar eindwerk onderzoek naar het beleid omtrent seksualiteitsbeleving in de Vlaamse woonzorgcentra en kwam tot de vaststelling dat ouderenzorg nog tekortschiet waar het intimiteit en seksualiteit betreft.

HIAAT IN DE SEKSUOLOGIE

Vanuit een wijdvertakte nieuwsgierigheid koos dr. Elisabeth Vander Stichele in eerste instantie voor de studie geriatrie vanwege de allesomvattendheid ervan. Naast de medische polyproblematiek van ouderen, treden de sociale, ethische, filosofische en psychologische aspecten van zorgverlening in deze discipline vaak meer op de voorgrond. Na tien jaar activiteit als geriater, dreef haar honger naar kennisuitbreiding haar ertoe om ook seksuologie te studeren. Reeds tijdens haar carrière als geriater had ze de aandacht voor de seksualiteitsbeleving van ouderen opgemerkt als een hiaat in de seksuologie en bij uitbreiding in de zorgverlening.

Een hiaat dat aan invulling toe is. De huidige generatie ouderen zijn nog opgegroeid in tijden waarin seksualiteit sterk in de taboesfeer hing. Naarmate de volgende generaties zich aandienen, zal de behoefte stijgen aan erkenning van de nood aan intimiteit en seksualiteit die ook bij ouderen leeft. Hoewel de problematiek in de eerste plaats de woonzorgcentra betreft, zijn er in een ziekenhuis evengoed geriatrische afdelingen waar langere opnameperioden gebruikelijk zijn en het probleem zich bijgevolg kan stellen.

SEKS HOORT BIJ GEZONDHEID

Het gaat bovendien om een onderkend aspect van de gezondheid en essentieel onderdeel van de zorgverlening. Naast aandacht voor de impact van ziekte en functieverlies op de seksualiteitsbeleving, is het bevorderen van een bevredigend seksueel leven belangrijk voor ons welbevinden. Hoewel er vaak wordt aangenomen dat ouderen niet meer bezig zijn met seks, blijft seksuele gezondheid op oudere leeftijd net zo goed een belangrijk aspect van de gehele gezondheid. Seksualiteit blijft voor veel oudere mannen en vrouwen een belangrijk onderdeel van hun leven, en draagt bij tot hun psychisch welzijn. Het zou dan ook integraal deel moeten uitmaken van een holistische geriatrische zorgverlening.

VERANDERINGEN EN UITDAGINGEN

Ouder worden gaat gepaard met vele veranderingen en uitdagingen: op lichamelijk vlak, maar zeker ook op psychosociaal niveau. Op het vlak van intimiteit en seksualiteit vinden er eveneens veranderingen plaats naarmate men in leeftijd vordert.

SEKSUALITEITSBELEVING

Een eerste uitdaging op het pad van iemand die een jaartje ouder wordt, is de manier waarop deze seksualiteit beleeft. Hoe iemand als twintiger of dertiger seksualiteit ervaart, ziet er anders uit dan hoe dat op latere leeftijd gebeurt. Seks zoals gekend in de jonge jaren is niet steeds haalbaar op oudere leeftijd. Doorheen de jaren maakt iemand veel veranderingen mee. Ook op het vlak van

Aandacht voor de seksualiteitsbeleving van ouderen vormt een hiaat in de seksuologie en bij uitbreiding in de zorgverlening.

seksualiteit moet men vaak zoeken naar hoe men kan omgaan met deze veranderingen. Andere aspecten van seksualiteit, zoals strelen, elkaar knuffelen, elkaar aanraken, naast elkaar liggen ... winnen met de tijd vaker aan belang. Een groot aantal seksueel actieve ouderen meldden dat seks op latere leeftijd leuker wordt dan vroeger, omdat het minder gericht is op eenzijdige coïtus met orgasme als einddoel.

LICHAMELIJKE ONGEMAKKEN

Ook lichamelijk kan men naarmate de leeftijd vordert voor uitdagingen komen te staan. Ziektes kunnen rechtstreeks of onrechtstreeks, door medicatie, een invloed uitoefenen op bepaalde seksuele variabelen. Ouderen krijgen meer te maken met erectiemoeilijkheden, droger worden van de vagina, sneller moe worden, meer tijd nodig hebben om opgewonden te raken ... Dit kan een verlieservaring zijn, die de nodige aanvaarding en aanpassing vergt van de patiënt en van het koppel. Daarentegen kunnen deze veranderingen een opportuniteit betekenen. Zo kan er gezocht worden naar andere manieren van vrijen, die anders, maar even bevredigend zijn. Het ervaren van verlies of verandering in het seksueel functioneren hoeft dus absoluut geen eindpunt te zijn. Zo kan de intimiteit van een koppel potentieel even opwindend en bevredigend zijn, mits de nodige aanpassingen en mits het samen zoeken naar andere manieren van stimulatie. Gemeenschap is niet de enige manier om intimiteit en seksualiteit te beleven. Er valt net zo goed voldoening te halen uit masseren, elkaar bevredigen of samen masturberen. Een ouder koppel kan samen op zoek gaan naar nieuwe manieren om seksualiteit op een plezierige manier te beleven of naar manieren om lichamelijke ongemakken zoveel mogelijk te omzeilen.

PARTNERRELATIE

Daarnaast zijn er de uitdagingen in een partnerrelatie. Verschillen in de mate waarin en de manier waarop partners intimiteit willen beleven, kunnen doorheen de jaren extra uitvergroot raken. Daardoor komt men soms op een punt waar behoeftes nog moeilijk met elkaar te rijmen lijken. Als de één meer behoefte heeft aan seks dan de ander of partners in de loop der jaren in een sleur beland zijn, kan dit een bevredigend seksleven in de weg staan. Om misverstanden te vermijden, is het belangrijk om gevoelens en verlangens met de partner te kunnen bespreken. Door te weinig of op een verkeerde manier naar de signalen van de partner te luisteren, kan de ander zich afgewezen of niet begrepen voelen. Een verminderde intimiteit is een gedeeld verhaal van het koppel. Elkaar respecteren, elkaar vertrouwen, behoeftes en verlangens bespreken, hoort ook bij intimiteit. Respect voor en acceptatie van de gevoelens en behoeftes van beide partners creëert de meest gunstige omstandigheden om onder meer ook seksueel functioneren te doen slagen.

ROLVERSCHUIVINGEN

Wanneer een van de twee partners te maken krijgt met ziekte is het niet altijd makkelijk om naast verzorger ook nog romantische partner te zijn. De rollen in een relatie kunnen door ziekte veranderen. De behoefte aan seksualiteit kan eveneens veranderen. De ene partner kan seksueel contact, aanrakingen, troost, genegenheid missen in deze periode. Zaken die voor de ziekte wel konden, kunnen soms niet meer en relationele problemen kunnen op de voorgrond treden door een ziekte. Ook hier blijft het belangrijk dat partners met elkaar blijven communiceren over hun eigen noden, behoeftes en grenzen, en te zoeken naar een nieuwe balans. Het kan bijvoorbeeld helpen om situaties te scheppen waarbij de zieke partner even geen patiënt meer is.

VERLIES

Ouder worden houdt vaker de confrontatie met het verlies van een partner in. De seksualiteit die men vroeger met twee kon beleven, dient soms verder alleen of met een nieuwe partner geëxploreerd te worden. Sommigen willen na het verlies van hun partner graag een nieuwe partner ontmoeten, anderen hebben meer behoefte aan nieuwe vriendschappelijke contacten.

TABOES

Tot slot maken de negatieve attitudes en taboes rond seksualiteit en ouderen die in onze westerse maatschappij leven seksualiteit soms moeilijk bespreekbaar. Ouderen gaan daardoor twijfelen of hun verlangen naar seksualiteit en intimiteit wel nog normaal is. Seks wordt binnen onze maatschappij nog vaak geassocieerd met jeugdigheid. Taboes en mythes staan een gezond seksleven voor ouderen nogal eens in de weg. Seksualiteit moet op alle leeftijden bespreekbaar zijn. De mogelijkheden om dit onderwerp aan bod te brengen, zijn, ook vandaag nog, eerder beperkt. Mogelijk weten mensen niet bij wie ze terechtkunnen, speelt schaamte een rol in het niet zoeken naar hulp of denken mensen dat hun probleem normaal is.

BESPREEKBAAR MAKEN

Net omdat seksuele gezondheid een belangrijk onderdeel vormt van de algemene gezondheid is het belangrijk om seksualiteit in de praktijkruimte te bevragen of te bespreken. Door als zorgverlener het onderwerp zelf aan te kaarten, zorgt dit bij velen voor een geruststelling en op die manier weet men dat het geen taboe in het gesprek hoeft te zijn. Het beluisteren van het verhaal biedt de mogelijkheid om erkenning en normalisering te bieden en om eventuele verdere zorg te voorzien. Binnen het Comprehensive Geriatric Assessment voorzien de interne liaison en het dagziekenhuis van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV nu al in een systematische bevraging van de seksualiteitsbeleving, maar nog niet alle zorgverleners en patiënten zijn toe aan een Geriatric Sexuality Inventory. Naar de toekomst toe groeit de huidige aanpak hopelijk gaandeweg uit tot een goed onderbouwd seksualiteitsbeleid. Een beleid waar ook de geriatrische patiënt zelf en diens mantelzorgers bij betrokken worden en dat in rekening neemt dat er niet zoiets bestaat als de prototypische oudere. Wel vallen er grosso modo drie groepen ouderen te onderscheiden, die elk om een specifieke benadering vragen:

Het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV maakte een positieve keuze voor gezondheidspromotie met de investering in de tewerkstelling van drie seksuologen. Twee van hen zijn actief op campus Sint-Jan. An-Sofie De Boi behandelt er de seksuologische vragen op een ziekenhuisbreed niveau en Dries Fieremans neemt voornamelijk oncologische vragen voor zijn rekening.

- **De vitale, gezonde ouderen**
  Bij deze groep gaat het erom de preservatie van hun seksualiteitsbeleving te eerbiedigen als een basisrecht.
- **De kwetsbare ouderen**
  Hier is het vooral belangrijk om erover te waken dat zij geen discriminatie ondervinden op basis van het feit dat ze niet langer 100 % zelfstandig kunnen zijn door hun de mogelijkheid te ontnemen seksualiteit te beleven.
- **Dementerende ouderen**
  Zij vormen de grootste uitdaging. Het komt er vooral op aan hun seksualiteitsbeleving niet automatisch af te doen als ongewenst gedrag, want ook bij hen ontstaat dit vanuit dezelfde natuurlijke behoeftes, die ze evenwel niet langer op de juiste manier kunnen uitdrukken. Zoeken naar gerichtere, meer gecontroleerde uitlaatkleppen vormt voor hen een mogelijke oplossing.

POSITIEVE KEUZE VOOR GEZONDHEIDSPROMOTIE

Met de investering in de tewerkstelling van drie seksuologen maakte het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV alvast een positieve keuze voor gezondheidspromotie. Wie dieper wil ingaan op seksualiteit of de verdere zorg rond seksualiteit, is daarvoor aan het juiste adres bij een van hen. Dr. Elisabeth Vander Stichele werkt als geriater-seksuoloog op de dienst Geriatrie van campus Henri Serruys. Dries Fieremans, klinisch psycholoog en seksuoloog van opleiding, neemt op campus Sint-Jan voornamelijk oncologische vragen voor zijn rekening. Klinisch psycholoog en seksuoloog An-Sofie De Boi behandelt op campus Sint-Jan de seksuologische vragen op een ziekenhuisbreed niveau.

AUTEUR

dr. Elisabeth Vander Stichele
dienst Geriatrie campus Henri Serruys

MEDICAL **MYSTERY** Case

Een jonge vrouw in plotse tetanie?

Een 35-jarige jonge moeder van Afghaanse afkomst meldt zich aan op de dienst Spoedopname. In de loop van de nacht zijn haar armen en benen verkrampt. De zoektocht naar de mogelijke oorzaak begint ...

Op de spoedopname meldt een 35-jarige vrouw van Afghaanse afkomst zich aan met verkramping van de armen en benen. De symptomen zijn in de afgelopen nacht opgekomen. De vrouw is zeven maanden geleden bevallen van een zoontje. Ze geeft borstvoeding. Bij navraag zou ze een verhoogde bloeddruk hebben, waarvoor amlodipine was gestart. Er zijn geen andere klachten en geen bijzonderheden in haar persoonlijke en familiale anamnese.

Bij het klinisch onderzoek is er inderdaad sprake van tetanie, angst, tachycardie (120/min) en hypertensie (185/115 mmHg). De bloeddruk daalt tijdens de spoedopname tot 155/111 mmHg. De patiënte heeft geen koorts en heeft een normale zuurstofsaturatie. Een arterieel bloedgas toont een ernstige hypocalciëmie en milde hypokaliëmie. Een elektrocardiogram toont een sinusale tachycardie, met normale R-progressie en een normale QTc (7 mm, QTc 423 msec).

Ze wordt opgenomen op de dienst Intensieve zorgen, waar gestart wordt met intraveneuze calciumsubstitutie. De hypocalciëmie recupereert snel na vitamine D-substitutie. De hypokaliëmie blijkt moeilijker te controleren en daalt ondanks substitutie tot 2,68 mmol/L. Er is een hoge kaliumnood en de tensie blijft relatief hoog op intensieve zorgen.

Wat is er aan de hand?

Tabel 1: Biochemie bij opname

Serum		referentiewaarden
Natrium (mmol/L)	140	135-145
Kalium (mmol/L)	- 3.0	3.6-5.0
Chloride (mmol/L)	108	98-107
Carbonaat (mmol/L)	- 21.9	22.0-30.0
Calcium (mmol/L)	- 1.57	2.10-2.55
Geïoniseerd Ca (mmol/L)	- 0.87	1.15-1.35
Fosfor (mmol/L)	- 0.73	0.81-1.45
Magnesium (mmol/L)	0.75	0.65-0.95
Osmolaliteit (mOsmol/kg)	280	275-295
Glucose (mg/dL)	115	74-106
Creatinine in serum (mg/dL)	- 0.31	0.52-1.04
Ureum (mg/dL)	- 12.7	15.0-36.5
Eiwit serum (g/L)	75	63-82
Albumine (g/L)	42	35-50
TSH (mU/L)	2.120	0.465-4.680
vrij T4 (pmol/L)	12.3	10.0-28.2
Cortisol (µg/dl)	26.4	
Vitamine D (µg/L)	+ <8.0	>30.0
PTH intact (ng/L)	+ 217.3	15.0-65.0
Urinestaal		**referentiewaarden**
Natrium (mmol/L)	197	30-90
Kalium (mmol/L)	48.0	17-145
Chloor (mmol/L)	189	18-209
Creatinine in urine (g/L)	0.29	
Kalium per g creatinine (mmol/g creat)	165.52	
Magnesium (mmol/l)	2.41	0.49-7.69
Calcium in urine (mmol/L)	2.400	0.125-8.920
Fosfor in urine (mmol/L)	8.20	2.30-48.00
PTH intact (ng/L)	+ 217.3	15.0-65.0

MEER INFORMATIE:

dr. Eva Van Caenegem, dr. Annick Van den Bruel en dr. Youri Taes
dienst Endocrinologie campus Sint-Jan

dr. Eline Van Brantegem
dienst Intensieve zorgen campus Sint-Jan

dr. Tom Feryn
dienst Algemene, kinder- en vaatheelkunde campus Sint-Jan

Neuroloog, neurochirurg en algoloog bundelen krachten tegen **trigeminusneuralgie**

dr. Olivier Deryck en dr. Annelies Van Dycke // *dienst Neurologie, campus Sint-Jan*
dr. Christ Declerck // *Pijnkliniek, campus Sint-Jan*
dr. Stijn De Muynck // *dienst Neurochirurgie, campus Sint-Jan en AZ Sint-Lucas Brugge*

Patiënten met trigeminusneuralgie ondergingen vaak reeds meerdere, soms ingrijpende behandelingen vooraleer de diagnose wordt gesteld. Een snelle en correcte diagnose van het klinisch syndroom, gericht onderzoek naar de onderliggende oorzaak en een correcte behandeling vereisen een gecoördineerde aanpak. Om hieraan tegemoet te komen, werkten de diensten Neurologie, Neurochirurgie en de Pijnkliniek een multidisciplinair zorgprogramma uit voor een evidence-based aanpak en behandeling van trigeminusneuralgie.

CHRONISCH PIJNSYNDROOM

Trigeminusneuralgie (TN) is een invaliderend chronisch pijnsyndroom, gekenmerkt door spontane of uitgelokte aanvallen van een zeer hevige, schietende pijn in een zone van het gelaat. Met een incidentie van 4 à 5 per 100.000 per jaar is het de meest voorkomende neuralgie. De diagnose wordt evenwel vaak laattijdig gesteld. De aandoening komt vooral voor op middelbare en oudere leeftijd (60-70 jaar), iets vaker bij vrouwen dan bij mannen. Ze is zeldzaam bij kinderen en adolescenten. De meest ernstige vormen hebben vaak een belangrijke weerslag op de levenskwaliteit.

Afwezigheid van een neurovasculair conflict ter hoogte van de trigeminus, onvoldoende effect of te veel bijwerkingen bij medicamenteuze therapie en blijvende neuropathische pijnsensatie na MVD zijn indicaties voor radiofrequente thermolaesie van het ganglion van Gasser.

KLINISCHE KENMERKEN EN DIAGNOSE

De diagnose TN wordt gesteld op basis van de drie meest typische klinische kenmerken, zoals ook weergegeven in de ICHD-3-classificatie van de International Headache Society (IHS):

- Aanvallen van een plotse, zeer hevige, schietende (elektrische) pijn gedurende een korte tijdspanne (1 seconde tot 2 minuten).
- Strikt beperkt tot het bezenuwingsgebied van één of meerdere takken van de nervus trigeminus (V2 en V3 vaker dan V1). (Fig. 1).
- Meestal (> 90 %) uitgelokt door triggers zoals aanraking van een specifiek triggerpunt bij het wassen, scheren, blootstelling aan wind, praten, eten etc.

Bij anamnese kunnen zes eenvoudige vragen tot diagnose leiden:

1) Gaat het om pijn die zich in aanvallen voordoet in het aangezicht?
2) Zijn de meeste aanvallen van korte duur (van een seconde tot een paar minuten)?
3) Zijn de aanvallen soms ultrakort?
4) Beperken de aanvallen zich tot één zijde van het gezicht (zijn ze unilateraal)?
5) Komen de aanvallen voor in de distributie van de nervus trigeminus?
6) Is er sprake van unilaterale autonome symptomen?

Symptomatische en pijnvrije periodes van weken tot maanden kunnen elkaar afwisselen, maar spontane volledige remissie is zeldzaam. Een vierde tot de helft van de patiënten ontwikkelt bijkomend een continue neuropathische achtergrondpijn. Het klinisch gevoelsonderzoek van het gelaat is doorgaans normaal.

TN dient te worden onderscheiden van gelaatspijn door maxillofaciaal trauma, dentale oorzaken en trigeminusneuropathieën in het kader van reumatologische aandoeningen (systeemlupus of het syndroom van Sjögren).

OORZAKEN

De IHS ICHD-3-classificatie onderscheidt 3 types van TN.

- **Klassieke (primaire) TN**
  De klassieke TN (ongeveer 75 %) wordt veroorzaakt door compressie van het meest proximale deel van de nervus trigeminus net buiten de hersenstam (root entry zone) door een overkruisende arterie. Met specifieke sequenties op een MRI (Fig. 2) is het mogelijk om dit neurovasculair conflict aan te tonen.
- **Secundaire TN**
  Bij secundaire TN (ongeveer 15 %) is een letsel in de hersenstam (meestal demyelinisatie bij multiple sclerose) of in de brughoek (compressie van de root entry zone door goedaardige tumoren zoals meningeomen, vestibulaire schwannomen, epidermoïdcysten) de oorzaak. Een meer oorzakelijke behandeling is in dit geval aan de orde.

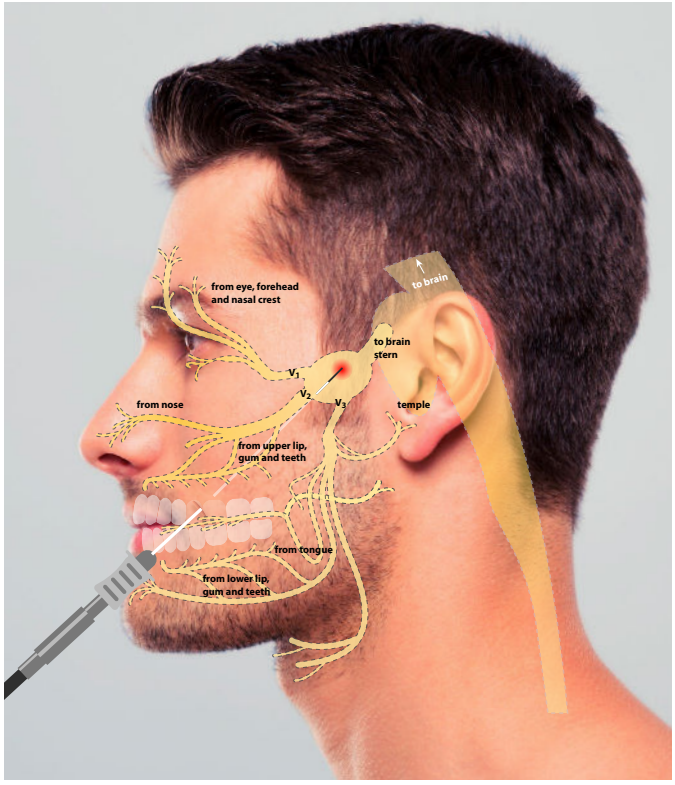


Fig. 1. Bij radiofrequente thermolaesie van het ganglion van Gasser positioneert de arts een SMK-naald in het foramen ovale en verricht een motorische stimulatie om een contractie van de masseterspier uit te sluiten bij lage stimulatie.

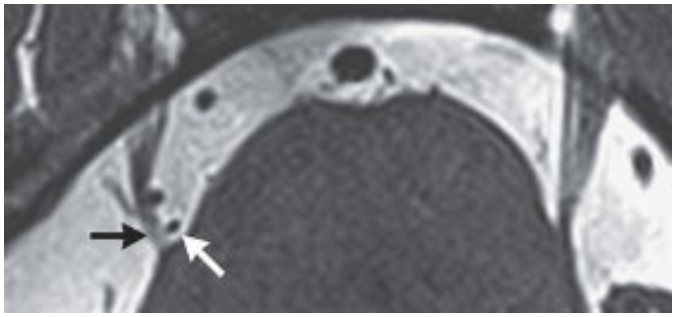


Fig 2. MRI toont het neurovasculair conflict tussen het bloedvat (witte pijl) en de root entry zone van de nervus trigeminus, met verplaatsing van de zenuw (zwarte pijl).

- Idiopathische TN
Ongeveer 10 % heeft geen duidelijke oorzaak en wordt idiopathische TN genoemd.

Een MRI-scan heeft in eerste instantie als doel mogelijke oorzaken van secundaire TN (brughoektumor of MS) uit te sluiten, maar kan ook vaak het neurovasculair conflict in het licht stellen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De eerstekeuzebehandeling is conservatief, medicamenteus. Ze heeft als doel de drempel voor ontlading in de zenuw te verhogen.[1,2]

Anti-epileptica

Dit doel probeert men in de eerste plaats met anti-epileptica te bereiken.

De eerste keuze gaat daarbij uit naar carbamazepine (Tegretol CR). Evidentie uit gerandomiseerde trials ten opzichte van placebo toont een number needed to treat van 1,5 voor Tegretol CR. Het effect kan echter wisselend zijn in de loop van de tijd. Bij 69 % wordt een effectieve behandeling bereikt, maar bij 20 % van deze populatie blijkt een resistentie te ontstaan tussen de twee maanden en tien jaar na de start van de behandeling. Oxcarbazepine (Trileptal) zou even efficiënt zijn, met mogelijk minder bijwerkingen. Dit stellen de guidelines vaak als alternatief voor.

Lamotrigine (Lamictal) is het tweede meestgebruikte anti-epilepticum als behandeling voor TN, met evidentie uit een dubbelblinde placebogecontroleerde cross-over studie.

Voor fenytoïne (Diphantoïne) zijn er drie ongecontroleerde open studies die een positief effect aantonen. Voor de andere anti-epileptica (gabapentine, pregabaline, levetiracetam, valproaat en clonazepam) is er duidelijk minder (tot geen) evidentie in de literatuur.

Spierrelaxans

Naast de anti-epileptica wordt ook lioresal (Baclofen) gebruikt. Een Cochrane review oordeelde echter dat er onvoldoende evidentie is voor gebruik bij TN.

Opmerking: enkel Tegretol CR vermeldt de indicatie voor behandeling van TN in de bijsluiter. De andere zijn off-label.
Bij medicamenteuze behandeling van TN is het belangrijk om snel te starten met een efficiënte behandeling en op te bouwen tot een therapeutische dosis. In de eerste lijn gaat de keuze uit naar carbamazepine. Indien dit onvoldoende effect oplevert of bij intolerantie of contra-indicatie, wordt snel overgegaan tot lamotrigine. Bij faling van twee goedgedoseerde behandelingen, verwijst de neuroloog de patiënt door naar de neurochirurg of de pijnkliniek, afhankelijk van het resultaat van de beeldvorming.

MICROVASCULAIRE DECOMPRESSIE (MVD)

Bij primaire TN wordt de pijn in de overgrote meerderheid van de gevallen (90 %) veroorzaakt door een neurovasculair conflict. Als er onvoldoende beterschap optreedt onder medicamenteuze behandeling geldt een microvasculaire decompressie (MVD) volgens Jannetta als eerste keuze voor invasieve behandeling. Deze ingreep is voor het eerst beschreven door de Amerikaanse neurochirurg Peter Jannetta in 1967. Ze bestaat erin om, via een beperkte craniotomie achter het oor, de nervus trigeminus te bereiken en het conflict met de comprimerende arterie en/of vene op te heffen. De neurochirurg maakt hierbij vaak gebruik van een stukje teflon om dit tussen de zenuw en het bloedvat te schuiven.

De succesratio van MVD is hoog. Na 1 jaar blijven patiënten in 81 % van de gevallen pijnvrij.[3] Ook op langere termijn, na 10 jaar, blijft 70 % volledig pijnvrij zonder medicatie. Bijkomend is 4 % blijvend beter dan preoperatief.[4] Het complicatierisico is daarenboven laag (1-2 %). De voornaamste operatieve risico's zijn liquorlekkage, paresthesieën in het gelaat en gehoorsdaling.

RADIOFREQUENTE THERMOLAESIE GANGLION VAN GASSER

Bij de oudere patiënt met belangrijke comorbiditeit(en) valt radiofrequente thermolaesie van het ganglion van Gasser

te overwegen. Deze behandeling kent een minder gunstige uitkomst dan chirurgie, maar ze is minder invasief en gaat met een lagere morbiditeit en mortaliteit gepaard.

Indicaties

- Bij afwezigheid van een neurovasculair conflict ter hoogte van de trigeminus.
- Bij onvoldoende effect of te veel bijwerkingen bij medicamenteuze therapie.
- Bij blijvende neuropathische pijnsensatie na MVD.

De ingreep gebeurt onder sedatie, met een C-arm om het foramen ovale in de schedel te identificeren. De arts positioneert een SMK-naald in het foramen ovale en verricht een motorische stimulatie om een contractie van de masseterspier uit te sluiten bij lage stimulatie. Eens de patiënt wakker en aanspreekbaar is, wordt een sensibele stimulatie met paresthesieën in de pijnzone verwacht. Een drempelwaarde tussen de 0,1 en 0,2 V is het streefdoel. Bij een correcte positie en adequate stimulatie maakt de arts een laesie van 67° gedurende 1 minuut. Op basis van de tweede sensibele stimulatie wordt beslist om al dan niet een tweede laesie aan te brengen.

De percutane radiofrequente procedure heeft een zeer lage morbiditeit en mortaliteit. Zeldzame bijwerkingen zijn anesthesia dolorosa, hypesthesie van de cornea, een keratitis en een voorbijgaande parese van de derde en vierde hersenzenuw. De meeste bijwerkingen zijn een parese van de musculus masseter en een tijdelijke opzetting of hematoom van de wang.

CRYOTHERAPIE

Voor gelokaliseerde neuropathische pijn in het aangezicht is cryo-analgesie van een aangezichtszenuw, zoals bijvoorbeeld een infraorbitale zenuw of een nervus mentalis, een alternatief. De zenuw wordt bevroren onder echogeleide, wat de pijnprikkel stopzet voor enkele maanden.

Op verwijzing mag een patiënt met mogelijk TN al snel op een eerste consultatie bij de neuroloog rekenen. Na bevestiging van de klinische diagnose volgt een NMR van de hersenen om secundaire TN uit te sluiten. Vervolgens wordt de medicamenteuze behandeling gestart. Bij onvoldoende effect of bijwerkingen wordt de patiënt, afhankelijk van de oorzaak en diens profiel, doorverwezen naar de neurochirurg voor een MVD of naar de pijnkliniek voor radiofrequente thermolaesie van het ganglion van Gasser. Complexe casussen bespreken de leden van het multidisciplinair team onderling.

Bekijk een fragment van een MVD-ingreep volgens Jannetta op azlink.be

Vermoeden van een trigeminusneuralgie

Verwijzing neurologie

1. Klinisch nazicht: bevestiging of verwerping van de diagnose
2. Medicamenteuze behandeling
3. NMR hersenen

Bij onvoldoende effect of bijwerkingen van de medicatie:

Neurovasculair conflict op NMR → **Verwijzing neurochirurgie** microvasculaire decompressie van de N. Trigeminus

Geen neurovasculair conflict op NMR → **Verwijzing pijnkliniek**

VERWIJZEN

Neem bij vermoeden van TN bij een van uw patiënten contact op met het secretariaat van de dienst Neurologie (050 45 23 70) met de vraag om een dringende afspraak voor de patiënt in kwestie, wegens vermoeden van trigeminusneuralgie.

REFERENTIES

1. Attal et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. 2010
2. Cruccu G et al. Trigeminal Neuralgia. N Engl J Med 2020
3. Janetta PJ. Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons in patients with trigeminal neuralgia. J Neurosurgery 1976; 26: 159-162
4. Barker FG, Janetta PJ, Bissonette DJ, PAC, Larkins MV, Jho HD. The long-term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. N Engl J Med 1996; 334:1077-1083

AUTEURS

V.l.n.r.: **dr. Christ Declerck** - *Pijnkliniek, campus Sint-Jan,* **dr. Stijn De Muynck** - *dienst Neurochirurgie, campus Sint-Jan en AZ Sint-Lucas Brugge,* **dr. Annelies Van Dycke** - *dienst Neurologie, campus Sint-Jan,* **dr. Olivier Deryck** - *dienst Neurologie, campus Sint-Jan*

MEDICAL **MYSTERY**

Oplossing

Een jonge vrouw in plotse tetanie?

Een primair hyperaldosteronisme en een ernstige vitamine D-deficiëntie lagen aan de basis van het ziektebeeld. De aldosteron/renine-ratio was sterk verhoogd (renine onderdrukt < 0,5 µIU/ml; aldosteron 45-63 ng/dl, ratio 90-160). De CT bijnieren toonde inderdaad een adenoom ter hoogte van de rechterbijnier (23 x 10 x 14 mm). (Fig. 1). Op beeldvorming was dit vetrijk (0 Houndsfield units). De opstart van spironolactone zorgde voor een stabilisatie van de kaliumnood. Aan de patiënte werd eveneens gevraagd om de borstvoeding te stoppen. Zij werd uit het ziekenhuis ontslagen. Op korte termijn werd heelkunde gepland. De rechter bijnier met het adenoom werd succesvol laparoscopisch verwijderd. De hypertensie verminderde, het ionogram normaliseerde zonder kaliumnood en de adrenale functie bleef behouden door de contralaterale bijnier. Na normalisatie van de vitamine D-spiegel en van het ionogram had de patiënte geen klachten meer van pijn of spierzwakte.

HYPOKALIËMIE DOOR PRIMAIR HYPERALDOSTERONISME

De combinatie van hypertensie en hypokaliëmie kan primair hyperaldosteronisme zijn.

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

De renale kaliumexcretie is te hoog in verhouding tot de hypokaliëmie, zowel de absolute waarden (> 30 mmol/L) als genormaliseerd voor creatinine (> 13 mmol/g creatinine), wat wijst op een renaal kaliumlek. In de differentiaaldiagnose van hypokaliëmie met renaal kaliumverlies (Tabel 2, p. 17) passen in dit geval dan vooral een verhoogde excretie van mineralocorticoïden en genetische nefropathieën (syndroom van Liddle, Bartter of Gitelman).

De analyse van aldosteron en renine geeft ons de diagnose: een hoog aldosteron en onderdrukt renine is de handtekening van primair hyperaldosteronisme.

EPIDEMIOLOGIE

Primair hyperaldosteronisme komt voor bij 5 à 10 % van de patiënten met hypertensie, zowel in de huisarts- als in de ziekenhuispraktijk (2 %, 8 % en 13 % bij respectievelijk milde, matige en ernstige hypertensie), en is de meest frequente oorzaak van endocriene hypertensie. De chronische hypokaliëmie geeft klachten van polyurie, nycturie, polydipsie, hoofdpijn, palpitaties, spierzwakte en krampen in armen en benen. Hoewel hypokaliëmie in het verleden als absolute vereiste werd gezien, heeft dit een lage sensitiviteit. In slechts 9 tot 37 % van de gevallen gaat primair hyperaldosteronisme gepaard met hypokaliëmie.

DIAGNOSE

Een screening naar primair hyperaldosteronisme gebeurt via de bepaling van aldosteron en renine en de berekening van de ratio[1] hiervan, onder welbepaalde omstandigheden. Na een afwijkende aldosteron/renine-ratio wordt de diagnose al of niet bevestigd door een tweede test, tenzij de aldosteron/renine-ratio bij herhaling overtuigend is. De tweede test is een zoutbelastingtest[2], waarbij het uitblijven van een onderdrukking van het aldosteron pathognomonisch is.

De oorzaak is een bijnieradenoom, unilaterale of bilaterale bijnierhyperplasie (60 %) of zeldzaam een bijniercarcinoom of familiaal hyperaldosteronisme. Omdat een toevallige vondst van een bijnieradenoom niet zeldzaam is en 60 % een bilaterale aandoening heeft die niet altijd duidelijk is op de CT-scan wordt soms een bijniervenesampling genomen.

BEHANDELING

De behandeling is chirurgisch (laparoscopische resectie van de pathologische bijnier) ofwel medicamenteus. Een aldosteronreceptorantagonist zoals spironolactone wordt voorgeschreven in geval van inoperabiliteit.
De cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit zijn hoger bij primair hyperaldosteronisme versus essentiële hypertensie bij een vergelijkbare graad van hypertensie. Zo komen CVA, AMI en VKF frequenter voor. Angst, depressieve symptomen en stress komen ook vaker voor. Adequate therapie verbetert de hypokaliëmie, verlaagt de dosissen van de antihypertensiva en kan ook cardiale en renale parameters verbeteren. Het loont dus de moeite om actief op zoek te gaan naar deze frequente, maar vaak vergeten pathologie. In tabel 3 is te vinden wanneer men er best aan denkt.

HYPOCALCIËMIE DOOR VITAMINE D-DEFICIËNTIE EN LACTATIE

Een vitamine D-deficiëntie lokt een secundaire hyperparathyreoïdie uit. Die heeft als doel het lichaam van voldoende calcium te voorzien door in te werken op de nieren, het bot en de darmen. Als ook dat mechanisme faalt vanwege te weinig vitamine D en te lage calciuminname en -opname treedt hypocalciëmie op. Hypocalciëmie bij lactatie komt voor bij sommige zoogdieren. Er zijn case reports beschreven over vrouwen met hypocalciëmie tijdens de borstvoeding. Het hoge PTH normaliseert volledig na vitamine D-substitutie.

Er waren bij deze vrouw geen argumenten voor malabsorptie en zowel klinisch als op beeldvorming geen argumenten voor osteomalacie.

[1] Als screeningstest doet men een meting van aldosteron en renine op hetzelfde moment, in normotensieve omstandigheden en bij normokaliëmie (zo nodig met substitutie). De bloedafname gebeurt in de voormiddag, na 15 minuten zitten als de patiënt voordien al in totaal 1 à 2 uur heeft rondgelopen. Niet alleen de afname-omstandigheden, maar ook de concomitante medicatie en zoutinname in de weken voordien zijn hierbij belangrijk. Een aldosteronantagonist en kaliumverliezend diureticum wordt vervangen voor minimum 4 weken. Als het resultaat inconclusief is, moeten ook betablokker, centrale alfa-2 agonisten, NSAID's en RAAS-blokkers worden vervangen.

[2] Dit kan door middel van intraveneuze toediening van 2 liter isotone zoutoplossing over 4 uur, of door 3 dagen verhoogde zoutinname (minimum 5 g per dag). Zoals bij de vorige afname moet dit gebeuren bij een goed gecontroleerde bloeddruk en normokaliëmie.

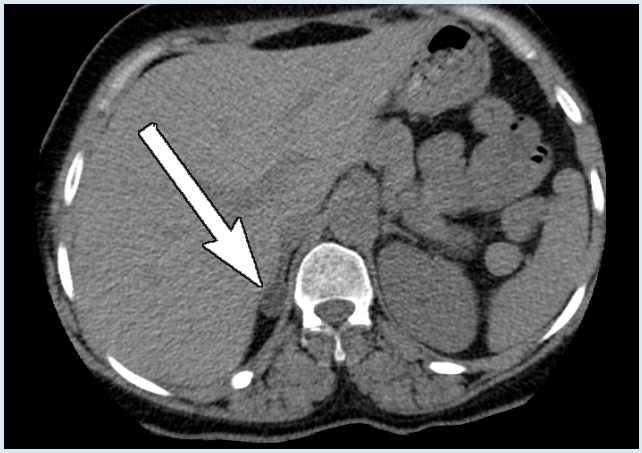


Fig. 1. CT-beeld adenoom

REFERENTIES

[1] Funder J.W., Carey R.M., Mantero F., Murad M.H., Reincke M., Shibata H., Stowasser M., Young W.F.Jr.. The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, 2016, 101(5):1889–1916.

[2] Velema M., Dekkers T., Hermus A., Lenders J., Groenewoud H., Schultze L., Langenhujsen J., Prejbisz A., van der Wilt G-J. Quality of Life in Primary Aldosteronism: A Comparative Effectiveness Study of Adrenalectomy and Medical Treatment. J Clin Endocrinol Metab 2018, 103 (1):16-24.

[3] Kovacs CS, Chaktoura M and El-Hajj Fuleihan. Disorders of mineral and bone metabolism during pregnancy and lactation. Maternal-Fetal and Neonatal Endocrinology 2020.

Tabel 2: Differentiaaldiagnose van hypokaliëmie met renaal kaliumverlies	
Diuretica	lisdiuretica, thiazidediuretica, koolzuuranhydrase-inhibitoren
Verhoogde activiteit mineralocorticoïden	primair hyperaldosteronisme, congenitale bijnierhyperplasie, mineralocorticoïdeproducerend bijniercarcinoom, overmatig zoethoutgebruik
Niet-resorbeerbaar anion	ketonen bij ketoacidose, streng ketogeen dieet, hippuurzuur bij tolueengebruik (lijmsnuiven), hoge dosissen penicilline
Gastro-intestinaal verlies	overmatig gebruik van laxativa
Hypomagnesiëmie	diarree, acute pancreatitis, PPI-gebruik, calcineurine-inhibitoren, alcohol, HNF1beta-mutatie
Polyurie	primaire polydipsie, diabetes insipidus
Renale tubulaire acidose	bv. bij diarree
Amfotericine B	gebruik bij schimmelinfecties zoals invasieve aspergillose
Zoutverliezende nefropathie Syndroom van Bartter Syndroom van Gitelman	genetisch, autosomaal dominant, vaak normo- tot hypotensie effect gelijkaardig aan lisdiureticum effect gelijkaardig aan thiazidediureticum
Syndroom van Liddle	genetisch, autosomaal recessief, vaak hypertensie

Tabel 3: Primair hyperaldosteronisme: wie screenen?
Blijvend verhoogde bloeddruk > 150/100 mmHg (gemeten op verschillende dagen) resistent aan 3 verschillende antihypertensiva waaronder een diureticum
Goed gecontroleerde hypertensie (< 140/90 mmHg) bij gebruik van 4 of meer verschillende antihypertensiva
Hypertensie en spontane of diureticageïnduceerde hypokaliëmie
Hypertensie bijnierincidentaloom (toevallige vondst bijnierletsel)
Hypertensie en slaapapnoe
Hypertensie en familiale anamnese van vroeg ontstane hypertensie of cerebrovasculair accident op jonge leeftijd (< 40 jaar)
Alle eerstegraadsverwanten van patiënten met primair hyperaldosteronisme met hypertensie

Uit: Funder et al., J Clin Endocrinol Metab 2016

DOWNLOAD GRATIS!

De handige artsenlijst van het AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV

✔ Meer dan 350 telefoonnummers binnen handbereik

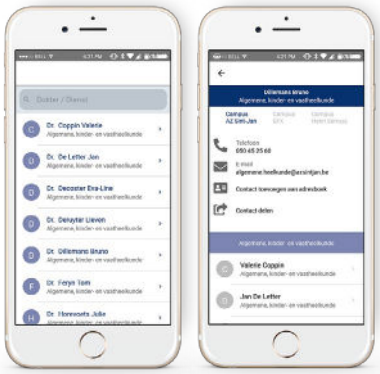
✔ Zoek op arts of dienst

✔ Alle gegevens in 1 oogopslag

Zoek naar 'Artsenlijst AZ Sint-Jan'

Available on the App Store

ANDROID APP ON Google play



az sint-jan
brugge - oostende av

NIEUWE ARTSEN

dr. Ian Buysschaert

Cardioloog

dienst Cardiologie, campus Sint-Jan

050 45 26 70
policardiologiesecretariaat@azsintjan.be

Na het behalen van zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2003, werkte dr. Ian Buysschaert tijdens zijn opleiding tot cardioloog in verschillende ziekenhuizen, waaronder één jaar in Sydney, Australië. Tussen 2006 en 2010 verrichtte hij wetenschappelijk basisonderzoek aan het VIB Vesalius Research Center van de KU Leuven, waar hij ook zijn doctoraat in de biomedische wetenschappen behaalde. Na zijn erkenning als cardioloog in 2011 spitste hij zich gedurende twee jaar verder toe op de interventionele cardiologie in het ZNA Middelheim in Antwerpen. Vanaf 2014 werkte hij op campus Aalst van het A.S.Z. als interventionele cardioloog. Naast percutane coronaire interventies was hij er ook medeverantwoordelijk voor de percutane behandeling van structureel hartlijden. Daarnaast was hij de oprichter en directeur van de Cardiovasculaire Studie Eenheid. Sinds 1 januari 2021 werkt dr. Buysschaert op campus Sint-Jan, waar hij zich zal toeleggen op de percutane behandeling van coronair en structureel hartlijden en verdere innovatie.

dr. Evelyne Linden

Revalidatiearts

dienst Fysische geneeskunde en revalidatie, campus Sint-Jan

050 45 29 00
sportgeneeskunde@azsintjan.be

In 2015 behaalde dr. Evelyne Linden haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven, waar ze in 2020 ook de opleiding fysische Geneeskunde en revalidatie voltooide.
Tijdens haar opleiding volgde ze stage in het UZ Leuven, het OLV Ziekenhuis in Aalst, AZ Delta in Roeselare en AZ Sint-Lucas Brugge. Verder behaalde ze ook het diploma sportgeneeskunde en manuele geneeskunde.

Op campus Sint-Jan zal zij de eerste twee jaar op halftijdse basis een bijkomende opleiding volgen voor erkenning in de functionele, sociale en professionele revalidatie. Hierbij zal ze zich bijkomend toeleggen op de handrevalidatie. Verder gaat haar speciale interesse uit naar musculoskeletale problematiek, met extra aandacht voor manuele geneeskunde, EMG-onderzoeken en echogeleide infiltraties. Ze koppelt deze opleiding aan een halftijdse tewerkstelling in het AZ Sint-Lucas Brugge.

dr. Kevin Van Laethem

Anesthesioloog - Intensivist

diensten Spoedopname en Anesthesie, campus Sint-Jan

050 45 21 93
operatiekwartier.brugge@azsintjan.be

Dr. Kevin Van Laethem is afkomstig uit Ninove en studeerde geneeskunde aan de UGent. Hij behaalde er zijn diploma als arts in 2014 en startte zijn specialisatie in de anesthesie en reanimatie op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Zijn verdere opleiding bracht hem naar het AZ Delta in Roeselare en naar het UZ Gent. In 2020 verkreeg hij de bijzondere beroepstitel voor de intensieve zorg na een bijkomende opleiding in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.

Dr. Van Laethem startte op 1 november 2020 als tijdelijk aangenomen arts-specialist in het departement Anesthesie. Hij zal zijn tijd verdelen tussen de diensten Spoedopname en Anesthesie. Enerzijds zal hij zich toeleggen op de verschillende aspecten van de dienst Spoedopname, met een specifieke aandacht voor de kritiek zieke patiënt. Anderzijds zal hij instaan voor de perioperatieve zorg van patiënten in het operatiekwartier. In 2021-2022 zal hij zijn opleiding vervolledigen door de bijzondere beroepsbekwaamheid in de urgentiegeneeskunde te behalen.

dr. Marie-Sofie Walgraeve

Radioloog

dienst Radiologie, campus Sint-Jan

050 45 21 01
rx.afspraken@azsintjan.be

Dr. Marie-Sofie Walgraeve behaalde in 2015 haar diploma algemene geneeskunde aan de KU Leuven en in 2020 haar diploma van algemeen radioloog in het UZ Leuven. Tijdens haar stagejaar stond ze gedurende drie maanden op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV als stagiair interne geneeskunde. Daar werkte ze ook tijdens de eerste twee jaren van haar assistentschap radiologie, van 2015 tot 2017. Tijdens haar laatste jaar als assistent in het UZ Leuven legde ze zich toe op mammografie, kinderradiologie en abdominale MRI. Ook bracht ze drie maanden door in het King's College Hospital in Londen voor een observership rond contrast-echografie. Sinds augustus 2020 is dr. Walgraeve aan de slag als algemeen radiologe op campus Sint-Jan, hoofdzakelijk op de afdeling echografie/mammografie, waar ze instaat voor algemene echografie, mammografie, biopsies, drainages, elastografie en contrastechografie. Daarnaast werkt ze ook regelmatig op de afdeling MRI, waar haar speciale interesse uitgaat naar abdominale, gynaecologische en foetale MRI.

dr. An Wauters

Spoedarts

dienst Spoedopname, campus Henri Serruys

059 55 51 01
spoedgevallen.oostende@azsintjan.be

Nadat ze in 2003 aan de KU Leuven afstudeerde als huisarts met brevet acute geneeskunde, werkte dr. An Wauters tot 2013 als spoedarts in verschillende ziekenhuizen. In die periode ging ze ook mee op verschillende buitenlandse missies van Artsen Zonder Grenzen. In 2013 behaalde ze haar specialisatie in de acute geneeskunde in het UZ Brussel. Sindsdien werkte ze in België op diverse spoedgevallendiensten. Haar werk op de dienst Spoedopname van campus Henri Serruys combineert ze met werken in Brussels Airport Medical Center, het medisch centrum van de luchthaven van Zaventem, en in de reiskliniek van het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen. Daar behaalde ze zowel haar diploma Tropische Geneeskunde als Publieke Gezondheid.

EDUCATIEF PROGRAMMA

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

Onze activiteiten blijven voorlopig digitaal doorgaan, hieronder een overzicht:

April 2021

AZ COLLOQUIA - Symposium urologie / nefrologie i.s.m. HABO: acute aanpak en preventie van nierstenen

Donderdag 1 april 2021 - 20.30 uur - webinar

Navormingsavond in samenwerking met HABO. De uroloog, de nefroloog en de huisarts bespreken elk vanuit hun invalshoek de nefrolithiasis. Eerst brengt de huisarts de pre-hospitalisatiefase en de follow-up aan bod. De uroloog bespreekt de tweedelijnsaanpak en de nefroloog duidt de metabole screening en de preventie.

Programma en inschrijving: academy.azlink.be

Staf Interne - Ethiek & Economie: prijszetting nieuwe medicatie

Donderdag 22 april 2021 – 19.00 uur – webinar

Inschrijving niet vereist.

Mei 2021

AZ COLLOQUIA - Symposium vertigoteam Brugge, een multidisciplinaire benadering: vertigo door verschillende brillen bekeken

Dinsdag 11 mei 2021 - 20.30 uur - webinar

Vertigo is een frequente klacht die vaak niet binnen één medische discipline thuis te brengen valt. Er is een brede differentiaaldiagnose en de origine kan ook multifactorieel zijn. De diagnosestelling laat vaak op zich wachten, wat voor een bijkomende lijdensdruk kan zorgen. Daarom koos campus Sint-Jan voor een holistische benadering van deze aandoening vanuit het vertigoteam. Dit verzekert een snelle interdisciplinaire doorverwijzing en een accurate multidisciplinaire diagnose.

Programma en inschrijving: academy.azlink.be

Staf Interne - Evidence-Based Medicine

Donderdag 20 mei 2021 – 19.00 uur – webinar

Inschrijving niet vereist.

Juni 2021

Staf Interne - COVID-19-pandemie

Donderdag 10 juni 2021 – 19.00 uur – webinar

Inschrijving niet vereist.

Volgt u ons al op **LinkedIn?**

azlink
www.azlink.be

az sint-jan
brugge - oostende av