azlink

Pulse voor de medische praktijk

Nº 51
Editie februari 2022
www.azlink.be

De neurochirurgen vullen brede algemene expertise aan met **superspecialisatie**

WE STARTEN MET EEN podcazt

Onze NKO-artsen als eersten aan de beurt.

az sint-jan
brugge - oostende av

Editie februari 2022

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

Werkten mee aan dit nummer
dr. Nikolaas Vantomme
dr. Stijn De Muynck
dr. Alexander Janssen
dr. Alexander Verhaeghe
dr. Patrick Deprez
dr. Jens Van Praet
dr. Ann-Marie Matthys
dr. Birgit Loveniers
Kris Tavernier
Sophie Vanwynsberghe
dr. Barbara Veys
dr. Louis Van Praet
Elke De Geeter
Anne-Mie Vansteelant
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

MIX
Papier van verantwoorde herkomst
FSC® C014697

INHOUD

Voorwoord 3

De neurochirurgen vullen brede algemene expertise aan met **superspecialisatie** 4-6
dr. Nikolaas Vantomme, dr. Stijn De Muynck, dr. Alexander Janssen en dr. Alexander Verhaeghe

Huidige aanpak van **acute enkeldistorsie en chronische enkelinstabiliteit** 7-9
dr. Patrick Deprez

Zeven jaar hiv-referentiecentrum Brugge: 10-11
tijd voor een terugblik
dr. Jens Van Praet

VOE stroomlijnt en centraliseert pre-operatieve voorbereiding 12-13
dr. Ann-Marie Matthys, dr. Birgit Loveniers, Kris Tavernier en Sophie Vanwynsberghe

MKA, nu ook op volledig vernieuwde locatie op campus SFX 14-15
dr. Barbara Veys

Reumatologie, therapie vandaag en de uitdagingen van morgen 16-18
dr. Louis Van Praet

Nieuwe artsen 19

Educatief programma 20

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

Al een hele tijd probeer ik het onderwerp van de blijvende coronavirusbesmetting te vermijden. We worden al dagelijks overspoeld met allerlei cijfers, gaande van het aantal besmettingen, via het aantal ziekenhuisopnames, tot opnames op intensieve zorgen en sterftecijfers. Door de lange duur wordt dit erg deprimerend en in mijn voorwoord wil ik graag de depressie buitenhouden.

Bij het begin van het jaar 2022 kreeg ik trouwens een interessante wensboodschap die ik hierbij graag met u deel. Weet dat ik er een beetje mijn eigen versie van gemaakt heb, maar voor een stukje is het plagiaat, waarvoor m'n excuses. We wensen voor 2022 dat Corona terug gewoon een biermerk is, dat Van Gucht verwijst naar een of andere illustere politicus, dat Ranst gewoon een dorp is, dat bubbels verwijzen naar een sprankelende drank, dat golven terug te vinden zijn op vakantie, hetzij in het water, hetzij op een grasveld waar men met een stick op een balletje slaat, dat isolatie terug te vinden is in spouwmuren, dat we wattenstaafjes gebruiken om in onze oren te keuteren (kan zo'n deugd doen), maar vooral dat we mekaar terug in alle vrijheid kunnen zien, knuffelen, aanraken (gewenst weliswaar) en kussen (dito).

Voorlopig blijven deze wensen een 'wens' in de strikte betekenis van het woord. Een hoop en betrachting in een niet nader gedefinieerde toekomst. Dat laatste maakt het zo moeilijk voor ons allemaal. Er is geen duidelijk perspectief, geen duidelijk eindpunt waar we kunnen naar uitkijken. En dat maakt het net zo lastig, inderdaad zo deprimerend. Het blijft maar doorgaan. We sukkelen van de ene golf in de andere. Van de ene variant naar de andere. De voorlopig laatste is de omikronvariant.

Omikron is de vijftiende letter van het Griekse alfabet. In de numerologie staat 15 voor een positieve verandering in het leven. Zou dit iets betekenen? Omikron spreek je uit als een korte letter 'o' en is nauw verwant met omega, de laatste letter van het Griekse alfabet die je uitspreekt als een lange letter 'o'. Van omikron naar omega. De laatste golf? Samen met jullie hoop ik dit oprecht.

De draagwijdte van de coronapandemie valt niet te onderschatten. Om te beginnen vanwege de rechtstreekse impact die het virus kan hebben op je gezondheid. Wanneer je hier zelf of in je omgeving mee geconfronteerd wordt, is dit behoorlijk beangstigend. Recent maakte ik mee dat een persoon waarvoor ik veel genegenheid koester van de ene dag op de andere werd opgenomen op intensieve zorgen en amper vijf dagen later overleed. Een nooit gezien agressief ziekteverloop. Dit doet echt pijn en is moeilijk te vatten, laat staan te begrijpen.

Maar de pandemie heeft ook belangrijke en nefaste effecten op de andere 'reguliere' zorg. Veel van die zorg moet uitgesteld worden omwille van de coronaziekenhuisopnames. Een familielid kreeg recent de diagnose van een agressieve prostaatkanker. De operatie kan pas na enkele weken worden uitgevoerd. Welke gevolgen zal die uitgestelde zorg hebben? Niet te voorspellen uiteraard, maar geruststellend is het allerminst, in de eerste plaats voor de betrokkene zelf.

Maar goed, nu ben ik toch de weg opgegaan van een eerder deprimerend verhaal, terwijl dit niet m'n intentie was. Heb net met een wattenstaaf (met een natgemaakte wattenpunt) in m'n oor gekeuterd omdat ik toch weer zo'n jeuk had. Een heerlijk gevoel geeft dit toch! Dit gevoel wil ik even vasthouden en overdragen.

Laat ons hopen dat omikron de omega is en dat we kunnen uitkijken naar een normaal leven, zowel privé als professioneel.

Veel leesgenot

Hans Rigauts
Algemeen directeur

De neurochirurgen vullen brede algemene expertise aan met **superspecialisatie**

dr. Nikolaas Vantomme, dr. Stijn De Muynck, dr. Alexander Janssen en dr. Alexander Verhaeghe
dienst Neurochirurgie, campus Sint-Jan

De zes neurochirurgen van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, AZ Damiaan Oostende en AZ Sint-Lucas Brugge groepeerden zich om op een laagdrempelige manier hoogwaardige neurochirurgische zorg te verlenen.

ZIEKENHUISOVERKOEPELEND

In Brugge is de dienst Neurochirurgie in 1963 als een van de eerste in België opgericht door prof. dr. Luc Calliauw in het Oud Sint-Jan. Vanuit de campussen Sint-Jan en Henri Serruys ging deze dienst in 2003 een ziekenhuisoverschrijdende samenwerking aan met het AZ Sint-Lucas Brugge. In 2011 sloot het AZ Damiaan zich hierbij aan. Deze goed functionerende associatie bevordert vlot overleg en doorverwijzing tussen de zes stafleden. De wekelijkse, al dan niet digitale, overdrachten en maandelijkse dienstvergaderingen dragen daartoe bij. Dankzij de samenwerking kunnen de neurochirurgen op een laagdrempelige manier het volledige spectrum van algemene neurochirurgische pathologie aanbieden. Hiertoe behoren enerzijds de hersenoperaties: trauma, vasculaire pathologie, oncologie, hydrocefalie, functionele ingrepen, pediatrie … Anderzijds omvat het een brede waaier aan spinale ingrepen: degeneratieve aandoeningen, trauma en oncologie van zowel de cervicale, thoracale als lumbale wervelkolom. Daarnaast beschikt de dienst over uitgebreide ervaring in perifere zenuwchirurgie en in een breed gamma aan functionele behandelingen, zoals neurostimulatie en morfinepomp, en infiltraties. De extensieve samenwerking en ruime ervaring maken dat de neurochirurgen niet enkel vanuit het ruime netwerk doorverwijzingen krijgen, maar net zo goed vanuit Nederland.

COMPLEXE PATHOLOGIEËN CENTRALISEREN

De associatie creëert bovendien het juiste kader om de ambities van de groep te verwezenlijken: het verschil maken door de brede expertise in algemene neurochirurgie aan te vullen met superspecialisatie in minder frequente, complexere pathologieën. Elk staflid verdiept zich naast de algemene neurochirurgie in een eigen subdomein. Om de ervaring rond deze minder frequente pathologieën te clusteren, streven ze de centralisatie ervan op campus Sint-Jan na.

Op campus Sint-Jan legt diensthoofd dr. Nikolaas Vantomme zich in het bijzonder toe op vasculaire en hypofysechirurgie. Zo maakte hij samen met de neus-, keel- en oorartsen de overschakeling naar een volledig endoscopische behandeling van hypofysetumoren. Dr. Stijn De Muynck, die halftijds in het AZ Sint-Lucas Brugge en halftijds op campus Sint-Jan werkt, richt zijn specifieke aandacht op de schedelbasischirurgie en microvasculaire decompressie. Deze laatste kadert binnen een multidisciplinair zorgprogramma voor trigeminusneuralgie, dat in samenwerking met de neurologen

Fusiebeeld van een preoperatieve MRI en een postoperatieve controle-CT na een DBS-ingreep met 3D-reconstructie van de anatomisch relevante structuren en de geplaatste elektrode.

en de pijnkliniek is uitgetekend. Dr. Frans Van Krieken neemt de neurochirurgische activiteiten op campus Henri Serruys waar, met een uitgesproken interesse in de wervelkolomchirurgie. Het werkterrein van dr. Geert Buysse situeert zich vooral in het AZ Damiaan. Zijn focus ligt op minimaal invasieve spinale chirurgie. Dr. Alexander Janssen en dr. Alexander Verhaeghe zijn de meest recente versterkingen van het team. Hun werkzaamheden concentreren zich voornamelijk op campus Sint-Jan.

DIEPE HERSENSTIMULATIE

Dr. Janssen volgde verschillende bijkomende opleidingen voor diepe hersenstimulatie (Deep Brain Stimulation/DBS). Hij maakte als fellow ook deel uit van het DBS-team van het HagaZiekenhuis in Den Haag, dat hiervoor nauw samenwerkt met het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Tot op vandaag bewaart hij een uitstekend contact met de specialisten daar. In het voorjaar van 2019 voerde hij zijn eerste DBS-ingreep uit op campus Sint-Jan, onder het toeziend oog van prof. dr. Carel Hoffman en dr. Fiorella Contarino. Sindsdien is er blijvend overleg over complexe casussen en een doorlopende samenwerking in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De klassieke indicaties voor DBS, met name de ziekte van Parkinson, essentiële tremor en dystonie, zijn inmiddels courant, maar in 2020 dienden zich ook twee speciale casussen aan. Een off-label DBS-behandeling voor pijn leverde een goed resultaat op. Daarnaast voerde dr. Janssen als eerste in België een DBS-ingreep uit voor orthostatische tremor. De eerste resultaten daarvan wezen eveneens in positieve richting.

PEDIATRISCHE NEUROCHIRURGIE

Begin 2021 vervoegde dr. Alexander Verhaeghe het team na een specialisatie-opleiding in de pediatrische neurochirurgie in Rijsel. Het Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille is een van de grootste universitaire centra voor neurochirurgie in Europa, met een aparte eenheid voor kinderneurochirurgie. Dr. Verhaeghe werd na zijn fellowship ook erkend als neurochirurg door de Franse Orde van Artsen en blijft één dag per week in het universitair ziekenhuis van Rijsel werken. Op die manier kan hij zijn expertise handhaven en verder uitbouwen. Bovendien zorgt het voor een korte communicatielijn in geval van uitdagende casussen of zelfs de mogelijkheid om voor de meest complexe ingrepen assistentie in te roepen van prof. dr. Matthieu Vinchon.

GESOFISTICEERDE UITRUSTING

In lijn met zijn ambities tracht de dienst ook de beste en nieuwste technologische ontwikkelingen te implementeren.
Zo kochten ze als een van de eerste Belgische ziekenhuizen de CUSA® Clarity ultrasone aspirator aan: een toestel om uitermate secuur hersentumoren te verwijderen. Daarnaast beschikken de neurochirurgen over twee 3D-microscopen en zijn alle microscopen uitgerust met de vereiste fluorescentiemodules voor de diverse operaties.

Het ruime aanbod aan voorzieningen geeft niet alleen de mogelijkheid om de meer frequente ingrepen uit te voeren, de dienst is eveneens zeer goed uitgerust voor de gespecialiseerde ingrepen. Een mooi voorbeeld hiervan is de aankoop van het allernieuwste microelectrode recording (MER)-systeem voor diepe hersenstimulatie. Dit beschikt over een halfgerobotiseerde arm die automatische registraties en interpretaties kan uitvoeren. Op basis van artificiële intelligentie (AI) denkt de HaGuide-software mee met de chirurg en herkent en suggereert deze de beste plek om elektroden te plaatsen. Het DBS-team in Brugge is het eerste dat hierover beschikt.
Een ander recente aanwinst is de intra-operatieve CT-scan of O-arm.
Deze scan is een immense meerwaarde bij onder meer DBS-ingrepen, maar ook voor geïnstrumenteerde spinale ingrepen. Het toestel fungeert enerzijds als navigatiesysteem en anderzijds als controlesysteem, dat de mogelijkheid biedt om de positionering van vreemd materiaal tijdens de ingreep onmiddellijk te controleren en eventueel aan te passen.

In tussentijd vindt de totale renovatie en ombouwing van twee operatiezalen tot hoogtechnologische neurochirurgiezalen plaats, beide volledig voorzien van radiologische bescherming voor het gebruik van de O-arm.

MULTIDISCIPLINAIR INGESTELD

Intern lopen er nauwe samenwerkingen met verschillende diensten. Naast het laagdrempelig, quasi dagelijks overleg met de neurologen is er ook een maandelijkse bijeenkomst van het multidisciplinaire DBS-team. Neurovasculaire casussen worden grondig bestudeerd en besproken met de neurologen en (interventioneel) radiologen, teneinde de beste behandeling te selecteren, en iedere woensdagvoormiddag organiseert prof. dr. Jan Casselman een neuroradiologiekrans.
Daarnaast zijn de diensten Fysische geneeskunde en revalidatie, Neurochirurgie, Pijnkliniek en Orthopedie verenigd in een 'Spine Unit' om de complexe spinale problematiek te bespreken. Met andere disciplines zijn er eveneens verschillende zorgpaden uitgetekend voor onder andere neurostimulatie, intrathecale baclofentherapie, aangezichtspijn ...

Dr. Vantomme maakt gebruik van neuronavigatie om een hersenoperatie uit te voeren.

KENNIS OVERDRAGEN EN VERGAREN

Na een intermezzo van een zestal jaar kreeg de dienst Neurochirurgie in 2012 opnieuw erkenning als opleidingsplaats voor twee assistenten. Sinds 2013 was er telkens minstens één assistentschap ingevuld, in 2021 waren ze dat allebei. De assistenten worden telkens gevraagd om een poster te maken voor de Belgische Vereniging voor Neurochirurgie en dragen bij tot de publicatie van minstens één artikel per jaar. Jaarlijks lopen er twee Huisartsen in Opleiding (HAiO's) mee, telkens voor drie maanden. Een uitgelezen kans voor wie zich in de regio wil vestigen om beter vertrouwd te raken met de neurochirurgische pathologie en een directere relatie met de dienst op te bouwen. Via bijdragen aan de azcolloquia, vaak in het kader van een multidisciplinaire samenwerking, of door de organisatie van een LOK-avond nu en dan lichten de neurochirurgen hun expertise naar een ruimer publiek toe. Een DBS-symposium met internationale sprekers, dat in het najaar van 2020 gepland was, komt van zodra mogelijk terug op de planning. Naargelang de dienstwerking het toelaat, wonen een aantal stafleden steeds verschillende jaarlijkse congressen bij, zoals die van de European Association of Neurosurgical Societies (EANS) of de European Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery (ESSFN). Regelmatig stellen ze er ook een poster voor. Enkele stafleden vervullen een functie als gastdocent voor de Arteveldehogeschool in Gent en Howest in Brugge of zetelen in medische adviesraden zoals deze van de Vlaamse Parkinson Liga. De dienst neemt ook deel aan studies. Er lopen momenteel twee Benelux multicenterstudies die uitgaan van het UZ Leuven en het LUMC: over geriatrische patiënten met een acuut subduraal hematoom en over dwarslaesiepatiënten.

v.l.n.r.: dr. Alexander Verhaeghe, dr. Stijn De Muynck, dr. Alexander Janssen, dr. Nikolaas Vantomme

GOEDE SFEER EN VLOTTE BEREIKBAARHEID

De neurochirurgen zijn laagdrempelig bereikbaar; er is steeds minstens één vande stafleden beschikbaar om onmiddellijk advies te geven of een doorverwijzing te organiseren. Ook in hun communicatie naar de verwijzer stellen ze snelheid en een vlot verloop voorop. Zo ontvangt de verwijzer reeds op de dag van de ingreep een kort verslag (in afwachting van de definitieve ontslagbrief). Op basis van de feedback die ze van de HAiO's krijgen, trekken ze die lijn door in het definitieve verslag: compact en ter zake, met de essentie centraal en een beknopt besluit.

Gezamenlijke niet-werkgerelateerde activiteiten, zoals jaarlijkse deelname aan de triatlon van Brugge, wijzen erop dat de sfeer goed zit in dit dynamische en gemotiveerde team. Deze positieve teamvibe komt op zijn beurt de professionele teamwerking ten goede. Dat assistenten vragen om voor een tweede jaar terug te mogen komen, vormt ongetwijfeld een indicatie voor zowel de sfeer als de opleidingskwaliteit.

Dr. Alexander Janssen plaatst een diepe hersenelektrode voor de behandeling van de ziekte van Parkinson met diepe hersenstimulatie (DBS).

AUTEUR

dr. Nikolaas Vantomme
dienst Neurochirurgie, campus Sint-Jan

Huidige aanpak van **acute enkeldistorsie en chronische enkelinstabiliteit**

dr. Patrick Deprez en dr. Farhad Tajdar // *dienst Orthopedie*

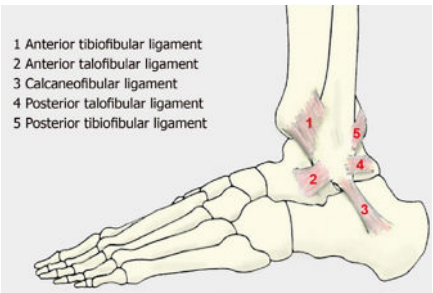
Fig. 1. Bröstrum-Gould met synthetisch ligament

Hoewel enkelverstuikingen in veel gevallen vrij goed herstellen mits een adequate aanpak, zijn problemen van langdurige zwelling en pijn alsook blijvende distorsieneiging en instabiliteit geen uitzondering. Om een evolutie naar chronische enkelinstabiliteit waar mogelijk te vermijden, is een gestandaardiseerde initiële aanpak van de acute distorsie van belang.

EPIDEMIOLOGIE - ANATOMIE

Enkelverstuikingen zijn zeer frequent: 10 tot 20 % van alle sportletsels. Meestal gaat het om een inversie-adductie-plantair-flexietrauma. Dit leidt meestal tot een elongatie of ruptuur van de laterale gewrichtsbanden met name het anterieur talofibulair ligament (ATFL) met anterolaterale rotatie-instabiliteit tot gevolg. Indien ook het calcaneofibulaire ligament (CFL) beschadigd geraakt, ontstaat daarnaast een kanteling van het sprongbeen in de enkelvork. Naast de laterale kunnen ook de mediale en syndesmoseligamenten (tibiofibulaire ligamenten) beschadigd raken.

Hoewel in veel gevallen deze enkelletsels mits een adequate aanpak vrij goed herstellen, ziet men toch geregeld problemen van langdurige zwelling en pijn, net als blijvende distorsieneiging en instabiliteit.



KLINISCH-DIAGNOSTISCHE AANPAK

Bij een acute distorsie zijn de volgende vijf vragen van belang voor anamnese en klinisch onderzoek:

1) Traumamechanisme?
Een lateraal enkelbandletsel ontstaat bij plotse inversie en interne rotatiebelasting op de enkel.
Een syndesmoseletsel, daarentegen, ziet men bij hyperdorsiflexie, externe rotatie en eversietrauma.

2) Voorgeschiedenis?
Na een primaire distorsie kunnen mechanische letsels en vooral sensorimotorische stoornissen aanwezig blijven. Hierdoor is er dan ook een grotere kans op recidief.

3) Steunname?
Indien het onmogelijk is om onmiddellijk na het trauma vier stappen te zetten, is er mogelijk een fractuur aanwezig.

4) Botbreuk?
Ottawa-regels: röntgendiagnostiek is enkel geïndiceerd wanneer er sprake is van pijn ter hoogte van de malleoli +
- Onvermogen om de enkel te belasten (vier stappen te doen).

of
- Pijn bij palpatie van de distale 6 cm van de posterieure zijde van de mediale malleolus.

of
- Pijn bij palpatie van de distale 6 cm van de posterieure zijde van de laterale malleolus.

5) Welke ligamenten zijn beschadigd?
ATFL (anterieur talofibulair ligament)
- Pijn bij palpatie en stretchen (passieve plantairflexie en inversie) van het ATFL.

Palpatiepunten

- Schuifladetest ter evaluatie van volledige ruptuur van het ATFL: de evaluatie is het meest accuraat tussen dag 4 en 6 na distorsie.

Schuifladetest

CFL (calcaneofibulair ligament):
- Pijn bij palpatie en stretchen (passieve dorsiflexie en inversie van de achtervoet) van het CFL.

Syndesmose (tibiofibulair ligament) (met of zonder ATFL- en/of CFL-letsel):
- Pijn bij palpatie van het syndesmoseligament.
- Squeezetest: samendrukken van de tibia en de fibula boven de malleoli.
- Pijn bij exorotatie van de voet.

Squeezetest

Gradatie: indeling gebeurt op basis van het klinisch beeld en echografie. Echografisch onderzoek is in de acute setting evenwel niet altijd zinvol gezien de aanwezige zwelling. Hematoom wijst op minstens een partiële ruptuur van de enkelbanden. In de acute situatie zijn stabiliteitstesten (vergelijkende tibiotalaire schuifladetest) niet mogelijk.

De classificatie hieronder geeft een eenvoudige interpretatie van de ernst van de distorsie en beschrijft drie graden:

GRAAD 1
Geen of milde zwelling
Milde pijn
Steunname mogelijk
Uitgerokken ATFL
Geen instabiliteit

GRAAD 2
Matige zwelling
Duidelijke drukpijn
Licht manken, pijn bij steunen
Partiële scheur ATFL
Milde instabiliteit

GRAAD 3
Ernstige zwelling/hematoom
Uitgesproken (druk)pijnlijk
Steunname onmogelijk
Volledige ruptuur ATFL +/- CFL
Uitgesproken instabiel

BEHANDELING
Bij graad 2 en 3 acute distorsie volgt een conservatieve behandeling die gebaseerd is op heling in drie opeenvolgende fasen:

Inflammatoire fase
Manifesteert zich vooral de eerste 5 dagen, duurt 1 tot 2 weken.
POLICE-principe (*Protection, Optimal Loading, Ice, Compression, Elevation*) ter vervanging van het vroegere RICE-principe (*Rest, Ice, Compression, Elevation*):

- Graad 2: gecontroleerde belasting met een brace of compressief verband en eventueel krukken, stimuleert de heling en beschermt voldoende tegen nog toenemende beschadiging.
- Graad 3 of acuut zeer pijnlijke gevallen: een gipsimmobilisatie of *walker boot* voor 4 tot 5 (maximaal 10) dagen is zinvol.
- Eventueel ontstekingsremmers combineren.
- Elektrotherapie, laser of ultrasone therapie: heeft geen effect.
- Immobilisatie van meer dan 2 weken vermijden.
- Agressieve manuele mobilisatie is tegenaangewezen.

Proliferatieve fase
Begint al na 4 tot 10 dagen, duurt 6 tot 12 weken.
Fase met proliferatie van fibroblasten en ligamentair collageenherstel:

- Overdreven stretching van enkelbanden naar inversie is te vermijden om de vorming van zwakker collageen (Type 3) te voorkomen.
- Gecontroleerde belasting met een (semi) rigide of veterbrace is aangewezen.
- Taping is een alternatief, maar verliest 40 % van zijn efficiëntie na 15 min.
- Een soepele brace geeft meer blijvende instabiliteit.
- Oefentherapie of kinesitherapie starten na 5 dagen à 2 weken na trauma:
  - Vroegtijdig mobiliseren.
  - Progressieve belasting.
  - Verstevigingsoefeningen, proprioceptieve training en functionele training.
  - Belang van de kinesist: een beter resultaat met opvolging en coaching dan bij zelftherapie.

Remodeleringsfase
Start na 4 tot 6 weken, duurt tot 1 jaar.

- De nadruk ligt vooral op specifieke sporthervatting, coördinatie en stabilisatietraining, preventietechnieken en revalidatie thuis.

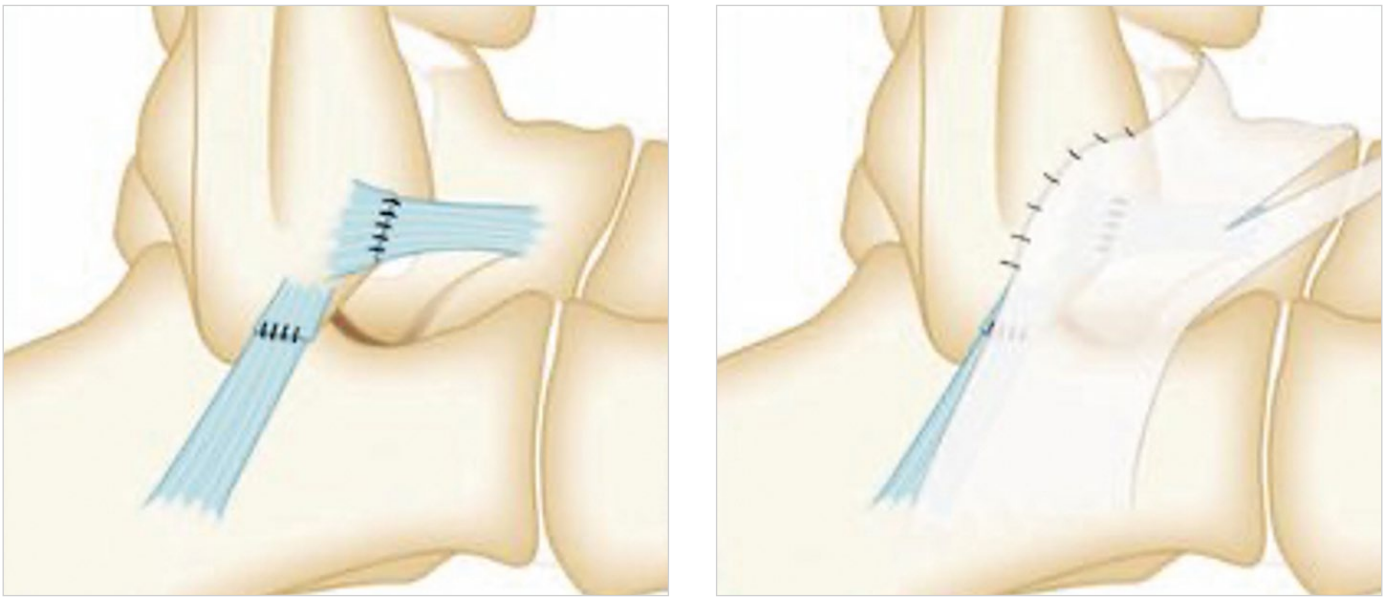


Fig. 2. Bröstrum-Gould

- Brace te dragen tot 6 weken voor dagelijkse activiteiten en tot drie maand voor hoogrisico-activiteit.

Back to sports

Dit is afhankelijk van de ernst van de verstuiking en de gradatie, waarbij gemiddeld 1 tot 2 weken moet voorzien worden bij graad 1 distorsie, 3 tot 6 weken bij graad 2 en 6 tot 12 weken (soms tot 6 maand) voor graad 3-letsels.
Bij 10 % van de graad 3-letsels zijn er nog klachten na 1 jaar.

AANPAK VAN CHRONISCHE INSTABILITEIT

Een primaire laterale enkelbandverstuiking heeft een grote kans op recidief en dit is mogelijk te wijten aan onvoldoende revalidatie of te snelle sporthervatting. Bij 10 % van de patiënten met primaire graad 3-verstuiking is er één jaar nadien nog steeds een subjectief instabiliteitsgevoel. Letsels aan de ligamentaire structuren en vooral ook de daaropvolgende sensomotorische stoornissen, spelen hierin een bepalende rol. Het is dan ook van belang om na een enkeldistorsie de klinische afwijkingen, die suggestief kunnen zijn voor gestoorde sensomotoriek, te onderkennen. Deze afwijkingen, die men uiteindelijk vaak ziet bij gevallen van chronische enkelinstabiliteit, zijn:

- Enkel-dorsiflexietekort.
- *Core stability*-afwijkingen.
- Afwijkend gangpatroon.
- Spierzwakte van de enkelmusculatuur.
- Ook blijvende pijn en zwelling beïnvloeden zowel de revalidatie als de stabiliteit.

Deze stoornissen dienen dan ook eerst uitgebreid geëvalueerd en gecorrigeerd te worden door middel van oefentherapie gedurende meerdere maanden alvorens eventueel chirurgie voor blijvende instabiliteit te overwegen. In vele gevallen is het mogelijk om met voldoende fysiotherapie uiteindelijk een adequate stabiliteitscontrole te bekomen. Indien er evenwel, na meerdere maanden, een instabiliteitsgevoel blijft, is chirurgie aangewezen.

CHIRURGIE VOOR CHRONISCHE INSTABILITEIT

Herstel van de enkelbanden heeft als doel de ligamentair-mechanische sterkte te herstellen, wat de mogelijkheid geeft om ook de sensomotorische stoornissen makkelijker te corrigeren. Er zijn meerdere technieken beschreven, gaande van eenvoudige hechting tot reconstructie met omliggende pezen via 'open' procedure of meer recent ook via kijkoperatie. De techniek volgens Bröstrum-Gould (Fig. 2) beschouwen de meeste enkelchirurgen als de standaardprocedure. Hierbij worden de gescheurde enkelbanden (en extensorenretinaculum) tegen de fibulatip opgehecht en vaak verstevigd met een synthetisch ligament dat in de botstructuren wordt verankerd. Dit kunstligament (Fig. 1) geeft enerzijds extra stabiliteit en zal anderzijds de gehechte enkelbanden beschermen tijdens het helingsproces. Het laat ook snellere revalidatie toe met reeds belasting en mobilisatie na twee weken. Zes weken na de ingreep is het mogelijk om het joggen progressief terug op te bouwen.

CONCLUSIE

Om een evolutie naar chronische enkelinstabiliteit zoveel mogelijk te vermijden, is een gestandaardiseerde initiële aanpak van de acute distorsie van belang. Een goed klinisch onderzoek, teneinde de ernst van de distorsie te kunnen inschatten, zal de accuraatheid van de behandeling ten goede komen en zodoende de kans op blijvende instabiliteit reduceren. Stoornissen in sensomotoriek voor en na een acute distorsie onderkennen, is evenzeer van belang en vraagt in eerste instantie een goede revalidatie met kinesitherapie.

REFERENTIES:

Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries (ROAST): 2019 consensus statement and recommendations of the International Ankle Consortium. Eamonn Delahunt

AUTEUR

dr. Patrick Deprez
dienst Orthopedie

Zeven jaar hiv-referentiecentrum Brugge: tijd voor een terugblik

dr. Jens Van Praet // *dienst Nefrologie en infectieziekten, campus Sint-Jan*

In 2014 kreeg het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV de erkenning als hiv-referentiecentrum (HRC) voor de provincie West-Vlaanderen, een bekroning voor de jarenlange inzet die er toen reeds was voor hiv-patiënten. Op zeven jaar tijd is het centrum enorm gegroeid, zowel wat het aantal patiënten als het zorgaanbod betreft.

VAN DODELIJKE DIAGNOSE TOT CHRONISCHE ZIEKTE

Op campus Sint-Jan startte dr. Johan Boelaert reeds in de jaren tachtig de zorg voor hiv-patiënten op. Initieel was hiv een dodelijke diagnose en lag de focus op de symptomatische behandeling van de talloze infectieuze en niet-infectieuze complicaties van de patiënt met aids. Het aids-stadium is het laatste ziektestadium waarbij de immuniteit (het aantal CD4-positieve lymfocyten) ernstig gedaald is: minder dan 200 per µl.
Rond 1995 kwam het inzicht dat het mogelijk was om het virus te onderdrukken door de patiënt te behandelen met ten minste drie actieve antiretrovirale geneesmiddelen. Het concept van de *highly active antiretroviral therapy* (HAART) of combinatie-antiretrovirale therapie (cART) leidde tot een doorbraak in de behandeling: mits inname van de medicatie bleef de virale lading ondetecteerbaar in het bloed van een patiënt en herstelde de immuniteit. Hiv evolueerde van een dodelijke aandoening naar een chronische ziekte.
De initieel gebruikte hiv-remmers hadden veel bijwerkingen, zoals verhoging van de cholesterolwaarden en verandering van de lichaamsvetverdeling (lipodystrofie). Daarom werd pas gestart met de behandeling als de immuniteit van de patiënt gedaald was (CD4-getal onder de 350 per µl). Ook diende de patiënt verschillende tabletten per dag in te nemen. Dit veranderde toen de farmaceutische industrie erin slaagde verschillende hiv-remmers in één tablet te combineren *(single tablet regime)*. Daardoor verhoogde de levenskwaliteit en de therapietrouw van talrijke patiënten.

ERKENNING ALS HRC

Eerder al, in 2004, startte dr. Stefaan Vandecasteele als internist in het ziekenhuis. Hij genoot zijn opleiding infectieziekten, met inbegrip van hiv-behandeling, in het UZ Leuven. In 2005 ging dr. Boelaert met pensioen en in 2014 vervoegde dr. Jens Van Praet, na voltooiing van een opleiding infectieziekten aan het Leids Universitair Medisch Centrum, de dienst Nierziekten, infectieziekten en algemeen inwendige ziekten.
Op de consultatie infectieziekten legden de verpleegkundigen zich toe op de begeleiding van hiv-patiënten.
De volgehouden inspanning voor hiv-patiënten leidde in 2014 tot de erkenning van het ziekenhuis als HRC. Dit betekent dat het RIZIV een conventie afsloot met het ziekenhuis, dat zo de financiële middelen krijgt om hiv-patiënten multidisciplinair te ondersteunen.

Naast dr. Stefaan Vandecasteele en dr. Jens Van Praet, die in 2021 de bijzondere beroepstitel in de klinische infectiologie behaalden, omvat het team een psychologe, een seksuoloog, een vaste medewerker van de sociale dienst, een diëtiste en twee verpleegkundigen.
V.l.n.r.: psychologe Fanny Geschier, seksuoloog Dries Fieremans, dr. Stefaan Vandecasteele, sociaal werker Ewout Laureys, verpleegkundige Hilde Mahieu, medisch secretaresse Isabel Moyaert, dr. Jens Van Praet, diëtiste Elaine Van Dyck en verpleegkundige Irène Sanmi.

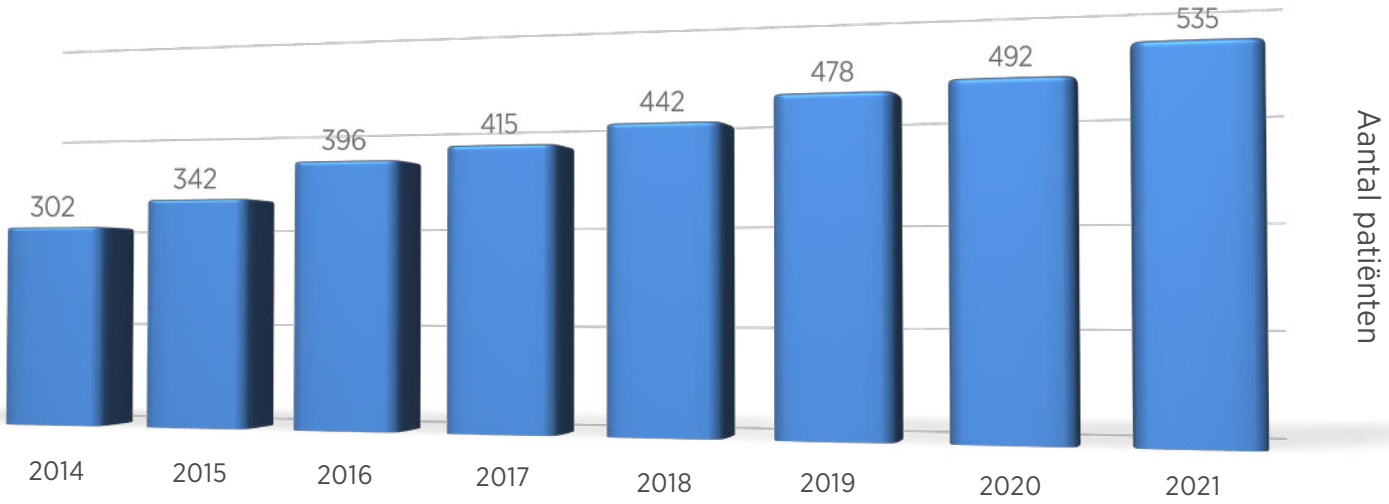


Fig. 1. Aantal patiënten met hiv dat het HRC Brugge per jaar opvolgde sinds zijn erkenning als HRC. Bron: Sciensano

Sinds 2014 is het multidisciplinair team uitgegroeid tot een equipe van negen medewerkers (zie foto).

MULTIDISCIPLINAIRE OPVOLGING

Het aantal door het HRC opgevolgde hiv-patiënten kende een gestage groei van 2014 tot eind 2021 (Fig. 1). De groei bestaat voor een deel uit patiënten met een nieuwe diagnose, maar komt ook door patiënten die verhuisden of migreerden naar deze regio. De meeste patiënten komen tweemaal per jaar op consultatie. Aandachtspunten zijn, naast optimalisatie van de hiv-therapie, oppuntstelling van vaccinaties (zoals griep en pneumokokken), preventie en behandeling van SOA, preventie van cardiovasculaire aandoeningen (behandeling van risicofactoren) en het algemeen psychosociaal welbevinden. Indien nodig kunnen patiënten daarvoor – kosteloos, dankzij de conventie - terecht bij de psycholoog of seksuoloog. Begeleiding door de diëtiste is de laatste jaren belangrijker geworden, gezien gewichtstoename een bijwerking is van sommige nieuwe hiv-remmers (de integrase-inhibitoren en tenofovir alafenamide). Ook de inbreng van de sociale dienst is vaak nodig om patiënten met de juiste therapie te kunnen behandelen: zich in regel stellen met de ziekteverzekering en begeleiding naar sociale voorzieningen buiten het ziekenhuis zijn hier vaak essentieel. Tot slot zijn de verpleegkundigen vaak een cruciale speler in het 'counselen' van de patiënt: wat betekent de diagnose van hiv voor mij? Hoe moet het nu verder?

PEP EN PrEP

Naast de zorg voor hiv-patiënten vangt het HRC Brugge ook slachtoffers van seksueel geweld op. Via een overeenkomst met het RIZIV kan voor hen kosteloos profylaxe voor hiv (post-expositieprofylaxe of PEP) en andere SOA's gestart worden. Deze behandeling kan 24 uur per dag opgestart worden via de spoedopname. De opvolging van de slachtoffers volgt dan binnen de drie werkdagen en verloopt via de consultatie infectieziekten.
Een laatste belangrijke activiteit van het HRC is opstarten van pre-expositieprofylaxe (PrEP), door de inname van de hiv-remmer emtricitabine/tenofovir vóór risicocontacten kan hiv-transmissie voorkomen worden. Uit observationele studies bleek dat het risico op oplopen van andere SOA's stijgt na opstarten van PrEP, vandaar dat het RIZIV vraagt om deze patiënten regelmatig op te volgen en op SOA's te screenen.

TOEKOMSTIGE UITDAGINGEN

De verandering die het hiv-referentiecentrum Brugge de afgelopen zeven jaar onderging, zet zich in de toekomst ongetwijfeld verder en zal nieuwe uitdagingen met zich meebrengen. Nu reeds zijn een aantal patiënten gestart met een eerste generatie van de zogenaamde *long-acting injectable drugs:* dit zijn injecteerbare hiv-remmers die om de twee maanden intramusculair worden toegediend. De stipte toediening van de medicatie en eventueel opstarten van perorale medicatie bij het niet halen van de afspraak voor de IV-injectie maakt deze behandeling voorlopig niet voor iedere patiënt geschikt. Wellicht zullen injecteerbare geneesmiddelen ook gebruikt worden als PrEP-medicatie. Door al deze evoluties heen is het team in elk geval sterk gemotiveerd om de optimale zorg voor de patiënten te blijven nastreven.

AUTEUR

dr. Jens Van Praet
dienst Nefrologie en infectieziekten, campus Sint-Jan

VOE stroomlijnt en centraliseert pre-operatieve voorbereiding

dr. Ann-Marie Matthys en dr. Birgit Loveniers // *dienst Anesthesie*
Kris Tavernier // *vooropname-eenheid (VOE)*
Sophie Vanwynsberghe // *medisch secretariaat, campus Sint-Jan*

Om de patiëntenzorgkwaliteit te optimaliseren en het opnameproces van patiënten die een geplande ingreep of procedure moeten ondergaan zo eenvoudig en kort mogelijk te houden, is de vooropname-eenheid (VOE) opgericht. Deze biedt het totaalpakket aan pre-operatieve voorbereiding aan.

VLOTTER OPNAMEPROCES

Om het peri-operatieve traject voor een geplande ingreep of procedure voor alle patiënten te stroomlijnen en te standaardiseren, besliste de ziekenhuisdirectie zowel op campus Sint-Jan als op campus Henri Serruys een vooropname-eenheid (VOE) op te richten. Het hoofddoel is om alle potentiële struikelblokken op administratief, verpleegkundig en medisch vlak tijdig op te sporen en aan te pakken. Dat moet de kans op onvoorziene omstandigheden, die tot vertraging of uitstel van de operatie of procedure kunnen leiden, tot een minimum beperken. Zo kan het opnameproces op de dag van de ingreep vlotter verlopen en kunnen patiënten sneller doorstromen naar de operatie- of procedurezaal.
Het VOE-team bestaat uit drie administratieve medewerkers, negen verpleegkundigen en een team van anesthesisten. De VOE voorziet dan ook in het totaalpakket aan pre-operatieve voorbereiding, zowel administratief, verpleegkundig als medisch. De mogelijkheid tot pre-operatieve anesthesieconsultatie zit natuurlijk in het pakket vervat, maar de VOE-dienstverlening gaat dus wel heel wat breder dan dat. Bovendien is hier voor de patiënt geen extra kost aan verbonden.

ADMINISTRATIEF LUIK

De administratieve medewerkers bekommeren zich om de patiënten-identificatie, gaan na of het preoperatief samenwerkingsdocument volledig is ingevuld en ondertekend en of de opname-aanvragen correct zijn verwerkt. Ze bevragen ook de kamerkeuze van de patiënt en controleren diens verzekerbaarheid. Bij welke mutualiteit is de patiënt aangesloten? Beschikt deze over een extra verzekering? Gaat het om een buitenlandse patiënt en is betaling van een voorschot vereist? De patiënt krijgt hier alle nodige informatiebrochures en documenten mee. De dag voor de opname mag de patiënt van hen een telefoontje verwachten om het precieze opname-uur mee te delen en de richtlijnen omtrent nuchtertijden te herhalen.

VOE-VERPLEEGKUNDIGEN

De VOE-verpleegkundigen krijgen diverse bijkomende opleidingen, onder meer over anesthesie, medicatie en diabetes.

Het VOE-team v.l.n.r: Els Ottelé, dr. Ann-Marie Matthys, Daphné Maes, Pieter Dejonghe, Kelly De Brock, Wendy Ricquier, Isabelle Vandevelde, Siska Claes, Kris Tavernier, dr. Birgit Loveniers, Sophie Vanwynsberghe.

Ze nemen veel voor hun rekening: de voorbereiding van het verpleegkundig opnameproces, een anesthesiologische bevraging en waar nodig bereiden ze patiënten voor op specifieke procedures. Valpreventie, MRSA-screening, de vitale parameters, gewicht en lengte opmeten behoren tot hun standaardtaken, net als een anamnese in functie van het MIA (minimaal initieel assessment). De verpleegkundigen vullen ook de medicatiegegevens aan in het elektronisch patiëntendossier. Ze informeren de patiënt over welke thuismedicatie tijdig dient gestopt te worden en geven uitleg omtrent de richtlijnen met betrekking tot nuchter zijn en het uur van ontslag.

Afhankelijk van het type ingreep en de comorbiditeit van de patiënt dienen pre-operatieve onderzoeken uitgevoerd te worden volgens de KCE-richtlijnen[1]. De patiënt krijgt de keuze om de gebruikelijke vooronderzoeken te laten uitvoeren via de vertrouwde huisarts of door de verpleegkundige van de VOE. Patiënten die nood hebben aan sociale bijstand, bijvoorbeeld voor postoperatieve opvang, toezicht of revalidatie, kan de VOE-verpleegkundige correct doorverwijzen naar een medewerker van de sociale dienst. Ten slotte controleert deze nog de volledigheid van het preoperatief samenwerkingsdocument en of het informed consent-formulier voor de anesthesie is ondertekend.

MEDISCHE VOORBEREIDING

De anesthesist bekijkt en valideert het medisch pre-operatief dossier van iedere patiënt. Dit maakt het mogelijk om risicopatiënten sneller en vlotter te onderscheppen en waar nodig tijdig extra onderzoeken voor te schrijven of de patiënt op consultatie te zien. De dienst Anesthesie biedt op maandag- en vrijdagvoormiddag de mogelijkheid tot consultatie aan, op vraag van de chirurg, de huisdokter of de patiënt zelf. Patiënten met bepaalde risicofactoren of bij wie andere elementen spelen die de anesthesie kunnen bemoeilijken, worden hier systematisch gezien. Buiten de vaste consultatiemomenten kan de VOE-verpleegkundige bij twijfel op basis van het dossier of de onderzoeken steeds een anesthesist oproepen voor een consult en telefonische bijstand is permanent beschikbaar.

TIJDIG LANGSKOMEN

Op campus Sint-Jan is de VOE sinds 2019 actief. Intussen zijn op cardiochirurgie na alle chirurgische disciplines geïmplementeerd, zowel voor een verblijvende opname als voor het dagziekenhuis. Het is de bedoeling om in de nabije toekomst de capaciteit van de VOE nog verder uit te breiden en zo de nodige ruimte te creëren om ook de internistische disciplines en pediatrie te includeren. Er wordt gestreefd naar een optimale flow om patiënten die op campus Sint-Jan op consultatie komen meteen te laten doorstromen naar de VOE. Is dit toch niet mogelijk, dan kan de patiënt zelf een afspraak maken. Dat kan intussen ook online, via mynexuzhealth. Het is belangrijk om tijdig bij de VOE langs te komen, idealiter een twee- à drietal weken (ten laatste drie dagen) voor de opnamedatum. Dit om de nodige marge te creëren om het dossier te vervolledigen en te valideren en bijkomende onderzoeken en consultaties in te plannen indien nodig. Er moet ook voldoende ruimte zijn om een eventuele MRSA-decontaminatie uit te voeren.

ZEKERHEID EN STRESSREDUCTIE

De implementatie van de VOE garandeert enerzijds een vlot opnameproces de dag van de opname zelf, maar anderzijds ook een goede medische pre-operatieve voorbereiding en evaluatie van de patiënt, met een correcte risico-inschatting. De VOE zet eveneens in op uitgebreid informeren via dialoog en informatiebrochures. De psychologische impact van het inplannen van een ingreep of een procedure valt niet te onderschatten. Veel patiënten zitten na de consultatie bij de chirurg of internist nog met veel vragen en bedenkingen. Ze krijgen tijdens hun VOE-bezoek de gelegenheid om deze vragen te stellen en bijkomende uitleg en informatie te bekomen. Een goede voorlichting en voorbereiding is een cruciale schakel in het ziekteproces van de patiënt. De VOE-verpleegkundigen slagen erin om hun patiënten grondig te informeren en gerust te stellen, wat een bijzonder positief effect heeft op hun gemoedsrust en de tevredenheid. Met bijzondere dank aan het hele VOE-team voor hun dagelijkse inzet!

REFERENTIE:

[1]. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - https://kce.fgov.be

De VOE-verpleegkundigen nemen de voorbereiding van het verpleegkundige opnameproces en een anesthesiologische bevraging voor hun rekening en bereiden patiënten waar nodig voor op specifieke procedures. De patiënt krijgt de keuze om de gebruikelijke pre-operatieve vooronderzoeken door hen te laten uitvoeren of via de vertrouwde huisarts.

MKA, nu ook op volledig vernieuwde locatie op campus SFX

dr. Barbara Veys
dienst Mond-, kaak- en aangezichtchirurgie, campus Sint-Jan, campus SFX en AZ Sint-Lucas Brugge

Sinds september 2020 heeft de dienst Mond-, kaak- en aangezichtchirurgie (MKA) zijn activiteiten uitgebreid naar campus SFX. In het centrum van Brugge, met ruime parkeermogelijkheid op wandelafstand, vindt de patiënt er een gloednieuwe consultatiedienst. Ideaal voor een eerste consult, ingreep of controleraadpleging in een rustige en private sfeer.

ACTIVITEITEN VERDER UITBOUWEN EN VERFIJNEN

Op een splinternieuwe consultatiedienst in het historisch centrum van Brugge, langs de Augustijnenrei, krijgen MKA-patiënten net zoals op campus Sint-Jan alle hoogwaardige poliklinische zorgverlening aangeboden. De chirurgen van de dienst MKA beheersen allen de basistechnieken en -ingrepen binnen de orale chirurgie. Door het engagement van elk staflid om zich in het bijzonder ook nog toe te spitsen op een bepaalde subdiscipline groeide de dienst uit tot een verwijs- en referentiecentrum dat de behandeling van elke pathologie en subspecialisatie binnen het vakgebied aanbiedt. De nieuwe locatie geeft het team van MKA-chirurgen, dat door de samensmelting met de dienst MKA van het AZ Sint-Lucas Brugge recent nog uitbreidde, meer ruimte om hun activiteiten verder uit te bouwen en te verfijnen.

POLIKLINISCHE INGREPEN EN CONSULTATIE

Patiënten kunnen op campus SFX terecht voor poliklinische ingrepen zoals chirurgische verwijdering van tanden, ingrepen op de kaakbeenderen, plaatsing van tandimplantaten en verwijdering van kleine letsels aan de slijmvliezen of huidletsels in het gelaat. Daarnaast kunnen ze er advies krijgen omtrent een kaakcorrectie, kaakgewrichtsproblemen en speekselklieraandoeningen of de behandelmogelijkheden bij snurken of OSAS (obstructief slaapapneusyndroom) of kunnen ze er een andere ingreep in het ruimere gebied van het gelaat en de hals bespreken met de chirurg.

Patiënten kunnen zich rechtstreeks aanmelden aan de ingang via de Spanjaardstraat nummer 14, waarna ze kunnen plaatsnemen in de wachtzaal. Er zijn drie ruime en identieke behandelzalen ingericht en de gloednieuwe medische apparatuur omvat ook een Cone Beam CT-toestel.

RUIME, GEAVANCEERDE VOORZIENINGEN

Er is parkeergelegenheid voorzien op 2 minuten wandelafstand, in de Hoedenmakersstraat nummer 7. Patiënten kunnen zich rechtstreeks aanmelden aan de ingang via de Spanjaardstraat nummer 14, waarna ze kunnen plaatsnemen in de wachtzaal. Er zijn drie ruime en identieke behandelzalen ingericht, waar twee MKA-chirurgen simultaan kunnen werken. Alle medische apparatuur is volledig nieuw, inclusief een Cone Beam CT, die problemen ter hoogte van de tanden, kaakbeenderen, sinussen of kaakgewrichten ter plaatse direct in detail in beeld kan brengen. Het toestel geeft ook de mogelijkheid om het aanwezige botvolume voor implantaatplaatsing direct te evalueren.

VEILIGHEID GEGARANDEERD

Deze locatie is ook uiterst geschikt voor de uitvoering van ingrepen onder intraveneuze sedatie. Hiervoor loopt er een goede samenwerking met de dienst Anesthesie, die de veiligheid van de patiënt garandeert. Er is een ontwaakruimte met vier bedposities, die volledig zijn uitgerust met de nodige monitoringvoorzieningen. Kortom, de perfecte locatie voor een eerste consult, ingreep of controleraadpleging in een rustige en private sfeer in hartje Brugge.

AUTEUR

dr. Barbara Veys
dienst Mond-, kaak- en aangezichtchirurgie, campus Sint-Jan en campus SFX

Reumatologie, therapie vandaag en de uitdagingen van morgen

dr. Louis Van Praet // *dienst Reumatologie, campus Sint-Jan*

Voor de meest frequent voorkomende reumatologische aandoeningen kunnen nieuwe therapieën de komende jaren wellicht weinig meerwaarde bieden ten opzichte van de bestaande behandelopties. Uit betere verwijsprotocollen en behandelingsstrategieën opzetten en de ontwikkeling van nieuwe biomarkers valt wel voordeel te halen.

THERAPIE VANDAAG

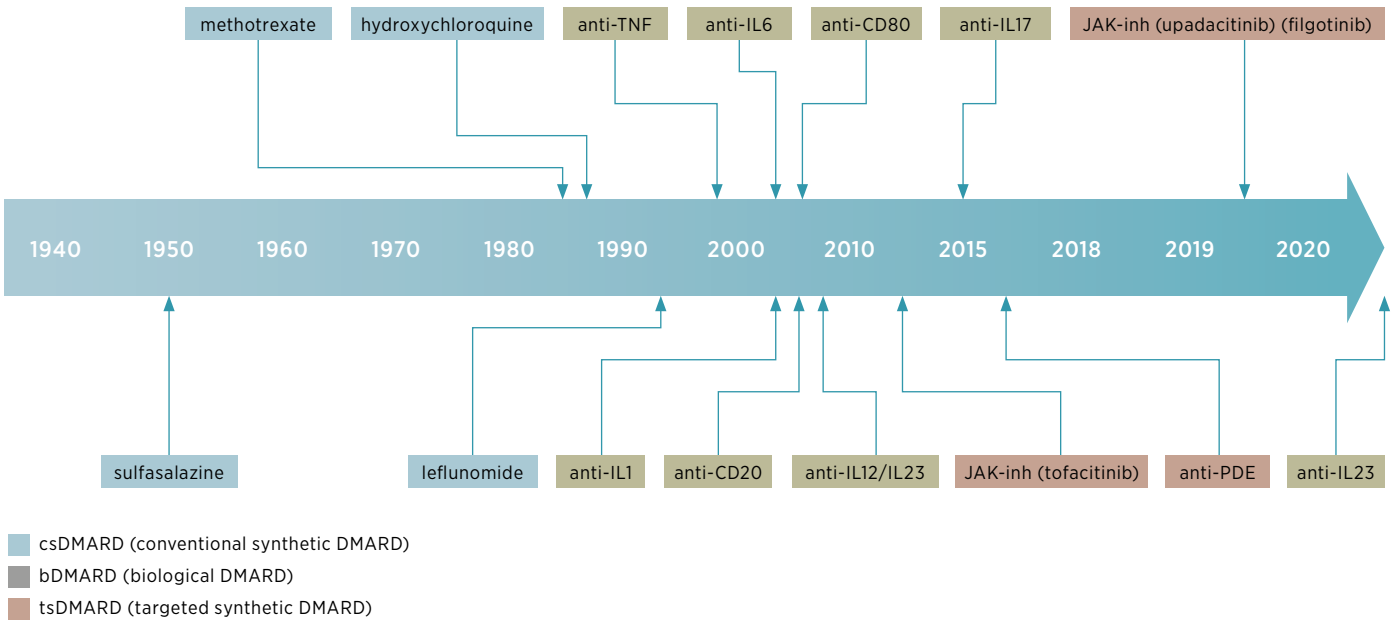
De afgelopen 20 jaar kende de behandeling van de drie meest frequent voorkomende reumatologische aandoeningen, reumatoïde artritis (RA), psoriasisartritis (PsA) en spondylartropathie (SpA), een ware vlucht voorwaarts. Anno 2022 beschikken reumatologen naast de conventionele synthetische (cs) DMARD's (*disease modifying anti-rheumatic drugs*) zoals methotrexaat, leflunomide, salazopyrine en hydroxychloroquine ook over een uitgebreid arsenaal aan biologische (b) en gerichte synthetische (ts) DMARD's. Deze bestaan uit inhibitoren van TNF-alfa, IL-6, CD20, CD80, IL-12/23, IL-17, IL-23, PDE-4 en JAK. Door deze behandelingen is de reumatoloog vaak in staat om, bij patiënten die zich in een vroeg ziektestadium aanmelden, een snelle en langdurige remissie te induceren.
De komende jaren valt voor deze drie indicaties nog weinig meerwaarde van nieuwe therapieën te verwachten. Veel grotere voordelen zijn te halen uit het opzetten van betere verwijsprotocollen, betere behandelingsstrategieën en de ontwikkeling van nieuwe biomarkers.

BETERE VERWIJSPROTOCOLLEN

Aan de start van therapie gaat correcte diagnosestelling en het in kaart brengen van de uitgebreidheid van de ziekte vooraf. Een reumatoïde artritis kan overlap vertonen met bijvoorbeeld PMR (polymyalgia rheumatica) of een CTD (*connective tissue disease*) zoals systeemlupus erythematosus (SLE) of Sjögren-syndroom (SjS). Bij psoriasisartritis of spondylartropathie kan er sprake zijn van oog-, darm-, huid-, gewrichts-, pees- of axiale aantasting. Voor de evaluatie hiervan wordt de patiënt best zo snel mogelijk verwezen naar een gespecialiseerd centrum, bij voorkeur voor de opstart van elke vorm van behandeling.
In de praktijk worden patiënten helaas vaak geëvalueerd na gebruik van bijvoorbeeld perorale of intra-articulaire corticoïden. Naast de bijwerkingen van deze behandeling leidt dit vaak tot een moeizame diagnostiek en tragere opstart van een correcte behandeling. Bovendien verliezen patiënten hierdoor de mogelijkheid tot inclusie in een interessante klinische studie. Deze studies leiden niet enkel tot nieuwe wetenschappelijke inzichten, maar geven patiënten ook in een vroeg stadium van hun ziekte toegang tot een geavanceerde behandeling met hoge kans op snelle ziektecontrole.
Via reguliere terugbetaling dient men voor de opstart van een biologische of gerichte synthetische DMARD minimaal 3 of 6 maand behandeling met NSAID

Het reumatologenteam v.l.n.r.: dr. Louis Van Praet, dr. Isabelle Peene, dr. Yves Piette. Het team werd recent versterkt met een vierde staflid: dr. Sam Beeckman (rechts onderaan).

Ontwikkeling van medicatie voor de behandeling van RA, PsA en SpA



(*non-steroidal anti-inflammatory drugs*) of csDMARD achter de rug te hebben. De reumatologen zijn zich ervan bewust dat de wachttijden voor een eerste consultatie op de dienst soms tot verschillende weken of maanden kunnen oplopen. Om snelle verwijzing mogelijk te maken, beschikt elke arts over zogenaamde 'urgentieplaatsen'. Hierdoor is het mogelijk om, na telefonisch overleg met de huisarts of andere verwijzer, een nazicht binnen de 72 uur aan te bieden. Om lange telefonische wachttijden voor verwijzers te vermijden, beschikt de dienst naast het klassieke telefoonnummer (050 45 29 00) ook over een nummer voor artsen (050 45 29 97). Tot slot wordt er gewerkt aan een verdere uitbouw van de dienst. Zo genieten de reumatologen momenteel de hulp van twee arts-specialisten in opleiding en komt er versterking van het team met een nieuwe reumatoloog en extra reumaverpleegkundigen.

BETERE BEHANDELINGSSTRATEGIEËN

De huidige behandeling van een RA, SpA of PsA bestaat uit een '*step-up*'-strategie. In de praktijk volgt op de diagnosestelling en het in kaart brengen van de uitgebreidheid de opstart van een csDMARD in geval van RA of PsA of een NSAID in geval van SpA. Gezien het effect van een csDMARD pas na enkele weken of maanden optreedt, is het soms nodig om een korte kuur met perorale of intra-articulaire corticoïden te associëren. Als na 3 à 6 maanden behandeling de therapie niet succesvol blijkt, is het binnen de huidige terugbetalingsmodaliteiten mogelijk om naar een duurdere bDMARD of tsDMARD om te schakelen.
Recente inzichten tonen aan dat snelle inductie van remissie bij patiënten met een seronegatieve reumatoïde artritis of perifere spondylartropathie belangrijke voordelen heeft. Indien deze aandoeningen snel onder controle raken, blijkt het mogelijk om de behandeling na enkele maanden of jaren te staken. Een significant aantal patiënten blijft nadien in een zogenaamde *DMARD-free sustained remission*. Helaas blijkt deze aanpak niet succesvol bij patiënten met een anti-CCP-positieve reumatoïde artritis of een HLA-B27-positieve axiale spondylartropathie. Patiënten met deze aandoeningen hervallen quasi allemaal na onderbreking van de behandeling.[1] Ook voor deze aandoeningen blijft het evenwel belangrijk om een snelle ziektecontrole te bereiken. Dat voorkomt blijvende gewrichtsschade door erosies of ankylose, er zijn hierdoor minder nociceptieve langetermijneffecten van pijn en de kans op succesvolle jobhervatting is hoger.
Deze bevindingen stellen de huidige '*step-up*'-aanpak in vraag en pleiten voor een aanpassing naar een '*step-down*'- of '*hit-hard-early*'-aanpak. Hierbij wordt na diagnose onmiddellijk met bijvoorbeeld een biologische DMARD gestart en na enkele maanden gestopt of afgebouwd naar een csDMARD. Op campus Sint-Jan lopen momenteel twee studies die de effectiviteit van deze aanpak evalueren: de CareRA 2020-trial bij patiënten met reumatoïde artritis in samenwerking met het UZ Leuven en de SPARTACUS-trial bij patiënten met een perifere spondylartropathie in samenwerking met het UZ Gent. Zoals eerder aangehaald zijn voor deze studies snelle verwijzingen, bij voorkeur zonder toediening van perorale of intra-articulaire corticoïden, essentieel.

Werkzaamheid van de verschillende klasses bDMARDs en tsDMARDs

AANDOENING	anti-TNF	anti-IL6	anti-CD80	anti-CD20	anti-IL12/IL23	anti-IL23	anti-IL17	JAK inh.	PDE-4 inh.
Psoriasisartritis									
Axiale spondylartropathie									
Psoriasis									
Ziekte van Crohn									
Colitis ulcerosa									
Uveïtis									
Reumatoïde artritis									

- Goedgekeurd
- Gebrek aan substantieel effect
- Preliminair gunstig effect
- Mogelijk exacerbatie-uitlokkend

BETERE BIOMARKERS

Bij de initiatie van een therapie opteert de reumatoloog liefst voor één middel dat alle facetten van de ziekte onder controle brengt, rekening houdend met de comorbiditeiten en de geldende terugbetalingsmodaliteiten.
Frequent zijn er twee, drie of meer valabele opties. Momenteel ontbreken evenwel biomarkers die helpen voorspellen welke keuze de hoogste slaagkans heeft en bijgevolg past de reumatoloog een *trial-and-error*-strategie toe. Als de eerste keuze - meestal na een drietal maand - niet succesvol blijkt, wordt op een ander middel overgeschakeld. Helaas kunnen hierdoor waardevolle tijd en financiële middelen verloren gaan.
Een veelbelovende techniek in dit domein zijn synoviale biopten. Hierbij neemt de reumatoloog een echogeleid *punch*-biopt ter hoogte van één of meerdere aangetaste gewrichten. Aan de hand van de aanwezige celpopulatie en cytokines probeert men te bepalen welke klasse medicatie het meest aangewezen is om het ziekteproces te onderdrukken. Helaas is deze techniek vandaag nog experimenteel, maar het illustreert de richting waarin de reumatologie de komende jaren zal evolueren. Bovendien onderstreept het opnieuw het belang van de patiënt snel, vóór opstart van therapie die de celpopulatie en cytokine-expressie ter hoogte van het synovium wijzigt, te verwijzen.

ANDERE REUMATISCHE AANDOENINGEN

Het uitgebreide pallet aan krachtige succesvolle therapieën is helaas enkel van toepassing voor de aanpak van RA, SpA en PsA. Voor andere reumatische aandoeningen zoals systeemlupus erythematosus (SLE), Sjögren-syndroom (SjS), *mixed connective tissue disease* (MCTD), systeemsclerose (SSc), IgG4-RD, sarcoïdose, *relapsing* polychondritis (RPC), *adult-onset Still's disease* (AOSD) en diverse vormen van myositis of vasculitis, zijn minder therapeutische opties ter beschikking of is geen terugbetaling voorzien.
Gelukkig zien we de laatste jaren ook voor deze aandoeningen een langzame uitbreiding van de opties. Voor SLE is belimumab intraveneus of subcutaan beschikbaar. Rituximab intraveneus kan gebruikt worden bij ernstige vormen van onder andere SLE, IgG4-RD, SSc, myositis of *ANCA-associated* vasculitis (AAV). Tocilizumab subcutaan is verkrijgbaar voor therapieresistente vormen van arteriitis temporalis en anakinra subcutaan voor AOSD.
Doch voor deze - vaak ernstige - aandoeningen blijft het uitkijken naar de ontwikkeling van nieuwe, meer succesvolle therapieën. Deze moeten toelaten om ook hier een betere en snellere ziektecontrole te bekomen met minder gebruik van corticoïden.

REFERENTIE:

[1]. Molnar C., Scherer A., Baraliakos X. et al. (2018). TNF blockers inhibit spinal radiographic progression in ankylosing spondylitis by reducing disease activity: results from the Swiss Clinical Quality Management cohort, *Ann. Rheum. Dis.*, Jan;77(1):63-69.

AUTEUR

dr. Louis Van Praet
dienst Reumatologie, campus Sint-Jan

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

NIEUWE ARTSEN

dr. Benjamin De Becker

Cardioloog

dienst Cardiologie, campus Sint-Jan

050 45 26 70
policardiologiesecretariaat@azsintjan.be

Dr. Benjamin De Becker behaalde zijn medisch diploma aan de Université Libre de Bruxelles in 2013. Hij startte er vervolgens zijn specialisatie in de interne geneeskunde en aansluitend ook in de cardiologie. Tijdens zijn opleiding cardiologie verrichtte hij drie jaar wetenschappelijk onderzoek naar het effect van urinezuur op het cardiovasculaire systeem, onder leiding van prof. dr. Philippe van de Borne en gedeeltelijk gefinancierd door het Fonds de la Recherche Scientifique (FNRS) en het Fonds voor Hartchirurgie. Tijdens zijn academische loopbaan ontving dr. De Becker driemaal de Fleurice Mercier-prijs en ook de Dekenprijs ULB, de prijs voor de Beste Klinische Onderzoeker in 2013 en de Chapman-prijs in 2021.
Op 1 oktober 2021 startte dr. Benjamin De Becker met een fellowship elektrofysiologie op de dienst Cardiologie van campus Sint-Jan. Tijdens dit fellowship is hij ook actief betrokken bij de klinische en wetenschappelijke activiteiten van de afdeling.

dr. Fien Decuypere

Plastisch, esthetisch en reconstructief chirurg

dienst Plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie, campus Sint-Jan & campus Henri Serruys

050 45 23 60 & 059 55 52 31
plastische.heelkunde@azsintjan.be

In 2015 behaalde dr. Fien Decuypere haar diploma geneeskunde aan de Universiteit Gent. Hierna specialiseerde ze zich door middel van een zesjarige opleiding tot plastisch, esthetisch en reconstructief chirurg aan de Universiteit Gent. Deze bestond uit de vervollediging van een tweejarige basisopleiding in de algemene heelkunde in het AZ Maria Middelares gevolgd door een vierjarige gespecialiseerde opleiding in de plastische, esthetische en reconstructieve chirurgie aan het UZ Gent. Na deze universitaire opleiding en erkenning tot plastisch chirurg in 2021, deed ze nog verdere ervaring op door middel van een internationaal fellowship in de esthetische Kuzbari-kliniek in Wenen, Oostenrijk, waarmee ze zich verder specialiseerde in de faciale esthetiek, borstchirurgie en bodycontouring.
Dr. Decuypere zal zich binnen de dienst Plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie toespitsen op zowel reconstructieve heelkunde als esthetische heelkunde en dit zowel op campus Sint-Jan als op campus Henri Serruys. Ze werkt ook één dag per week in de D&E Kliniek in Melle voor puur esthetische consultaties en operaties.

dr. Mathias Claeys

Cardioloog

dienst Cardiologie, campus Sint-Jan

050 45 26 70
policardiologiesecretariaat@azsintjan.be

Dr. Mathias Claeys studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en behaalde er zijn artsendiploma in 2012. Hij voltooide zijn opleiding tot cardioloog in 2021 na assistentschappen in het AZ Damiaan, AZ Delta, het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en UZ Leuven. Van 2015 tot en met 2019 verrichtte hij wetenschappelijk onderzoek aan het departement cardiovasculaire wetenschappen van de KU Leuven, waarmee hij in 2021 promoveerde tot doctor in de biomedische wetenschappen met het proefschrift: 'Cardiac reserve and ventricular interdependence in right heart disease: diagnostic and therapeutic prospects'. Dr. Claeys startte op 1 september 2021 op campus Sint-Jan in het kader van een voortgezette opleiding (fellowship) in cardiale beeldvorming, structureel hartlijden en hartfalen. Hij heeft een bijzondere interesse in inspanningsfysiologie, kleplijden en de echocardiografische begeleiding van percutane structurele hartingrepen.

EDUCATIEF PROGRAMMA

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

Maart 2022

Programma en inschrijving: academy.azlink.be

AZ COLLOQUIA - Symposium Elektronische Communicatie
Centraal patiëntendossier: gegevensdeling over de lijnen heen – visie nexuzhealth

Dinsdag 8 maart 2022 – 20.30 uur – webinar

Online over de lijnen heen patiëntengegevens delen ... De mensen achter nexuzhealth zetten de visie achter de oplossing uiteen en gaan dieper in op de voordelen die aan zo'n centraal patiëntendossier verbonden zijn.

April 2022

Programma en inschrijving: academy.azlink.be

AZ COLLOQUIA – Symposium Ethiek en Economie
Professionele zelfzorg voor de arts – Second Victim

Donderdag 21 april 2022 – 20.30 uur – webinar

Rond het thema zelfzorg is al veel verteld en geschreven, maar dan vooral over algemene zelfzorg. Tijdens dit symposium gaan we dieper in op professionele zelfzorg. Als arts heeft u vaak een overvolle agenda, waardoor u gehaast bent, de tijd ontbreekt voor reflectie, er minder aandacht is voor de eigen stress-signalen.

Mei 2022

Programma via academy.azlink.be; inschrijven via voorzitter LOK

AZ COLLOQUIA - LOK-avond. Radiologische indicatiestelling voor de huisarts: interactieve sessie gebaseerd op casuïstiek

Dinsdag 3 mei 2022 - 20.30 uur – fysieke bijeenkomst (onder voorbehoud)

Wat zijn de hedendaagse mogelijkheden binnen de beeldvorming en wanneer is welke soort beeldvorming nu precies aangewezen? Onze radiologen putten uit de praktijk om hierin richting te geven.

podcazt

podcazts laten onze clinici aan het woord

We gaan van start met een podcazt-reeks! Daarin laten we onze artsen zelf aan het woord over diverse onderwerpen die patiënten bezighouden en vragen die ze zich mogelijk stellen.

Zelf ook eens luisteren wat ze te vertellen hebben? De verschillende podcazts verzamelen we op één azlink.be-pagina.

Voor onze eerste podcazt gingen we op de **dienst Neus-, keel- en oorziekten** aankloppen bij **dr. Bob Lerut en dr. Anne-Sophie Vinck**. Vanuit hun ervaringen in het **geur- en smaakcentrum** geven ze meer inzicht in de werking van twee zintuigen: geur en smaak. Ze leggen uit wat daarmee allemaal kan misgaan en wat de impact hiervan is.

In een volgende podcazt zal een derde zintuig aan bod komen: de huid. Hiervoor nemen we onze luisteraar mee naar de dienst Huidziekten, waar we onze vier huidartsen aan het woord laten.