azlink

Pulse voor de medische praktijk

Nº 45
Editie oktober 2020
www.azlink.be

De dienst Neus-, keel- en oorziekten heeft de smaak van subspecialisatie te pakken

az sint-jan
brugge - oostende av

Editie oktober 2020

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: dr. Catherine Dick
dr. Olivier Deryck
dr. Michel Langlois
dr. Anne Loccufier
dr. Hans Rigauts
dr. Sarah Roels
dr. Suzy Van Erum
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Hugo Vereecke
Anne-Mie Vansteelant
Evelyn Verhelle
Anja Proksch
Ashley T'Jaeckx

Werkten mee aan dit nummer
dr. Bart Berghs
dr. Francis Bonte
dr. Melissa Cambron
dr. Tom Feryn
dr. Veerle Ringoet
dr. Filip Stockmans
dr. Tom Vauterin
dr. Anne-Sophie Vinck
Elke De Geeter
Anne-Mie Vansteelant
Eva Verplaetse
Living Stone nv - www.livingstone.eu

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

De dienst Neus-, keel- en oorziekten heeft de smaak van subspecialisatie te pakken 4-7
dr. Tom Vauterin

Slaapapneu en CPAP-behandeling, waar staan we vandaag? 8-10
dr. Veerle Ringoet

De behandeling van **scafoïdfracturen en -pseudartrosen:** huidige minimaal invasieve aanpak 11-13
dr. Francis Bonte, dr. Filip Stockmans & dr. Bart Berghs

Het **vertigoteam** houdt diverse disciplines in balans 14-16
dr. Anne-Sophie Vinck & dr. Melissa Cambron

De **centralisatie van pancreas- en slokdarmchirurgie,** een unieke samenwerking over de netwerken heen 17-18
dr. Tom Feryn

Nieuwe artsen 19

Educatief programma 20

Copyright © 2020 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.
Foto dr. Hans Rigauts: © Lander Loeckx.
Contact: dienst Communicatie, communicatie@azsintjan.be

az sint-jan
brugge - oostende av

VOORWOORD

Hans Rigauts

algemeen directeur

De vakantie is achter de rug. Het beeld dat me bijblijft is dat van maskers in het straatbeeld, op de zeedijk, in de cafés en restaurants, in de winkels … Wanneer je in de zomer van vorig jaar had verteld dat we twaalf maanden later allemaal met een mondmasker zouden rondlopen, dan werd je ongetwijfeld voor gek verklaard. Toch is dit vandaag een feit. Eigenaardig hoe snel het leven van ons allemaal, hoe snel onze maatschappij ernstig veranderd is en dit door toedoen van een piepklein virusje. Het getuigt anderzijds ook van onze wendbaarheid, ons aanpassingsvermogen en onze strijdlust om deze pandemie te lijf te gaan. We doen er samen – wetenschappers, clinici, zorgmedewerkers, beleidsmakers, jij en ik – alles aan om deze ziekteverwekker in de kiem te smoren. Hopelijk slagen we er snel in om via een vaccin onze afweer de weg te tonen om het beest(je) definitief te bedwingen.

Toen ik op m'n vroege ochtendwandeling in Brugge een oud-collega ontmoette en begroette met de standaardvraag "Hoe gaat het ermee?", kreeg ik niet het verwachte standaardantwoord: "Alles gaat goed, het leven kabbelt rustig verder en ik geniet van m'n pensioen". De collega had net bijzonder slecht nieuws gekregen over z'n persoonlijke gezondheidstoestand. Door zo'n zwaard van Damocles krijgt het leven en je eigen beleving van dat leven een heel andere invulling, met een heel ander perspectief.
Je toekomst en de plannen die je had, worden van het ene moment op het andere weggespoeld. Je wereld staat plots helemaal stil. Behoorlijk geschrokken en aangedaan door het verhaal van de collega heb ik me even op een bankje gezet. Niet dat ik de betrokkene goed heb gekend, niet dat we bevriend zijn, noch nabije of verre familie van elkaar. Toch grijpt dit verhaal me aan. M'n eerste gedachte was er een van medeleven, in m'n tweede gedachte was ik blij met de 'anderhalve meter' afstand tussen ons. Het spijt me dat dit cru overkomt, maar die anderhalve meter maakte op dat ogenblik een wereld van verschil. Het ene lijf eerder gezond (laat ons hopen), het andere getroffen door een ernstige ziekte. Ik was opgelucht dat het niet omgekeerd was. Erg hè, dat dit soort gedachten bovenkomt. Toch is het besef er wel degelijk dat ook je eigen leven van de ene op de andere seconde kan omgegooid worden. En dat besef maakt je kwetsbaar, temeer omdat je dit zelf niet onder controle hebt, niet zelf kunt bepalen. Oh, zeker, een gezonde levensstijl, veel sporten, weinig stress, verantwoorde voeding … het wordt ons vandaag allemaal voorgeschoteld als de heilige graal om kwaaltjes en ziekten te vermijden. Nieuwe stigmata liggen klaar voor diegenen die te dik zijn volgens de recente maatschappelijke maatstaf en niet aan die nieuwe normen kunnen voldoen. Een schrale troost misschien: je kan ernstige ziekten niet vermijden, welke levensstijl je ook probeert op te leggen. Het verhaal van de collega is hiervan de spijtige bevestiging.

Toen ik hem een paar dagen later opnieuw tegenkwam op m'n ochtendwandeling was het met enige schroom dat ik naar zijn gemoedstoestand polste. Het antwoord was tegelijk verrassend en hoopgevend. Met veel strijdlust deelde hij mee dat er een uitgebreide screening en staging had plaatsgevonden, dat er biopsies genomen waren op basis waarvan er een gericht therapeutisch plan was opgemaakt. Hoewel het om een zeer zware behandeling gaat, was er opnieuw hoop en wat toekomstperspectief.

Van de mondmaskers als een maatschappelijke reactie tegen een dreiging van een viruspandemie naar een persoonlijk verhaal van een intern pernicieus ziekteproces. Beide verhalen hebben de weerbaarheid, de wendbaarheid en de strijdlust van ons als persoon gemeen. Het persoonlijke aanpassingsvermogen dat leidt tot een maatschappelijke wendbaarheid. Een hoopgevende gedachte in deze toch wel bijzondere tijden.

Veel leesgenot.

Hans Rigauts
Algemeen directeur

De dienst Neus-, keel- en oorziekten heeft de smaak van subspecialisatie te pakken

dr. Tom Vauterin // *dienst Neus-, keel- en oorziekten, campus Sint-Jan*

In zijn meer dan 100-jarige bestaan kreeg de dienst Neus-, keel- en oorziekten (NKO) op campus Sint-Jan de kans om een steeds grotere rol op zich te nemen in de ruime regio. Vanuit doorgedreven subspecialisatie en vruchtbare interne en externe samenwerkingen groeide deze uit tot een vaste waarde voor patiënten en verwijzers. Wetenschappelijke onderbouwing, een hoogtechnologische insteek en sterke patiëntgerichtheid vormen daarbij de voornaamste leidraden.

LANGE GESCHIEDENIS

De dienst Neus-, keel- en oorziekten op campus Sint-Jan heeft al een lange weg achter de rug: 105 jaar geleden legde dr. Désiré Van Caneghem in volle oorlogstijd de fundamenten hiervoor. Afgestudeerd in 1912, verdiepte deze Bruggeling zich in het buitenland verder in de otolaryngologie. In 1915 startte hij als geneesheer in het Sint-Janshospitaal, met een interesse die toen al sterk naar otologie uitging. Nu, meer dan 100 jaar later, telt de dienst zes stafleden en zijn er naast een vaste consulterende geneesheer ook een aantal artsen uit omliggende ziekenhuizen actief. Vijf assistenten uit het UZ Leuven volgen er hun opleiding tot NKO-arts.

STEEDS VERDERE SUBSPECIALISATIE

De sterke uitbreiding van de groep gaf door de jaren heen de mogelijkheid tot specialisatie en verdere vertakking in subspecialisaties. Zeker de laatste vijftien jaar trok de dienst consequent de kaart van de subspecialisatie, waarbij elke specialist een eigen focus legt. De bedoeling is in een supraregionaal kader een aanvullend dienstenpakket aan te bieden aan de verwijzers en de goede samenwerking met de diensten NKO van andere ziekenhuizen in Noord-West-Vlaanderen steeds verder te versterken. Dat de patiëntenaantallen sindsdien jaarlijks ook met zo'n 5 % stijgen, is wellicht een indicatie dat dit een juiste keuze was. Hoewel de consultatiedienst centraal werkt voor alle neus-, keel- en ooraandoeningen, gebeurt de inplanning van consultaties zoveel mogelijk binnen de juiste subspecialisatie. Waar aangewezen aarzelen de stafleden niet om intern door te verwijzen.

STERK TEAM

Om de organisatie van de dienst in goede banen te leiden, zorgt een uitgebreid, sterk team van secretariaatsmedewerkers, audiologen, logopedisten, verpleegkundigen en logistieke medewerkers voor de nodige ruggensteun. Een flexibel en gemotiveerd team dat ook heel wat tijd en energie besteedt aan bijscholing en subspecialisering. Dat komt de werksfeer alleen maar ten goede. Niet alleen bij de vaste toegewijde verpleegkundigen op de consultatiedienst, op

de verpleegafdeling en in het operatiekwartier, maar ook bij flexiteamleden die ter ondersteuning worden ingezet in drukkere periodes merken de stafleden een eersteklas instelling.

HOOGTECHNOLOGISCHE INFRASTRUCTUUR

De gestage groei en technologische evoluties noopten de dienst, die nog sterk otologisch georiënteerd was, tot grondige verbouwingen. Sinds 2015 beschikt deze dan ook over een hoogtechnologische en volledig gedigitaliseerde consultatiedienst die 800 m² beslaat. Centraal bevinden zich het secretariaat en de wachtzaal met daaromheen negen consultatieruimtes, een vergaderzaal met teleconferentiemogelijkheden, audiocabines en evenwichtsunits. Een operatiezaal voor kleinere ingrepen op de consultatiedienst zelf geeft de mogelijkheid het operatiekwartier voor ingrijpendere chirurgie voor te behouden. De volledige digitalisering is trouwens ook naar dit operatiekwartier doorgetrokken, dat eveneens voorzien is van neuronavigatie- en robotchirurgiemogelijkheden. Robotchirurgie biedt een minimaal invasief alternatief voor ingrepen die vroeger om intensieve en vaak sterk invaliderende chirurgie vroegen, zoals snurk- en schildklieroperaties of tumoren in de oro- en hypofarynx.

VRUCHTBARE SAMENWERKINGEN

Vanuit het streven om multidisciplinaire zorg aan te bieden, bouwde de dienst gaandeweg steeds hechtere, gestructureerde samenwerkingsverbanden uit met andere diensten binnen het ziekenhuis.

Die samenwerkingen sluiten aan bij de intentie een supraregionale dienstverlening te voorzien. Verwijzers kunnen onder meer terecht in een stemkliniek, bij het vertigoteam, bij het cochleair implantaat (CI)-team, bij het allergieteam, in de geur- en smaakkliniek en bij de OSAS-conventie.

DE BREDE INVALSHOEK VOOR VERTIGO

Tot de recentere projecten behoort het vertigoteam. Daarin bundelen de neuroloog, de NKO-arts en de klinisch psycholoog sinds een tweetal jaar op tweewekelijkse basis de krachten om vanuit een bredere invalshoek sneller en efficiënter tot een oorzakelijke diagnose van vertigoklachten te komen. Kort na de opstart richtte het team reeds infosessies in voor huisartsen om de red flags toe te lichten, aanknopingspunten te geven

Dienst	Multidisciplinaire eenheid
Anatomopathologie	Brugs Oncologisch Hoofd & Hals Centrum
Endocrinologie	Schildkliermultidisciplinariteit
Fysische geneeskunde	Vertigoteam, gang- en valproblematiek
Genetische consultatie	CI-team
Huidziekten	Allergieteam
Kindergeneeskunde	Allergieteam - Voedingsprovocatie Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen CI-team Congenitale gehoorstoornissen en screening Pediatrische luchtwegproblematiek Trilhaarbiopsieën
Klinische psychologie	CI-team Vertigoteam
Laboratoriumgeneeskunde	Allergieteam
Longziekten	Allergieteam Endobronchiale stenting Sleep Disordered Breathing (OSAS & snurken)
Oncologisch centrum	Brugs Oncologisch Hoofd & Hals Centrum
Oogziekten	Allergieteam CI-team Traanwegkliniek
Neonatologie	Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen CI-team Congenitale gehoorstoornissen en screening Pediatrische luchtwegproblematiek Trilhaarbiopsieën
Neurochirurgie	Endoscopische endonasale schedelbasischirurgie
Neurologie	Geur- en smaakkliniek Sleep Disordered Breathing (OSAS & snurken) Vertigoteam, gang- en valproblematiek
Nucleaire geneeskunde	Brugs Oncologisch Hoofd & Hals Centrum
Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie	Brugs Oncologisch Hoofd & Hals Centrum Hemifaciale microsomie en oorschelpreconstructie Schisisteam Sleep Disordered Breathing (OSAS & snurken)
Radiologie	Oncologische kransen Otologische kransen

Vanuit het streven om multidisciplinaire zorg aan te bieden, bouwde de dienst NKO gaandeweg steeds hechtere, gestructureerde samenwerkingsverbanden uit met andere diensten binnen het ziekenhuis.

voor efficiënte doorverwijzing en tips en tricks aan te reiken voor wat binnen de eigen praktijk tot de mogelijkheden behoort.

MULTIDISCIPLINAIRE BENADERING VAN ALLERGIE

Het allergieteam is sinds mei 2015 actief, met de bedoeling complexere pathologieën op een meer multidisciplinaire manier te benaderen. Daartoe voorzien de betrokken specialisten gelijktijdige consultatiemomenten, zodat patiënten op een en dezelfde dag kunnen roteren binnen het ziekenhuis. Naast maandelijks patiëntenoverleg geven de teamleden opleiding aan assistenten en aan elkaar, in de vorm van regelmatige updates binnen het eigen deelgebied. Ook hier kon de huisarts op een kaderend inleidend symposium rekenen, en op workshops die houvasten aanreiken voor een gerichtere verwijzing binnen het omvangrijke team. Daarnaast is er de allergietelefoon, waar niet alleen de huisarts, maar ook de patiënt zelf terecht kan voor een correcte verwijzing. Gezien het allergieteam vooralsnog een vrij uniek gegeven is in België, kan de oprichting en werking ervan op heel wat interesse rekenen vanuit andere ziekenhuizen.

DOORGEDREVEN DIAGNOSTIEK IN REUK EN SMAAK

Als een van de grote centra in België verleent ook de geur- en smaakkliniek vrij bijzondere zorg. De impact van geur- en smaakverlies op de levenskwaliteit wordt nog steeds sterk onderschat. Gezien het belang voor de patiënten om hun probleem, dat vaak als een banaliteit wordt afgedaan, erkend en geobjectiveerd te zien, komen deze vanuit binnen- en buitenland op consultatie. De werking van de geur- en smaakkliniek stoelt op doorgedreven diagnostiek om de exacte aandoening en haar oorzaak te bepalen. Op basis daarvan krijgen de patiënten een idee van welke verbetering ze mogen verwachten naar levenskwaliteit en veiligheid toe.

In het vertigoteam bundelen neuroloog, NKO-arts en klinisch psycholoog de krachten om vanuit een bredere invalshoek sneller en efficiënter tot een diagnose van vertigoklachten te komen.

Tijdens verschillende multidisciplinaire overlegmomenten, zoals de otostaf en het oncologisch overleg, krijgen ook collega's uit perifere ziekenhuizen de gelegenheid om complexe casussen aan te brengen.

WETENSCHAPPELIJKE ACTIVITEITEN

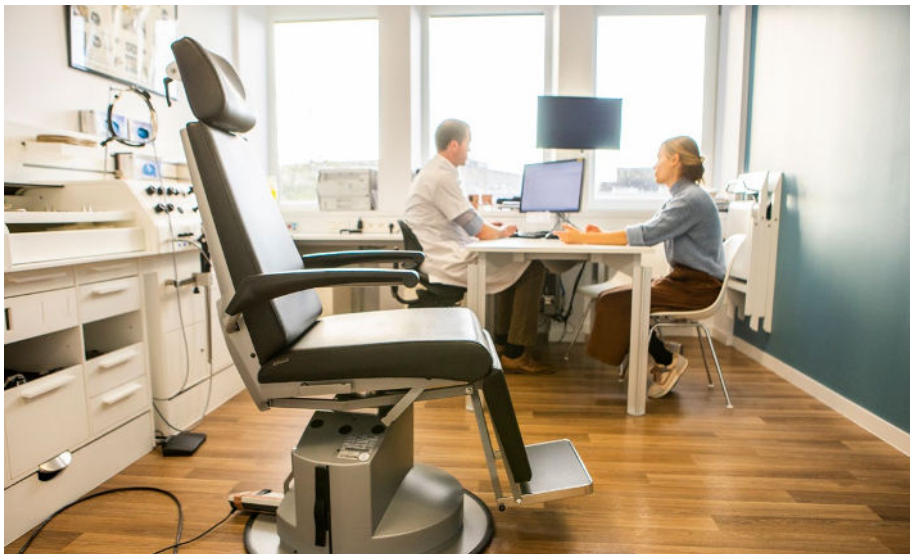
Naast klinische activiteiten gaat veel aandacht en tijd uit naar wetenschappelijke activiteiten: interne kwaliteitscontroles en klinisch onderzoek, maar net zo goed bijdragen aan internationale multicenterstudies. Bij aanvang van een opleidingsjaar krijgt elk van de assistenten de vraag om een wetenschappelijk onderwerp uit te werken. De grootste sterkte van de dienst NKO op campus Sint-Jan zit daarbij in de hoge patiëntenaantallen en de mooie spreiding van alle pathologie. Jaarlijks verschijnen er een vijftal publicaties waar de dienst een bijdrage toe leverde. De specialisten houden natuurlijk steeds de vinger aan de pols door internationale congressen bij te wonen. Interne kransen dienen ter optimalisatie van de eigen werking, om van elkaar bij te leren en om buiten de eigen subspecialiteit van alles op de hoogte te blijven.

EXPERTISE DELEN

Binnen de eigen subspecialiteit delen de artsen graag hun kennis, zowel regionaal als nationaal en internationaal. In de otostafvergadering en het oncologisch overleg krijgen collega's uit de perifere ziekenhuizen de gelegenheid om moeilijke casussen aan te brengen en sinds vijf jaar kunnen collega-NKO's een viertal keer per jaar live surgery bijwonen. Bij verzekeringscasussen of rechtszaken worden stafleden op basis van hun subspecialiteit regelmatig als expertise-arts ingeroepen en ook programma's zoals 'Over eten' en 'Ook getest op mensen' of andere media komen soms aankloppen voor extra uitleg.

PATIËNTBETROKKENHEID

Waar de dienst steeds sterker op wil inzetten, is patiëntgerichtheid, -betrokkenheid en -empowerment. Zo krijgen patiënten, dankzij het sterke digitale dossier waarover de dienst sinds de verbouwingen beschikt, zelf inzage en laten de geavanceerde technische mogelijkheden steeds beter toe om hun pathologie ook voor hen te visualiseren.



Sinds 2015 beschikt de dienst over een hoogtechnologische en volledig gedigitaliseerde consultatiedienst.

De volledige digitalisering is doorgetrokken naar het operatiekwartier, dat eveneens voorzien is van neuronavigatie en robotchirurgiemogelijkheden.

Sinusitispatiënten krijgen de sinusitiscoach aangeboden, een therapietrouwapp die de patiënt reminders zendt en vraagt om dagelijks een score aan de symptomen toe te kennen. Zo kan de behandelende arts het effect van bepaalde therapieën objectiveren en correleren met al dan niet gunstige resultaten. Ook systematische afname van Quality of Life-vragenlijsten bij diverse subspecialiteiten, zoals allergie, vertigo en oncologische aandoeningen, komt de patiënt ten goede. Ze vormen een kwaliteitsparameter, maar polsen tegelijk ook naar een mogelijke onderliggende pathologie die om verdere verwijzing of bijkomende therapie vraagt.

BIJEENKOMSTEN EN INFORMATIESESSIES

Andere initiatieven zijn patiënten-bijeenkomsten. Zo organiseert het Brugs Oncologisch Hoofd & Hals Centrum op jaarlijkse basis ontmoetingsdagen voor oncologische hoofd- en halspatiënten en richtte het een zelfhulpgroep op: 'Klank-bord'. In het najaar van 2019 vond ook het CI-team na meer dan 100 ingrepen de tijd rijp voor een patiëntendag, die kandidaten voor een cochleair implantaat en voormalige patiënten verenigde. Een gebeuren dat herhaling zal kennen nu, door versoepeling van de terugbetalingsvoorwaarden, meer mensen in aanmerking komen voor een CI. Voor bijdragen aan patiëntgerichte informatiesessies, zoals 'Oud worden met de glimlach', draaien de artsen evenmin hun hand om.

TOEKOMSTPLANNEN

De plannen die de dienst er naar de toekomst toe op nahoudt? Allereerst de getrokken kaart van de subspecialisatie verder blijven uitspelen. Daarnaast de haalbare technologische evoluties zo snel mogelijk integreren. Ondertussen niet vergeten de toenemende patiëntgerichtheid als een belangrijk objectief voor ogen te houden. En tot slot op lange termijn de switch van curatieve naar preventieve geneeskunde maken. Intensieve multidisciplinaire samenwerking en efficiënte informatie-overdracht naar zowel de eerstelijnszorg en de paramedici als naar de patiënt zelf zullen daarin een sleutelrol spelen.

STAFLEDEN DIENST NKO

Dr. Tom Vauterin
Dr. Catherine Dick
Dr. Rudolf Kuhweide
Dr. Bob Lerut
Dr. Kato Speleman
Dr. Anne-Sophie Vinck

AUTEUR

dr. Tom Vauterin
dienst Neus-, keel- en oorziekten campus Sint-Jan

azlink is er ook als app voor u.
App Store Google play

Slaapapneu en CPAP-behandeling, waar staan we vandaag?

dr. Veerle Ringoet // *dienst Longziekten, campus Sint-Jan*

Begin jaren 90 begon de dienst Neurologie met polysomnografie, of 'slaaptests', in het slaaplabo en startte de dienst Longziekten met consultaties voor het slaapapneusyndroom en de toen nog vrij revolutionaire CPAP-behandeling. Inmiddels telt het slaaplabo vier bedden die zeven dagen op zeven draaien, heeft de dienst Longziekten een 2000-tal actieve CPAP-gebruikers en zijn de therapeutische opties voor (vooral obstructief) slaapapneusyndroom aanzienlijk uitgebreid.

SLAAPAPNEU EN SLAAPAPNEUSYNDROOM

Volgens de definitie valt bij een apneu de ademhaling gedurende minstens 10 seconden ongeveer volledig stil. Bij een hypopneu daalt de amplitude van de ademhaling met 50 % of meer ten opzichte van de basislijn. Om van hypopneu te spreken, moet deze daling gepaard gaan met een of meerdere van deze kenmerken: een O_2-desaturatie van minstens 3 %, ronchopathie of beëindiging door een ontwaakreactie *(arousal)*.

Types apneu

- Een centrale apneu houdt in dat de ademhaling stilvalt en dat het lichaam ook geen ademhalingsinspanning levert. Meestal ligt de oorzaak hier in een neurologische aandoening zoals CVA of sommige neuromusculaire aandoeningen of is ze te zoeken in medicatie, verblijf in een hooggebergte of cordecompensatie. In het laatste geval gaat het om een heel typische vorm van centrale apneu, namelijk *waxing and waning* van de respiratie, ook wel Cheyne-Stokes-ademhaling genoemd.
- Bij obstructieve apneu valt de ademhaling repetitief stil als gevolg van een collaps van de bovenste luchtweg tijdens de slaap, terwijl thorax en abdomen (soms verwoede) pogingen leveren tot paradoxale ademhaling, met grote intrathoracale drukverschillen tot gevolg.
- Gemengde apneu start als centrale en eindigt als obstructieve apneu. Het wordt bij de scoring van het polysomnografierapport bij de obstructieve casussen geteld.

Prevalentie

Afhankelijk van de gehanteerde definitie liggen de prevalenties voor obstructief slaapapneu (hypopneu, afgekort OSA(H)) torenhoog: in de VS lijdt naar schatting 15 % van de mannen en 5 % van de vrouwen aan obstructief slaapapneusyndroom (OSAHS) met een apneu/hypopneu-index (AHI) van minstens 5 per uur plus symptomen, of aan OSAH met een AHI van 15 per uur of meer. De AHI is het aantal apneus en hypopneus per uur slaap. OSA is frequenter bij mannen, postmenopauzale vrouwen, Afro-Amerikanen en morbide obesitaspatiënten. Craniofaciale en bovensteluchtwegafwijkingen verhogen eveneens de kans op OSA, ook bij niet-

Bij CPAP-therapie wordt de patiënt verwacht bij de CPAP-verpleegkundige, die de praktische uitleg verstrekt. Deze leert de bediening van het toestel aan en helpt bij de keuze van een passend masker in functie van de gelaatsstructuur van de patiënt, het feit of deze al dan niet met de mond open slaapt en diens eigen voorkeur.

obese personen. Bij heel wat medische aandoeningen ligt de prevalentie van OSA hoger, waaronder congestief hartfalen, hypertensie, het obesitas-hypoventilatiesyndroom, eindstadium nierfalen, type 2 diabetes mellitus, chronische longaandoeningen, CVA en TIA, zwangerschap, acromegalie, hypothyreose, polycystische ovaria, de ziekte van Parkinson, het *floppy eyelid*-syndroom … Heel wat medische specialismen moeten dus bedacht zijn op deze aandoening.

Klinisch

De klinische presentatie van OSA varieert: slaperigheid overdag, fatigue, niet-verkwikkende slaap, ochtendhoofdpijn, tijdens de slaap snurken (hoge sensitiviteit, maar lage specificiteit), verstikkingsverschijnselen vertonen of naar adem snakken (lagere sensitiviteit, maar hoge specificiteit), xerostomie bij het opstaan. Veel patiënten klagen over herhaalde ontwaakreacties 's nachts en 1 op de 3 over insomnie in plaats van hypersomnolentie. Nycturie wordt vaak vermeld, en soms ook nachtelijke angina pectoris of palpitaties in het kader van voorkamerfibrillatie. Voor diagnose zijn de volgende elementen klinisch relevant: eventuele obesitas, een brede nek, een brede lendenomtrek en predisponerende NKO-factoren, met name retro- of micrognathie, macroglossie, tonsilhypertrofie, laterale peritonsillaire vernauwing, een lange of dikke uvula, een nauw palatum, neusseptumdeviatie, nasale poliepen en de craniofaciale gegevens. Afhankelijk van de klachten van de patiënt komt deze terecht bij de huisarts, pneumoloog, neuroloog, internist, NKO-arts, MKA-chirurg of psychiater. OSA is geen zuiver klinische diagnose en vraagt bevestiging door een objectieve test. In het ziekenhuis opgenomen polysomnografie is daarbij de gouden standaard. Eens de diagnose bevestigd en de ernstgraad van nachtelijke overlast bekend, wordt samen met de patiënt gekozen uit een waaier van therapeutische opties.

Diagnose

Traditioneel wordt OSA ingedeeld als:

- mild: AHI *of respiratory disturbance index* (RDI) van 5 tot 14 respiratoire events per uur.
- matig: AHI of RDI van 15 tot 30 respiratoire events per uur.
- ernstig: AHI of RDI van 30 of meer respiratoire events per uur.

Statistisch neemt de kans op klachten overdag en op metabole dysfunctie en cardiovasculaire aandoeningen en mortaliteit toe met de ernst van de OSA.

Voor de diagnose en therapie van slaapapneu zijn teamwerk en multidisciplinariteit geen loze begrippen. Een belangrijke rol is weggelegd voor de dienst Mond-, kaak- en aangezichtchirurgie (MKA), die sinds begin 2017 het *mandibular advancement device* (MAD) aanbiedt als terugbetaalbare obstructief slaapapneu (OSA)-behandeling. Inmiddels heeft deze een 118-tal MAD-patiënten op de teller. Nazicht door een neus-, keel- en oorarts is zeer belangrijk en ook de dienst Neus-, keel- en oorziekten (NKO) heeft een therapeutisch arsenaal. Tot slot roepen de longartsen ook de hulp in van de diëtisten en soms krijgt de patiënt het advies om bariatrische heelkunde te overwegen.

CPAP-THERAPIE

Alle internationale richtlijnen bevelen aan om naast de aanpak van levensstijlfactoren *continuous positive airway pressure* (CPAP) als (initiële) therapie aan te bieden. CPAP zorgt voor een positieve faryngale transmurale druk zodat de intraluminele druk de omringende druk overstijgt. CPAP stabiliseert ook de bovenste luchtweg door een toegenomen eindexpiratoir longvolume. Het doel is collaps van de bovenste luchtweg te verhinderen. Sommige patiënten, zeker indien ze aan milde tot matige OSA lijden, verdragen CPAP niet of weigeren deze behandeling. Een MAD kan voor hen een alternatieve oplossing bieden. Aan geselecteerde patiënten kan bovensteluchtwegchirurgie of maxillomandibulaire osteotomie voorgesteld worden.

Rol pneumoloog en consultatiedienst Longziekten

Tijdens de consultatie pneumologie wordt de patiënt ingelicht over de aandoening, de risicofactoren, de wenselijkheid van gewichtsreductie en eventueel van aanpassing van de slaaphouding, met name ruglig vermijden, indien het om positional OSA (POSA) gaat. Deze krijgt uitleg over hoe alcohol en benzodiazepines een negatieve invloed hebben op OSA. Indien de keuze op

Het CPAP-team: vlnr: Kristof Van De Maele (technieker), dr. Sophie Muyldermans, dr. Sarah Deseyne, dr. Veerle Ringoet, Eric De Gieter (technieker) en verpleegkundigen Evelien Devisch en Ellen Macocq. Verpleegkundige Mario Maes en secretaresses Eva Van Gele en Sylvie Valcke staan niet op de foto.

De verpleegkundigen en technici zijn verantwoordelijk voor de oplossing van vragen of problemen van patiënten, de opvolging van de CPAP-toestellen en -maskers en het bijhouden van de stock.

CPAP valt, voor volwassenen nog steeds de hoeksteen van de behandeling voor OSA, licht de pneumoloog naast het basisprincipe ook de te verwachten effecten, bijwerkingen, terugbetalingscriteria en de vereiste opvolging toe. Kort nadien wordt de patiënt verwacht bij de CPAP-verpleegkundige, die de praktische uitleg verstrekt. Deze leert de bediening van het toestel aan en helpt bij de keuze van een passend masker in functie van de gelaatsstructuur van de patiënt, het feit of deze al dan niet met de mond open slaapt en diens eigen voorkeur. Zo nodig wordt een bevochtiger aangesloten op het apparaat. Bij een klassiek CPAP-toestel wordt een vaste druk ingesteld, bepaald op basis van het gewicht van de patiënt, diens NKO-anatomie en de ernstgraad van de nachtelijke OSA.

In België is voor de terugbetaling door het RIZIV een tweede polysomnografie vereist mét behandeling, om een gunstige evolutie te bewijzen. Terugbetaling via een dagprijs kan ten vroegste de dag na die tweede slaaptest ingaan. Sinds 2017 kan voor geselecteerde patiënten, met name deze zonder comorbiditeiten, ook een minder laborieuze polygrafie volstaan. Indien uit de tweede slaaptest nog een te hoge residuele AHI blijkt, geeft de pneumoloog de verpleegkundigen of technici de opdracht om de druk van het CPAP-toestel aan te passen. Zij zijn ook verantwoordelijk voor de oplossing van vragen of problemen van patiënten, de opvolging van de CPAP-toestellen en -maskers en het bijhouden van de stock. Verder dienen ze samen met het secretariaat en de pneumologen de aanvragen en goedkeuringen in en volgen deze op.

Veel centra gebruiken de tweede polysomnografienacht als titratienacht en bepalen de benodigde CPAP-druk aan de hand van de metingen die nacht, al dan niet met een auto-CPAP-toestel. Op basis van die gegevens geven ze dan een gewoon CPAP-toestel aan de patiënt mee aan een druk die het merendeel van de apneus en hypopneus heeft onderdrukt. Deze werkwijze geldt (nog) niet op campus Sint-Jan. Een *pressure relief*-instelling, waarbij bij het begin van de expiratie kortdurend een iets lagere positieve druk geleverd wordt, kan dienen om het comfort van en de tolerantie voor de behandeling te verbeteren. Auto-CPAP registreert veranderingen in de luchtstroom, in druk in het circuit of een vibratoire snurk. Binnen een bepaalde onder- en bovengrens past deze het drukniveau daaraan aan. Klinische superioriteit boven gewone CPAP voor onderhoudstherapie is er niet.

Terugbetalingscriteria

De terugbetalingscriteria zijn vrij streng in België: voor obstructieve slaapapneubehandeling moet de obstructieve AHI minstens 15 per uur bedragen. Patiënten met een AHI van 5 tot 15 per uur plus symptomen vallen derhalve uit de terugbetalingsboot. Een eerste terugbetalingsaanvraag voor CPAP kan voor maximum drie maanden. Kort voor de einddatum wordt de patiënt terug op de consultatiedienst verwacht voor uitlezing van het toestel. Voor verlenging vraagt het RIZIV namelijk bewijs dat de gemiddelde therapiecompliance minstens 4 uur per nacht bedraagt. Bij goede compliance is aanvraag tot verlenging dan per jaar mogelijk.

WAT IN CORONATIJDEN?

Half maart legde de coronacrisis het slaaplabo stil. Patiënten die reeds CPAP-goedkeuring kregen en sindsdien terug hadden moeten komen voor hun heraanvraag zagen hun consultatie geannuleerd. Het RIZIV verklaarde zich wel akkoord om hen een automatische verlenging voor zes maanden toe te staan, maar er stelden zich wel praktische problemen. Wat met defecte toestellen of versleten materiaal? Hoe zit het met therapiecompliance? ... En waar moet de patiënt zelf rekening mee houden? De gegevens zijn beperkt en suggereren dat CPAP potentieel tot verhoogde verspreiding van druppels en dus mogelijk coronabevattende partikels leidt. Voor gezonde personen geldt het advies om CPAP thuis gewoon verder te zetten. Bij mogelijke of bewezen SARS-CoV-2-infectie moeten patiënten die niet alleen wonen CPAP tijdelijk niet gebruiken of in een andere slaapkamer, dus in quarantaine, met CPAP slapen. Of de patiënt zelf gereïnfecteerd kan worden vanuit de slang, de filters en/of het masker is onbekend. Opgenomen COVID-19-patiënten krijgen mogelijk de vraag om CPAP niet te gebruiken, om het zorgpersoneel niet in gevaar te brengen. Indien dit niet haalbaar is voor de patiënt wordt gevraagd het toestel uit te zetten en minstens 1 uur te wachten alvorens een zorgverlener de kamer inkomt, of om een extra tussenstuk te gebruiken om het lek via de uitademingspoort te verhinderen.

Inmiddels is het slaaplabo weer opgestart. Nieuwe patiënten worden opgeroepen om hun terugbetaling in orde te krijgen. Protectie van het personeel is primordiaal. Een of twee dagen voor de opname krijgt de patiënt een PCR-test, met vanzelfsprekend uitstel van de opname bij positief resultaat. De kamer binnengaan gebeurt enkel indien echt nodig, voorzien van het nodige beschermingsmateriaal, liefst met spatbril of gelaatsschild, vochtondoorlaatbare schort en eendenbekmasker. Ook goede verluchting van de kamer, bij voorkeur de hele nacht, is vereist.

AUTEUR

dr. Veerle Ringoet
dienst Longziekten
campus Sint-Jan

azlink is er ook als app voor u.
App Store Google play

De behandeling van **scafoïdfracturen en -pseudartrosen**: huidige minimaal invasieve aanpak

dr. Francis Bonte, dr. Filip Stockmans & dr. Bart Berghs // *dienst Orthopedie, campus Sint-Jan*

De behandeling van scafoïdfracturen en -pseudartrosen is door de jaren heen gevoelig gewijzigd. De drempel om te opereren ligt nu een pak lager en de minimaal invasieve aanpak biedt heel wat voordelen.

Het scafoïd is een van de acht handwortelbeentjes (carpalen) in de pols. Het is een bootvormig beentje dat, ondanks zijn stevige structuur, relatief vatbaar is om te breken. De verklaring voor het feit dat het scafoïd gemakkelijker breekt dan een ander handwortelbeentje ligt in de combinatie van de vorm van het beentje, zijn positionering in de pols en het traumamechanisme.

Jammer genoeg is dit net het handwortelbeentje dat het moeilijkst geneest. De behandeling van breuken van het scafoïd is inmiddels sterk geëvolueerd. Minimaal invasieve ingrepen zijn nu standaard en hebben als doel de beweeglijkheid van de pols en de bloedvoorziening van het scafoïd zoveel als mogelijk te bewaren.

VASCULARISATIE

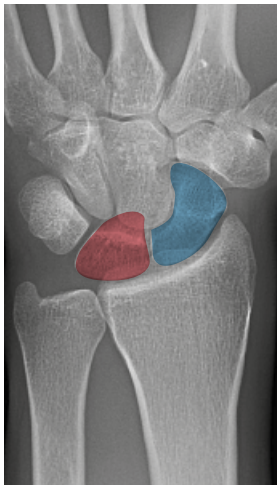
De vascularisatie is een bepalende factor in de heling van een scafoïdfractuur: in tegenstelling tot de meeste beenderen in het lichaam, waarvan de bloedvoorziening van proximaal naar distaal verloopt, wordt het scafoïd retrograad bevloeid, van distaal naar proximaal. Dit zorgt voor een moeizamere fractuurheling, waardoor gemakkelijker een pseudartrose (een traag helende breuk) of zelfs een *nonunion* (een niet-helende breuk) kan ontstaan.

Het scafoïd, het bootvormig handwortelbeentje.

Hoe proximaler de fractuur, hoe meer kans op de ontwikkeling van dergelijke pseudoartrose, *nonunion* en zelfs een avasculaire necrose (AVN), afsterving van het proximale botfragment van het scafoïd. Dit komt doordat de zuurstofvoorzienende bloedvaatjes steeds fijner worden naarmate ze verder reiken, met andere woorden proximaler in het scafoïd.

ROOKGEDRAG

Een bijkomende en bepalende factor voor genezing is het eventuele rookgedrag van de patiënt. Roken zal enerzijds leiden tot dichtslibbing van haarfijne bloedvaatjes en anderzijds een tijdelijke vasoconstrictie uitlokken, waardoor de zuurstofvoorziening ter hoogte van de breuk drastisch verlaagt en de kans op heling zeer klein is. Rookgedrag is dus bepalend in de breukheling, los van een conservatieve of operatieve behandeling. Coöperatie van de patiënt en rookstop zal het eindresultaat met andere woorden meebepalen.

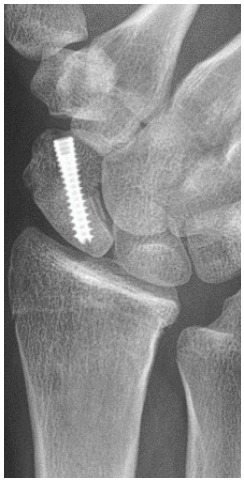


RX van normale linkerpols. Voorachterwaartse opname. (scafoïd: blauw - os lunatum: roze)

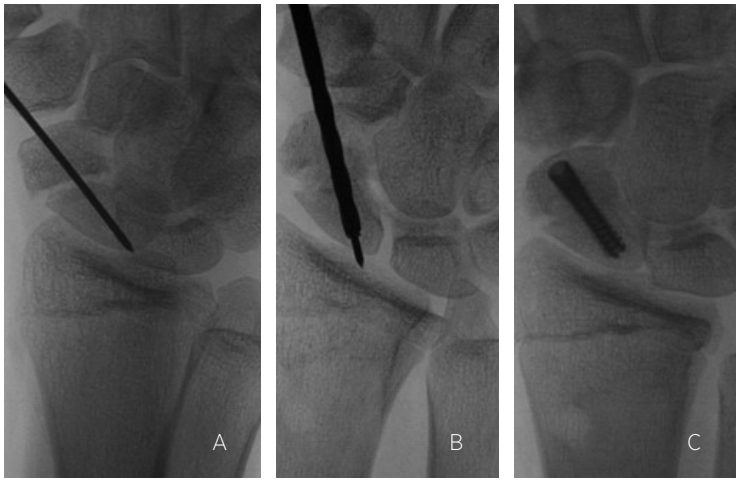
RX van rechterpols met scafoïdfractuur met humpbackdeformatie.

CT 3D-reconstructie pols: scafoïd humpbackdeformatie met distale pool (blauw) en proximale pool (oranje).

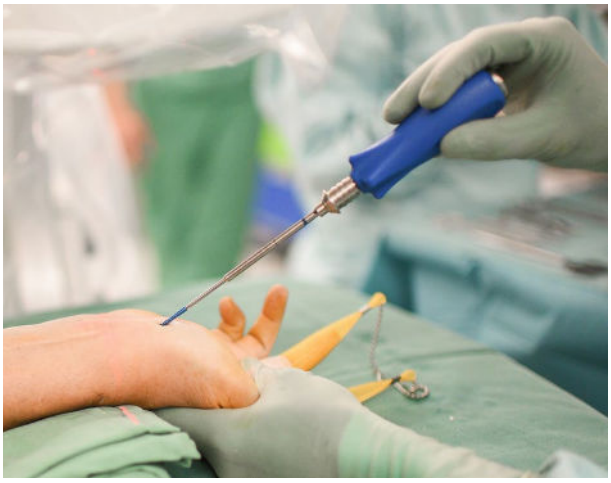
RX van SNAC wrist.



RX van met behulp van greffes en schroef geconsolideerde pseudartrose.



Peroperatieve fluoroscopiebeelden: A. Scafoïdpseudartrose met pin. - B. Botgreffes geplaatst ter hoogte van de pseudartrosehaard. De pin wordt overboord met gecannuleerde boor. - C. Botgreffes + schroef.



Plaatsing van een scafoïdschroef.

BEHANDELING SCAFOÏDFRACTUREN

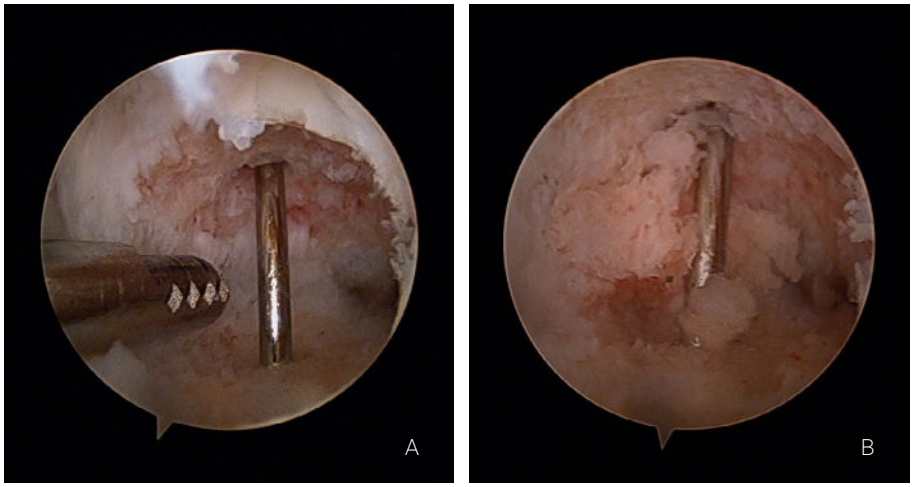
De aanpak van scafoïdfracturen is door de jaren heen gevoelig gewijzigd. Daar waar in het verleden eerder een conservatief beleid werd gehanteerd door middel van langdurige gipsimmobilisatie, is het nu de tendens om sneller over te gaan tot een operatie. Dit voornamelijk om de kans op ontwikkeling van een pseudartrose te verlagen en om de pols sneller te laten mobiliseren waardoor de patiënt de professionele activiteiten sneller kan hervatten.

INVLOED NIET-HELENDE SCAFOÏDFRACTUUR OP POLSFUNCTIE

Een niet-helende scafoïdfractuur kan heel kwalijke gevolgen hebben voor het polsgewricht. De verklaring hiervoor valt te zoeken in de vorm van het scafoïd en de dynamiek tussen de handwortelbeentjes. Doordat het scafoïd schuin geprojecteerd staat ten opzichte van de overige carpalen zal in geval van pseudartrose de distale pool progressief meer afhangen, waardoor er een zogenaamde *'humpback'*-deformatie ontstaat. Dit creëert een onevenwicht tussen de twee rijen carpalen, waardoor de druk binnen de gewrichtjes toeneemt en het aanwezige kraakbeen sneller verslijt. Er ontstaat dus posttraumatische artrose in de pols. In dit geval spreekt men van *SNAC* wrist *(scaphoïd nonunion advanced collaps)*, of ineenzakking van de carpus als gevolg van een niet-helende scafoïdfractuur. Logischerwijs zorgt dit voor polspijn, bewegingsbeperking, krachtverlies en functiebeperking van de pols.

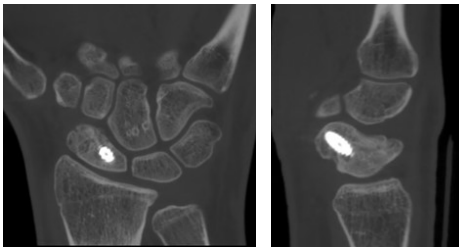
OPERATIEVE BEHANDELING SCAFOÏDFRACTUREN

De chirurgische aanpak van scafoïdfracturen is in de loop der jaren geëvolueerd naar een zo minimaal invasief mogelijke behandeling.[1] Deze aanpak respecteert de precaire bloedvoorziening van het scafoïd en bewaart de postoperatieve polsbeweeglijkheid zoveel mogelijk. De operatie houdt de plaatsing van een schroef in het scafoïd in die de breuk comprimeert, om het botcontact te vergroten en voldoende stabiliteit te creëren. De schroef, die initieel door Herbert werd beschreven,[2] maar inmiddels heel wat varianten kent, heeft twee verschillende windingen die ervoor zorgen dat de breuk maximaal gecomprimeerd wordt. De resultaten na dergelijke chirurgische behandeling zijn goed. Gemiddeld na zes weken wordt fractuurheling bekomen en



Peroperatieve artroscopiebeelden:
A. Artroscopisch zicht met debridement pseudartrosehaard. B. Plaatsen van de eerste botenten.

CT van pseudartrose voor de operatie.



CT van met schroef geconsolideerde pseudartrose na de operatie.

in afwachting is het niet meer nodig om de pols te immobiliseren. Het schroefje blijft ter plaatse en hoeft niet te worden verwijderd.

MINIMAAL INVASIEVE OPERATIEVE BEHANDELING SCAFOÏDPSEUDARTROSEN

Ook de operatieve behandeling van scafoïdpseudartrosen ondergaat de laatste jaren een transformatie: steeds meer wordt geopteerd voor een innovatieve, minimaal invasieve behandeling door middel van een kijkoperatie (polsartroscopie).[3] In vergelijking met de klassieke open chirurgie heeft deze artroscopische benadering als voordeel dat er kleinere incisies worden gemaakt, die schade aan weke delen en aan de belangrijke vascularisatie van het scafoïd tot een minimum herleiden. De kans op slagen vergroot dus na deze kijkoperatie en de postoperatieve bewegingsamplitude van de pols is na een kijkoperatie beter dan na de klassieke open benadering. De nadelen van deze procedure zijn voornamelijk de techniciteit van de procedure en bijgevolg de langere operatietijd (1,5 uur). Beide technieken maken gebruik van lichaamseigen botgreffes, bestaande uit spongieus bot. Dit bot wordt gepreleveerd in de pols (distale radius) en wordt nadien met een biopsienaald geplaatst in de pseudartrosehaard, die voorafgaand zorgvuldig wordt gedebrideerd. Met behulp van deze botgreffes verhoogt de kans op botheling significant. Als laatste wordt een stabiliserende schroef geplaatst, zoals bij de behandeling van scafoïdfracturen.

Dit zijn de verschillende stappen van de kijkoperatie:

- Retrograad plaatsen van een pin, centraal in het scafoïd, tot in de proximale pool. Dit gebeurt onder begeleiding van fluoroscopie.
- Lengtetractie van de pols/voorarm in een tractietoren, met behulp van 'chinese vingers'.
- Creëren van minimale huidincisies aan dorsale zijde van de pols, voor de portals waarlangs camera en werkinstrumentarium ingebracht worden.
- Uitruimen van de pseudartrosehaard met behulp van een *shaver* en een bolfrees.
- Preleveren van spongieuze botgreffes ter hoogte van de distale radius.
- Plaatsen van de botgreffes in de uitgeruimde pseudartrosehaard met behulp van een biopsienaald.
- Indien nodig, overboren van de pin en plaatsing van de pin en plaatsing van een gecannuleerde schroef die compressie geeft. Dit gebeurt eveneens met behulp van fluoroscopie. De botgreffes worden op die manier optimaal gecomprimeerd in de uitgeruimde pseudartrosehaard.

De kijkoperatie is een elegante oplossing in de behandeling van scafoïdpseudartrosen, dit op korte termijn, maar ook - en voornamelijk - op lange termijn, om invaliderende polsartrose te voorkomen.

In geval van een avasculaire necrose van de proximale pool van het scafoïd heeft deze techniek echter geen meerwaarde. In dit geval dient de keuze naar een gevascularisseerde botgreffe of een salvageprocedure uit te gaan.

REFERENTIES

[1] Alnaeem H, Aldekhayel S, Kanevsky J, Neel OF (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis Examining the Difference Between Nonsurgical Management and Percutaneous Fixation of Minimally and Nondisplaced Scaphoid Fractures. J Hand Surg Am., Dec;41(12):1135-1144.e1. doi: 10.1016/j.jhsa.2016.08.023. Epub 2016 Oct 1.

[2] Herbert TJ, Fisher WE (1984) Management of the fractured scaphoid using a new bone screw. J Bone Joint Surg Br., Jan;66(1):114-23.

[3] Cognet JM, Louis P, Martinache X, Schernberg F (2017). Arthroscopic grafting of scaphoid nonunion - surgical technique and preliminary findings from 23 cases. Hand Surg Rehabil., Feb;36(1):17-23. doi: 10.1016/j.hansur.2016.11.002. Epub 2016 Dec 29.

AUTEURS

dr. Francis Bonte
dienst Orthopedie
campus Sint-Jan

azlink is er ook als app voor u.
App Store Google play

Het **vertigoteam** houdt diverse disciplines in balans

dr. Anne-Sophie Vinck // *dienst Neus-, keel- en oorziekten, campus Sint-Jan*
dr. Melissa Cambron // *dienst Neurologie, campus Sint-Jan*

Vertigo is een frequente klacht die vaak niet binnen één medische discipline thuis te brengen valt. Daarom koos campus Sint-Jan voor een holistische, multidisciplinaire benadering van deze aandoening vanuit het vertigoteam.

vertigoteam
Brugge

WAAROM EEN VERTIGOTEAM

De term 'vertigo' staat voor een bewegingssensatie die niet gepaard gaat met beweging. De benaming komt ook voor in de context van duizeligheid, ijlhoofdigheid of instabiliteit, wat de diagnostiek bemoeilijkt. Er is een brede differentiaaldiagnose en de origine kan ook multifactorieel zijn. Dit alles zorgt vaak voor een moeilijke en langdurige diagnosestelling, die voor een beduidende lijdensdruk kan zorgen. Het lag dan ook voor de hand om vertigopatiënten op een multidisciplinaire manier te benaderen. Begin 2019 kwam daarom het vertigoteam tot stand.

WERKING VERTIGOTEAM

In de work-up neemt de arts de tijd om naar het verhaal van de patiënt te luisteren en een doorgedreven klinisch onderzoek uit te voeren. De meeste aandoeningen vragen in de eerste plaats om een klinische diagnose 'met oog voor de ogen'. Er valt veel informatie te halen uit gedetailleerde inspectie van de ogen en oogvolgbewegingen, aangevuld door een covertest, standproef en de *Head Impulse Test* (HIT). Op basis van de werkhypothese volgen aanvullende onderzoeken of een doorverwijzing binnen het vertigoteam. Op indicatie is er een doorverwijzing naar andere disciplines zoals cardiologie, oftalmologie of de gang- en valkliniek.

Regelmatig overleg met de neuro-radiologische dienst hoort erbij, gezien hoogkwalitatieve MRI-beelden en een efficiënt 'vertigoprotocol' de diagnose ondersteunen en vaak versnellen. Tweewekelijks houdt het vertigoteam een multidisciplinaire bespreking van de patiënten om tot een gemeenschappelijke diagnose en behandelingsplan te komen.

Soms vereist de oorzaak van de aandoening of haar impact ervan op het dagelijks functioneren bijkomende psychologische hulp. Dat de klinisch psychologen dankzij de frequente nauwe samenwerking inmiddels goed vertrouwd zijn met deze stoornissen en de behandeling ervan vormt een enorme meerwaarde.

De term 'vertigo' staat voor een bewegingssensatie die niet gepaard gaat met beweging

PERIFERE OORZAKEN VERTIGO

De oorzaak van vertigo ligt vaak in het evenwichtsorgaan. Dit bevindt zich, samen met het slakkenhuis, in het binnenoor. Hierdoor treden gehoor- en evenwichtsklachten vaak gelijktijdig op. Ook misselijkheid en braken komen geassocieerd voor. Behalve voor het bewaren van het evenwicht zorgt het evenwichtsorgaan ook voor blikstabilisatie: het vermogen om goed te kunnen kijken tijdens (hoofd)bewegingen. Problemen met blikstabilisatie worden in eerste instantie minder herkend als evenwichtsstoornis, maar zijn frequent aanwezig.

Met behulp van uitgebreide evenwicht- en gehoortesten is het mogelijk om de werking van het binnenoor op te meten.

Er bestaan verscheidene aandoeningen van het perifeer evenwichtsorgaan. De ziekte van Ménière, benigne paroxysmale positioneringsvertigo (BPPV) en neuronitis vestibularis zijn de meest bekende. Vestibulaire migraine, vestibulair schwannoma en pathologieën van het derde venster kunnen zich eveneens presenteren met evenwichtsklachten.

Vertigo kan soms zeer acuut optreden met een beeld van een acute unilaterale vestibulopathie. In deze setting is het belangrijk snel de differentiaaldiagnose te stellen tussen perifere dan wel centrale origine in functie van de verdere therapie. Een grondig klinisch neuro-oftalmologisch onderzoek helpt om snel dit onderscheid te maken en de patiënt accuraat te verwijzen indien nodig.

CENTRALE OORZAKEN VERTIGO

De meest gevreesde neurologische oorzaak van vertigo is de ischemische of hemorragische beroerte in de posterieure circulatie (fossa posterior). Daarnaast kan een ruimte-innemend proces of neuro-inflammatoire aandoening van het type multiple sclerose (MS) uiteraard ook klachten van vertigo geven. In uitzonderlijke situaties is er een epileptische origine of gaat het om een paroxysmaal fenomeen binnen een vestibulaire paroxysmie. Anamnese en nauwgezet klinisch neurologisch onderzoek zijn hierbij van primordiaal belang gezien de vertigo bij neurologische aandoeningen vaak gepaard gaat met bijkomende neurologische klachten zoals diplopie, dysartrie of ataxie. Geïsoleerde vertigo is evenwel mogelijk en bij een patiënt met belangrijke cardiovasculaire belasting dient er ook altijd aan een beroerte gedacht te worden. Een MRI van de hersenen, eventueel aangevuld met elektrofysiologische onderzoeken, kan toelaten om een diagnose te bevestigen of te ontkrachten. Een behandelbare doch vaak gemiste of foutief gestelde diagnose is vestibulaire migraine. Dankzij meer duidelijkheid rond diagnostische criteria en een toenemend aantal trials rond diagnose en behandeling, is het mogelijk om ook deze patiëntengroep steeds beter te helpen.

HYPERVENTILATIE

Op basis van de anamnese en de Nijmeegse hyperventilatievragenlijst rijst vaak het vermoeden van een onderliggende chronische hyperventilatie, die eveneens een belangrijke oorzaak kan zijn van chronische duizeligheid (primair of secundair). Hiervoor wordt intern doorverwezen naar de collega's van Klinische psychologie om een psychofysiologisch onderzoek uit te voeren en op basis hiervan advies te geven.

Hyperventilatie is een instinctieve reactie op gevaar, wat nuttig is in levensbedreigende situaties. Soms treedt verwarring op tussen stress en een levensbedreigende situatie. De stresserende gebeurtenis (onder druk staan, zich zorgen maken ...) zorgt voor een psychofysiologische ontregeling van de ademhaling. Door de hyperventilatie voorziet het lichaam extra zuurstof, die door gebrek aan actie niet verbruikt wordt en niet omgezet wordt in koolzuurgas. Het onevenwicht tussen zuurstof en koolzuurgas leidt tot lichamelijke klachten, waaronder vertigoklachten.

Het onderzoek brengt met behulp van een aantal vragenlijsten onder meer de somatische klachten en de emotionele en fysieke lijdensdruk in kaart. Tijdens het gesprek probeert de psycholoog ook een zicht te krijgen op de betekenis van de vertigoklachten binnen het psychisch functioneren van de patiënt. Daarnaast gaat deze verder in op de bredere context, de persoonlijkheid en de verwachtingen van de patiënt.

Een psychofysiologische meting van verschillende parameters helpt om na te gaan of de hyperventilatieproblematiek (acuut of chronisch) kan weerhouden worden. De psycholoog bespreekt de resultaten met de patiënt en maakt ruim tijd voor psycho-educatie. Optioneel is de opstart van een ademtraining mogelijk, met eventuele relaxatie-inductie, of krijgt de patiënt hiervoor doorverwijzing. Naast de symptoomgerichte aanpak is het zinvol om op zoek te gaan naar de onderliggende oorzaken en de voorbeschiktheid voor dergelijke klachten. In samenspraak met de patiënt stippelt het team eventueel een psychotherapeutisch behandeltraject uit.

REVALIDATIE

Bij diagnose van een verminderde werking van één of beide evenwichtsorganen kan een doorverwijzing volgen naar de dienst Fysische geneeskunde en revalidatie. Daar volgt de opstelling van een revalidatieplan in functie van de diagnose en symptomatologie, met nadruk op vestibulaire revalidatie-oefeningen. Het doel is de resterende evenwichtsfunctie optimaliseren alsook

VERWIJZEN	
VIA SPOED	**VIA CONSULTATIE**
Bij acuut ontstane vertigo is het zeker een optie om een patiënt naar de dienst Spoedopname te verwijzen. Deze maakt gebruik van een flowchart, gebaseerd op de initiële presentatieklachten, om ofwel de dienst NKO of Neurologie te contacteren voor verdere uitwerking.	De poliklinische uitwerking van een vertigoprobleem start klassiek bij de diensten NKO of Neurologie, in functie van het klachtenpatroon en risicoprofiel.

Op beide diensten zijn urgente plaatsen voorzien zodat mensen met een acuut ontstaan vertigoprobleem binnen de twee weken een eerste oriënterende uitwerking kunnen krijgen.

Indien de diagnose meer voor de hand ligt, is uiteraard rechtstreekse doorverwijzing naar de diensten Klinische psychologie of Fysische geneeskunde en revalidatie mogelijk.

azcolloquium

Om zowel interne als externe collegae uit de ruime omgeving te informeren over het vertigoteam en de aangeboden diensten, is op **11 mei 2021** een azcolloquium voorzien.

Iedereen is hierop van harte welkom.

PRIMAIRE LEDEN	
Dr. Anne-Sophie Vinck	- Houdt er vanuit haar achtergrond als NKO-arts een specifieke interesse in evenwichtsstoornissen op na. - Volgde hiervoor fellowships in het MUMC+ (Maastricht) en in AZ Sint-Augustinus (Antwerpen). - Neemt deel aan internationale multicentrische studies binnen vestibulologie.
Dr. Melissa Cambron	- Neuroloog met bijzondere interesse in vertigo en oogbewegingsstoornissen. - Ontfermt zich daarnaast over de neuro-inflammatoire aandoeningen, hoofdzakelijk multiple sclerose (MS). - Verrichtte aan de Universiteit Gent wetenschappelijk onderzoek bij dr. Luc Crevits (neuro-otologische specialist).
Dr. Karel Watteyne	- Revalidatiearts met specifieke interesse in neurologische revalidatie. *Op campus Sint-Jan volgden neurologisch geschoolde kinesitherapeuten bijkomende opleidingen in vestibulaire revalidatie en is een vestibulair revalidatieprogramma opgezet.*
Lieselotte Geerolf	- Klinisch psycholoog. - Psychodynamisch therapeut in opleiding.
Delphine Van Hevele	- Klinisch psycholoog. - Cognitief gedragstherapeut.

de andere sensorische inputsystemen die van belang zijn voor de bewaring van het evenwicht verbeteren. Hiervoor zijn zowel de visus als de proprioceptie (spieren, gewrichten …) belangrijk. Oefeningen worden uitgebreid met evenwichtstraining met behulp van oneffen of bewegende ondergrond, een duistere omgeving of de Balance Master.

Verder is er training op blikstabilisatie om het zicht tijdens hoofdbewegingen te verbeteren en zijn ook habituatie-oefeningen als conditionele training belangrijk in de revalidatie van een instabiele en vaak onzekere patiënt. Afhankelijk van de diagnose kunnen daar nog relaxatietherapie, ademhalingsoefeningen en/of nekschool bijkomen.

De bedoeling is dat de patiënt een gamma van oefeningen aanleert die deze, na de revalidatie in het ziekenhuis, thuis of met de privékinesitherapeut kan verderzetten.

AUTEURS

dr. Anne-Sophie Vinck
dienst Neus-, keel- en oorziekten
campus Sint-Jan

dr. Melissa Cambron
dienst Neurologie
campus Sint-Jan

azlink is er ook als app voor u.

De **centralisatie van pancreas- en slokdarmchirurgie,** een unieke samenwerking over de netwerken heen

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

Zeker voor complexere ingrepen ziet het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) centralisatie als de sleutel tot optimalisatie. Op basis van de door het centrum vooropgestelde kwaliteitsindicatoren besloten het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en het AZ Delta over de netwerkgrenzen heen de handen in elkaar te slaan om een consortium te vormen voor zowel pancreas- als slokdarmchirurgie.

HOGE MORTALITEITSCIJFERS

Pancreaskanker is de zevende meest voorkomende kanker in Europa en telt voor 2,8 % van alle kankers bij de man en 3,4 % van alle kankers bij de vrouw. Onderzoek toont aan dat slechts 5,7 % van alle patiënten die met pancreaskanker werden gediagnosticeerd na vijf jaar nog in leven is. Deze hoge mortaliteit is vooral het gevolg van het feit dat veel patiënten bij diagnose gemetastaseerd zijn. De enige mogelijkheid tot genezing is chirurgie in combinatie met chemotherapie. Enkel die patiënten zonder uitzaaiingen of ingroei in de grote aanvoerende bloedvaten komen hiervoor in aanmerking, wat neerkomt op slechts 25 à 30 % van alle patiënten met pancreastumoren.

COMPLEXE HEELKUNDE

Pancreaschirurgie is zeer complexe heelkunde. Uit de cijfers van het Kankerregister is gebleken dat het sterftecijfer per verplegingsinrichting daalt naarmate er meer ingrepen worden uitgevoerd.

Uit een eigen analyse van de periode 2014 tot 2018 bleek dat de 30-dagenmortaliteit voor complexe pancreaschirurgie 1,13 % is op campus Sint-Jan, ten opzichte van een gemiddelde van 3,9 % voor België. De 90-dagenmortaliteit is 2,35 % ten opzichte van gemiddeld 7,8 % voor België.

In 2019 voerde de Stichting Kankerregister een algemene nulmeting uit voor de chirurgieperiode 2008 tot 2016. Daarin bedraagt de 30-dagenmortaliteit 3,4 % op campus Sint-Jan ten opzichte van 4,3 % in heel België. De 90-dagen-mortaliteit bedraagt 4,5 % ten opzichte van 7,9 % voor België. Wat de 5-jaarsoverleving betreft, zijn de verschillen nog groter: 50,6 % ten opzichte van 32,6 % voor België.

Voor complexere ingrepen ziet het KCE centralisatie als de sleutel tot optimalisatie

CONCENTRATIE PANCREAS- EN SLOKDARMCHIRURGIE

Reeds gedurende vele jaren probeert het KCE de organisatie van de zorg voor patiënten met een complexe tumor te optimaliseren. Hiertoe publiceerde het verschillende rapporten. Zo was er op 17 december 2018 onder meer de publicatie van de overeenkomsten betreffende de concentratie van de complexe chirurgie bij pancreas- en slokdarmtumoren. Zowel voor pancreaschirurgie als voor slokdarmchirurgie werd de ondergrens van respectievelijk 20 *whipple* procedures (pancreaskopchirurgie) en 20 slokdarmresecties per jaar als een minimum aangenomen om kwaliteitsvolle chirurgie te garanderen. Over een periode van 3 jaar moet het aantal zelfs stijgen naar 75, dus 25 per jaar.

ERKENNING CONSORTIA

Om dit aantal te garanderen hebben het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, dat tot het KOM-netwerk (Kust, Ommeland en Meetjesland) behoort en het AZ Delta, dat deel uitmaakt van het NOW-netwerk (Netwerk Oncologie in West-Vlaanderen), de handen in elkaar geslagen. Hun kandidatuurstelling werd op 17 juni 2019 goedgekeurd. Dit resulteert in een unieke samenwerking. De operatieve interventies van de pancreas worden gecentraliseerd op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, de slokdarmprocedures bij het AZ Delta.

Het consortium voor pancreaschirurgie behaalde deze erkenning als een van de vijftien nationale referentiecentra, het consortium voor slokdarmchirurgie werd als enige in de provincie weerhouden en als een van tien referentiecentra erkend.

GOEDE SAMENWERKING

Deze erkenning is enkel mogelijk door een samenwerking tussen verschillende teams. Iedere maandag bespreken de betrokken teams op de verschillende campussen elke patiënt in een videoconferentie. Sedert 1 juni 2019 is dit project gestart en worden de pancreaspatiënten in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en de slokdarmpatiënten in het AZ Delta geopereerd. De zeer goede samenwerking sindsdien maakt dat reeds veel meer patiënten behandeld zijn dan het aantal dat beide campussen voorheen elk afzonderlijk samen bereikten. De vooropgestelde minimumaantallen worden dus ruimschoots gehaald: meer dan 84 patiënten kregen een pancreasoperatie, meer dan 50 patiënten ondergingen een slokdarmingreep.

De vooropgestelde minimumaantallen voor patiënten worden ruimschoots gehaald

CONTINUE FEEDBACK

Dat de erkenning niet zomaar bekomen wordt en behouden blijft, valt op te maken uit de continue feedback die het KCE geeft. Data van de patiënten moeten zeer nauwkeurig doorgegeven worden. In juni 2020 volgde er een eerste registratiefeedback, daarna zal er iedere zes maanden diepgaande feedback komen. Het doel is om de kwaliteit van de geregistreerde gegevens te verhogen. Na een eerste conventiejaar zal tegen eind december 2020 een eerste rapport voor het RIZIV opgesteld worden, waarbij de vooropgestelde indicatoren berekend zullen worden.

In samenwerking met dr. Bart Smet (AZ Delta Roeselare) en dr. Henk Thieren (AZ Sint-Lucas Brugge).

KOM-NETWERK	NOW-NETWERK
AZ Alma Eeklo	AZ Delta
AZ Damiaan Oostende	Jan Yperman Ziekenhuis Ieper
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV	Sint-Andriesziekenhuis Tielt
AZ Sint-Lucas Brugge	
AZ West Veurne	
AZ Zeno Knokke-Blankenberge	
+ categorale ziekenhuizen:	
BZIO (Bundeling Zorginitiatieven Oostende)	
KEI (Koningin Elisabeth Instituut) Oostduinkerke	

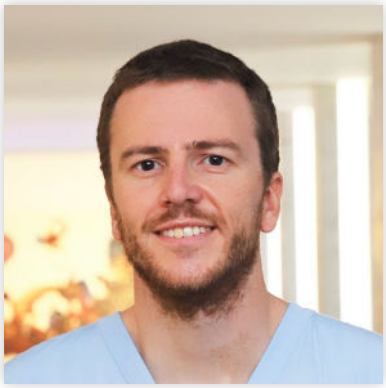
PANCREASCHIRURGEN	SLOKDARMCHIRURGEN
dr. Tom Feryn	**dr. Yannick Mandeville**
dr. Bart Smet	**dr. Jan Lesaffer**
dr. Henk Thieren	**dr. Peter Lissens**
dr. Mehrdad Biglari	**dr. Hans De Loof**
dr. Peter De Leyn	

AUTEUR

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

azlink is er ook als app voor u.
Available on the App Store
Google play

NIEUWE ARTSEN



dr. Lieven Ameye

Anesthesist - Intensivist

dienst Anesthesie, campus Sint-Jan

050 45 21 93
operatiekwartier.brugge@azsintjan.be

Dr. Lieven Ameye behaalde in 2012 zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven. Nadien vervolmaakte hij zijn specialisatieopleiding Anesthesie & Reanimatie aan het UZ Leuven, met daarbinnen een deelopleiding urgentiegeneeskunde in het Imeldaziekenhuis te Bonheiden. In het UZ Leuven genoot hij een uitgebreide opleiding in de locoregionale anesthesie. Zijn specifieke interesses gaan uit naar thoracale en pediatrische anesthesie. Dr. Ameye was gedurende 2 jaar werkzaam op de diensten Intensieve geneeskunde van het UZ Leuven en Intensieve zorgen op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Daarna behaalde hij in 2018 zijn bijzondere beroepstitel intensieve zorgen.

Sinds 1 augustus 2018 versterkt dr. Ameye de dienst Anesthesie op campus Sint-Jan, zowel in het operatiekwartier als op de kritieke diensten. Hij zal zich, naast intensieve zorgen en algemene anesthesie in het operatiekwartier, ook voornamelijk toeleggen op de ondersteuning en uitbouw van het pediatrische luik. Vanaf juli 2020 zal hij voor de periode van een jaar een bijkomende specialisatie in de neonatale en pediatrische anesthesie vervolmaken in The Hospital for Sick Children in Toronto, Canada.

dr. Ulas Höke

Cardioloog

dienst Cardiologie, campus Sint-Jan

050 45 26 70
policardiologiesecretariaat@azsintjan.be

Dr. Ulas Höke sloot zijn studie geneeskunde aan het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in Leiden, Nederland, met succes af door in 2010 zijn artsendiploma te behalen. Hierna startte hij met zijn promotieonderzoek onder supervisie van prof. dr. Martin Jan Schalij en prof. dr. Jeroen Bax. Dit richtte zich op de birectionele interactie tussen pacing en hartfalen. Verder lag de focus vooral op de langetermijnuitkomsten van *cardiac resynchronization therapy* in specifieke patiëntensubpopulaties en op nieuwe imagingmodaliteiten. Hij promoveerde op het onderwerp "Pacing in Heart Failure: Focus on Risk Stratification and Patient Selection for Cardiac Resynchronization Therapy".

In december 2013 startte dr. Höke in het LUMC met zijn opleiding tot cardioloog, die hij in mei 2020 voltooide. Hij won de EAPCI *interventional cardiology fellowship training and education grant* en startte met zijn fellowship interventiecardiologie op campus Sint-Jan om zich verder te bekwamen in verschillende facetten van interventiecardiologie en structurele percutane ingrepen.

dr. Isabelle Rooms

Dermatoloog

dienst Huidziekten, campus Sint-Jan

050 45 23 50
dermatologie@azsintjan.be

Dr. Isabelle Rooms startte op 1 juli 2020 als vierde collega op de dienst Huidziekten van campus Sint-Jan. Na haar studies geneeskunde aan de Universiteit Gent, studeerde dr. Rooms in maart 2019 af als dermatoloog aan de Ruhr Universiteit van Bochum en de Universiteit van Essen, Duitsland. Hier genoot zij een brede opleiding, waarbij haar focus voornamelijk lag op de huidtumoren, de tropische en infectieuze dermatologie. Bijkomend behaalde zij in juni 2020 haar Mohs Fellowship aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam, waarmee zij zich specialiseerde in de weefselsparende techniek voor tumoren in het gelaat, met name basaliomen, door hun volledige snijranden te onderzoeken op achtergebleven kankercellen via vriescoupes, en hun bijhorende reconstructie. Daarnaast werkte zij bijkomend tot en met juni 2020 als resident op de afdeling Huidziekten in het Universitair Ziekenhuis te Jette.

EDUCATIEF PROGRAMMA

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

In academiejaar 2020-2021 pikken we de draad van onze azcolloquia graag weer op. We houden het evenwel veilig en opteren alvast tot eind januari voor digitale bijeenkomsten via het Zoom-platform. Om deel te nemen aan een van de azcolloquia schrijft u hiervoor in via de gekende weg: azlink Academy. Controleer wel even dubbel of uw e-mailadres klopt, want u zal via e-mail de juiste link en toegangscode ontvangen om dit azcolloquium bij te wonen.

Oktober 2020

FLASH-avond Chirurgie

Dinsdag 13 oktober – 20.30-22.30 uur – Webinar

Tijdens deze avond komen drie chirurgische onderwerpen aan bod. De discipline neus-, keel- en oorziekten bespreekt de weg naar een cochleair implantaat wanneer een hoortoestel ontoereikend is. De dienst Orthopedie gaat dieper in op de toekomst van knieprothesen en de rol van robotchirurgie. De urologen geven een toelichting over het sneller herstel na robotgeassisteerde radicale cystectomie.

Programma: academy.azlink.be

November 2020

Symposium Dieet - Feiten en fictie in de weegschaal gelegd

Dinsdag 10 november – 20.30-22.30 uur – Webinar

Zoals de titel aangeeft, legt het symposium Dieet feiten en fictie in de weegschaal. De zin en onzin van dieet bij ouderen komt aan bod, alsook het onderwerp 'Kinderdieet: weet wat je eet'. Daarnaast zal het over insulineresistentie gaan en worden ook lactose-intolerantie en glutenallergie besproken

Programma: academy.azlink.be

December 2020

FLASH-avond Interne geneeskunde

Dinsdag 08 december – 20.30-22.30 uur – Webinar

De internisten bespreken drie uiteenlopende topics. Ze bekijken de toevallige vondst van een bijnieradenoom vanuit het perspectief van de radioloog en de endocrinoloog. Daarna hebben ze het over immunotherapie bij de gemetastaseerde longkankerpatiënten en als laatste gaan ze dieper in op de multidisciplinaire zorg voor MS-patiënten en patiënten met neuro-inflammatoire aandoeningen.

Programma: academy.azlink.be

Januari 2021

Symposium Ethiek en Economie - Privacy, beroepsgeheim en veilig informatie uitwisselen. Digitale hygiëne zonder geheimen

Dinsdag 12 januari – 20.30-22.30 uur – Webinar

Sinds de AVG of GDPR van kracht is, wordt er veel gezegd en geschreven over privacy, gegevensbescherming en vaak in één adem ook over beroepsgeheim. Heeft de huidige regelgeving voor u nog geheimen? Weet u wat de beste en meest veilige manier is om vertrouwelijke informatie te delen met collega's? We zenden u naar huis met een reeks vuistregels zodat informatieveiligheid en privacy geen last meer zijn, maar een goede reflex.

Programma: academy.azlink.be

Volgt u ons al op **LinkedIn?**

azlink
www.azlink.be

az sint-jan
brugge - oostende av