azlink

Pulse voor de medische praktijk

n°18 | Editie februari 2012

Multidisciplinair team geriatrie
legt focus op complexe problematiek van elke oudere patiënt

Nieuwe tools in de evaluatie van de slokdarmfunctie

Opstart van Wondklinieken
op beide campussen

Het valse oog of kunstoog

www.azlink.be

az sint-jan
brugge - oostende av

azlink

Pulse voor de medische praktijk

Editie februari 2012

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: dr. Hendrik Dhaese
dr. Kenneth Coenegrachts
dr. Jürgen De Fruyt
dr. Rudolf Kuhweide
dr. Tom Lodewyck
dr. Hans Rigauts
dr. Micheline Tresinie
dr. Hans van den Ameele
Anne-Mie Vansteelant
dr. Roel Venken
dr. Natascha Walgraeve

Werkten mee aan dit nummer
Sofie Colpaert
Filip Deceur
Marilyn Dekeyser
dr. Bruno Dillemans
Valerie Duynslaeger
Vivi Fiers
dr. Greet Lambert
dr. Ann-Marie Matthys
dr. Marc Nauwynck
Baudewijn Oosterlynck
dr. Hans Orlent
dr. Micheline Tresinie
dr. Steven Van Avermaet
dr. Sebastiaan Van Cauwenberge
Bart Van Craeynest
dr. Hans van den Ameele
dr. Sylvie Vandelanotte
dr. Lieven Vandeputte
dr. Elisabeth Vander Stichele
dr. Alain Vanhulle
Anne-Mie Vansteelant
Bart Verduyn
dr. Marieke Waignein

Fotografie
Marc Lamoot
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV

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

Secretariaat azlink
Marilyn Dekeyser
Ruddershove 10
8000 Brugge
marilyn.dekeyser@azsintjan.be
www.azlink.be

Druk
Drukkerij Perka nv

Verantwoordelijke uitgever
dr. Hans Rigauts

Inhoud

3 **Voorwoord**

4 **Nieuwe tools in de evaluatie van de slokdarmfunctie**

6 **Multidisciplinair team geriatrie** legt focus op complexe problematiek van elke oudere patiënt

8 **Opstart van Wondklinieken** op beide campussen

10 **Het valse oog of kunstoog**

13 **azsymposia:** Welvaartsstaat in nauwe schoentjes

15 **Nieuwe artsen**

Copyright © 2012 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: Marilyn Dekeyser, marilyn.dekeyser@azsintjan.be.

Beste lezer

Het jaar 2012 is ondertussen begonnen en het wordt een bijzonder jaar. De Pueblo-indianen, de Zulu's en de Maya's voorspellen allemaal dat dit jaar een keerpunt zal zijn. Sommigen spreken zelfs van het einde van de wereld. Volgens de berekeningen van de Maya's komen eind 2012 de zon en de aarde op één lijn te staan in het centrum van de melkweg. Dit zou tot gevolg hebben dat de elektromagnetische velden wijzigen en de aardrotatie voor minstens drie dagen stilvalt. We zouden zo in een elektromagnetische "nultoestand" terechtkomen. Wat er nadien gebeurt, is niet duidelijk. Sommigen voorspellen dat de rotaties opnieuw zullen starten maar in de omgekeerde richting. Dat de gemeenteraadsverkiezingen eind dit jaar worden gehouden, kan dus geen toeval zijn. De Maya's hebben ook dit correct voorspeld. De posities worden stilaan ingenomen, het linksom of rechtsom draaien of de status quo wordt nu al voorbereid. Maar vooraleer we zover zijn, eerst een korte terugblik gevolgd door een blik vooruit. Voorlopig kan je de blik achterom met je hoofd nog altijd in wijzer- of in tegenwijzerzin maken. Indien de Maya's gelijk krijgen, zullen we ons rotatievermogen na 2012 misschien moeten bijsturen, wie weet.

Voor het fusieziekenhuis was 2011 een jaar waarin er weer aan aantal processen op elkaar werden afgestemd. De medische dossiers van de drie campussen werden toegankelijk voor iedereen, wat uiteraard de communicatie en integratie ten goede komt. De patiëntenadministratie werd geïntegreerd – een huzarenstukje. Vanaf nu worden al onze patiënten op een eenduidige manier administratief geregistreerd. Deze eengemaakte database voedt op haar beurt alle andere IT-begeleide processen. De personeelsdienst werd geïntegreerd, de aankoop- en investeringsprocedures gealigneerd. Ondertussen kennen vele diensten minstens een gemeenschappelijk overleg.

Er is evenwel nog een ganse weg te gaan. Maar zoals bij elke fusie – en zeker bij een fusie van ons kaliber – is dit een proces dat tijd nodig heeft en stap voor stap gerealiseerd moet worden. De grote uitdaging wordt het artsenstatuut. Een uniformisering is een conditio sine qua non om uiteindelijk te komen tot verdere integratie van de diensten over de campussen heen. We zijn ons ervan bewust dat dit een grote uitdaging is, maar hebben het volle vertrouwen in het uiteindelijk welslagen van dit project. Ook voor onze artsen is het belangrijk dat er verder gewerkt wordt aan een harmonisatie van het artsenstatuut zodat het fusieziekenhuis naar de toekomst toe nog sterker wordt.

En begrijp me niet verkeerd, met integratie bedoel ik niet dat de verschillende campussen opgaan in één groot geheel (een soort eenheidsworst). Integendeel, het blijft belangrijk dat de verschillende campussen hun eigen identiteit behouden en hun – ook lokale – rol verder kunnen waarmaken. De campusidentiteit mag echter niet geënt zijn op financiële verschillen of verschillen in artsenstatuut. Integratie van de werking van sommige diensten zal sowieso een noodzaak zijn om het hoofd te kunnen bieden aan de toenemende – ook externe – druk tot optimaal gebruik van mensen en middelen. Voor andere diensten is het dan weer belangrijk dat er aparte activiteitencentra blijven bestaan op de verschillende campussen. Weliswaar met de mogelijkheid tot uitwisseling van artsen (voor diegenen die dit wensen) over de campussen heen. Hierbij blijft campus Sint-Jan het tertiair centrum waar geavanceerde zorg wordt aangeboden ook door artsen die hun hoofdstandplaats op campus Henri Serruys of op campus SFX hebben. Dit zal leiden tot een verankering van de expertise en de kwaliteit van zorg binnen het fusieziekenhuis, samen met de blijvende algemene zorg op lokaal niveau.

Het fusieziekenhuis wenst zo haar supraregionale rol verder uit te bouwen, enerzijds door het aanbieden van geavanceerde zorg gestoeld op gedegen expertise, en anderzijds door de samenwerkingsverbanden die gemaakt worden met andere ziekenhuizen.

Of we nu eind 2012 linksom of rechtsom zullen draaien, we blijven constructief bouwen aan een nog beter georganiseerde kwaliteitsvolle gezondheidszorg in onze regio. Dit nummer is hiervan weer de getuige.

Veel leesgenot

dr. Hans Rigauts
Algemeen directeur
Hoofdgeneesheer-directeur

Nieuwe tools in de evaluatie van de **slokdarmfunctie**

dr. Micheline Tresinie
dienst Maag-, Darm- en Leverziekten
dr. Hans Orlent
dienst Maag-, Darm- en Leverziekten

Recent zijn enkele nieuwe technieken ontwikkeld die een veel preciezere evaluatie van de slokdarmfunctie mogelijk maken. De toepassing van deze technieken betekent een grote stap voorwaarts, zowel op vlak van research als in de dagelijkse klinische praktijk.

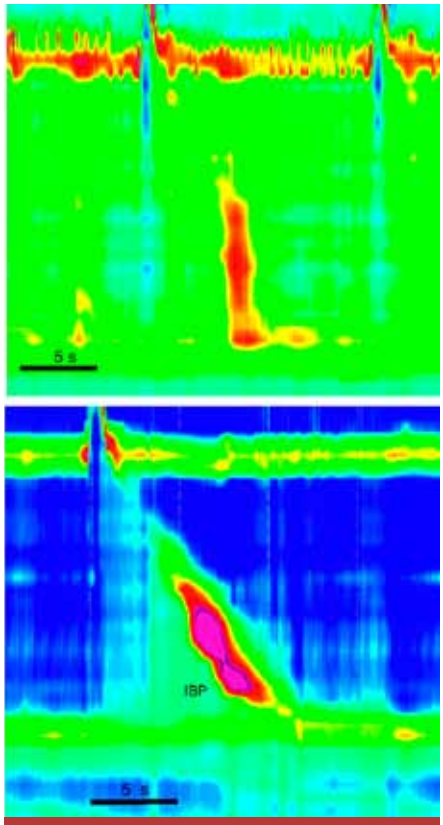
Hoge Resolutie Manometrie

Slokdarmmanometrie wordt sinds lange tijd beschouwd als de “gouden standaard” in de evaluatie van de slokdarmfunctie. Traditioneel plaatste de arts een catheter met 3 tot 8 druksensoren in de slokdarm en vroeg hij aan de patiënt om een paar keer te slikken. De meetgegevens vergeleek hij vervolgens met een diagnostisch classificatiesysteem, gebaseerd op een aantal manometrische afwijkingen. Het gebruikte materiaal en de toegepaste methodologie van de meting was echter niet gestandaardiseerd. Daarenboven bleek een correcte plaatsing van de druksensoren niet evident; het onderzoek was dan ook in belangrijke mate “operator dependent”. Dit alles maakte het moeilijk om betrouwbare reproduceerbare onderzoeken uit te voeren.

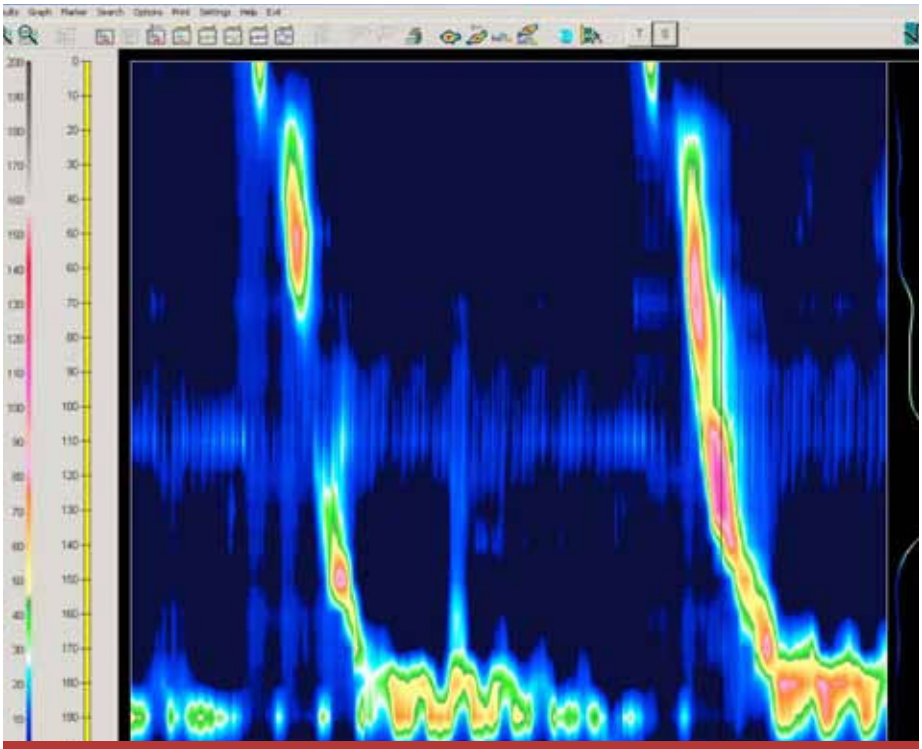
Bij Hoge Resolutie Manometrie (HRM) wordt een meting uitgevoerd op 36 niveaus, met druksensoren op 1 cm van elkaar. Met een dergelijk meettoestel is de plaatsbepaling van de hogedrukzones (bovenste en onderste slokdarmsfincter) een stuk eenvoudiger. Artefacten als gevolg van beperkte verplaatsingen van de catheter zijn veel minder storend. Dankzij deze elementen gebeurt de uitvoering van het onderzoek eenvoudiger en efficiënter. De arts verkrijgt zo een massa aan meetgegevens, geanalyseerd met een computer.

Met deze nieuwe methode zijn vernieuwde algoritmen opgesteld om meetgegevens te verwerken tot klinisch relevante gegevens. HRM kan ook gecombineerd worden met impedantiemeting, wat toelaat de correlatie te bepalen tussen al dan niet gestoorde boluspassage en manometrische veranderingen. De optimale toepassing van deze onderzoeksmethode kan het gebruik van stralenbelastende radiografische technieken doen verminderen.

Hoge Resolutie Manometrie is een relatief eenvoudig uitvoerbaar onderzoek, dat op een betrouwbare, reproduceerbare manier een schat aan informatie geeft. Aldus heeft het een belangrijke plaats verworven in de evaluatie van een aantal symptomen zoals o.a. dysfagie en thoracale pijn.



Hoge Resolutie Manometrie: simultane contractie



Hoge Resolutie Manometrie: peristaltische golf

pH-impedantiemeting

Impedantiemeting is gebaseerd op de meting van elektrische weerstand tussen multipele elektrodes, geplaatst op een probe in het lumen van de slokdarm.

Wanneer de slokdarm leeg is, meet men op verschillende niveaus de weerstand van de slokdarmmucosa. Intralumineel lucht doet de weerstand stijgen, bij passage van een vochtbolus ziet men de weerstand dalen. Verschillende validatiestudies bevestigen de hoge gevoeligheid en accuraatheid van deze onderzoeksmethode voor de detectie van bolusbewegingen in de slokdarm.

De methode maakt het mogelijk om de aard (vloeibaar, gas of gemengd) en de progressie van een bolus te detecteren, alsook – in het geval van reflux – het proximale bereik van het refluaat. Waar klassieke pH-monitoring faalt bij de detectie van niet-zure (maar soms wel pathologische/symptomatische) reflux, kan impedantiemeting deze events wel registreren. Door gegevens van pH en impedantiemeting te combineren, wordt bij consensus het onderscheid gemaakt tussen zure reflux, milde zure reflux en alkalische reflux.

In theorie kan deze meting uitgevoerd worden onder behandeling met een PPI (protonpompinhibitor), bij patiënten met blijvende bezwaren ondanks optimale zuurblokkage, maar gewoonlijk wordt de behandeling gedurende zeven dagen stopgezet.

De diagnostische waarde van dit onderzoek neemt nog toe wanneer de associatie gemaakt wordt tussen klachten en “events” tijdens de meting: deze gegevens worden verwerkt tot Symptom Index (SI) en Symptom-Associated Probability (SAP).

pH-impedantiemeting heeft ondertussen een belangrijke plaats ingenomen in de evaluatie van slokdarmlijden, vooral van de “moeilijke” refluxpatiënt, en dit zowel bij typische als atypische klachten. Bij een aantal patiënten is het nu mogelijk om symptomatische refluxepisodes te detecteren, die vroeger gemist werden door de beperkingen van de pH-metrie. Hierdoor kan de behandelende arts de therapie op een betere manier bijsturen en op een betrouwbaardere manier de indicatie stellen voor verdere stappen zoals heelkunde.

Conclusie

Hoge Resolutie Manometrie en pH-impedantiemeting zijn onderzoeksmethodes die artsen toelaten op een veel preciezere manier een diagnose te stellen van een aantal aandoeningen die vroeger niet detecteerbaar waren. Op basis van de gegevens kunnen ze een gerichtere en efficiëntere aanpak voorstellen. Daarenboven zijn deze technieken door hun gebruiksgemak veel minder operatorafhankelijk, bijgevolg betrouwbaarder en eenvoudiger te reproduceren dan de klassieke onderzoeksmethodes. ■

Multidisciplinair team geriatrie legt focus op complexe problematiek van elke oudere patiënt

dr. Greet Lambert
dienst Geriatrie

Ouderen worden vaak geconfronteerd met specifieke, deels aan de ouderdom gerelateerde problemen, en lichamelijke, psychische en sociale problemen. Het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV heeft tot doel alle patiënten met een geriatrisch profiel op dezelfde multidisciplinaire wijze te benaderen, ook op niet-geriatrische diensten.

Een patiënt met een geriatrisch profiel is doorgaans ouder dan 75 jaar en vertoont frequent verschillende specifieke, soms aan elkaar gerelateerde problemen zoals fragiliteit, functionele achteruitgang, tendens tot bedlegerigheid, gevaar voor ondervoeding en vaak ook sociale en mentale problemen. “Soms worden patiënten met een duidelijk geriatrisch profiel opgenomen op een niet G-dienst. Zonder het zorgprogramma zouden ze niet genieten van de specifieke geriatrische benadering”, legt geriater dr. Greet Lambert uit. “Ons zorgprogramma probeert er voor te zorgen dat deze patiënten geïdentificeerd worden. Bovendien waarborgt het ook een continuïteit van de zorg, in samenspraak met de huisarts en de andere zorgverstrekkers.”

“Wij nemen de zorg voor de patiënt niet over van de behandelende arts of de equipe, maar vullen aan, met specifieke aandacht voor de typisch geriatrische aspecten”, vertelt dr. Lambert. Hoewel het zorgprogramma in AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV al ver ontwikkeld is, is het nog lang niet af. “De grootste uitdaging voor de toekomst is om alle mensen met een geriatrisch profiel op te

“Geriatrische patiënten lopen een groot risico op herval en hierdoor heropname na een ziekenhuisverblijf. Continuïteit van de zorg is dus essentieel.”

De interne liaison brengt de nodige geriatrische expertise tot bij de patiënt, onafhankelijk van waar hij precies werd opgenomen in het ziekenhuis.

Door het fenomeen van de dubbele vergrijzing zal het aantal geriatrische patiënten fors toenemen.

nemen in het zorgprogramma. Er is het fenomeen van de dubbele vergrijzing. De eerste babyboomers gaan op pensioen, mensen worden doorgaans veel ouder, maar bovendien neemt de groep van oudste ouderen snel toe. Het aantal geriatrische patiënten zal dus fors toenemen. Elke patiënt met een geriatrisch profiel heeft recht op en baat bij een multidisciplinaire aanpak en geriatrische expertise."

Wat houdt dit zorgprogramma in?

De modaliteiten van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt werden op 29 januari 2007 in een Koninklijk Besluit vastgelegd. Elk algemeen ziekenhuis met een G-dienst is verplicht een erkend zorgprogramma voor de geriatrische patiënt aan te bieden. Om erkend te worden, moet dit aan een aantal voorwaarden voldoen. Het zorgprogramma bestaat uit 5 onderdelen: een erkende dienst geriatrie, een dagziekenhuis geriatrie, een consultatie geriatrie, en een interne en externe liaison. Deze laatste 2 aspecten zijn het meest vernieuwend. Het KB omschrijft tevens de vereiste personeelsomkadering: geriater, verpleegkundige, sociaal werker, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist en psycholoog.

Interne liaison spoort patiënten op

Dr. Lambert legt uit: "Interne liason bestaat uit een team van medewerkers – hoofdzakelijk verpleegkundigen en ergotherapeuten. Zij sporen geriatrische patiënten op die niet op de G-dienst liggen." Elke 75-plusser die in het ziekenhuis wordt opgenomen, wordt aan de hand van de ISAR-vragenlijst (Identification of Seniors At Risk) gescreend of hij een geriatrisch profiel vertoont. Deze lijst bestaat uit zes vragen over o.a. leeftijd, medicatie en recente ziekenhuisopname van de patiënt. Als meer dan twee antwoorden positief worden beantwoord, heeft de patiënt een geriatrisch profiel. Dit wordt dan ook elektronisch doorgegeven aan de interne liaison. Indien gewenst komt het team ook voor andere oudere patiënten op vraag van een lid van de equipe, de huisarts of zelfs de patiënt of zijn familie. Dr. Lambert: "Het team komt aan het bed van de patiënt om de specifieke geriatrische problemen in kaart te brengen. Ze bespreken het verslag van de evaluatie de dag zelf nog met een geriater, die eventueel zelf langsgaat bij deze patiënt, en samen stellen we een advies op." Dit kan diagnostische of therapeutische adviezen bevatten, maar ook aandachtspunten op psychosociaal vlak, rond voeding of andere typische geriatrische problemen. "Dankzij deze interne liaison brengen we de nodige geriatrische expertise tot bij de patiënt, onafhankelijk van waar hij precies werd opgenomen in het ziekenhuis."

Opvolging na ontslag uit het ziekenhuis

Externe liaison bestaat uit twee grote luiken. Het eerste is het geheel rond het ontslag van de patiënt zelf: met de equipe en familie overleggen welke thuiszorg moet worden opgestart, de huisarts verwittigen, het woon- en zorgcentrum informeren, het opstellen van een goed ontslagdocument, regelen van transport, enz. Het is uitermate belangrijk dat de patiënt na zijn ontslag goed wordt opgevolgd. "Geriatrische patiënten lopen een groot risico op herval en hierdoor heropname na een ziekenhuisverblijf. Continuïteit van de zorg is dus essentieel", weet dr. Lambert.

Het tweede luik van de externe liaison is de geriatrische expertise buiten de muren van het ziekenhuis brengen en tevens samenwerkingsverbanden creëren met woon- en zorgcentra, thuiszorgdiensten en huisartsen. "De dienst Geriatrie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV werkt samen met centra uit de Brugse regio. We werken momenteel aan een platform geriatrie dat nauw zal samenwerken met het CRA-platform (Coördinerende en Raadgevende Artsen van Woon- en Zorgcentra) en geriaters uit de regio. Samen hopen we de geriatrische zorg in de regio te versterken." ■

Opstart van Wondklinieken op beide campussen

De wondzorg kende in de laatste decennia een exponentiële ontwikkeling. De vroeger gehanteerde principes van wondzorg beperkten zich meestal tot het droog houden en ontsmetten van de wonde. Ook de verbandkeuze bleef gelimiteerd: eenzelfde soort verband werd gebruikt voor een groot scala aan wonden, zonder rekening te houden met de identiteit van de wonde.

De medewerkers van de Wondkliniek op campus Sint-Jan: v.l.n.r. Baudewijn Oosterlynck, dr. Sebastiaan Van Cauwenberge en Filip Deceur.

De geboorte van de nieuwe wondzorg situeert zich in 1962, toen dr. Dewinter vaststelde dat een wonde die vochtig gehouden wordt, vlugger epithelialiseert dan een wonde van hetzelfde type die droog gehouden wordt.

Het is pas begin 1980 dat de industrie volop inspeelt op deze vaststelling en start met de productie van nieuwe soorten verbanden. Het hydrocolloïd verband kunnen we in deze context beschouwen als de pionier van de "hightech" verbanden.

Ook de kennis en een beter inzicht in de verschillende stadia van de wondheling maken het mogelijk om verbanden te ontwikkelen die zich toespitsen op een welbepaald stadium van de wondheling.

Dit alles heeft tot gevolg dat er een explosie ontstaat van diverse verbanden en dat er met de regelmaat van de klok nieuwe verbanden bijkomen. Men schat het totaal aantal verschillende verbanden momenteel op ongeveer 2500.

In de huidige wondzorg wordt het systematisch ontsmetten van de wonde beperkt tot enkele specifieke indicaties (immuungecompromitteerde patiënten, patiënten met diabetesvoet en kritisch zieke patiënten). Daartegenover hechten artsen veel belang aan het reinigen

Deze wonde is het gevolg van necrotiserende fasciitis.

In de Wondkliniek wordt topicale negatieve druktherapie toegepast.

Resultaat na topicale negatieve druktherapie.

De medewerkers van de Wondkliniek op campus Henri Serruys: v.l.n.r. dr. Karel D'hoore, Dominique Vandemoortele, dr. Alain Vanhulle, Nadine Vanthournout en Nathalie Laroye.

en spoelen van de wonde. Terwijl vroeger een zekere terughoudendheid bestond tegen het nemen van een douche in geval van een wonde, wordt dit nu aangemoedigd.

De meest in het oog springende innovatie blijft echter de topicale negatieve druktherapie. Deze techniek zorgt voor een goede evacuatie van wondvocht en terzelfdertijd voor een stimulatie van de locoregionale bloedflow, met een vluggere wondheling als resultaat – dit zowel in de acute als chronische wondzorg.

Verder beschikken we eveneens over lichttherapie waarbij het gepolariseerde licht een biostimulatie induceert op cellulair niveau. Dit triggert en reguleert de biologische processen, wat het lichaam helpt te regenereren.

Het is duidelijk dat wondzorg steeds meer een specialiteit wordt. Iedere wonde is uniek en vraagt een eigen benadering en aangepaste therapie. In dit kader werd vanuit de werkgroep Wondzorg (campus Sint-Jan) en met de steun van dr. Rigauts een Wondkliniek opgestart, zowel op campus Sint-Jan als op campus Henri Serruys in Oostende. Deze Wondkliniek streeft de volgende doelstellingen na:

- Voor externen (huisartsen, thuisverpleging) verlenen we een extra dienst door moeilijk te genezen wonden te behandelen en op te volgen. Het is hier absoluut niet de bedoeling een concurrentiële positie in te nemen ten opzichte van de thuisverpleging, maar een synergie te ontwikkelen om op een zo efficiënt mogelijke manier een vlotte wondgenezing voor de patiënt te realiseren. Een wondkliniek biedt het voordeel dat men intramuraal de wonde multidisciplinair kan benaderen en eventueel kan doorverwijzen (Voetkliniek, Orthopedie).

- Intern kunnen de verschillende specialismen een beroep doen op de expertise en eventuele wondopvolging door de Wondkliniek. Dit geldt voor de moeilijke, complexe wonden en VAC-therapieën. De verwijzende specialismen, huisartsen en eventuele thuisverpleging worden op de hoogte gehouden van deze opvolging.

In samenspraak met de werkgroep Wondzorg (samengesteld uit directie, artsen, apotheek en verpleegkundig wondzorgspecialisten) bepaalt de Wondkliniek het formularium en wondzorgbeleid in het ziekenhuis. ■

Wondkliniek campus Sint-Jan

In Brugge maakt de Wondkliniek gebruik van de infrastructuur van de polikliniek Algemene Heelkunde. Dr. Sebastiaan Van Cauwenberge is de verantwoordelijke geneesheer-specialist en wordt hierin bijgestaan door een verpleegkundig wondzorgspecialist, Baudewijn Oosterlynck.

De functie van de bestaande structuren zoals de Voetkliniek en wondzorg op de poli Orthopedie blijft onveranderd. De poliklinische consultaties van de Wondkliniek zijn gepland op woensdag- en vrijdagnamiddag van 13.00 uur tot 17.00 uur, maar men kan er steeds terecht voor advies omtrent wondzorg.

De Wondkliniek op campus Sint-Jan is bereikbaar op het nummer 050 45 25 64.

Wondkliniek campus Henri Serruys

In Oostende staat de Wondkliniek onder leiding van de geneesheer-specialisten dr. Alain Vanhulle en dr. Karel D'hoore. Zij worden bijgestaan door drie specifiek opgeleide wondzorgverpleegkundigen, namelijk Nadine Van Thournout, Dominique Vandemoortele en Nathalie Laroye.

Met vragen of voor advies kunt u steeds terecht op het nummer 059 40 20 48 (Nadine Van Thournout), 059 40 20 49 (Dominique Vandemoortele) of 059 40 20 84 (Nathalie Laroye) van de wondzorgkliniek op campus Henri Serruys.

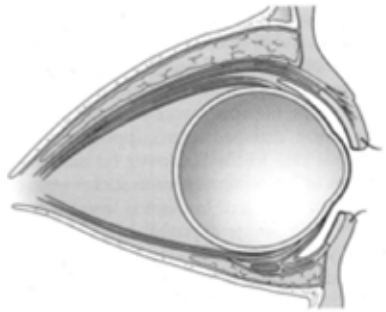
Het valse oog of kunstoog

dr. Sylvie Vandelanotte
dienst Oogziekten

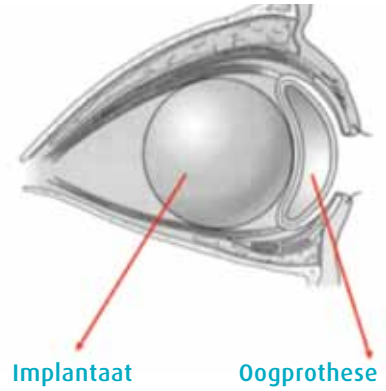
Soms is het nodig om het oog van een patiënt te verwijderen. Om esthetische redenen kan de oogarts in dat geval een vals oog of kunstoog plaatsen. Het doel van een goed kunstoog is een zo natuurlijk mogelijke situatie na te bootsen waarbij dit kunstoog ook in zekere mate kan meebewegen. Wanneer het niet opvalt dat iemand een kunstoog draagt, kunnen we spreken over een geslaagd resultaat.

Er bestaat een algemene misvatting dat een kunstoog bestaat uit een "knikker" die de oogarts aanbrengt nadat het oog werd verwijderd. In feite bestaat een kunstoog uit een dunne schelpvormige oogprothese, geplaatst bovenop een dieper gelegen bolvormig en beweeglijk implantaat.

Doorsnede van het oog



Doorsnede van het kunstoog



Een kunstoog bestaat uit een dunne schelpvormige oogprothese, geplaatst bovenop een dieper gelegen bolvormig en beweeglijk implantaat.

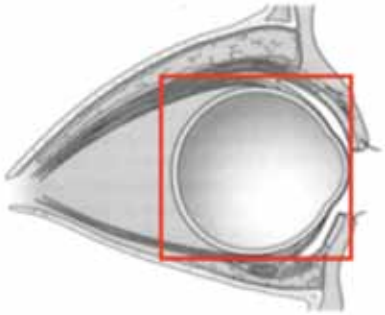
Wanneer wordt het oog verwijderd?

Er zijn twee indicaties om de oogbol te verwijderen.

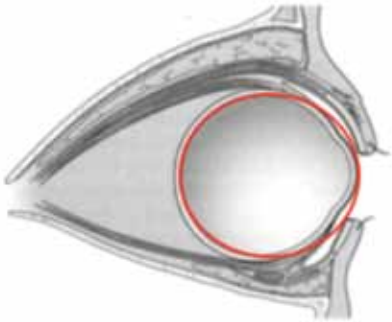
De eerste en meest frequente indicatie is een pijnlijk blind oog. Het gaat hier meestal om patienten die reeds enige tijd een blind oog hebben als gevolg van een vroeger oogtrauma of andere pathologie. Bij sommigen is de pijn niet onder controle te houden met medicatie. De oogarts stelt bijgevolg de indicatie om de ooginhoud te verwijderen (evisceratie). Bij een evisceratie wordt de inhoud verwijderd, maar behoudt de patient zijn eigen sclera.

De tweede indicatie voor het verwijderen van de oogbol is een intraoculaire tumor die niet in aanmerking komt voor radiotherapie of een andere behandeling. Hierbij wordt de oogbol in toto verwijderd, zowel de ooginhoud als de sclera (enucleatie).

Enucleatie



Evisceratie



Bij een enucleatie wordt zowel de ooginhoud als de sclera verwijderd, bij een evisceratie behoudt de patiënt zijn eigen sclera.

Deze patiënte draagt rechts een oogprothese.

Bij een enucleatie bekleedt de arts het implantaat met donorsclera.

Operatietechniek

Tijdens de evisceratie of enucleatie wordt het oog verwijderd en vervangen door een bolvormig kunststof implantaat met een diameter van ongeveer 2 cm. Bij een evisceratie bevestigt de oogarts dit implantaat in de eigen sclera. Bij een enucleatie daarentegen bekleedt hij het implantaat met donorsclera (bij gebrek aan eigen sclera). Tijdens deze twee ingrepen blijven de eigen extraoculaire spieren bewaard, en worden ze opnieuw aangehecht op de sclera die zich rond het implantaat bevindt.

Het implantaat heeft als doel om de orbita op te vullen zodat dit de basis kan vormen waarop de toekomstige schelpvormige oogprothese wordt aangepast. Het goed plaatsen van een aangepast implantaat (qua grootte) is belangrijk voor het definitieve resultaat. Als het implantaat te klein is, zal er een diepere holte ontstaan en moet de oogprothese groter gemaakt worden om de diepte te compenseren. Als het implantaat te groot is, kan deze gaan extruderen.

Na het aanhechten van de spieren kan het implantaat meebewegen en in beperktere mate ook de bovenliggende oogprothese.

Als laatste stap wordt de conjunctiva en het kapsel van Tenon in verschillende lagen over het implantaat gehecht.

Onmiddellijk na de ingreep plaatst de arts een conformer – een ovale ring in kunststof die ter plaatse moet blijven tot de oogprothese aangepast is.

Behandeling na de ingreep

De patiënt dient dagelijks de wond te spoelen en antibiotische oogzalf aan te brengen. De conformer mag er in geen geval uitgehaald worden, want dan dreigt de holte dicht te groeien zodat een latere oogprothese niet meer gedragen kan worden.

Oogprothese of kunstoog

Zes weken na de enucleatie of evisceratie met plaatsing van het implantaat kan de schelpvormige oogprothese aangepast worden. De oogprothese is niet bolvormig zoals velen denken, maar schelpvormig. Ze heeft een driedimensionale diepte die de voorkamer van een oog nabootst, en wordt gemaakt door een oogprothesist. Die baseert zich op de kleur, grootte en kenmerken van het andere oog om de prothese te maken. Er zijn in België slechts een aantal gespecialiseerde oogprothesisten.

De hedendaagse prothesen bestaan uit kunststof. Vroeger waren ze gemaakt uit glas, wat een heel natuurlijk effect gaf, maar helaas ook gepaard ging met een grote breekbaarheid.

Onderhoud van een oogprothese

De patiënt kan de oogprothese zelf gemakkelijk inbrengen en uithalen. De prothese wordt ongeveer eenmaal per week verwijderd om te reinigen.

Terugbetaling

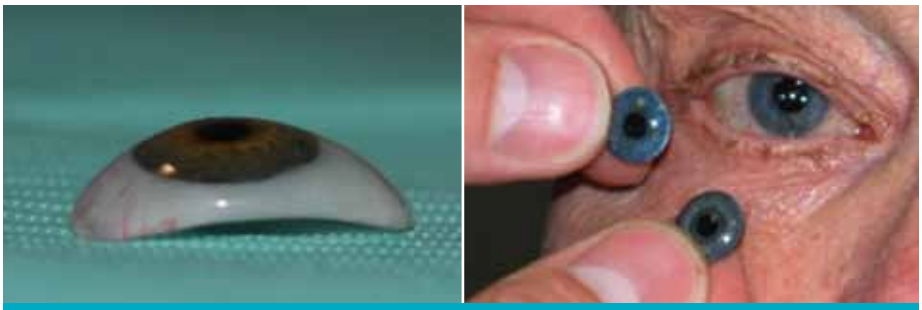
Om de vijf jaar heeft de patiënt recht op terugbetaling van een nieuwe prothese. De meeste prothesen verkleuren een beetje na enkele jaren, door het contact met zonlicht.

Verwikkelingen

» **Extrusie van het implantaat**
Zeldzaam kan het implantaat extruderen, d.w.z. doorheen de sclera en conjunctiva naar buiten komen, als gevolg van een infectie of wanneer het implantaat te groot is.

» **Slijmvorming**
De meest frequente klacht is irritatie en slijmvorming rond de prothese, veroorzaakt door wrijving tussen de prothese en de mucosae. Dit treedt vooral op wanneer de prothese bekrast is na een tijdlang dragen. Daarom wordt aangeraden om de prothese jaarlijks te laten polieren.

» **PESS of Post-Enucleation Socket Syndrome**
Na een aantal jaar is het mogelijk dat het kunstoog dieper komt te liggen. Het bovenooglid en



De schelpvormige oogprothese heeft een driedimensionale diepte die de voorkamer van een oog nabootst. De oogprothesist baseert zich op de kleur, grootte en kenmerken van het andere oog om de prothese te maken.

Bij deze patiënt vertoont de prothese van het rechteroog PESS.

onderooglid zullen afhangen waardoor het kunstoog niet meer mooi op zijn plaats blijft zitten. Dit is meestal het gevolg van een afname van volume in de oogkas of een migratie van het implantaat, die de normale verhoudingen in de oogkas verstoren. Om PESS te behandelen moet de arts de oogkasholte weer opvullen. Hiervoor bestaan verschillende mogelijkheden, gaande van silicone block tot implantatie van eigen vetweefsel in de oogkas.

Bij deze patiënt hangt het onderooglid rechts door, waardoor de oogprothese dreigt uit te vallen.

» **Oogprothese valt spontaan uit**
Door het jarenlang dragen van een oogprothese kan het onderooglid gaan doorhangen wegens het gewicht van de prothese. De prothese heeft dan nog onvoldoende houvast om zich te fixeren en dreigt er spontaan uit te vallen. Door middel van een ophanging of versteviging van het onderooglid geeft men opnieuw steun aan de oogprothese.

Besluit

Het plaatsen van een zo natuurlijk mogelijke oogprothese begint bij de evisceratie of enucleatie. Een voldoende groot, beweeglijk implantaat vormt de basis waarop later de schelpvormige prothese opgebouwd wordt. Voortdurende interactie tussen oogarts en prothesist is noodzakelijk voor een blijvend, goed functioneel en esthetisch resultaat. ■

Chirurgische wereldprimeur in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV

Op 2 januari werd in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV een chirurgische wereldprimeur verricht door twee teams onder leiding van dr. Bruno Dillemans en dr. Jan Lesaffer in samenwerking met een gespecialiseerd anesthesiologisch team.

Twee operatieve teams hebben een moeilijke verwijdering van een kwaadaardig slokdarmletsel uitgevoerd door het letsel endoscopisch én gelijktijdig zowel via de buik (laparoscopisch) als via de borstkas (thoracoscopisch) te benaderen. Een dergelijke slokdarmoperatie is meestal het enige alternatief voor patiënten met een kwaadaardig letsel in de slokdarm, maar het is een complexe en delicate operatie die doorgaans door middel van een grote open insnede wordt uitgevoerd en een lange operatietijd behelst. Meer en meer worden deze ingrepen nu ook via endoscopie verricht met een belangrijke meerwaarde voor de patiënt in termen van minder postoperatieve pijn, een sneller herstel en een kortere hospitalisatieduur.

Simultaan verricht het buikteam (links) en het thoraxteam (rechts) de chirurgische ingreep. Twee verschillende camerasystemen werden zo opgesteld dat beide teams tezelfdertijd kunnen opereren.

Tot op heden werden beide fasen (de buik en de borstkas) steeds afzonderlijk uitgevoerd waarbij het chirurgische team ofwel eerst de buikfase verricht, gevolgd door de borstkasfase, ofwel omgekeerd. De primeur van de ingreep zoals uitgevoerd in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV is dat beide fasen van de endoscopische slokdarmverwijdering gelijktijdig werden uitgevoerd door twee teams die simultaan en gecoördineerd samenwerken. De operatietijd werd hierdoor in belangrijke mate ingekort en sommige cruciale stappen in de ingreep konden chirurgisch-technisch veiliger en sneller worden uitgevoerd.
De 62-jarige patiënte herstelde vlot van deze gecombineerde ingreep.

azsymposia: Welvaartsstaat in nauwe schoentjes

Bart Van Craeynest
Hoofdeconoom Petercam

In 1999 waren we voorbereid op de vergrijzing, met een primair overschot op het Belgische overheidsbudget van 6% (zie figuur 1). Maar na de dioxinecrisis keerde het tij en leefde de overheid boven haar stand. In tien jaar tijd verteerden we onze budgettaire buffer zonder onze economie te versterken. Vandaag moeten we herbeginnen in nauwe schoentjes: de vergrijzing slaat toe, de eurocrisis bevriest de economie en iedereen in Europa trekt de riem aan. Het worden moeilijke, structurele keuzes en onvermijdelijk zullen sociale zekerheid en gezondheidszorg in de klappen delen.

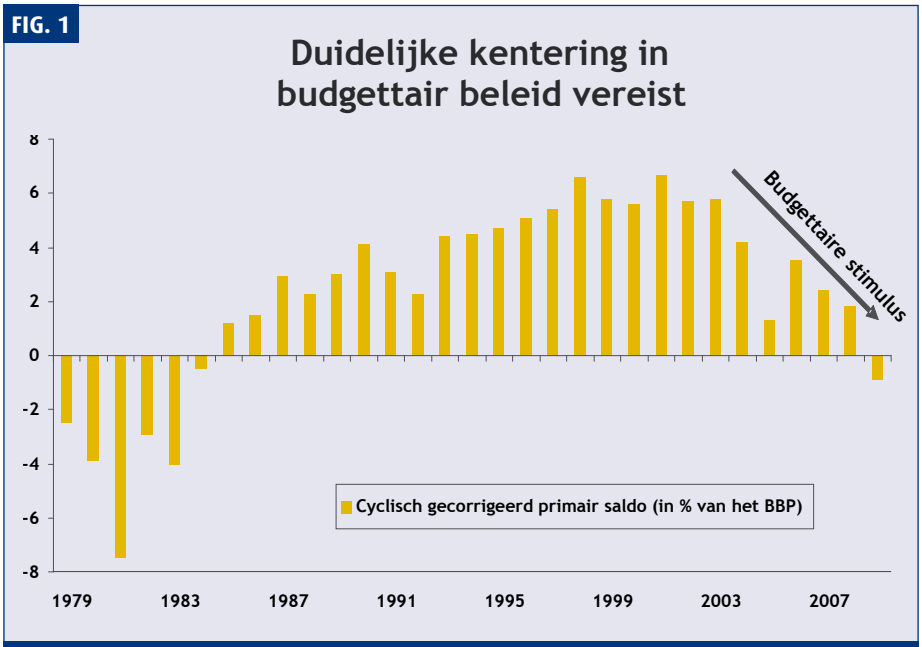
Als hoofdeconoom van beurs-vennootschap en vermogens-beheerder Petercam volgt Bart Van Craeynest nauwlettend de evolutie van de economie. Voor het Symposium Ethiek en Economie dat eind vorig jaar plaatsvond in AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV stelde hij luidop de vraag hoe we onze welvaartsstaat overeind kunnen houden tegen de achtergrond van de dwingende en dringende sanering van de overheidsuitgaven en de financiering van de oplopende vergrijzingskost.

De vergrijzing in België is volop bezig. Dit is een probleem omdat de kosten van de zorg met de leeftijd toenemen. Vanaf 70-80 jaar stijgen ze zelfs pijlsnel. Het aantal 80-plussers zal de komende decennia sterk toenemen en dus zullen de kosten voor zorg de pan uitswingen (zie figuur 2). In 2030 worden de babyboomers die nu op pensioen gaan tachtig jaar. Vanaf 2050 is de piek van de babyboomers voorbij en vertraagt het groeitempo weer. Toch zullen de vergrijzingskosten – pensioenuitgaven, gezondheidszorg, langetermijnzorg – maar ook de kosten voor onderwijs en werkloosheid tegen 2060 oplopen tot 33,5% van het Belgische Bruto Binnenlands Product (BBP) tegenover ca. 27% in 2010, zo verwacht althans de Europese Commissie.

Bart Van Craeynest: “De voort-schrijdende vergrijzing brengt een onvermijdelijke toename van de gezondheidsuitgaven met zich. De gezondheidsuitgaven stijgen al sinds 1990. De groeinorm van 4,5% van het BBP per jaar die Paars voorzien had, was onrealistisch. Di Rupo I heeft dit afgetopt, maar toch blijven de uitgaven toenemen van 8 naar 9,5% van het BBP tegen 2030 indien we geen verdere stappen zetten.”

Over welke mogelijkheden beschikt de Belgische overheid om ons door de financiële tsunami van de vergrijzing te loodsen? Helaas niet zo veel, aldus Bart Van Craeynest. De overheidsschuld is na onze belangrijke inspanningen

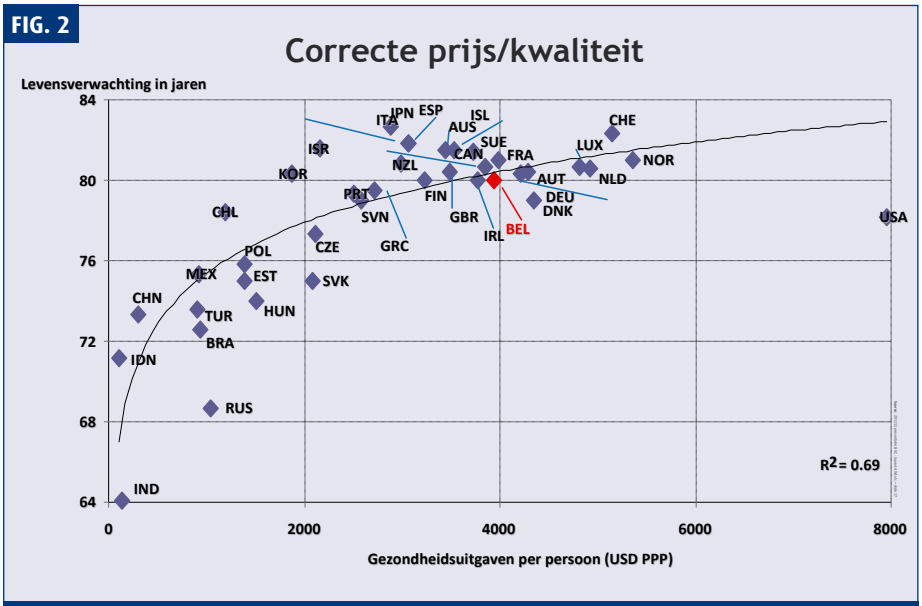
FIG. 1



Zware inspanningen nodig

Aan het einde van de vorige eeuw slaagde de overheid erin om haar primair saldo (het verschil tussen inkomsten en uitgaven zonder rekening te houden met interestlasten) aan te zwengelen, door de befaamde “besparingstreinen”. Na de dioxinecrisis, die leidde tot een machtswissel in de federale regering, keerde het tij en ging de overheid boven haar stand leven. We moeten het budgettaire beleid weer omslaan en dat zal zware structurele ingrepen vergen.

FIG. 2



De prijs-kwaliteitverhouding van de zorg

De prijs-kwaliteitverhouding van de Belgische zorgverstrekking ligt vrij goed. We bevinden ons in de betere helft van de landen: we betalen niet te veel en niet te weinig voor wat we krijgen. Meer uitgeven zou niet proportioneel meer opbrengen in termen van levensverwachting. De Nederlanders betalen beduidend meer zonder een relevante toename van de levensverwachting. De Italianen zijn goed af: hun levensverwachting ligt erg hoog rekening houdend met hun gezondheidsuitgaven. De VS-burgers betalen erg duur zonder dat dit een relevante invloed heeft op hun levensverwachting.

in de periode 1993-2008 opnieuw beduidend opgelopen tot bijna 100% van het BBP (tegenover 82% van het BBP in 2008). “We worden nu geconfronteerd met een Belgische overheid die over geen budgettaire reserve meer beschikt, de vergrijzing moet financieren, met een recessie moet afrekenen en dient te besparen terwijl iedereen in Europa dat doet.”

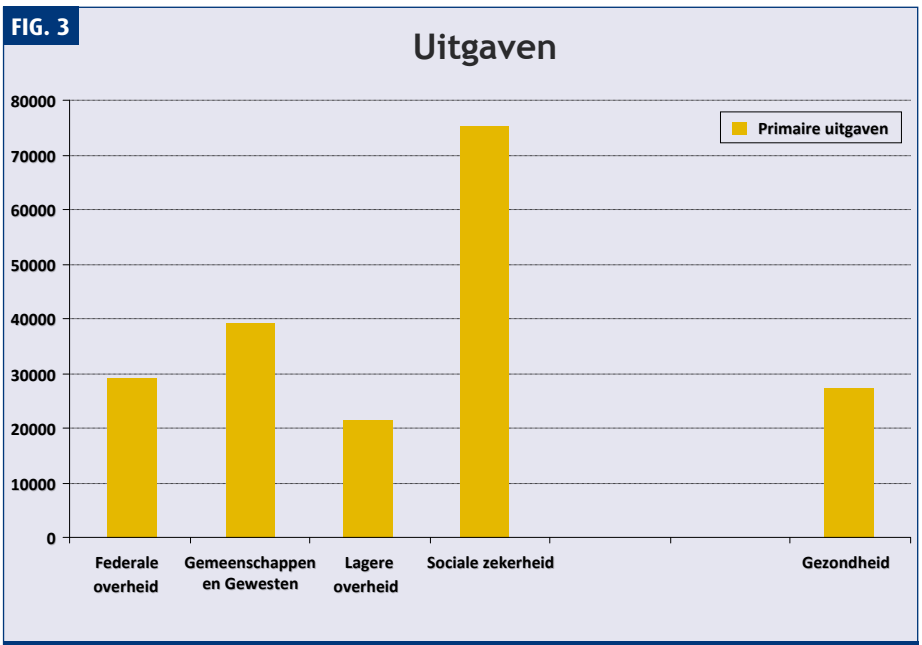
Om de overheidsschuld op termijn terug te dringen naar de door de Europese Commissie gevraagde 60% van het BBP zal een primair overschot op de begroting (exclusief rentelasten) gerealiseerd dienen te worden van 4%. We hebben dat al gedaan in het verleden. In de laatste decennia van de vorige eeuw lukten we daarin onder externe druk, om in de eurozone toegelaten te worden.

Vandaag kunnen we die kentering niet realiseren via de inkomstenzijde. De belastingdruk in ons land ligt nu al zo hoog, dat verdere inkomstenbelasting vooral perverse economische effecten zou teweegbrengen, stelt Van Craeynest: “Hoewel de huidige maatregelen van de regering-Di Rupo I nog een groot deel op inkomsten betrekking hebben, groeit de consensus dat dit niet de juiste weg is. De belastingdruk in ons land is volgens de OESO al de hoogste ter wereld voor wat directe belastingen betreft. Ook de belasting op het sparen is al hoog.”

Om de primaire uitgaven onder controle te krijgen zal de overheid daarom vooral aan de uitgavenzijde moeten sleutelen. Dat is geen dankbare taak, zeker gezien de recessie in de eurozone. Als we schuld willen afbouwen en de vergrijzing tegen 2030 (uitsluitend) via uitgavenverminderingen willen opvangen, zouden we omgerekend naar vandaag nog zowat 31 miljard extra moeten besparen (zie figuur 3).

Willen we onze welvaartsstaat overeind houden, dan zullen we aanzienlijke besparingen dienen door te voeren, maar eveneens dienen te werken aan het groeipotentieel van onze economie, onder meer door een hervorming van de fiscaliteit. Bovendien moeten we meer mensen aan het werk krijgen én houden, besluit Bart Van Craeynest. ■

FIG. 3



Zoeken naar besparingen

Als we de tegen 2030 de overheidsschuld willen afbouwen en de vergrijzingskosten willen opvangen, zouden we naar vandaag omgerekend 31 miljard euro dienen te besparen op de overheidsuitgaven. Daarvoor zal de komende tien jaar op alle takken van de overheid bespaard dienen te worden. Wie de grote uitgavenposten bekijkt, beseft dat de sociale zekerheid niet buiten schot kan blijven.

Nieuwe artsen

dr. Elisabeth Vander Stichele
dienst Geriatrie

Dr. Elisabeth Vander Stichele, werkzaam op campus Henri Serruys, specialiseerde zich in de geriatrie aan de Rijksuniversiteit Gent onder leiding van prof. Nele Van Den Noortgate en prof. Mirko Petrovic. Als geriater heeft zij ervaring opgedaan in H.-Hartziekenhuis Roeselare, Maria Middelares Gent, UGent en Jan Palfijn Gent. Bijkomend volgde dr. Vander Stichele een vrije stage in gerontopsychiatrie bij dr. Lieve Lemey op campus SFX. Tot haar interessevlakken behoren geheugen, psychologie en sociologie van de ouderen.

dr. Lieven Vandeputte
dienst Maag-, Darm- en Leverziekten

In 2011 werd dr. Lieven Vandeputte aangesteld als geneesheer-specialist op de dienst Maag-, Darm- en Leverziekten van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, campus Sint-Jan. Lieven Vandeputte, geboren te Kortrijk, studeerde in 1991 met grote onderscheiding af aan de KU Leuven en doorliep er de opleiding tot gastro-enteroloog van 1991 tot 1997. Tot op heden was hij werkzaam als gastro-enteroloog in de Sint-Jozefskliniek te Izegem, met bijzondere belangstelling voor de invasieve endoscopie. Vanaf 2007 bekwaamde dr. Vandeputte zich in de echo-endoscopie, initieel onder de vleugels van dr. Vincent De Wilde op onze campus, vervolgens gedurende twee jaar bij prof. Filoche in Lille om ten slotte het prestigieuze Diplôme Universitaire d'Echoendoscopie Digestive te behalen bij prof. Barthet in Marseille. Samen met collega dr. De Wilde zal dr. Vandeputte garant staan voor expertise op het vlak van digestieve echo-endoscopie. Naast de echo-endoscopie heeft hij een specifieke interesse voor de invasieve biliopancreatische endoscopie.

dr. Emmanuel Bekaert
dienst Anesthesie en Intensieve Zorgen

Sinds juli 2010 is dr. Emmanuel Bekaert werkzaam in het departement Anesthesie en Kritische Zorgen. Dr. Bekaert werd geboren in Kortrijk en deed er zijn middelbare studies in de richting Latijn-Wiskunde. Vervolgens studeerde hij geneeskunde in Leuven. Zijn opleiding anesthesie volgde hij deeltijds in Roeselare (Heilig Hart Ziekenhuis) en ten slotte in het universitair ziekenhuis van Leuven, waar hij nadien nog een jaar resident was op de dienst Intensieve Zorgen bij prof. G. Van Den Berghe. Hij verkreeg er eveneens de bijzondere beroepstitel in de intensieve geneeskunde. In het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV is dr. Bekaert deels werkzaam in het operatiekwartier en deels in de kritische diensten. Naast zijn activiteit in het operatiekwartier situeert zijn interesse zich in de behandeling van de kritisch zieke patient, in al zijn aspecten.

dr. Ann-Marie Matthys
dienst Anesthesie

Dr. Ann-Marie Matthys werd geboren in Brugge, waar ze ook haar humanioraopleiding Latijn-Wetenschappen volgde aan het Lyceum Hemelsdaele. Haar studies geneeskunde voltooide ze aan de K.U. Leuven. Nadien startte dr. Matthys de opleiding anesthesie, waarbij ze drie jaar assistentschap deed in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en vervolgens nog twee jaar in het UZ Leuven. Gezien haar specifieke interesse deed zij nog een bijkomende fellowship in de cardiothoracale anesthesie aan de University College Hospitals in Londen. Dr. Matthys behaalde ook nog de bijzondere beroepstitel in de intensieve geneeskunde aan het UZ Gent. Naast haar werk als allround anesthesiste werkt zij mee aan de verdere uitbouw van de cardioanesthesie in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.

dr. Marieke Waignein
dienst Psychiatrie-Psychosomatiek

In december 2011 werd dr. Marieke Waignein aangesteld als geneesheer-specialist in het departement Psychiatrie-Psychosomatiek van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV (campus Sint-Jan). Marieke Waignein werd geboren in Maastricht (Nederland) en volgde haar humanioraopleiding Latijn-Wiskunde-Wetenschappen aan het Sint-Aloysiuscollege te Menen. In 2003 studeerde ze af met grote onderscheiding in de geneeskunde aan de KU Leuven. Haar opleiding psychiatrie volgde ze aan de KU Leuven, in het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis te Waregem, gedurende een jaar in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en ten slotte in het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Jozef te Pittem. De laatste twee jaar van haar opleiding specialiseerde ze zich in de kinder- en jeugdpsychiatrie met specifieke interesse voor de adolescentenpsychiatrie, in het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Jozef te Pittem en het GGZ Westelijk Noord-Brabant te Bergen op Zoom (Nederland). Eind 2008 startte dr. Waignein in AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV als tijdelijk aangenomen geneesheer. Ze is samen met dr. Marie-Catherine Monté verantwoordelijk voor de afdeling middelengebonden stoornissen en legt zich tevens toe op de ambulante begeleiding van jongvolwassenen.

Stafvergaderingen Interne Geneeskunde

Datum De stafvergaderingen gaan telkens door op de tweede donderdag van de maand.

Uur 19.00 u

Locatie AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
Campus Henri Serruys – Vergaderzaal 1
Kaïrostraat 84 - 8400 Oostende

Programma

9 februari 2012
Immuundeficiëntie
Coördinatie: T. Kerre

8 maart 2012
Ethiek & Economie: Burn-out en time management bij zorgverleners
Coördinatie: D. Benoit

12 april 2012
Diagnostiek op Spoed
Coördinatie: P. De Paepe

10 mei 2012
Hyponatriëmie en de ziekte van Addison
Coördinatie: E. Nagler

14 juni 2012
Evidence-based medicine
Coördinatie: W. Van Biesen

De casuïstieken worden voorgesteld door assistenten in opleiding.

Symposium darmkanker

Datum 16 juni 2012
in de voormiddag enkel toegankelijk voor geneesheren
in de namiddag toegankelijk voor het brede publiek

Locatie Meeting- en Eventcentrum Staf Versluys
Kapelstraat 76 - 8450 Bredene

Organisatoren dr. Steven Van Avermaet
dr. Micheline Tresinie
dr. Lieven Deruyter

Meer informatie
directiesecretariaat.oostende@azsintjan.be
Tel: 059 55 53 16

International Electrophysiology Workshop

How to interpret intracardiac electrograms in AF and VT ablation?

Date March 1 - 2, 2012

Location Crowne Plaza Bruges
Burg 10 - 8000 Bruges

Scientific organization
Prof. Dr. M. Duytschaever
electrograms.2012@azsintjan.be
Department of Cardiology
AZ Sint-Jan - Bruges
Ruddershove 10
8000 Bruges
Tel: +32 50 45 26 81
Fax: +32 50 45 26 79

Target audience
Electrophysiologists performing AF and VT ablation

Annual meeting of Belgian Association for Paediatric Anaesthesiology

in collaboration with BARA (Belgian Society for Anaesthesia and Reanimation)

Date 21st April 2012

Location AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
Ruddershove 10 - 8000 Brugge

Lectures and workshops in paediatric anesthesia

More info: operatiekwartier@azsintjan.be

Navormingsavond: De nieuwe behandeling van longtumoren

in samenwerking met de Koninklijke Geneesherenvereniging Oostende

Datum 5 juni 2012

Uur 20.30 u

Locatie Vesaliusinstituut - Auditorium
Leffingestraat 1 - 8400 Oostende

az sint-jan
brugge - oostende av