azlink

Pulse voor de medische praktijk

n°31 | Editie juni 2016 www.azlink.be

Als eerste in Vlaanderen **digitaal met orderaanvraagprocedure en transfusiemanagement**

De overgang **van pediatrie naar volwassenenzorg:** een patiëntgerichte aanpak

Vooruitstrevende ingesteldheid en hecht teamwerk op de dienst **Cardiologie** van campus Henri Serruys

Innovaties verruimen diagnostische mogelijkheden binnen de **microbiologie**

Multidisciplinaire aanpak van **orthopedische en posttraumatische infecties**

az sint-jan
brugge - oostende av

Editie juni 2016

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Olivier Deryck
dr. Hendrik Dhaese
dr. Catherine Dick
prof. dr. Michel Langlois
dr. Anne Loccufier
dr. Tom Lodewyck
dr. Hans Rigauts
dr. Sarah Roels
dr. Bram Vanden Berghe
Anne-Mie Vansteelant

Werkten mee aan dit nummer
Kathy Boydens
dr. Matthieu Combes
dr. Yerma Coppens
Elke De Geeter
dr. Sylvia Depoorter
dr. Charlotte Depuydt
dr. Sarah Deseyne
dr. Helena Devos
Valerie Duynslaeger
dr. Tom Feryn
Wendy Jonckheere
dr. Karel Maelegheer
dr. Patrick Martens
dr. Sophie Muyldermans
dr. Eric Nulens
dr. Marijke Reynders
dr. Sylvie Roggeman
dr. Kate Sauer
dr. Marit Sijmons
dr. Ignace Surmont
dr. Mehran Tahmaseb
Didier Timmerman
dr. Beatrice Valck
dr. Suzy Van Erum
dr. Sylva Van Imschoot
dr. Jens Van Praet
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Bert Vanmierlo
Anne-Mie Vansteelant
dr. Lieselotte Willaert

Fotografie
Els Janssens
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV

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

Secretariaat azlink
Evelyn Verhelle
Ruddershove 10, 8000 Brugge
evelyn.verhelle@azsintjan.be
www.azlink.be

Druk
Drukkerij Perka nv

Verantwoordelijke uitgever
dr. Hans Rigauts

INHOUD azlink

Pulse voor de medische praktijk

3 **Voorwoord**

4-5 Als eerste in Vlaanderen **digitaal met orderaanvraagprocedure en transfusiemanagement**
dr. Suzy Van Erum, Kathy Boydens, Didier Timmerman, Wendy Jonckheere

6-7 De overgang **van pediatrie naar volwassenenzorg:** een patiëntgerichte aanpak
dr. Kate Sauer, dr. Sylvia Depoorter, dr. Charlotte Depuydt, dr. Sylva Van Imschoot

8-9 Vooruitstrevende ingesteldheid en hecht teamwerk op de dienst **Cardiologie** van campus Henri Serruys
dr. Mehran Tahmaseb, dr. Beatrice Valck, dr. Matthieu Combes

10-11 Innovaties verruimen diagnostische mogelijkheden binnen de **microbiologie**
dr. Karel Maelegheer, dr. Eric Nulens, dr. Marijke Reynders, dr. Ignace Surmont

12-13 Multidisciplinaire aanpak van **orthopedische en posttraumatische infecties**
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove, dr. Bert Vanmierlo, dr. Jens Van Praet

14-15 **Nieuwe artsen** in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV

Copyright © 2016 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: Evelyn Verhelle, evelyn.verhelle@azsintjan.be.

az sint-jan
brugge - oostende av

Hans Rigauts
algemeen directeur

Voorwoord

In tijden van maatschappelijk ongenoegen, toenemende ernstige dreigingsniveaus, terroristische aanslagen en ver doorgedreven veiligheidscontroles wordt het moeilijk om door de bomen het bos nog te zien. We worden met de neus op de feiten gedrukt. Het terrorisme speelt zich niet meer af op televisie of computerschermen, maar is tastbaar dichtbij. Niet alleen omdat één van de terroristen een tijdelijke bewoner van onze stad geworden is (gelukkig gehuisvest in een fors beveiligde en gecontroleerde omgeving) maar ook omdat sommigen onder ons direct of indirect betrokken, of bijna betrokken waren bij de incidenten in Zaventem of het metrostation in Brussel.

Wij zelf, vrienden en familie nemen allemaal wel eens de metro of het vliegtuig en beseffen zo maar al te goed dat dit drama ons of onze naasten had kunnen treffen. “Op het verkeerde moment, op de verkeerde plaats” wordt zo geen uitdrukking uit de Van Dale, maar een harde realiteit die het leven van het ene ogenblik op het andere volledig omgooit. Het ene moment ben je in het vooruitzicht van een aangename vliegvakantie, uitkijkend naar een congres of andere activiteiten; een paar minuten later word je betrokken in oorlogstaferelen met alle gevolgen van dien.

Dit alles onderstreept onze kwetsbaarheid, nietigheid en afhankelijkheid van niet te controleren omstandigheden. Hoewel we graag denken alles onder controle te hebben en ons leven te kunnen bepalen, plannen en regelen, nopen deze incidenten ons tot nederigheid. Laten we daarom toch proberen – hoe moeilijk en pijnlijk ook – de punctuele aspecten (de bomen) te overstijgen en naar het bos te kijken. Laten we het overzicht behouden en onze maatschappelijke veerkracht onderstrepen.

Een belangrijk onderdeel van de veerkracht om dit alles te doorstaan, is de zorg. De zorg voor elkaar en onze moeizaam opgebouwde maatschappelijke waarden is zelfs in zware omstandigheden, zoals de aanslagen van Zaventem en Maalbeek ons pijnlijk hebben aangetoond, het primum movens om alles te boven te komen. Laat ons daarom – ondanks alles – in de eerste plaats fier zijn op onze gezondheidszorg die zich ook in deze extreme gevallen afdoend bewezen heeft.

In situaties van opperste verwarring met honderden gewonden hebben we getoond dat we in staat zijn adequate zorg te bieden. De onmisbare rol en inzet van de artsen en zorgverleners wordt bij deze gebeurtenissen onderstreept. De arts (of zoals vroeger op onze diploma’s stond: dokter in de genees-, heel- en verloskunde) is hierbij een centrale figuur en daar kunnen we fier op zijn. Zonder te vervallen in misplaatste nostalgie vind ik dat de vroegere benaming van onze beroepsgroep semantisch beter aansluit bij onze rol. Genezen, helen en verlossen (alle drie de termen in zowel de fysische als psychische betekenis van het woord) geven mijns inziens beter weer waar het echt om gaat en waar we het verschil kunnen maken. Quod erat demonstrandum.

Veel leesgenot

Als eerste in Vlaanderen **digitaal met orderaanvraagprocedure en transfusiemanagement**

Wendy Jonckheere, Didier Timmerman, dr. Suzy Van Erum & Kathy Boydens
Medisch laboratoriumtechnoloog, ICT-deskundige, diensthoofd & hoofdlaborant
dienst Klinische Biologie
campus Henri Serruys

Van handhygiëne tot duidelijke en correcte communicatie, patiëntveiligheid is te allen tijde een topprioriteit binnen een ziekenhuis. Omdat onderzoek uitwees dat fouten in het labogebeuren voor 60% te wijten zijn aan misstappen in de preanalytische fase, digitaliseerde campus Henri Serruys als eerste ziekenhuis in Vlaanderen zowel zijn orderaanvraagprocedure als zijn transfusiemanagement. Een project dat indrukwekkende resultaten opleverde, de interesse wekte van zowel binnenlandse als internationale collega-ziekenhuizen, en zowel patiënten als verwijzende artsen bij een opname op campus Henri Serruys die extra dosis gemoedsrust oplevert.

Geoptimaliseerde protocollen

Vanaf de staalname, de allereerste stap van de preanalyse tot en met het leveren van de resultaten en het toedienen van een transfusie: op campus Henri Serruys vullen de digitale toepassingen CyberLab en CyberTrack elkaar sinds 2013 aan om de menselijke foutenmarge tot een minimum te beperken. Deze gedigitaliseerde orderverwerkings- en transfusiemanagementoplossingen bieden aan de basis al een aantal controle-elementen en stimuleren verder vooral optimalisatie van de protocollen. CyberTrack, het bloedtransfusiemanagementprogramma, kwam er in het verlengde van het orderaanvraagsysteem CyberLab, dat al sinds 2012 in het volledige ziekenhuis in voege is. Vele ziekenhuizen werken in de omgekeerde richting, maar omdat bloedtransfusies hogere risico's inhouden, zien de gebruikers zelf meer wezenlijk voordeel in CyberTrack. Vanuit de vertrouwdheid met het principe op basis van CyberLab worden ze zo vanzelf vragende partij, met de patiënt als ultieme winnaar.

Scansysteem

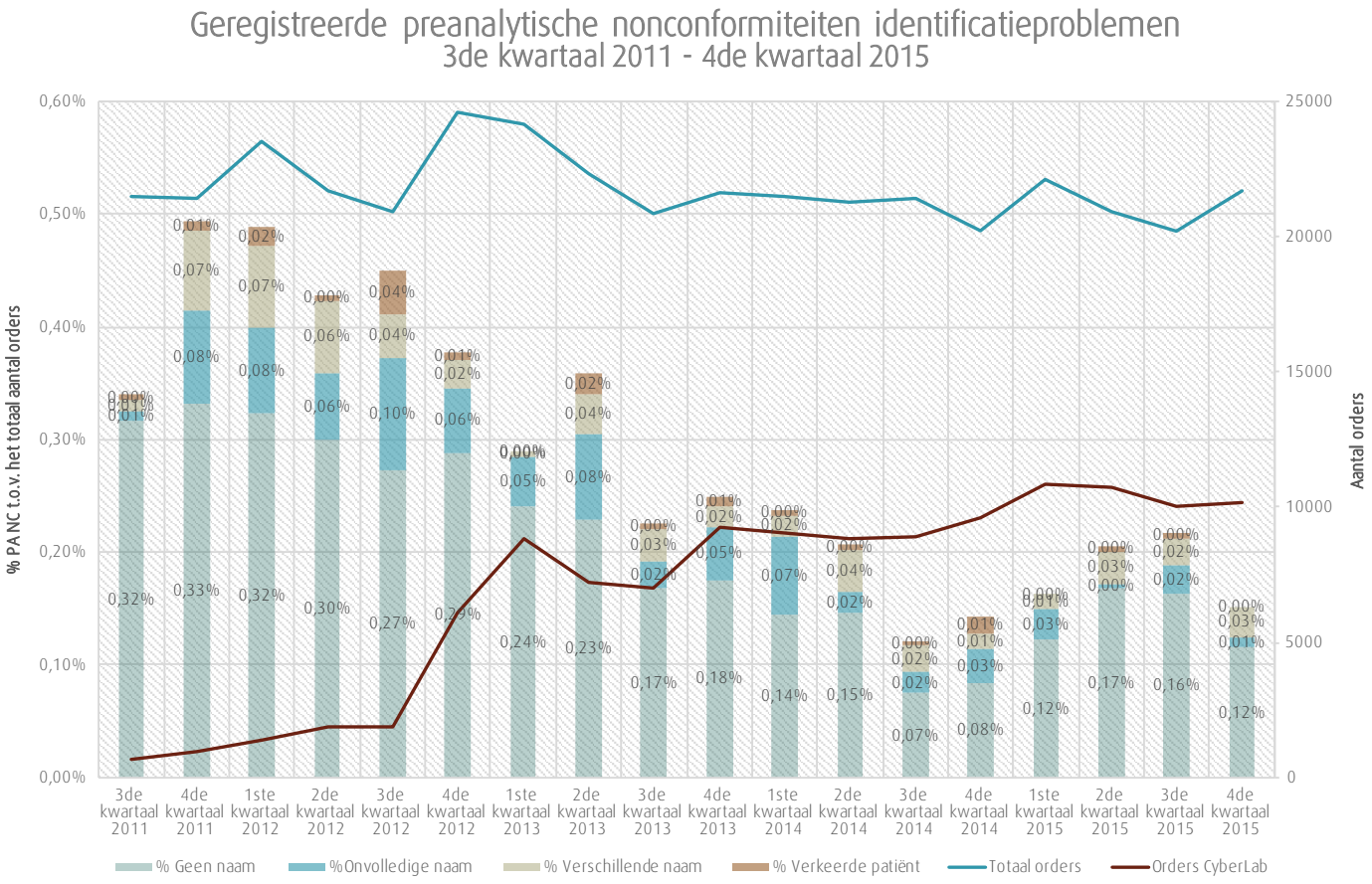
Beide automatisatiesystemen steunen op de identificatie van de patiënt aan de hand van een polsband die hij of zij om krijgt bij opname en het hele ziekenhuisverblijf lang draagt. Onderzoek wees uit dat fouten in het labogebeuren voor 60% te wijten zijn aan misstappen in de preanalytische fase en deze oplossingen nemen daarbij heel wat denkwerk uit handen. Met een mobiele computer en scanapparaat bereidt de verpleegkundige de aanvragen voor en print vervolgens de tube-etiketten. Het aantal geprinte etiketten komt overeen met het aantal tubes en elk etiket geeft meteen informatie over de soorten tubes die vereist zijn en wat er moet gebeuren. Op elk etiket staat de naam van de patiënt, zijn geboortedatum, het type staal dat genomen moet worden, het toestel waarvoor dit bestemd is, de datum en de tijd. Vervolgens gaat de computer mee naar het ziekenbed en zorgt scanning van de polsband en tubes voor de correcte identificatie van de patiënt en link met de tubes. Op de fiche staat de procedure voor bloedafname of -transfusie heel visueel, stap voor stap aangegeven. Alle opmerkingen kunnen bovendien rechtstreeks in het verpleegkundig dossier ingevoerd worden. Staat de status bij nacontrole op groen, dan verliep alles correct en mogen de stalen met de buizenpost richting labo. Een onvolledige analyseaanvraag weigert het systeem eenvoudigweg. Geen nabelwerk meer vanuit het laboratorium dus en ook de patiënt meermaals storen voor bloedafname is van de baan.

Continue audit

Waar er vroeger sporadisch controle was, zorgt de automatisering nu voor een continue audit van de analyseaanvragen. Vanzelfsprekend krijgen de toepassingen geen blind vertrouwen: bij een bloedtransfusie vereist de toekenning van een zak bloed aan een patiënt ondanks de elektronische scanning nog steeds twee onafhankelijke stalen van de patiënt, die 100% concordant moeten zijn. Op het vlak van bloedgroep en kruisproef heerst een nultolerantie. CyberTrack is dus veeleer een aanvullende beschermingsmaatregel dan een substituut voor menselijke alertheid en aansprakelijkheid. De patiënt wordt niet gereduceerd tot een nummer, maar blijft prioriteit nummer één.

De gebruiksvriendelijkheid maakt het makkelijker om mensen te motiveren en eens iedereen vertrouwd is met de werking zorgt dit systeem voor tijdwinst. Een aantal artsen plant intussen zelf al ruim voor opname de nodige aanvragen in of gebruikt het systeem zelfs vanuit de

Meer info beschikbaar in de azlink-app



Zowel het bloedtransfusiemanagementprogramma CyberTrack als het orderaanvraagsysteem CyberLab steunen op de patiëntenidentificatie aan de hand van een polsband die de patiënt bij opname om kreeg.

Omdat bloedtransfusies hogere risico's inhouden, waren de gebruikers zelf vragende partij voor de implementatie van CyberTrack. Op basis van CyberLab waren ze bovendien al vertrouwd met het principe.

Met de buizenpost vertrekken de afgenomen bloedstalen onmiddellijk naar de dienst Klinische Biologie. Dankzij de tijdregistratie gebeuren analyses perfect binnen de vereiste tijdspanne en bijgevolg stijgt de betrouwbaarheid van de indicatoren.

polikliniek om ook daar de papierwinkel te reduceren. Dankzij de tijdregistratie gebeuren analyses perfect binnen de vereiste tijdspanne en bijgevolg stijgt de betrouwbaarheid van de indicatoren. Opnieuw een grote winstfactor in het voordeel van de patiënt.

Elke tube vertegenwoordigt een patiënt

Deze automatisering droeg bovendien bij tot een efficiëntere communicatie. Zorgpersoneel raadpleegt sneller de laboratoriummedewerkers bij foutmeldingen of twijfel, en wanneer de laboranten herhaaldelijk incidenten vaststellen in de preanalytische fase, gaan ze op de dienst in kwestie de achterliggende reden na. Dit maakt de slogan 'achter elke tube gaat een patiënt schuil' meteen veel tastbaarder voor het laboteam en verhoogt hun betrokkenheid bij de patiëntenzorg.

De overzichtelijke omvang van de campus maakt het makkelijker om eventuele hiaten in beide systemen of de toepassing ervan nog te elimineren of bij te sturen: een ideale testcase voor de omvangrijkere campus Sint-Jan in Brugge, die binnenkort de overstap maakt. In een volgende stap zal de 'result viewing' in CyberLab geïmplementeerd worden om de voorlopig nog manuele en arbeidsintensieve transmissie van resultaten naar het centraal patiëntendossier te versoepelen. Met de 'result viewing' wordt alles meteen op de juiste locatie opgeslagen, kan de arts naar wens een selectie van gegevens raadplegen en als beide campussen hierop overschakelen, vereenvoudigt dat meteen de communicatie onderling. Mochten veel huisartsen vragende partij zijn, dan zou het zelfs een idee kunnen zijn om CyberLab toegankelijk te maken voor artsen uit de periferie. Dit zou vanuit veiligheidsoogpunt weliswaar extra infrastructuur vergen en is dus nog niet aan de orde.

Meetbare resultaten

Implementatie van de 'ruling module' moet bijdragen tot extra veiligheid: alerts in pop-upvorm maken attent op regelgeving of zorgen ervoor dat de patiënt beter geïnformeerd kan worden. Dit helpt artsen om gerichter aanvragen te plaatsen en onnodige, overbodige of niet toegelaten tests (die de patiënt soms op kosten jagen) te vermijden. Campus Henri Serruys speelt met het idee ook de patiënt als extra controle-element in te schakelen: pancartes op de kamer, infobrochures of hun verwijzende arts kunnen de patiënt op het belang van de polsband en de scanning wijzen, hem ertoe aansporen erop te letten dat het proces correct verloopt en hem aldus betrekken in de bescherming van zijn eigen veiligheid.

De nu al indrukwekkende statistieken van de preanalytische conformiteiten zijn zeker de moeite waard om op de volgende European Conference on Preanalytical Phase (EFLM-BD) in 2016 in postervorm te presenteren (zie grafiek). In de verdere toekomst leeft de ambitie om vernieuwend te blijven werken en de verdere vooruitgang waar mogelijk op de voet te volgen.

De overgang **van pediatrie naar volwassenenzorg**: een patiëntgerichte aanpak

dr. Kate Sauer & dr. Sylvia Depoorter
dienst Kinderziekten
campus Sint-Jan

dr. Charlotte Depuydt
dienst Pneumologie
campus Sint-Jan

dr. Sylva Van Imschoot
dienst Inwendige Ziekten
campus Sint-Jan

Door de positieve evolutie in behandelingsmogelijkheden bereikt een steeds groter aantal chronisch zieke pediatrische patiënten de meerderjarigheid. Geen evidentie, om tijdens de toch al turbulente periode van de adolescentie de behandeling van je ziekte in eigen handen te nemen. Volwassen worden met een chronische ziekte houdt bijgevolg in dat er een overgang of transitie nodig is van pediatrische zorg naar volwassenenzorg. Op campus Sint-Jan gaat tijdens de adolescentie een geleidelijke voorbereiding vooraf aan deze overgang.

Langere levensverwachting

Ernstig chronisch zieke patiënten bereikten vroeger slechts uitzonderlijk de volwassen leeftijd. Hun opvolging beperkte zich dus tot de pediatrische afdeling. De laatste decennia stijgt de levensverwachting van patiënten met een chronisch aandoening aanzienlijk dankzij betere behandelingsmogelijkheden. Het gaat voornamelijk om patiënten met mucoviscidose, ex-prematuren met ernstig obstructief longlijden of met ontwikkelingsstoornissen en patiënten met metabole stoornissen of immuundeficiënties. Meer dan 50% van de hedendaagse mucoviscidosepatiënten is volwassen. Diabetes type 1 komt dan weer steeds frequenter voor op jonge leeftijd, waardoor het aantal patiënten dat doorgroeit naar de volwassenenzorg toeneemt.

Dynamisch proces

Kinderen met een chronische ziekte vragen een zeer strikte opvolging en gedisciplineerde behandeling. Pediatrische zorg is daarom sterk gezinsgeoriënteerd. De ouders spelen een belangrijke rol en dragen de verantwoordelijkheid. Het pediatrische behandelingsteam staat in interactie met het ganse gezin, maar ook met de school en de vrijetijdsomgeving. De zorgaccenten liggen op bescherming en opvoeding: ervoor zorgen dat de chronische ziekte de normale ontwikkeling van het kind binnen het gezin, op school en in zijn vrije tijd minimaal belemmert.

In de volwassenenzorg staat de patiënt centraal en dient de jongvolwassene meer verantwoordelijkheid op zich te nemen. Het zorgaccent verschuift naar zelfzorg, preventie en aanpak van misbruik van verslavende middelen en de combinatie van de ziekte en haar behandeling met beroepsactiviteiten en seksualiteit. De aanpak in volwassenenzorg is bijgevolg zeer verschillend van de pediatrische benadering; de ouders spelen hier geen primaire rol meer.

Tijdens de puberteit verandert de leef- en denkwereld van de chronisch zieke jongere. Niet alleen het ziektebeeld evolueert, ook zijn interesses en verantwoordelijkheden veranderen. Een adolescent wil onafhankelijk zijn, is bezig met zijn opleiding of net gestart met werken, is op zoek naar zijn eigen levensstijl. In deze transitieperiode komt het erop aan de jongere langzaam van onder de vleugels van de ouders vandaan te halen, in te spelen op zijn gevoel voor onafhankelijkheid, zelfcontrole en zelfmanagement. De ouders worden gestimuleerd om de touwtjes beetje bij beetje los te laten.

De transitie naar volwassenenzorg is opgevat als een dynamisch proces. Om een bruuske overgang te vermijden, beginnen de pediatrische teams de patiënt vanaf de puberteit voor te bereiden. Ze polsen naar zijn kennisniveau, geven extra uitleg en gaan de therapiegewoonten na, want de jongere kan pas goed voor zijn ziekte zorgen als hij voldoende ziekte-inzicht heeft verworven.

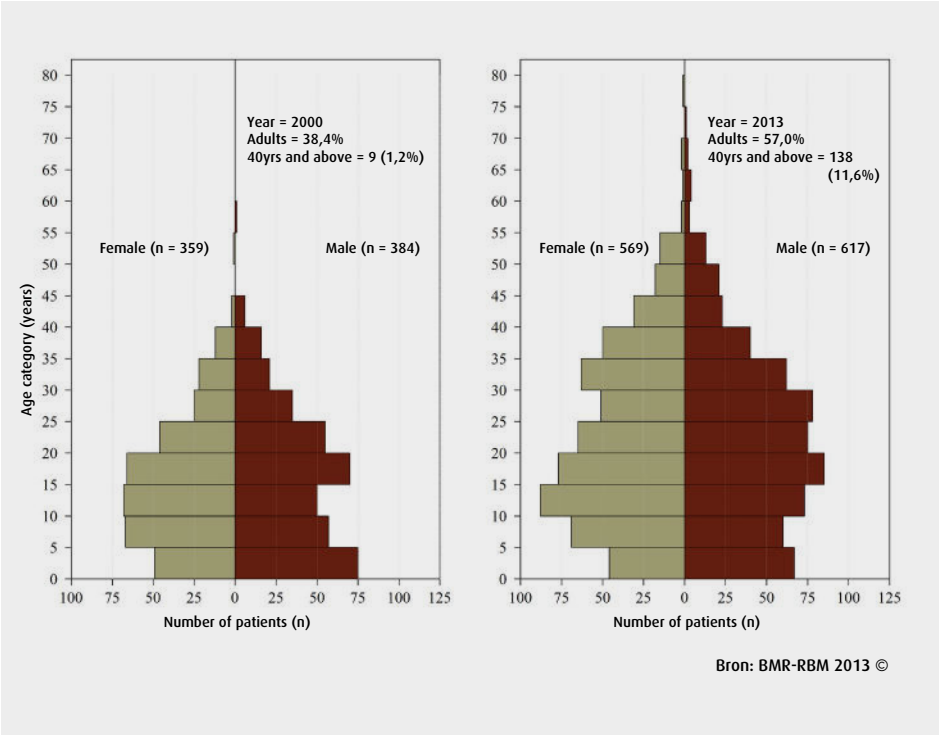
Obstakels bij de transitie

Het streefdoel is om op achttienjarige leeftijd de overstap te maken, maar de cognitieve vaardigheden van de patiënt spelen daarin een grote rol. Sommige patiënten zijn er op jongere leeftijd klaar voor dan anderen.

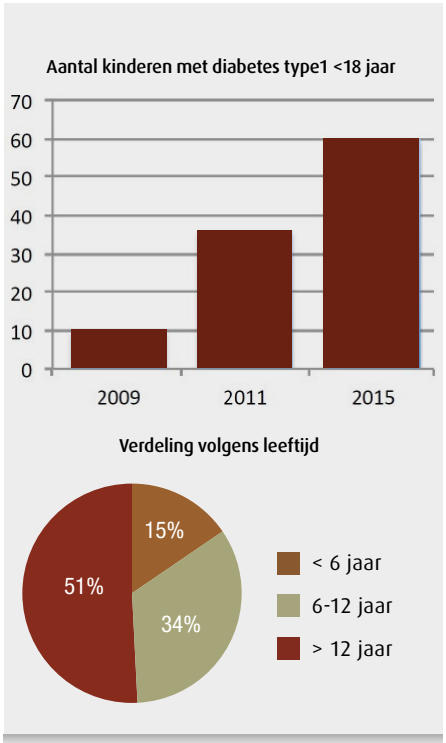
Door de lange behandelingsperiode op de pediatrische afdeling ontstaat er een hechte relatie tussen behandelingsteam, ouders en patiënt. Bij mucoviscidose start de behandeling in de eerste levensjaren. Bij diabetespatiënten is dit afhankelijk van de leeftijd van diagnose. De opvolging is zeer intens; ouders en patiënt voelen zich na verloop van tijd thuis op de pediatrische afdeling en verwerven een aantal privileges. Deze vertrouwde omgeving verlaten is voor vele ouders en vaak ook voor de jongere niet evident. En het pediatrische team moet de jongere net zo goed loslaten.

Chronische ziekten hebben een grote emotionele tot zelfs psychische impact op de patiënt en zijn omgeving. Het is niet eenvoudig deze gevoeligheden over te brengen naar een nieuw team. De overstap gaat ook vaak gepaard met angst voor het onbekende. Bovendien nemen ouders meestal een zeer beschermende houding aan tegenover een chronisch ziek kind. Bijgevolg kunnen ze een adolescent met chronische problemen nog moeilijker loslaten dan in normale omstandigheden. In

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



De laatste decennia stijgt de levensverwachting voor mucoviscidosepatiënten aanzienlijk. Van 2000 tot 2013 steeg het aantal volwassen mucoviscidosepatiënten van 38,4% naar 57%. Voor patiënten die vandaag geboren worden, ligt de gemiddelde levensverwachting op 50 jaar.



Op vijf jaar tijd is het aantal minderjarigen met diabetes type 1 flink toegenomen en de diagnose wordt ook op steeds jongere leeftijd gesteld. Op campus Sint-Jan maken <12-jarigen (bijna) de helft van deze patiëntengroep uit.

de aanpak van de volwassenenzorg voelen ouders zich vaker buitenspel gezet.

Tot slot komen bij het ouder worden van een patiënt met een chronische ziekte, zoals mucoviscidose, nieuwe medische problemen aan het licht die een vermindering van de fysieke mogelijkheden en een daling van de levenskwaliteit inhouden. Verscheidene pediatrische ziektebeelden zijn trouwens pas recent tot de volwassenenpathologie doorgedrongen en daar bijgevolg niet altijd zo goed gekend.

Deze verschillende punten tonen aan dat een transitie langzaam en goed voorbereid dient te gebeuren, in nauw overleg tussen de pediatrische en volwassenenzorgteams.

Uitdaging en invulling

Het volledige overgangstraject is gericht op het vinden van een nieuwe balans: tussen de jongvolwassene en zijn ouders, de jongvolwassene en zijn arts, en tussen de gezondheid van de jongvolwassene en zijn onafhankelijkheid en integratie in de maatschappij. Toetsen naar de zelfkennis en zelfredzaamheid vormt de eerste stap. Waar de ene vijftienjarige mucoviscidosepatiënt zelf al zijn aerosolbehandeling en andere medicatie beheert, is de andere hiervoor nog afhankelijk van de ouders. Bij diabetespatiënten gebeurt het net zo goed dat ouders op die leeftijd nog de insulineberekeningen maken en injecties toedienen.

In een transitieprogramma wordt de patiënt aan de hand van thuisopdrachten gestimuleerd om de therapie in eigen handen te nemen. In deze overgangsfase ziet een arts of paramedicus de adolescent al wat vaker alleen op consultatie. Pas daarna komen de ouders aan bod. Dit stimuleert de zelfstandigheid en sommige zaken bespreekt een jongere liever niet in het bijzijn van de ouders.

Dankzij de multidisciplinaire aanpak van de pediatrische teams is de stap naar paramedische zorg klein. Vaak is begeleiding door klinisch psychologen en sociaal assistenten die gespecialiseerd zijn in de adolescentieproblematiek aangewezen. Deze hulpverlening stopt trouwens niet op 18 jaar, de begeleiding kan doorlopen tot op jongvolwassen leeftijd. De rol van de volwassenenspecialist bestaat erin het vertrouwen van de patiënt te winnen, de therapietrouw verder te bevorderen en hen zelfstandig te leren omgaan met hun chronische ziekte. Dit gebeurt opnieuw door middel van een grondige bevraging naar de kennis van de patiënt en het geven van uitgebreide informatie omtrent de behandeling zodat de patiënt de gevolgen van een gebrek aan therapie inziet. Ook hier vergt dit een individuele aanpak en fingerspitzengefühl. Sommige patiënten komen nog jarenlang in gezelschap van de ouders, maar dan louter als bijzitter. Andere patiënten komen snel alleen. De patiënt heeft hier, hoe dan ook, het laatste woord.

Korte communicatieafstanden

De omvang van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV maakt vlot contact mogelijk tussen artsen van verschillende disciplines. Tegelijk is er een doorgedreven kennis omtrent een breed spectrum aan pathologieën, aangevuld met een uitgebreid aanbod aan paramedische expertise. Het is belangrijk dat ouders en jongeren reeds contact hebben met het volwassen zorgteam tijdens de transitieperiode.

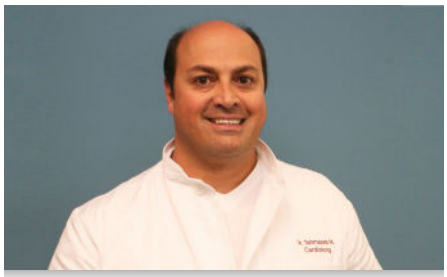
De volwassenenpneumoloog neemt daarom driemaandelijks deel aan de pediatrische multidisciplinaire muco-consultaties en besprekingen. Bij hospitalisatie van een adolescente patiënt gaat de pneumoloog ook op zaalbezoek. Zo maken de jongvolwassenen kennis met hun toekomstige arts.

Ook jongere kinderen komen op de consultatie in contact met de pneumoloog. Dat geeft een positieve boodschap: er zijn steeds betere behandelingsmogelijkheden voor hun ziekte en doorgroei naar de volwassenenzorg valt dus binnen de verwachting. Die hechte samenwerking maakt dat de pediatrische en volwassenenteams goed op elkaar ingespeeld zijn, een correcte informatieoverdracht kunnen verzekeren en op die manier een vlotte overgang kunnen bewerkstelligen.
Ook tussen de diabetesteams gaat een uitgebreid onderling overleg vooraf aan de transitie. De patiënt schuift pas door naar de volwassenenzorg na een grondige dossierbespreking en briefing. De kinderarts legt de eerste afspraak met het volwassenenteam vast en blijft ter beschikking voor advies tijdens de eerste consultaties.

Toekomst

Dankzij de transitieprogramma's kunnen chronisch zieke patiënten ook op volwassen leeftijd rekenen op een aangepaste opvolging binnen campus Sint-Jan. Voor chronische longpatiënten en diabetespatiënten is zo'n overgangstraject reeds goed uitgebouwd. Het is de bedoeling deze werkwijze net zo goed voor andere chronische ziektebeelden te implementeren. Dit kan dankzij de inspanning van de volwassenenteams, die zich verdiepen in nieuwe patiëntengroepen met zeer specifieke pediatrische ziektebeelden.

Vooruitstrevende ingesteldheid en hecht teamwerk op de dienst **Cardiologie** van campus Henri Serruys



dr. Mehran Tahmaseb, dr. Beatrice Valck & dr. Matthieu Combes
dienst Cardiologie
campus Henri Serruys

De drie cardiologen die de dienst Cardiologie op campus Henri Serruys bemannen, combineren de invalshoeken die ze er elk vanuit een verschillende subspecialisatie op nahouden tot een breed pakket aan hooggespecialiseerde hartzorg. Ze kunnen daarbij terugvallen op de deskundige ondersteuning van een betrokken en gemotiveerd paramedisch, logistiek en administratief team, een hoogtechnologische infrastructuur alsook aanvullende technologische voorzieningen en medische expertise op campus Sint-Jan.

Toegevoegde waarde

Diensthoofd dr. Mehran Tahmaseb en zijn twee collega's, dr. Beatrice Valck en dr. Matthieu Combes, beoefenen alle drie de algemene klinische cardiologie, met name diagnostiek en zowel niet-invasieve als invasieve beeldvorming. Vanuit verschillende subspecialisaties zorgt elk van hen bovendien voor een specifieke toegevoegde waarde aan de cardiologische competenties op campus Henri Serruys. Zo legt dr. Tahmaseb zich voornamelijk toe op de elektrofysiologie en de pacemaker en device therapie, genoot dr. Valck een bijkomende opleiding als intensivist, en is dr. Combes gespecialiseerd in de cardiale revalidatie en sportcardiologie.

De dienst Cardiologie van campus Henri Serruys verwierf een stevige reputatie en kan zich meten met de recente literatuur op het vlak van cardiale resynchronisatietherapie (CRT), zowel voor aandoeningen op ischemische basis als spierziektegerelateerd. Voor de implantatie van een breed spectrum aan andere devices kunnen patiënten er eveneens terecht. Een erkenning voor elektrofysiologie zorgt voor een meerwaarde in het Belgische ziekenhuislandschap: ze verleent de dienst bevoegdheid voor de behandeling van elk type ritmestoornis, waarvoor ook de nodige infrastructuur voorhanden is.

Laagdrempelige communicatie

Op diagnostisch vlak biedt de aanwezigheid van een sportcardioloog unieke mogelijkheden. Aan de hand van spiro-ergometrie schetst deze naast de hartactiviteit een beeld van de zuurstofopname en CO_2-afgifte. Hij beperkt zich bijgevolg niet tot een evaluatie van het hart, maar betrekt ook de ademhaling en spieren in de diagnose. Niet alleen interessant om de beperkende factoren bij een dyspneu van ongekende origine te identificeren, maar ook om de inspanningscapaciteit van gezonde mensen te evalueren. Een bijzonder lage drempel met de andere internisten – en in het bijzonder met de diensten Vaatziekten en Pneumologie – vervolledigt het plaatje. Met de dienst Pneumologie valt bovendien de grootste patiëntenoverlapping vast te stellen, waar de organisatorische structuur van het ziekenhuis rekening mee houdt door aanpalende zalen te voorzien. Tot slot onderhoudt de dienst directe communicatielijnen met de spoeddienst van het ziekenhuis. Deze is permanent bemand door een gebrevetteerde spoedarts, die regelmatig komt aankloppen voor een consult met betrekking tot, bijvoorbeeld, de interpretatie van een elektrocardiogram (ECG) of de hoogdringendheid voor katheterisatie.

Totaalzorg

Deze totaalzorglijn trekt de dienst Cardiologie ook op andere gebieden door: op de anesthesie-afdeling in het UZ Leuven voltooide dr. Valck een intensivistenopleiding. In tegenstelling tot de meeste ziekenhuizen hoeven kritiek zieke cardiologiepatiënten hierdoor niet overgedragen te worden aan een andere arts. Op de dienst Intensieve Zorgen blijven ze in handen van de cardioloog die vertrouwd is met hun dossier en dit vanuit een cardiologie-eigen invalshoek bekijkt. Een mooie aanvulling op de benadering van de andere intensivisten. De eveneens vernieuwde afdeling Intensieve Zorgen biedt bovendien de nodige faciliteiten om hen correct op te vangen, te stabiliseren en te behandelen. Thoraxdrainage en zelfs nierdialyse kunnen er perfect ter plaatse. De hartrevalidatie vervolledigt het zorgpakket. Deze ligt voor beide campussen in handen van dr. Combes, die ervoor zorgt dat de hartpatiënten postoperatief kunnen rekenen op een optimale begeleiding.

Geavanceerde voorzieningen

Voor alles wat cardiale beeldvorming aangaat kan de dienst rekenen op de gespecialiseerde collega's van de diensten Radiologie en Nucleaire Geneeskunde, die op campus Henri Serruys ook hoogtechnologische apparatuur voorhanden hebben. Een cardiale CT-scan laat toe om hartproblemen bij laagrisicopatiënten middels een CT-angiografie op niet-invasieve wijze uit te sluiten, een SPECT/PET-toestel staat ter beschikking voor coronaire perfusie. Verder gebeuren elektrofysiologische onderzoeken,

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

pacemakerimplantaties en bepaalde ablaties ter plaatse in het cathlab op campus Henri Serruys. De allernieuwste elektroanatomische mappingtechnologie biedt er de mogelijkheid tot ablatie van zeer complexe arrythmia: de cardioloog kan de locatie van de hartritmestoornis exact bepalen aan de hand van een driedimensionale reconstructie van het hart. De geavanceerde apparatuur zorgt voor een extreme reductie van de bestraling en de hoogste veiligheid en bescherming tegen complicaties. Verder behoort CRT er tot de opties, met mooie perspectieven op het vlak van levensduur en symptomatische reductie voor patiënten met hartverzwakking.

Bijdragen tot vooruitgang

Regelmatig neemt de dienst deel aan studies voor de verdere ontwikkeling van leads en pacemakermateriaal. Andere studies, zoals onderzoek naar de transarteriële aanpak voor CRT of de carotid baroreceptor voor hartfalen, gebeuren vaak in samenwerking met campus Sint-Jan. Afhankelijk van de technische benodigdheden kunnen de artsen daar ook terecht om andere invasieve beeldvormingsprocedures uit te voeren. De cathlabs zijn er nog beter ingericht voor ingrepen als voorkamerfibrillatie (VKF)-ablatie, coronarografie, dilatatie en percutane transluminale coronaire angioplastie (PTCA), onder meer dankzij de aanwezigheid van een Stereotaxis-toestel, waarvan België er slechts vier telt. Heeft een patiënt een aandoening die hartchirurgie vergt, dan is er een korte lijn naar de gerenommeerde hartchirurgen van campus Sint-Jan.

Weldoordachte renovatie

Patiënten kunnen rekenen op een verhoogd comfort doordat het cathlab en de coronary care unit (CCU) zich op de dienst Cardiologie bevinden. Beide kregen bovendien een volledige herinrichting, die het totaal op achttien bedden bracht, waarvan 12 CCU-bedden, omgeven door state-of-the-art apparatuur. Een volledig nieuw monitoringsysteem laat intensieve therapeutische opvolging toe. Alle vitale parameters, ECG's, ritmestoornissen en monitorverslagen kunnen in real time doorgestuurd worden naar het centraal medisch dossier en zijn vanop afstand consulteerbaar, op de schermen aan de centrale desk en op de polikliniek, maar ook vanop andere vaste toestellen of mobiele devices. Naar hartfalen toe is de "non-invasive ventilation" (NIV) een zeer vooruitstrevende aanwinst.

Hecht teamwerk

De polikliniek zit eveneens in een nieuw jasje. Ze telt acht onderzoekskamers, uitgerust met vier echotoestellen voorzien van innovatieve software en diastologie- en driedimensionale echografiefaciliteiten, geavanceerde Tilt-testapparatuur, zes cyclo-ergometrische toestellen, waarvan een met spirometriemogelijkheid, en een walkstation. Met de vakkundige ondersteuning van een gedreven paramedisch, administratief en logistiek team werkt de polikliniek als een perfect geoliede machine. De bereidheid van de verpleegkundigen om in twee shiften te werken maakt dat er een indrukwekkend patiëntenvolume terechtkan zonder dat de zorg aan kwaliteit moet inboeten. De hoge mate van verantwoordelijkheid die elke medewerker krijgt toebedeeld, bevordert in hoge mate de betrokkenheid en motivatie. Zo ontstaat een sfeer van hecht teamwerk die zich laat voelen in de aanpak naar patiënten toe.

De kuststreek kent niet alleen een sterke vergrijzing, er is een groeiende aandacht voor en kennis over zowel aangeboren als verworven hartaandoeningen. Hartritmestoornissen zoals voorkamerfibrillatie worden sneller gedetecteerd en het belang van een goede sportscreening is niet langer miskend. De goede relatie met de artsen uit de periferie zorgt bijgevolg voor heel wat verwijzingen.

Het cathlab is voorzien van de nieuwste hooggespecialiseerde apparatuur voor elektrofysiologische onderzoeken, pacemakerimplantaties en bepaalde ablaties.

Een van de zes cyclo-ergometrische toestellen biedt spirometriemogelijkheden, vooral in de sportcardiologie een waardevolle diagnosetool.

Een volledig nieuw monitoringsysteem laat intensieve therapeutische opvolging van gehospitaliseerde patiënten toe. Het staat in verbinding met het centraal medisch dossier en is vanop afstand consulteerbaar, zowel vanaf de centrale desk en de polikliniek als mobiel.

Innovaties verruimen diagnostische mogelijkheden binnen de **microbiologie**

dr. Karel Maelegheer (arts-specialist in opleiding), dr. Eric Nulens, dr. Marijke Reynders & dr. Ignace Surmont
dienst Laboratoriumgeneeskunde
campus Sint-Jan

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

Dankzij de introductie van nieuwe moleculaire amplificatietechnieken en de MALDI-TOF massaspectrometer heeft de medische microbiologie de laatste jaren een enorme vooruitgang geboekt op het vlak van de automatisatie van onderzoeken, opsporing, identificatie en gevoeligheidsbepalingen van micro-organismen. Daarnaast is actief overleg tussen de microbiologen, infectiologen en de andere artsen van het ziekenhuis een essentieel onderdeel van de diagnose en behandeling van patiënten. Dit laat zich het best illustreren aan de hand van een aantal voorbeelden.

Bacteriologie

Snellere gevoeligheidsbepaling bij positieve hemoculturen

Bacteriële sepsis en septische shock zijn ernstige complicaties, waarbij een vroegtijdige antibioticabehandeling een belangrijke rol speelt in de therapie. Het laboratorium microbiologie van campus Sint-Jan probeert om zo snel mogelijk accurate informatie aan de behandelende arts te bezorgen met betrekking tot de verwekker. Dit verloopt meestal in drie fases: gramkleuring, identificatie en gevoeligheidsbepaling. Momenteel loopt een experiment om zowel voor gramnegatieve als grampositieve bacteriën tot een sneller resultaat te proberen komen. Het uiteindelijke doel is binnen de 24 uur na ontvangst van de bloedkweek een gevoeligheidsbepaling te kunnen rapporteren. De resultaten zijn tot nu toe veelbelovend, maar er is nog een lange weg te gaan vooraleer deze methode bruikbaar is in een routinelaboratorium.

Toepassing van bèta-lactam-antibioticamonitoring

De laatste jaren verscheen er veel literatuur rond de "patient-based therapeutic drug monitoring" van bèta-lactam en andere antibiotica. Het laboratorium toxicologie van campus Sint-Jan heeft – dankzij de inspanningen van dr. apr. Daniëlle Borrey – ook een methode ter beschikking om de concentraties te bepalen van meropenem, ceftazidim, ceftriaxone, piperacilline en flucloxacilline. De bedoeling is om tot een optimale antibiotische behandeling te komen die is afgestemd op de individuele patiënt en rekening houdt met de patiëntgebonden parameters en de farmacokinetische en farmacodynamische eigenschappen van het antibioticum. Nationale en internationale richtlijnen blijven voorlopig echter uit, waardoor de bepaling nu vaak niet zinvol is. Voor de meeste producten zijn er ook nog geen referentiewaarden beschikbaar. De stabiliteit van deze antibiotica is zeer beperkt in serum, en een correcte afname op ijs en snelle verwerking van het staal zijn essentieel voor een correct resultaat. Daarom is de aanvraag van deze testen enkel mogelijk in overleg met de infectiologen en/of de microbiologen.

Moleculaire microbiologie

Update van respiratoire multiplex- en SOA-PCR-test

In de eerstelijnsdiagnostiek is er een gebruikstoename van de multiplex-PCR-test (Polymerase Chain Reaction) voor screening op respiratoire infecties en SOA. Een update van deze test zorgt voor enkele wijzigingen in de panels:

Respiratoir panel

De volgende versie van de microarray-kaart zal, naast de acht atypische bacteriën, twee fungi en negentien virussen, in het respiratoir panel ook *Streptococcus pneumoniae* en *Haemophilus influenza* opnemen als eerste typische bacteriële oorzaken van respiratoire infecties. Zo kan zelfs na de opstart van antibiotica nog steeds het causale agens aangetoond worden in geval van pneumonie ten gevolge van een pneumokok of een *H. influenzae*. In functie van de epidemiologie is de toevoeging van extra pathogenen in de toekomst mogelijk.

SOA-panel

In het SOA-panel worden sinds enige tijd specifieke mutaties opgespoord die gelinkt zijn aan de *in vivo* macrolideresistentie bij een *Mycoplasma genitalium* infectie. Binnenkort komen er een aantal parameters bij die uitermate belangrijk zijn bij de objectieve evaluatie van bacteriële vaginose (o.a. de DNA-detectie van *Gardnerella vaginalis* en *Atopobium vaginae*).

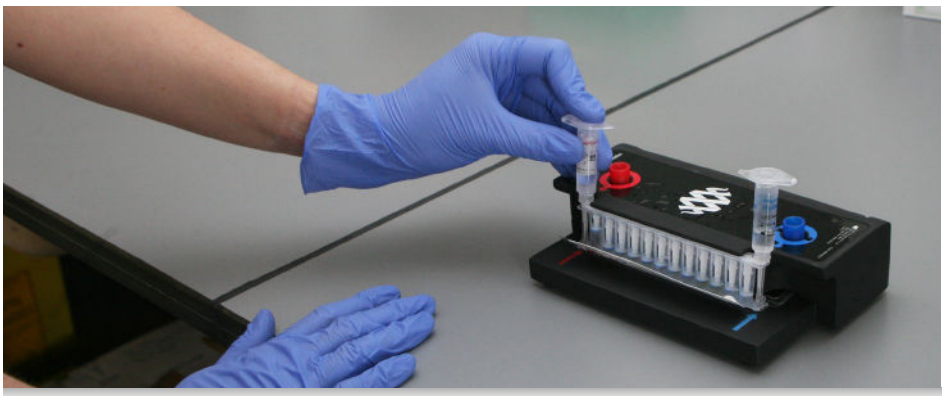
Carbapenemase-Producerende Enterobacteriën

Carbapenemase-Producerende Enterobacteriën (CPE) zoals *E. coli, Klebsiella* of *Enterobacter* zijn resistent tegen de carbapenem bèta-lactam-antibiotica, waaronder meropenem. Infecties door deze multiresistente bacteriën kunnen een ernstig verloop hebben omdat deze enkel nog met een combinatie van verschillende antibiotica behandeld kunnen worden. Deze bacteriën hebben zich momenteel al

wereldwijd verspreid. Tot op heden is de verspreiding in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV beperkt gebleven, dankzij snelle interventies van het team Ziekenhuisinfectiebeheersing, maar ook door de bevestiging van de resistentie bij de bacterie d.m.v. een moleculaire test. Vanuit het streven om de verspreiding in het ziekenhuis tegen te gaan, heeft het laboratorium moleculaire microbiologie van campus Sint-Jan een PCR-test ter beschikking die de genen kan opsporen die coderen voor de verschillende types van CPE: OXA-48, NDM, VIM, IMP en KPC.

Mycologie

MALDI-TOF massaspectrometer voor identificatie van filamenteuze fungi (in samenwerking met het WIV) Microscopie vormt de hoeksteen voor de identificatie van schimmels. Zowel commercieel als vanuit het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) zijn er initiatieven om deze identificatie ook met de MALDI-TOF massaspectrometer te kunnen uitvoeren. Deze geautomatiseerde massaspectrometer laat een snelle microbiële identificatie toe. Het staal wordt op een draagglaasje in een hoogvacuümomgeving gebracht en geïoniseerd met een precieze laserstoot. Een elektrische lading versnelt vervolgens de proteïnewolk die vrijkomt en de vliegsnelheid wordt geregistreerd: lichtere proteïnes vliegen sneller, zwaardere trager. Een sensor detecteert de proteïnes aan het einde van de vlucht. Dit resulteert in een spectrum dat de proteïnesamenstelling van het staal weergeeft. Vergelijking met een database van spectra die de precieze kenmerken van bacteriën en schimmels identificeren, leidt vervolgens tot bepalingen van de soort, het geslacht en de familie.
Het laboratorium microbiologie werkt nauw samen met het WIV om een databank van spectra aan te leggen teneinde deze techniek betrouwbaar te kunnen gebruiken. Op campus Sint-Jan voert het labo, in het kader van een validatie, een extractieprocedure uit op de schimmelkweek om die daarna op de MALDI-TOF te analyseren. Het stuurt deze data vervolgens door naar het WIV. Dit kan de bekomen spectra dan toevoegen aan zijn databank. Na een succesvolle validatie zou deze methode zich lenen tot toepassing in de dagelijkse routine van het laboratorium microbiologie. Dit zou vooral een significante tijdwinst kunnen opleveren voor de identificatie van moeilijk groeiende en weinig sporulerende schimmels.



De FilmArray-techniek kan aan de hand van een beperkt volume (200 µL) lumbaal vocht binnen het uur de veertien meest voorkomende pathogenen bij meningitis en encefalitis opsporen.

De (nabije) toekomst

Gastro-intestinale microarray-kaart op faeces
Na een lange periode van intensieve analytische validatie start weldra de klinische validatie van een nieuwe multiplexkaart, ontwikkeld door moleculair bioloog Patrick Descheemaeker en het team van moleculaire microbiologie. Daarmee kunnen zowel bacteriële, virale als parasitaire oorzakelijke kiemen van gastro-intestinale klachten opgespoord worden (zie tabel 1). Na een succesvolle technische en klinische validatie zal het mogelijk zijn om deze test ook routinematig aan te vragen, vermoedelijk tegen juli 2016.

BioFire FilmArray® Meningitis/Encephalitis Panel
Enkele maanden geleden werd een BioFire analyzer in gebruik genomen, die op basis van een FilmArray-techniek zeer snel en eenvoudig moleculaire testen kan uitvoeren. Deze techniek kan aan de hand van een beperkt volume (200 µL) lumbaal vocht binnen het uur de veertien meest voorkomende pathogenen bij meningitis en encefalitis opsporen (zie tabel 2). Snelheid, sensitiviteit en specificiteit met een beperkte arbeidsintensiteit zijn de grote voordelen van deze test. Een ander sterk pluspunt is het vermogen om bacteriële causale agentia te objectiveren ondanks het feit dat een antimicrobiële therapie in urgentiesetting reeds opgestart is. Nu worden de meeste pathogenen afzonderlijk getest waardoor er veel tijd verloren gaat en er vaak onvoldoende staalvolume is. De kostprijs van deze test bedraagt ca. 150 €, grotendeels terugbetaald door de mutualiteit. Deze test aanvragen is dus enkel mogelijk bij correcte klinische indicaties en zou vierentwintig uur per dag beschikbaar zijn.

Besluit

In een ziekenhuis geven snelle, accurate specificaties op microbiologisch niveau niet zelden de doorslag in de bepaling van een correcte behandeling en ze maken meer dan eens het verschil uit tussen leven en dood. Technologische innovaties en aangepaste protocollen verruimen de mogelijkheden zienderogen, maar net zo belangrijk is dat de behandelende artsen van deze mogelijkheden op de hoogte zijn. Bijgevolg gaat bijzondere aandacht uit naar de proactieve en constructieve samenwerking tussen de behandelende specialisten en de stafleden van de dienst Laboratoriumgeneeskunde.

Viraal	Bacterieel	Parasitair
Noro	*Clostridium difficile +toxines*	*Giardia lamblia*
Adeno	*Campylobacter jejuni*	*Cryptosporidium spp.*
Astro	*Campylobacter coli*	*Entamoeba histolytica & dispar*
Sapo	*Yersinia enterocolitica*	*Strongyloides stercoralis*
Rota	*Salmonella spp.*	*Dientamoeba fragilis*
HEV	*Shigella spp.*	*Blastocystis spp.*
Entero	*Pathogene E. coli (ETEC, EPEC, STEC, EIEC, EAEC)*	*Schistosoma mansoni/mekongi*

Tabel 1: Pathogenen in het gastro-intestinaal panel

Bacterieel	Viraal	Parasitair
Escherichia coli K1	Enterovirus	*Cryptococcus neoformans/gattii*
Haemophilus influenzae	Human parechovirus	
Listeria monocytogenes	Herpes simplex virus 1 (HSV-1)	
Neisseria meningitidis	Herpes simplex virus 2 (HSV-2)	
Streptococcus agalactiae	Varicella zoster virus (VZV)	
Streptococcus pneumoniae	Cytomegalovirus (CMV)	
	Human herpesvirus 6 (HHV-6)	

Tabel 2: Pathogenen in het meningitis/encefalitis panel

Bijkomende klinische en analytische informatie, o.a. de medische indicaties van alle laboratoriumtesten, is terug te vinden op www.azsintjan.be/labo/labogids

Multidisciplinaire aanpak van orthopedische en posttraumatische infecties

dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
& dr. Bert Vanmierlo
dienst Orthopedie
campus Sint-Jan

dr. Jens Van Praet
dienst Inwendige ziekten
campus Sint-Jan

Wereldwijd is er een groei in orthopedische activiteit, met o.a. een stijging van het aantal geplaatste heup- en knieprothesen. Daarnaast is er een problematiek van toenemende bacteriële resistentie tegen antibiotica. Bijgevolg loopt zowel het aantal chronische als moeilijk te behandelen postoperatieve infecties de laatste jaren op. Vandaar dat het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV in de benadering van infecties voor een grondige multidisciplinaire aanpak koos.

Maandelijks overleg

Postoperatieve wondinfecties komen voor in alle heelkundige disciplines. Ondanks tal van preventieve maatregelen varieert de incidentie van 1 tot 3%.[1] Bij ingrepen omwille van een uitgebreid trauma ligt dit percentage nog een stuk hoger. De orthopedische heelkunde gebruikt bovendien vaak lichaamsvreemd materiaal, zoals schroeven, platen en prothesen. Op de oppervlakte hiervan kunnen bacteriën een biofilm vormen: ze gaan aan elkaar en aan het materiaal kleven in een zelfgeproduceerde matrix die maakt dat antibiotica moeilijker penetreren en die de bacteriën beschermt tegen de reactie van het immuunsysteem. Om de infectie onder controle te brengen, is het dan ook soms nodig het vreemd materiaal te verwijderen.

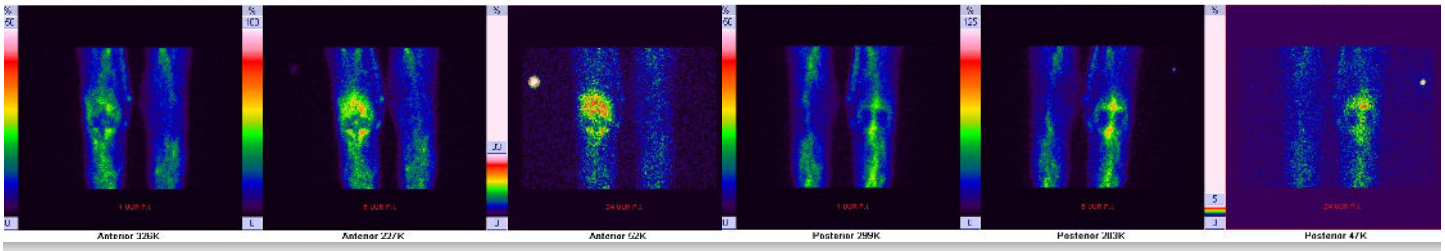
Sinds januari 2016 is er een maandelijks overlegmoment tussen de dienst Orthopedie en de afdeling Infectieziekten om complexe casussen te bespreken. Dit maakt het mogelijk chirurgische en infectiologische expertise te bundelen om zo de patiëntenzorg te optimaliseren. Er komt ook een intensieve samenwerking met de diensten Medische Microbiologie, Radiologie en Nucleaire Geneeskunde aan te pas.

Prothese-infecties

Prothese-infecties vormen om diverse redenen een klinische uitdaging. Hoewel de arts bij een acute prothese-infectie snel aan een infectie zal denken, presenteert een chronische infectie zich in zeer uiteenlopende vormen. Naast de klassieke beeldvorming zijn nucleaire scans en een analyse van het gewrichtsvocht belangrijke diagnostische tools. Soms zijn meerdere gewrichtspuncties nodig om de diagnose te bevestigen: de meeste verwekkers van prothese-infecties zijn immers ook te vinden in de residuele huidflora. De aanwezigheid van telkens dezelfde bacterie in het gewrichtsvocht vormt een indicatie dat het om

Deze artsen van de dienst Orthopedie en de afdeling Infectieziekten nemen deel aan het maandelijks overleg: v.l.n.r. dr. Maxence Vandekerckhove, dr. Bruno Vandekerckhove, dr. Stefaan Vandecasteele, dr. Pieter-Jan Vandekerckhove, dr. Jens Van Praet en dr. Barbara Verstraete. Dr. Bert Vanmierlo staat niet op de foto.

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



Deze leukocytenscan van dr. Kristoff Muylle illustreert een prothese-infectie aan de knie.

een infectie gaat. Ook het aantal witte bloedcellen in het gewrichtsvocht is van belang. De evolutie hiervan in de tijd moet steeds geïnterpreteerd worden in functie van de plaatsingsdatum van de prothese, aangezien het plaatsen van een gewrichtsprothese altijd een inflammatoire reactie van het synovium uitlokt. Bij casussen waar de diagnose toch nog onzeker is, vullen gespecialiseerde nucleaire scans – zoals een botscan, PET-CT of leukocytenscan – de klassieke radiologische beeldvorming aan (zie figuur).

Ook de behandeling van prothese-infecties kan complex zijn. Bij acute infecties (< 6 maanden) met weinig schade aan de weke delen zal geopteerd worden voor een open spoeling, al dan niet met polyethyleenwissel, gevolgd door langdurige antibioticatherapie. Indien de patiënt hiervoor niet in aanmerking komt, wordt een uitgebreide suppressietherapie opgestart of een wissel van de prothese uitgevoerd. Dit houdt een tijdelijke vervanging van de prothese door een spacer in, met de bedoeling ook de biofilm te verwijderen. Voldoende tijd laten tussen de eerste en de tweede ingreep biedt de mogelijkheid om de onderliggende osteomyelitis adequaat te behandelen met antibioticatherapie.

Posttraumatische infecties

Bij uitgebreide open trauma's is de chirurg bedacht op het grote infectierisico. Vaak plaatst deze dan een uitwendige fixatie om de stabiliteit van het lidmaat te verzekeren. In de eerste plaats gaat de aandacht uit naar het herstel van vaat- en zenuwschade. Blootliggende diepe structuren bedekken met weke delen is van cruciaal belang voor de heling en geeft antibiotica de mogelijkheid om een infectie in de diepte te behandelen. De antibiotica zijn dan ook pas na de plastische ingreep optimaal effectief. Als er geen tekenen van infectie meer zijn, kan het osteosynthesemateriaal geïnternaliseerd worden.

Sinds januari 2016 is er een maandelijks overlegmoment tussen de dienst Orthopedie en de afdeling Infectieziekten om complexe casussen te bespreken.

Wanneer een inwendige osteosynthese geïnfecteerd blijkt, is verwijdering van het materiaal de enige definitieve oplossing. Bij een niet-geconsolideerde fractuur is dit echter niet mogelijk, en wordt een spoeling van het materiaal uitgevoerd, met het opstarten van antibiotherapie en aanhouden daarvan tot er een volledige consolidatie is. Treedt er nadien een recidief op, dan is verwijdering van het materiaal alsnog nodig.

Teamwork

Indien nodig betrekken de specialisten van de dienst Orthopedie ook andere chirurgen bij het maandelijkse interdisciplinaire overlegmoment. Tijdens dit overleg bespreken de specialisten het behandelingsplan van de patiënten. De samenwerking vertaalt zich verder in een nauwgezette opvolging van de opgenomen patiënten door beide disciplines via een consultfunctie en in parallelle consultaties van ambulante patiënten op de poliklinieken orthopedie en infectieziekten.

Toekomst

De samenwerking met betrekking tot de septische orthopedie verloopt open en vlot en laat een beleid op maat van de individuele patiënt toe. De aanwezigheid van dr. Bert Vanmierlo, die zich als plastisch chirurg toelegt op wekedelentransfer, laat toe om specifieke problemen nog performanter aan te pakken. De introductie van hybride procedures (combinatie van orthopedische ingreep met reconstructieve actie in dezelfde behandelingsstreek) is hierin een grote stap voorwaarts en is vandaag een essentieel element in het concept van de 'limb-saving surgery'. Verder hoopt het multidisciplinaire septische orthopedieteam complexe infecties in de toekomst te behandelen op een afzonderlijke gespecialiseerde verpleegeenheid en koestert het de ambitie de overlegmomenten te kunnen openstellen voor externe artsen om casussen voor te leggen aan een omvangrijk team.

Referentie

1. Peersman, G., Laskin, R., Davis, J., Peterson, M. (2001). Infection in total knee replacement: a retrospective review of 6489 total knee replacements. Clin Orthop Relat Res, (392): 15-23.

Nieuwe **artsen**

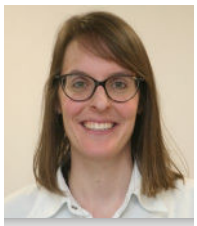
az sint-jan
brugge - oostende av

Dr. YERMA **COPPENS**
Geriater

Campus Sint-Jan
dienst Geriatrie

t: 050 45 31 60
e: geriatrie.secretariaat@azsintjan.be

Dr. Yerma Coppens werkt sinds januari 2015 op de dienst Geriatrie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Ze studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en nadien interne geneeskunde aan de KU Leuven, waarvan een jaar in Zuid-Afrika. Ze volgde de opleiding tropische geneeskunde en werkte voor het tropisch instituut in Rwanda. Na het afstuderen als geriater in 2008 werkte ze achtereenvolgens in het AZ Nikolaas en AZ Sint-Lucas te Gent, waar ze steeds nauw betrokken was bij het uitbouwen van het zorgprogramma geriatrie, met de nadruk op de implementatie van de 'comprehensive geriatric assessment' en de uitbouw van het geriatrisch dagziekenhuis. Dr. Coppens was er actief in verschillende projecten rond ouderenzorg zoals oncogeriatrie, zorginfecties en transmurale zorg. Ze was ook medisch directeur bij WZC groep De Foyer. Binnen campus Sint-Jan participeert ze in alle onderdelen van het geriatrisch zorgprogramma: hospitalisatie, dagziekenhuis, consultatie, interne en externe liaison, en het centrum voor cognitieve stoornissen. Dr. Coppens is geboeid door de multidisciplinaire zorgorganisatie rond fraile ouderen en kwaliteitsverbetering. Ze wil graag de interdisciplinaire samenwerking rond ouderen binnen campus Sint-Jan mee uitbouwen en mee garant staan voor de continuïteit van zorg naar de thuiszorg en WZC's toe. Ten slotte is ze een actief lid van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie.



Dr. SARAH **DESEYNE**
Pneumoloog

Campus Sint-Jan
dienst Pneumologie

t: 050 45 26 60
e: pneumologie@azsintjan.be

Op 1 september 2015 werd dr. Sarah Deseyne aangenomen als tijdelijk aangesteld geneesheer op de dienst Pneumologie van campus Sint-Jan. Dr. Deseyne vervolmaakte haar opleiding tot arts-specialist in de Pneumologie aan de Universiteit Gent. Nadien was ze werkzaam als staflid op de dienst Longziekten in het AZ Jan Palfijn te Gent. Dr. Deseyne volgde een bijkomende opleiding in de somnologie, in het bijzonder wat de diagnose en behandeling van slaapgerelateerde obstructieve ademhalingsstoornissen betreft. Daarnaast heeft ze een specifieke belangstelling voor interstitieel longlijden.

Dr. HELENA **DEVOS**
Klinisch bioloog

Campus Sint-Jan
dienst Laboratoriumgeneeskunde

t: 050 45 99 00
e: laboratorium.secretariaat@azsintjan.be

In november 2015 werd dr. Helena Devos aangesteld als geneesheer-specialist op de dienst Laboratoriumgeneeskunde van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV (campus Sint-Jan). Dr. Devos is afkomstig uit Hertsberge en volgde haar humanioraopleiding Grieks-Wiskunde aan het Sint-Lodewijkscollege te Brugge. Haar diploma geneeskunde behaalde ze in 2005 aan de Universiteit Gent. Tijdens haar opleiding tot klinisch bioloog liep dr. Devos stage in het UZA te Edegem en GZA te Antwerpen. Daarnaast behaalde ze in 2009 een postgraduaat in de menselijke genetica. Vanaf 2011 deed dr. Helena Devos gedurende twee jaar onderzoek naar de genetische factoren van myeloïde hematologische maligniteiten aan de Universiteit Antwerpen. In het laboratorium van campus Sint-Jan is dr. Devos verantwoordelijk voor de collectieafdeling van de stamcelbank en staat ze in voor de moleculaire diagnostiek van maligne hematologische aandoeningen.

Dr. SOPHIE **MUYLDERMANS**
Pneumoloog

Campus Sint-Jan
dienst Pneumologie

t: 050 45 26 60
e: pneumologie@azsintjan.be

Dr. Sophie Muyldermans is sinds augustus 2013 werkzaam op de dienst Pneumologie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV (campus Sint-Jan) als tijdelijk aangenomen geneesheer-specialist. In januari 2016 werd zij definitief aangesteld als pneumoloog. Ze behaalde haar diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2007. Vervolgens volbracht zij een opleiding in de pneumologie in het UZ Leuven met stageplaatsen in het Imeldaziekenhuis te Bonheiden en het Jessaziekenhuis te Hasselt. Tijdens haar opleiding volgde zij een specialisatie in slaapgebonden ademhalingsstoornissen en niet-invasieve thuisbeademing. Ze zal zich dan ook verder toeleggen op het uitbouwen van deze deelspecialismen op campus Sint-Jan.

Nieuwe **artsen**

az sint-jan
brugge - oostende av

Dr. MARIT **SIJMONS**
Neonatoloog

Campus Sint-Jan
dienst Neonatale Intensieve Zorgen

t: 050 45 27 70
e: neonataalsecretariaat@azsintjan.be

In 2008 behaalde dr. Marit Sijmons haar diploma van arts aan de Universiteit Gent. Daarna specialiseerde ze zich in de kindergeneeskunde aan het UZ Gent. Tijdens deze opleiding werkte ze in het UZ Gent, het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en het Koningin Paola Kinderziekenhuis te Antwerpen. Het laatste jaar van haar opleiding tot kinderarts bracht ze door in het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam (Erasmus MC), waar ze zich verdiepte in de pediatrische intensieve zorgen onder leiding van prof. dr. Dick Tibboel en de neonatologie onder leiding van prof. dr. Irwin Reiss. In 2013 werd dr. Sijmons erkend als specialist in de kindergeneeskunde. Aansluitend vervolledigde ze haar opleiding tot neonatoloog met een fellowship van een jaar, tevens in het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. Tijdens dit fellowship ging haar bijzondere interesse uit naar de transfontanellaire echografie van de pasgeborene en werkte ze mee aan een onderzoek aangaande de preventie en behandeling van necrotiserende enterocolitis bij very-low-birth-weight infants. Sinds 1 september 2014 is dr. Marit Sijmons in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV werkzaam als kinderarts-neonatoloog. Zij vervoegt er het team Neonatologie, dat intensieve zorgen verstrekt ten aanzien van alle zieke en premature pasgeborenen uit de provincie West-Vlaanderen.

Dr. LIESELOTTE **WILLAERT**
Psychiater

Campus Sint-Jan
dienst Psychiatrie-Psychosomatiek

t: 050 45 23 90
e: psychiatrie@azsintjan.be

Dr. Lieselotte Willaert is afkomstig uit het West-Vlaamse Diksmuide. Met onderscheiding behaalde zij haar diploma geneeskunde en vervolgens haar master in de psychiatrie bij volwassenen aan de Universiteit Gent. Daar volgde ze eveneens gedurende drie jaar een opleiding systeemtherapie. Dr. Willaert schreef een masterproef over irreversibele MAO-inhibitoren. Ze legt zich toe op stemmingsstoornissen maar heeft ook een bijzondere interesse in ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen. In Den Haag volgde zij een specialisatiejaar in het Europese referentiecentrum voor ADHD bij volwassenen. In het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV startte dr. Lieselotte Willaert in januari 2016 als tijdelijk aangenomen specialist met de uitbouw van een polikliniek voor ontwikkelingsstoornissen voor volwassenen met (een vermoeden van) ADHD of autisme. Momenteel is ze hoofdzakelijk actief op de afdeling Ouderenpsychiatrie en in het Centrum voor Cognitieve Stoornissen.

Ecce homo

Tijdens de eerste twee weken van maart 2016 nam dr. Patrick Martens, werkzaam op de dienst Anesthesie van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV, deel aan een kinderorthopediezending in Bonoua, Ivoorkust.[1] Het merendeel van de ingrepen bestond uit de correctie van klompvoeten en ernstige X- en O-benen, waarbij naast een algemene anesthesie ook een caudaal blok toegepast werd.

Tussendoor werd aan het team ook een 16-jarige adolescent met extreme idiopathische scoliose voorgesteld. De middelen voor chirurgische correctie/stabilisatie noch voor postoperatieve nazorg bleken ter beschikking te zijn. Het Don Orione-centrum wordt in die regio nochtans beschouwd als de referentie voor kinderorthopedie. De aanwezigheid van een Belgisch-Nederlands vrijwilligersteam had in dit geval de verwachting alleen maar tevergeefs verhoogd.

Dit is een concreet voorbeeld van de 'inverse care'-wet die stelt dat de beschikbare heelkundige zorg wereldwijd omgekeerd evenredig is met de eigenlijke nood eraan. Naar schatting ontvangt het armste derde van de wereldbevolking slechts 3,5% van het totaal aantal chirurgische interventies. Naar alle waarschijnlijkheid beschikt Afrika over amper 1% van het aantal chirurgen in de Verenigde Staten.[2]

Referenties

1. www.kadouniadia.nl
2. Ozgediz, D., Riviello, R. (2008). The "other" neglected diseases in global public health: surgical conditions in Sub-Saharan Africa. PLOS Medicine 5(6), e121.

JUL
27

Werelddag Hoofd- en Halskanker

Woensdag 27/07/2016 – Aula, OCMW, Ruddershove 4, 8000 Brugge

Naar aanleiding van de Werelddag Hoofd- en Halskanker op 27 juli nodigt het Brugs Oncologisch Hoofd-Hals Centrum in de namiddag alle huidige en voormalige patiënten, familie of vrienden en geïnteresseerden uit op een ontmoetingsmoment in de Aula van het OCMW-gebouw recht tegenover campus Sint-Jan. In de voormiddag trekt een infostand met postersessie de aandacht in de centrale inkomhal van het ziekenhuis.

Meer info: caroline.vandenbruaene@azsintjan.be

OKT
01

Gynaecologisch Oncologisch Symposium: "New Frontiers in Gynaecological Cancer Management"

Zaterdag 01/10/2016 – Concertgebouw, 't Zand 34, 8000 Brugge

Verschillende internationale sprekers geven hun visie op de nieuwe ontwikkelingen in gynaecologische oncologie.

Programma, inschrijving en meer info: sylvie.roelandts@azsintjan.be

Navorming door Orthoclinic Brugge

Vanaf 2016 organiseert Orthoclinic Brugge op jaarlijkse basis bijscholingen voor huisartsen.

Datum	Thema	Locatie
Ma 27/06/2016	Infiltratietechnieken	AZ Sint-Jan-Brugge-Oostende AV
Do 15/09/2016	Klinisch onderzoek: bovenste lidmaat	AZ Sint-Lucas Brugge
Wo12/10/2016	Symposium Orthoclinic	Hogeschool VIVES
Do 24/11/2016	Gips-initiatie	AZ Sint-Jan-Brugge-Oostende AV
Do 16/02/2017	Klinisch onderzoek: onderste lidmaat / axiaal skelet	AZ Sint-Lucas Brugge

Inschrijving en meer info: orthopediesecretariaat.brugge@azsintjan.be of info@orthoclinic.be

'Stool & The Gang' campagne roept op tot deelname aan iFOBT-test

De vaststelling van dikkedarmkanker in een vroeg stadium zorgt voor stijgende overlevingskansen en kan jaarlijks ongeveer 400 sterfgevallen voorkomen. Daarom wil 'Stool & The Gang', de nieuwe campagne van vzw Blue Movement Vlaanderen, de iFOBT-test blijven promoten als een belangrijk instrument in de vroegtijdige opsporing van darmkanker. In september 2016 gebeurt dit aan de hand van verschillende acties: infostanden in de inkomhal van campus Sint-Jan, posters en toiletstickers, verschillende voordrachten over darmkanker en een ludieke monoloog van 'Molviene' die 'haar ervaringen met darmkanker' beschrijft. Een opblaasbare darm doet bovendien de ronde langsheen diverse Brugse locaties om de aandacht te vestigen op de campagne en ook via de sociale media wordt een oproep gelanceerd.

Volgt u ons al op LinkedIn?
www.linkedin.com/company/az-sint-jan-brugge-oostende-av

De **online labogids**, een rijke bron aan informatie

In de online labogids publiceert de dienst Laboratoriumgeneeskunde van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV heel wat nuttige informatie voor de klinische praktijk. In deze gids vindt u uitleg over de verschillende laboratoriumtesten en hun medische indicaties, de gebruikte analytische technieken, de specifieke afname- en transportinstructies, de frequentie van uitvoering en antwoordtijd, de RIZIV-nomenclatuur, de verantwoordelijke klinisch biologen en hun contactgegevens, procedures voor adequate bloed- en urineafnames, klinische studies, informatie- en nieuwsbrieven, enz. Er is een alfabetisch overzicht van alle testen alsook een zoekfunctie om vlot te navigeren. Verder is er een online klachtenmeldpunt voorzien.

U kunt de labogids raadplegen via **www.azsintjan.be/labo/labogids**

az sint-jan
brugge - oostende av