azlink

Pulse voor de medische praktijk

Nº 38
Editie september 2018
www.azlink.be

Om zorgverlening met reële meerwaarde te realiseren steunt de dienst Oogziekten op doorgedreven subspecialisatie

az sint-jan
brugge - oostende av

Editie september 2018

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: prof. dr. Hugo Vereecke
dr. Olivier Deryck
dr. Catherine Dick
prof. dr. Michel Langlois
dr. Anne Loccufier
dr. Hans Rigauts
dr. Sarah Roels
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Suzy Van Erum
Anne-Mie Vansteelant
Evelyn Verhelle

Werkten mee aan dit nummer
Sven Deblieck
dr. Bart Lafaut
dr. Greet Pauwels
dr. Maxence Vandekerckhove
dr. Jan Vanlommel
dr. Marieke Waignein
dr. Barbara Willandt

Lisa Buyse
Elke De Geeter
Anja Proksch
Anne-Mie Vansteelant
Evelyn Verhelle
Miche Walraet

Fotografie
Els Janssens
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
Living Stone nv - www.livingstone.eu

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

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

INHOUD

Voorwoord 3

Dienst Oogziekten: toegankelijke, hoogkwalitatieve, **subspecialistische zorg** 4-7
dr. Bart Lafaut

Nieuwe behandelingen in **inflammatoire darmziekten** 8-10
dr. Barbara Willandt

De jonge patiënt met heupklachten: evolutie naar **heupsparende chirurgie** 11-13
dr. Jan Vanlommel & dr. Maxence Vandekerckhove

Jong-leren met nieuwe doelgroep 14-15
dr. Marieke Waignein en Sven Deblieck

Plasraadpleging voor kinderen 16-18
dr. Greet Pauwels

Nieuwe artsen in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV 19

Educatief programma 20

Copyright © 2018 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

VOORWOORD

Hans Rigauts

algemeen directeur

Hoe gaan we vandaag om met de zorg voor onze patiënten. Een vraag die we onszelf misschien te weinig stellen. Uiteraard zijn u en ik ervan overtuigd dat we alles in het werk stellen om onze patiënten de best mogelijke zorg te verlenen: gaande van anamnese en klinisch onderzoek tot de meest geavanceerde technologische hulpmiddelen in de diagnostiek. We stellen de best mogelijke therapie in, ook hier met alle mogelijke methoden en middelen die ons ter beschikking staan. Maar staan we er wel eens bij stil wat deze plethora aan onderzoeken en therapieën voor de patiënt betekent, rekening houdend met een realistische inschatting van kans op slagen, prognose en vooral levenskwaliteit. We zien als arts de diagnose en vertalen dit naar een therapie, maar die diagnose en therapie zijn verbonden met een patiënt. De hoge mate van techniciteit die we ter beschikking hebben, de digitalisering met onbegrensde mogelijkheden en de snel groeiende wetenschappelijke nieuwe inzichten maken ons als arts soms misschien blind voor het menselijke achter dit alles.

Alle digitale middelen die we ter beschikking hebben, creëren een afstand tussen het ziektebeeld en de patiënt die dit ziektebeeld vertoont. Dit dreigt ons te beïnvloeden. We zijn hierdoor te veel bezig met methodes, procedures, statistische inschattingen en mogelijke outcome en de patiënt als mens - die dit alles ondergaat – geraakt daarbij op de achtergrond.

Een zekere afstand tussen arts en patiënt is uiteraard belangrijk, anders hou je het als zorgverstrekker niet vol. Wanneer je zelf te diep betrokken raakt in het persoonlijke ervaringsproces van de patiënt, dreigt dit je eigen welzijn te ondermijnen. Je kan en mag niet alle miserie op de eigen schouders nemen. Dat hou je niet vol. Legio zijn ondertussen de verhalen van artsen die eronderdoor gaan, deels door de hoge werkdruk, deels door het hoge verwachtingspatroon van maatschappij en patiënt, maar misschien deels ook door een te hoge betrokkenheid. Een gezond evenwicht tussen betrokkenheid en beroepsmatige afstand is daarbij de uitdaging, maar te weinig betrokkenheid of een te grote afstand is evenmin te verkiezen. Een concreet voorbeeld heeft me ertoe gebracht dit onder de aandacht te brengen.

Een patiënt wordt met een eerder banale diagnose in het ziekenhuis opgenomen. Het bloedonderzoek dat standaard wordt afgenomen geeft enkele knipperlichten, waarna een batterij van gedetailleerde testen volgt. De diagnose valt als een zwaard van Damocles op het hoofd van de patiënt en diens familie: een prognose van enkele maanden tot maximaal een jaar levensverwachting. Er volgt een reeks bijkomende genetische testen, een therapie en inclusie in een wetenschappelijke studie in de hoop de prognose zo mogelijk iets te verlengen. De eerste resultaten van de voor de patiënt moeilijk te verdragen therapie zijn teleurstellend. De uitslag van het genetisch onderzoek is nefast. Er wordt even geaarzeld om de therapie verder te zetten, de patiënt uit de studie te halen, maar men beslist dan toch om verder te gaan met maandelijkse kuren van zwaar belastende therapie. Ondertussen zie je de patiënt, die bij de opname zeer lucide en energiek was, alsmaar verder wegkwijnen. Voor familie en naasten is dit proces moeilijk te verwerken. Staan we er bovendien bij stil wat dit voor de patiënt betekent? Hoe ga je om met de notie dat alles wat er nu gebeurt sowieso geen oplossing biedt en de nefaste outcome onafwendbaar is? Je weet alleen niet wanneer. In het beste geval verlengt de zware therapie de levensverwachting, maar een levensverwachting met welke kwaliteit? Indien je elke maand zo zwaar ziek bent van de therapie dat dit nauwelijks draagbaar is, waarom gaan we er dan mee door?

Ik besef maar al te goed dat dit een moeilijk op te lossen vraagstuk is met menselijke, ethische en soms ook etherische componenten. Er bestaat altijd die kleine procentuele kans - zoals we leren uit de wetenschappelijke studies - dat het tij toch keert, dat er misschien toch beterschap komt. Het is ook menselijk dat we ons aan die strohalm vastklampen, maar een strohalm is per definitie zwak en breekbaar. Zeker wanneer de strohalm na een tijdje uitgedroogd is. Je eraan vastklampen geeft geen houvast, maar leidt tot kruimels die uiteindelijk door je vingers glippen. De uitputtende energie die je verbruikte aan het vastklampen werd misschien beter ingezet in de omarming van een korenbussel die de vruchten draagt van een rijk leven dat zich in schoonheid kan verderzetten met, en uiteindelijk via je naasten.

Veel leesgenot

Hans Rigauts
Algemeen directeur

Dienst Oogziekten: toegankelijke, hoogkwalitatieve, **subspecialistische zorg**

dr. Bart Lafaut // *dienst Oogziekten, campus Sint-Jan*

De ambitie van de dienst Oogziekten op campus Sint-Jan is een zinvolle dienstverlening met een daadwerkelijke meerwaarde realiseren binnen een snel veranderend medisch landschap. De sleutel daartoe ziet de dienst in een doorgedreven subspecialisatie met een sterke ondersteuning vanuit het multidisciplinaire kader dat een groot ziekenhuis kan bieden.

EXPERTISE ACCUMULEREN

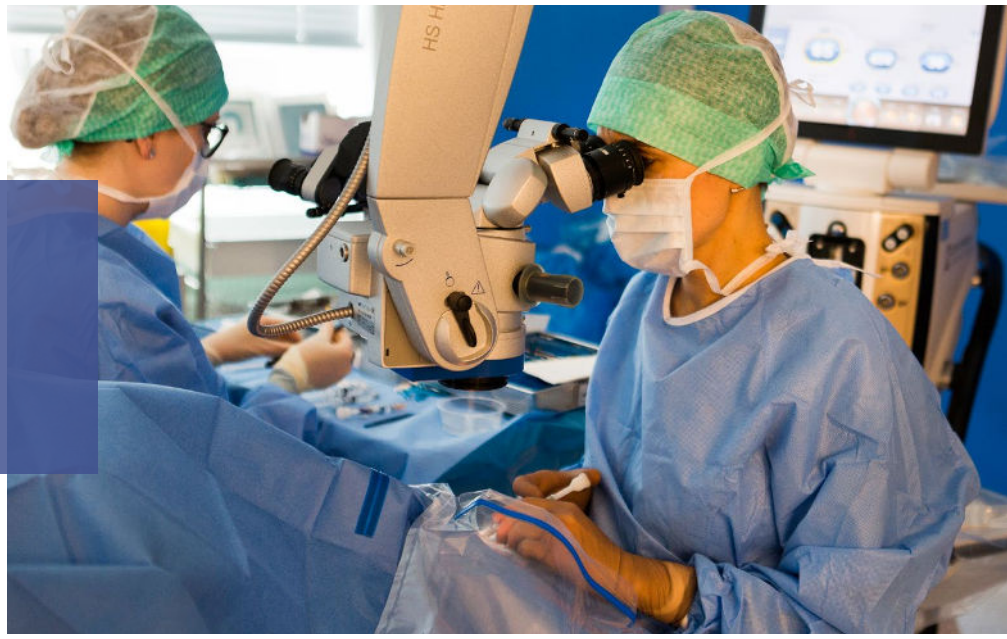
Nu een hertekening van het ziekenhuislandschap zich aandient en steeds meer privépraktijken in een patiëntvriendelijke formule ambulante oogchirurgie aanbieden, zoekt de dienst Oogziekten op campus Sint-Jan zijn kracht in een toegankelijke, continue, hoogkwalitatieve subspecialistische zorg. Om toegevoegde waarde te kunnen aanbieden, legt elk van de zes voltijdse stafleden zich binnen de beheersing van de algemene oftalmologie toe op een deelgebied van de oogheelkunde. Via hechte samenwerking en vlotte onderlinge doorverwijzing accumuleren ze deze expertise. Patiënten weten dit te waarderen en het helpt om sneller meer diepgang te bereiken bij zeldzamere of complexere problematiek. Ook de goede contacten met de andere diensten binnen het ziekenhuis dragen hiertoe bij. In West-, Oost- en Zeeuws-Vlaanderen wist de dienst alvast een stevige reputatie op te bouwen. De artsen kennen weliswaar hun grenzen: dankzij de goede relaties met universiteiten en gespecialiseerde centra zullen ze niet aarzelen om zeldzame casussen verder door te verwijzen.

De technologie voor een oftalmologisch basisonderzoek, de biomicroscopie en de indirecte oftalmoscopie, is sinds de jaren 50 niet wezenlijk veranderd.

EFFICIËNTER EN MINDER INVASIEF

De algemene tendensen binnen de oftalmologie zijn stijgende efficiëntie en dalende invasiviteit. De technologie voor het basisonderzoek, de biomicroscopie en de indirecte oftalmoscopie, is sinds de jaren 50 niet wezenlijk veranderd. De optische coherentietomografie (OCT) en de fluoro-angiografie zijn wel belangrijke recentere evoluties, die nieuwe inzichten en verfijnde diagnostiek mogelijk maken. Wat de behandeling zelf betreft, is het motto steeds preciezer, fijner en gerichter werken. Steeds

Voor courante operaties zoals ooglidchirurgie ligt de focus op een steeds patiëntvriendelijkere setting. Sinds 2017 beschikken de oftalmologen hiervoor over een gloednieuw O.K. op de polikliniek.



De verhuis van reguliere facoemulisificatie-ingrepen naar de polikliniek creëerde extra capaciteit in het hoofd-O.K., wat zich vertaalt in een gestage toename van het aandeel moeilijkere cataracten.

Stijgende efficiëntie en dalende invasiviteit zijn de algemene tendensen binnen de oftalmologie

kleinere tunnelincisies voor cataractchirurgie en inmiddels 27 gauge trocars voor electieve vitreoretinale chirurgie zorgen voor incisies die zelfs geen hechting meer vereisen. Dit resulteert in een sneller herstel en betere resultaten. Veel patiënten kunnen de dag zelf al naar huis of ze verblijven hoogstens een nacht op de verpleegafdeling.

NIEUWE TECHNIEKEN BEHEERSEN

Voor zowel courante operaties zoals cataract- en ooglidchirurgie als voor medische retinaprocedures ligt de focus op een steeds patiëntvriendelijkere setting. Hiertoe beschikken de artsen sinds 2017 deeltijds over een nieuwe O.K.-faciliteit op de in 2013 gerenoveerde polikliniek. Zo kunnen ze in het hoofd-O.K. plaats maken voor wat er thuishoort, met name de vitreoretinale en de glaucoomchirurgie, maar ook cornea- en orbitachirurgie. Om de laatste lamellaire corneatransplantatietechnieken te kunnen toepassen, is in nieuwe infrastructuur geïnvesteerd. Er blijft natuurlijk ook nood aan de mogelijkheid tot toediening van anesthesie voor complexe cataracten, al dan niet met vitreoretinale benadering in stand-by. Deze capaciteit geeft op zich al meerwaarde en vertaalt zich in een gestage toename van het aandeel moeilijkere cataracten.

Bij cataractchirurgie zorgen steeds kleinere tunnelincisies ervoor dat er zelfs geen hechting meer vereist is, wat resulteert in een sneller herstel en betere resultaten.

LAMELLAIRE TRANSPLANTATIE

Met de aanwerving van dr. Sophie De Craene werpt campus Sint-Jan zich op als pionier in West-Vlaanderen voor de toepassing van de nieuwste transplantatietechnieken. De uitbouw van deze activiteit geniet actueel prioritaire aandacht. Aan het Hôpital Quinze-Vingts in Parijs bij prof. Vincent Borderie, zelf gespecialiseerd in infectieuze pathologie, specialiseerde dr. De Craene zich in voorsegmentpathologie en in het bijzonder in de cornea.
Voor cornea-ulcussen, een minder frequente pathologie, kan zij in samenwerking met het laboratorium en de ziekenhuisapotheek een optimale behandeling voorzien. Treedt er littekenvorming op na zo'n infectieuze pathologie of na trauma of wordt bij een patiënt dystrofie vastgesteld, dan neemt zij de corneatransplantatie voor haar rekening. Daarin volgt zij de nieuwste technieken op de voet: de penetrerende keratoplastie ruimde recent plaats voor overwegend lamellaire transplantaties. Naast snellere recuperatie en genezing verlaagt dit het risico op afstoting van de endotheellaag zelfs van 8-20% naar 1-3%. Verder behandelt dr. De Craene in samenwerking met de dienst Hematologie graft-versus-host disease. Bij patiënten die een ernstige droge ogenpathologie ontwikkelen, superviseert zij de lokale behandeling met ciclosporinedruppels. Is er sprake van verdunningen, zwakke zones of slecht genezende wondjes, dan gaat ze over tot een transplantatie van amnionmembraan en laat ze autoloog serumoogdruppels bereiden.

Trabeculectomie is sinds de jaren 80 de standaard ingreep voor glaucoom dat onvoldoende reageert op de basisbehandeling met oogdruppels of laser.

Om toegevoegde waarde te bieden, leggen de stafleden zich elk toe op een deelgebied van de oogheelkunde

GLAUCOOM BETEUGELEN

De glaucoomkliniek ligt in handen van dr. Sara Van de Veire, die hiervoor opleiding volgde aan de Universteitskliniek voor Oogheelkunde in Maastricht. Zo'n 90% van haar patiënten kampt met deze problematiek. Zij begeleidt het volledige parcours, van de basisbehandeling met diverse oogdruppeltjes over laserbehandeling tot chirurgische ingrepen, en voorziet een vier- tot zesmaandelijkse opvolging bij chronische patiënten. Wekelijks voert dr. Van de Veire een drietal trabeculectomieën uit, de standaard glaucoomingreep sinds de jaren 80. Ze verdiept zich ook steeds meer in vergevorderde glaucoomcasussen. Zo behoort zij tot het vijftiental specialisten in Vlaanderen die Baerveldt-tubes plaatsen en verkent zij sinds een vijftal jaar de voordelen van de plaatsing van stents. Deze veelbelovende techniek is minder invasief, kan onder lokale verdoving en vraagt ten opzichte van trabeculectomie minder postoperatieve controles. Toch ligt het aantal nacorrecties ligt nog vrij hoog. Bovenal pleit dr. Van de Veire voor bewustmaking van patiënten en screening vanaf veertigjarige leeftijd om deze sluipende ouderdomsziekte tijdig te beteugelen of zelfs te voorkomen.

TRAANWEGSTENOSERING ENDOSCOPISCH OPGELOST

Dr. Sylvie Vandelanotte ontfermt zich over de ziekten van de oogleden, de orbita en de traanwegen. Zij leerde de kneepjes van het vak in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam en onderscheidt zich bij uitstek in de toepassing van endonasale dacryocystorhinostomie, een endoscopisch alternatief voor de klassieke dacryocystorhinostomie via een incisie in de neus. Ze voert deze techniek uit in een samenwerking met de dienst Neus-, Keel- en Oorziekten en krijgt hiervoor verwijzingen vanuit heel Vlaanderen. De techniek verkort zowel de operatie- als de recuperatietijd en gaat met minder oedeem gepaard. In een formele samenwerking met de dienst Endocrinologie beheert dr. Vandelanotte bovendien het oftalmologische luik van de Graves-kliniek. Deze auto-immuunziekte vraagt een accurate diagnosestelling, intensieve medicinale behandeling en randbegeleiding. Functionele ooglidcorrecties, inclusief botoxbehandeling voor oogspierspasmen, neemt zij ook op zich.

24/7 OPVANG VITREORETINALE URGENTIES

Als voortrekker in de vitreoretinale heelkunde, groeide de dienst Oogziekten sinds 2004 uit tot een referentiecentrum voor ruim West-Vlaanderen. Sinds 2012 verzekert een permanentieregeling de opvang van urgenties zoals netvlieslosslating, endoftalmitis of oogtrauma. Deze dienstverlening, opgestart door dr. Bart Lafaut, nam dr. Rudolf Reyniers grotendeels over. Zijn ervaring als microchirurg deed hij op in het Oogziekenhuis Rotterdam en tijdens een fellowship vitreoretinale heelkunde. Ook electieve heelkunde, voornamelijk maculapuckers, maculagaatjes en glasvochtbloedingen, behoort tot zijn domein, net als de laserbehandeling van neonaten waarbij retinopathie wordt vastgesteld. Dit gebeurt op indicatie van dr. Patricia Delbeke. Tot de gecorrigeerde leeftijd van 40 weken zorgt deze consulente vanuit het UZ Gent voor de tweewekelijkse screening van premature baby's op de gereputeerde neonatale intensieve zorgeneenheid van campus Sint-Jan. Ten gevolge van de extra zuurstoftoevoer bij vroeggeboorte lopen neonaten namelijk een verhoogd risico op neovascularisatie en bijgevolg netvlieslosslating. Recente medewerking aan de multicenter fase III RAINBOW-studie wees uit dat anti-VEGF (Vasculaire Endotiheliale Groeifactor) voor de juiste indicaties een goed of beter behandelingsalternatief kan bieden. In afwachting van het moment waarop dit effectief ter beschikking komt, is er een 'compassionate use'-programma onderhandeld ten behoeve van de neonatale kliniek.

EFFICIËNTE FLOW MEDISCHE RETINAKLINIEK

Binnen de medische retinakliniek behandelen dr. Anne Dewachter en dr. Bart Lafaut hoofdzakelijk leeftijdsgebonden maculadegeneratie, retinaal vasculair lijden en diabetisch maculair oedeem. Sinds een tiental jaar is in veel gevallen een effectieve afremmende behandeling met aseptisch en frequent toegediende intravitreale

Als voortrekker en referentiecentrum in de vitreoretinale heelkunde voorziet campus Sint-Jan naast electieve heelkunde zoals maculapuckers, maculagaatjes en glasvochtbloedingen, in een permanentieregeling die de opvang van urgenties verzekert.

Naast electieve vitreoretinale heelkunde verzekert een permanentieregeling de opvang van urgenties zoals netvliesloslating, endoftalmitis of oogtrauma

anti-VEGF-injecties mogelijk. Campus Sint-Jan trad hierin op als wegbereider. Inmiddels bieden vele centra deze behandeling aan maar niettemin neemt het aandeel van deze chronische problematiek toe met de veroudering van de bevolking. Management van het patiëntenvolume en een efficiënte flow doorheen de poliklinische activiteit is hierbij de voornaamste uitdaging. Daarnaast maken de medische retinaspecialisten ook de nodige tijd vrij voor nieuwe, soms complexere of zeldzamere netvliesproblemen die een diepgaand, vaak spoedeisend onderzoek vragen. De retinale laserfotocoagulatie, inmiddels toegepast met een diode-laser, behoudt zijn plek, onder andere voor de behandeling van diabetische retinopathie en netvliesscheurtjes. De fotodynamische therapie met verteporfine blijft in selecte maculopathiegevallen een belangrijk therapeutisch hulpmiddel.

PROFESSIONELE OMKADERING

Nog twee andere consulenten versterken het artsenteam: dr. Claire Miroir legt zich toe op strabisme en dr. Anne Kempeneers draagt bij tot de continuïteit van de polikliniek.

Een onontbeerlijke steunpilaar is het vakkundige verpleegkundigenteam. In het O.K. zijn deze speciaal opgeleid in de oftalmologie en de neurochirurgie, in de polikliniek beschikken ze over de nodige kennis om onderzoeken voor te bereiden of uit te voeren, toestellen te bedienen en mee te werken in de ambulante O.K.-setting. Verder heeft de strabologiekliniek een orthoptist in dienst en zo'n zesmaal per jaar komt een ocularist langs om patiënten die een oog verloren te begeleiden in de aanpassing van een prothese. Er zijn continu twee geneesheer-specialisten in opleiding, telkens gedurende zes maanden. Met hen organiseert het team zeswekelijks een opleidingsmoment om bijzondere casussen te bespreken en de algemene kennis op te frissen. Regionale bijscholingsinitiatieven gericht naar huisartsen of collega-oogartsen of een sprekersrol vervullen op een gerenommeerd congres staan ook regelmatig op het programma.

Wat brengt de toekomst? Het is mogelijk om de keuze voor de uitbouw van toegankelijke en continu beschikbare subspecialistische oogheelkundige zorg nog een heel eind verder door te trekken. De realisatie van een oftalmopediatriekliniek is alvast de volgende aspiratie die binnen bereik lijkt te liggen.

AUTEUR

dr. Bart Lafaut
dienst Oogziekten
campus Sint-Jan

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

Nieuwe behandelingen in **inflammatoire darmziekten**

dr. Barbara Willandt // *dienst Maag-, darm- en leverziekten, campus Sint-Jan*

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa zijn chronische inflammatoire darmziekten die in onze Westerse maatschappij blijven toenemen in frequentie. Het ziekteverloop is variabel, maar vaak treffen ze jonge patiënten, soms met een enorme impact op de levenskwaliteit. Door een groeiend inzicht in de pathofysiologie van de aandoeningen bieden tal van nieuwe therapeutische opties zich de laatste jaren aan. Het wordt in de toekomst dan ook een uitdaging om binnen deze ontwikkelingen de juiste therapeutische keuze te maken voor elke individuele patiënt.

ZIEKTEBEELDEN

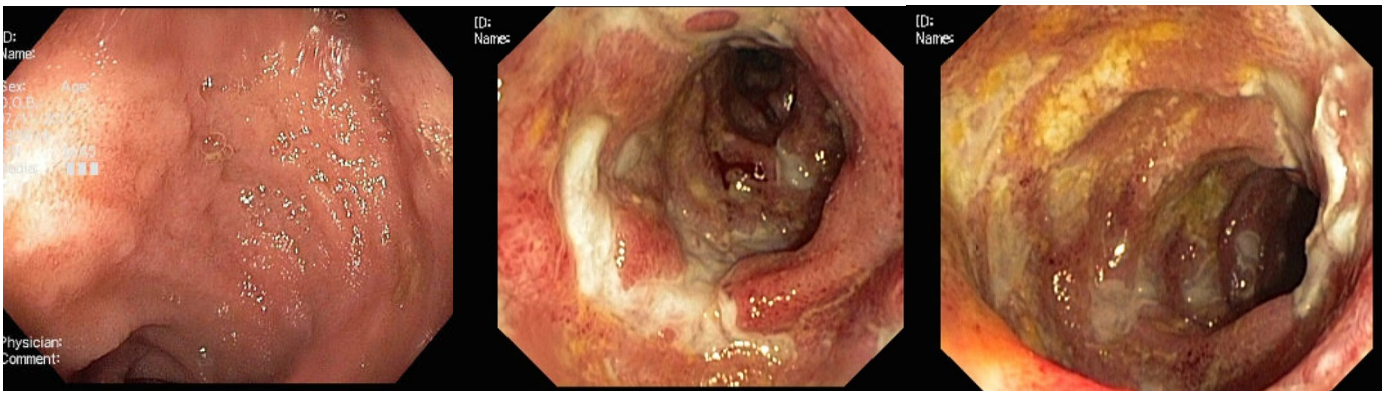
De ziekte van Crohn, colitis ulcerosa en een kleine fractie van 'unclassified colitis' zijn aandoeningen die gekenmerkt worden door chronische inflammatie van de gastro-intestinale tractus. Ze treffen ruim 2,5 miljoen mensen in Europa (0,3 % van de bevolking). De afgelopen 50 jaar werd in de geïndustrialiseerde landen een sterke stijging in incidentie vastgesteld, waarbij vooral de westerse levensstijl en omgevingsfactoren een rol lijken te spelen.(1) De oorzaak van de ziekten is tot op vandaag nog niet volledig gekend, maar lijkt multifactorieel te zijn. Een combinatie van genetische voorbeschiktheid, een gewijzigde samenstelling van het intestinale microbioom en een afwijkende respons van het immuunsysteem resulteren daarbij in chronische inflammatie van het darmslijmvlies.(2) Klinische symptomen bestaan uit (bloederige) diarree, abdominale pijn, gewichtsverlies, koorts en vermoeidheid. De chronische inflammatie kan resulteren in progressieve beschadiging van de gastro-intestinale tractus, die soms heelkunde vereist en met mogelijk levensbedreigende complicaties gepaard gaat. Daarenboven ervaart tot 40 % van de patiënten ook extra-intestinale manifestaties. De ziekten kunnen gepaard gaan met een zware fysieke, psychologische en ook socio-economische last, vaak bij jonge patiënten - waaronder ook kinderen. Daarom vereisen ze een georganiseerde multidisciplinaire aanpak.

BEHANDELINGSMOGELIJKHEDEN

Over de jaren heen is de doelstelling van de medicamenteuze behandeling van louter symptoomcontrole geëvolueerd naar het bereiken van hardere eindpunten zoals mucosale en zelfs histologische heling ter preventie van verdere destructie en complicaties en met herstel van een goede levenskwaliteit. Initieel, in de jaren vijftig, gebeurde symptoomcontrole hoofdzakelijk met behulp van steroïden en later, vanaf het einde van de jaren zeventig verschenen de immunomodulatoren, zoals Imuran. Een grote stap in de verdere evolutie, aan het eind van de jaren negentig, was de ontwikkeling van monoklonale antistoffen gericht tegen tumornecrosefactor-alfa: infliximab en later ook adalimumab en golimumab. Door een verbeterd inzicht in de onderliggende immuunmechanismen zijn er de laatste jaren nog verscheidene nieuwere behandelingsstrategieën ontwikkeld voor zowel de ziekte van Crohn als colitis ulcerosa. Bovendien zijn door het vervallen van patenten intussen ook biosimilars in het landschap verschenen, in concreto Inflectra® en Remsima®, beiden CT-P13 als biosimilars van Remicade®.

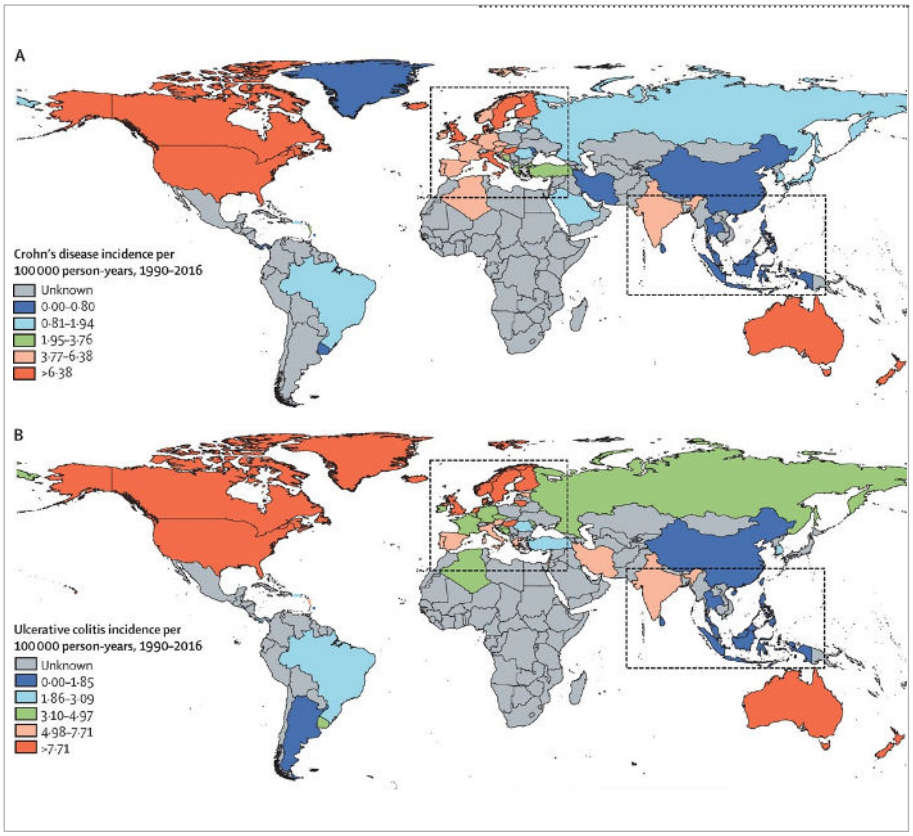
NIEUWKOMERS

Sinds september 2015 is Entyvio® (vedolizumab) op de Belgische markt verschenen voor de behandeling van de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Ter hoogte van de endotheelcellen van de darm beïnvloedt deze anti-adhesiemolecule selectief de interactie tussen α4ß7-integrine en MAdCAM1.



Endoscopische afbeeldingen: A. Normaal terminaal ileum. B en C. Confluerende ulcera in het terminale ileum bij M. Crohn.

Incidentie van inflammatoire darmziekten (A. Crohn, B. Colitis ulcerosa) sinds 1990 voor verschillende geografische regio's.[1]

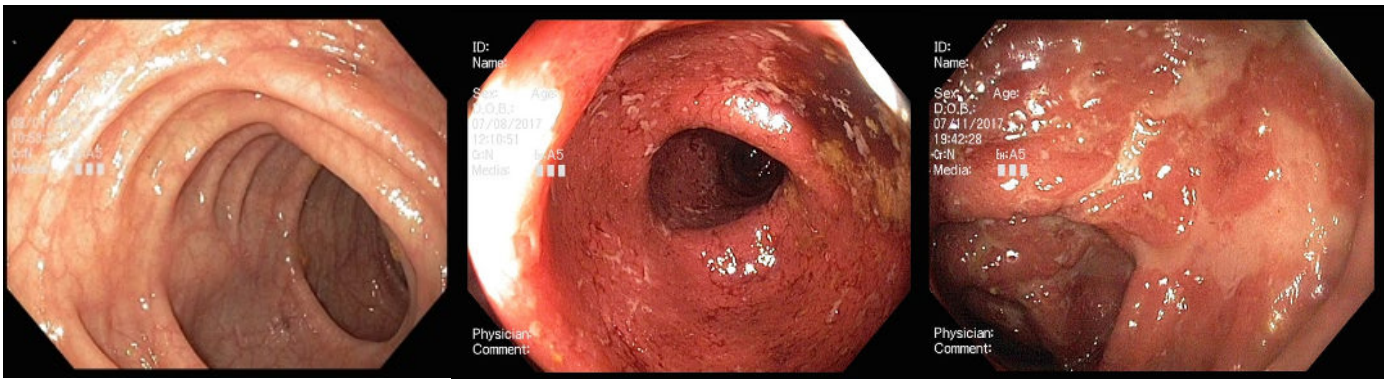


Zodoende verhindert ze de migratie van witte bloedcellen vanuit de bloedbaan naar de ontstekingshaard. De GEMINI-studies hebben een bewezen effectiviteit aangetoond voor inductie en behoud van remissie in Crohn en colitis ulcerosa. Op week 52 bleek er sprake van klinische remissie van respectievelijk 39 % en 41,8 % voor de achtwekelijkse toedieningen. Anti-adhesietherapie heeft evenwel een trager werkingsmechanisme in vergelijking met anti-TNF, wat bij patiënten met significante ziekte-activiteit een beperking kan zijn. Vedolizumab lijkt op basis van een recente safety analyse van zes trials over vijf jaar wel een veilige en globaal goed getolereerde behandeling, die bij goede respons meestal een langdurige ziekteremissie tot stand kan brengen.

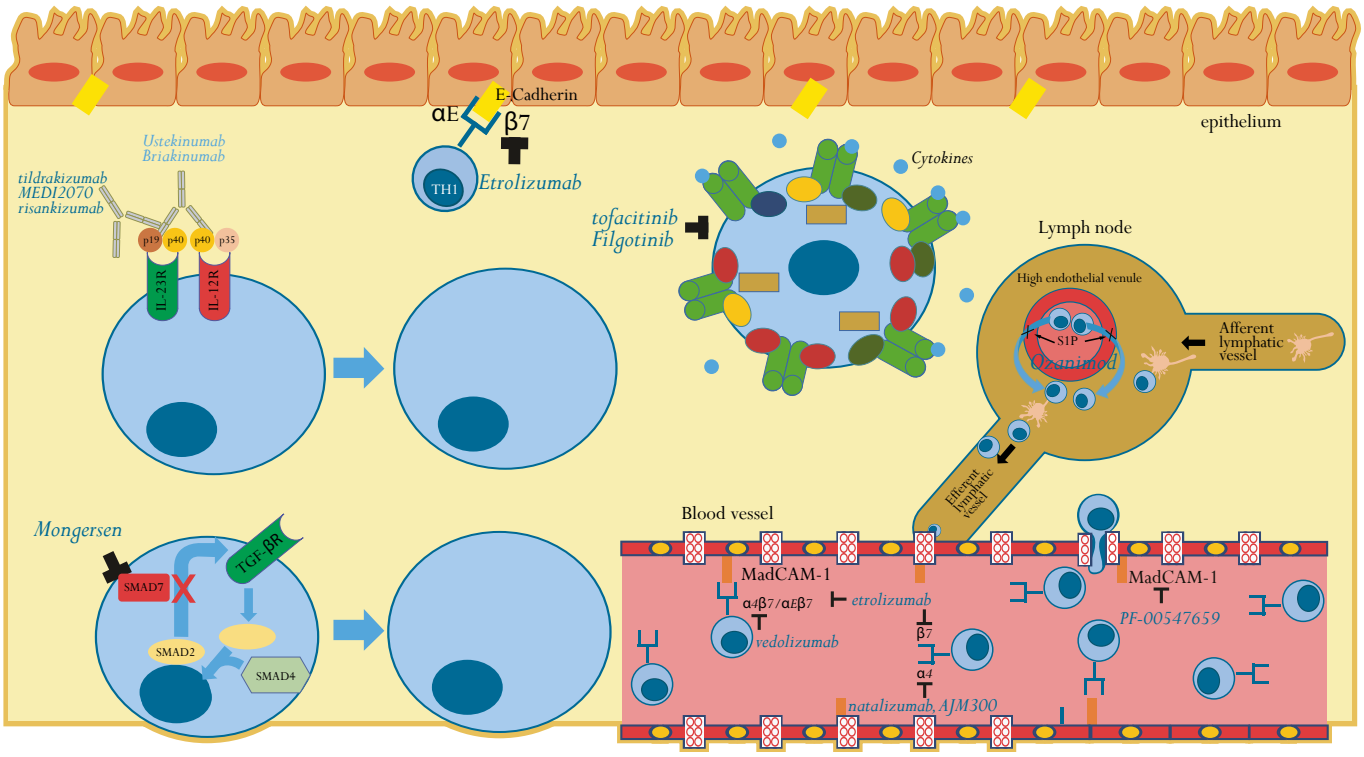
Sinds kort (2016) is ook Stelara® door het EMA goedgekeurd voor de behandeling van de ziekte van Crohn. In België is dit beschikbaar en terugbetaald sinds september 2017. Stelara® of ustekinumab is een humaan monoklonaal antilichaam gericht tegen de p40 subunit van zowel interleukine (IL) 23 als 12. Via beïnvloeding van de Th17- en de Th1-signaalcascade kan dit het inflammatoire proces onderdrukken bij Crohn. De molecule had reeds efficiëntie getoond in de behandeling van reumatoïde artritis en psoriasis. De UNITI-1 en -2-studies onderzochten ustekinumab als inductietherapie en toonden na een eenmalig inductie-infuus (~6 mg/kg) een klinische respons op week 6 bij 33,7 % (anti-TNF falers: UNITI-1) en 55,5 % (anti-TNF naïef: UNITI-2) van de patiënten. Klinische respons was reeds merkbaar vanaf week 3. In de IMUNITI-studie werd met een onderhoudsbehandeling van 90 mg subcutaan een klinische remissie bereikt op week 44 bij respectievelijk 53,1 % van de patiënten voor de achtwekelijkse toediening en bij 48,8% voor de twaalfwekelijkse. Binnen de (IM)UNITI-studies werd geen verschil in bijwerkingen met de placebogroep weerhouden.
De lange-termijnveiligheidsgegevens - vooral gebaseerd op de data bij psoriasis (PSOLAR) - tonen geen significant verhoogde incidentie van infecties of maligniteiten, maar voor psoriasis zijn de dosissen lager dan bij de ziekte van Crohn.

TOEKOMSTPERSPECTIEVEN

Binnen de groep van de anti-adhesiemolecules zoals vedolizumab worden momenteel nog andere producten in fase 3-studies geëvalueerd voor colitis ulcerosa: etrolizumab, een subcutaan monoklonaal antilichaam dat gericht is tegen α4ß7- en αEß7-integrine, en PF-00547659, een subcutaan anti-adhesiemolecule dat gericht is tegen MAdCAM-1 op intestinale endotheelcellen. Naar analogie met ustekinumab is risankizumab ook een anti-IL-molecule, doch selectief gericht tegen de p19 subunit van IL-23. Risankizumab toonde reeds superioriteit aan tegenover ustekinemab in de behandeling van psoriasis en ondergaat ook verdere evaluatie voor de ziekte van Crohn (fase 2). Ook MEDI2070 (opnieuw een selectief anti-IL-23-molecule) wordt in een fase 2-studie geëvalueerd voor de ziekte van Crohn.



Endoscopische afbeeldingen: A. Normaal colon. B. Colitis ulcerosa met verdwijnen van normaal vaatpatroon, erytheem, friabiliteit en verpreide kleine ulcera. C. Ernstige colitis ulcerosa met grote confluerende ulcera in het colon.



Therapeutische targets van reeds erkende molecules en molecules in late fases van onderzoek voor de behandeling van inflammatoir darmlijden. [3]

In de nabije toekomst zijn ook tofacitinib en Cx601 stamcellen op de Belgische markt te verwachten. Tofacitinib (Xeljanz®) is een molecule met orale toedieningsvorm en behoort tot de anti-januskinase(JAK)-inhibitoren die via blokkade van de JAK-STAT-signaalcascade een downregulatie van de expressie van meerdere pro-inflammatoire cytokines veroorzaakt. Momenteel is tofacitinib reeds erkend door het EMA voor reumatoïde artritis en recent werd het door de Europese Commissie ook goedgekeurd voor de behandeling van colitis ulcerosa.Deze toonde op week 52 een klinische remissie van 34,3 % voor de groep van 5 mg tweemaal daags en van 40,6 % voor de groep van 10 mg tweemaal daags, met vergelijkbare resultaten voor de anti-TNF naïeve en anti-TNF falende patiënten. Ook voor andere anti-JAK-inhibitoren lopen er momenteel fase 3-studies, zoals filgotinib en upadacitinib (voor de ziekte van Crohn). De stamceltherapie biedt dan weer een mogelijkheid bij het behandelen van complexe perianale Crohn-fistels, naast de conventionele therapie. In de ADMIRE-studie toonden 50 % van de patiënten op week 24 in de Cx601-arm een volledige stop van fisteldrainage en afwezigheid van collecties op NMR, tegenover 34 % in de placebogroep (p=0.024). Het exacte werkingsmechanisme blijft onduidelijk, maar is vermoedelijk gebaseerd op de anti-inflammatoire eigenschappen van deze stamcellen.

Tot slot worden nog enkele andere mogelijke werkingsmechanismen, zoals de S1P-receptoragonisten (ozanimod, amiselimod, etrasimod) en phosphodiesterase 4-inhibitoren (apremilast) onderzocht in de behandeling van inflammatoire darmziekten en zal ook de verdere toename van verschillende biosimilars het therapeutisch landschap verder diversifiëren.

VEELBELOVENDE EVOLUTIE

Het spectrum van therapeutische opties is de afgelopen jaren spectaculair uitgebreid en blijft zich steeds verder ontwikkelen. Deze evolutie is veelbelovend voor alle patiënten met chronisch inflammatoir darmlijden, maar vormt ook een uitdaging voor de behandelende artsen. Klinische respons en nevenwerkingen kunnen sterk variëren tussen verschillende individuen en er wordt uitgekeken naar goede predictoren van respons en veiligheid. Ook gerandomiseerde head-to-head trials die de nieuwere molecules onderling en met de anti-TNF-molecules vergelijken, alsook evaluatie van combinatiebehandelingen ontbreken momenteel. Het vinden van de optimale therapiekeuze voor de individuele patiënt zal zich binnen de behandeling van IBD-patiënten de grootste uitdaging voor de toekomst tonen.

REFERENTIE

1. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies, Lancet, 2017 Oct 13. pii: S0140-6736(17)32448-0. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32448-0. [Epub ahead of print].

2. Park JH, Peyrin-Biroulet L, Eisenhut M, Shin JI. IBD immunopathogenesis: A comprehensive review of inflammatory molecules. Autoimmun Rev., 2017 Apr;16(4):416-426.

3. Hindryckx P, Vande Casteele N, Novak G, et al. The expanding Therapeutic Armamentarium for Inflammatory Bowel Disease: How to Choose the Right Drug(s) for Our Patients? J Crohns Colitis. Published online August 25, 2017.

AUTEUR

dr. Barbara Willandt
dienst Maag-, darm- en leverziekten
campus Sint-Jan

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

De jonge patiënt met heupklachten: evolutie naar **heupsparende chirurgie**

dr. Jan Vanlommel & dr. Maxence Vandekerckhove //
dienst Orthopedie - Hip Unit, Orthoclinic Brugge, campus Sint-Jan

Met meer dan 200 heupsparende ingrepen per jaar, waaronder heupartroscopieën, chirurgische dislocaties en peri-acetabulaire osteotomies, vervult het heupteam van de Orthoclinic Brugge een voortrekkersrol in het orthopedische landschap. Dankzij up-to-date diagnostiek en de meest recente chirurgische procedures biedt Orthoclinic Brugge ook een oplossing voor de jonge, actieve en sportieve patiënt met heuppijn.

In de behandeling van de jonge patiënt met heuppijn is het doel de aanwezige pijnklachten te laten verdwijnen. De behandeling is gericht op de optimalisering van de anatomie, in de hoop het heupgewricht ook te vrijwaren van toekomstige schade.

REVOLUTIE IN DE HEUPCHIRURGIE

Tot rond de eeuwwisseling bestond heupchirurgie voornamelijk uit de vervanging van het versleten gewricht. Sir John Charnley introduceerde de eerste succesvolle totale heupprothese in de jaren zestig. Dit betekende een mijlpaal in de behandeling van gevorderde degeneratieve aandoeningen van het heupgewricht. Deze procedure kent echter haar beperkingen en blijkt niet toepasbaar op de jonge actieve patiënt met heuppijn, bij wie radiologische evidentie voor degeneratie van het gewricht ontbreekt. Uit recent onderzoek blijkt dat de overleving van een totale heupprothese nog steeds lager is bij patiënten jonger dan 50 jaar dan bij patiënten boven de 60 jaar. Bovendien zijn er nauwelijks gegevens over de resultaten van revisiechirurgie in deze subgroep van 'jonge' patiënten.[1] Dit leidde tot een hernieuwde interesse in heupsparende procedures en intensief wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaak en behandeling van heuppijn bij jonge patiënten.

WAT IS HEUPSPARENDE CHIRURGIE?

Meerdere studies toonden aan dat er een causaal verband is tussen morfologische afwijkingen aan het proximale femur/acetabulum en progressieve mechanische degeneratie van het heupgewricht.[2] Deze morfologische afwijkingen, gekend onder de term 'femoro-acetabulair impingement' (FAI), komen vaak voor in combinatie met variaties in alignement, rotatie en versie. Chirurgische correctie van deze pathologische en symptomatische afwijkingen (tabel 1) heeft als doel de mechanische overbelasting te reduceren en een symptoomvrij en functioneel gewricht te creëren. Heelkundig wordt het 'afwijkende' heupgewricht anatomisch geoptimaliseerd.

HEUPSPARENDE CHIRURGIE: INDICATIEVE AANDOENINGEN

- Dysplasie van het heupgewricht
- Femoro-acetabulair impingement
- Ischio-femoraal impingement
- Sequelae van Legg-Calvé-Perthes
- (Traumatische) kraakbeenletsels
- Coxa vara/valga

Het ultieme doel van heupsparende chirurgie is de patiënt diens natieve gewricht laten behouden, dit pijnvrij te krijgen en toekomstige schade te vermijden. Op deze manier is het mogelijk om een gewrichtsvervangende operatie te vermijden, cruciaal voor de jonge actieve patiënt.

CHIRURGISCHE TECHNIEKEN

Bij de uitvoering van heupsparende ingrepen bepaalt de onderliggende anatomische afwijking de meest aangewezen techniek.

Heupartroscopie

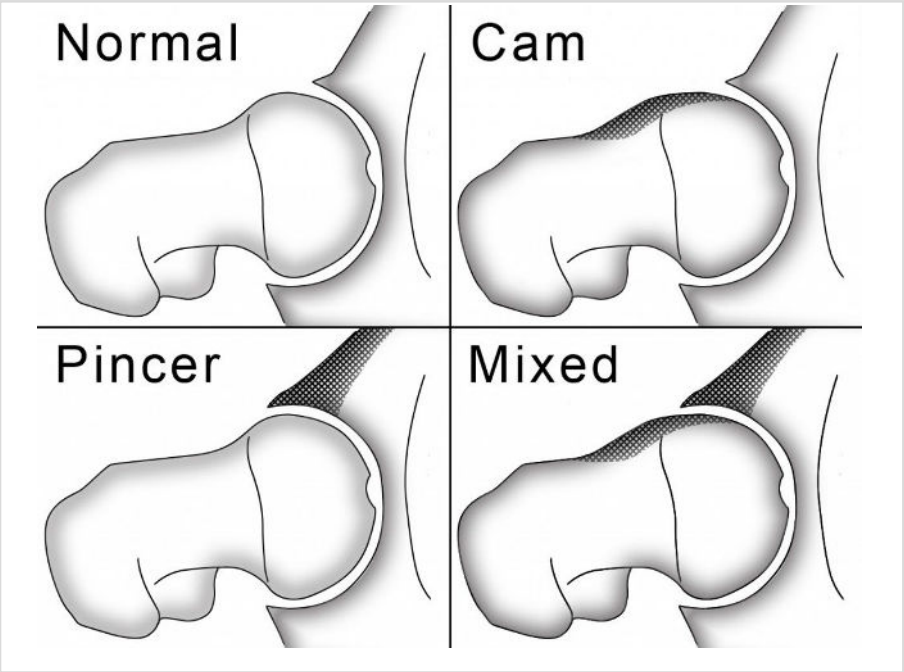
De artroscopische benadering van het heupgewricht evolueerde doorheen de jaren tot het 'werkpaard' van de heupsparende chirurgie. De meest voorkomende anatomische afwijkingen kunnen vlot en veilig gecorrigeerd worden via deze operatietechniek. Vaak betreft het een geïsoleerde cam- en/of pincer-laesie aan de anterieure en laterale zijde van het heupgewricht (afb 1.). Deze beenderige afwijkingen kunnen op termijn schade veroorzaken aan het kraakbeen en het labrum. Bij een heupartroscopie corrigeert de chirurg via enkele kleine incisies de beenderige afwijking en herstelt deze het labrum met ankers indien dit gescheurd is. Ook focale kraakbeenletsels behandelen is mogelijk. Een kijkoperatie is qua werkgebied echter beperkt.

Chirurgische dislocatie

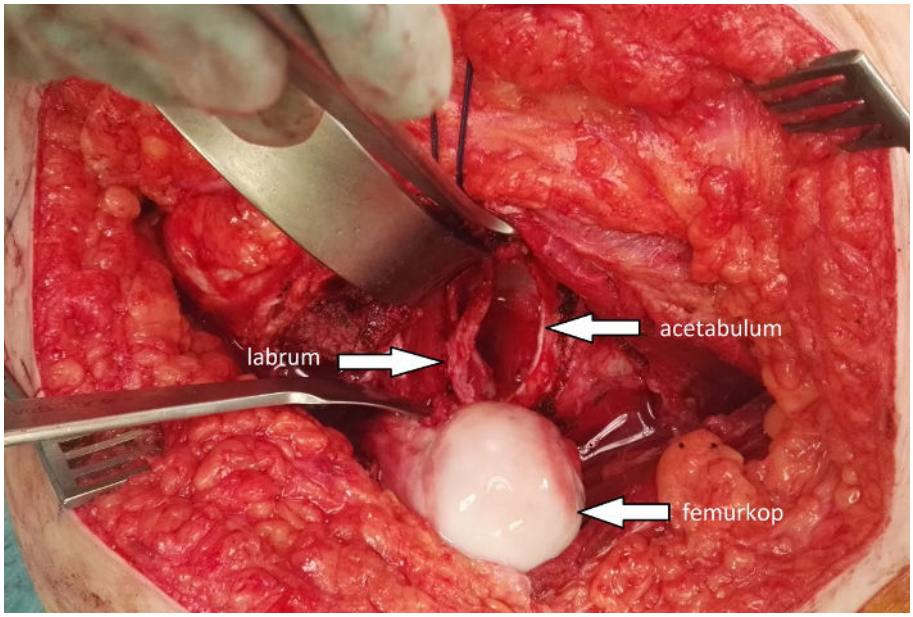
In sommige gevallen bevindt de anatomische afwijking zich eveneens aan de achterzijde van het heupgewricht. In een dergelijke situatie gebruikt de orthopedisch chirurg een open techniek, met name de chirurgische dislocatie van de heup. Via een laterale incisie voert deze een osteotomie van de grote trochanter uit en luxeert het heupgewricht. Dat geeft een 360°-zicht over de volledige heupkom en heupkop en zo is het mogelijk ook de meest complexe afwijkingen van het kraakbeen, labrum en bot te corrigeren (afb. 2&3). Hoewel het een meer invasieve en technisch complexe ingreep betreft, is deze procedure voor de moderne heupchirurg een onmisbaar wapen om het volledige spectrum van aandoeningen op een heupsparende manier te behandelen. Meerdere studies tonen bovendien aan dat het een veilige procedure is die voor een langdurig pijnvrij en functioneel heupgewricht kan zorgen, zonder dat er artrose optreedt.

Peri-acetabulaire osteotomie

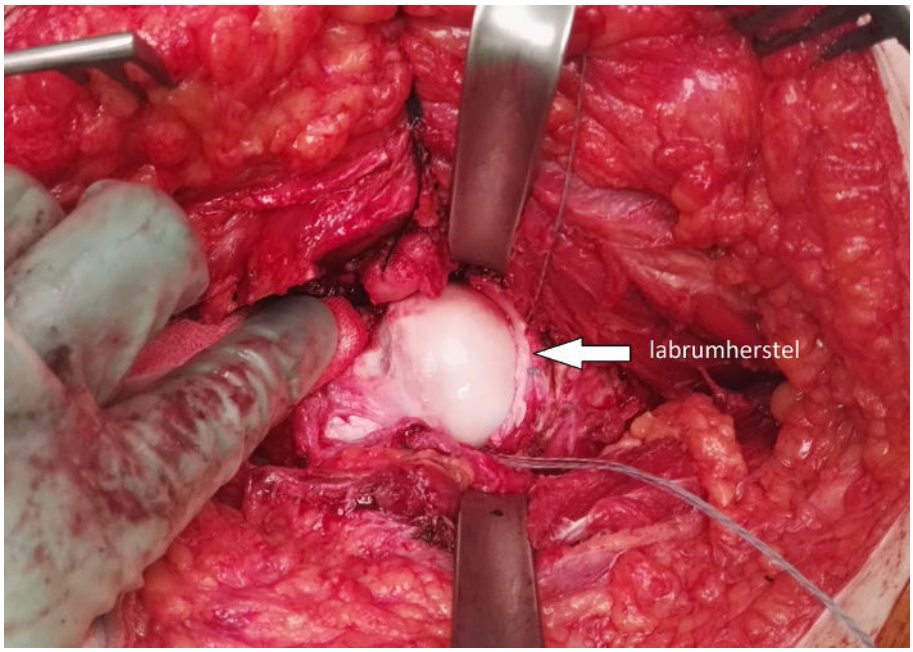
Indien de overdekking van de heupkop onvoldoende is en/of er sprake is van een abnormale versie van het acetabulum, kunnen bepaalde zones van kraakbeen overbelast worden. Hierdoor kan de patiënt pijn ervaren bij langdurig stappen en rechtstaan en kan vroegtijdige slijtage van het heupgewricht optreden. Bij onvoldoende beterschap van de pijnklachten met een conservatieve therapie kan een peri-acetabulaire osteotomie



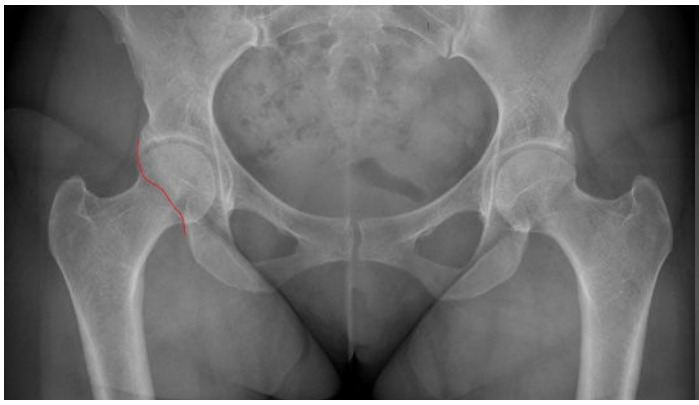
Afb. 1: Schematische voorstelling van de verschillende types van femoro-acetabulair impingement. De beenderige afwijking bevindt zich ter hoogte van de heupkop, de heupkom, of beide.



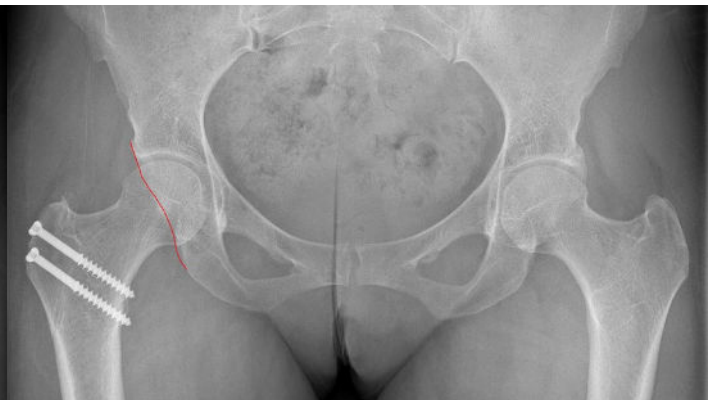
Afb. 2: Peroperatief beeld van een chirurgische dislocatie. De heupkop is geluxeerd, het labrum is losgemaakt en ter hoogte van de heupkom is de beenderige afwijking (pincer) verwijderd.



Afb. 3: Peroperatief beeld van een chirurgische dislocatie. De heupkop is gereduceerd nadat het labrum hersteld werd met meerdere ankers. De normale anatomie is hersteld.



Afb. 4: Posterieur femoro-acetabulair impingement door prominente acetabulaire achterwand (rode lijn)



Afb. 5: Status na open dislocatie van de heup met resectie van het overtollige bot en refixatie van de trochanter major met 2 schroeven.

aangewezen zijn. Bij deze (open) procedure maakt de chirurg het acetabulum door middel van gecontroleerde osteotomieën los uit het bekken en fixeert het in de correcte positie door middel van schroeven. Het resultaat is een toegenomen overdekking van de heupkop en een betere verdeling van de krachten over het kraakbeen. Het team van het Zwitserse Universitair Ziekenhuis in Bern, waar deze procedure werd ontwikkeld, publiceerde recent de 30-jaarsresultaten van deze ingreep. Ze tonen aan dat het heupsparende effect van deze ingreep ook na 30 jaar behouden blijft.[3]

ORTHOCLINIC EXPERIENCE

Het heupteam van Orthoclinic Brugge volgde wereldwijd intensieve fellowships bij leiders in het domein van de heupsparende chirurgie. Het heeft nu een jarenlange ervaring opgebouwd in deze nieuwe, complexe technieken en behandelde reeds honderden jonge patiënten en atleten met heuppijn. Dankzij de vroege implementatie van deze nieuwe technieken en de nauwlettende opvolging van innovaties en wetenschap in dit snel evoluerende domein, kan de dienst Orthopedie het volledige spectrum van heuppathologie behandelen, gaande van de klassieke prothesechirurgie (en revisiechirurgie) tot de meest recente en innovatieve heupsparende technieken. Zo is het nooit nodig om een compromis te sluiten bij de behandeling van heupaandoeningen in gelijk welke leeftijdscategorie.

DE TOEKOMST?

Een van de grootste uitdagingen in de moderne heupchirurgie, is voorspellen welke patiënten baat zullen hebben bij een heupsparende procedure. Conventionele radiografieën brengen osteoartrose van het heupgewricht, een belangrijke negatieve prognostische factor voor heupsparende chirurgie, slechts laattijdig aan het licht. Het huidige onderzoek spitst zich dan ook toe op methodes om kraakbeenschade in het heupgewricht vroegtijdig te detecteren. Door middel van NMR-scans met hoge resolutie, spatiale mapping en radiale reconstructies lukt het om degeneratieve afwijkingen van het kraakbeen veel sneller op te sporen. Dit zal de indicatiestelling voor het uitvoeren van heupsparende chirurgie nog verder verfijnen en de klinische resultaten verder verbeteren. Om deze resultaten te monitoren volstaan de klassieke klinische scores voor heuppatiënten (vb. Harris Hip Score, Oxford Hip Score, etc.) niet. Deze werden ontwikkeld voor oudere patiënten met gevorderde en terminale artrose van het heupgewricht waar een totale heupprothese aangewezen is en zijn niet gevoelig genoeg voor de jonge heuppatiënt. Een tweede uitdaging voor moderne heupchirurgen is dan ook verfijndere meetinstrumenten of PROMS (patient-reported outcome measurement scores) te ontwikkelen die specifiek bedoeld zijn voor de actieve, jonge en sportieve patiënt die een heupsparende ingreep ondergaat. Ten slotte is publicatie van deze resultaten in grote level I of level II studies nodig, gezien deze momenteel nog niet beschikbaar zijn voor dit nieuwe domein in de heupchirurgie. Op deze manier is het mogelijk om de plaats van heupsparende chirurgie te consolideren in de behandeling van de jonge patiënt met mechanische symptomen van de heup.

REFERENTIE

1. Schreurs BW, Hannink G. Total joint arthroplasty in younger patients: heading for trouble? Lancet. 2017 Apr 8;389(10077):1374-1375. doi:10.1016/S0140-6736(17)30190-3.

2. Ganz R, Leunig M, Leunig-Ganz K, Harris WH. The etiology of osteoarthritis of the hip: an integrated mechanical concept. Clin Orthop Relat Res. 2008;466:264-272.

3. Lerch TD, Steppacher SD, Liechti EF, Tannast M, Siebenrock KA. One-third of Hips After Periacetabular Osteotomy Survive 30 Years With Good Clinical Results, No Progression of Arthritis, or Conversion to THA. Clin Orthop Relat Res. 2017 Apr;475(4):1154-1168.

AUTEUR

dr. Jan Vanlommel
dienst Orthopedie - Hip Unit, Orthoclinic Brugge, campus Sint-Jan

AUTEUR

dr. Maxence Vandekerckhove
dienst Orthopedie - Hip Unit, Orthoclinic Brugge, campus Sint-Jan

Meer info beschikbaar in de azlink-app

Jong-leren met nieuwe doelgroep

dr. Marieke Waignein en Sven Deblieck // *dienst Psychiatrie-psychosomatiek, campus Sint-Jan*

Meer en meer blijkt er in de zorg een hiaat te zitten voor psychisch kwetsbare jongvolwassenen. Op campus Sint-Jan wil de dienst Psychiatrie-Psychosomatiek hieraan tegemoetkomen met de opstart van een nieuwe doelgroep op de afdeling jongvolwassenen (A1). Deze is gericht op mensen tussen de 17 en 25 jaar en biedt een korte opnameperiode om de hulpvraag van de patiënt intensief aan te pakken. Er gaat ook veel aandacht uit naar de installatie van nazorg.

ACHTERGROND

Jongvolwassenen (17 tot 25-jarigen) vormen een specifieke leeftijdsgroep vanwege een aantal ontwikkelingstaken. Het is een periode waarin iemand belangrijke beslissingen moet nemen en fundamenten voor het volwassen leven legt. Jongvolwassenen zien zich zo geconfronteerd met heel wat uitdagingen. Aan de basis van deze uitdagingen liggen onder meer een aantal veranderingsprocessen op fysiologisch, psychologisch en sociaal vlak. Deze staan niet op zichzelf, maar oefenen een sterke invloed uit op elkaar. Op fysiologisch vlak kunnen wijzigingen in de grijze en witte stof van de hersenen en veranderingen in dopamine- en hormoonhuishouding er bijvoorbeeld voor zorgen dat de jongvolwassene anders zal reageren op omgevingsprikkels, die op zich in het sociale luik thuishoren. Deze overgangsperiode laat zich dan ook kenmerken door een verhoogd risico op de ontwikkeling van psychische stoornissen, middelenmisbruik en risicogedrag.

Verder kent de periode van jongvolwassenheid een belangrijk spanningsveld. Enerzijds vormt het een belangrijke oefenperiode waarin jongvolwassenen de kans moeten krijgen om te experimenteren en te groeien, met vallen en opstaan. Anderzijds stelt de maatschappij bepaalde verwachtingen, zoals verantwoordelijkheid opnemen, eigen beslissingen maken en financieel onafhankelijk worden. Daardoor neemt de oefenmarge af en verhoogt de druk op (snelle) persoonlijke groei.

Tot slot is de jongvolwassenheid een belangrijke onset-periode voor een aantal psychiatrische ziektebeelden. Psychische problemen in de jongvolwassenheid zijn een voorspellende factor voor psychiatrische problemen in de volwassenheid. Vroeg ingrijpen en een goede opvolging zijn belangrijke parameters om het herstel te bespoedigen. Bij onvoldoende zorg is er meer kans op toename van de psychische problemen en worden de problemen complexer.

PROBLEEMSTELLING

Slechts een op de zes jongeren met een psychische kwetsbaarheid of een psychische stoornis krijgt geschikte begeleiding binnen een aangepaste setting. Ondanks hun grote zorgbehoefte maken zij het minst gebruik van de zorg.

Jongvolwassenen die ambulante of residentiële begeleiding krijgen binnen het uitgebouwde jongerencircuit duiken vaak ongewild en/of onvoorbereid het volwassencircuit binnen op de leeftijd van 18 jaar. Dit kunstmatig bepaalde transitiemoment houdt enkel rekening met de leeftijd en laat andere ideologische, functionele, structurele en organisatorische factoren buiten beschouwing. In de praktijk verloopt deze overgang niet vlot. Dit transitiemoment is vaak een breekpunt, terwijl continuïteit een van de belangrijkste pijlers is in de zorg. Hierbij is het belangrijk om in te zetten op een adequate informatieoverdracht vanuit het jongerencircuit naar het volwassencircuit door een nauwere samenwerking.

Ook vinden jongvolwassenen moeilijk de weg naar het volwassencircuit. Door een aanbod te voorzien op een Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) die per definitie zeer toegankelijk is, is het mogelijk om de drempel drastisch te verlagen.

VISIE

De nieuwe jongerendienst richt zich op jongvolwassenen tussen de 17 en 25 jaar die tijdelijk vastlopen op een aantal ontwikkelingstaken (onder andere individuatie en separatie), al dan niet getriggerd door onderliggende psychosociale/psychiatrische factoren. De dienst vangt vooral jongvolwassenen op bij wie ambulante zorg op dat moment niet volstaat, of bij wie een korte periode van afstand van de thuissituatie van groot nut kan zijn. Daarnaast richt deze zich ook op jongvolwassenen die in behandeling zijn bij een kinder- en jeugdpsychiater en die de overgang naar volwassenpsychiatrie dienen te maken.

Het streefdoel is om de zorg en het aanbod zo nauw als mogelijk te doen aansluiten bij de levensfase, levensstijl en noden van de patiënt, met oog voor belangrijke pijlers en ontwikkelingstaken binnen de adolescentie. De zorg dient vooral gericht te zijn op de ondersteuning van deze ontwikkelingstaken. De hulpvraag van de patiënt vormt de leidraad tijdens de behandeling.

De aanpak vertrekt vanuit de empowermentgedachte en het oplossingsgericht model. De focus ligt niet op de problemen, maar wel op de versterking van reeds aanwezige krachten bij de jongvolwassene en zijn omgeving (familie, school, werk, ...) en de formulering van concrete doelstellingen. Dit zet het herstelproces in gang, met de jongvolwassene aan het roer. Deze is de sturende kracht, het kompas, terwijl het team vooral ondersteunt en faciliteert. Vertaald naar de werkvloer betekent dit dat het team een werkmodel hanteert dat uitgaat van dialoog, open communicatie en gelijkheid, met respect voor ieders expertise. Observeren en informeren zien de medewerkers als een van hun belangrijkste opdrachten om de jongvolwassene te ondersteunen in het maken van eigen keuzes. In functie van open communicatie schept het team van bij het begin van de opname duidelijkheid in hetgeen de dienst kan aanbieden. Het is belangrijk om meteen de verwachtingen ten aanzien van elkaar duidelijk te maken. Tijdens de opname wordt meestal een aanzet gegeven tot verdere behandeling en begeleiding.

BEHANDELING

De multidisciplinaire behandeling omvat zowel individuele als groepstherapeutische interventies met aandacht voor de diverse biopsychosociale noden. Er ligt nadruk op duidelijke afspraken en structuur. Jongeren dienen zelf een weekprogramma samen te stellen waarbinnen ze uit het aanbod aan ergotherapie en beweging kunnen putten. Ook advies en ondersteuning van de sociale dienst maakt hier een belangrijk deel van uit.

Veel aandacht gaat naar de installatie van veiligheid in en buiten het ziekenhuis. Dat gebeurt aan de hand van het Safety-plan en de app 'back-up'. Belangrijk is dat de jongvolwassene dit mee kan nemen buiten het ziekenhuis en erop kan terugvallen op moeilijke momenten. In de mate van het mogelijke probeert het begeleidingsteam 'gezonde' activiteiten buiten het ziekenhuis aan te houden. Het stimuleert de jongvolwassenen om op weekend te gaan. Weekends zijn belangrijke oefenmomenten om aangereikte handvaten in de praktijk te gaan toepassen. Samen met de patiënt en diens context vindt tweemaal per week een evaluatie van de opname en de verdere zorgnoden plaats. Een opname duurt maximaal twee à drie weken. In het kader van continuïteit van de zorg ligt heel wat nadruk op de nazorg. Het gaat vooral om een poging om ambulante begeleiding op te starten waarbij de dienst, afhankelijk van de noden, onder meer gebruikmaakt van het uitgebreide Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-aanbod: dagcentrum, Mobiel Crisis Team (MCT), polikliniek... Indien er nood is aan langdurigere residentiële zorg, krijgt de jongvolwassene een verwijzing naar een psychiatrisch ziekenhuis.

AUTEUR

dr. Marieke Waignein
dienst Psychiatrie-psychosomatiek
campus Sint-Jan

AUTEUR

Sven Deblieck
dienst Psychiatrie-psychosomatiek
campus Sint-Jan

Meer info beschikbaar in de azlink-app

Plasraadpleging voor kinderen

dr. Greet Pauwels // *dienst Kindergeneeskunde, campus Sint-Jan en campus Henri Serruys*

Sinds oktober 2016 kunnen kinderen met diverse plasproblemen op zowel campus Sint-Jan als Henri Serruys terecht op de plasraadpleging. Deze maakt deel uit van de afdeling kindergeneeskunde en werkt op beide campussen nauw samen met de dienst Urologie.

De meerderheid van de kinderen die op de plasraadpleging worden gevolgd, presenteren zich met bedplassen (enuresis nocturna), maar ook kinderen met andere plasproblemen, zoals ongewild urineverlies overdag (incontinentia diurna) of recidiverende urineweginfecties, zijn hier aan het juiste adres. Het plasraadplegingsteam gaat hierbij steeds op een systematische, doch persoonlijke manier tewerk, zowel bij de diagnostische uitwerking als bij de opstart en opvolging van de therapie.

BEDPLASSEN: EEN VEELVOORKOMEND PROBLEEM

Bedplassen is een veelvoorkomend probleem op kinderleeftijd. Ongeveer 85 % van de kinderen wordt 's nachts zindelijk tussen 2 en 5 jaar. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat er jaarlijks een aantal kinderen spontaan droog wordt zonder hiervoor een specifieke behandeling te krijgen. Daarop wachten kan echter lang duren en er is ook geen garantie: op de leeftijd van 18 jaar blijft een kleine groep bedplassen (0,2 – 0,5 % van alle volwassenen). Omdat tot op heden nog niet te voorspellen valt welke kinderen wanneer droog zullen worden, is het belangrijk medische hulp te zoeken wanneer een kind ouder dan 6 à 7 jaar frequent in bed plast (> 5x/week) en zelf aangeeft dit vervelend te vinden. Vooral omdat verschillende wetenschappelijke onderzoeken aantoonden dat de psychologische impact van bedplassen vanaf deze leeftijd zeer relevant wordt: het kind kan zijn zelfvertrouwen verliezen of heeft schrik dat zijn of haar 'geheim' ontdekt zal worden. Het bedplassen wordt een belangrijke stressfactor voor het kind en het gezin. Af en toe ontstaan er zelfs ernstige psychologische pathologieën waarvoor begeleiding door ervaren kinderpsychologen noodzakelijk is. Daarnaast is het ook zo dat bedplassen de slaapkwaliteit negatief beïnvloedt. Allemaal redenen om de hulp van een arts in te roepen.

DIAGNOSTISCHE UITWERKING

Eerste consultatie

Tijdens een eerste raadpleging brengt het team zo goed als mogelijk de ernst van het probleem in kaart, alsook de mogelijke onderliggende oorzaken en de comorbiditeiten die een rol spelen in de problematiek. Dit gebeurt aan de hand van een uitgebreide anamnese en een klinisch onderzoek. Hier hoort voor elke patiënt een echografie van de nieren en blaas en een analyse van een urinestaal bij, voornamelijk om enkele zeldzame oorzaken van plasproblemen te identificeren, zoals een uropathie (vesico-ureterale reflux, ectopisch uitmondende ureters), diabetes mellitus/insipidus, urineweginfectie of polycystische nieren.

Thuisregistraties

Tijdens de eerste consultatie worden thuisregistraties meegegeven in de vorm van dagkalenders en nachtkalenders. Deze ingevulde kalenders brengen ouders en kind terug mee bij een volgende afspraak enkele weken later. De dagkalender geeft heel wat informatie over de blaascapaciteit en de plasfrequentie, maar ook over de aanwezigheid van acute aandrang of ongewild urineverlies overdag en het stoelgangspatroon. Een nachtkalender bijhouden, geeft een idee van de nachtelijke urineproductie, maar ook de frequentie van het bedplassen, de slaaptijden en het al dan niet bestaan van nycturie ('s nachts opstaan om te gaan plassen).

Uroflow

Indien er ook sprake is van LUTS (lower urinary tract symptomen) voert het team voor deze consultatie in samenwerking met de dienst Urologie een uroflow uit. Dit onderzoek meet tijdens een gewone plas de karakteristieken van de urinestraal en het volume van de overblijvende urine in de blaas. Dit is een belangrijke diagnostische tool voor het vaak voorkomende probleem van dysfunctional voiding, waarbij de coördinatie tussen bekkenbodem en blaassamentrekking tijdens de mictie fout loopt. Ook andere, meer zeldzame pathologieën die plasproblemen veroorzaken kunnen op deze manier aan het licht komen, zoals een overactieve blaas, een bladder-outlet obstructie, een bezenuwingsdefect van de blaas of een onderactieve blaas.

In het najaar verhuizen de consultaties kindergeneeskunde naar een gloednieuwe dienst. Speciaal voor de kinderen die naar de plasraadpleging komen zal hier een volledig ingebouwd uroflowtoestel voorzien zijn in een toiletruimte, zodat zij dit onderzoek in alle rust en comfort kunnen uitvoeren.

DRIE BELANGRIJKE OORZAKEN VAN BEDPLASSEN

Van bij het begin trekt het team tijd uit om het patiëntje en de ouders uitgebreid te informeren over het plasprobleem. Er bestaan immers heel wat mythes en onjuistheden rond bedplassen. Zo is het vaak nodig om het idee dat bedplassen een gedragsprobleem of een vraag om aandacht is te ontkrachten. Er wordt ook benadrukt dat het kind niet alleen staat met dit probleem, wat voor vele patiëntjes alvast een echte opluchting is. Het team peilt op dat moment al naar de motivatie van het patiëntje en de ouders om het bedplassen aan te pakken. Daarnaast krijgen ze informatie, op een aan de leeftijd aangepaste wijze, over de

normale anatomie en functie van nieren en urinewegen en de mogelijke oorzaken van bedplassen. Hierbij spelen drie factoren een belangrijke rol: een verminderde capaciteit om te ontwaken, een te grote urineproductie tijdens de nacht of een verminderde blaascapaciteit. Afhankelijk van welke oorzaken en beïnvloedende factoren bij een bepaald patiëntje aanwezig zijn, wordt de behandeling hier stapsgewijs op afgestemd.

UROTHERAPIE

De basis van de therapie bestaat steeds eerst en vooral uit urotherapie. Dit omhelst een geheel van levensstijlaanpassingen die een invloed hebben op het plasprobleem. Samen met de ouders en het kind stelt het team een drankschema op, dat voornamelijk de vochtintake overdag ophoogt om overdag voldoende blaasvulling en zo ook blaastraining te bekomen. 's Avonds wordt de vochtintake beperkt om de nachtelijke diurese te verminderen. Koolzuurhoudende en cafeïnehoudende dranken zijn te vermijden, omwille van de invloed op respectievelijk blaascontracties en de diurese. Er gaat aandacht uit naar een goede toilethouding en een regelmatig plaspatroon en ouders en kind krijgen enkele dieetadviezen mee (bijvoorbeeld vermijden van zout- en proteïnerijke maaltijden 's avonds).

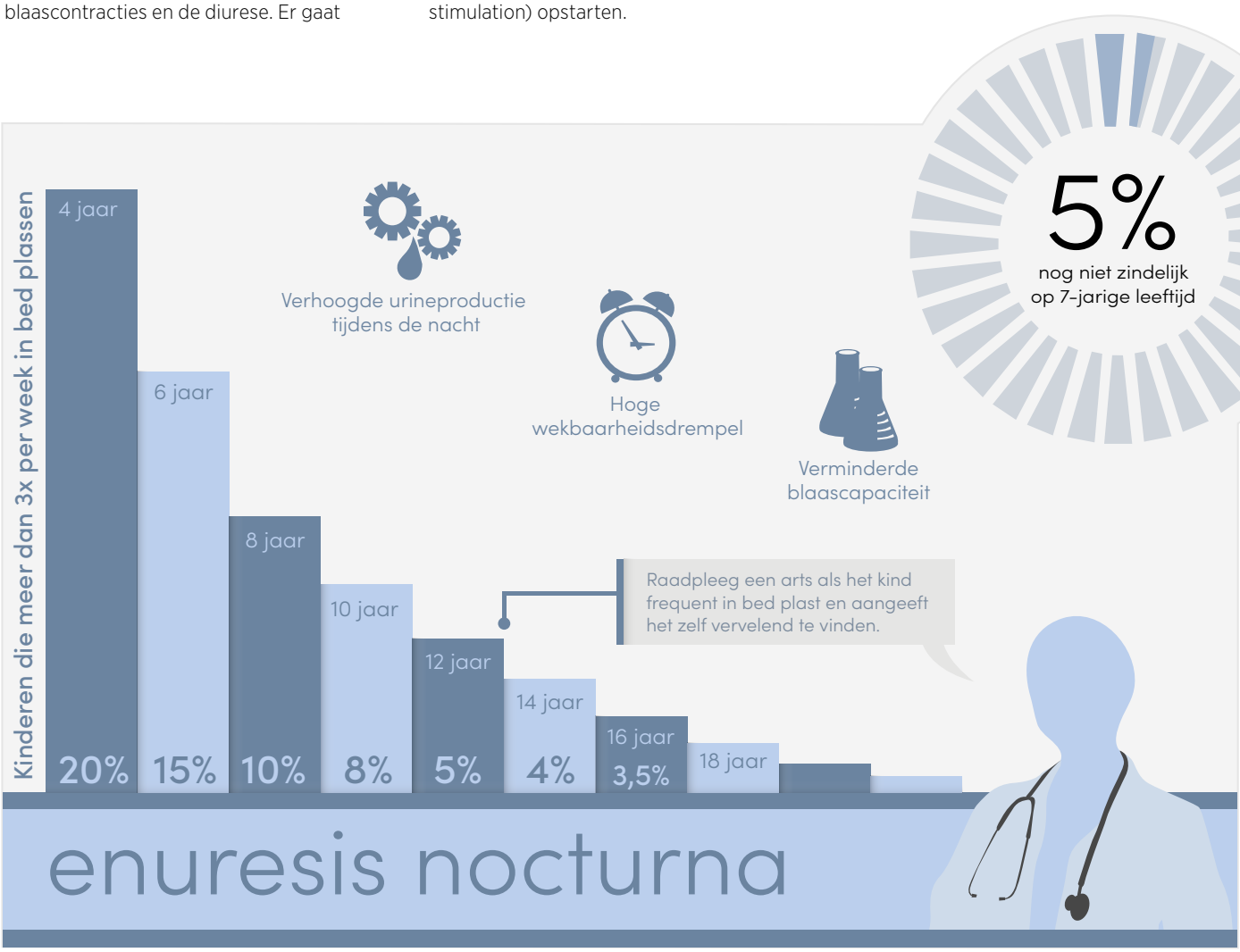
BIJKOMENDE THERAPIEËN

Bij sommige patiënten volstaat deze urotherapie om het plasprobleem op te lossen. Bij de meeste patiënten is evenwel bijkomende therapie noodzakelijk. Het team selecteert voor elke patiënt op basis van de onderliggende beïnvloedende factoren de therapie met de hoogste slaagkans. Vaak blijkt het naderhand nodig om stapsgewijs therapieën met elkaar te gaan combineren.

Kinderen met functionele blaas- en bekkenbodemproblemen hebben vaak baat bij bekkenbodemkinesitherapie. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met gespecialiseerde kinesitherapeuten die ervaring hebben in de begeleiding en behandeling van plasproblemen bij kinderen. Op indicatie van de behandelend arts kunnen zij eventueel ook TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) opstarten.

Wat betreft de medicamenteuze therapie is er in grote lijnen de keuze tussen anticholinergica, voornamelijk gebruikt bij een overactieve blaas en kleine blaasvolumes, en desmopressine, vooral ingezet bij een te grote nachtelijke urineproductie.

Indien er een normale blaascapaciteit is, geen verhoogde nachtelijke urineproductie en geen LUTS, valt de keuze op de plaswekker. Deze kan ook in combinatie met voorgaande therapieën worden toegepast. Gezien de vrij grote impact op de patiënt en bij uitbreiding het hele gezin, wordt de wekker steeds opgestart na een goede indicatiestelling, grondige voorbereiding en instructies, en gaat deze gepaard met een nauwkeurige opvolging, om fout gebruik en frustraties bij het gezin te vermijden. Op deze manier wordt de plaswekker ervaren als een nuttig instrument om 's nachts droog te worden, zonder ellenlange periodes van nachtelijke alarmen die soms het hele gezin wekken.



Vanaf 6 à 7 jaar wordt de psychologische impact van bedplassen zeer relevant

De uroflow meet tijdens een gewone plas de karakteristieken van de urinestraal en het volume van de overblijvende urine in de blaas

OPVOLGING

Gedurende de behandeling volgt het team de patiënten en hun ouders op geregelde tijdstippen op. Ze krijgen ondersteuning en antwoord op eventuele vragen. Vaak moet de behandeling wat worden bijgestuurd of uitgebreid of is er nood aan wat extra motivatie. Wanneer patiëntjes kunnen komen vertellen dat zij helemaal droog zijn geworden, is dat zowel voor hen als voor de zorgverleners een belangrijk moment om trots op te kunnen zijn. Het uiteindelijke doel van de behandeling is steeds droog blijven zonder medicatie of onderhoudende behandeling. Na een zekere periode van droog zijn probeert de arts de medicatie af te bouwen en uiteindelijk volledig te stoppen. Van bij het begin wordt er geïnformeerd over de kans op recidief. Indien dit voorkomt, staat het team de patiënt en diens ouders uiteraard bij om dit met hernieuwde moed aan te pakken.

In zeldzame gevallen lijkt het plasprobleem resistent te zijn aan de huidige behandeling, evolueert het slechts traag of recidiveert het herhaaldelijk. Ook in deze gevallen begeleidt het team het gezin verder in de zoektocht naar een oplossing. In een eerste stap wordt de therapietrouw en de motivatie bevraagd. Soms is er nood aan een pauze in de therapie of aan bijkomende psychologische begeleiding. De strategie moet soms worden omgegooid of er is nood aan combinatietherapie of het gebruik van nieuwere geneesmiddelen, eventueel in studieverband. Hiervoor wordt onder andere nauw samengewerkt met de multidisciplinaire plasraadpleging van het UZ Gent.

CONCLUSIE

Kinderen met plasproblemen zoals bedplassen of ongewild urineverlies overdag kunnen op de plasraadpleging terecht voor een aanpak op maat van het individuele kind. Hierbij staan een systematische aanpak van diagnostiek en therapie op basis van de meest recente wetenschappelijke bevindingen centraal, maar ook - en vooral - een kindvriendelijke en persoonlijke begeleiding.

AUTEUR

dr. Greet Pauwels
dienst Kindergeneeskunde
campus Sint-Jan
campus Henri Serruys

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

NIEUWE ARTSEN

dr. Sarah Bosma
Dermatoloog

dienst Huidziekten, campus Sint-Jan

050 45 23 50
dermatologie@azsintjan.be

Gentse van origine, volgde Sarah Bosma haar studies geneeskunde aan de UGent en ook het grootste deel van haar specialisatie-opleiding als dermatoloog vond in het UZ Gent plaats. Als arts-specialist in opleiding bracht ze ook acht maanden door in een privépraktijk in Maldegem en nog eens zoveel tijd bij de dienst Huidziekten op campus Sint-Jan van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Zo maakte ze kennis met de dienst en het ziekenhuis waar ze na haar erkenning als dermatoloog in 2018 haar carrière zou aanvatten. Haar focus zal aanvankelijk op de algemene dermatologie liggen, maar op termijn en vooral bij uitbreiding van de dienst zou ze zich in het bijzonder willen toeleggen op de diagnose en behandeling van systeemziekten.

Restyling vervolgt: de online azlink en healthcare academy werden één

Na de printversie en de app, kreeg ook de website van het azlink-magazine een nieuwe look. De restyling ging zelfs verder dan dat: de azlink-website en het navormingsplatform zijn nu volledig met elkaar versmolten.

Voortaan is azlink.be meer dan een digitale versie van het magazine dat verwijzende artsen op de hoogte brengt van de medische actualiteit binnen de ziekenhuismuren van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Bezoekers krijgen er ook rechtstreeks toegang tot azlink Academy. Naast het overzicht van de azcolloquia die het ziekenhuis aanbiedt, vinden ze er ook informatie over andere events die uitgaan van of gelinkt zijn aan het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.

Wie azlink.be bezoekt, krijgt op de homepage al een idee van de eerstvolgende activiteiten. Een volledig overzicht is natuurlijk via de azlink Academy-tab te vinden. Een activiteit of de tab aanklikken, levert een automatische doorverwijzing naar azlink Academy op. Daar kost inschrijven voor een activiteit naar keuze en deze meteen ook aan de Outlookkalender toevoegen slechts één klik. Registratie is wel vereist, maar geeft meteen ook toegang tot eventuele verslaggeving of presentaties die de sprekers ter inzage online ter beschikking stellen.

Registraties op het voormalige Health Care Academy zijn op azlink Academy niet meer geldig. Het registratieproces is evenwel snel en kort gehouden en eens geregistreerd, is een vlotte planning van het professioneel leertraject nog eens zo eenvoudig.

Registreer via deze link
https://academy.azlink.be/registreer-event

EDUCATIEF PROGRAMMA

OKT 19

Symposium – Virologisch HerfstForum – Een handvol neurotrope virussen
Vrijdag 19 oktober 2018 – 17.00 uur - Auditorium VLM Brugge, Velodroomstraat, 8000 Brugge

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

NOV 13

AZ COLLOQUIA - Symposium - De Knie
Dinsdag 13 november 2018 – 20.30 uur – Auditorium campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge

Ook huisartsen en tandartsen zijn zeker welkom om nader kennis te maken met de diensten die verbonden zijn aan het 'Brugs Oncologisch Hoofd & Hals Centrum' (BOHCC).

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

NOV 24

Uitdagingen bij de ondersteuning van correct medicatiegebruik bij ouderen
Zaterdag 24 november 2018 – 8.30 uur - Auditorium campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge

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

DEC 11

AZ COLLOQUIA - LOK-avond
Interpretatie van laboratoriumtesten: praktijkgericht overzicht voor de eerste lijn
Dinsdag 11 december 2018 – 20.30 uur - Auditorium campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge

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

JAN 08

AZ COLLOQUIA - Symposium - Spine Unit: een multidisciplinaire benadering
Dinsdag 8 januari 2019 – 20.30 uur – Auditorium campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge

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

FEB 05

AZ COLLOQUIA - Symposium – Psychiatrisch aanbod Algemeen Ziekenhuis in de 21ste eeuw
Dinsdag 5 februari 2019 – 20.30 uur - Auditorium campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge

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

MRT 12

AZ COLLOQUIA - Symposium – Hoofdpijn en aangezichtspijn bij volwassenen
Dinsdag 12 maart – 20.30 uur - Auditorium campus Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge

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

Volgt u ons al op **LinkedIn?**

azlink
www.azlink.be

az sint-jan
brugge - oostende av