azlink

Pulse voor de medische praktijk

n°9 | Editie januari 2009

Vitrificatie

Innovatieve invriestechniek met perspectieven

Halslift na morbide obesitaschirurgie

De IKED-studie

Een gestructureerd programma voor kwaliteitsevaluatie en -bevordering in de Belgische diabeteszorg

Povere cardiovasculaire preventie in België

www.azlink.be

az sint-jan
brugge - oostende av

azlink

Pulse voor de medische praktijk

Editie januari 2009

Adviesraad
Voorzitter en coach: dr. Bruno Dillemans
dr. Alain Bols
dr. Marc Cabooter
dr. Kenneth Coenegrachts
Josefien De Bock
dr. Jurgen De Fruyt
dr. An De Vriese
dr. Hendrik Dhaese
dr. Rudi Kuhweide
dr. Hans Rigauts
dr. Frank Vandekerckhove
dr. Hans van den Ameele
Anne-Mie Vansteelant
Bart Verduyn

Werkten mee aan dit nummer
Josefien De Bock
Marilyn Dekeyser
dr. An De Vriese
dr. Bruno Dillemans
Jan Gunst
dr. Luc Missault
dr. Veerle Ringoet
dr. Sylvie Roggeman
dr. Gwen Swennen
dr. Kris Van de Moortele
dr. Sylva Van Imschoot
Anne-Mie Vansteelant
Bart Verduyn

Fotografie
Marc Lamoot
AZ Sint-Jan AV

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

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

Druk
Helewaut Print & Promotion bvba

Verantwoordelijke uitgever
Hans Rigauts

Inhoud

3 **Voorwoord**

4 **Povere cardiovasculaire preventie in België**

6 **De IKED-studie**
Een gestructureerd programma voor kwaliteitsevaluatie en -bevordering in de Belgische diabeteszorg

8 **Halslift na morbide obesitaschirurgie**

12 **Vitrificatie**
Innovatieve invriestechniek met perspectieven

Copyright © 2009 AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Alle rechten voorbehouden. De inhoud (zowel teksten als afbeeldingen) van dit magazine is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd of doorgegeven worden aan derden zonder schriftelijke toelating van de uitgever. Contact: Marilyn Dekeyser, marilyn.dekeyser@azbrugge.be.

Beste lezer,

Op 1 januari 2009 was de fusie tussen AZ Sint-Jan AV Brugge en Henri Serruys Oostende een feit. Het nieuwe ziekenhuis kreeg de naam AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Het fusieziekenhuis gaat verder op het bestaande elan. Het wil een innovatief referentiekader blijven voor al onze partners, in de eerste plaats voor patiënten en verwijzende artsen. De samenwerking met andere ziekenhuizen, huisartsen, centra voor nazorg en preventiecentra wordt verder uitgebouwd. Op deze manier wil het fusieziekenhuis haar rol in de regio bestendigen met respect voor ieders eigenheid. We zijn een open(baar zieken)huis dat toegankelijk is voor iedereen. Elke patiënt, ongeacht ras, stand of overtuiging is welkom en krijgt de best mogelijke zorg volgens de meest recente principes van 'best clinical practice'.

De naam 'Sint-Jan' blijft behouden. In Brugge heeft het ziekenhuis een geschiedenis die teruggaat tot in de 12de eeuw. Het oude logo van AZ Sint-Jan AV Brugge bevat verwijzingen naar de patroonheiligen van het ziekenhuis: Sint-Jan de Doper (lam met lans) en Sint-Jan de Evangelist (kelk met slang). Ook de ziekenzorg in Oostende gaat terug tot in de middeleeuwen. De grauwzusters en de zwartzusters staan hiervoor eerst in, in de 19de eeuw gevolgd door de zusters Augustinessen, die de naam Sint-Janshospitaal toekennen. U merkt dat de geschiedenis een rol blijft spelen in de huidige naamgeving.

Samen met de nieuwe naam is er een vernieuwd logo, dat de gestileerde weergave is van de waarden die het ziekenhuis vooropstelt. Graag geef ik u wat toelichting bij het logo. De drie onvolledige cirkels geven de open cultuur van het ziekenhuis weer. Iedereen is welkom en wordt omarmd door de drie pijlers van het ziekenhuis: geneeskunde, zorg en zorgondersteuning. De drieledigheid is tevens een aanduiding voor de drie campussen van het ziekenhuis: campus Sint-Jan Brugge, campus Sint Franciscus-Xaverius Brugge en campus Henri Serruys Oostende. Iedere campus heeft deels een eigen identiteit, en samen vormen ze de drieeenheid van het fusieziekenhuis.

Het ziekenhuis is bovendien een onderdeel van de drie belangrijke zuilen in de gezondheidszorg: preventie, ziekenhuiszorg en nazorg. Op basis van gelijkwaardigheid willen we samen met de andere partners deelnemen aan dit globale welzijnsproject.

Multidisciplinariteit mag geen hol woord zijn: het vormt de basis voor een goede ziekenhuiswerking. In dit opzicht staat de drieledigheid in het logo voor de samenwerking tussen de verschillende partners die de patiënt omkaderen: artsen, verpleegkundigen (en andere zorgmedewerkers) en ondersteunende diensten (keuken, techniek, administratie, schoonmaak en hygiëne). Met wat verbeelding herkent u in de tekening de weergave van een atoom, dat staat voor wetenschappelijk gefundeerde zorg en wetenschappelijke uitstraling.

Voor onze medewerkers willen we een ziekenhuis zijn dat staat voor zelfontplooiing, opleiding en carrièreplanning. In de dienstensector, en meer specifiek in de gezondheidszorg, is het welzijn van medewerkers een essentieel gegeven. Zij vormen het menselijk gezicht van het ziekenhuis. Een medewerker die zich goed voelt binnen de organisatie omdat zij/hij kansen krijgt zich verder te ontwikkelen, is een gemotiveerde en betrokken medewerker, wat afstraalt op de patiënt.

De drieledigheid staat ook voor B-H-V – een politiek begrip dat door de huidige financiële crisis wat op de achtergrond is geraakt. Bij ons hebben deze drie letters echter een vaste waarde, maar dan in een andere context: 'BHV' staat voor Bejegening, Hulpvaardigheid en Vriendelijkheid – noodzakelijke waarden waarmee we onze patiënten willen omringen.

U merkt dat we heel wat vindingrijkheid aan de dag hebben gelegd om het nieuwe logo van het fusieziekenhuis te duiden. Het is echter allerminst de bedoeling ons op te stellen als marketeers van een product. Daarvoor hebben we teveel respect voor de patiënten en de medewerkers. We willen u enkel onze oprechte intenties overbrengen.

Samen met alle medewerkers van het fusieziekenhuis wil ik u graag verzekeren dat ieder op haar of zijn niveau al het mogelijke zal doen opdat de mooie woorden geen loze woorden zijn. Ik ben er dan ook van overtuigd dat u evenveel leesgenot zal putten uit het nieuwe nummer van azlink, dat vanaf vandaag de medische activiteit van het nieuwe ziekenhuis met het nieuwe logo aan u wil overbrengen.

Bij deze wil ik u ook mijn oprechte wensen overmaken voor het nieuwe jaar. Veel leesgenot.

Hans Rigauts, Hoofdgeneesheer-directeur

Povere cardiovasculaire preventie in België

dr. Luc Missault,
dienst Cardiologie

In samenwerking met verschillende Belgische huisartsen heeft de dienst Cardiologie van AZ Sint-Jan AV een studie uitgevoerd over de efficiëntie van cardiovasculaire preventie. Het doel van dit onderzoek was om het SCORE-risico (de kans dat een fataal cardiovasculair incident binnen de tien jaar optreedt) te preciseren bij 12637 patiënten van minstens 50 jaar oud, die door hun huisarts worden opgevolgd. Cardiovasculaire preventie omvat een controle van de risicofactoren, en aanpassingen van de levensstijl met een dieet en geneesmiddelen.

Antihypertensiva, statines, hypoglycemiërende middelen

Algemeen is een medicamenteuze behandeling aangewezen wanneer het SCORE-risico hoger is dan 5%, vooral als het de 10% benadert of bij bepaalde organische letsels (bv. linkerventrikelhypertrofie). Antihypertensiva komen ter sprake wanneer de bloeddrukwaarden hoger zijn dan 140/90 mmHg; statines wanneer de totale cholesterol hoger is dan 190 mg/dl of wanneer de LDL-cholesterol hoger is dan 115 mg/dl. Bij diabetespatiënten wordt het gebruik van hypoglycemiërende middelen aangeraden.

Bij hoogrisicopatiënten – diabetespatiënten en patiënten met een bewezen cardiovasculaire aandoening – zijn de streefwaarden strenger.

Risicokenmerken bij de onderzochte populatie

risicofactor	% patienten
Body mass index > 30	41%
Abdominale obesiteit	50%
Sedentaire levensstijl	63%
leeftijd > 75 jaar	18,5%
Diabetes	19,5%
Vroeger cardiovasculair incident	27,4%
Prematuur familiaal vasculair lijden	25%

De streefwaarden voor arteriële bloeddruk, cholesterolemie en glycemie zijn de volgende:

Arteriële bloeddruk	< 130/80 mmHg
Totale cholesterol	< 175 mg/dl
LDL-cholesterol	< 100 mg/dl
Nuchtere glucose	110 mg/dl

Uit het onderzoek kwamen de volgende bevindingen voort:

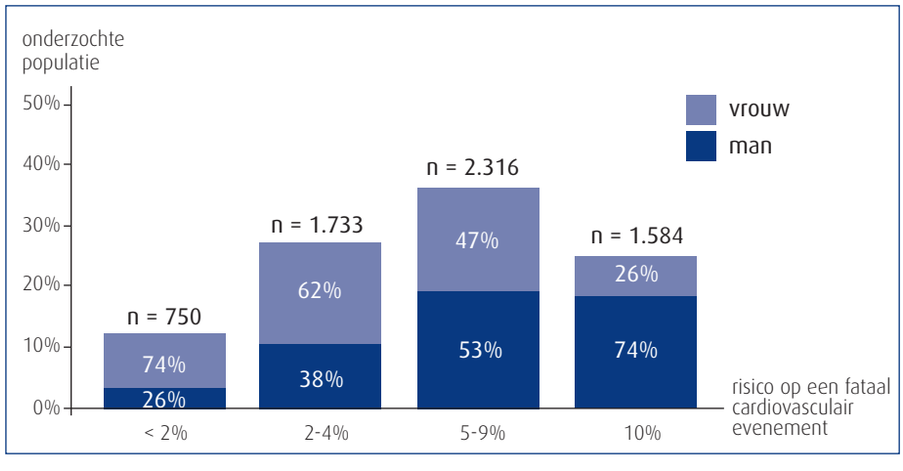
» **Drieëndertig procent rokers**
De resultaten tonen nog steeds een hoog percentage actieve rokers (33%), hoofdzakelijk mannen. De prevalentie van actief roken bedraagt 41% bij mannen en 23% bij vrouwen.

» **Hypertensie is bij meer dan de helft van de patiënten niet onder controle**
Eenenzestig procent van deze patiënten met hypertensie krijgt minstens één antihypertensivum voorgeschreven. De gemiddelde systolische bloeddruk is echter vaak nog te hoog (gemiddeld 141 ± 15 mmHg).

» **Patiënten met hypercholesterolemie worden onvoldoende en vaak helemaal niet behandeld**
De classificatie van patiënten op basis van de aan- of afwezigheid van hypercholesterolemie werd aanvankelijk overgelaten aan de beoordeling van de onderzoeker. Van 40% van de proefpersonen wordt de cholesterolemie op die manier als normaal beschouwd. Bij de patiënten die als hypercholesterolemisch werden beschouwd, bedraagt de gemiddelde cholesterolspiegel 242 ± 35 mg/dl.
De patiënten worden vervolgens opnieuw gerangschikt op basis van de drempelwaarden die in de Europese aanbevelingen worden vermeld. Slechts 0,4% van de proefpersonen die aanvankelijk als hypercholesterolemisch werden beschouwd, worden uiteindelijk bij de mensen met een normale cholesterolemie gerangschikt.
Het percentage patiënten met hypercholesterolemie dat wordt onder-behandeld, is bijzonder hoog (76,3%). Drieëntwintig procent van de proefpersonen wordt niet behandeld en zo goed als geen enkele patiënt wordt correct behandeld.

» **Eén proefpersoon op twee vertoont abdominale obesitas en één op vijf heeft diabetes**
Bij maar liefst 41% van de proefpersonen wordt een Body Mass Index hoger dan 30 vastgesteld. Het percentage abdominale obesitas is 50%.
De prevalentie van diabetes is 19,5%. Zevenentwintig procent van de patiënten heeft al een cardiovasculair voorval meegemaakt en 18,5% is ouder dan 75 jaar.

» **Het risico op een fataal vasculair incident binnen de tien jaar is zeer hoog bij de onderzochte populatie**
Als hoogrisicopatiënten worden beschouwd: de proefpersonen met diabetes en met persoonlijke antecedenten van een cardiovasculair evenement en/of een leeftijd hoger dan 75 jaar. Ze worden dus niet in aanmerking genomen bij de evaluatie van het risico met behulp van het SCORE-systeem. Voor de overige 50,5% is het risico op een fataal cardiovasculair evenement binnen de tien jaar, op basis van het aan Belgische normen aangepaste SCORE-systeem, lager dan 2%, 2-4%, 5-9% en 10% of meer bij respectievelijk 11,75%, 27,15%, 36,28% en 24,82% van de populatie (zie figuur). In de groepen met een hoog SCORE-risico is het percentage mannen hoger.



Referenties

1. European Heart Journal 2007; 2375-2414.
2. Missault L, Witters N, Imschoot J. High ten year risk for fatal cardiovascular disease in ambulatory daily practice patients in Belgium. Acta Cardiologica 2008;63:11-12.
3. Campbell CL et al. JAMA 2007; 2018-2024.

Besluit

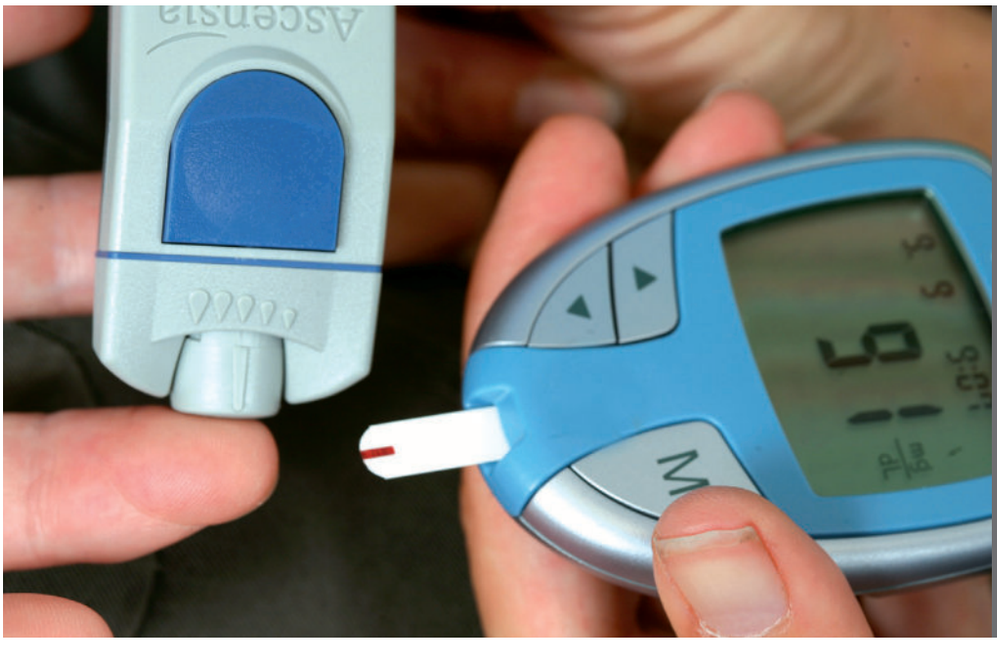
Een middelmatig rapport

Deze studie toont aan dat het risico op een fataal cardiovasculair evenement binnen de tien jaar heel hoog blijft in België, zelfs binnen een gemedicaliseerde populatie en duidelijke richtlijnen ten spijt. De hoge prevalentie van roken en obesitas wijst erop dat bewustmakingscampagnes moeten worden voortgezet. De controle van de arteriële bloeddruk laat sterk te wensen over, en ook de behandeling van hypercholesterolemie is ruim onvoldoende. ■

De IKED-studie

Een gestructureerd programma voor kwaliteitsevaluatie en -bevordering in de Belgische diabeteszorg

dr. Sylva Van Imschoot,
dienst Inwendige Ziekten,
afdeling Endocrinologie



Sinds 1988 kunnen Belgische diabetescentra een revalidatie-overeenkomst voor zelfregulatie bij diabetespatiënten afsluiten met het RIZIV. In het kader van deze overeenkomst – de diabetesconventie – wordt zelfregulatie (zelfcontrolemateriaal en de daarbij noodzakelijke educatie) aangeboden aan diabetespatiënten die met minimum twee insuline-injecties per dag behandeld worden.
Het doel van de diabetesconventie is de verbetering van de diabetes-regulatie en de globale aanpak (behandeling van andere cardio-vasculaire risicofactoren zoals overgewicht, bloeddruk, lipiden). Op die manier wil men op lange termijn niet alleen de typische diabetescomplicaties, maar ook de macrovasculaire complicaties vermijden.

Het 'Initiatief voor Kwaliteits-bevordering en Epidemiologie voor Diabetes' (IKED) werd in 2001 opgericht als kwaliteitsbevorde-ringsproject. Alle conventiecentra nemen verplicht deel aan dit project. Binnen het IKED-project functioneert een stuurgroep met vertegenwoor-digers en artsen van universitaire en niet-universitaire centra, mutua-liteiten en patiëntenorganisaties. De verzameling en verwerking van gegevens wordt uitgevoerd door een onafhankelijk instituut, het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV). De IKED-studie is het enige lopende gestruc-tureerde programma voor kwaliteits-evaluatie en -bevordering in de diabeteszorg in België.

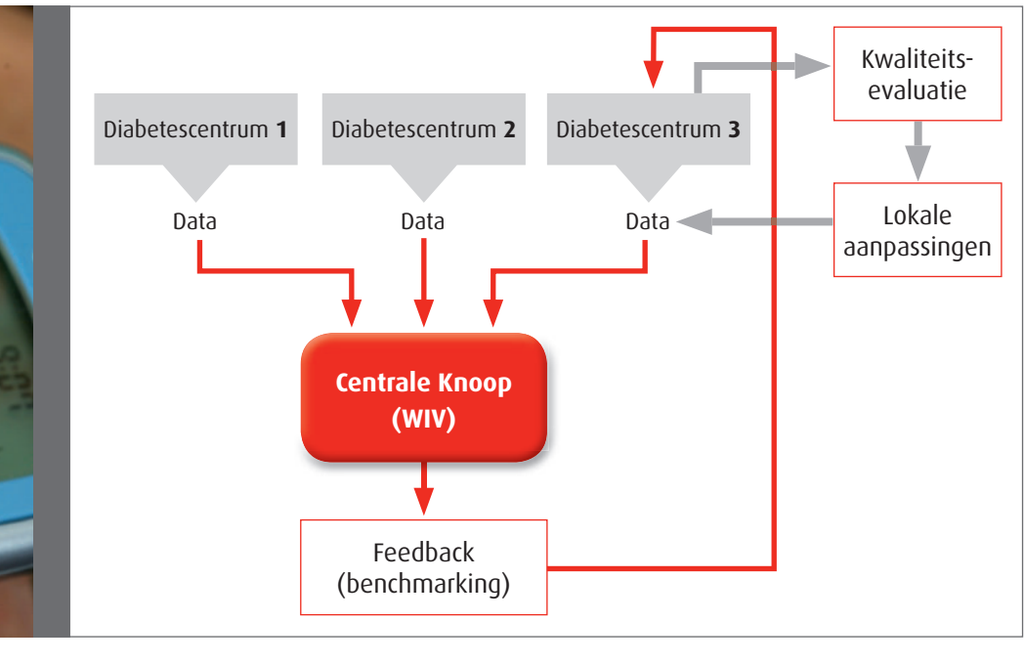
Doelstelling en principe

De studie beoogt in de eerste plaats een verbetering van de kwaliteit van de diabeteszorg in de centra zelf. Elk centrum verzamelt voor een aselecte representatieve steekproef van conventiepatiënten een aantal gegevens over het profiel van de patiënt, de behandeling, de risico-factoren voor micro- en macrovas-culaire complicaties, de vroegtijdige merkers van de complicaties en de eindstadiumcomplicaties.

De gegevens van alle centra worden na anonimisatie verzameld op de nationale server in het WIV. Na ver-werking van de gegevens geeft het WIV feedback, zodat elk centrum zijn eigen resultaten kan vergelijken met die van andere centra (anonieme benchmarking) en eventuele aanpas-singen in zijn diabeteszorg en orga-nisatie kan doorvoeren. Het is niet de filosofie van de IKED-studie om controle van bovenaf uit te oefenen,

maar wel om de zorg te verbeteren door lokale maatregelen in de centra zelf te stimuleren.

De gegevens worden ook verwerkt in een rapport aan het RIZIV, dat kan gebruikt worden om adviezen te geven aan de overheid over de organisatie van diabeteszorg. Aangezien het om nationale gegevens gaat, die uniek zijn voor België, worden ze ook gebruikt voor epidemiologische doeleinden. Ten slotte kadert de datacollectie in een internationaal protocol, Diabcare, waardoor in de toekomst vergelijking met andere landen mogelijk wordt.



Resultaten

Sinds de start in 2001 zijn er in de IKED-studie vier datacollecties gebeurd. Momenteel beschikken we over de gegevens van 32000 patiënten. De overgrote meerderheid van type 1 diabetespatiënten zijn opgenomen in de conventie en de gegevens mogen dus als representatief beschouwd worden voor de volledige Belgische type 1 diabetespopulatie. Voor de type 2 diabetici is dit niet het geval. De type 2 diabetici in de conventie bevinden zich al in een gevorderd stadium van de ziekte. Ze worden met minstens twee insuline-injecties behandeld, maar meer en meer ook met intensieve insulinetherapie, en hebben dikwijls te kampen met ernstige complicaties.

De diabetespopulatie vertoont bovendien ook een complex patroon van cardiovasculaire risicofactoren. Dit alles vraagt een multifactoriële behandeling, die niet alleen gericht is op glycemiecontrole maar ook op cardiovasculaire preventie en vroegtijdige detectie en adequate behandeling van complicaties.
Het inpassen van die behandeling in het dagelijkse leven is niet eenvoudig en vergt continue begeleiding door een multidisciplinair diabetesteam. De IKED-gegevens tonen aan dat dit in de conventie op een zeer performante wijze gebeurt. De resultaten zijn in vergelijking met buitenlandse gegevens over vergelijkbare populaties bijzonder goed, zeker wanneer men er rekening mee houdt dat het over real-life data gaat en niet over een geselecteerde studiepopulatie.

De voornaamste doelstelling van IKED is erover te waken dat de zorg op niveau blijft en, indien mogelijk, verbetert. Daarom wordt na de verwerking van de data uitgebreide individuele feedback bezorgd aan elk centrum. Op basis hiervan kan het centrum zijn diabeteszorg aanpassen en verbeteren. Dit heeft sinds het opstarten van IKED al duidelijke resultaten opgeleverd.

Conclusie

IKED is dus een uitstekend middel om de diabeteszorg op te volgen en bij te sturen. Het kan als model dienen voor kwaliteitsbewaking van de zorg bij andere chronische ziekten en ook voor opvolging van het zorgtraject diabetes, dat in principe in 2009 opgestart wordt.

Met het diabeteszorgtraject wil men de diabeteszorg in de eerste lijn verbeteren door het gestructureerd aanbieden van zelfcontrolemateriaal en educatie. Hiervoor zal een intensieve samenwerking met diabeteseducatoren en diabetologen noodzakelijk zijn. De praktische organisatie en uitwerking van het project is momenteel nog ter discussie in het RIZIV. ■

Als langbestaand diabetescentrum volgen we in AZ Sint-Jan AV een diabetespopulatie met een gemiddelde diabetesduur die duidelijk hoger ligt dan de mediaan in de studie. Desondanks scoren we voor bereikte therapiedoelen en zelfs voor de meeste complicaties beter dan de mediaan. De gegevens van elke feedback worden besproken in ons multidisciplinair diabetesteam en er worden praktische maatregelen uitgewerkt om onze performantie te verbeteren.

Referenties

Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes – IKED: rapportresultaten 2005-2006. Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid – Afdeling Epidemiologie.

Halslift na morbide obesitaschirurgie

dr. Gwen Swennen,
dienst Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie

De prevalentie van obesitas blijft wereldwijd toenemen. Bij morbide obesitas stijgt het risico op gezondheidsproblemen als gevolg van de obesitas. Typische comorbiditeiten in samenhang met obesitas zijn diabetes, hypertensie, en hart- en vaat ziekten. Het overgewicht van de patiënt wordt gedefinieerd door de BMI (Body Mass Index) (zie tabel 1).

De heelkunde met als doel het bereiken van een blijvende gewichtsvermindering (bariatrische chirurgie of morbide obesitaschirurgie) is dan ook sterk gegroeid de laatste jaren. Alleen al in AZ Sint-Jan AV (o.l.v. dr. Bruno Dillemans), werden in 2007 1.000 bariatrische operaties uitgevoerd.

Post-bariatrische lichaamscontour-herstellende heelkunde

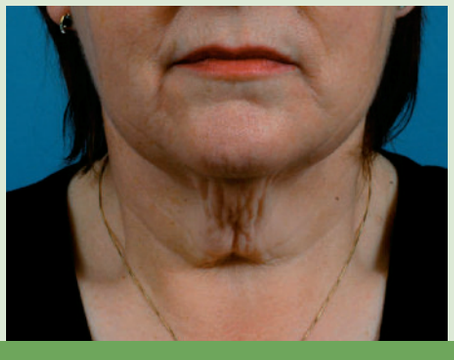
Aangezien het gemiddelde verlies aan overgewicht over vijf jaar na een maagband 50 à 60 kg en na een laparoscopische gastric bypass 60 à 75 kg bedraagt, is er een grote toename van patiënten die op zoek zijn naar lichaamscontour-herstellende heelkundige ingrepen.

Een zoektocht op Pubmed illustreert de toename aan wetenschappelijke publicaties over lichaamscontour-herstellende operaties na bariatrische

AFBEELDING 1

Typische verticale huidplooien (platysmabanden) bij de patient na morbiede obesitas chirurgie. Foto's voor en na halslift met correctie van de platysmabanden door middel van platysmaraphie.

voor



na

voor

TABEL 1
Definitie van overgewicht op basis van de Body Mass Index (BMI)

	BMI
Normaal gewicht	18-25
Overgewicht	25-30
Obesitas	30-35
Morbide obesitas	> 35 met comorbiditeit
	> 45

chirurgie. Opvallend is dat, op één uitzondering na, dit allemaal studies zijn over buikwandcorrecties, en borst-, been-, dij- en armlifts. De halslift (en facelift) komt tot nu toe amper aan bod in de wetenschappelijke literatuur.

De toenemende vraag naar halslifts na bariatrische heelkunde

In de dagelijkse klinische situatie stijgt echter de vraag van de post-bariatrische patiënt naar een correctie van de hals, al dan niet in combinatie met een ooglidcorrectie, een facelift of een lipvulling.

Na de bariatrische ingreep heeft de patiënt typisch een overvloed aan huid en vet ter hoogte van de hals ('dubbele kin') in combinatie met een verlies aan elasticiteit van de huid (zie afbeelding 1 en 2). Dit zorgt vaak voor sociale, psychologische en functionele problemen bij deze patiënten. Bij een toenemende patiëntenpopulatie is er dus een duidelijke nood aan operaties die de hals- en aangezichtscontouren verbeteren. Deze patiëntengroep verschilt van de zuiver cosmetische patiëntenpopulatie, zowel op algemeen geneeskundig als op heelkundig vlak.

Halsliftprocedure na bariatrische chirurgie

Een halslift na bariatrische chirurgie is een standaardprocedure die plaatsvindt onder algemene narcose. De proceduretijd is patiëntgebonden en bedraagt 150 tot 180 minuten. Bij aanvang van de operatie wordt onder de huid een verdund lokaal anaestheticum geïnfiltreerd (tumescentie-infiltratie). Daarna volgt een liposuctie van de volledige halsstreek. Vervolgens wordt de huid ter hoogte van de hals losgemaakt van de onderliggende halsspier (platysma) via een niet-zichtbare insnede achter het oor.

Aangezien er onder de kin altijd een overschot aan huid en vetweefsel aanwezig is, is het noodzakelijk een bijkomende insnede te maken onder de kin – deze wordt verstopt in een natuurlijke plooi zodanig dat ze niet zichtbaar is. Via deze incisie is het niet alleen mogelijk het vet boven en onder de halsspier te verwijderen (lipectomie) maar ook om de halsspier opnieuw in de middellijn te verenigen (platysmaraphie) en de kin-hals lijn te herdefiniëren. Door het extreme overgewicht is de halsspier zeer dun geworden en niet »»»

In de dagelijkse klinische situatie stijgt de vraag van de post-bariatrische patiënt naar een correctie van de hals.

na

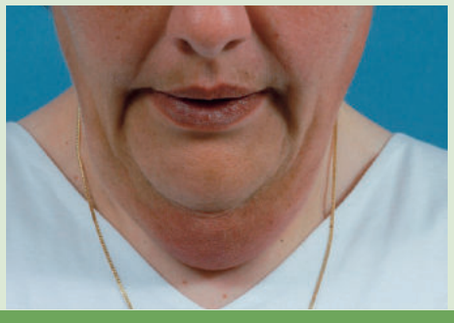
voor

na

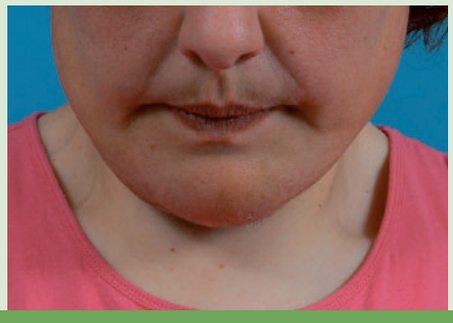
AFBEELDING 2

Typische "dubbele kin" bij de patient na morbiede obesitas chirurgie. Foto's voor en na halslift met correctie van de dubbele kin.

voor



na



voor

Een halslift bij de post-bariatrische patiënt vereist een optimaal begrip en kennis van de unieke anatomische, metabolische en psychologische kenmerken van deze patiënten.

meer in de middellijn verenigd (platysma diastase). Als gevolg hiervan puilt het vet uit in de middellijn en dit veroorzaakt in combinatie met het overschot aan huid de typische verticale huidplooien (platysmabanden) (zie afbeelding 1).

Na reconstructie van de halsspier in de middellijn, wordt de halsspier zijdelings opnieuw in zijn oorspronkelijke status strakgetrokken. Vervolgens wordt het overschot aan huid verwijderd en de huid gedrapeerd over de gereconstrueerde halsspier.

Postoperatief ervaart de patiënt weinig pijn en wordt hij/zij snel weer gemobiliseerd. De hospitalisatie bedraagt één tot twee dagen. De patiënt krijgt manuele lymfedrainage en draagt een individueel aangepast halsverband – 24 uur tijdens de eerste twee weken, de zes daaropvolgende weken enkel 's nachts.

Resultaten en vermijden van complicaties

De morbide obesitaspatiënt blijft ook na het verlies van zijn/haar overgewicht een hoogrisicopatiënt wegens mogelijke complicaties als gevolg van de obesitas (diabetes, hypertensie, hart en vaatziekten,…). Verder is de post-bariatrische patiënt gevoeliger voor wondhelingsproblemen door nutritionele deficiënties (proteïnen, vitamines,…).

Een halslift (al dan niet in combinatie met een facelift, ooglidcorrectie,….) bij de post-bariatrische patiënt vereist een optimaal begrip en kennis van de unieke anatomische, metabolische en psychologische kenmerken van deze patiënten. Om complicaties te vermijden is het dan ook van groot belang dat de planning van een halslift bij de post-bariatrische patiënt gebeurt in nauw overleg met het multidisciplinaire bariatrische team.

Verder spreekt het voor zich dat een dergelijke ingreep moet gebeuren in een ziekenhuis waar de nodige kennis, ervaring en routine aanwezig zijn voor deze specifieke patiëntenpopulatie. Een individuele planning en een nauwgezette chirurgische techniek zijn essentieel voor een optimaal behandelingsresultaat bij deze patiënten. Individueel moet men nagaan of het gewicht zich gestabiliseerd heeft, of de patiënt rookt en of hij/zij geen nutritionele tekorten heeft.

Referenties

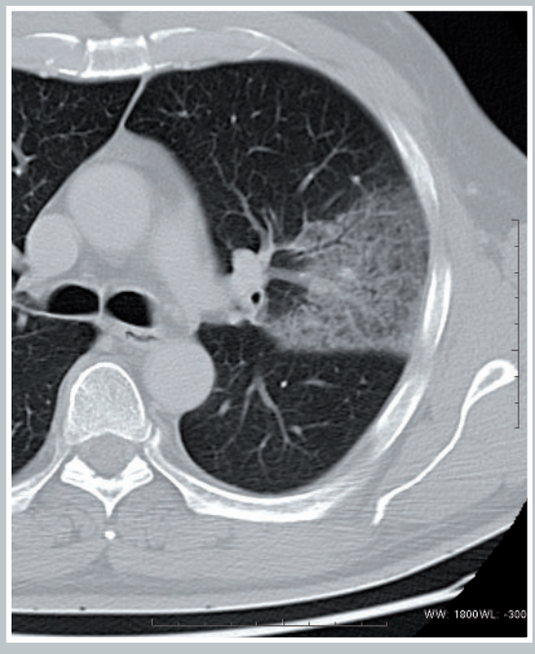
1. Sclafani AP. Restoration of the jawline and the neck after bariatric surgery. Facial Plast Surg. 2005;21:28-32.
2. Lille ST, Perumean JC. The lateral and medial neck lift: an alternative to cervicofacial surgical rejuvenation in the obese patient. Plast Reconstr Surg. 2007;119:432-3.
3. Davison SP, Clemens MW. Safety first: precautions for the massive weight loss patient. Clin Plast Surg. 2008;35:173-83.

na

Conclusie

- » Halslift na bariatrische chirurgie is een veilige en doeltreffende behandelingsmethode.
- » De levenskwaliteit van de post-bariatrische patiënt verbetert aanzienlijk na een halslift.
- » Een halslift na bariatrische chirurgie moet individueel gepland worden in nauw overleg met het multi-disciplinaire bariatrische team.
- » Modificaties van de standaard halsliftprocedure zijn noodzakelijk om optimale resultaten te bereiken.
- » Een halslift na bariatrische chirurgie moet uitgevoerd worden in een ziekenhuis door een team bestaande uit een chirurg, een anesthesist en verpleegkundigen, allen met een ruime ervaring in post-bariatrische chirurgie. ■

Beeld van de maand
'crazy paving' patroon



Wanneer we op een hoge resolutie CT-scan van de thorax een reticulair patroon zien, gesuperponeerd op een achtergrond van matglasopaciteit, spreken we van het 'crazy paving' patroon. Vaak zien we een typische polygonale vorm en een scherpe grens tussen de normale en abnormale zones.

Jammer genoeg is dit prachtige patroon niet pathognomonisch. Het werd oorspronkelijk beschreven bij een zeldzame aandoening, namelijk pulmonaire alveolaire proteinose, maar het komt ook voor bij andere subacute tot chronische longaandoeningen (idiopathische longfibrose, niet-specifieke interstitiële pneumonitis, hypersensitivity pneumonitis, BOOP, chronische eosinofiele pneumonie, Churg-Strauss syndroom, lipoïd pneumonie, lymfangitis carcinomatosa, broncho-alveolair celcarcinoma), en ook bij meerdere acute aandoeningen (acute interstitiële pneumonitis, ARDS, longoedeem, longbloeding, infectieuze pneumonie, acute eosinofiele pneumonie en radiatiepneumonitis).

Het beeld op de foto zagen we bij een patiënt met een ernstige community acquired pneumonia.

Voor meer informatie, contacteer dr. Veerle Ringoet, dienst Pneumologie en dr. Kris Van de Moortele, dienst Radiologie.

Vitrificatie

Innovatieve invriestechniek met perspectieven

Succesvol invries-dooiprogramma in het Centrum voor Reproductieve Geneeskunde Brugge

Jan Gunst,
klinisch embryoloog, Laboratorium Centrum voor Reproductieve Geneeskunde (CRG)

dr. Sylvie Roggeman,
dienst Laboratorium Hematologie

Vandaag wordt zonder enige twijfel aanvaard dat het invriezen van reproductieve cellen en embryo's een noodzakelijke procedure is bij elke vooruitstrevende techniek in het domein van de reproductieve geneeskunde. De routinetoepassing van een goed en veilig invriesprogramma staat immers ontegensprekelijk in relatie met een beter resultaat bij medisch begeleide voortplanting (MBV) en leidt tot hogere cumulatieve zwangerschapscijfers, zowel wat betreft klinische als doorgaande zwangerschappen.

FIGUUR 1
Belangrijkste verschillen traag invriezen vs. vitrificatie

TRAAG INVRIEZEN	VITRIFICATIE
» Tijdsduur: 2-3 uur (alle cellen)	» Tijdsduur: minuten (niet alle cellen)
» Gecontroleerde koelsnelheid: -0,3°C/min	» Niet-gecontroleerde koelsnelheid: -20.000°C/min
» Duur invriestoestel	» Goedkope manuele handeling
» Relatief lage concentratie cryoprotectant: 5%-10%	» Hoge concentratie cryoprotectant: 30%-40%
» Geen directe blootstelling aan vloeibare stikstof mogelijk: » Trage dehydratatie » Ijskristalformatie	» Directe blootstelling aan vloeibare stikstof mogelijk: » Direct vaste glasachtige structuur » Geen ijskristalformatie

Vitrificatie is het ultrasnel invriezen (-20.000°C/min) binnen uiterst korte contacttijden (<45 sec) en met zeer hoge concentraties cryoprotectanten (30%-40%).

Sinds de wetgeving van 2003 worden bij alle vrouwen tot en met 42 jaar die aangesloten zijn bij een Belgische mutualiteit maximum zes in-vitro-fertilisatie (IVF) behandelings-cycli gefinancierd door de Federale Overheid. In dit kader is het aantal verse embryo's dat teruggeplaatst mag worden in de baarmoeder wettelijk bepaald volgens de leeftijd van de vrouw en de rangorde van de cyclus. Bij een vrouw van 37 jaar, bijvoorbeeld, mogen in haar tweede verse behandelingscyclus maximum twee embryo's teruggeplaatst worden; bij een vrouw van 23 jaar in haar eerste behandelingscyclus slechts één embryo.

Het gevolg van deze regelgeving is dat er meer embryo's overblijven die in deze verse fase niet mogen getransfereerd worden (overtallige embryo's). Indien hun kwaliteit dit toelaat, worden deze embryo's (± 30%) ingevroren en bewaard (cryopreservatie). Daarnaast schrijft dezelfde wet voor de ingevroren embryo's eerst te dooien en terug te plaatsen (Frozen Embryo Transfer of FRET) alvorens een volgende verse cyclus te starten. Op die manier wordt het potentieel van een IVF-cyclus om ethische, economische en medische redenen maximaal benut. Dit alles heeft als gevolg dat de cryopreservatie van embryo's in België zeer belangrijk geworden is.

Cryopreservatie: ideaal ontwikkelingsstadium?

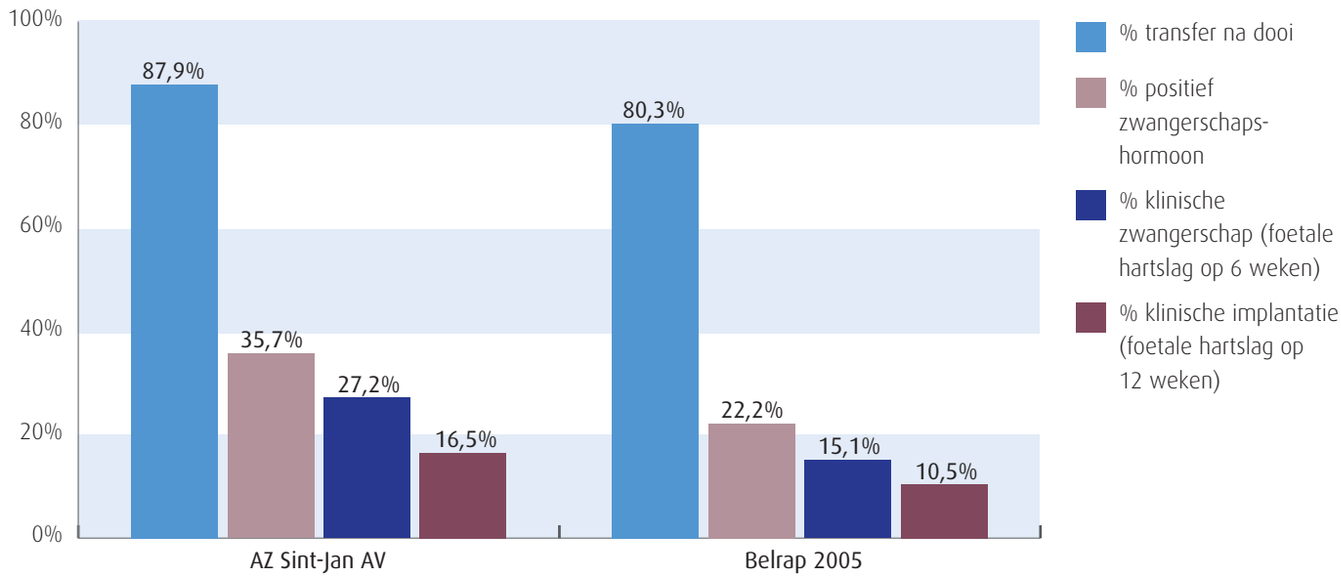
Er bestaat discussie over het ideale tijdstip of ontwikkelingsstadium waarop humane embryo's worden ingevroren. De hoofdcomplicatie voor delende embryo's – vanaf dag twee na de inseminatie – is dat een deel van de cellen (of blastomeren) na het ontdooien in het embryo beschadigd kunnen zijn, zodat het implantatievermogen verlaagt van ongeveer 30% naar 10% in vergelijking met volledig intacte embryo's. Voor verder ontwikkelde embryo's (blastocysten, op dag 5 na de inseminatie) blijkt celverlies na het ontdooien minder nefast voor de verdere ontwikkeling, omdat de cellen kleiner en talrijker aanwezig zijn. De meest evolutieve blastocysten zijn met hun groeiende of expanderende holte echter zeer gevoelig voor koelingsschade en overleven de conventionele ontdooi-procedures in minder dan 40% van de gevallen.

»»»

FIGUUR 2

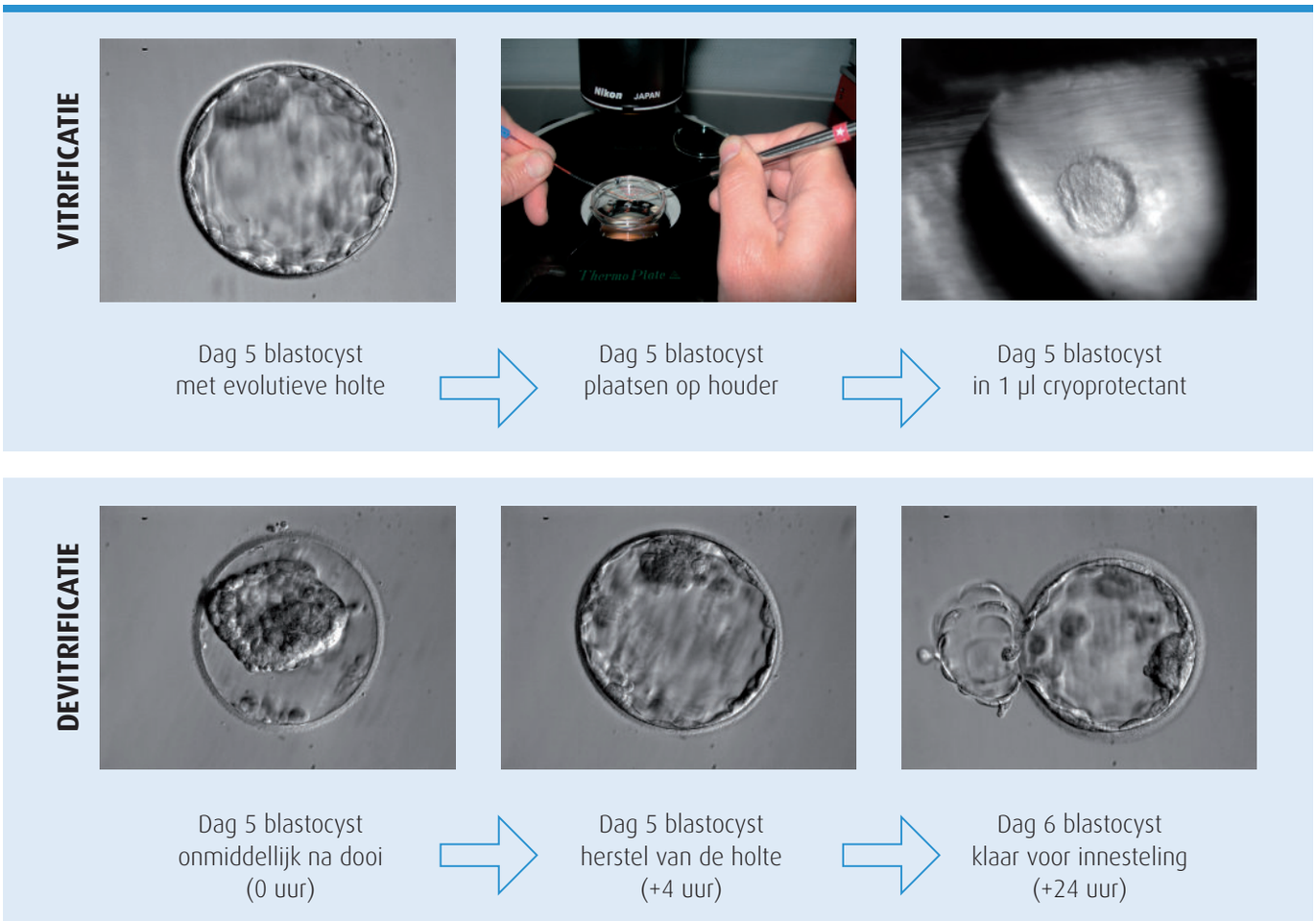
Overzicht traag invries/dooi programma delende embryo's

AZ Sint-Jan AV van 2002 tot 2007 (521 cycli) in vergelijking met de nationale cijfers van 2005 (Belrap: Belgian Registration for Assisted Reproduction 2005; www.belrap.be)



FIGUUR 3

Overzicht vitrificatie-devitrificatie evolutieve blastocyst



In 2000 was AZ Sint-Jan AV het eerste Belgische ziekenhuis dat de trage invriesmethode voor delende embryo's succesvol toepaste in een veilig, volledig gesloten bewaarsysteem.

Traag invriezen versus vitrificatie

De eerste humane delende embryo's werden succesvol ingevroren in 1983 (Trounson en Mohr). In 1985 werden blastocysten ingevroren door Cohen. Beiden gebruikten een trage invriesmethode. Deze techniek beperkt het risico op celschade door intracellulaire ijskristalvorming: het delicate evenwicht tussen de traag dalende temperatuur (-0,3°C/min) en de cellulaire dehydratatie wordt ondersteund door een 10% koude beschermende stof (cryoprotectant) en een suikergroep (bv. propaandiol of dimethylsulfoxide (DMSO) met sucrose).

In 2001 startte Mukaida met een ultrasnelle invriestechniek op blastocysten met een positieve klinische uitkomst bij de mens: vitrificatie of letterlijk verglazing van embryo's. Vitrificatie is het ultrasnel invriezen (-20.000°C/min) binnen uiterst korte contacttijden (<45 sec) en met zeer hoge concentraties cryoprotectanten (30%-40%). Door de extreem hoge viscositeit van het medium wordt onmiddellijk een vaste fase bereikt zonder vorming van ijskristallen. Zo wordt de ijskristalbeschadiging omzeild en is de blootstelling aan toxische en osmotische schade door de cryoprotectanten beperkt in de tijd. Voor deze techniek zijn speciale houders ontwikkeld die toelaten met minimale volumes tot 1 microliter (μl) cryoprotectant te werken, en die (in)direct contact kunnen maken met vloeibare stikstof (-196 °C). Figuur 1 toont de verschillen tussen traag invriezen en vitrificatie.

Invriestechnieken en innovatie

Vandaag is de trage invriesmethode voor delende embryo's en blastocysten wereldwijd de meest gebruikte methode. In 2000 was AZ Sint-Jan AV het eerste Belgische ziekenhuis dat de trage invriesmethode voor delende embryo's succesvol toepaste in een veilig, volledig gesloten bewaarsysteem. Met dezelfde voorzichtigheid en rekening houdend met de geldende veiligheid- en kwaliteitsnormen werd de vitrificatietechniek geïntroduceerd voor blastocysten (figuur 2 en 3).

Vitrificatie zal in 2009 uitgebreid worden voor eicellen, die uiterst gevoelig zijn aan vriesschade. De techniek zal toegepast worden voor acute eicelpreservatie wanneer geen beschikbare zaadcellen voorradig zijn na een eicelaspiratie of als optie vóór therapie bij vrouwelijke oncologische patiënten.

In de nabije toekomst zal de vitrificatietechniek toegepast worden voor het invriezen en bewaren van donoreicellen, zodat dezelfde serologische veiligheid geboden wordt, zoals nu bij spermadonatie. Ten slotte blijkt vitrificatie succesvol voor ovariumweefsel. Uit de diermodellen en de eerste humane klinische studies blijkt de vitrificatiemethode voor cellen en weefsels echter verschillend te zijn. De uitdaging voor optimale vitrificatieresultaten is dus de techniek per cel- of per weefseltype fijner af te stellen. De vitrificatie is aan een opmars begonnen om een wereldwijde revolutie te ontketenen in het toekomstige cryopreservatiebeleid van reproductieve cellen en weefsels.

Referenties

1. Cohen J, Simons RF, Edwards RG et al. Pregnancies following the frozen storage of expandinghuman blastocysts. Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer 1985;2:59-64.
2. Mukaida T, Nakamura S, Tomiyama T, Wada S, Kasai M.,Takahashi K Successful birth after transfer of vitrified human blastocysts with use of a cryoloop containerless technique. Fertil. Steril. 2001;76:618-620.
3. Trounson A, Mohr L. Human pregnancy following cryopreservation, thawing and transfer of an eight-cell embryo. Nature 1983;305:707-709.

Conclusie

Vitrificatie is een veilige methode voor het invriezen van humane embryo's. Wanneer de kwaliteit van een delend embryo dit toelaat, laten we dit embryo in de laboratoriumomgeving verder ontwikkelen. Het terugplaatsen in de baarmoeder van een mooi ontwikkelde en leefbare blastocyst resulteert immers in hogere zwangerschaps- en implantatiekansen (resp. ± 50% en ±35%). De blastocyst is dan ook het eerste biologisch materiaal dat vandaag routinematig wordt gevitrificeerd in het laboratorium CRG van AZ Sint-Jan AV. In vergelijking met de trage invriesmethode verdubbelen de overlevingskansen na het dooien tot meer dan 80%. ■

Thesisverdediging dr. Kenneth Coenegrachts

Op woensdag 25 februari 2009 zal dr. Kenneth Coenegrachts (dienst Radiologie) zijn doctoraatsthesis verdedigen, met als titel 'Development of new imaging techniques for improved detection and characterization of focal liver lesions using magnetic resonance imaging'. De verdediging start om 14u in de pas gerenoveerde Agnietenkapel (Oudezijds Voorburgwal 231) te Amsterdam.

Interesse om dit gebeuren bij te wonen?
Neem dan voor **zaterdag 24 januari** contact op met dr. Coenegrachts (050 45 21 03, kenneth.coenegrachts@azbrugge.be).

Medewerkers NKO en Logopedie vallen in de prijzen

Op zaterdag 18 oktober 2008 vond de proclamatie plaats van de Masters in de Sociale Gezondheidswetenschappen die in 2008 afstudeerden aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent. Er werden drie prijzen uitgereikt, waarvan twee aan medewerkers van de diensten NKO en Logopedie van ons ziekenhuis. Youri Maryn, Afdelingshoofd en Licentiaat in de Logopedie, mocht de Prijs Sociale Gezondheidswetenschappen 1998-2008 in ontvangst nemen voor zijn postgraduate wetenschappelijke activiteiten. Janne Dedeyne, Master in de Audiologie en sinds kort aan de slag als Audiologe in ons ziekenhuis, ontving de Prijs professor van Helmont voor de meest verdienstelijke student.

Op vrijdag 12 december 2008 viel Youri Maryn opnieuw in de prijzen tijdens het congres van de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL). Hij mocht er de VVL-prijs in ontvangst nemen. Met deze prijs bekroont een jury van VVL-leden een publicatie op basis van verschillende criteria – in dit geval een artikel dat Youri Maryn samen met twee thesisstudenten en een collega van de KHBO heeft geschreven, met als titel 'Logopedische therapie van verbale apraxie en dysartrie: enquête, interactieve behandeling en casus'. De uitreiking van de prijs gebeurde door niemand minder dan Kim Gevaert, zelf ook logopediste.

Wij wensen onze medewerkers van harte proficiat!

Wetenschappelijke publicaties vanaf nu verzameld op www.azlink.be

Jaarlijks publiceren de artsen van ons ziekenhuis wetenschappelijke artikels in peer-reviewed tijdschriften (beschikbaar op PubMed, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed) en in internationale boeken. Ze publiceren ook artikels in andere gekende tijdschriften en op gespecialiseerde websites. Daarnaast geven onze artsen geregeld presentaties op nationale en internationale congressen.

Vanaf nu zijn deze artikels en presentaties terug te vinden op de website van azlink (www.azlink.be) en op de website van ons ziekenhuis (www.azbrugge.be, binnenkort nieuwe domeinnaam www.azsintjan.be na de fusie).

De artikels zijn gesorteerd per dienst, per arts en per publicatie, wat het zoeken naar een specifiek artikel vergemakkelijkt.

Deze database wordt regelmatig up-to-date gehouden.

Voor vragen hieromtrent kunt u steeds terecht bij Marilyn Dekeyser (marilyn.dekeyser@azbrugge.be, 050 45 22 54).

az sint-jan
brugge - oostende av