AZ LINK

pulse voor de medische praktijk

AZ Sint-Jan Brugge

BEST PRACTICE

De ziekenhuisbloedbank: transfusiebeleid gericht op uitdagende patiëntendoelgroep

nr 59 – februari 2024 – www.azlink.be

AZ Sint-Jan Brugge AV
Editie februari 2024

Adviesraad
Voorzitter: dr. Bruno Dillemans
Coach: dr. Catherine Dick
dr. Olivier Deryck
dr. Michel Langlois
dr. Anne Loccufier
dr. Hans Rigauts
dr. Sarah Roels
dr. Pieter-Jan Vandekerckhove
dr. Hugo Vereecke
Anne-Mie Vansteelant
Dienst Communicatie

Werkten mee aan dit nummer
dr. Barbara Cauwelier
dr. Pieter D'hulst
dr. Anaïs De Landtsheer
An-Sofie De Boi
dr. Jens Van Praet
dr. Stefaan Vandecasteele
apr. Veerle Grootaert
apr. Astrid Heus
Ewout Laureyns
Annelies Bervoet
dr. Hanne Vandevivere
dr. Francis Bonte
dr. Filip Stockmans
dr. Pieter Pierreux
dr. Bart Berghs
Dries Fieremans
dr. Katia Brouns
dr. Andries Van Holsbeeck
dr. Jesse Marrannes
dr. Joost Kager
dr. Johan Ghekiere
dr. Philippe Van Trappen
Bart Verduyn
Anne-Mie Vansteelant
Amber Decavele
Living Stone nv - www.livingstone.eu

Fotografie
Living Stone

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

Contact azlink
Dienst Communicatie
Ruddershove 10, 8000 Brugge
communicatie@azsintjan.be
www.azlink.be

Druk
Drukkerij Perka nv

Verantwoordelijke uitgever
dr. Hans Rigauts

MIX
Papier | Ondersteunt verantwoord bosbeheer
FSC® C014697

Copyright © 2024 AZ Sint-Jan Brugge 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.

Inhoud

3 **Voorwoord**

4-6 **De ziekenhuisbloedbank: transfusiebeleid gericht op uitdagende patiëntendoelgroep**
dr. Barbara Cauwelier

7-9 **Erectiele dysfunctie vergt diepgaande diagnose en multidisciplinaire aanpak**
dr. Pieter D'hulst, dr. Anaïs De Landtsheer, An-Sofie De Boi

9 **Nieuwe arts**

10 **Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy (OPAT) geeft patiënten de kans om behandeling in thuisomgeving verder te zetten**
dr. Jens Van Praet, dr. Stefaan Vandecasteele, apr. Veerle Grootaert, apr. Astrid Heus, Ewout Laureyns, Annelies Bervoet

11-13 **Teen naar duim transfer: een secure ingreep met grote impact**
dr. Hanne Vandevivere, dr. Francis Bonte, dr. Filip Stockmans, dr. Pieter Pierreux, dr. Bart Berghs

14-15 **Psychologische aspecten van diabetes type 1 bij adolescenten**
Dries Fieremans

16-17 **Multidisciplinair werken: het hart van geriatrie**
dr. Katia Brouns

18-19 **Percutane transkatheter embolisatie als standaardbehandeling bij Pelvien Congestie Syndroom (PCS)**
dr. Andries Van Holsbeeck, dr. Jesse Marrannes, dr. Joost Kager, dr. Johan Ghekiere, dr. Philippe Van Trappen

20 **Educatief programma**

Voorwoord

Hans Rigauts
Algemeen directeur

Ons nieuwe ziekenhuislogo werd onlangs op het personeelsfeest van Sint-Jan voorgesteld. Een personeelsfeest waar 2.100 medewerkers aanwezig waren. Indrukwekkend toch. Voor mij in elk geval een teken dat onze medewerkers zich sterk betrokken voelen bij het ziekenhuis. Dit werd extra bevestigd tijdens de onthulling van het nieuwe ziekenhuislogo aan onze medewerkers. Onder een sfeer van muzikale begeleiding, een hapje, een drankje en veel gemoedelijke gesprekken kan je je voorstellen dat bij dit grote aantal deelnemers de decibels niet echt op een niveau liggen om rustig in te dommelen of even een meditatiemomentje op te starten. De muziek wordt stopgezet, de lichten worden gedimd en een filmpje waarin onze medewerkers uit alle geledingen van het ziekenhuis worden getoond tijdens hun activiteiten, start op. Op het einde van deze film wordt het nieuwe logo onthuld. De volledige zaal was muisstil. Het contrast tussen de geroezemoesfase en het moment van de filmvoorstelling kon niet groter zijn. Een indrukwekkend moment dat me emotioneel geraakt heeft. Dit was het levende bewijs dat wij als ziekenhuisgemeenschap een identiteit en samenhorigheid hebben die we niet altijd beseffen. Een gevoel een groep te vormen die samen hoort en samen zorg draagt voor onze patiënten, maar ook voor mekaar. Dit in tegenstelling tot wat men al eens beweert: dat een ziekenhuis een fabriek geworden is waar men geen persoonlijke aandacht meer voor je heeft en waar iedereen vooral zijn individuele belangen vooropstelt. Wat ik meemaakte tijdens ons personeelsfeest bewijst duidelijk het tegendeel. Dat doet me echt plezier en geeft me een bijzondere voldoening. Ons ziekenhuis staat voor een gemeenschappelijk belang en heeft wel degelijk een collectief gedragen identiteit.

In 2009 kreeg het logo van Sint-Jan een nieuw kleedje. De eeuwenoude verwijzing naar de patroonheiligen die ons ziekenhuis zijn naam gaven: Sint-Jan De Doper en Sint-Jan de Evangelist werden na 900 jaar ingeruild voor de drie open ringen die verwezen naar onze verbondenheid, openheid, open toegankelijkheid, en de talrijke interne en externe samenwerkingsverbanden.

Nu is het opnieuw tijd voor iets nieuws. We hebben dit keer geen 900 jaar gewacht. Na 15 jaar geven we onze identiteit een nieuw kleedje. Na een derde lustrum is het dus zo ver. Het klinkt in elk geval mooier en indrukwekkender dan 15 jaar.

Onze identiteit krijgt een nieuw kleedje en een nieuw visueel uithangbord maar de identiteit zelf verandert niet. En dat is net onze sterkte. We staan al eeuwen voor open en toegankelijke zorg en willen dit voortzetten. En dit met een open geest en context van respectvolle samenwerking met al onze partners. Een ziekenhuis waar we kwaliteit van zorg vooropstellen in de brede betekenis van het woord. Expertzorg samen met een empathische omkadering van patiënten en medewerkers. Een identiteit die we al jaren uitdragen en zo goed als mogelijk ook effectief waarmaken. Recente gesprekken met artsen, maar ook met bestuurders van andere ziekenhuizen maken duidelijk dat we wel degelijk een ziekenhuis zijn waar zorg en medische expertise primeren. Een visie die zich vertaalt in ons ziekenhuisbeleid en die velen ons benijden.

Het nieuwe logo staat voor kracht, expertise, openheid en een gedragen gemeenschappelijk doel: goede zorg laat niemand achter.

Hans Rigauts

De ziekenhuisbloedbank: transfusiebeleid gericht op uitdagende patiëntendoelgroep

dr. Barbara Cauwelier
dienst Laboratoriumgeneeskunde

De ziekenhuisbloedbank van het AZ Sint-Jan Brugge AV ontvangt, bewaart en verdeelt bloedproducten aan patiënten in het ziekenhuis. De bloedbank past een zeer gericht transfusiebeleid toe en bedient onder meer de sterk gespecialiseerde diensten Hematologie en Intensieve zorgen, die grootverbruikers zijn. De veiligheid, efficiëntie en technologische innovatie van de ziekenhuisbloedbank staan op een hoog niveau.

De bloedbank van de dienst Laboratoriumgeneeskunde is 24 uur op 24 operationeel en telt momenteel 16 medewerkers, die instaan voor de ontvangst, selectie en uitgave van bloedproducten. In 2022 werden in het AZ Sint-Jan Brugge AV 14.000 bloedproducten toegediend aan 2.200 ontvangers. Die bloedproducten, verdeeld door het Rode Kruis, omvatten rode bloedcellen of gedeleukocyteerd erytrocytenconcentraat, bloedplaatjesconcentraten en virus-geïnactiveerd vers plasma (zie Foto 1., 2.).

Uitdagende patiëntenpopulatie

De ziekenhuisbloedbank van het AZ Sint-Jan Brugge AV onderscheidt zich vooral omwille van zijn uitdagende patiëntendoelgroep en komt hiermee op het niveau van de Belgische universitaire ziekenhuizen. Vaak gaat het over patiënten die een stamceltransplantatie ondergingen, die een gerichte therapie volgen, of waarbij het toegediende bloed aan speciale eisen moet voldoen.

Met 70 stamceltransplantaties per jaar is het AZ Sint-Jan Brugge AV een grootverbruiker van bloedproducten op jaarbasis. Patiënten die een stamceltransplantatie

v.l.n.r. Sara Ameye, Fobe Demeester, Maxime Vanden Broecke, dr. Barbara Cauwelier, Eline Brilleman, dr. Helena Devos, Celien Dhoore, Sebastiaan Seys

v.l.n.r. Manon De Groote, Nele Verhulst, Jani Stevens, dr. Jan Emmerechts, Lief Vanpaemel, Lynn Supply, Myrthe Vanhulle, Bieke Hillewaert, Karen Van Maele en Nikita Van Damme

Foto 1., 2. In 2022 werden in het AZ Sint-Jan Brugge AV 14.000 bloedproducten toegediend aan 2.200 ontvangers. Dit zijn rode bloedcellen of gedeleukocyteerd erytrocytenconcentraat (Foto 1.), bloedplaatjesconcentraten (Foto 2.) en virus-geïnactiveerd vers plasma

ondergaan, maken tijdelijk zelf geen bloedcellen aan en hebben nood aan bloedproducten om die periode veilig te kunnen overbruggen. Als de donor bovendien een andere bloedgroep heeft, dan neemt de patiënt die na verloop van tijd over. In die periode moet de patiënt bloedproducten krijgen die zowel overeenstemmen met de bloedgroep van de patiënt als met de donorbloedgroep.

Stamceltransplantpatiënten, vrouwen die intra-uteriene transfusies ondergaan, of patiënten met een verzwakt immuunsysteem of onder bepaalde medicatie, hebben daarnaast ook nood aan bestraald erytrocytenconcentraat. Gammabestraling beschadigt de lymfocyten uit het donorbloed, zodat die geen immuunrespons kunnen uitlokken bij de ontvanger.

Moleculaire analyses

De ziekenhuisbloedbank kan een beroep doen op een sterk gespecialiseerde moleculaire afdeling binnen de dienst Laboratoriumgeneeskunde. Die afdeling voert genetische bloedgroepanalyses uit als aanvulling op of ter vervanging van de standaard serologische methodes die de ziekenhuisbloedbank toepast. Dat is bijvoorbeeld aangewezen bij nieuwe, monoklonale therapieën, die serologische testen kunnen verstoren of in complexe klinische situaties waarbij een gespecialiseerd transfusieadvies noodzakelijk is. Alle genetische bloedgroepanalyses worden uitgevoerd onder accreditatie van Belac, de Belgische Accreditatie-instelling.

Daarnaast kan de ziekenhuisbloedbank een beroep doen op een gespecialiseerde afdeling HLA (*Human Leukocyte Antigen*). Die vormt een belangrijke ondersteuning bij stamceltransplantaties, maar ook bij transfusieproblemen. Naast HLA-typeringen, spoort de afdeling HLA- en HPA- (*Human Platelet Antigen*) antistoffen op bij patiënten met een verminderde bloedplaatjesopbrengst na bloedplaatjestransfusies of bij het optreden van transfusiereacties. Op basis daarvan kan het team indien nodig het transfusiebeleid aanpassen voor toekomstige transfusies.

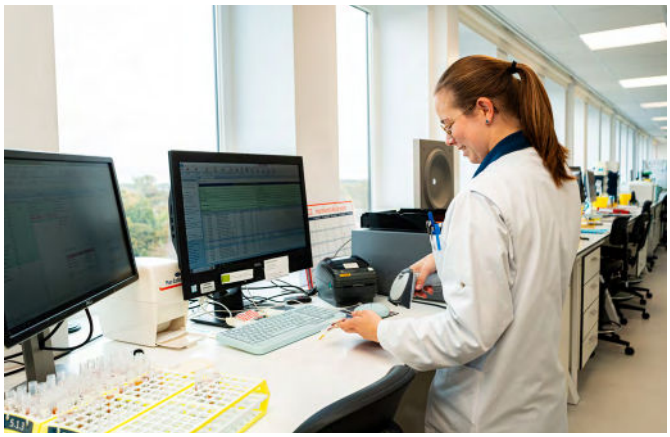
Dergelijke gespecialiseerde HLA-analyses zijn mogelijk dankzij accreditatie door de *European Federation for Immunogenetics* (EFI). Die accreditatie is alvast een belangrijk teken van toewijding aan kwaliteit binnen de dienst Laboratoriumgeneeskunde. Ze zorgt er onder meer voor dat andere ziekenhuizen in de regio voor deze moleculaire en serologische analyses graag een beroep doen op het AZ Sint-Jan Brugge AV.

Streng kwaliteits- en veiligheidsbeleid

De bloedbank hanteert een streng kwaliteitsbeleid en zet zwaar in op patiëntveiligheid en traceerbaarheid. De technologische vernieuwingen die het AZ Sint-Jan Brugge AV de laatste jaren doorvoerde, onderstrepen die focus. Dankzij de automatisering van bloedselectie en -uitgave sinds 2008 worden menselijke fouten of staalverwisselingen tot een minimum gereduceerd en komen majeure transfusiereacties niet of nauwelijks meer voor (zie Foto 3.).

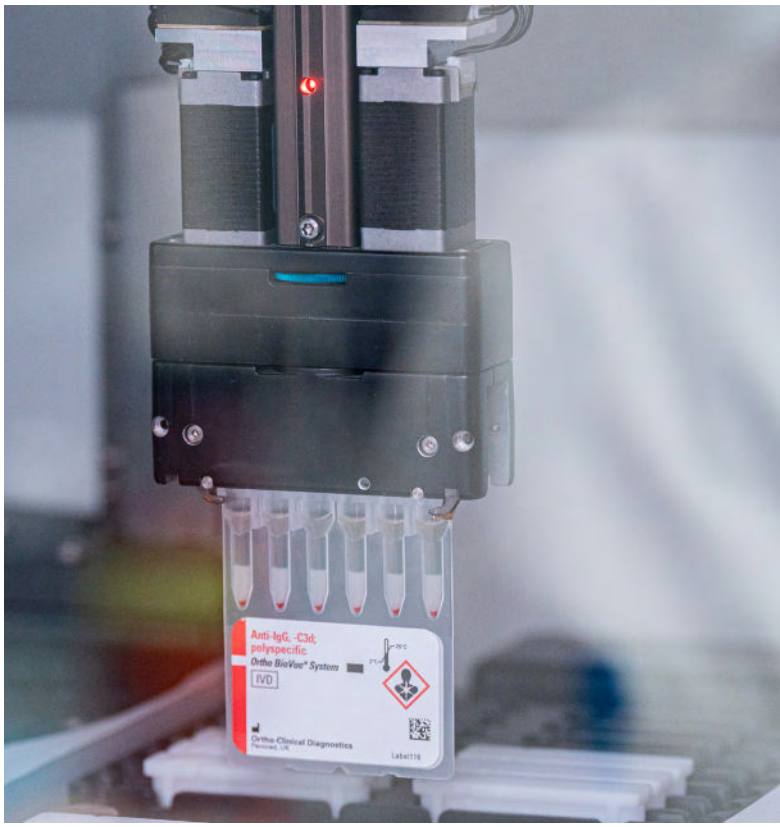
Voor elke bloedtransfusie wordt bloed van de patiënt gescreend om te voorkomen dat de patiënt reageert met antigenen aanwezig op de bloedcellen van het bloedproduct. In 2015 voerde het team daarvoor de *type and screen*-methode in. Hierbij wordt de ABO en resus D bloedgroep bepaald bij het patiëntenbloed (type) en wordt het plasma gescreend op de aanwezigheid van klinisch relevante antistoffen (screen) (zie Foto 4.). *Type and screen* vervangt grotendeels de klassieke kruisproef, waarbij men serum van de patiënt rechtstreeks in contact brengt met donorbloed. Het team past *type and screen* toe voor minstens 90 % van de bloedaanvragen.

De *type and screen*-methode is veel gevoeliger in het detecteren van antistoffen en minder arbeidsintensief dan



▲ Foto 3. Dankzij de automatisering van bloedselectie en -uitgave worden menselijke fouten of staalverwisselingen tot een minimum gereduceerd en komen majeure transfusiereacties niet of nauwelijks meer voor

▼ Foto 4. Voor elke bloedtransfusie wordt bloed van de patiënt gescreend op de aanwezigheid van irreguliere antistoffen (*type and screen*)



de klassieke kruisproef. In donorbloed komen niet altijd alle belangrijke antigenen even sterk tot expressie op de rode bloedcellen. In dergelijke gevallen kan een klassieke kruisproef die antigenen missen. Bij *type and screen* daarentegen mengt men het plasma van de ontvanger met een reeks screeningcellen die klinisch belangrijke antigeenpatronen dragen. Als er antilichamen in het plasma van de ontvanger aanwezig zijn, kunnen ze reageren met de overeenkomstige antigeenpatronen op de screeningcellen. Zo is het praktisch onmogelijk om iets te missen.

Sinds 2015 gebeurt het afhalen en toedienen van bloed aan de patiënt volledig elektronisch door een scanactie van de donorbloedzak en van een polsband bij de patiënt. Het zijn dergelijke essentiële scanacties die de kans op verkeerde transfusie reduceren tot bijna nul.

Bloedconsumptie optimaliseren

Bloed is een schaars goed en daarom moeten ziekenhuisbloedbanken rationeel omspringen met bloedproducten. Los van de schaarste houdt elke transfusie inherent ook een risico in op overdracht van ziektes of op transfusiereacties, ondanks de strenge kwaliteitsnormen waaraan bloedproducten vandaag voldoen. Logisch dus dat het team ook de consumptie van bloed zoveel mogelijk binnen de perken wil houden. De bloedbank volgt daarrond een strikt beleid.

Het ziekenhuis volgt onder meer de principes van *Patient Blood Management* (PBM), een systematische en patiëntgerichte benadering om het gebruik van bloedproducten te optimaliseren en te minimaliseren wanneer dat mogelijk is. PBM wil onnodige bloedtransfusies verminderen, wat de veiligheid van de patiënt moet verbeteren en de kosten reduceert.

Een belangrijke pijler van dit PBM is het *Maximum Surgical Blood Order Schedule* (MSBOS), een reeks afspraken tussen de ziekenhuisbloedbank en de verschillende interne klanten binnen het AZ Sint-Jan Brugge AV, waarbij men preoperatief het aantal units bloed probeert vast te leggen voor alle procedures waarbij transfusies nodig kunnen zijn. Het MSBOS is een belangrijke maatregel om overconsumptie van bloed tegen te gaan.

Foto 5. De MUG-heli van het AZ Sint-Jan Brugge AV beschikt sinds oktober 2023 ook over bloedproducten om prehospitaal transfusies uit te voeren, een primeur in België

Het MSBOS is een belangrijke component in de nauwe samenwerking tussen de ziekenhuisbloedbank en de vooropname-eenheid (VOE). In dat verband werkt het AZ Sint-Jan Brugge AV momenteel aan een procedure om patiënten met preoperatieve anemie efficiënter op te sporen en te behandelen.

PBM houdt niet alleen preoperatieve maatregelen in. Ook tijdens een chirurgische ingreep wordt rationeel met bloed omgesprongen, onder meer door het gebruik van een *cell saver*, een apparaat dat bloed opvangt en recycleert tijdens de operatie.

Daarnaast past het AZ Sint-Jan Brugge AV ook de *single unit policy* toe. Hierbij krijgen patiënten bij voorkeur telkens slechts één erythrocytenconcentraat toegediend. Na het meten van de opbrengst van de transfusie kan het team beslissen of bijkomende componenten al dan niet nodig zijn.

Ook in het kader van PBM heeft het AZ Sint-Jan Brugge AV sinds 2019 het Majeur Transfusieprotocol (MTP) geïmplementeerd. Dat protocol is erop gericht om tijdens levensbedreigende situaties, waarbij een patiënt massaal bloedverlies heeft, snel toegang te verschaffen tot de juiste hoeveelheid en soort bloedcomponent. Het MTP zorgt voor standaardisatie, een betere communicatie tussen de verschillende diensten, en voor een zekere gemoedsrust binnen het laboratorium en het urgentieteam.

Erkend supraregionaal traumacentrum

De implementatie van het MTP was een belangrijke voorwaarde voor een internationale erkenning als supraregionaal traumacentrum. Met deze erkenning, toegekend in augustus 2023 door de Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), bevestigt het AZ Sint-Jan Brugge AV zijn positie als referentiecentrum voor opvang van zwaargewonde patiënten op supraregionaal niveau.

Om de overlevingskansen van massaal bloedende patiënten nog te verhogen, beschikt de MUG-heli met als thuisbasis het AZ Sint-Jan Brugge AV sinds oktober 2023 ook over bloedproducten om prehospitaal (op de plaats van het ongeval) transfusies uit te voeren, een primeur in België (zie Foto 5.).

Beter leven bieden

Naast de dagelijkse praktijk en het bieden van innovatieve zorg houdt het team van de ziekenhuisbloedbank ook de vinger aan de pols. Dat gebeurt onder meer door deelnames aan congressen, zoals dat van de *International Society of Blood Transfusion* (ISBT), en door een participatie in het bestuur van de Wetenschappelijke Vereniging Transfusie Vlaanderen (WVTV). Op basis van nieuwe verworven inzichten, optimaliseert de ziekenhuisbloedbank voortdurend zijn werking en blijft het doelbewust investeren om samen met zijn donoren de meer dan 200.000 patiënten van het AZ Sint-Jan Brugge AV een beter leven te bieden.

Erectiele dysfunctie vergt diepgaande diagnose en multidisciplinaire aanpak

dr. Pieter D'hulst dienst Urologie
dr. Anaïs De Landtsheer dienst Endocrinologie
An-Sofie De Boi dienst Klinische psychologie

v.l.n.r. dr. Pieter D'hulst, dr. Anaïs De Landtsheer, An-Sofie De Boi (klinisch psycholoog – seksuoloog)

Erectiele dysfunctie (ED) komt voor bij mannen van elke leeftijd en is meer dan alleen een lichamelijk probleem. Het is vaak een complexe combinatie van biologische, psychologische en sociale elementen die ED veroorzaakt en in stand houdt. Deze aandoening vereist dan ook een grondige diagnose en een multidisciplinaire aanpak.

Verschillende oorzaken

Erectiele dysfunctie is een veelvoorkomende aandoening bij mannen tussen de 50 en 75 jaar en de incidentie ervan stijgt met de leeftijd. Men kan de oorzaken onderverdelen in zes categorieën, waarbij elke categorie afzonderlijk tot ED kan leiden. Echter, in de meeste gevallen is de onderliggende etiologie multifactorieel. Bij 50 tot 80 % van de patiënten is er initieel een organische oorzaak, maar komt er na verloop van tijd vaak een reactieve psychogene factor bij. Dit kan een versterkend en schadelijk effect hebben.

1. Psychogene ED

Een goede erectie is afhankelijk van allerlei sensorische en mentale stimuli. Een man zonder erectiestoornis zal bij seksueel opwindende stimuli een positieve emotionele respons ervaren, wat leidt tot het vertrouwen dat hij seksueel performant is. Verschillende individueel-psychologische factoren kunnen echter een rol spelen bij erectieproblemen en subjectieve opwindingsproblemen. Faalangst, prestatiedrang en onzekerheid over erectieverlies kunnen een negatieve impact hebben op de seksuele ervaring, aangezien deze factoren de druk om een erectie te krijgen of te behouden verhogen.

Angst, een van de meest prominente belemmeringen in de opwindingscyclus, kan het vermogen om opgewonden te raken beïnvloeden en de aandacht verschuiven naar een negatieve zelfevaluatie. Zo zal een man die vreest geen erectie te kunnen krijgen problemen ondervinden om seksueel opgewonden te raken. Hij zal niet in staat zijn seksuele prikkels adequaat te verwerken. Zelfs stimulerende gedachten, geluiden en beelden kunnen hun effect verliezen als iemand afgeleid, niet betrokken of bevooroordeeld is, aangezien het verwerken en interpreteren van deze stimuli vereist dat de geest actief betrokken is.

Ook kunnen individuele overtuigingen over seksualiteit, vaak gevormd door opvoeding en persoonlijke leerervaringen, erectieproblemen beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan de misvatting dat een man altijd in staat moet zijn een erectie te krijgen, of dat 'echte bevrediging' alleen kan via geslachtsgemeenschap.

2. Vasculaire ED

Vasculaire ED kan ontstaan door arteriële of veneuze insufficiëntie van de peniele vasculatuur. Dit laatste kan verschillende oorzaken hebben, maar is vaak het gevolg van onvoldoende relaxatie van de gladde spiercellen ten gevolge van diabetes mellitus.

Bij patiënten met vasculaire ED moet men rekening houden met een hoger risico op cardiovasculaire aandoeningen zoals een acuut myocardinfarct, CVA of vroegtijdige cardiovasculaire sterfte. Daarom dient ED beschouwd te worden als een waarschuwingssignaal voor mogelijk onderliggend atherosclerotisch vaatlijden. Het is van cruciaal belang om het cardiovasculaire risicoprofiel van patiënten met ED te evalueren en, indien nodig, een passende behandeling te starten. Een verwijzing naar een cardioloog voor verdere evaluatie van potentieel coronair lijden is dan sterk aanbevolen.

3. Neurogene ED

ED kan ook voorkomen door neurologische aantasting. Dit kan op zowel centraal als perifeer niveau zijn. Perifere polyneuropathie is typerend voor patiënten met diabetes mellitus. Na heelkunde, radiotherapie of een trauma ter hoogte van de pelvis of het retroperitoneum kan zowel vasculaire en/of neurogene schade de oorzaak van ED zijn.

4. Anatomische ED

ED kan ook het gevolg zijn van anatomische of structurele afwijkingen van de externe genitalia, zoals bij de ziekte van Peyronie, fimosis of bij tumoren van de externe genitalia.

5. Endocriene ED

In minder vaak voorkomende gevallen kan ED de eerste of zelfs de enige aanwijzing zijn van hypogonadisme. Om deze mogelijkheid uit te sluiten, is een nuchtere meting van testosteron noodzakelijk. Gezien de brede aard van de diagnose van hypogonadisme, is aanvullend onderzoek vereist.

6. Medicamenteus geïnduceerde ED

Medicamenteus geïnduceerde ED is een laatste maar daarom niet minder belangrijke oorzaak van ED. Medicatie kan een nefaste invloed uitoefenen op de verschillende niveaus in het fysiologisch proces van een erectie. De meest frequente medicatie die leidt tot ED, zijn vanzelfsprekend anti-androgenen, maar ook niet-cardioselectieve bètablokkers, thiazide diuretica, SSRI, TCA en antipsychotica. ACE inhibitoren zouden een neutraal effect hebben, alfablokkers en sartanen zouden dan weer een protectief effect hebben. In de klinische praktijk kan het een uitdaging zijn om vast te stellen of een specifiek geneesmiddel de oorzaak is van ED. Desondanks is het waardevol om, indien mogelijk, het gebruik ervan te onderbreken of een alternatief geneesmiddel te overwegen.

Grondige diagnostiek essentieel

Gezien de complexe fysiologie achter het tot stand komen van een erectie en de multifactoriële oorzaken van ED, is een grondige diagnostiek essentieel. In een notendop omvat dit proces een uitgebreide anamnese, met specifieke aandacht voor de psychosociale status van de patiënt, een nauwkeurige controle van de medicatie, een evaluatie van het cardiovasculair risicoprofiel, klinisch onderzoek en een nuchtere bloedafname 's ochtends. Zowel testosteron, SHBG (*Sex Hormone Bindend Globuline*), glucose, HbA1c, als een volledig lipidenprofiel dient bepaald te worden in de biochemische screening (zie Fig.1.).

Behandelingsmogelijkheden

Er zijn verschillende effectieve behandelingsmogelijkheden voor mannen die met ED kampen.

1. Medicamenteuze behandeling

Een van de meest bekende en effectieve behandelingen voor ED is medicatie, met name sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis), vardenafil (Levitra) of avanafil (Spedra). Deze medicijnen behoren tot de klasse van de fosfodiësteraseremmers (PDE5-inhibitoren) en werken door het ontspannen van de spieren en het vergroten van de bloedstroom naar de penis. Zo wordt het gemakkelijker om een erectie te krijgen en te behouden.

Ze werken door het enzym fosfodiësterase type 5 dat verantwoordelijk is voor het afbreken van cyclisch guanosinemonofosfaat (cGMP), te blokkeren. Heel belangrijk om te weten is dus dat het gebruik van PDE5-remmers seksuele stimulatie vereist om stikstofoxide te doen vrijkomen en de natuurlijke erectiemechanismen in gang te zetten.

De voornaamste verschillen tussen deze PDE5-remmers liggen in hun farmacokinetische eigenschappen, zoals de snelheid van werking, werkingsduur, en metabolisering in het lichaam. Zo heeft tadalafil een langere werkingsduur, wat het geschikt kan maken voor mensen die een langere periode van spontane seksuele activiteit wensen. Avanafil daarentegen staat bekend om zijn snelle werking, en kan daarom aantrekkelijk zijn voor mensen die een sneller effect zoeken.

2. Intracaverneuze injecties en intra-urethrale medicatie

Voor mannen bij wie orale medicatie niet effectief is, kunnen injecties in de corpora cavernosa van de penis met producten zoals alprostadil worden overwogen. Deze medicijnen stimuleren de bloedtoevoer naar de penis, wat resulteert in een erectie. Een alternatieve optie is intra-urethrale medicatie, waarbij alprostadil in de plasbuis wordt ingebracht. Beide methoden vereisen duidelijke instructie en begeleiding van een arts of expertverpleegkundige.

3. Vacuümpompen

Een vacuümpomp over de penis plaatsen, bevordert een erectie. Door een vacuüm rond de penis te creëren, stroomt er bloed naar de penis en ontstaat een erectie. Nadat de erectie is bereikt, wordt een penisring gebruikt om de bloedstroom te behouden. Hoewel dit een niet-invasieve behandelingsoptie

Fig. 1. Minimale diagnostische evaluatie van een patiënt met ED

Medische en psychosociale voorgeschiedenis	■ vraag naar andere seksuele problemen ■ identificeer frequente oorzaken van ED ■ identificeer risicofactoren van ED ■ beoordeel psychosociale situatie
Klinisch onderzoek	■ structurele afwijkingen thv de penis en prostaat ■ tekenen van hypogonadisme ■ cardiovasculair nazicht ■ neurologisch nazicht
Biochemisch onderzoek	■ glucose, HbA1c ■ lipiden ■ testosteron (inclusief SHBG voor bepaling vrij testosteron) ■ NUCHTER en OCHTEND

is, kan het enige oefening en tijd vergen om het apparaat op een comfortabele manier te gebruiken.

4. Erectieprothese

Een erectieprothese of peniel implantaat is een hulpmiddel om een kunstmatige erectie te creëren bij mannen met ernstige erectiele dysfunctie (ED). Er zijn verschillende soorten erectieprothesen, maar de twee meest voorkomende types zijn opblaasbare prothesen en buigzame prothesen. Een erectieprothese plaatsen vereist een chirurgische ingreep, bij voorkeur onder algemene verdoving.

A. Opblaasbare prothesen (3-delig):

- Opblaasbare prothesen (zie Fig. 2.) bestaan uit 2 cilinders die in de zwellichamen (corpora cavernosa) van de penis worden geplaatst, samen met een reservoir gevuld met vloeistof en een pomp die in het scrotum wordt geplaatst.
- Om een erectie te krijgen, knijpt de persoon in de pomp, waardoor de vloeistof van het reservoir naar de cilinders in de penis stroomt. Hierdoor wordt de penis stijf.
- Na de seksuele activiteit kan de patiënt de vloeistof uit de penis terugpompen naar het reservoir, waardoor de penis weer verslapt.

B. Buigzame prothesen:

- Buigzame prothesen bestaan uit flexibele cilinders die in de zwellichamen van de penis worden geplaatst.
- Deze prothesen hebben een semi-stijve toestand, waardoor de penis altijd een bepaalde mate van stijfheid behoudt. De persoon kan de penis naar beneden buigen wanneer deze niet in gebruik is.
- Wanneer een erectie gewenst is, kan de persoon de penis omhoog buigen en positioneren voor geslachtsgemeenschap.

5. Andere levensstijl

In sommige gevallen kan het volstaan om eenvoudigweg de levensstijl te veranderen en bijvoorbeeld gezonder te gaan eten, meer te bewegen en minder alcohol of tabak te gebruiken. Ook minder stress en meer slaap kunnen de erectiestoornissen verminderen. Hoewel deze aanpassingen het probleem niet volledig zullen oplossen, hebben ze wel

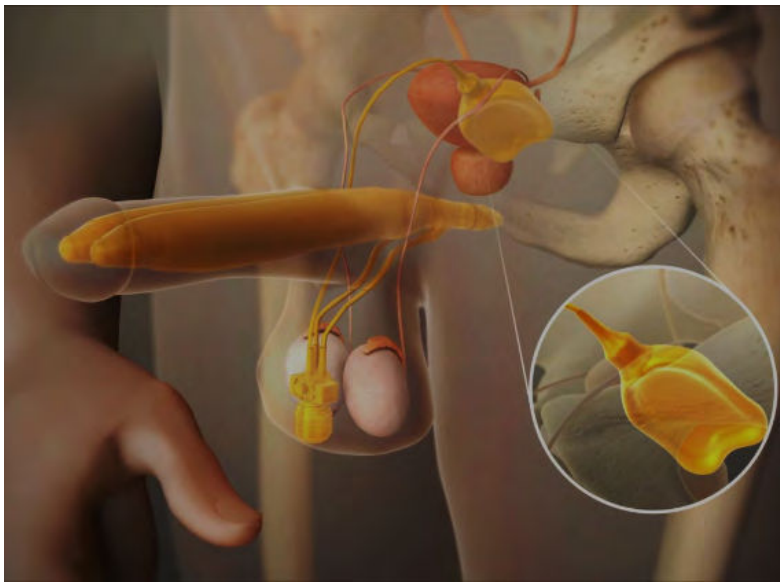


Fig. 2. Opblaasbare erectieprothese

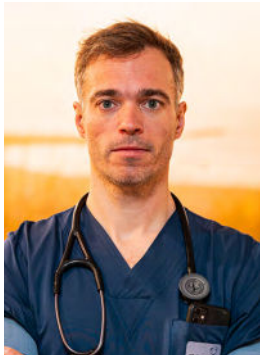
een positieve invloed op de algehele seksuele en metabole gezondheid.

6. Psychogene en relationele factoren

Gezien psychogene factoren een belangrijke rol spelen bij ED, is het nuttig om hier aandacht aan te besteden. Het is bijvoorbeeld noodzakelijk om de dynamiek tussen de patiënt en zijn partner in overweging te nemen bij de behandeling van een erectiestoornis. Deze aandoening is niet alleen belastend voor de patiënt zelf, maar kan ook gevolgen hebben voor de partner, aangezien het de seksuele activiteit en soms de algehele relatie beïnvloedt. Bovendien kunnen verschillen in verwachtingen omtrent seksualiteit voor spanningen zorgen. Het behouden van affectie en intimiteit binnen de relatie is essentieel voor seksuele opwinding.

Open communicatie over individuele behoeften, verlangens en eventuele problemen is cruciaal. Samenwerking en wederzijds begrip tussen de partners kan helpen om de druk te verlichten en het seksuele welbevinden te verbeteren.

Nieuwe arts



dr. Mathias Veys

Urgentie arts
dienst Spoedopname
campus Sint-Jan

T 050 45 20 00
E spoed.secretariaat@azsintjan.be

Dr. Mathias Veys behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2012. Na zijn opleiding urgentiegeneeskunde, met een assistentschap in het OLV Aalst, het UZ Gent, het AZ Sint-Jan Brugge AV en het UZ Leuven, startte hij in 2018 op de spoedgevallendienst van het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper. Sinds 1 november 2023 werkt dr. Veys als toegelaten arts-specialist binnen het departement Anesthesie en kritische zorgen in het AZ Sint-Jan Brugge AV, waar hij zich toelegt op de activiteiten binnen de spoedgevallendienst, de prehospitaalzorg, en de uitbouw van het hyperbaar zuurstofcentrum.

Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy (OPAT) geeft patiënten de kans om behandeling in thuisomgeving verder te zetten

dr. Jens Van Praet, dr. Stefaan Vandecasteele
dienst Nefrologie en infectieziekten
apr. Veerle Grootaert, apr. Astrid Heus Apotheek
Ewout Laureyns Sociale dienst
Annelies Bervoet katheterverpleegkundige

Bij sommige infecties is er een langdurige intraveneuze behandeling met antibiotica nodig om de bacterie te bestrijden. OPAT (*Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy*) of ambulante parenterale antimicrobiële therapie geeft patiënten de kans om de intraveneuze antimicrobiële behandeling op een veilige en doeltreffende manier thuis verder te zetten.

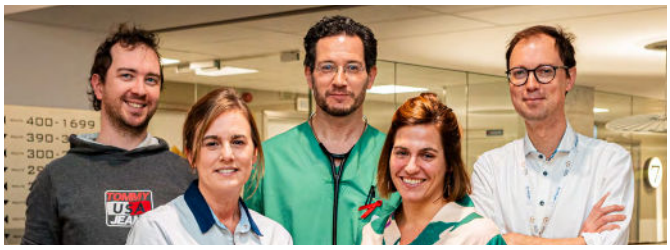
Sinds 2017 zijn er in het AZ Sint-Jan Brugge AV 210 patiënten met OPAT ontslagen uit het ziekenhuis om de behandeling van gemiddeld 23 dagen thuis verder te zetten. Deze behandelingswijze biedt meer comfort en interfereert minder met de dagelijkse levensstijl en activiteiten van de patiënt. Patiënten moeten minder lang in het ziekenhuis verblijven, wat enkel maar voordelen biedt voor de patiënt en het ziekenhuis.

Voordelen voor de patiënt

OPAT heeft een belangrijk psychosociaal voordeel voor de patiënt. Een langdurige hospitalisatie haalt een patiënt voor lange tijd uit zijn vertrouwde omgeving. Door de therapie in de thuissituatie verder te zetten, kan de patiënt grotendeels zijn eigen dagindeling op zijn eigen tempo bepalen. In sommige gevallen kan de patiënt zelfs (gedeeltelijk) terug gaan werken. Bovendien is er een relatief ongestoorde nachtrust.
Het blijft echter wel een thuishospitalisatie waarbij de patiënt bij zijn dagplanning rekening moet houden met de planning van de externe thuisverpleegkundige. Voor heel veel patiënten weegt dit echter niet op tegen het onmiskenbaar voordeel om thuis te zijn en niet in het ziekenhuis.

OPAT in de praktijk

Om ongewenste allergische reacties of intoleranties te vermijden, kan de patiënt het ziekenhuis pas verlaten en zijn behandeling thuis verderzetten als er minstens twee toedieningen van het antibioticum zijn gebeurd in het ziekenhuis. OPAT wordt enkel opgestart als de behandeling nog minstens vijf dagen zal duren en er geen alternatieve behandeling met een oraal geneesmiddel mogelijk is. De patiënt moet ook voldoen aan enkele vooraf vastgelegde criteria. Zo zijn enkel klinisch stabiele patiënten, met een goede cognitieve functie en een veilige thuissituatie geschikt voor OPAT. Eens de OPAT-behandeling is opgestart, komt er dagelijks één of meerdere keren een thuisverpleegkundige op bezoek bij de patiënt. Die zorgt voor de intraveneuze toediening van de antibiotica via een katheter die geplaatst is tijdens de hospitalisatie. In de meeste gevallen is dit een PICC-katheter (*Peripherally Inserted Central Catheter*). De antibiotica wordt afhankelijk van het geneesmiddel toegediend als IV-bolus, kortlopend IV-infuus of via een elastomeerpomp. Deze laatste toedieningswijze laat toe het antibioticum gedurende 24 uur



v.l.n.r. Ewout Laureyns (sociale dienst), Annelies Bervoet (katheterverpleegkundige), dr. Stefaan Vandecasteele, apr. Veerle Grootaert, dr. Jens Van Praet

in te laten lopen waarbij de toedieningssnelheid wordt geregeld door de contractiekracht van de elastomeerballon en de lichaamswarmte van de patiënt.

Multidisciplinair team

In het AZ Sint-Jan Brugge AV gebeurt de praktische uitvoering en coördinatie van OPAT door een multidisciplinair OPAT-team. Dit team bestaat uit infectiologen, een sociaal werker, een ziekenhuisapotheker en een katheterverpleegkundige. Een OPAT-traject start altijd met een consult door de infectioloog, die de patiënt dan ook verder opvolgt tijdens de OPAT-behandeling. Bij positief advies gaat de sociale dienst aan de slag om thuisverpleging te regelen. De katheterverpleegkundige gaat net voor ontslag langs bij de patiënt om te controleren of de katheter klaar is voor gebruik in een thuissetting en geeft de patiënt de belangrijkste aandachtspunten mee. De ziekenhuisapotheek staat in voor de bereiding van de antibiotica in elastomeerpompen en de aflevering van de nodige geneesmiddelen en medische materialen. Het OPAT-team is gedurende de hele therapieduur beschikbaar voor vragen.

Thuishospitalisatie voor oncologie en antibioticatherapie

Op 1 juli 2023 startte het RIZIV het project 'Thuishospitalisatie voor oncologie en antibioticatherapie'. Dit project ondersteunt ziekenhuizen bij behandelingen met antibiotica (of een antitumorale behandeling) in de leefomgeving van de patiënt. Het ziekenhuis krijgt een forfaitaire vergoeding voor zowel de organisatie en de coördinatie van de thuishospitalisatie alsook voor alle nodige medicatie en het materiaal dat nodig is tijdens de behandeling. Aangezien patiënten geen remgeld meer betalen voor antibiotica zijn de kosten voor een OPAT-behandeling een minder doorslaggevende factor geworden om deze behandeling al dan niet op te starten. Ook de thuisverpleegkundige en huisarts kunnen een forfaitaire vergoeding ontvangen.

OPAT-symposium

Op 27 november 2023 organiseerde het AZ Sint-Jan Brugge AV in samenwerking met het AZ Sint-Lucas Brugge en het AZ Alma Eeklo, een OPAT-symposium. Tijdens een multidisciplinaire paneldiscussie kwamen alle praktische aspecten van een OPAT-behandeling aan bod. Aanwezigen konden na de paneldiscussie ook meer te weten komen over de verschillende materialen voor katheterzorg en intraveneuze toediening.

Teen naar duim transfer: een secure ingreep met grote impact

dr. Hanne Vandevivere, dr. Francis Bonte, dr. Filip Stockmans, dr. Pieter Pierreux, dr. Bart Berghs dienst Orthopedie

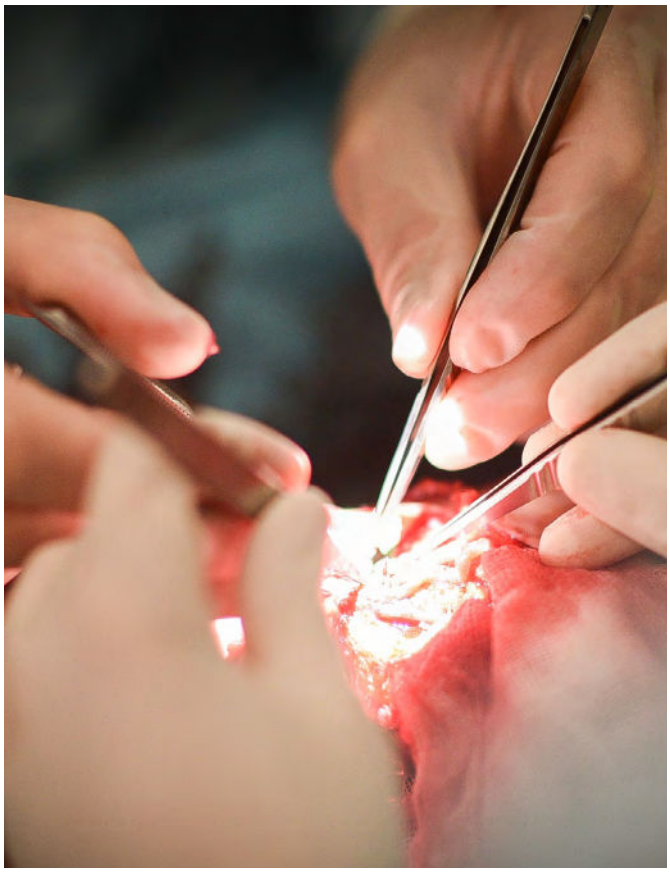


Foto 1.-2. Een re-implantatie van een vinger is secure en vaak langdurige chirurgie

Een ernstig handtrauma gaat vaak gepaard met amputaties van een of meerdere vingers. Verschillende factoren zoals traumamechanisme, leeftijd, fysieke conditie en de motivatie van de patiënt zijn meebepalend in de beslissing voor een eventuele re-implantatie van de geamputeerde vingers. De handchirurgen van de dienst Orthopedie van het AZ Sint-Jan Brugge AV houden rekening met deze variabelen die het verloop van de operatie, de revalidatie en het eindresultaat sterk beïnvloeden.

Verschillende aanpak per casus

Elke casus is anders en heeft een andere aanpak nodig. Een afgerukte ringvinger bij een rokende, 57-jarige handarbeider krijgt bijvoorbeeld een andere benadering dan een cirkelzaagtrauma met meerdere geamputeerde vingers bij een 23-jarige, sportieve, zelfstandige schrijnwerker.

Voor beide casussen willen artsen het beste resultaat bereiken, zowel op medisch alsook praktisch en psychosociaal vlak. Bij het eerste handtrauma staat vooral het economisch aspect van een snelle werkhervatting centraal. Om ook een langdurige revalidatie en een stijve, niet-functionele vinger te vermijden, is een onmiddellijke amputatie van de vinger aangewezen. Soms gebeurt het namelijk dat een vinger na re-implantatie alsnog geamputeerd moet worden.

Bij de tweede patiënt, die nog een potentieel lange carrière voor zich heeft, ligt de focus op de lange termijn. Maximaal herstel is hier dus aangewezen. Artsen zetten daarom het maximum in om de vingers te redden en een functionele hand met een zo optimaal mogelijk esthetisch resultaat te bekomen.

Precieze chirurgie

Het is aan de handchirurg om op het moment van de urgente ingreep alle voor- en nadelen van een re-implantatie af te wegen en samen met de patiënt te beslissen welke behandeling de beste is voor de patiënt. Een re-implantatie van een vinger is precieze en vaak langdurige chirurgie (zie Foto 1.-2). Ook na de operatie is nauwgezette opvolging noodzakelijk om te voorkomen dat de vinger alsnog verloren gaat. De vaakst voorkomende complicatie is trombosevorming ter hoogte van de anastomose, waardoor het bloed na re-implantatie niet meer naar de vinger stroomt en deze bijgevolg afsterft.

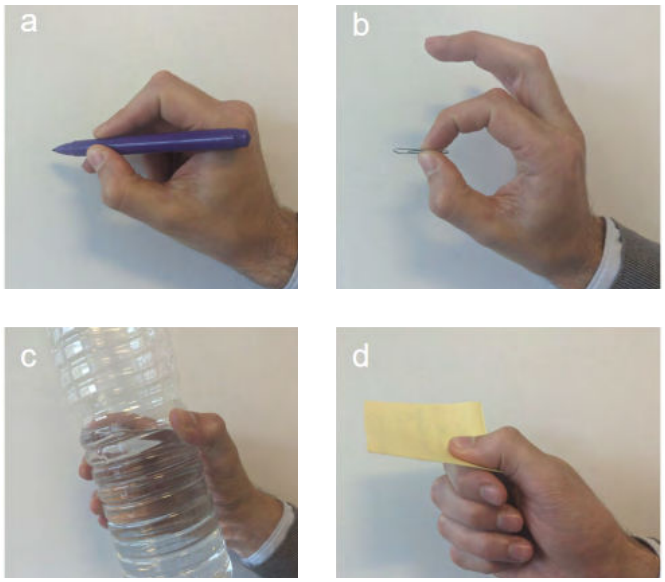


Foto 3. Geen enkele andere vinger voert de opponerende beweging zoals die van de duim uit. De duim speelt dus een uiterst belangrijke rol bij het vastnemen en grijpen van voorwerpen

Foto 5.-6. De chirurg zet de teen vast met een plaatje en schroeven

De eerste vijf dagen na de ingreep zijn cruciaal, waarbij het medisch team parameters zoals temperatuur, bloeddruk, ontstolling en de capillaire refill consequent opvolgt. Daarnaast zijn roken, koffie en chocolade verboden omwille van hun vasoconstrictorisch effect.

De duim voor alles

Een hand zonder duim is uiteraard heel invaliderend. Geen enkele andere vinger voert de opponerende beweging zoals die van de duim uit. De duim speelt dus een uiterst belangrijke rol bij het vastnemen en grijpen van voorwerpen (zie Foto 3.).

Daarom proberen de handchirurgen altijd en onder elke omstandigheid om een traumatisch geamputeerde duim te re-implanteren. Als het traumamechanisme en andere belangrijke factoren een re-implantatie niet toelaten, overwegen ze steeds een reconstructie, in een later stadium.

Duimreconstructie via teentransfer

Zowel om functionele als ook om esthetische redenen is een duimreconstructie aangewezen. Hierbij willen de chirurgen telkens een duim creëren of reconstrueren die de contralaterale duim zowel qua uitzicht als qua sensibiliteit en beweeglijkheid zo goed als mogelijk nabootst. Het beste resultaat wordt bekomen door middel van een teentransfer.[1]

Bij deze ingreep verplaatst de chirurg een teen (meestal de grote teen) van de voet naar de hand, ter vervanging van de geamputeerde duim. Het resultaat van deze operatie biedt, indien de operatie slaagt, vele voordelen die voldoende opwegen ten opzichte van de nadelen van het 'opofferen' van een grote teen. De behandelende arts bespreekt uitvoerig alle voor- en nadelen alsook de verbonden risico's met de patiënt vooraleer een dergelijke ingrijpende operatie uit te voeren.

Operatie in verschillende fases

Een team van hand - en microchirurgen voert deze ingreep uit. Deze operatie bestaat uit verschillende fases om de zwelling, die tijdens en na de operatie optreedt, zoveel mogelijk te beperken. De procedure neemt ongeveer een volledige dag in beslag en de dagen na de operatie zijn cruciaal. Als alles volgens plan verloopt, kan de patiënt het ziekenhuis na een week verlaten.

1. Eerste fase - dissectie

In de eerste fase wordt, simultaan, de dissectie uitgevoerd van de donor- en acceptorplaats: respectievelijk de grote teen en de amputatiestomp van de duim. De chirurg legt alle te verbinden structuren vrij: pezen (1 extensor, 1 flexor), bloedvaten (minstens 1 arterie en minstens 2 venen), zenuwen (2 digitale zenuwen), het bot.

2. Tweede of ischemische fase

Eenmaal alle structuren bepaald zijn, start de tweede of de

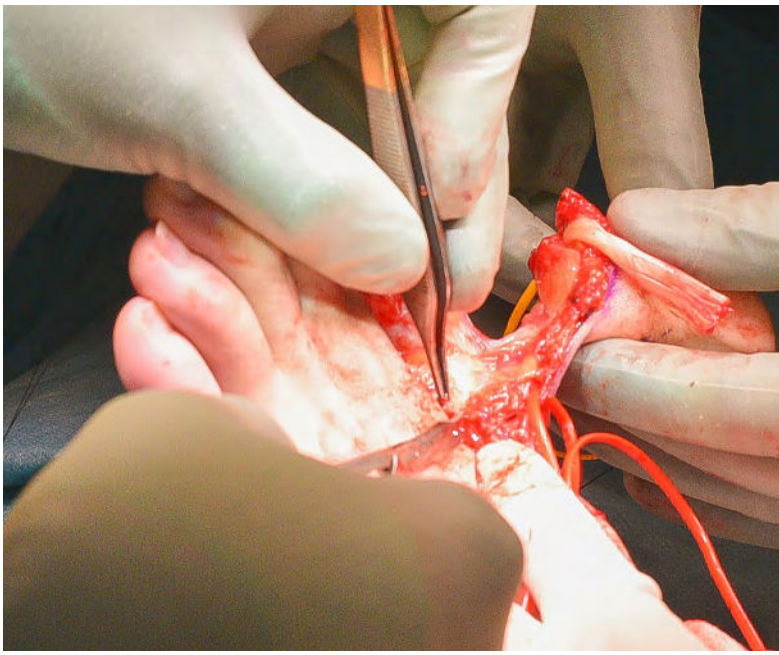


Foto 4. Na alle pezen en zenuwen door te nemen, klemt de chirurg de bloedvaten van de teen af en knipt deze daarna door

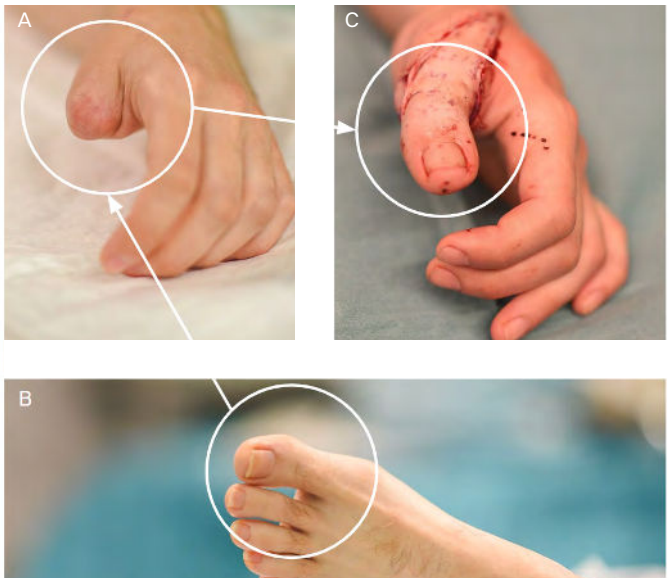


Foto 7. A) geamputeerde duim, B) de grote teen die zal worden getransfereerd, C) getransfereerde teen

Foto 8. Onmiddellijk na de operatie wordt een beschermend verband aangelegd

ischemische fase. Na eerst alle pezen en zenuwen door te nemen, klemt de chirurg de bloedvaten van de teen af en knipt deze vervolgens door (zie Foto 4.). Hierna zaagt de chirurg het bot door. Op dit moment is de teen volledig geamputeerd en wordt deze zo vlot mogelijk gepositioneerd op de acceptorplaats. Daar zet de chirurg de teen vast met een plaatje en schroeven (zie Foto 5.-6.).

Nadien hecht de chirurg de pezen om daarna te starten met microchirurgie, het meest cruciale onderdeel van de ingreep. Het resultaat van de ingreep staat of valt namelijk voornamelijk bij het hechten van de digitale arteriën en venen. Bij de minste twijfel over de microsutuur en de doorgankelijkheid van arterie en/of vene, wordt de sutuur herzien. Eénmaal er adequate perfusie van bloed blijkt, is de teen die nu als duim functioneert niet meer avasculair en eindigt de ischemische fase. Tot slot verricht de chirurg een microsutuur van de digitale zenuwen.

Foto 9. Het resultaat twee weken na de operatie

3. Derde fase - wonden afsluiten

In de derde fase werken de chirurgen de donor -en acceptorzones verder af en sluiten ze de wonden.

Functioneel en esthetisch herstel

Een handtrauma met duimamputatie heeft uiteraard een grote impact op het dagelijkse en professionele leven van de patiënt. Het voornaamste voordeel van deze ingreep is daarom het functioneel en esthetisch herstel van de hand (zie Foto 7.).

Het is voor de chirurg echter van groot belang om voor de operatie de kans op slagen in te schatten en alle voor- en nadelen van deze ingreep uitvoerig te bespreken met de patiënt. Enkel als deze balans positief is, is een mooi eindresultaat mogelijk.

REFERENTIE

1. J Hand Surg Am. 2013 July ; 38(7): 1431–1434. doi:10.1016/j.jhsa.2013.03.020.

Psychologische aspecten van diabetes type 1 bij adolescenten

Dries Fieremans
dienst Klinische psychologie

v.l.n.r.: Irene Dejonghe (diëtiste), Fabienne Beyaert (diabeteseducator), Justine Deblauwe (diëtiste), Nathalie Lagast (Medical Management Assistant), Dries Fieremans (klinisch psycholoog), Laure Beyne (maatschappelijk werker), dr. Sylvia Depoorter (kinderarts)

Ontbreken op deze foto: Michelle Desimpelaere (diabeteseducator), Lies Verdonck (diabeteseducator), Julien Cleenwerck (klinisch psycholoog), Amber Mullie (klinisch psycholoog), Dr. Simone Van de Velde (kinderarts), Sofie Van Thienen (diëtiste), Cato Desmet (diëtiste)

Diabetes komt steeds vaker voor bij kinderen en adolescenten. Sinds 2016 is het AZ Sint-Jan Brugge AV erkend door het RIZIV voor de behandeling van kinderen en adolescenten onder de 18 jaar met diabetes. Het kinderdiabetesteam op campus Sint-Jan behandelt momenteel ongeveer 120 kinderen en adolescenten met diabetes type 1.

Moeilijke diabetesregulatie

De meeste kinderen krijgen diabetes type 1, alhoewel er ook een duidelijke toename is van adolescenten met diabetes type 2. Van alle leeftijdsgroepen hebben adolescenten de minst goede diabetesregulatie. Hiervoor zijn zowel hormonale als ontwikkelingspsychologische factoren aan te wijzen. Adolescenten moeten namelijk een balans vinden tussen de vele normatieve sociale, emotionele en biologische veranderingen en het uitgebreide eisenpakket dat diabetesregulatie vraagt.

Aandacht voor mentale welzijn

De zorg voor adolescenten met diabetes mellitus type 1 is multidisciplinair en de klinisch psycholoog speelt hier een belangrijke rol. De psychologische aspecten van diabetes type 1 begrijpen en aanpakken is van cruciaal belang omdat het een grote invloed kan hebben op de ziektebeleving en de levenskwaliteit van deze jonge patiënten. Dit artikel gaat dieper in op diabetes type 1 tijdens de specifieke ontwikkelingsfase van adolescentie, de ziekte-identiteit van adolescenten met diabetes en het belang van motiverende gespreksvoering om deze populatie te behandelen.

Diabetes tijdens de adolescentiefase

Allereerst bevinden adolescenten zich in een unieke ontwikkelingsfase waarin ze zich losmaken van hun ouders en hun eigen identiteit beginnen te vormen. Diabetes kan interfereren met deze leeftijdsspecifieke ontwikkelingstaak omdat het dagdagelijkse beheer van de ziekte in toenemende mate een gevoel van verantwoordelijkheid en zelfdiscipline vereist. Het langetermijnperspectief (preventie van complicaties) laat zich niet gemakkelijk vertalen naar het heden, waar adolescenten vooral de last voelen van het intensieve zelfmanagement.

Bovendien zijn de executieve functies van adolescenten nog in volle ontwikkeling: dit verklaart waarom jongeren het nog moeilijk hebben om vooruit te denken en hun gedrag doelmatig te plannen en te organiseren. Het medisch regime dat de ziekte vraagt, past niet altijd in het leven van adolescenten en kan hen afremmen in hun exploratieproces. Bewust en strikt een gezonde levensstijl nastreven vraagt regelmaat, een volgehouden aandacht en continue aanpassing van het gedrag.

In tegenstelling tot leeftijdsgenoten die zich volop kunnen focussen op hun vrije identiteitsontwikkeling, is het gevraagde gedrag letterlijk en figuurlijk berekend en afgemeten. Hoewel heel wat adolescenten ondersteuning ervaren van *peers*, kan diabetes gepaard gaan met het gevoel ‘anders’ of ‘de uitzondering’ te zijn.

Een klinisch psycholoog kan adolescenten helpen met deze uitdagingen en hen ondersteunen om vaardigheden te ontwikkelen om zelfstandig met hun diabetes om te gaan.

Brug tussen de adolescent en het medische team

Daarnaast kan de zoektocht naar autonomie en het verzet tegen autoriteitsfiguren ook de relatie met het medische team beïnvloeden. Sommige adolescenten hebben moeite om de noodzakelijke medische controles en de bloedglucosemetingen en insuline-injecties te accepteren. Ze kunnen ook gevoelens van frustratie, angst of weerstand ervaren ten opzichte van de medische professionals die betrokken zijn bij hun diabetesregulatie.

Een klinisch psycholoog kan ook fungeren als een brug tussen de adolescent en het medische team, waarbij ze de emoties en zorgen van de adolescent kunnen helpen begrijpen en communiceren met de zorgverleners.

Ondersteuning van de ouders

Ten slotte spelen de ouders van adolescenten met diabetes ook een belangrijke rol in de behandeling. Eén van de ontwikkelingstaken van adolescenten is onafhankelijker worden van hun ouders. Dit kan enigszins vertraagd verlopen voor jongeren met diabetes, aangezien ouders meestal nauw betrokken blijven tijdens de adolescentie om een goede diabetesregulatie te verzekeren. Het kan voor ouders moeilijk zijn om hun kinderen geleidelijk meer verantwoordelijkheid te geven voor het zelfbeheer van diabetes, aangezien ze bezorgd blijven over hun gezondheid en welbevinden.[1]

Ook ouders kunnen hulp vinden bij een klinisch psycholoog. Zij kunnen ondersteuning krijgen en leren hoe ze de autonomie van hun adolescent kunnen bevorderen. Een psycholoog kan ouders helpen omgaan met hun eigen zorgen en angsten en hen voorzien van strategieën om responsief te communiceren met hun kinderen, het onderlinge vertrouwen te vergroten en de zelfstandigheidsontwikkeling van de adolescent maximaal te stimuleren.

Omgaan met de ziekte

De psychologische aspecten van diabetes hebben een invloed op het gedrag en de motivatie van adolescenten bij het omgaan met hun ziekte. Jongeren kunnen gevoelens van woede, frustratie, verdriet, angst en schaamte ervaren als gevolg van de dagelijkse beperkingen en verantwoordelijkheden die diabetes met zich meebrengt. Ze moeten constant rekening houden met hun voeding, medicatie, bloedglucosecontroles en fysieke activiteit. Deze constante focus op hun gezondheid kan leiden tot psychische belasting en verminderde kwaliteit van leven.[2]

Zoals eerder aangehaald, is de adolescentiefase een periode van identiteitsvorming en zoeken naar autonomie. Jongeren met diabetes moeten een evenwicht vinden tussen hun diabetesbehandeling naleven en deelnemen aan activiteiten die 'vanzelfsprekend' zijn in hun leeftijdsgroep.

Ziekte-identiteit

Iemands identiteit bestaat uit verschillende aspecten, maar welke plaats krijgt zo'n chronische ziekte als diabetes type 1 in die identiteit? Jongeren kunnen op verschillende manieren omgaan met hun ziekte en deze ziekte-identiteit kan daarenboven op verschillende manieren vorm krijgen binnen iemands zelfbeeld of identiteit.

Sommige jongeren identificeren zich erg sterk met hun ziekte en raken als het ware overspoeld. Diabetes domineert al hun levensdomeinen, wat ervaren kan worden als een *loss of self*. Anderen proberen dan weer hun ziekte te negeren of te verbergen om hun identiteit als normale adolescenten te behouden. Ze vertonen weerstand tegen de ziekte-identiteit die met diabetes gepaard gaat en proberen hun diabetes te ontkennen of te minimaliseren om bij hun leeftijdsgenoten te horen. Dit kan leiden tot therapieontrouw, slechtere ziektebeheersing en een grotere emotionele impact van de ziekte.[2]

Een positieve en geïntegreerde ziekte-identiteit ontwikkelen, kan adolescenten niet alleen helpen hun ziekte te aanvaarden maar ook hun diabetesmanagement serieus te nemen en een actieve rol te spelen in hun eigen zorg.

Mogelijke comorbiditeit

Een belangrijk aandachtspunt is het eetgedrag van de adolescent. Vooral meisjes kunnen erg bezig zijn met hun uiterlijk en gewichtstoename kan dan een probleem worden. Er zijn aanwijzingen dat eetstoornissen frequent voorkomen onder jeugdige diabetespatiënten hoewel niet met zekerheid vaststaat dat de prevalentie verhoogd is ten opzichte van leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Veel jongeren dienen zichzelf minder vaak de hoeveelheid insuline toe dan nodig is. Ook zijn ze minder geneigd hun glucose te meten en te letten op hun voeding. Het opzettelijk onder-doseren van insuline kan bij vooral meisjes onderdeel uitmaken van lijngedrag.[3]

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering bevordert de gedragsverandering en versterkt de intrinsieke motivatie van de patiënt. Het is een effectieve techniek bij adolescenten met diabetes omdat deze rekening houdt met hun behoefte aan autonomie en hun ambivalentie ten opzichte van de behandeling. Door open vragen te stellen, te luisteren, te reflecteren en samen te werken, helpt motiverende gespreksvoering adolescenten hun eigen motivatie en doelen te ontdekken en hen te ondersteunen om verantwoordelijkheid op te nemen in hun diabetesmanagement. Ze krijgen erkenning voor hun inzet en richten zich daardoor gemakkelijker op hun persoonlijke waarden en doelen.

Het is belangrijk dat alle zorgverleners binnen een kinderdiabetesteam voldoende kennis en vaardigheden ontwikkelen om tot motiverende gesprekvoering te komen. Ook hierin rust een belangrijke taak voor de klinisch psycholoog, die alle zorgverleners kan stimuleren om deze 'verandertaal' te gebruiken.

REFERENTIES

1. Goethals, R. G., Soenens, B., de Wit, M., Vansteenkiste, M., Laffel, L. M., Casteels, K. & Luyckx K. (2019). "Let"s talk about it". The role of parental communication in adolescents' motivation to adhere to treatment recommendations for type 1 diabetes. Pediatric Diabetes. 2019; 1-10

2. Raymaekers, K., Prikken, S., Vanhalst, J., Moons, P., Goossens, E., Oris, L., Weets, I., Luyckx, K. (2020). The Social Context and Illness Identity in Youth with Type 1 Diabetes: A Three-Wave Longitudinal Study. Journal Of Youth And Adolescence, 49 (2), 449-466.

3. Maas-Van Schaaijk, N. M. (2015). Psychologische aspecten van diabetes per ontwikkelingsfase. Tijdschrift Kindergeneeskunde, 83 (1), 42–48.

Multidisciplinair werken: **het hart van geriatrie**

dr. Katia Brouns
dienst Geriatrie

Geriatrie wekt vaak oprecht enthousiasme op, zowel door de interessante casussen, de leuke momenten, de afstanden die men aflegt, als door het streven naar effectieve oplossingen. De patiënten zelf vormen echter de grootste bron van voldoening.

De dienst Geriatrie kiest voor een multidisciplinaire benadering van de patiënt in zijn totaliteit. Het team richt zich op optimale levenskwaliteit en functionering van de patiënt.

Multidisciplinair team

De geriater vervult niet alleen de rol van arts, maar stuurt ook het team aan en neemt medische beslissingen op basis van de algemene gezondheidstoestand van de patiënt en zijn of haar functionaliteit. Om dit te kunnen beoordelen, is een team nodig waarin elke schakel zich toelegt op een ander aspect. Tijdens elk teamoverleg zitten de verschillende disciplines samen om een patiëntendossier in zijn totaliteit te bespreken (zie Foto 1.). Artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen zijn verantwoordelijk voor de zorg en uitvoering van medische handelingen.

Het verpleegkundig en zorgkundig team is zowel voor de patiënt als ook voor de arts en de familieleden van de patiënt het meest nabije aanspreekpunt (zie Foto 2.). Kinesisten zorgen ervoor dat de spierkracht en mobiliteit behouden blijven tijdens perioden van acute ziekte (zie Foto 3.). Op deze manier zorgen zij ervoor dat mensen na genezing een kortere revalidatieperiode doormaken of zelfs rechtstreeks naar huis kunnen terugkeren. Ergotherapeuten richten zich op functionaliteit en zorgen ervoor dat patiënten bij hun ontslag uit het ziekenhuis zo zelfstandig mogelijk zijn en voor zichzelf kunnen zorgen (zie Foto 4.). Het team van logopedisten en diëtisten monitort de voedsel- en vochtinname om het lichaam te versterken en te ondersteunen bij ziektebestrijding of -herstel.

Sociaal vangnet

Vanaf dag één neemt de sociaal werker initiatieven om de thuissituatie van de patiënt te onderzoeken en te optimaliseren. Indien blijkt dat de thuissituatie niet langer haalbaar is, zoekt de dienst naar een waardig alternatief. Op die manier kan elke patiënt bij ontslag uit het ziekenhuis rekenen op een sociaal vangnet. Psychologen en pastorale hulpverleners helpen bij het bewaken of herstellen van de emotionele stabiliteit van de patiënt. Net zoals bij topsporters mag men het effect van mentale kracht bij geriatrische patiënten niet onderschatten. Met een gezonde geest kan er zelfs in een ongezond lichaam veel bereikt worden. Tot slot speelt ook het schoonmaakteam een cruciale rol om veel infecties en trauma's te voorkomen (zie Foto 5.).

Interdisciplinaire samenwerking

In de loop der jaren ontstond op de dienst Geriatrie ook een waardevolle interdisciplinaire samenwerking. Voor gedrags- en psychische problemen kan de dienst een beroep doen op de ervaring van de gerontopsychiaters en ook omgekeerd staan

Het team geriaters op campus Sint-Jan. v.l.n.r.: dr. Griet Buyck, dr. Margareta Lambert, dr. Raf Van Hoeyweghen, dr. Katia Brouns

geriaters klaar om organische problemen bij psychische stoornissen aan te pakken. In sommige gevallen is de diagnose niet direct duidelijk en is er overleg vereist om tot een diagnose te komen.

In de geheugenkliniek werken geriaters samen met de neurologen, psychiaters en neuropsychologen. Bij vermoeden van cognitieve stoornissen gebeurt een uitgebreide multidisciplinaire evaluatie om de diagnose van neurodegeneratieve aandoeningen vast te stellen of uit te sluiten. Bij de eindbespreking ligt de nadruk vooral op de mogelijkheden of verwachtingen, eerder dan op een belemmerende diagnose.

Orthogeriatrie

Geriaters en orthopedisch chirurgen bereikten de laatste jaren een efficiënte orthogeriatrische samenwerking. Een fractuur gaat vaak gepaard met een trauma. Hoewel dit meestal vlot te behandelen is, is dit in vele gevallen slechts het topje van de ijsberg voor de geriatrische patiënt. Een val of een trauma ontstaat vaak door onderliggende problemen en kwetsbaarheid. Het team voorkomt heropnames of nieuwe fracturen door ook deze problemen aan te pakken.[1, 2]

Het meest recente initiatief op dit vlak is de samenwerking met de dienst Spoedopname, waarbij de liaison-geriatrie is opgestart. Geriatrisch opgeleide verpleegkundigen kunnen dankzij hun ervaring en getrainde blik snel de kwetsbaarheid inschatten en mee beoordelen of een patiënt na een spoedopname naar huis kan of dat een opname in een geriatrische of andere afdeling aangewezen is.

CGA: de basis van de geriatrie

Het *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) is een screeningsinstrument dat potentiële kwetsbaarheden van de oudere patiënt inschat en de medische problematiek evalueert in relatie tot het algemeen functioneren. Deze evaluatie houdt onder andere rekening met mobiliteit, continentie, cognitieve toestand, voeding, medicatie en de beschikbare persoonlijke, familiale en maatschappelijke mogelijkheden. Hoe zwaar weegt de ziekte op het functioneren? Hoe is de mobiliteit? Wat is nog mogelijk op het gebied van zelfzorg? Is er cognitieve beïnvloeding door het

Foto 1. Tijdens het teamoverleg zitten de verschillende disciplines samen om elk patiëntendossier in zijn totaliteit te bespreken

Foto 2. Het verpleegkundig en zorgkundig team is zowel voor de patiënt als ook voor de arts en de familieleden van de patiënt het meest nabije aanspreekpunt

Foto 3. Kinesisten zorgen ervoor dat de spierkracht en mobiliteit behouden blijft tijdens perioden van acute ziekte

lichamelijke disfunctioneren? En is het mogelijk om terug te keren naar dezelfde sociale context?

Het CGA vormt de basis van de geriatrie en haar unieke aanpak. Bovendien toonden studies aan dat het gebruik van het CGA een positieve invloed heeft op onder andere de ligduur, de institutionalisering en de mortaliteit. Door het totaalpakket te screenen en te werken aan totaalzorg ontstaat een veel beter resultaat. Dit is niet alleen van grote meerwaarde voor de patiënt, maar ook voor zijn of haar omgeving en het ziekenhuis.[3]

Toekomstperspectieven en samenwerkingen

In de toekomst wil de dienst Geriatrie verder innovatieve en wetenschappelijk onderbouwde zorg bieden op maat van de patiënt. Zo start de dienst binnenkort de GERONTE *trial* op in samenwerking met het UZ Leuven. Dit is een studie in samenwerking met de dienst Medische oncologie rond holistische en patiëntgeoriënteerde zorg binnen het domein van de oncogeriatrie. Verder is er ook een samenwerking met de dienst Anesthesie en kritische zorgen om *senior-friendly* anesthesie en chirurgie toe te passen binnen de context van het *Safe Brain Initiative* (SBI) en de orthogeriatrie. De dienst Geriatrie neemt ook deel aan een onderzoeksproject rond detectie van valrisico samen met de faculteit Bewegings- en Revalidatiewetenschappen van de KU Leuven.

Door regelmatige communicatie en overleg via de huisartsenkring van Brugge en Omgeving (HABO) is er een goede samenwerking met huisartsen in de regio. In januari organiseerde de dienst een interactieve navorming rond *good practices* binnen de geriatrie samen met de collega-geriaters uit de regionale ziekenhuizen. Ook het relatief nieuwe domein van zorgtechnologie biedt veel interessante mogelijkheden en wil de dienst verder exploreren en implementeren in de geriatrische zorg.

Zorgkundige duizendpoten

Het mag inmiddels duidelijk zijn dat geriaters en hun medewerkers zorgkundige duizendpoten zijn. Zonder alle medewerkers zou de dienst Geriatrie weliswaar goede geneeskunde kunnen brengen, maar het begrip geriatrie overstijgt dit. In eerste instantie gaat het over mensen genezen of weer functioneel maken. Maar zelfs wanneer patiënten medisch uitbehandeld zijn, stopt de roeping niet. Patiënten helpen gaat niet alleen over genezing. Hulp verlenen aan mensen betekent ook goede begeleiding bieden, al is het maar om een zachte landing te garanderen.

Geriatrie krijgt nog te vaak een negatieve connotatie, meestal door personen die minder bekend zijn met het vak. Door kennis en wetenschap te delen, streeft de dienst Geriatrie ernaar de passie voor geriatrie te laten groeien en de belangstelling en waardering voor ouderenzorg ziekenhuisbreed te versterken.

REFERENTIES

1. Baroni M, Serra R, Boccardi V, et al. Het orthogeriatrische comanagement verbetert de klinische uitkomsten van heupfracturen bij oudere volwassenen. Osteoporos Int 2019; 30:907.
2. Fisher AA, Davis MW, Rubenach SE, et al. Uitkomsten voor oudere patiënten met heupfracturen: de impact van orthopedische en geriatrische geneeskunde cocare. J Orthop Trauma 2006; 20:172.
3. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, et al. Uitgebreide geriatrische beoordeling voor oudere volwassenen die in het ziekenhuis zijn opgenomen. Cochrane Database Syst Rev 2011; CD006211.

Foto 4. Ergotherapeuten richten zich op functionaliteit en zorgen ervoor dat patiënten bij hun ontslag uit het ziekenhuis zo zelfstandig mogelijk zijn en voor zichzelf kunnen zorgen

Foto 5. Het schoonmaakteam vervult een cruciale rol op de dienst

Percutane transkatheter embolisatie als standaardbehandeling bij Pelvien Congestie Syndroom (PCS)

dr. Andries Van Holsbeeck, dr. Jesse Marrannes, dr. Joost Kager, dr. Johan Ghekiere dienst Radiologie
dr. Philippe Van Trappen dienst Gynaecologie-verloskunde

Het Pelvien Congestie Syndroom (PCS) is een syndroom waarbij chronische buikpijn ontstaat door spataders in het kleine bekken van vrouwen. Het AZ Sint-Jan Brugge AV heeft veel expertise in huis en behandelt PCS door middel van embolisatie, met goede resultaten tot gevolg.

Oorzaken van PCS

Een spatader ontstaat door lekkende aderkleppen die de druk in de ader verhogen. Hierdoor stroomt het bloed niet meer richting het hart, maar door de zwaartekracht naar beneden. Spataders komen het vaakst voor in de benen, maar kunnen dus ook in de buik ontstaan. Bij PCS ontstaan er inwendige spataders diep in de onderbuik rond de baarmoeder, soms met uitlopers naar de schaamstreek (zie Foto 1.).

De verhoogde druk in de aders kan een of meerdere oorzaken hebben. Meestal gaat het om een combinatie van factoren zoals bijvoorbeeld genetische aanleg, anatomische afwijkingen, hormonale factoren, secundaire schade aan de aderwand, een verhoogde bloeddruk en dilatatie van de aders.

De meest voorkomende directe oorzaak van het Pelvien Congestie Syndroom is echter het terugvloeien van bloed in een ader van de eierstokken als gevolg van beschadigde kleppen. Deze kleppen zorgen er in normale omstandigheden voor dat het bloed in de aders niet terugstroomt naar beneden. Een andere oorzaak voor de verhoogde aderdruk is een afgesnoerde ader van de linkernier tussen de aorta (grote buikslagader) en de arteria mesenterica superior (darmslagader).

Fig. 1. PCS is niet altijd even goed gekend, waardoor behandelende artsen het wisselende klachtenbeeld vaak niet herkennen. Een CT-scan van de buik kan de diagnose bevestigen

Mogelijke symptomen

Vrouwen met PCS hebben vaak last van al dan niet een combinatie van onderstaande symptomen:

- chronische doffe pijn of zwaartegevoel in de onderbuik en/of de schaamstreek
- klachten die toenemen in de loop van de dag door bijvoorbeeld langdurig recht te moeten staan
- klachten gerelateerd aan de menstruatie
- pijn tijdens betrekkingen
- pijn tijdens het plassen
- spataders in het bovenbeen, schaamlippen, de anus en/of bil

Geen eenvoudige diagnose

PCS is niet altijd even goed gekend, waardoor behandelende artsen het wisselende klachtenbeeld vaak niet herkennen en vrouwen pas laattijdig de juiste diagnose krijgen. In eerste instantie moeten artsen andere gynaecologische, urologische of gastro-enterologische oorzaken kunnen uitsluiten. Indien zij geen andere verklaring vinden voor de last, geeft een echografie met doppleronderzoek van het kleine bekken een indicatieve beeldvorming. Daarna kan een NMR- of CT-scan van de buik de diagnose bevestigen (zie Fig. 1.).

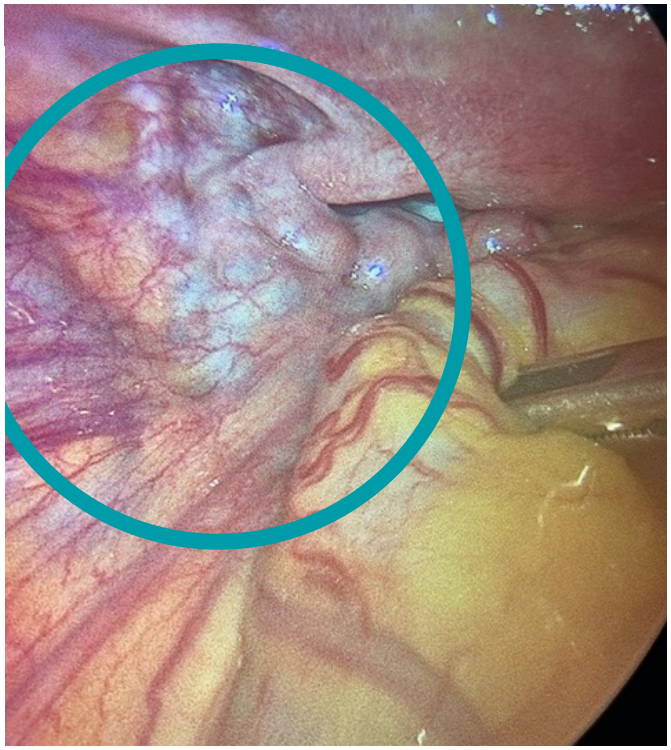


Foto 1. Via een laparoscopie zijn de spataders rond de baarmoeder duidelijk te zien

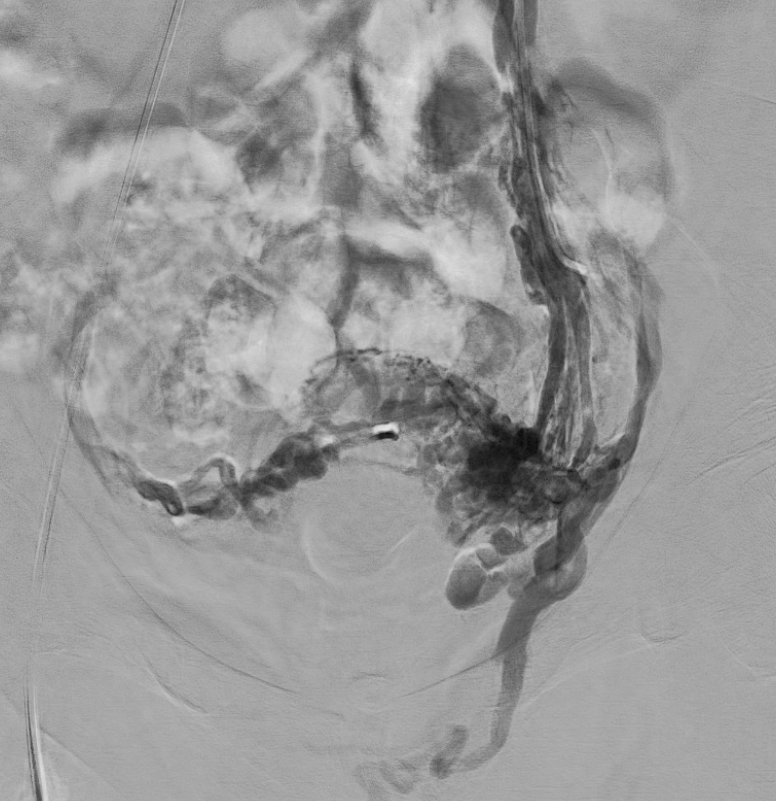


Fig. 2. Artsen voeren via de lies een katheter op tot in de gewenste ader. Zodra de katheter goed zit, spuiten ze contrastvloeistof in en maken ze een flebografie

Behandelopties vroeger en nu

Als pijnbestrijding schrijft de behandelende arts in eerste instantie niet-steroïdale ontstekingsremmende medicijnen (NSAID's) voor. Wanneer deze pijnstilling onvoldoende effect biedt, is het noodzakelijk om de onderliggende oorzaak aan te pakken.

Door een ader te dichten zorgen artsen ervoor dat bloed niet verder naar beneden terugstroomt. Vroeger gebeurde dit onder volledige narcose, waarbij artsen via een heelkundige ingreep de ader onderbonden.

Sinds de opkomst van endovasculaire technieken voeren interventieradiologen de ingreep uit onder plaatselijke verdoving. Hierbij voeren ze via de lies een katheter op tot in de gewenste ader. Zodra de katheter goed zit, spuiten ze contrastvloeistof in en maken ze een flebografie (zie Fig. 2.). Daarna brengen de interventieradiologen materiaal in om het bloedvat af te sluiten (bv. lijm of coils) (zie Fig. 3.).

Dit heet een percutane transkatheter embolisatie en is ondertussen de standaardbehandeling voor het Pelvien Congestie Syndroom en bij varices in het kleine bekken (zie Fig. 4.).[2,3]

Goede resultaten

Na een behandeling geeft ongeveer 80 % van de vrouwen aan dat er sprake is van een duidelijke verbetering of gehele verdwijning van de pijn.[1] Complicaties komen overigens weinig voor en zijn gering van aard.[2]

REFERENTIES

1. Female Pelvic Vein Embolization : Indications, Techniques and Outcomes, Cardiovascular and Interventional Radiology, 38, 806-820 (2015).

2. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases : Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum, Journal of Vascular Surgery, Vol53, Number 168

3. Symptomatic pelvic venous insufficiency: a review of the current controversies in pathophysiology, diagnosis, and management. Barge TF, Uberoi R. Clin Radiol. 2022 Jun;77(6):409-417.

Fig. 3. Tijdens de embolisatie brengt de interventieradioloog coils (veertjes) in de ovariële ader om de terugstroom van het bloed naar beneden te verhinderen

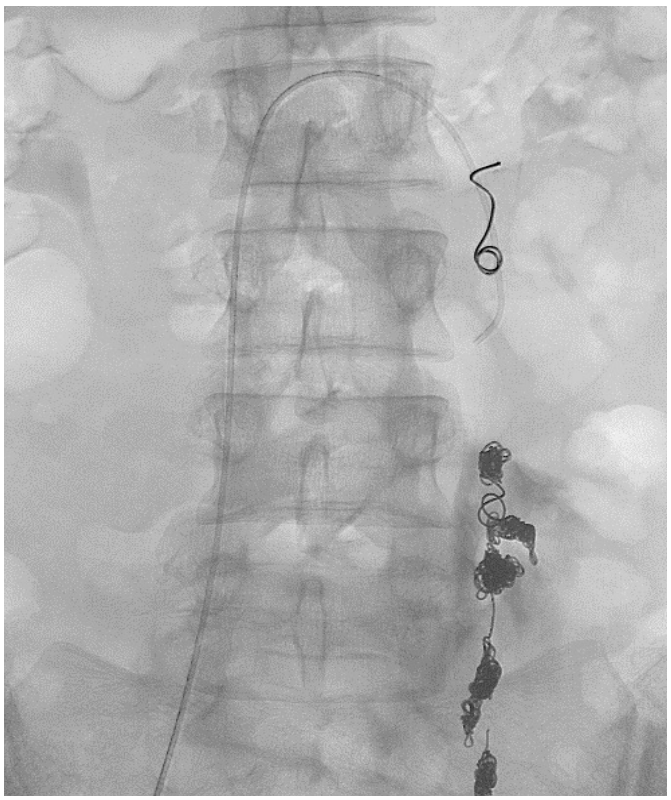


Fig. 4. Na een geslaagde percutane transkatheter embolisatie is er geen verdere terugstroom meer aantoonbaar. De contrastvloeistof, toegediend via de veneuze katheter loopt niet verder naar beneden. Hierdoor zal het netwerk van spataders in het kleine bekken niet meer vullen

Schrijf je in en blijf op de hoogte van de laatste events

www.azlink.be/azlink-academy/

AZ Sint-Jan Brugge

EDUCATIEF PROGRAMMA

AZ COLLOQUIA

MAART 2024

DI 12
Multidisciplinaire aanpak van rectumkanker (niet gemetastaseerd)
Huidtumoren
19.30 uur, campus Sint-Jan
In samenwerking met het AZ Sint-Lucas Brugge

APRIL 2024

DO 18
Brugs Multidisciplinair Centrum voor Endometriose (BMCE)
Subfertiliteit bij de man
19.30 uur, campus Sint-Jan
In samenwerking met het AZ Sint-Lucas Brugge

MEI 2024

DI 14
LOK-avond pediatrie
19.30 uur, campus Sint-Jan
In samenwerking met HABO

SYMPOSIA EN CONGRESSEN

MAART 2024

DO 07
Symposium: "Central and peripheral vertigo and dizziness: what you need to know and what is new"
door Prof. Dr. M. Strupp, neuroloog
Ludwig Maximilians University Hospital München
Van der Valk hotel Gent
in samenwerking met dr. Melissa Cambron, dienst Neurologie en dr. Anne-Sophie Vinck, dienst Neus-, keel- en oorziekten AZ Sint-Jan Brugge AV

VR 08
Symposium non-infectious serology
BMCC, Beursplein 1, Brugge
In samenwerking met Sciensano

ZA 09
Deep Brain Stimulation (DBS) - State of the Art
Concertgebouw, 't Zand 34, Brugge
In samenwerking met het AZ Sint-Lucas Brugge

APRIL 2024

DO 18
Symposium Longtrombectomie
Bar Bulot, Loppemsestraat 52, Zedelgem
Georganiseerd door de interventionele radiologen van het AZ Sint-Jan Brugge AV, in samenwerking met de diensten Pneumologie, Spoedopname, Anesthesie en kritische zorgen

AZ S.J