

Infusie

- 04** Revalidatie na CVA
- 08** Infusie sprak met: dr. Lieven De Weirdt & dr. Marc Servaes - PAAZ
- 14** Nieuwe anesthesietechnieken: verhoogd comfort na voetchirurgie
- 18** CT-Coronografie

17

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas



Jaargang 4 - nr. 17
december 2011 - januari - februari 2012
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

INFUSIE is een uitgave van AZ Nikolaas vzw en wordt 4 maal per jaar verspreid met een oplage van 2150 exemplaren.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1
9100 Sint-Niklaas

REDACTIERAAD:

Dr. Sandra Demuyne
Prof. Dr. Philippe Duyck
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Philip Nieberding
Dr. Francis Ruys
Dr. David Van Der Planken
Dr. Pascal Van Ranst
Dr. Leo Verguts

WERKTEN MEE:

Katrien Blauwhoff
Dr. Mieke Decoopman
Dr. Erik Van Hul
Dr. Anne Van Riet
Dr. Peter Verelst
Dr. Bart Eeckhaut
Dr. Isabelle Vande Broek
Dr. Karin Van Poucke

VORMGEVING:

Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:

Alex Deyaert
Dr. Francis Ruys

Edito	3
Revalidatie na CVA: State of the art	4
Hematologisch beeld	7
Infusie sprak met: Dr. Lieven De Weirdt en Dr. Marc Servaes	8
Apotheek	12
Nieuwe anesthesietechnieken: verhoogd comfort na voetchirurgie	14
CT-coronografie	16
Hematologisch beeld	18
Citius, altius, fortius	20

Agenda

<i>12 april</i>	Videoconferentie
<i>10 mei</i>	Videoconferentie
<i>5 juni</i>	Symposium Orthopedie CTM: Spinal Stenose
<i>22 september</i>	Symposium Thoracale oncologie
<i>6 oktober</i>	Symposium Geriatrie
<i>13 oktober</i>	Symposium 'Huilende baby of huilbaby?'
<i>17 november</i>	Symposium Anesthesie

De meest recente informatie m.b.t. bijscholingen of activiteiten van de Huisartsenkoepel Waasland zijn terug te vinden op de website www.huisartsenkoepelwaasland.be onder de rubriek "navorming" en "kalender".

Edito



Beste collega's

Bij de voorbereiding van dit nummer worden we terug geconfronteerd met nakende besparingen in de gezondheidszorg.

Het is voor ons nog wat koffiedik kijken waar precies zal bezuinigd moeten worden. Opnieuw kan de discussie oplaaien of onze gezondheidszorg aan een grondige verandering toe is? Uitgaven in de gezondheidszorg stegen de laatste jaren sneller dan het welzijn. Deze toename van de kosten is voornamelijk het gevolg van de vergrijzing van de bevolking, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de opkomst van dure unieke medicatie. Wanneer men het heeft over gezondheidszorg - gezondheidssysteem in dit land focust men zich doorgaans nogal sterk op de curatieve insteek. Gezondheidszorg is dan de vertaling van het Angelsaksische begrip healthcare.

Het zorggedeelte is echter slechts een deel van het geheel. Het zou evenwel wenselijk zijn meer nadruk te leggen op de gezondheid als sleutelement van het welzijn van de algehele bevolking.

De burger anno 2012 hecht ook veel meer dan vroeger belang aan welzijn, aan kwaliteit van leven en niet enkel aan (vanzelfsprekende) optimale curatieve zorg.

Interessant hierbij is dat in de sector 'gezondheid' 9,4% van de bevolking zelf is

tewerkgesteld. Dit is meer dan in het onderwijs en twee keer meer dan in de zogenoemde bouwsector. Redenen genoeg om met 'zorg' onze sector te behandelen.

De overheid heeft al lang de neiging in zijn benadering van de sector nogal sterk naar besparingen te streven. Besparingen, zelfs in periodes waarin het economisch wat moeilijker gaat mogen niet de enige invalshoek zijn.

Het reactieve ingrijpen zoals nu wordt voorgesteld zal eerder leiden tot inkrimping van het aanbod, mogelijk als collaterale schade ook van nuttige gezondheidszorg.

Beter doch moeilijker, moediger is proactief ingrijpen en efficiëntere zorg nastreven eerder dan prijs of kostreductie te beogen. Kwaliteit van zorg zou moeten beloond worden. Een frisse disruptieve benadering van het ganse gezondheidssysteem dringt zich op. De uitdaging bestaat er zeker in betere gezondheidszorg aan een aanvaardbare kostprijs aan te bieden.

'Bezuinigingen dwingen zorgorganisaties ertoe bedrijfsmatiger te werken en efficiënter met hun resources om te gaan' las ik onlangs in een recente medische publicatie.

Voorwaar zeker juist, maar eens zit de rek op de besparingen, het lean management, de efficiëntieverhogingen en toenemende flexibiliteit er wel op, en dan verwachten we met zijn allen visie en oplossingen van de overheid en van de sector zelf.

Het is en blijft onvermijdbaar dat er in het domein van de gezondheidszorg keuzes moeten gemaakt worden. Niet zoals in het verleden, impliciet, ad hoc en confidentieel. Ook dat vraagt de publieke opinie van de politieke wereld. Hopelijk verliezen de burgers binnenkort ook niet het vertrouwen in de professionals en de beheerders werkzaam in de gezondheidszorg, nadat ze de klassieke politiek al massaal de rug hebben gekeerd.

Prof. dr. Philippe Duyck
Medisch directeur

Revalidatie na CVA: State of the art

Symposium 22 oktober 2011

Op 22 oktober 2011 organiseerde de dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie van AZ Nikolaas een congres over de behandelmogelijkheden na CVA.

De doelgroep bestond uit huisartsen van het Waasland, collega's fysische geneeskunde en paramedisch personeel. We konden 160 mensen verwelkomen. Zowel artsen van AZ Nikolaas als externe sprekers werden aangetrokken om een deelaspect van de revalidatie na CVA te belichten.

Actuele therapie na CVA: trombolysie en secundaire preventie

Dr. Bart Siau, neuroloog van AZ Nikolaas, beet de spits af met een aantal belangrijke take home messages. AZ Nikolaas telt 500 CVA-opnames per jaar waardoor huisartsen regelmatig met deze aandoening worden geconfronteerd. Hiervan zijn 80% van ischemische aard en 20% zijn bloedingen.

De spreekbeurt richtte zich verder op de 80% ischemische CVA's. Bij de acute behandeling is na normalisatie van de fysiologische parameters een snelle reperfusie een voorwaarde voor een goede outcome. Trombolysie is veilig en effectief binnen een tijdsspanne van 3 tot 4,5 uur na het ontstaan van het CVA indien er geen bloeding, duidelijk recent infarct op CT-scan of majeur trauma aanwezig is. Belangrijk is te onderstrepen dat ondanks het ruime tijdsinterval de beste resultaten worden bekomen bij een trombolysie binnen de 90 minuten.

Naast de acute behandeling is er de secundaire preventie met controle van de risicofactoren en etiologische behandeling. Er zijn 2 oorzakelijke groepen van ischemische stroke: de cardiale en de arteriële. Voor de cardiale oorzaken worden vitamine K antagonist aangeraden met regeling van de INR tussen 2 - 3. Bij contra-indicatie kan asaflo of een combinatie van asaflo en clopidogrel worden opgestart. De nieuwere producten dabigatran en apixaban zijn veelbelovend. Bij een arteriële oorzaak geeft men bij een eerste event asaflo (100-300mg/d). Bij een tweede event onder asaflo wordt overgeschakeld op asaflo en dipyridamol. Bij contra-indicatie voor asaflo start men met clopidogrel.

Neurochirurgische indicatie voor intracerebrale bloeding

Als tweede spreker konden we **neurochirurg Dr. Erik Van de Kelft** verwelkomen die een fotorige uiteenzetting gaf over de chirurgische behandeling van intracraniële en subarachnoidale bloedingen. Als we kijken naar de mogelijkheden van neurochirurgische behandeling voor intracerebrale hematomen zijn er vier belangrijke items te onthouden. In de eerste plaats, en dit komt overeen met de aanbeveling van de andere sprekers, moet er een rigoureuze bloeddrukcontrole worden uitgevoerd

met correctie bij hypertensie; dit zeker in associatie met anticoagulantia en acetylsalicylzuur. De boodschap naar alle behandelende artsen is dat een onmiddellijke oppuntstelling vereist is bij elke patiënt met neurologische tekenen. Er is verder anno 2012 zeker geen plaats meer voor een standaard therapeutisch nihilisme. Immers, bij goed geselecteerde patiënten zien we frequent post-neurochirurgische resultaten waar alle partijen tevreden over kunnen zijn!

Functionele prognose na CVA

Eenmaal de acute fase gestabiliseerd is, wordt het informeren van patiënt en familie over het herstel belangrijk. De multidisciplinaire revalidatie wordt opgestart met als doel het herwinnen van de zelfredzaamheid. Indien nodig kunnen hulpmiddelen en hulp van derden ingeroepen worden.

Dr. An Hofman, fysische geneeskunde en revalidatie AZ Nikolaas, besprak de determinanten van de functionele prognose na CVA. Zestig procent van de CVA-patiënten zijn na 6 maanden intensieve revalidatie terug zelfstandig voor de ADL-activiteiten en stappen opnieuw zonder hulp van derden. Dertig tot zestig procent behouden daarentegen een afunctionele arm. De laatste 10 jaar werden een aantal functionele prognostische determinanten bepaald. Deze zijn geldig voor patiënten ouder dan 18 jaar, met een eerste CVA in de anterieure circulatie die voorheen volledig zelfredzaam waren en geen deficit vertonen in communicatie en geheugen.

Er werden 3 determinanten bepaald. De ADL-score via de Barthelindex op dag 5 na een CVA is sterk predictief voor de ADL-score na 6 maanden. Hierbij is onafhankelijkheid in baden en kleden een goede voorspelling voor volledig functioneel herstel na 5 jaar. De voorspelling voor het herwinnen van de handvaardigheid wordt bepaald door de vingerextensie 72 uur na opname. Een onafhankelijke zitbalans 72 uur na opname geeft een goede prognose voor het zelfstandig kunnen stappen na 6 maanden. Na 5 jaar tonen studies een algemene deterioratie in mobiliteit aan door verminderde cognitie, depressie en vermoeidheid eerder dan door fysieke achteruitgang.

Behandeling van spasticiteit na CVA

Spasticiteit is en blijft een groot probleem in de verdere revalidatie van een CVA-revalidant. De therapeutische mogelijkheden werden toegelicht door **Dr. Bart Eeckhaut, fysische geneeskunde en revalidatie** AZ Nikolaas. Een snelheidsgebonden weerstandstoename van de spiertonus (= spasticiteit) treedt meestal op binnen de 3 - 6 maanden na het insult. Spasticiteit gaat gepaard met vermoeidheid, functionele hinder en kan zelfs leiden tot contracturen. Daarentegen kan spasticiteit ook een



parese compenseren en zo bijdragen tot het onafhankelijk stappen van de patiënt. Gezien de complexiteit in de behandeling van spasticiteit is multidisciplinair overleg noodzakelijk. De basisbehandeling bestaat uit kinesitherapie en ergotherapie met nadruk op mobilisaties, oefentherapie en houdingsadvies. Bij blijvende functioneel storende spasticiteit kan er gebruik gemaakt worden van spalken en medicatie. Bij toename van spasticiteit dient steeds een medische oorzaak (urinewegs-infectie, ingegroeide teennagel,...) uitgesloten te worden. Bij focale spasticiteit worden botulinetoxine infiltraties frequent gegeven. Bij gegeneraliseerde spasticiteit (voornamelijk onderste ledematen en romp) is het plaatsen van een intrathecale baclofenpomp een optie. Hierbij wordt antispastische medicatie rechtstreeks intrathecaal geïnjecteerd. Orthopedische interventies kunnen zinvol zijn ter correctie van een equinovarusvoet.

Zin en onzin van strategietraining ter compensatie van cognitieve problemen

Mevrouw **Bie Op de Beeck, ergotherapeute**, gaf een leerrijke uiteenzetting over zin en onzin van strategietraining ter compensatie van cognitieve problemen. Deze strategieën worden normaliter aangewend als we vrezen dat ons geheugen ons in de steek zal laten. Hiervoor is een goede inschatting

nodig van de eigen mogelijkheden en beperkingen, er is met andere woorden een goed ziekte-inzicht vereist. Volgens het model van Crosson zijn er 3 niveaus van ziekte-inzicht, respectievelijk het intellectuele, het emergente en het anticiperende ziekte-inzicht. De mate waarin een patiënt ziekte-inzicht heeft, bepaalt de mogelijkheden bij de verdere revalidatie en begeleiding.

De invloed van revalidatie op neuroplasticiteit na CVA

Omwille van een goede samenwerking met het Centrum voor locomotorische en neurologische revalidatie UZ Gent, werd **Dr. Kristine Oostra, fysieke geneeskunde & revalidatie**, uitgenodigd om ons inzicht te verschaffen in haar doctoraatsthesis "Invloed van revalidatie op neuroplasticiteit bij niet-aangeboren hersenaandoeningen". De organisatie van het volwassen brein kan veranderen door herhaling, oefening en opdoen van ervaringen. Correcte input en feedback leidt tot optimale corticale reorganisatie met herstel van motoriek en cognitie tot gevolg.

Via observatie (spiegeltherapie), motorische verbeelding (motor imagery) en motorische uitvoering (Constraint induced movement therapy) zijn er nieuwe revalidatietechnieken voorhanden die bij goed geselecteerde patiënten een duidelijke meerwaarde kunnen betekenen in het revalidatieproces.

Medische rijgeschiktheid na CVA

Het besturen van een wagen na CVA blijft zowel voor de patiënt als de arts steeds een heikel punt. Om meer duidelijkheid te verschaffen over de Belgische wetgeving betreffende rijgeschiktheid na CVA gaf **Dr. Marc Tant, afdelingshoofd CARA**, een verhelderende uiteenzetting. Een CVA-patiënt met een functionele stoornis wordt wettelijk 6 maanden rijongeschikt verklaard. De patiënt is in principe verplicht om binnen de 4 werkdagen na CVA zijn rijbewijs in te leveren. Na 6 maanden is er een herevaluatie door de behandelende arts. Bij twijfel over de rijgeschiktheid dient de patiënt doorverwezen te worden naar CARA. CARA is het centrum voor rijgeschiktheid en voertuigaanpassingen, welke een afdeling is van het Belgisch instituut voor verkeersveiligheid. Elke arts kan via een specifiek document een aanvraag indienen bij CARA. De patiënt wordt aldaar multidisciplinair getest door een arts en psycholoog en dient een praktische rijproef te ondergaan. Op basis van dit advies kan een patiënt al dan niet rijgeschikt verklaard worden of kunnen er voorwaarden, beperkingen en wagenaanpassingen opgelegd worden.

CVA in AZ Nikolaas

Als laatste spreker gaf **Dr. Annick Debuyscher, fysische geneeskunde en revalidatie AZ Nikolaas**, een overzicht van behandeling van CVA in AZ Nikolaas. Ongeveer de helft van de opgenomen CVA-patiënten komt in aanmerking voor een multidisciplinaire behandeling. Deze revalidatie wordt zo snel mogelijk opgestart, meestal reeds op de Neuro Care Unit (NCU). Nadat de patiënt op de acute afdeling ontslagen wordt, kan de therapie ambulante verder gezet worden of kan het noodzakelijk zijn dat de patiënt eerst doorstroomt naar de SP-dienst. De revalidatie wordt uitgevoerd door een team van therapeuten (kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en psychologen) in samenwerking met de sociale dienst en orthopedisch techniekers. De coördinatie van de behandelingen gebeurt onder dagelijks toezicht van de revalidatie-artsen. Zij volgen de evolutie nauwgezet op en sturen de therapie bij waar nodig. Ook op de wekelijkse teamvergaderingen wordt het verdere beleid besproken. Ook als de patiënt later ambulante komt, is er een dagelijks toezicht van de revalidatieartsen en worden er op regelmatige basis overlegmomenten gehouden.

De dienst Fysische geneeskunde en Revalidatie is actief op 3 campussen van het AZ Nikolaas: Sint-Niklaas, Beveren en Hamme. De nomenclatuur van de Fysische geneeskunde en revalidatie voorziet voor patiënten die getroffen worden door een beroerte 120 multidisciplinaire behandelingen, gevolgd door 104 onderhoudsbeurten. Meestal is dit ruim voldoende. Bij een jongere patiënt, bijvoorbeeld met een complexe aandoening, kan het reïntegratieproces echter zo veelomvattend zijn dat de nomenclatuur ontoereikend is. Ons centrum heeft echter een 9.50 conventie afgesloten wat betekent dat we de goedkeuring krijgen voor een behandeling gedurende een jaar waarna we ook nog verlengingen kunnen aanvragen. De conventie voorziet ook in de terugbetaling van vervoer voor rolstoelgebonden patiënten.

Tot slot dient nog benadrukt te worden dat we niet alleen een “erkend revalidatiecentrum” zijn met heel veel ervaring en competentie op gebied van neurologische revalidatie doch dat we ook een zorgzaam team hebben met een hart voor de patiënten en voldoende dynamisme om zichzelf te blijven in vraag stellen en evoluties op de voet te blijven volgen.

Dr. Annick Debuyscher
Fysische geneeskunde & Revalidatie
annick.debuyscher@aznikolaas.be

Dr. Bart Eeckhaut
Fysische geneeskunde & Revalidatie
bart.eeckhaut@aznikolaas.be

Dr. An Hofman
Fysische geneeskunde & Revalidatie
an.hofman@aznikolaas.be



Dr. Erik Van Hul - Medische beeldvorming

Sinds 01 januari 2012 maakt dokter **Erik Van Hul** (°Beveren, 1978) deel uit van de dienst **Medische beeldvorming** van het AZ Nikolaas.

Dr. Van Hul studeerde geneeskunde aan de **Universiteit Antwerpen**, waar hij zich bekwaamde in de **conventionele radiografie, echografie/doppler, mammografie, CT- en MRI-onderzoeken**. Aansluitend volbracht hij een **fellowship hoofd-, Halsradiologie** aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Binnen de dienst Medische beeldvorming van het AZ Nikolaas is hij actief in de radiografische, echografische CT- en MR- beeldvorming, met bijzondere aandacht voor CT- en MR-beeldvorming van het hoofd-, halsgebied, CT-coronarografie en CT-geleide interventies.



Dr. Peter Verelst - Anesthesie

Sinds 01 januari 2012 maakt dokter **Peter Verelst** (°Antwerpen, 1980) deel uit van de dienst **Anesthesie** van het AZ Nikolaas, waar hij de locoregionale activiteiten verder zal helpen uitbouwen.

Dr. Verelst studeerde geneeskunde aan het LUC en aan de KUL, waarna hij zich specialiseerde in de anesthesie. Hij liep stage in Sint-Jan in Brussel en het UZ Leuven. Na zijn opleiding was dr. Verelst een jaar werkzaam in het Catharinaziekenhuis te Eindhoven, waar hij zich specifiek toelegde op **locoregionale anesthesie** en **echogeleide perifere zenuwblocks**. Hij behaalde in 2011 ook het **European Diploma of Regional Anesthesia**.

HEMATOLOGISCH BEELD

Een 59-jarige patiënte wordt doorgestuurd wegens het vaststellen van pancytopenie bij bloedonderzoek, aangevraagd wegens griepaal gevoel. Verder geen bijzondere klachten.
Blanco medische voorgeschiedenis.

Er gebeurt een hematologisch bloedonderzoek met volgende resultaten:

Hemoglobine 9,3 g/dl	MCV 99 fl
Witte bloedcellen	1400/mm ³ met 240 neutrofielen/mm ³
Thrombocyten 130.000/mm ³	

Biochemie: geen bijzonderheden.

Differentiaaldiagnose bij een dergelijk bloedbeeld waarin vooral de anemie en leucopenie met neutropenie opvallen:

- o Beenmergplasie
- o Myelodysplastisch syndroom
- o Acute leukemie
- o Hairy cell leukemie
- o Leverpathologie met portale hypertensie en hypersplenisme
- o Andere, meer zeldzame afwijkingen

Lees de diagnose op blz. 18

Infusie sprak met...

Dr. Lieven De Weirdt & Dr. Marc Servaes Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis

AZ Nikolaas heeft ook aandacht voor geestelijke gezondheidszorg. Na de ingebruikname van de dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie in 2007 werd in april 2012 de PAAZ opgestart, een dienst voor opname en kortdurende behandeling van mensen met psychiatrische problemen.

Infusie sprak met de 2 bezielers van dit project, Dr. Lieven Deweydt en Dr. Marc Servaes.

Wat is een PAAZ en wat is het aanbod in Vlaanderen?

Het acroniem PAAZ staat voor "Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis" of "Psychiatrisch Aanbod in een Algemeen Ziekenhuis". Het is een afdeling waar patiënten met psychiatrische problemen kunnen worden gehospitaliseerd. Het aantal bedden hangt af van het aantal inwoners in een bepaalde regio en het reeds bestaande aanbod aan acute bedden (A-bedden) in de psychiatrische ziekenhuizen. Gemiddeld genomen bevinden er zich dubbel zoveel A-bedden in de psychiatrische ziekenhuizen dan in de algemene ziekenhuizen. Voor een groot algemeen ziekenhuis zoals het AZ Nikolaas is een psychiatrische afdeling een noodzaak.

Richten jullie zich uitsluitend op het Waasland of op een ruimere regio?

In de regio Waasland is er momenteel geen aanbod van A-bedden in een algemeen ziekenhuis. We richten ons dan ook vooral op deze regio. Daarbuiten zijn er wel ziekenhuizen met een PAAZ, onder andere Sint-Blasius in Dendermonde, Sint-Vincentius in Antwerpen en verschillende Gentse ziekenhuizen. We verwachten wel sporadisch opnames van buiten de regio wegens het verloop van psychiatrische patiënten.

Wat zijn de voornaamste verschillen tussen een PAAZ en een psychiatrisch ziekenhuis?

Allereerst geldt voor een PAAZ de laagdrempeligheid van een algemeen ziekenhuis. De Spoedgevallendienst is voor de meeste mensen een gemakkelijke toegangspoort tot gezondheidszorg. Psychiatrische ziekenhuizen kampen toch nog altijd met een moeilijk imago waardoor patiënten minder geneigd zijn zich rechtstreeks tot deze ziekenhuizen te wenden. Daarnaast kan een PAAZ door de inbedding in een algemeen ziekenhuis genieten van de aanwezigheid van orgaanspecialisten en een breed aanbod aan onderzoeken. Gemiddeld genomen is de opnameduur op een dergelijke afdeling veel korter dan de opnameduur in een psychiatrisch ziekenhuis. De personeelsbezetting is nochtans vergelijkbaar. Dit betekent dat met hetzelfde personeel ongeveer dubbel zoveel opnames worden gerealiseerd. Deze hoge turnover heeft een kortere wachttijd voor opname tot gevolg. Een PAAZ is echter geen gesloten afdeling. Wanneer patiënten een gevaar vormen voor

zichzelf of voor de buitenwereld is een opname in een psychiatrisch ziekenhuis meer geschikt. Er worden ook geen specifieke zorgprogramma's aangeboden zoals bijvoorbeeld hulp bij eetstoornissen. Zulke patiënten dienen te worden doorverwezen. Gezien de gemiddeld langere opnameduur in een psychiatrisch ziekenhuis zijn de rehabilitatie zorgprogramma's in deze ziekenhuizen meer ontwikkeld. Rehabilitatie is het proces waarbij iemand met beperkingen als gevolg van psychisch lijden geholpen wordt om van zijn resterende vermogens zo goed mogelijk gebruik te maken zodat hij of zij op een zo optimaal mogelijk niveau en in een zo normaal mogelijke leefomgeving kan functioneren.

Hoe zien jullie de samenwerking met de psychiatrische ziekenhuizen Sint-Lucia en Sint-Hiëronymus?

Wij zijn absoluut vragende partij voor samenwerking. We zijn van mening dat er met het volledige landschap van de geestelijke gezondheidszorg in het Waasland zorgpaden moeten worden ontwikkeld om aan elke patiënt de beste zorg te bieden. Er worden daaromtrent intensieve en interessante gesprekken gevoerd. De opstart van de PAAZ zal ongetwijfeld een nieuwe dynamiek creëren in de onderlinge samenwerking.

Door wie werd dit project ontwikkeld en hoe werd het praktisch georganiseerd?

In de voorbije jaren was er af en toe sprake van het oprichten van een PAAZ. De feitelijke start van de voorbereidende organisatie gaat terug tot november 2010. Toen werden een stuurgroep en verschillende werkgroepen opgericht voor onder andere het personeel interne liaison, het personeel externe liaison, de bouw, de veiligheid enz.

Aan welke criteria dient een algemeen ziekenhuis te voldoen om een PAAZ te kunnen/mogen oprichten?

Er zijn geen specifieke criteria. Tijdens een ziekenhuisvisitatie enkele jaren geleden werd aangegeven dat in een ziekenhuis van onze grootte een zo breed mogelijk aanbod van therapeutische diensten moest worden aangeboden, dus ook een psychiatrische afdeling. Het ziekenhuis mocht een A-dienst oprichten na het voorleggen van een dossier waarin cijfermatig de aanwezigheid van psychiatrische pathologie in het zieken-



Dr. Marc Servaes en Dr. Lieven De Weirdt, drijvende krachten achter de opstart van de nieuwe PAAZ.

huis werd aangetoond, waar inhoudelijk de link werd gelegd met de andere spelers in het domein van de geestelijke gezondheidszorg en waarin een reconversie van bedden werd voorgesteld (41 C- en D-bedden naar 30 A-bedden). Dit dossier werd goedgekeurd door de overheid, die wel specifieke architectonische vereisten oplegt. Zo dienen er o.a. een eetzaal, therapiezalen en een terras met tuin aanwezig te zijn, naast veiligheidsmaatregelen ter preventie van agressie en zelfmoord zoals een isolatiecel, voldoende toezicht door verpleegkundigen en een beperking van de opening van de vensters.

Verwachten jullie een grote instroom?

Onze PAAZ opende begin april op campus Temse. Na twee jaar zal de dienst naar Sint-Niklaas verhuizen, meer bepaald naar V3 op campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat. We verwachten een grote instroom van patiënten. Een gemiddelde PAAZ krijgt ongeveer 700 opnames per jaar te verwerken waarvan de helft zich via spoed aanbiedt. Op de dienst Spoedgevallen zal een comfortruimte voorzien worden zodat de patiënt niet tijdelijk hoeft opgenomen te worden op een andere verpleegafdeling. Het is eigen aan de pathologie en aan de manier van werken dat er een hoge turnover zal zijn met zware werkdruk tot gevolg.

De opnamedruk zullen we trachten te beperken met behulp van een goed uitgebouwde polikliniek voor zowel voorzorg als nazorg om op die manier opnames waar mogelijk te vermijden of alvast in duur te beperken. Dit sluit qua filosofie aan bij de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. We beogen een vlug herstel van de patiënt met terugkeer naar zijn gewone leefsituatie.

Een dergelijke dienst optimaal laten functioneren vraagt een goed team. Uit welke mensen bestaat dit? Worden er specifieke eisen aan de medewerkers gesteld? Welke psychiaters zullen er werkzaam zijn?

Er zullen 2 FTE psychiaters werkzaam zijn, ingevuld door 3 artsen. Naast psychiaters bestaat ons team uit 2 psychologen, 2 maatschappelijk werkers, een ergotherapeut, een psychomotore therapeut en meerdere psychiatrisch verpleegkundigen. We verwachten dat onze werknemers op verschillende terreinen kunnen functioneren met name groepstherapie, individuele begeleiding, psycho-educatie, enz.

Welk soort hulp wordt er geboden? Is het de bedoeling zich te subspecialiseren?

De behandeling van een psychiatrisch probleem bestaat meestal uit een biologische behandeling en een psychotherapeutische behandeling. Biologische behandelingen zijn het toedienen van medicatie (eventueel via een infuus), lichttherapie en dergelijke. Psychotherapeutische behandelingen zijn gesprekstherapie, bewegingstherapie, ergotherapie, educatietherapie, enz. We kunnen hulp bieden aan de meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden zoals stemmingsstoornissen, psychosen en verslavingsproblemen. Bepaalde pathologiën zoals eetstoornissen, dementie en drugsverslaving kunnen we niet behandelen omdat dit een zeer specifieke competentie vereist die we binnen ons beperkte personeelsbestand niet kunnen aanbieden. Zulke patiënten dienen behandeld te worden in de psychiatrische ziekenhuizen. In de praktijk verwachten we dat zelfmoordpogingen, aanpassingsstoornissen en (alcohol)intoxicaties een groot deel van het aanbod zullen uitmaken. Ook de somatische comorbiditeit zal worden behandeld bijvoorbeeld bij delirium.

Waar situeert een PAAZ zich in het complexe landschap van de geestelijke gezondheidszorg?

Het landschap geestelijke gezondheidszorg staat voor grote veranderingen. Vanuit de overheid wordt de samenwerking tussen de verschillende spelers binnen een regio gestimuleerd, met de bedoeling de hulp te vermaatschappelijken en minder residentieel te maken. Psychiatrische ziekenhuizen worden gestimuleerd om bedden af te bouwen, in ruil voor middelen om zorg aan huis te kunnen uitbouwen. Zoals gezegd trachten we als PAAZ vooral een hulpaanbod uit te bouwen waar de nadruk ligt op intensieve behandeling, laagdrempeligheid en het optimale behoud van de natuurlijke leefomgeving van de patiënt. Onze doelgroep is elke patiënt die psychiatrische zorg nodig heeft, maar meer specifiek richten we ons tot patiënten die een eerste keer met geestelijke gezondheidszorg in aanraking komen en voor wie de drempel om professionele hulp te zoeken lager is door inbedding van psychiatrische hulp in een algemeen ziekenhuis. De samenwerking met de psychiatrische

ziekenhuizen blijft uiteraard essentieel om voor elk type patiënt de optimale behandeling te vinden. Niet voor elke patiënt zal een korte(re) opname efficiënt zijn. Het wordt een uitdaging om van het begin af aan voor elke patiënt zo weinig mogelijk tijd en middelen verkeerd te gebruiken en de beste behandeling aan te bieden.

Werken jullie enkel op verwijzing of kan een patiënt zich rechtstreeks aanmelden?

We verwachten dat de helft van de opnames zich via de dienst Spoedgevallen zal aanbieden. Dit zijn de urgente opnames. De andere helft zal hoofdzakelijk verwezen worden via de huisartsen en via de polikliniek psychiatrie. Patiënten kunnen zich ook rechtstreeks aanbieden. Een PAAZ is een open afdeling, met vrijwillige opnames van de patiënt. Er is geen plaats voor gerechtelijk gedwongen opnames, de wet laat dit niet toe. Er wordt wel de mogelijkheid voorzien om patiënten omwille van hun veiligheid een korte tijd af te zonderen bijvoorbeeld bij ernstige suïcidale gedachten en bij zware agressie.

Als een huisarts geconfronteerd wordt met een acute deterioratie van een patiënt, wat moet hij/zij dan doen?

Bij ernstige acute problemen kan de huisarts de patiënt via de dienst Spoedgevallen verwijzen. Er zal voortdurend iemand van de psychiaters de wacht waarnemen. Een andere mogelijkheid is om een dringende raadpleging aan te vragen. De patiënt kan dan dezelfde dag nog terecht op consultatie bij een psychiater voor evaluatie van het probleem en een behandeladvies. Indien noodzakelijk kan de patiënt opgenomen worden. Wij verkiezen een rechtstreeks contact met onze verwijzers en zullen trachten goed bereikbaar te zijn.

Wat is jullie denkkader? Hoe komen jullie tot diagnostiek en behandeling?

Diagnostiek gebeurt in de eerste plaats door anamnese en klinisch onderzoek, eventueel aangevuld met technische onderzoeken, labo, CT/MRI hersenen, enz. en aangevuld met observaties van de therapeuten op de afdeling. Indien nodig kunnen ook specifieke psychologische testen worden aangevraagd die dan een zicht geven op bepaalde mentale mogelijkheden of beperkingen, zowel intellectueel als psychologisch, of meer specifiek naar bepaalde pathologiën toe. Ons denkkader is gebaseerd op gedragstherapie en systeemdenken. Dit wil in grote lijnen zeggen dat optimaal gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving om zijn zelfredzaamheid te vergroten, uitgaande van het mentaliseren van zijn gevoelens en dysfunctionele manier van denken. De omgeving speelt hierbij een grote rol, enerzijds door haar grote betrokkenheid bij de acute situaties waarin een patiënt zich soms bevindt, anderzijds om na opname om te gaan met de patiënt en waar mogelijk de nodige opvang te verzorgen. Zorg op maat, gestuurd door de zorgvraag van de patiënt. In dat opzicht trachten we zo weinig mogelijk te werken met rigide programma's die de patiënt moet doorlopen maar is het de bedoeling een modulair systeem te ontwerpen van verschillende behandel-elementen waaruit het behandelende team en de patiënt de optimale combinatie kiezen, zo goed als mogelijk toegespitst op de problematiek van de individuele patiënt.

Verskillende modules passen in zo een systeem. Enkele voorbeelden zijn: detoxificatie van alcohol, psycho-educatie rond vrijetijdsbesteding, eye movement desensitisation and reprocessing (een erg specifieke behandelvorm die vooral gebruikt wordt om traumatische ervaringen te behandelen), relatiegesprekken, lichttherapie, kinesitherapie, reconditionering, enz.

Wordt de naaste omgeving betrokken in de behandeling?

De omgeving van de patiënt maakt onlosmakelijk deel uit van de beleving van de patiënt, zowel cognitief als emotioneel. Dit betekent dat de omgeving zowel in de aanloop naar een emotionele crisis, als in het herstel na een emotionele crisis, betrokken is in de leefwereld van de patiënt. Om die reden zullen meestal initiatieven worden genomen om de omgeving van de patiënt te betrekken in de behandeling.

Wordt er, zoals op de Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP) gewerkt met verschillende groepen?

Patiënten in groepen onderverdelen zoals op de dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP) is op een PAAZ niet mogelijk omdat een PAAZ minder georganiseerd functioneert. In tegenstelling tot de KJP wordt een PAAZ met meer urgenties geconfronteerd die een opname noodzaken. Waar kinderen meestal nog een verzorgend en beschermend milieu rond zich hebben, is dit bij volwassenen in nood niet altijd het geval en kunnen zich meer gevaarlijke situaties voordoen. Daarnaast zijn mensen in nood emotioneel erg onzeker en kan de situatie na opname en starten van een behandeling na enkele dagen, ook onder invloed van gewijzigde omstandigheden, vlug veranderen. Er zullen wel verschillende groepen van patiënten aan een specifieke behandeling deelnemen maar deze groepen zullen erg organisch zijn. Er zullen programma's worden gebouwd rond stemmingsstoornissen, verslaving, psychose en crisisbehandeling.

Hoe lang duurt een opname gemiddeld?

De gemiddelde opnameduur op een PAAZ is 16 dagen, gaande van een opname van slechts enkele dagen, bijvoorbeeld naar aanleiding van een emotionele crisis, tot verschillende weken. Onder meer de samenwerking met en doorverwijzing naar de psychiatrische ziekenhuizen zijn hier belangrijk, om voor de patiënt een aangepaste behandelomgeving te creëren. Het beleid is erop gericht de opnameduur te beperken.

Hoe verloopt de communicatie met de verwijzer?

Er wordt gestreefd naar korte communicatielijnen, dit wil zeggen permanente bereikbaarheid van de psychiaters tijdens hun werkuren in AZ Nikolaas, via GSM. Zowel bij opname als bij ontslag krijgt de verwijzer een verslag doorgestuurd en bij voorkeur wordt er telefonisch overlegd om het ontslag zo goed mogelijk voor te bereiden.

Is er overleg met andere PAAZ-diensten, andere psychiaters en psychotherapeuten?

Met andere PAAZ-diensten wordt op Vlaams vlak enkele keren per jaar een overleg gepland. Dit overleg is vooral beleidsgeoriënteerd en staat open voor psychiaters en directies van ziekenhuizen met een PAAZ. Via de Vlaamse vereniging voor

psychiatrie is er een overlegforum met verschillende accenten: urgentiepsychiatrie, liaisonpsychiatrie, enz... Overleg met andere psychiaters is er vooral op regionaal vlak, via de LOK en via initiatieven die we al hebben genomen om de samenwerking op punt te zetten.

Hoe zullen de patiënten na ontslag verder worden opgevolgd? Welke rol speelt de huisarts hierin?

Voor ons blijft de huisarts de spilfiguur voor de medische en psychiatrische zorg voor de patiënt. De huisarts zal van dichtbij worden betrokken bij de opname van zijn of haar patiënt. Aan de andere kant is het vaak ook zo dat patiënten een zekere gêne hebben over hun psychische problematiek en niet wensen dat hun gewone huisarts hierbij wordt betrokken. In principe wordt de nazorg via de huisarts geregeld, tenzij specifieke psychiatrische expertise noodzakelijk is.

Wordt er een uitbouw van een extern netwerk voorzien?

We zijn momenteel volop in overleg met de verschillende spelers binnen de geestelijke gezondheidszorg in het Waasland om het idee van zorgpaden verder ingang te laten vinden bij de chronische psychiatrische problemen die zich voordoen. Overleg gebeurt met eerste lijn, tweede lijn, centra geestelijke gezondheidszorg, zelfhulpgroepen, etc.

Hoe hebben jullie de psychiatrie zien evolueren en welke evoluties verwachten jullie nog in de toekomst bv. op het vlak van psychofarmaca-psychotherapie?

Er zijn in feite drie grote tendenzen. Ten eerste is er de patiënt die ook cliënt geworden is. Hij wordt mondiger en veeleisender. Ten tweede is er de professionalisering van de psychiatrische zorgprogramma's. En ten derde is er de vermaatschappelijking, de psychiatrie komt uit zijn ivoren toren. Kwalitatief goede zorg bestaat dan ook, naast inhoudelijke kwaliteit (evidence based), uit kwaliteit van dienstverlening (cliëntgericht) en kwaliteit van management. Daarnaast is er ook de evolutie naar steeds meer gerichte behandelingen zowel op farmacologisch vlak als op psychotherapeutisch vlak. De grote behandelrichtingen zijn vaak onvoldoende specifiek en dus te weinig efficiënt. Er is eveneens een evolutie naar kortdurende behandelingen met meer oog voor de sociale inbedding van de patiënt, te bewaren in zijn natuurlijke habitat.

Bedankt voor het gesprek en veel succes!

Dr. Pascal Van Ranst
Dr. Leo Verguts

Samen voor een veilig geneesmiddelengebruik

'Welke is uw thuismedicatie?' Een routinevraag, zou u denken. Toch worden dagelijks patiënten opgenomen in het ziekenhuis die niet al hun thuismedicatie kennen of op papier hebben staan. Nochtans is een geactualiseerde geneesmiddelenlijst niet enkel belangrijk bij opname of consultatie in het ziekenhuis, maar een even belangrijk document voor de huisarts van wacht.

AZ Nikolaas, Huisartsenkoepel Waasland en de Koninklijke Apothekersvereniging Waasland organiseren samen een campagne die de patiënt wil sensibiliseren om altijd een recente geneesmiddelenlijst thuis ter beschikking te hebben.

Aan alle huisartsen en apothekers uit de regio Waasland werden posters bezorgd om op te hangen in de wachtzaal of apotheek en ook thuismedicatiefiches die de patiënt alleen of samen met zijn huisarts/apotheker kan invullen. Deze posters werden ook opgehangen in de wachtzalen van de consultatieruimtes in het ziekenhuis.

Het is de bedoeling dat de patiënt deze thuismedicatiefiche samen met (de verpakkingen van) zijn thuismedicatie meebrengt naar het ziekenhuis bij elke opname of consultatie.

Daarnaast wordt er aan de verpleging van AZ Nikolaas gevraagd om, bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis, een thuismedicatiefiche in te vullen en mee te geven aan de patiënt.

Indien de medicatie-ontslagbrief op de verpleegafdeling reeds elektronisch wordt aangemaakt, is het de bedoeling om een lege thuismedicatiefiche aan de uitgeprinte medicatie-ontslagbrief te nieten en zo mee naar huis te geven met de patiënt, zodat deze, na eventuele aanpassing van de medicatie door de huisarts, thuis terug een actuele medicatielijst ter beschikking heeft.

Helpt u ons mee de patiënten te sensibiliseren?

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met:

Katrien blauwhoff
Apotheek AZ Nikolaas
katrien.blauwhoff@aznikolaas.be

Charlotte Verstringe
Apotheek AZ Nikolaas
charlotte.verstringe@aznikolaas.be

Opname in het ziekenhuis?

Denk mee - Praat mee - Doe mee!
Voor een veilig geneesmiddelengebruik!



Vraag hier uw geneesmiddelenformulier en spreek met uw huisarts of apotheker over uw thuismedicatie voor u naar het ziekenhuis gaat!

Doktersbezoek of opname in het ziekenhuis?

Denk mee - Praat mee - Doe mee voor een veilig geneesmiddelengebruik



© Gerrit De Jager

Houd zelf bij welke geneesmiddelen u gebruikt

Houd thuis zelf een overzicht bij van alle geneesmiddelen die u gebruikt, ook diegene die u zelf hebt gekocht zonder doktersvoorschrift (bv. vitamines, voedingssupplementen,...). Vraag uw arts of apotheker om uw overzicht regelmatig door te nemen. In onverwachte situaties is uw behandelaar dan ook altijd op de hoogte.



© Gerrit De Jager

Zorg dat u altijd een recente geneesmiddelenlijst hebt

Het is belangrijk, ook in onverwachte situaties, om bij opname in het ziekenhuis een recent overzicht bij te hebben van alle geneesmiddelen die u gebruikt, ook diegene die niet door een dokter zijn voorgeschreven. Neem zo mogelijk ook de verpakkingen van al uw geneesmiddelen mee. Denk eraan om allergieën aan geneesmiddelen te melden.

Gebruik het geneesmiddelenformulier op de achterkant van deze folder en spreek met uw huisarts of apotheker over uw thuismedicatie voor u naar het ziekenhuis gaat.

Extra opmerkingen thuismedicatieschema:

Nieuwe anesthesietechnieken: verhoogd comfort na voetchirurgie

Binnen de orthopedie is de voetchirurgie een subdiscipline in volle expansie. Tot voor kort was er weinig aandacht voor voeten en enkels en moesten mensen als het ware “leren leven” met hun voetproblemen.

De laatste jaren begint de voetchirurgie zich meer en meer te ontwikkelen. Er worden specifieke implantaten ontworpen, meer en meer orthopedisten specialiseren zich in voetchirurgie en patiënten stellen steeds hogere eisen.

Een hele stap voorwaarts kon worden gezet dankzij nieuwe locoregionale anesthesietechnieken.

De impact van voetchirurgie wordt zowel door artsen als door patiënten vaak onderschat. Het is immers “maar een voetoperatie”. Nochtans worden deze ingrepen zonder de juiste pijnstilling door de meeste patiënten als pijnlijk ervaren.

Met een nieuwe anesthesietechniek, het zogenaamde “popliteaalblok” of kortweg “**popblok**”, worden selectief de zenuwen naar de voet en de enkel verdoofd. Onder echografische geleide worden de zenuwen exact gelokaliseerd zodat de verdovingsvloeistof zeer precies op de juiste plaats kan worden ingebracht via een prik in de kniekuil.

Voor grotere ingrepen kan met behulp van deze techniek ook een pijnpompje worden ingebracht om pijnstilling te voorzien gedurende de eerste dagen na de ingreep. Hierdoor kan de eerste postoperatieve periode comfortabel worden overbrugd tot de ergste pijn onder controle is. Ook op langere termijn zien we een betere pijncontrole in vergelijking met andere analgesietechnieken.

Voor een ingreep aan de voet of de enkel hoeft een patiënt dus niet meer in slaap te worden gebracht. De gekende kwaaltjes na een algemene narcose zoals misselijkheid en sufheid worden zo omzeild. Ook mogen de patiënten na de ingreep sneller eten en drinken. Een extra sedatie kan natuurlijk wel als de patiënt dit wenst.

Met de epidurale verdoving die vroeger veel werd gebruikt waren beide benen en ook de blaas verdoofd. Bij een popblok blijft de verdoving beperkt tot het te opereren been. De patiënten worden dan ook niet meer geconfronteerd met urineretentie of andere blaasproblemen en hebben, zelfs met een pijnpomp, geen blaassonde meer nodig.

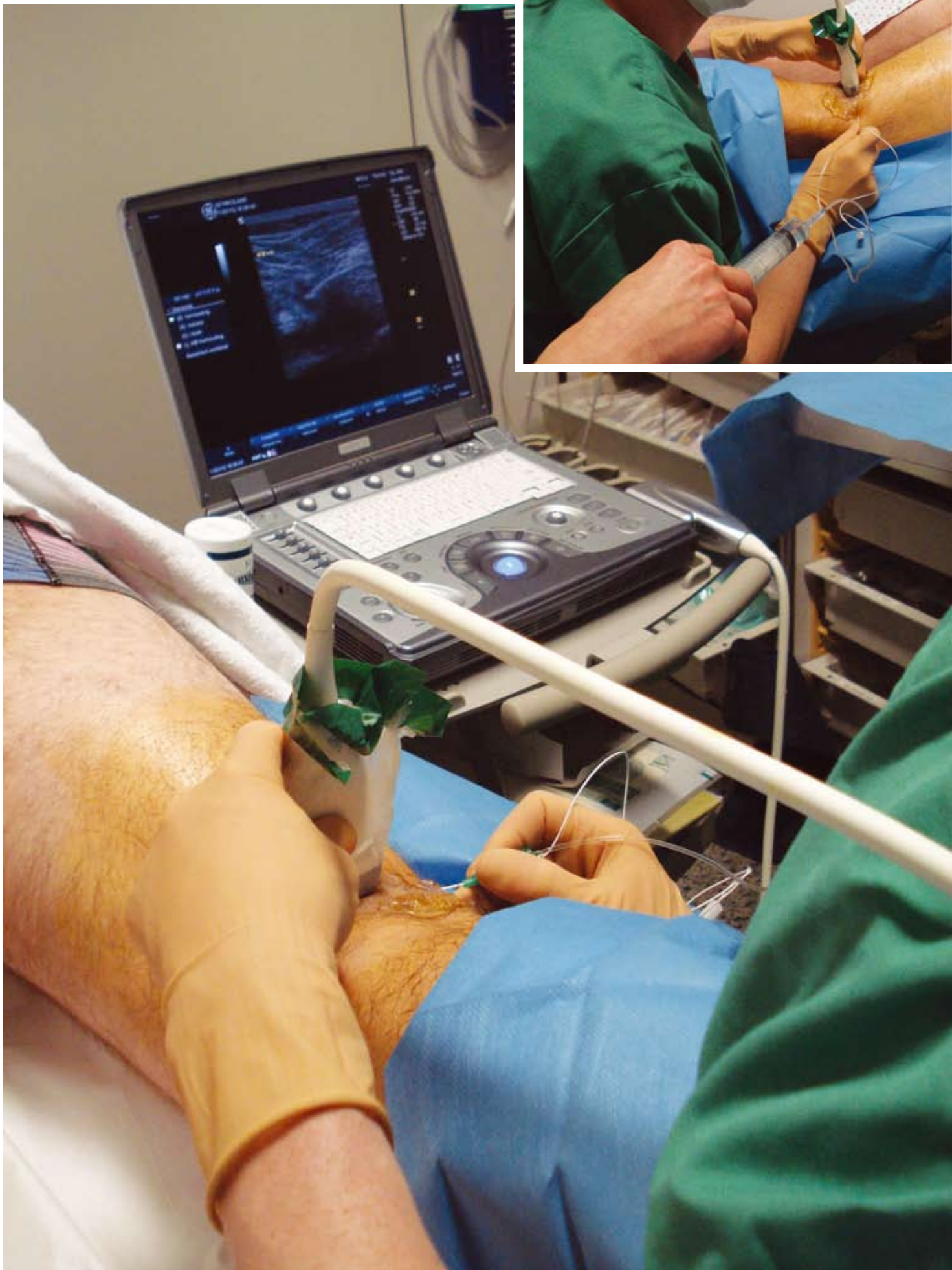
Vanaf de eerste dag na de ingreep kunnen de patiënten gemobiliseerd worden. Steunen op de verdoofde voet kan uiteraard niet, maar met krukken of een looprekje kan de patiënt beginnen met de revalidatie. De periode van bedrust wordt hiermee zo kort mogelijk gehouden.

Samenvattend bieden we met een popblok een betere pijnstilling, minder nevenwerkingen, een kortere hospitalisatieduur en een grotere patiënttevredenheid.

Dr. Mieke Decoopman
Anesthesie
mieke.decoopman@aznikolaas.be

Dr. Peter Verelst
Anesthesie
peter.verelst@aznikolaas.be

Dr. Anne Van Riet
Orthopedie
anne.vanriet@aznikolaas.be



CT-Coronarografie

Hoewel CT ('Computed Tomography') beeldvorming al sinds 1971 als klinisch onderzoeksinstrument wordt gebruikt, gaat de technische ontwikkeling ervan onverminderd voort, waardoor er steeds meer toepassingen mogelijk geworden zijn.

Voor de ontwikkeling van CT-toestellen met meerdere detectorrijen (Multislice CT) betekende een enorme sprong vooruit door een verhoging van de spatiële resolutie (ruimtelijk oplossend vermogen) en de temporele resolutie (tijd benodigd om een bepaald volume te scannen). Hierdoor kunnen ook de bloedvaten van het hart, de kransslagaders of coronairen, die voorheen door de contracties van het hart teveel bewegingsartefacten vertoonden, adequaat in beeld gebracht worden.

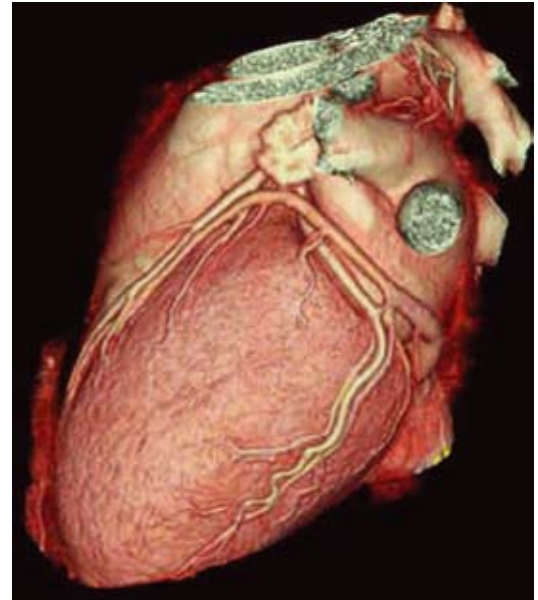
Voor een optimale beeldvorming van de coronairen is een **geschikte hardware** primordiaal: een CT-toestel met 64 detectorrijen (of meer) is aangewezen. Op de campus Sint-Niklaas - Moerlandstraat van het AZ Nikolaas heeft de dienst Medische beeldvorming hiervoor een GE Lightspeed VCT (64-slice) toestel ter beschikking. Dit toestel is gekoppeld aan een krachtige computer die na het onderzoek de ruwe data uitrekent tot honderden aaneensluitende fijne beelden. Deze worden vervolgens door de radioloog op een werkstation bewerkt tot 3D-beelden en reconstructies van de afzonderlijke kransslagaders, hetgeen een tijdrovend en arbeidsintensief proces is. Aan de hand van deze beelden wordt vervolgens het verslag gemaakt. Wekelijks gebeuren er 8 tot 12 van dergelijke onderzoeken op onze dienst.

CT-beeldvorming van de coronairen is in eerste plaats gericht op het opsporen van vaatvernauwingen in kader van



3D-reconstructie van de aortawortel en de coronairen

atheromateus lijden, maar daarnaast kunnen ook andere, al dan niet relevante afwijkingen beoordeeld worden: o.a. afwijkend verloop van de coronairen (coronaire anomalieën, die in zeldzame gevallen levensbedreigend kunnen zijn), structurele hartafwijkingen zoals septumdefect, hypertrofie van de hartspier, aanwezigheid van pericardvocht,...



3D-reconstructie van het volledige hart

Een kritisch punt bij het plannen van een CT van de coronairen is een **goede indicatiestelling**. Patiënten met typische angor en een hoog risicoprofiel hebben een hoge kans op significante atheromatose; zij worden meteen geïnvestigeerd met klassieke coronarografie, waarbij eventueel onmiddellijk kan behandeld worden (angioplastie). Het sterke punt van CT ligt in zijn hoge negatieve predictieve waarde (NPW); dit wil zeggen dat een normaal CT-onderzoek een significant coronaire lijden zo goed als uitsluit, waardoor een verdere investigatie met klassieke coronarografie (en de daarbijhorende arteriële katherisatie) niet nodig is. De ideale kandidaat voor CT-coronarografie is een patiënt met atypische thoracale pijn en een intermediair risicoprofiel, waarbij uit niet-invasieve testen, zoals een fietsproef, geen duidelijk besluit kan worden getrokken.

Indien er op CT **coronaire stenose** aanwezig blijkt te zijn, weten we dat CT wat minder goed scoort dan een klassieke coronarografie in de beoordeling van de exacte graad van vernauwing. Daarom zal bij een afwijkend CT-onderzoek met vermoeden van een significante stenose een klassieke coronarografie uitgevoerd worden, waarbij de ernst van de vernauwing bepaald wordt en eventueel aansluitend een endovasculaire behandeling gebeurd.

De belangrijkste **contra-indicatie** is een gekende allergie voor jodiumhoudende contrastmiddelen. Daarnaast zijn patiënten met een chronische hartritmestoornis en met hartfalen doorgaans geen goede kandidaten voor het onderzoek, daar deze aandoeningen gepaard gaan met een sterk verminderde

onderzoekskwaliteit.

Een goede **voorbereiding** is essentieel voor de start van het eigenlijke onderzoek:

- De patiënt wordt nuchter gehouden (minimum 4 uur)
- Een goede anamnese in verband met nierfunctie en contrastallergie wordt uitgevoerd
- Verwijderen van metalen voorwerpen in de te scannen regio (piercings,...)
- Plaatsen van een perifere veneuze katheter (minstens 18G) in een goede elleboogvene
- Controle van het hartritme (!)

Een **stabiel en rustig hartritme** is essentieel: ondanks de grote vooruitgang in temporele resolutie blijft de korte periode tijdens de hartcyclus dat de coronairen niet bewegen een beperkende factor: bij een hoog hartritme wordt deze periode zo kort dat de beeldkwaliteit sterk achteruitgaat. Een (stabiele) hartslag van <math><65/\text{min}</math> is aangewezen voor een optimaal resultaat. Niet alle patiënten zullen hieraan voldoen; zij krijgen (indien medisch toelaatbaar) een medicamenteuze voorbereiding met bètablokkers (eventueel reeds thuis gestart) om hun hartritme tot een gunstige waarde te brengen. Dit maakt dat de tijd die de patiënt in observatie doorbrengt op onze dienst kan variëren van 30 minuten tot 2 uur. In een beperkt aantal gevallen blijft de hartslag ongunstig hoog (>75/min), en kan het onderzoek afgelast of uitgesteld worden om een niet-contributief onderzoek te vermijden.



Een verkalkte atheroomplaque in de LAD op een MPR-beeld (Multiplanar Reconstruction)

Nadat de patiënt op de CT-tafel heeft plaatsgenomen wordt een ECG-monitoring aangelegd. De contrastpomp wordt aangesloten op het infuus; ongeveer 110 ml jodiumhoudend contrast wordt toegediend aan 5 ml/sec. Op het moment dat het contrast in het linker ventrikel en de aorta toekomt, wordt de patiënt gevraagd de adem op te houden en start de scan. De tijd die er effectief gescand wordt, bedraagt typisch 6 tot 10 seconden. Daarna is het onderzoek voor de patiënt afgerond en mag deze naar huis vertrekken.

Uiteraard dient ook steeds onthouden te worden dat de patiënt tijdens het onderzoek aan een zekere **dosis Röntgenstraling** wordt blootgesteld. Technische verbeteringen aan de CT-apparatuur hebben de dosis van alle types CT-onderzoeken sterk gereduceerd. Het gebruik van nieuwe, krachtige computeralgoritmen om 'ruis' uit de beelden te elimineren, bekend onder de naam 'iteratieve reconstructie' laat nog een verdere dosisreductie toe. Een vorm van deze iteratieve reconstructie wordt al enige tijd op ons 64-slice CT-toestel gebruikt. Waar de gemiddelde stralingsdosis voor CT-coronarografie tien jaar geleden nog meer dan 20 mSv (milliSievert) bedroeg, is met onze huidige uitrusting een dosis van 3 mSv mogelijk. Ter vergelijking: de natuurlijke achtergrondstraling bedraagt ongeveer 3 mSv per jaar. De dosis van een klassieke coronarografie varieert, afhankelijk van het al dan niet uitvoeren van een angioplastie, van 1,5 tot 5 mSv.

Samenvattend kunnen we stellen dat CT-coronarografie zichzelf bewezen heeft als een krachtig diagnostisch instrument met een eigen plaats in de oppuntstelling van patiënten die verdacht worden van coronair lijden. Een goede kennis van de eigenschappen en beperkingen van CT-coronarografie is echter essentieel om dit instrument efficiënt te kunnen aanwenden; selectie en verwijzing van patiënten naar een dienst Medische beeldvorming voor dit type onderzoek is dan ook het domein van cardiologen.

Dr. Erik Van Hul
Medische beeldvorming
erik.vanhul@aznikolaas.be

HEMATOLOGISCH BEELD

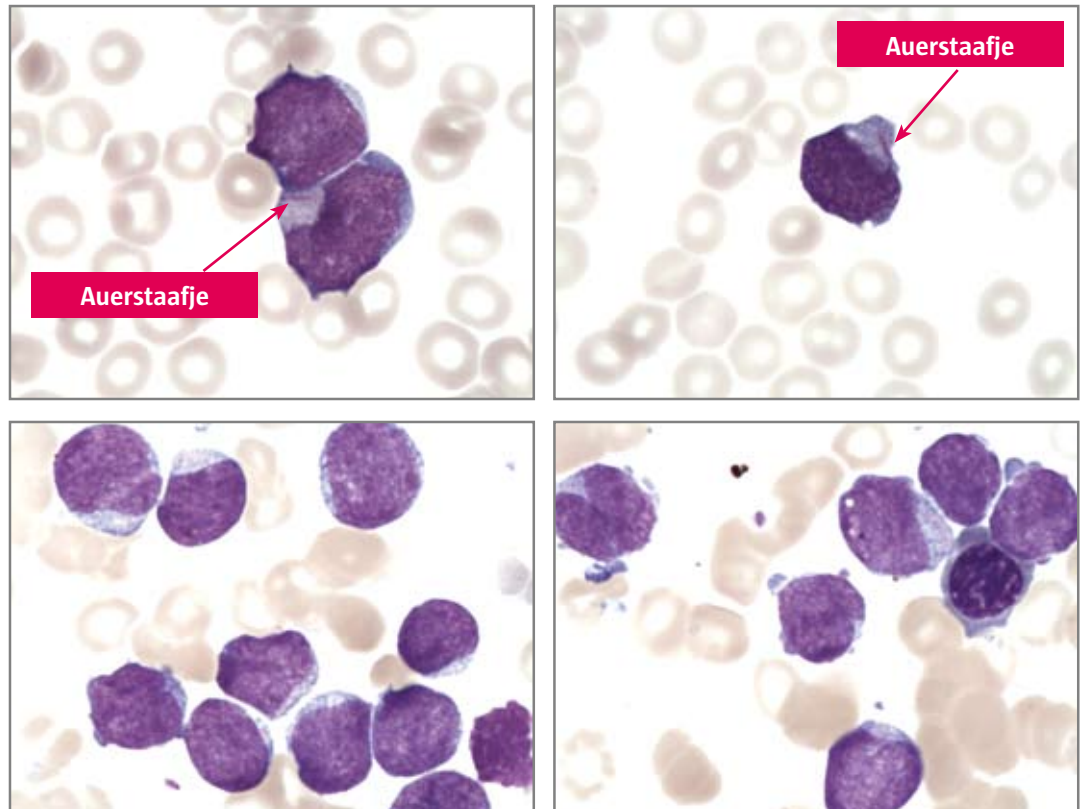
Bij verder onderzoek:

Aanvullend werd een beenmergonderzoek uitgevoerd. Dit was hypercellulair (itt. perifere pancytopenie) met morfologisch de aanwezigheid van 83% myeloblasten en praktisch afwezige, normale hematopoese.

De myeloblasten vertoonden soms azurofiele korrels, tot zelfs enkele Auerstaafjes, typisch voor dit celtype. Op basis hiervan wordt de diagnose van **Acute Myeloïde Leukemie (AML)** gesteld. Immunofenotypering van de blasten werd uitgevoerd en bevestigde de aanwezigheid van myeloblasten.

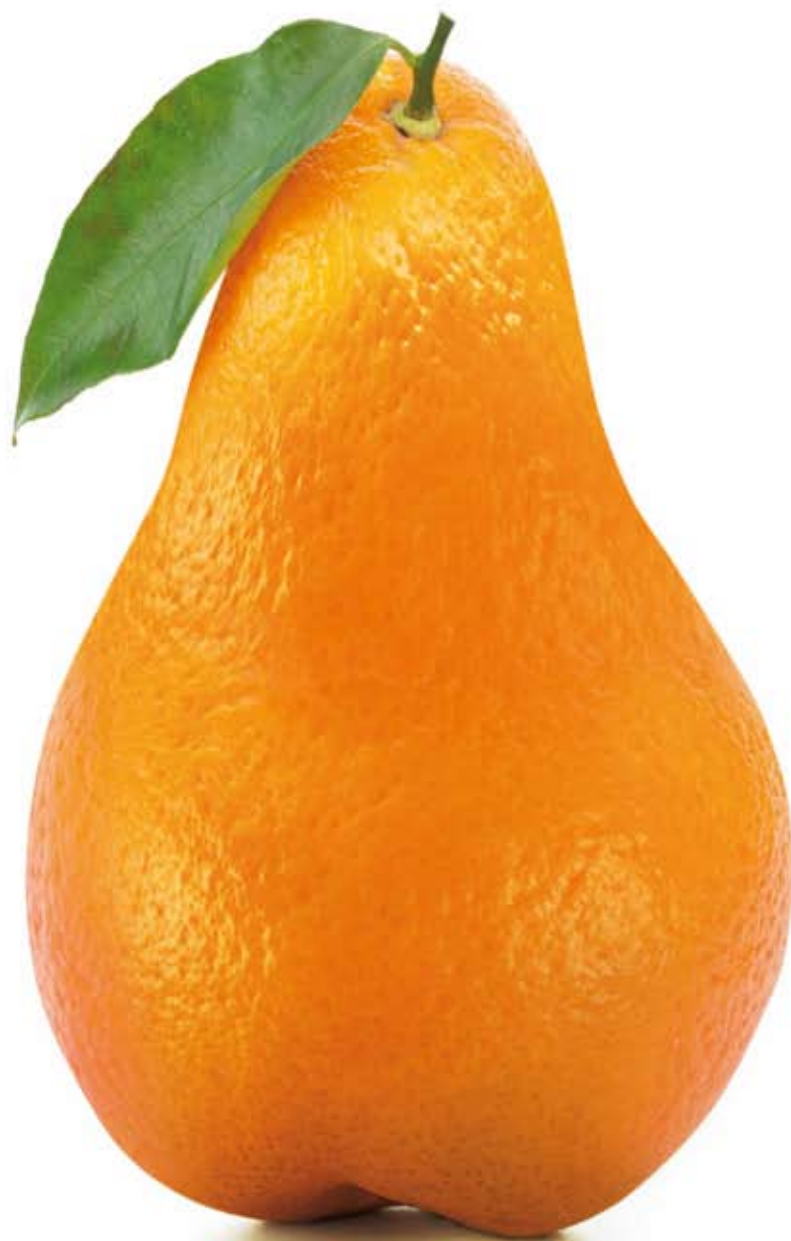
Cytogenetisch onderzoek toonde een normaal karyotype en ook bij FISH-onderzoek werden er geen afwijkingen aangetoond.

De patiënte werd opgenomen in de isolatie-eenheid en behandeld met inductie en consolidatiechemotherapie.



Dr. Isabelle Vande Broek
Hematoloog
isabelle.vandebroek@aznikolaas.be

Dr. Karin Van Poucke
Klinisch bioloog
karin.vanpoucke@aznikolaas.be



Zie jij dingen anders?

Alcohol en medicatie . Angststoornissen . Psychosen . Schizofrenie . Aanpassingsstoornissen . Persoonlijkheidsstoornissen . Relatieproblemen . Bipolaire stoornissen
Somatoforme stoornissen . Sociale fobieën . Geeneraliseerde angststoornissen . Post traumatisch stressyndroom . Fobieën . Hypochondrie . ADHD . Gedragsstoornissen
Paranoïa . Dwangstoornissen . Borderlinepersoonlijkheidsstoornis . Rouwverwerking . Burn-out . Slaapstoornissen . Stress . Depressie . Identiteitsstoornissen . Autisme
Impulscontrolestoornissen . Sexuele stoornissen . Postnatale depressie

PAAZ Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
paaz@aznikolaas.be - 03 760 74 20

 AZ Nikolaas

Met de lente komen kriebels. Wie de fase van vlinders in de buik is ontgroeid, bekruipt de drang om te sporten. Of te sportelen. Toenmalig Minister van Sport, Bert Anciaux, lanceerde de term, wellicht omdat hij zich realiseerde dat sommige atleten stunts, maar velen stuntelen. Verbeten gezichten en glimmende spieren verdringen zich op Vlaamse grindpaden. Is dit gezond?

Een vraag die de ijlode Phidippides niet bezighield, toen hij, na de slag bij Marathon, in één ruk naar Athene snelde en na het melden van de overwinning op de Perzen dood neerzeeg. Wie vandaag een marathon loopt, heeft een meer prozaïsche boodschap: 'Heb ik mijn besttijd verbeterd?' Ook nu worden we paginabreed opgeschrikt door het plots overlijden van jonge sporters. Het uitvergroten in de media creëert een angstpsychose. Het opbod aan commentaar van zelfverklaarde deskundigen werkt vertroebelend. Wat is de realiteit?



Sinds 1980 wordt in de VS een register bijgehouden. Dit leert dat daar jaarlijks gemiddeld 66 competitieporters (jonger dan 35 jaar) plots overlijden aan een hartaandoening. In 9 op 10 van de gevallen gaat het om mannen, bij 4 op 5 gebeurt het tijdens inspanning. Het is niet weinig. Is het veel? Evenveel als er jaarlijks in de VS mensen overlijden, die door de bliksem getroffen worden (gemiddeld 60 per jaar). Maar minder dan er jongeren in autocrashes ten onder gaan. En veel minder dan de tragische en onverklaarde wiegendood bij zuigelingen (50 per 100.000). De jaarlijkse incidentie op plotse hartdood bij atleten ligt in de meeste landen namelijk rond 0,6 per 100.000 (alleen in Italië is de kans hoger). Als we die gegevens op Vlaanderen toepassen, mag men zich jaarlijks verwachten aan één plots overlijden bij een jonge competitieporter (twee in een annus horribilis). Kunnen we verhinderen dat deze enkeling zijn dood tegemoet loopt? Hoe vind je een speld in een hooiberg? Waar zal de volgende bliksem inslaan?

De oorzaak ligt meestal in een aangeboren hartafwijking. In één derde van de gevallen is er sprake van een hypertrofische cardiomyopathie, waarbij de hartspier tijdens de adolescentie abnormaal verdikt (alleen in Italië is de belangrijkste doodsoorzaak bij atleten een rechter ventrikel cardiomyopathie). Over het nut van screening naar aangeboren afwijkingen bij sporters is al veel inkt gevloeid. In de VS raadt men een klinisch onderzoek en een gerichte anamnese naar symptomen of familiale voorbeschiktheid aan. In Europa adviseert men ook een electrocardiogram (op grond van Italiaanse bevindingen, waar ieder jaar 3 tot 6 miljoen atleten gescreend worden en 2 % een sportverbod krijgt). Is dit de extrakost aan financiële middelen en mankracht waard?

Het electrocardiogram van sporters is niet gemakkelijk te interpreteren en zorgt voor misverstanden en aanvullende investigaties. Wie zal bij een twijfelachtig ECG de beslissing tot een levenslang sportverbod nemen? Zelfs met doorgedreven screening kunnen 30 % van de gevaarlijke aandoeningen niet herkend worden (en blijft men ook achteraf, inclusief moleculaire autopsie, het antwoord schuldig). Sinds 1997 worden in Israël, na enkele gemediatiseerde overlijdens, sporters systematisch gescreend met electrocardiogram en inspanningstest. Maar plotse overlijdens van jonge atleten zijn sindsdien niet afgenomen (alleen in Italië heeft men door screening de cijfers weten om te buigen).

Terug naar onze vraagstelling. Is sporten goed voor het hart?

Honderd jaar geleden wist men reeds dat het hart van sporters groter is. Ook toen heerste geen eensgezindheid of deze aanpassing gunstig is of soms het begin van een pathologisch proces. De laatste jaren is gebleken dat er grenzen zijn aan fysiologische adaptatie. De rechter hartkamer blijkt de zwakke schakel en is minder opgewassen tegen de overbelasting van intensief sporten. Dit kan voorbeschikken tot ritmestoornissen. Een Noorse studie vond bij recreatiesporters een driemaal hogere kans op voorkamerfibrillatie. Onze diagnosemiddelen laten vandaag niet toe om de overgang van fysiologisch sporthart naar pathologisch zonder meer te herkennen.

Ik kom terug op mijn vraag. Zijn er dan geen gegronde redenen om te sporten?

Toen Winston Churchill de leeftijd van negentig naderde vroeg een reporter hem hoe hij dit had klaargespeeld in een leven vol stresserende gebeurtenissen. Churchill haalde de sigaar – een Cubaanse Romeo y Julietta – uit zijn mond en verklaarde: 'No sporting. By no means.' Het was niet zijn enige lapsus.

De boodschap van Churchill is bedenkelijk in een maatschappij die overspoelt wordt door een golf – zeg maar tsunami – van obesitas en diabetes. En waar handenarbeid zich vaak beperkt tot het schuiven met een computermuis. Bewegen is een onmisbare schakel om het tij te keren. En het ontbreekt niet aan guidelines. De minimale aanbeveling van 150 minuten matige inspanning per week doet het risico op hartziekte reeds met 14 % dalen (en laat nog 9930 minuten om onderuit in de zetel te zakken).

Maar waarom steeds evidence-based? In de oudheid was het de evidentie zelf: 'Mens sana in corpore sano'. Er is niet enkel het gezondheidssurplus. Sporten maakt ons weerbaar. In goede en kwade dagen. In lichte en zware beroepen. In economisch en ecologisch ontij. Een politiek commentator noemde de Vlamingen ooit 'een volk in beweging, een natie in wording'. Een natie in wording, misschien. Maar een volk in beweging?