Afgiftekantoor 9100 Sint-Niklaas 1
P209199

België - Belgique
P.B.
9100 Sint-Niklaas 1
BC 1517

AZ Nikolaas

Infusie

7

Driemaandelijks medisch informatieblad van de vzw AZ Nikolaas

Dossier lage rugpijn

Beeldvorming bij de patiënt met lage rugpijn • • •
Rug- en nekklachten: een multidisciplinaire benadering • • •
Chronische lumbo-ischialgie • • •
De discus: de zwakste schakel • • •
Spondylodese: behandeling van lage rugproblemen • • •

Infusie sprak met: Dr. Jo De Schepper
Sportarts SK Beveren

Statische en dynamische ganganalyse

Jaargang 2 - nr. 7
september - oktober - november 2009
Driemaandelijks tijdschrift
Verantwoordelijke uitgever en afzender:
Koen Michiels
AZ Nikolaas vzw
Moerlandstraat 1 - 9100 Sint-Niklaas

COLOFON

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. Marc Geboers
Koen Michiels
Natalie Nevelsteen
Dr. Francis Ruys
Inge Smet
Dr. Leo Verguts

WERKTEN MEE:
Dr. Annick Debuysscher
Saskia De Coster
Dr. Hendrik Delport
Dr. Jo De Schepper
Dr. Bart Eeckhaut
Dr. An Hofman
Els Steeman
Dr. Jean-Pierre Van Buyten
Dr. Erik Van de Kelft
Prof. Dr. Johan Van Goethem
Dr. Benoit Zachée

VORMGEVING:
Dienst communicatie AZ Nikolaas

ILLUSTRATIES:
Natalie Nevelsteen
Neil Vancraeynest
Kristof Pieters

Inhoud

Edito 3

Dossier lage rugpijn:

• • • Beeldvorming bij de patiënt met lage rugpijn: lumbalgie en (lumbo)ischialgie 4

• • • Rug- en nekklachten: een multidisciplinaire benadering 6

• • • Chronische lumbo-ischialgie 8

• • • De discus: de zwakste schakel 10

• • • Spondylodese: behandeling van lage rugproblemen 11

Column Saskia De Coster 13

Infusie sprak met: dr. Jo De Schepper - Clubarts SK Beveren 14

Samenwerkingsengagement 17

Sportsymposium 18

Paspoort 20

Statische en dynamische ganganalyse 21

Heupartroscopie: stand van zaken 22

Column Dr. Francis Ruys 24

Agenda

8 oktober	**Videoconferentie**
21 oktober	**Postgraduaat oncologie**
24 oktober	**Symposium 10 jaar palliatieve eenheid**
12 november	**Videoconferentie**
10 december	**Videoconferentie**

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

Medische rampen en hoe er mee om te gaan…
Elk ziekenhuis wordt door de overheid verplicht om een intern en extern rampenplan op te stellen. Het aantal mogelijke rampscenario's is oneindig maar je moet wel een basisprocedure afspreken om dergelijke situaties het hoofd te kunnen bieden. Of het nu gaat om brand in het ziekenhuis, een brand buiten het ziekenhuis of een kettingbotsing op de E17,… we moeten klaar staan.

De gevolgen van zulke calamiteiten zijn nog redelijk in te schatten en dit laat toe om de rol van eenieder binnen het ziekenhuis duidelijk te omschrijven en te vatten in actiekaarten.

Moeilijker wordt het wanneer men het risico absoluut niet kan inschatten maar toch aangemaand wordt om rampscenario's uit te schrijven. Het wordt nog erger wanneer men hierbij uitgaat van zogenaamde 'worst-case-scenario's' waarbij men de te verwachten calamiteit buiten proporties opblaast. Geen enkel weldenkend mens is dan in staat om alle mogelijke maatregelen concreet te gaan uitwerken wat het onaangename gevoel geeft eigenlijk nooit klaar te staan voor wat zou kunnen gebeuren.

Dit is wat momenteel gebeurt in het kader van de influenzapandemie. We moeten het risico relativeren, stelt men. Anderzijds wordt via de media een doembeeld opgehangen waarvan onze hele gezondheidszorg op zijn grondvesten zou kunnen gaan daveren. We willen het risico zeker niet minimaliseren en we zijn best bereid om een degelijk plan op te stellen. Maar als we in een situatie terechtkomen waar de berichtgeving voortdurend aanleiding geeft tot hysterische reacties, dan zijn we niet goed bezig.

Goede informatie aan iedereen (publiek én gezondheidswerkers), het benadrukken van de basis hygiënische regels en een gefundeerde planning over wat we gaan doen als het toch menens wordt, dat lijkt momenteel onze taak. De belangrijkste maatregel: gezond verstand!

Paniek rondbazuinen is het laatste waar we behoefte aan hebben.

Marc Geboers
Medisch directeur

Dossier: Lage rugpijn

Lage rugpijn is een frequent voorkomend probleem. Vaak doorlopen patiënten met lage rugpijn in de loop van hun ziektegeschiedenis een traject waarbij meerdere medische disciplines betrokken zijn. In dit nummer van Infusie willen we een overzicht geven van de verschillende benaderingswijzen van deze problematiek. Een grondige diagnostiek komt op de eerste plaats en daarbij speelt medische beeldvorming een uitermate belangrijke rol. Nadien komt het gehele arsenaal aan behandelmethodes, zowel niet-chirurgisch als chirurgisch aan bod. Artsen van de dienst Fysische geneeskunde en revalidatie, Pijnkliniek, Orthopedie en Neurochirurgie bekijken dan telkens de meest geschikte behandelmethodes vanuit hun specifieke visie en ervaring.

• • • Beeldvorming bij de patiënt met lage rugpijn:
lumbalgie en (lumbo)ischialgie

Het begrip 'lage rugpijn' dekt een zeer brede lading. Vaak is de oorzaak niet-specifiek, en gaat de pijn ook weer vanzelf over na enkele weken. Bij lage rugpijn (lumbalgie), zonder uitstraling, en zonder aanwijzingen voor infectie of tumor, is de eerste weken geen medische beeldvorming nodig.

Indien de rugpijn een uitstralend karakter vertoont (**lumbo-ischialgie**), wijst dit op een radiculaire prikkeling. Dit is wel een indicatie voor verdere radiologische investigatie. MR is hierbij de voorkeurstechniek, omdat het de oorzaak van wortelcompressie kan aantonen. Als alternatief kan een CT-scan, liefst multi-detector CT, gebruikt worden. Conventionele röntgenopnamen hebben geen zin bij lumbo-ischialgie, en kunnen zelfs een vals gevoel van geruststelling geven.

Bij lage **rugpijn met mogelijke ernstige kenmerken** is de oorzaak niet altijd banaal, en speelt beeldvorming een belangrijke rol om de oorsprong van de klachten te verduidelijken. Voorbeelden van ernstige kenmerken zijn:

- begin van de klachten op jonge leeftijd (< 20 jaar) of op oudere leeftijd (> 55 jaar);
- ernstige en/of progressieve neurologische uitvalstekens:
  - progressieve motorische uitval (bv. dropvoet);
  - sfincter- of gangstoornissen (cauda equina syndroom);
  - zadelanesthesie (bv. letsel ter hoogte van de conus medullaris);
- patiënt met een maligne tumor (bv. wervelmetastasen);
- systematische malaise;
- HIV;
- gewichtsverlies (maligniteit);
- intraveneus drugsgebruik (mogelijke spondylodiscitis);
- steroïden (osteoporotische inzakkingsfractuur);
- structurele misvorming;
- niet mechanische pijn.

Tabel 1 geeft, in functie van het klinisch probleem, een overzicht van de aanbevelingen voor radiologische onderzoeken.

Overzicht van de radiologische technieken

De verwijzer dient een goed inzicht te hebben in het diagnostisch potentiëel van de verschillende medische beeldvormingstechnieken. Tabel 2 geeft een overzicht van de voor- en nadelen van enkele beeldvormende technieken voor de beoordeling van een aantal elementen bij de patiënt met lage rugpijn en/of ischialgie.

Standaard radiografische opnamen blijven, ondanks al hun beperkingen, nuttig, vooral bij jonge patiënten (bv. voor het opsporen van een spondylolyse), alsook bij 'oudere' patiënten, als was het maar om bv. een inzakkingsfractuur uit te sluiten. Sinds enkele jaren gebruikt het AZ Nikolaas digitale radiografische technieken, waarbij de stralingsdosis minder is. Standaard radiografische opnamen laten niet toe om de tussenwervelschijf rechtstreeks te visualiseren, maar bieden wel veel informatie over indirecte tekens van degeneratieve rugpathologie.

De rol van **myelografie** is sterk verminderd, mede omwille van het invasief karakter (lumbale punctie) en het beschikbaar zijn van goede, niet invasieve alternatieven. Er is voor de myelografie geen terugbetaling meer voorzien. Het onderzoek wordt nog zelden toegepast. Eén mogelijke indicatie is onderzoek bij patiënten die geen MR-onderzoek mogen ondergaan, bijvoorbeeld omwille van een pacemaker.

Computertomografie (CT-scan) blijft nuttig. Dankzij de technische verbeteringen van de jongste jaren (solid-state detectoren, multi-detector technologie) heeft de CT techniek een revival gekend. Met CT is het mogelijk om de uitpuilende discus rechtstreeks in beeld te brengen. Bovendien zijn onrechtstreekse degeneratieve veranderingen, alsook facettaire en ligamentaire hypertrofie goed zichtbaar. Nadeel blijft evenwel dat CT geen informatie biedt over de interne architectuur van de discus, met uitzondering van het opsporen van een vacuümfenomeen. CT-scans zijn vooral nuttig bij oudere patiënten met ernstige spondylotische en osteochondrotische veranderingen.

Tabel 1				
Klinisch probleem	**Onderzoek**	**Aanbeveling (classificatie)**	**Opmerkingen**	**Dosis**
Lumbale wervelkolom				
Chronische rugpijn zonder aanwijzingen voor infectie of neoplasma C06	Rx MRI/CT	Als routine niet geïndiceerd [C] Gespecialiseerd onderzoek [C]	Degeneratieve veranderingen zijn algemeen en niet-specifiek. Vooral nuttig bij jongere patiënten (< 20 jaar, spondylolisthesis, spondylolitis ankylopoetica enz.) en bij oudere patiënten > 55 jaar. MRI kan aangewezen zijn als de lokale pijn persisteert of bestendig is aan behandeling of als er cauda equina-tekens zijn	II 0/ II
Lage rugpijn met mogelijk ernstige kenmerken zoals in de opmerkingen vermeld C07	Beeldvorming	Geïndiceerd [B]	In combinatie met dringende verwijzing naar specialist; MRI is doorgaans het beste onderzoek. Verwijzing naar specialist mag niet door beeldvorming worden uitgesteld. (EEN CONVENTIONELE RÖNTGENFOTO KAN TEN ONRECHTE EEN GERUSTSTELLEND BEELD GEVEN) (Voor kinderen zie onder M). Voorbeelden van ernstige kenmerken: - begin < 20 jaar, > 55 jaar - sfincter- of gangstoornissen - rijbroekanesthesie - ernstige of progressieve motorische uitval - uitgebreide neurologische uitval - eerder carcinoom - systematische malaise - HIV - gewichtsverlies - intraveneus drugsgebruik - steroïden - structurele misvorming - niet mechanische pijn.	0
Acute rugpijn: discusherniatie; ischias zonder ongunstige kenmerken (zie boven) (voor kinderen zie onder M) C08	Rx MRI/CT	Als routine niet geïndiceerd [C] Gespecialiseerd onderzoek [B]	Acute rugpijn wordt meestal veroorzaakt door aandoeningen die niet met een conventionele röntgenfoto gediagnosticeerd kunnen worden (met uitzondering van osteoporotische wervelinzakking). Een conventionele röntgenfoto kan ten onrechte een geruststellend beeld geven. Voor het aantonen van discusherniatie is MRI of CT nodig en dit moet onmiddellijk na falen van een conservatieve behandeling worden overwogen. MRI heeft in de regel de voorkeur (groter gezichtsveld, postoperatieve veranderingen enz.) en vermijdt röntgenbestraling. MRI of CT is nodig vóór interventie (bv. epidurale injectie). MRI beter dan CT bij postoperatieve problemen. MRI is ook aangewezen bij een hyperalgiesyndroom dat meer dan 6 weken aansleept.	II 0/ II

In de radiologische diagnostiek van rugklachten neemt **magnetische resonantie beeldvorming (MR)** een sleutelpositie in. AZ Nikolaas beschikt als één van de weinige niet-universitaire ziekenhuizen over een MR-toestel met hoge veldsterkte (3.0 Tesla) zodat duidelijk betere en meer gedetailleerde beelden van de rug kunnen gemaakt worden. MR biedt zowel een rechtstreekse visualisatie van een discushernia als van de interne discusarchitectuur. Dankzij de intrinsiek hogere contrastresolutie is MR ook de voorkeursmethode bij de patiënt met een failed back surgery syndrome (blijvende of recurrente klachten na een voorafgaande operatie).
Ook degeneratieve veranderingen in de eindplaten en aanpalende wervels zijn goed zichtbaar. Tenslotte is het met MR mogelijk specifieke markers geassocieerd met lage rugpijn op te sporen, namelijk scheuren in de annulus fibrosus en inflammatie in de werveleindplaten, zogenaamde Modic type I veranderingen.

Conclusie: bij een correcte indicatie is beeldvorming bij lage rugpijn een zeer nuttig en soms zelfs onmisbaar diagnostisch instrument. De beslissing tot beeldvorming moet weloverwogen zijn en dient rekening te houden met de aard en duur van de klachten, alsook met de leeftijd en klinische voorgeschiedenis van de patiënt.

De doeltreffendheid en de accuratesse van een beeldvormend onderzoek wordt in grote mate bepaald door de kwaliteit van de geboden klinische informatie.

Prof. Dr. Johan Van Goethem
Medische beeldvorming - AZ Nikolaas - UZA
Prof. Dr. Paul Parizel
Medische beeldvorming- UZA
Dr. Frank Ramon
Medische beeldvorming AZ Nikolaas

Tabel 2: Beoordeling van de degeneratieve wervelkolom op verschillende beeldvormingstechnieken

	RX	*CT*	*Myelo*	*Myelo-CT*	*MR*
Hoogte van de tussenwervelschijf	+++	++(scout)	+++	++(scout)	+++
Interne architectuur van de discus:					
• Vacuumfenomeen	++	+++	++	+++	+
• Signaalverlies op T2-opnamen	-	-	-	-	+++
• Scheuren in de annulus fibrosus	-	-	-	-	+++
Contourverandering van de discus (bulging, potrusie, hernia, extrusie, vrij fragment)	-	++	+	++	+++
Veranderingen in de wervelsluitplaten (sclerose, rondosteofytose, traction spurs)	+++	+++	+++	+++	++
Veranderingen in het beenmerg van de aanliggende wervelcorpora	+	++	-	++	+++
Degeneratieve veranderingen in de facetgewrichten	++	+++	+	+++	++
Verdikking van de ligamenta flava	-	+++	-	+++	+++
Beoordeling van de laterale kanaalrecessus en intervertebrale foramina	+	++	++	++	+++
Beoordeling van de statiek (bv. flexie en extensie opnamen)	+++	-	+++	-	-
Invasief karakter	-	-	+++	+++	-
Stralenbelasting	++	++	+++	+++	-

• • • Rug- en nekklachten: een multidisciplinaire benadering

Acute rug- en nekklachten zijn een veelvoorkomend probleem dat meestal perfect in de eerste lijn kan opgevangen worden. Als de klachten chronisch worden of recidiveren, kan een grondigere evaluatie bij een rugspecialist zinvol zijn. Slechts zelden kunnen we een onderliggende pathologie diagnosticeren (spondylarthropathie, tumoraal proces, infectie, hernia nucleus pulposi,…). De meeste axiale klachten zijn immers mechanisch van karakter. De last komt voort uit een onevenwicht tussen de draagkracht van de rug en de belasting die gevraagd wordt bij dagdagelijkse activiteiten en tijdens het werk (aspecifieke mechanische lage rugpijn).

De belastbaarheid kan verminderd zijn door verschillende factoren: slijtageprocessen van de tussenwervelschijven of facetgewrichten, biomechanische afwijkingen, spierverzwakking, hyperlaxiteit,… maar ook verminderde mentale draagkracht of verkeerde cognities over de pijn beïnvloeden de sterkte van de rug. Een optimale behandeling van een chronische of recidiverende axiale problematiek schenkt aandacht aan al deze facetten. Naast specifieke analgetische therapie (medicatie, kinesitherapie, manuele therapie, infiltraties, …) is er één grote gemene deler in de behandeling van rug- of nekklachten: het **herstellen van de balans tussen draagkracht en belasting**. Deconditionering is immers het sleutelwoord bij chronisch recidiverende klachten. Wanneer we ons ertoe beperken enkel de pijn te bestrijden, is de kans op herval zeer groot.

Het **David Back Concept** (DBC) biedt hierop het perfecte antwoord. Het betreft een multidisciplinair concept waarin rekening gehouden wordt met het multifactoriële karakter van rug- en nekklachten. Eerst wordt de individuele problematiek zo goed mogelijk in kaart gebracht. Naast een intakegesprek met de revalidatiearts waarbij een grondige anamnese en klinisch onderzoek verricht wordt, worden een aantal gevalideerde tests afgenomen. Deze tests sporen zowel lichamelijke als cognitieve tekortkomingen op. Zo maken we gebruik van een aantal vragenlijsten om de functionaliteit, neiging tot depressie en bewegingsangst te scoren. Vervolgens worden kracht en mobiliteit van het axiale skelet gemeten waarbij er gebruik gemaakt wordt van de testbatterij van de toestellen van het David Back systeem. Tot slot gebeurt er een oppervlakte EMG dat ons verdere informatie geeft over de uithouding van de rugspieren en de spanningscomponent.

Op basis van al deze gegevens wordt er voor elke patiënt een **individueel oefenschema** opgesteld. De fysieke training gebeurt op de oefentoestellen van het David Back Concept die specifiek ontworpen en aangepast zijn voor patiënten met axiale problemen. Er wordt zowel op kracht als mobiliteit geoefend. Na zes weken wordt de beweeglijkheid en de kracht opnieuw getest waarna het trainingsschema zo nodig nog aangepast kan worden. Ook op het einde van de cursus gebeurt er een nieuwe meting en eindevaluatie.

Het hele rugschoolprogramma omvat 28 beurten van 2 uur met een frequentie van 2 maal per week. Naast de training op de DBC-toestellen omvat het concept ook algemene conditietraining, stabilisatieoefeningen, theoretische achtergrondinformatie, ergonomisch advies met inoefening in de praktijk evenals psychologische begeleiding en relaxatietherapie.

Afhankelijk van de individuele noden kan dit basispakket aangevuld worden. Zo kan de **psychologische begeleiding** waar nodig uitgebreid worden van enkele groepssessies tot een wekelijkse individuele opvolging. Voor patiënten met een duidelijke hyperlaxiteit en een prikkelbaar neuromusculair stelsel worden dan weer extra lessen stabiliserende oefeningen georganiseerd. Patiënten waar de axiale klachten deel uitmaken van een meer veralgemeende pijnproblematiek kunnen baat hebben bij extra **ergotherapeutische begeleiding** waar timemanagement en energiemanagement aangeleerd worden.

Ondertussen bestaat het David Back Concept in ons ziekenhuis reeds 8 jaar. In die periode behandelden we ongeveer 3000 patiënten. De meerderheid van deze patiënten situeren zich in de leeftijdscategorie van 40 - 50 jaar, hoewel we ook adolescenten behandelen evenals senioren die een aangepast programma aangeboden krijgen. Uit verwerking van onze eigen testgegevens blijkt dat de outcome niet beïnvloed wordt door de leeftijd.

Gemiddeld zien we een krachttoename van ongeveer 50%, de beweeglijkheid verbetert zo'n 20%. 80% van de patiënten geeft aan een duidelijke winst te ervaren op gebied van pijn en functionaliteit. Uit bevraging van de patiënten na het beëindigen van het oefenprogramma blijkt dat veel deelnemers het lastig hebben met het onderhouden van hun conditie en het blijven opvolgen van de raadgevingen uit de cursus. Voor een aantal mensen biedt de onderhoudsbehandeling die 1 maal per week georganiseerd wordt een oplossing.

Het DBC is geen statisch concept maar is constant in evolutie. Op de periodieke vergaderingen van de DBC-usersclub wordt het bestaande programma door de gebruikers uit de verschillende ziekenhuizen besproken. Indien nodig wordt er een update doorgevoerd. Deze samenkomsten bieden bovendien de gelegenheid tot het uitwisselen van ervaringen en de studie van recente literatuurgegevens. Ook binnen het ziekenhuis vergaderen de DBC-therapeuten op regelmatige basis om het programma kritisch te evalueren en bij te schaven zodat we garant kunnen staan voor een state of the art concept gebaseerd op een samenvoeging van alle evidence based gegevens voorhanden.

Het DBC-concept zoals het hierboven wordt beschreven, richt zich op secundaire preventie van nek- en rugklachten. Enkele jaren geleden werden we op basis van dit concept als centrum weerhouden om deel te nemen aan een pilootstudie georganiseerd door het **Fonds Voor Beroepsziekten (FBZ)** in het kader

van **secundaire preventie van lage rugpijn** in de zorgsector. De resultaten van dit project waren dermate positief dat het FBZ besloot tot een terugbetaling van de rugschool bij patiënten met chronische of recidiverende rugklachten. Ondertussen werd de doelgroep zelfs nog uitgebreid tot alle beroepen waar een verhoogde belasting van de rug kan aangetoond worden.

Naast secundaire preventie is er ook groeiende belangstelling voor **primaire preventie**. Zo worden er binnen het ziekenhuis periodiek een aantal voorlichtingssessies georganiseerd rond hef- en tiltechnieken. Hierbij worden een aantal rugsparende technieken aangeleerd met specifieke aandacht voor correcte verplaatsingstechnieken. Maar ook vanuit de **industrie** groeit de interesse naar preventieve maatregelen om rug- en nekklachten te beperken op de werkvloer. Tijdens het voorbije jaar zijn er in samenwerking met OMCO (gieterij) en BASF twee projecten voor preventie uitgewerkt. In beide gevallen vond er tijdens een werkbezoek een grondige werkpostanalyse plaats waarbij de knelpunten op video werden vastgelegd. De OMCO-werknemers volgden nadien het basispakket waarbij de bevindingen van de werkpostanalyse in de sessies ergonomie verwerkt werden. Voor de werknemers van BASF werd een aangepast programma ontwikkeld dat ter plaatse gegeven werd. Dit programma omvatte naast oefeningen een theoretische infomodule waarin een aantal oplossingen aangereikt werd die de werknemers nadien op de werkvloer zelf konden inoefenen. Beide bedrijven reageerden zeer positief .

Aan de hand van de subjectieve ervaringen en de objectieve resultaten die we in de loop der jaren verzameld hebben, menen we te mogen stellen dat wij met het David Back Concept een belangrijke troef in handen hebben voor de revalidatie van patiënten met chronische rug- en nekklachten.

De tevredenheid van onze patiënten, de nimmer slinkende wachtlijst ondanks een recente verdubbeling van onze capaciteit, zijn een blijvende stimulans om op de ingeslagen weg verder te gaan.

Dr. Annick Debuysscher
Dr. Bart Eeckhaut
Dr. An Hofman
Fysische geneeskunde en revalidatie

Digitale mammografie doet zijn intrede op de dienst medische beeldvorming

Na de digitalisatie van het overgrote deel van de dienst medische beeldvorming komt nu ook de mammografie aan de beurt.
Mammografische onderzoeken worden veelal preventief uitgevoerd in het kader van borstkankerpreventie. De onderzoeken worden uitgevoerd in erkende centra en worden ter controle doorgestuurd naar een regionaal screeningscentrum. Tot voor kort waren enkel centra met analoge opnameapparatuur erkend. De technologie staat echter niet stil en ondertussen worden ook digitale mammografietoestellen aanvaard door de screeningscentra. Vanaf 26 augustus werd er ook in AZ Nikolaas campus Sint-Niklaas overgeschakeld van analoge naar digitale mammografieën.
Mammografisch en bijhorend echo-onderzoek worden vanaf heden voor de campus Sint-Niklaas gecentraliseerd op de dienst medische beeldvorming van de site in de L. De Meesterstraat.

Als arts kunt u gebruik maken van het afsprakennummer 03 760 60 66. Deze oproepen krijgen voorrang.

• • • Chronische Lumbo-ischialgie

Een correcte behandeling van lage rugpijn vereist eerst en vooral een juiste diagnose, hetgeen zeker niet gemakkelijk is. Met de moderne beeldvormingstechnieken (vooramelijk MRI) aangevuld door elektrofysiologische onderzoeken, en een goed klinisch onderzoek kan heel wat informatie worden bekomen en kunnen de zogenaamde 'red flags' worden uitgesloten. Bij chronisch lage rugpijn dienen ook een aantal psychologische factoren te worden uitgesloten. Het is dan niet uitzonderlijk dat dergelijke patiënten een screening ondergaan bij onze psycholoog. Multidisciplinair overleg is dus zeker een pluspunt vooraleer tot meer interventionele behandelingen over te gaan.

Farmacotherapie

Het optimaliseren van de medicamenteuze therapie mag ook niet worden vergeten. Heel wat chronische (rug)pijnpatiënten nemen te veel en/of verkeerde medicatie. Het overmatig gebruik van bepaalde medicatie kan tot ernstige gevolgen leiden. NSAID's zijn bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk verantwoordelijk voor meer sterfgevallen dan autoongevallen. Er moet dus heel wat aandacht besteed worden aan het rationeel voorschrijven van pijnstillers en co-medicatie en dit vereist ook een regelmatige follow-up. Het rationeel gebruik van opiaten is bij chronische (rug)pijnpatiënten zeker niet uitgesloten. In principe worden majeure opiaten slechts opgestart wanneer alle andere mogelijkheden (chirurgie, interventionele pijnbestrijding) geen beterschap brengen.

Interventionele pijnbestrijdingstechnieken

In functie van de diagnose kan het pijncentrum heel wat oplossingen bieden voor het probleem van chronisch lage rugpijn. Er bestaat een heel scala aan technische interventies gaande van eenvoudige epidurale injecties tot implantaties van medicatiepompen.

Epidurale injecties

Deze zijn geïndiceerd wanneer er een radiculaire (wortel) component aanwezig is. Er wordt dan medicatie (lokale anesthetica en depotcorticoiden) ingebracht in de epidurale ruimte zo dicht mogelijk bij de betrokken wortel. Dit kan translaminair of transforaminaal (door het neuroforamen) gebeuren, maar in ieder geval onder begeleiding van beeldvorming (fluoroscopie) om zeker te zijn van het juiste niveau en de juiste kant. Er is een voorkeur voor de transforaminale approach daar deze toelaat de medicatie dicht bij het probleem in te brengen. Epidurale injecties kunnen op alle niveaus gegeven worden. De transforaminala cervicale epidurale techniek is zeker niet zonder gevaar door de nabijheid van de a. vertebralis en het risico op embolisatie van de bevloeiing van het ruggenmerg door depotcorticoiden.

Radiofrequente technieken

Met een radiofrequentie generator kan de tip van de naald door middel van radiofrequente stroom (RF) worden opgewarmd waardoor een selectieve neuroablatie wordt uitgevoerd van de C-vezels terwijl de dikke gemyeliniseerde vezels intact blijven en er zo geen deafferentiatie optreedt. De huidige generatoren bieden de keuze tussen conventionele radiofrequentie waarbij hogere temperaturen worden gebruikt (warmteleasie) en gepulseerde radiofrequentie. Bij deze techniek worden er pulsen van 20msec gegeven met een pauze van 480 msec. Met deze techniek wordt de temperatuur van 42° nooit overschreden en wordt er dus geen warmteleasie gegeven. Het juiste mechanisme van pulsed RF is nog niet gekend, RF elektrische velden hebben zeker een biologisch effect. C-fos formatie werd gevonden in de lamina I en II van de dorsale hoornen wat bewijst dat blootstelling aan RF elektrische velden wordt doorgegeven naar meer centrale neuronen, en dat het effect blijkbaar specifiek is voor niet gemyeliseerde vezels. Dikke vezels worden blijkbaar beschermd tegen RF velden door hun myeline schede.

Facetsyndroom

In veel gevallen van lage rugpijn spelen de facetgewrichtjes een belangrijke rol. Dit zal eerder aanleiding geven tot 'pseudoradiculaire' pijn. De uitschakeling van de bezenuwing van deze gewrichtjes bij middel van RF stroom kan dan ook een oplossing bieden. Een RF laesie zal enkel worden toegepast indien de patiënt voordien gunstig beantwoorde aan een diagnostisch bloc (een inspuiting met lokale anesthetica). Een RF behandeling van de bezenuwing van de facetgewrichten kan een substantiële pijndemping veroorzaken van meer dan zes maanden. De techniek kan zonder probleem worden herhaald. De facetgewrichten worden geinerveerd vanuit de mediale tak van de ramus dorsalis van het spinale ganglion. Het is de ramus dorsalis die wordt opgezocht op de betrokken niveaus en behandeld met RF. Dit kan zowel op cervicaal als op lumbaal niveau.

Radiofrequente Rizolyse van het dorsale ganglion L2. In sommige gevallen van axiale lage rugpijn kan het behandelen van de L2 wortel met radiofrequentie een oplossing bieden. De lage rug wordt inderdaad bezenuwd door sympathische afferenten vanuit het dorsale ganglion van L2. Dergelijke laesie wordt enkel gemaakt wanneer de patiënt gunstig reageert op een diagnostische blokkade.

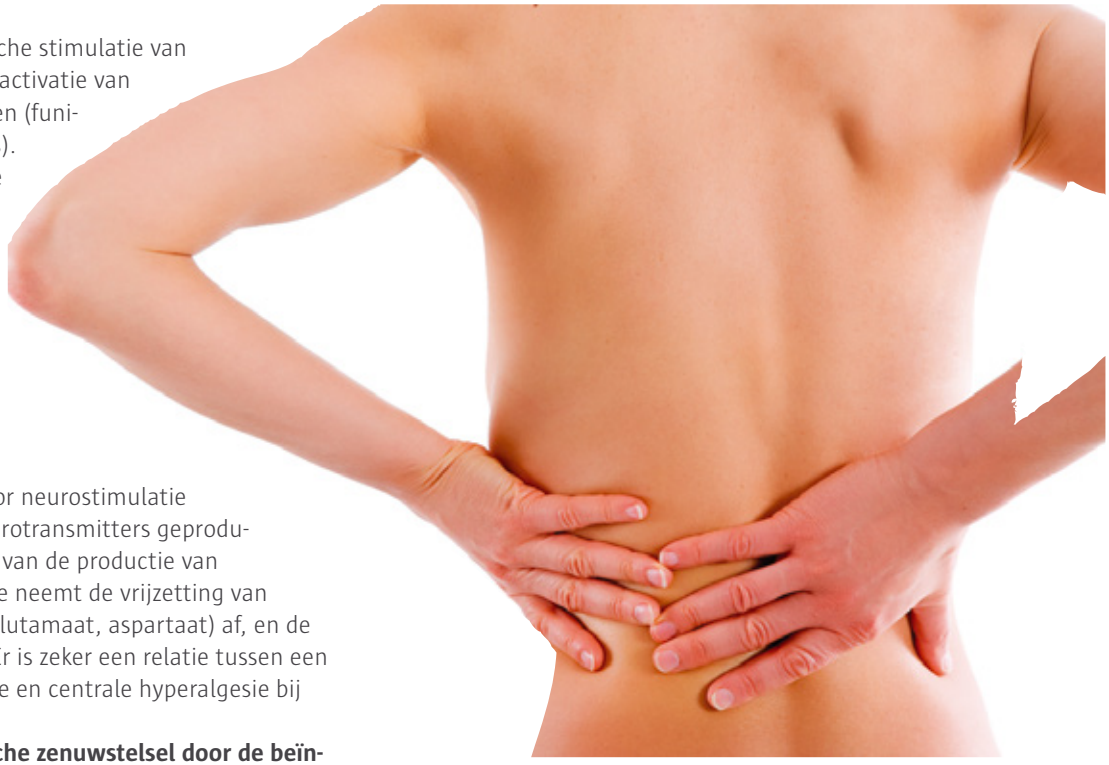
Neuromodulatie technieken

Neurostimulatie

Epidurale neurostimulatie is een behandeling van neuropathe (zenuw)pijn. Bij patiënten met chronische radiculaire pijn is deze vorm van neuromodulatie meestal een goede langdurige oplossing. Een elektrode wordt opgeschoven in de epidurale ruimte en stimuleert de dorsale hoorn (achterkant van het ruggenmerg, de gevoelsbanen, spinothalamische banen). De patiënt ondervindt aangename tintelingen in het pijnlijk lidmaat die de transmissie van de pijn naar het centrale zenuwstelsel misleiden (neuromodulatie).

Werkingsmechanismen:

- **Spinale effecten:** Elektrische stimulatie van het ruggenmerg leidt tot activatie van vezels in de achterstrengen (funiculus gracilis en cuneatus). Een onderdrukking van de zogenaamde nociceptieve flexiereflex door ruggenmergstimulatie, welke o.a. via A-delta vezels segmentaal verloopt zou mede een verklaring zijn voor een segmentaal effect van neurostimulatie.
- **Transmitter effecten:** Door neurostimulatie worden er een aantal neurotransmitters geproduceerd. Door een toename van de productie van Substance-P en serotonine neemt de vrijzetting van excitatoire aminozuren (glutamaat, aspartaat) af, en de productie van GABA toe. Er is zeker een relatie tussen een verstoorde GABA productie en centrale hyperalgesie bij neuropathe pijn.
- Effecten op het **sympatische zenuwstelsel door de beïnvloeding van de Wide Dynamic Range** (WDR) neuronen is ook een gekend fenomeen waardoor neurostimulatie een gunstig effect kan hebben op ischemische pijn.



Neurostimulatie bij neuropathe pijn is een weinig invasieve techniek die altijd in twee fasen gebeurt: een proesstimulatie waarbij enkel de elektrode wordt geplaatst, en na een gunstige proefperiode van minstens één maand wordt de batterij ingeplant en verbonden aan de elektrode. Het resultaat kan dus worden uitgetest. De techniek is volledig reversibel, wanneer een proefstimulatie negatief uitdraait, wordt de elektrode verwijderd. De therapie blijkt zeker costeffectief te zijn. Deze behandeling wordt voornamelijk toegepast bij postoperatieve neuropathe pijn, (het zogenaamde Failed Back Surgery Syndroom) maar ook bij neuropathieën van andere oorsprong (toxisch, metabool, post radiotherapie, post traumatisch,...). Neurostimulatie heeft ook bewezen effecten op ischemische pijn in de ledematen en op refractaire angina pectoris.

Intrathecale medicatiepompen (medicamenteuse neuromodulatie)

Tenslotte op de top van de analgetische ladder staat de implantatie van een medicatiepomp verbonden aan een catheter die in het cerebrospinale vocht wordt geplaatst zodat de medicatie rechtstreeks in het centrale zenuwstelsel wordt gebracht. Het betreft hier voornamelijk Morfine (pijn) of een mengsel van morfine met medicatie meer specifiek tegen zenuwpijn (Clonidine, Bupivacaine) of Baclofen (spasticiteit). Het effect van morfine langs deze weg is bijvoorbeeld 300 maal sterker dan via de orale weg. Deze behandeling is weliswaar niet zonder neveneffecten en vergt een nauwkeurige opvolging. Vele patiënten met een ingeplante medicatiepomp lijden aan chronische refractaire vormen van lumbo-ischialgie op extreem degeneratieve basis of op basis van Failed Back Surgery Syndroom. Ook kankerpatiënten kunnen uiteraard in aanmerking komen voor deze therapie alhoewel er in België helaas geen terugbetaling is van implanteerbare medicatiepompen. Het pijncentrum organiseert speciaal voor deze patiënten wekelijks op maandag een consultatie. In het Pijncentrum van AZ Nikolaas worden en 200-tal patiënten met een ingeplante medicatiepomp gevolgd.

In een notendop werden u hier enkele courante technieken voorgesteld die regelmatig in het Pijncentrum van ons ziekenhuis worden toegepast en dus o.a. van toepassing zijn op patiënten met chronische lumbo-ischialgie. Natuurlijk is een multidisciplinaire aanpak een absolute noodzaak en dient de beste behandeling voor deze problematiek te worden aangeboden aan de patiënten na uitgebreide diagnostiek en klinisch onderzoek.

U kan meer informatie vinden over de behandelingsmethodes op onze website: www.nomorepain.be

Dr. Jean-Pierre Van Buyten
Pijnkliniek

• • • De discus: de zwakste schakel

Een van de belangrijkste oorzaken van werkverlet is pijn door een discushernia, een scheurtje in de zwakste schakel van onze wervelkolom. Hoewel alle hernia's uiteindelijk vanzelf genezen, worden jaarlijks duizenden patiënten eraan geopereerd. Waaraan zijn hernia's te wijten, wat kunnen we eraan doen en hoe kunnen we ze voorkomen?

Tussenwervelschijven bestaan in essentie uit een stevige ring van collageen **(annulus)** die een zachte kern **(nucleus)** bijeen houdt. Ze werken als schokdempers, die alle schokken die ons lichaam ondergaat, zoals bij het lopen en het springen, absorberen.

Onhebbelijke gewoontes

Omdat we rechtop staan, rusten onze wervels en tussenwervelschijven constant op elkaar en is de druk op onze tussenwervelschijven maximaal. En alsof dat nog niet genoeg is hebben mensen de onhebbelijke gewoonte om dingen te tillen. Wie een bak frisdrankflessen van anderhalve liter uit zijn winkelkarretje heft en in de koffer van zijn auto sleurt, laat de druk op zijn onderste tussenwervelschijven toenemen tot zowat 300 kilogram per vierkante centimeter. Wanneer onze rug na tientallen jaren rechtop lopen al wat slijtage heeft opgelopen, kan zo'n zware inspanning voldoende zijn om ervoor te zorgen dat er in de annulus van een tussenwervelschijf een scheur komt en dat de zachte inhoud ervan gaat uitpuilen. We spreken dan van een **discushernia**.
Als deze uitpuiling op een zenuw drukt, geeft dit pijn over heel het verloop van die zenuw. Doorgaans beperkt de pijn zich de eerste uren of dagen tot de plek waar de hernia zit. Heel snel na die eerste pijn straalt ze verder uit langsheen het hele traject dat die zenuw aflegt (radiculaire pijn). Een discushernia komt voornamelijk voor laag lumbaal, is minder frequent laag cervicaal en een thoracale hernia is erg zeldzaam. Bij klinisch vermoeden van discushernia kan dit geconfirmeerd worden door middel van beeldvorming, hetzij MRI hetzij CT.

Dringende indicaties voor heelkunde

Eens de diagnose is gesteld, rest er de patiënt in eerste instantie niets anders dan … wachten. Want dankzij het zeer grote zelfherstellende vermogen van ons lichaam, genezen vrijwel alle hernia's vanzelf. Het uitpuilende stukje nucleus verdroogt en verdwijnt, omdat het door de witte bloedcellen wordt opgegeten, en op de scheur in de annulus vormt zich littekenweefsel zodat de opening weer dichtgroeit.
Gelukkig zijn er diverse mogelijkheden om dat spontane herstel wat aangenamer – lees minder pijnlijk – te maken. Relatieve rust is daar een van. Dat houdt in dat de patiënt mag bewegen in de mate van het mogelijke, maar dat hij er vooral op moet toezien zijn rug niet te belasten. Daarnaast krijgen patiënten pijnstillers, ontstekingsremmers en spierontspanners voorgeschreven. Helpt dat allemaal niet, dan kan de patiënt een aantal epidurale infiltraties van corticoiden krijgen.

Maar als alle hernia's spontaan genezen, waarom worden er dan toch jaarlijks duizenden patiënten (in 2007: 10.000 in België alleen al) geopereerd? Er zijn twee indicaties om te opereren, maar er is er maar één die echt dringend is, en dat is **neurologische uitval**. Sommige patiënten komen op consultatie omdat ze niet alleen pijn ervaren maar plots ook minder grijpkracht hebben, of omdat ze niet meer op hun tenen kunnen staan. Dat betekent dat de zenuw waar dat uitpuilende stukje op drukt, zo hard geblokkeerd zit dat hij niet meer functioneert met risico op blijvende verlamming.
De absolute top bij absolute indicaties is het **cauda equina syndroom**. Daarbij drukt een massief grote hernia heel die paardenstaart plat, krijgt de patiënt als een gevolg daarvan verlammingsverschijnselen in benen en zitvlak, en krijgt hij plas- en stoelgangsproblemen. Dit moet binnen de 24 uur geopereerd worden.
Naast neurologische uitval is er geen enkele dwingende medische reden om een hernia operatief te behandelen. Toch worden ook veel herniapatiënten zonder verlammingsverschijnselen geopereerd. En dat is louter omdat bepaalde patiënten het wachten op spontaan herstel beu zijn en snel terug actief willen zijn.

Nieuwe tendenzen in de heelkundige behandeling

Dat steeds meer patiënten de stap naar een operatie zetten, is ook te danken aan de nieuwe tendenzen in de herniachirurgie. Wie vroeger aan een hernia werd geopereerd, lag minstens tien dagen in het ziekenhuis en moest daarna ook thuis nog wekenlang rusten en een korset dragen. Dat is nu verleden tijd. Tegenwoordig werken we endoscopisch, waarbij we geen grote insnede meer moeten maken om de spieren opzij te schuiven, maar een buisje van nauwelijks 16 millimeter breed doorheen de spier op de juiste plaats in de rug van de patiënt brengen, daar een camera op zetten en op basis van wat we op het beeldscherm zien opereren. Nog tijdens de sleutelgatoperatie wordt een CT-scan gemaakt, om zeker te zijn dat de ingreep gelukt is, dus dat de hernia effectief verdwenen is of de prothese op de juiste plaats zit. Zo'n minimaal invasieve ingreep met maximale beeldvorming houdt de schade die je aanricht aan de omliggende weefsels, spieren en huid van de patiënt heel klein en beperkt meteen ook de hersteltijd en verblijf in het ziekenhuis aanzienlijk. Wie nu aan een hernia in de rug wordt geopereerd komt 's morgens binnen en mag 's avonds al weer naar huis. En dat maakt de beslissing om voor een operatie te gaan een stuk makkelijker.

Een tweede tendens is om meer en meer te streven naar behoud of herstel van functie. We willen meer doen dan louter het uitpuilende stukje nucleus verwijderen om de zenuw weer vrij te maken. We werken nu mee aan een studie waarbij een polymeer in de annulus wordt ingespoten, net nadat het uitpuilend stukje nucleus werd weggehaald. We doen dit om de veerkracht van de tussenwervelschijf te herstellen en om te

voorkomen dat er later nog een stukje nucleus afscheurt.
In plaats van een spondylodese is het ook mogelijk om de discus te vervangen door een prothese die bestaat uit twee plaatjes die aan de boven- en onderliggende wervels vastgroeien, waartussen een polyurethaan schijfje zit dat gevuld is met water. Dit heeft een schokdempende werking en maakt het de wervels weer mogelijk normaal te blijven bewegen. En aangezien het ook mogelijk is dat door het verslijten van de tussenwervelschijf de wervels wat meer op elkaar zakken en daardoor de facetgewrichten waarmee onze wervels scharnieren overbelast en versleten zijn, kunnen ook deze gewrichten vervangen worden door prothesen. Dit laatste is echter geen standaardprocedure en het voorwerp van een klinische studie.

Preventie

Het lijkt me beter hernia's – en alle problemen die ze veroorzaken – te voorkomen dan te genezen, maar kan dat wel? Jonge mensen lopen maar een klein risico op een hernia, omdat hun tussenwervelschijven nog zo sterk zijn dat bij een zware belasting nog eerder hun wervel zal barsten dan dat hun annulus scheurt. Bij de enkelingen die toch op jonge leeftijd een hernia krijgen, is dat meestal te wijten aan een ongeval of zware val, bijvoorbeeld bij het skieën, waarbij er door de klap een barstje in hun tussenwervelschijf is gekomen en er vanaf dat moment een versneld slijtageproces op gang komt. Bij mensen ouder dan 70 komt een hernia doorgaans niet meer voor, omdat hun tussenwervelschijven volledig zijn verdroogd en ingezakt, en ze dus ook niet meer kunnen uitpuilen. De meeste hernia's komen voor bij mensen tussen 40 en 60. Die durven al eens te vergeten dat wanneer hun eerste grijze haren opduiken, ook hun binnenkant zijn beste tijd heeft gehad en dus ook hun tussenwervelschijven al wat zijn uitgedroogd. Een zware verhuizing, een namiddag hard werken in de tuin of een bak frisdrank in de auto zetten, kunnen bij hen al voldoende zijn om een versleten annulus te laten scheuren. We kunnen nog niet verhinderen dat we ouder worden en verslijten, maar we kunnen wel een aantal rughygiënische maatregelen respecteren, zoals zorgen dat onze rug- en buikspieren in goede conditie blijven en onze rug zoveel mogelijk sparen.

Dr. Erik Van de Kelft
Neurochirurgie

• • • Spondylodese: behandeling van lage rugproblemen

Lage rugpijn al dan niet gepaard gaande met uitstraling naar de benen is een veel voorkomende klacht op de consultatie orthopedie. Heelkunde komt pas in aanmerking wanneer een conservatieve behandeling gefaald heeft of niet aangewezen is.

Als belangrijkste redenen voor een ingreep zijn dreigend verlies van zenuwfunctie, onbehandelbare pijn en progressieve vervorming van de wervelzuil te weerhouden. Wanneer het vrijleggen van zenuwbanen alleen niet volstaat, dan is de gouden standaard het uitvoeren van een **spondylodese** of **lumbale fusie**. Er is ook de mogelijkheid tot uitvoering van een dynamische fixatie, maar tot op heden kunnen ingrepen zoals verschillende types discus- en facetprothesen evenals verschillende dynamische systemen de gewekte verwachtingen en beloofde resultaten niet inlossen. Internationaal komt men dan ook meer en meer tot de conclusie dat deze ingrepen enkel thuishoren in een studieprotocol waarbij de patiënt correct over de risico's en vaak hoge kosten ingelicht dient te worden. De spondylodese is dan ook de ingreep die preferentieel door de spinal-unit CTM (Dr. B. Zachee, Dr. G. Van Esbroeck en Dr. D. Matton) wordt voorgesteld.

Indicatie

Een indicatie waar geen discussie over bestaat is **instabiliteit**. Deze kan het gevolg zijn van een fractuur, een tumor of een spondylolisthesis ten gevolge van een lyse. Waar er wel discussie over is, is de noodzaak tot spondylodese bij instabiliteit die het gevolg is van degeneratieve afwijkingen. Discusprotrusie, artrotische facetgewrichten en hypertrofische ligamentae flavae kunnen aanleiding geven tot een vernauwd kanaal en een vergrote beweeglijkheid tussen de wervels onderling. Dit kan eventueel aanleiding geven tot een afglijden van wervels ten opzichte van elkaar.
De discussie spitst zich toe op de vraag of de vergrote beweeglijkheid zonder verschuiving op Rx als instabiliteit beschouwd moet worden. Tengevolge van een laminectomie, om ruimte te maken voor uittredende zenuwwortels, ontstaat sowieso een instabiliteit en is bijkomende fixatie aangewezen.

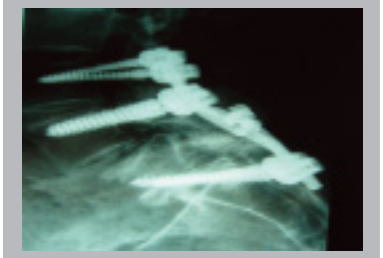
Tegenwoordig wint de overtuiging steeds meer veld dat rugklachten het gevolg kunnen zijn van slijtageverschijnselen die aanleiding geven tot instabiliteit. Men moet daarbij eerder denken aan microbewegingen. Deze minimaal vergrote beweeglijkheid leidt enerzijds tot pijnklachten, anderzijds tot verdere slijtage zodat een vicieuze cirkel ontstaat. De fixatie zal zorgen voor stabilisatie zoals in geval van een anterolisthesis (fig. 3) waarbij verdere afschuiving wordt voorkomen.

Klachten en verschijnselen

Spinaalstenose geeft pijn. Dikwijls gaat het om een combinatie van invaliderende lage rugpijn en beenpijn. Waar bij een discushernia het meestal gaat om compressie van 1 zenuwwortel zijn er in gevolge van een nauw kanaal meestal meerdere wortels betrokken. De pijn treedt meestal op bij stappen/lopen omdat door kanteling van het bekken en toename van de lordose de neuroforamina als het ware dichtgedrukt worden. Hierdoor ontstaat pijn en eventueel functieverlies: paresthesieën en krachtverlies (neurogene claudicatio).

Figuur 1

Figuur 2



Figuur 3

Methodes

In de volksmond spreekt men van het vastzetten van de rug. Het is dan ook zo dat we het aan elkaar groeien van twee of meerdere wervels beogen. De eerste spondylodeses werden gedaan door langs de dwarsuitsteeksels van de wervels botgreffen te plaatsen, meestal afkomstig uit de bekkenkam. Na de ingreep volgde een langdurige bedrust. Desondanks kwam het voor dat er geen stevige beenderige verbinding ontstond maar een pseudartrose.
In de jaren 70 werden er door Harrington staven geïntroduceerd. De volgende stap was de introductie van pediculaire schroeven die met elkaar verbonden worden door middel van platen of staven. In de jaren 80 kwamen de cages op de markt. Dit zijn kooitjes gemaakt van koolstof, titanium of kunststof. Ze worden gevuld met bot of met een botachtige substantie. De schroefsystemen en de kooitjes kunnen zowel afzonderlijk als in combinatie worden toegepast.

Een spondylodese kan gebeuren via de rug (fig.1) en dan spreekt men afhankelijk van de gebruikte techniek van **PLIF (Posterior Lumbar Interbody Fusion)** of **TLIF (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion)**. In sommige gevallen wordt er via de buik geopereerd (fig. 2) en dan spreekt men van **ALIF (Anterior Lumbar Interbody Fusion)**.

Risico's

In grote lijnen zijn de risico's dezelfde als die van iedere rugoperatie: bloeding, infectie en aangezien bedrukte en gekwetste zenuwbanen behandeld worden, zenuwbeschadiging.
Tot een ingreep wordt slechts besloten als de toestand door de patiënt zelf als onhoudbaar beschreven wordt of als het risico van niet opereren die van de operatieve ingreep overtreft. Door de ervaring en expertise van de chirurgen is deze ingreep zeer gestandardiseerd en dus veilig met weinig risico op complicaties.

Revalidatie

Deze duurt minimum drie maanden terwijl de hospitalisatie zelf maar vijf tot zeven dagen duurt.

Resultaten

Bij het beoordelen van het resultaat zijn twee gezichtspunten mogelijk, dat van de chirurg en dat van de patiënt. Er kan met andere woorden een uitstekend technisch resultaat zijn terwijl de patiënt toch niet tevreden is. Het blijft moeilijk om het resultaat voor een bepaalde patiënt te voorspellen. Het is dus belangrijk om een zo goed mogelijke patiëntenselectie te doen.
In de literatuur wordt vaak het al of niet bereiken van een volledige beenderige overbrugging als criterium gebruikt. Het is evenwel moeilijk om dit vast te stellen en er is ook geen goede correlatie met de patiëntentevredenheid.

We kunnen stellen dat bij meer dan 75% van onze patiënten er een duidelijke verbetering (bv. behoud van zenuwfunctie, pijnvermindering, stabilisering van de wervelzuil, correctie van vervorming) van de klachten is.
Van het allergrootste belang in het uiteindelijke resultaat is de zekerheid in de diagnostiek, de expertise van de chirurg, de betrouwbaarheid van de patiënt, de postoperatieve verpleegkundige zorg en laatst doch niet in het minst het verwachtingspatroon van de patiënt.

Dr. Benoit Zachée
Orthopedie - Care to move

Voor meer informatie: www.caretomove.be.

“Is het al tien uur?” vraagt Maarten terwijl hij stiekem door de kier in de deur gluurt. “Ik zie niemand meer in de gang lopen.”
“Sjjjjt,” zegt Wout. “Kom terug naar bed en wacht nog even. Straks hoort ze ons nog.”
Maarten duwt zijn baxter voor zich uit en klautert via het trapje terug in zijn bed.
“Toen ik daarnet aan verpleegster Sandra vroeg of ze de hele nacht zou blijven, zei ze dat verpleegster Annelies haar om 10 uur vervangt. Nog even geduld dus, maat,” zegt Wout. Hij tokkelt op de ijzeren stang van zijn bed.
“Zeg, Wout. Wat is de hoofdstad van Australië?"
“Maarten, liever niet nu. Ik wil me concentreren, zo vlak voor de operatie.”
“Sorry. Trouwens, heb je gecheckt of al het materiaal klaar ligt?”
“Vertrouw me, Maarten. Alles is in orde.”

Sandra komt binnen gewandeld. De jongens houden hun adem in. Ze schrijft iets neer op haar klembord en gaat terug naar buiten. Van zodra ze Sandra horen de deur van de verpleegsterkamer dichttrekken, durven de jongens opnieuw te praten.

“Maarten, ben je er klaar voor?”
“Ja, Wout. Kom, we gaan.”

Ze duwen hun baxters voor zich uit en samen lo-pen ze langs de muur naar de andere kant, weg van de verpleegsterkamer. Maarten twijfelt of ze er wel mee zullen doorgaan, maar Wout is zo vastberaden dat Maarten niet durft voor te stellen de diagnose van morgen af te wachten. Ze nemen de lift een paar verdiepingen lager, en stevenen af op de operatiekamer. Wout haalt de sleutel uit zijn pyjamazak. Nu Wout hier voor de zevende keer verblijft, is hij zowat de vriend van iedereen geworden. Ook van de sleutelbosman André. Hij mag meehelpen met karweitjes. Zo houdt hij de wacht wanneer André iets moet gaan vragen aan verpleegster Annelies. Met haar is Wout trouwens ook goed bevriend. Zij heeft ervoor gezorgd dat hij onlangs een sleutelbeenbreukoperatie mocht meemaken. En als er een arts bij hem langskomt om te vragen of Wout tevreden is over de verzorging die hij krijgt van de verpleegsters, dan zal hij nooit verklappen dat Annelies al eens durft in te dommelen, wanneer hij ondertussen naast haar zit en duiveloortjes en snorren op alle vrouwen in haar Flair tekent.

De jongens openen voorzichtig de deur van de operatiekamer waar de chirurg door middel van een priem het sleutelbeen weer op haar plaats heeft gekregen. Plechtig trekt Wout een van de groene jassen aan die aan de kapstok hangt en zet een wit hoedje op. Hij wijst Maarten naar de operatietafel.

“Nu moet je moedig zijn, Maarten. We hebben dit goed doorgepraat. Ik ga nu een operatie uitvoeren die je voor altijd zal genezen van je kanker. Maar dan moet je wel eerst je ogen toedoen.”

Maarten sluit zijn ogen. Wout legt een doek op zijn hoofd en frunnikt aan zijn lijf. Het doet helemaal geen pijn, maar ook dat is normaal want Maarten weet dat Wout hem eerst verdoofd heeft. Hij weet niet hoelang hij daar al ligt, maar opeens knijpt Wout hem hard in zijn arm en gebiedt hem op te staan. “Beste Maarten,” zegt Wout plechtig en hij wrijft tevreden in zijn handen. “De operatie kunnen we geslaagd noemen.” Hij geeft Maarten een klopje op de schouder en herinnert hem aan de vele succesoperaties die hij al heeft uitgevoerd in dit ziekenhuis. “Als je onder mijn handen komt, beste vriend, dan mag je van geluk spreken. Ik zuig dit niet zomaar uit mijn duim. Vraag het maar aan je vele voorgangers. Maar kom, nu moeten we snel weg, want je weet maar nooit dat Annelies te veel koffie gedronken heeft. En trouwens, jij moet dringend rusten nu.”

Wout trekt de jas uit, hangt die netjes terug aan de haak en behoedzaam verlaten de jongens de operatiekamer. Wout ziet erop toe dat de kamer opnieuw wordt afgesloten en samen met hun baxters sluipen de jongens opnieuw naar hun kamer. Ze vallen bijna onmiddellijk in slaap.

De volgende ochtend schrikken de jongens wakker als de ouders van Maarten en de arts de kamer binnenkomen. “Maarten,” zegt de arts. “Ik heb een leuk gesprek gehad met jouw ouders en we zijn overeen geko-men dat je vandaag opnieuw naar huis mag. De medicatie lijkt heel goed te werken. We zijn heel tevreden.” De arts roept de verpleegster en vraagt haar de baxter los te maken. Zijn ouders rapen ondertussen zijn spullen bij elkaar en halen grapjes uit om hem nog blijer te maken. Maarten fluistert iets in het oor van zijn moeder en zij knikt dat het goed is. Hij neemt zijn atlas, het boek waarin Maarten en Wout elke avond keken om hun grote wereldreis die ze later zouden maken te plannen en geeft het aan Wout. Hij belooft Wout dat hij snel iets van zich zal laten horen.

Nadat Maarten en zijn ouders de kamer hebben verlaten, neemt Wout zijn dagboek van onder zijn hoofdkussen en schrijft erin: Maarten Toussaint - 10 jaar - patiënt 7 - ook gered.

Saskia De Coster

Infusie sprak met...

Dr. Jo De Schepper

Clubarts van SK Beveren en orthopedist AZ Nikolaas

Hoe bent u bij SK Beveren terecht gekomen? Ik ben op een bepaald ogenblik gecontacteerd door dokter P. Vercruyssen, huisarts in Haasdonk. Hij was toen de medische verantwoordelijke en als enige arts verbonden aan de club. Ik was toen nog assistent in opleiding. Hij vroeg mij of ik niet geïnteresseerd was om af en toe een wedstrijd op de bank plaats te nemen om op deze manier zijn activiteit wat te verlichten. Ik heb dat seizoen een aantal wedstrijden meegevolgd. Vermits ik nog in opleiding was, was het in feite meer inspringen dan echt actief betrokken zijn. Dat was in 2001. Het was een rampseizoen waarin de club slechts veertien punten haalde. Uiteindelijk is SK Beveren toch in eerste klasse gebleven omdat het toenmalige RWDM, het huidige Brussels, failliet verklaard werd en naar tweede klasse moest degraderen. Het was in feite dus geen leuk begin.

Hebt u een specifieke opleiding als sportarts gevolgd of bent u gevraagd omwille van uw expertise als orthopedisch chirurg? Naast mijn gewone opleiding als orthopedisch chirurg heb ik tijdens mijn assistentschap ook de lessen sportgeneeskunde gevolgd waardoor ik ook houder ben van dit certificaat. De meerwaarde voor collega Vercruyssen was uiteraard mijn orthopedische scholing waardoor we andere accenten konden leggen en elkaar aanvullen.

Zijn uw collega's clubartsen overwegend orthopedisten? Neen, en dat hoeft ook niet. Er bestaat eigenlijk een beetje een misverstand. Bij een clubarts denkt men altijd direct aan letsels zoals breuken of verstuikingen, maar spelers hebben in hun begeleiding en opvolging veeleer nood aan iemand met een algemenere vorming. Eigenlijk hoort de eerste opvang te gebeuren door huisartsen, uiteraard met specifieke interesse of certificaat sportgeneeskunde omdat zij het globale beeld beter beheersen.

In de media lees je af en toe dat bepaalde clubs streven naar een zo professioneel mogelijke structuur en omkadering ook wat betreft hun medische staf. Zo is er onlangs nog een reorganisatie gebeurd bij Anderlecht. Zou het niet beter zijn om fulltime aan een club verbonden te zijn? Globaal genomen hinken de Belgische clubs hier wat achterop. Hier is het vaak zo dat men rekent op de goodwill. Men gaat er van uit dat je supporter bent en het om die reden wel tof vindt om voor de club te werken. Puur professioneel gezien zou het inderdaad beter zijn dat clubartsen meer betrokken zijn. Nu is het vaak een nevenactiviteit wat kan aanleiding geven tot tijdsgebrek. Het hangt uiteraard ook van club tot club af. Je kan een tweedeklasser moeilijk vergelijken met een topclub. Ik ken de clubarts van AZ, de huidige Nederlandse kampioen. Dat is een fysische geneesheer die vier dagen per week in de club aanwezig is. Dat is die man zijn hoofdactiviteit.

Zijn er contacten tussen de verschillende clubartsen? Er bestaat zelfs een specifieke organisatie, een soort wetenschappelijk orgaan dat minstens één maal per jaar samenkomt, meestal een weekendactiviteit met verschillende gerenommeerde sprekers. Bovendien is het een kleine wereld. Je ziet veel mensen regelmatig terug.

Wie maakt er deel uit van de medische staf van SK Beveren? Actueel zijn er drie huisartsen binnen de club actief: dokter P. Vercruyssen, dokter A. Cleys uit Melsele - het huidige hoofd van de medisch staf - en dokter De Beer uit Beveren. Ikzelf sta er naast als consulent voor de orthopedische problematiek. Er is ook een quasi fulltime kinesist en nog een tweede kinesist die af en toe invalt.

Bent u tevreden over de werking van de medische staf? Ik ben zeker tevreden. Ik hou mij voornamelijk bezig met de orthopedische problematiek. De collega's volgen de andere zaken op: conditie, vetpercentage, testen, bloedafnames enz... Met een goede communicatie kunnen we elkaar perfect aanvullen. Ik probeer ook rond preventie te werken, maar dat is natuurlijk afhankelijk van de visie van onze nieuwe trainer. Is het mogelijk om niet specifiek wedstrijdgerichte training in te passen in zijn schema? Dat is afwachten.

Hoeveel tijd van uw medische activiteit besteedt u aan het werk als clubarts? Er is een periode geweest, toen ik nog mee de permanentie tijdens de wedstrijden verzorgde, dat het veel intenser was. Nu is het nog maar 5 à 10%. Dat komt in feite omdat er zo'n goede opvang en begeleiding is door mijn collega's en ik vooral gecontacteerd wordt in functie van een specifiek probleem. Ik volg de wedstrijden wel mee maar het zijn toch voornamelijk de huisartsen die op de bank zitten.

Is deze functie vlot combineerbaar met de rest van uw werk? Het is niet altijd makkelijk. Uiteindelijk ligt bij mij de focus op onze groepspraktijk en wordt je er zodanig door opgeslorpt dat het vrij belastend is om in de weekends steeds op de club aanwezig te zijn. In feite is het een deel van mijn vrije tijd en komt het erop aan een goed evenwicht te vinden tussen andere activiteiten en mijn gezin. Om die reden heb ik ook bewust een stap teruggezet.

Als orthopedisch chirurg hebt u voornamelijk te maken met blessures. Welke letsels ziet u zoal? Het gaat hoofdzakelijk om spierletsels, contracturen, elongaties en af en toe een echte

spierscheur. Trauma's die het gevolg zijn van een slecht contact zijn minder frequent. Af en toe is er toch eens een fractuur of een ruptuur van een achillespees. Het meest ernstige letsel dat ik ooit zag tijdens een wedstrijd was een fractuurluxatie van een enkel. De meeste letsels zijn evenwel te wijten aan overbelasting.

Onlangs kreeg een speler tijdens een wedstrijd een hartstilstand. Hoe reageer je daarop? Een dergelijke situatie leidt onvermijdelijk tot een paniekreactie. Het komt er vooral op aan om rustig te blijven en de 'basic principles' te volgen. Het Rode Kruis is ook aanwezig tijdens wedstrijden, maar in feite blijven de regels hetzelfde of het nu op straat is of op een voetbalveld.

Wordt er aan specifieke preventie gedaan om blessures te voorkomen? Er gebeuren een aantal testen. De waarden ervan worden opgevolgd en meegedeeld aan de spelers. Het budget dat een club hieraan wenst te spenderen speelt uiteraard een rol. Vroeger was er een physical coach die o.a. lenigheidtesten deed en specifieke krachttrainingen verzorgde. We konden de spelers naar het UZ Leuven campus Pellenberg sturen voor cybextesten om na te gaan of er verschillen waren in balans tussen de verschillende spiergroepen. Er zijn ook de klassieke bloedanalyses op geregelde tijdstippen in het seizoen. Denk maar aan lactaat, Fe, Hb en dergelijke. Je moet er als arts voor zorgen dat de basisconditie optimaal is. Als de spelers met een zekere vermoeidheid aan het trainen zijn, riskeer je overbelastingsletsels.

Is er overleg tussen de medische en de technische staf bijvoorbeeld over training en voeding? Wat trainingsmethoden betreft hangt veel af van de trainer. De ene trainer staat daar meer voor open dan de andere. Er wordt wel op regelmatige basis aan tafel gezeten waarbij de spelers worden besproken. Als wij een probleem vaststellen willen wij dat aankaarten en omgekeerd als een speler minder goed presteert zullen zij vragen of er een medische oorzaak kan zijn. De meeste vragen komen echter omtrent het al dan niet beschikbaar zijn van een speler.

Bij een transfer is er ook steeds een medische keuring. Wat houdt dat in? Vanuit orthopedische hoek zal ik onder andere kijken naar vroegere blessures en de frequentie ervan en naar eventuele vroegere operaties zoals bijvoorbeeld een voorste kruisbandreconstructie, maar ook lenigheid, spieromtrek, onevenwicht en statiek worden getest. In geval van een bewe-

gingsbeperking kan het nuttig zijn om bijkomende beeldvorming uit te voeren. In geval van twijfel over geschiktheid of ernstig medisch risico bijvoorbeeld bij belangrijk kraakbeenlijden, geven wij een signaal maar uiteindelijk beslist het bestuur om een speler al dan niet aan te kopen. Daarnaast zijn er natuurlijk nog een hele reeks algemene medische aandachtspunten, wordt het gebit gecontroleerd, de vaccinatiestatus bekeken, eventueel tropische ziekten bij de buitenlandse spelers opgespoord enz. Dit is vooral het werk van de huisartsen binnen het team.

Wat doe je wanneer een speler gekwetst is, maar hijzelf of de trainer vraagt om toch te spelen tijdens een belangrijke match? Ik ben nog nooit echt onder druk gezet. Er zijn wel momenten in het seizoen dat je voelt dat men verwacht dat bepaalde spelers aan de aftrap van bepaalde wedstrijden staan. Je moet dat bekijken in functie van het letsel. Uiteindelijk ben je wel clubarts maar je bent in eerste instantie arts. De club heeft geen voorrang op de speler. In die omstandigheden ben je zijn advocaat. Als de speler het zelf vraagt is het belangrijk om de risico's goed uit te leggen. Wat is het risico op blijvende schade? Het is die afweging die je moet maken.

Bewegen en recreatieve sportbeoefening is gezond, wat niet altijd kan gezegd worden van topsport. Hoe zou u reageren als één van uw kinderen een sportcarrière zou ambiëren? Professionele sportbeoefening is erop gericht om een inkomen te genereren. Het is belangrijk om hard te trainen om zo goede prestaties te leveren en is dus per definitie niet echt gezond. Er zal een overbelasting zijn o.a. van de gewrichten. Je weet dat bepaalde gewrichten, afhankelijk van de sporttak, onder excessieve druk gaan staan wat aanleiding zal geven tot slijtage. Wil dat daarom zeggen dat topsporters altijd met zware letsels uit hun sport gaan komen? Wanneer de interesse en het kunnen effectief bij je kind aanwezig is, en dan spreken we over een écht talent, dan denk ik dat je dat niet mag tegenhouden. Wel is het belangrijk dat tijdens de kinderjaren niet continu aan presteren moet worden gedacht. Het preventief trainen is hier zeker even cruciaal. Ik denk wel dat je er voor moet zorgen dat er ook nog iets is naast of na de sport want een sportcarrière is dikwijls kort. Maar ook daar zie je dat iemand die het maakt in een bepaalde sporttak ook na zijn carrière iets kan uitbouwen, bijvoorbeeld als trainer. Het stopt niet noodzakelijk na de actieve sportcarrière. Er zijn nog vele andere functies waarin een weg gemaakt kan worden.

Jaren geleden bestond er in de voormalige Stadskliniek, het SMAK (Sport Medisch Advies Centrum) een initiatief van dokter Delport en dokter Thiels. Dit project is een stille dood gestorven. Is er in het AZ Nikolaas geen nood aan een goed uitgebouwd multidisciplinair sportmedisch centrum? Ik denk dat dit zeker zijn waarde zou hebben. Ik weet dat dokter Bart Eeckhaut (fysische geneeskunde) bij AA Gent betrokken is geweest. Er zijn dus zeker en vast mogelijkheden. Bij de uitbouw van het ziekenhuis moet er zeker aan dergelijke multidisciplinaire projecten gedacht worden maar dat vraagt betrokkenheid van heel wat disciplines, niet alleen locomotorisch maar o.a. ook van de cardiologen. Op dit moment is dit geen prioriteit, ook niet voor onze groep. Maar wat niet is kan nog komen.

Ter gelegenheid van het volleybaltornooi van de Witte Molen organiseren jullie steeds een wetenschappelijk programma. Recent was er ook een symposium over sportgeneeskunde. Plannen jullie in de toekomst nog dergelijke initiatieven ? Als het tornooi dit jaar weer doorgaat, gaan we zeker en vast ons wetenschappelijk programma behouden. Dit is steeds een interessante en interactieve avond waar we toch heel wat kinesisten bereiken. We zijn recent zelf sportief geweest door de 'Antwerp 10 miles' te lopen voor het project 'To walk again'. In dit kader werd ook het sportmedisch symposium georganiseerd. In de euforie is er toen gezegd: 'volgend jaar doen we dat opnieuw'. Waarom niet? Misschien kan dit uitgroeien tot een jaarlijkse traditie en moeten we proberen meer mensen van AZ Nikolaas mee te krijgen. In het ziekenhuis willen wij een voortrekkersrol spelen. Sport en sportletsels blijven voor ons belangrijk.

Hebt u nog bepaalde toekomstplannen? Wat SK Beveren betreft? Het moet de bedoeling zijn, en dat is toch de droom van velen, om terug naar eerste klasse te promoveren en wij proberen daar als clubartsen op medisch vlak ons steentje toe bij te dragen.
Als groep orthopedisten in het ziekenhuis streven wij naar een verdere uitbouw van onze dienst. Wij hebben reeds inspanningen gedaan en blijven dat doen om te groeien en ons te profileren, niet alleen in het ziekenhuis maar ook in de regio en als opleidingscentrum ook internationaal.

Mist u bepaalde zaken in het ziekenhuis bv. qua samenwerking met andere disciplines? Hebt u daar bepaalde verwachtingen? Alles kan beter. Waar we ons zeker moeten op voorbereiden zowel als ziekenhuis als wat betreft onze eigen discipline is op de 'boom' die er gaat komen op het vlak van wat wij noemen 'orthogeriatrie'. Dat ligt ver weg van de sport en het woord alleen al is al multidisciplinair. Het is uiteraard geen nieuws dat we allen ouder worden. We zien vandaag al meer en meer tachtig- en negentigjarigen in het ziekenhuis. Orthopedisch stellen zij ons voor technisch vaak moeilijke letsels (fracturen rond prothesen, moeilijke fixatie van fracturen door de slechte botkwaliteit, slechte algemene toestand enz.). Er zijn ook meer en meer mensen met prothesen. De voorspelling is dat het aantal prothesen nog zal verdrie- tot vervijfvoudigen. We zullen sowieso multidisciplinair moeten werken om dit allemaal te kunnen bolwerken. Er zal moeten gestreefd worden naar optimalisatie niet alleen wat betreft operatietechniek maar ook naar efficiënt gebruik van de opnametijd, revalidatieprocessen en pijnbestrijding. Er is zeker nog veel werk aan de winkel.

Dr. Leo Verguts

Samenwerkingsengagement opname- en ontslagtraject

AZ Nikolaas, de thuiszorgorganisaties en de woon- en zorgcentra hebben samen initiatief genomen tot het uitbouwen van een samenwerkingsengagement. Dit samenwerkingsengagement vormt de basis van een multidisciplinaire patiëntenbenadering, over de grenzen van het ziekenhuis heen, in nauwe samenwerking met de thuiszorg en de woon- en zorgcentra in het Waasland en omstreken. Uiteraard wordt hierbij de keuzevrijheid van de patiënt gerespecteerd: dit zowel voor het intra- als extramurale zorgaanbod.

Sinds enkele jaren is er in het kader van het project "Ontslagmanagement in de algemene ziekenhuizen" in het Waasland een trimestrieel overlegplatform ontstaan tussen de actoren uit de thuiszorg, de woon- en zorgcentra en het AZ Nikolaas. Aangezien het thuiszorglandschap enorm verscheiden is, wordt hierin gestreefd naar een brede vertegenwoordiging vanuit de eerste lijn: huisartsen, verschillende thuiszorgorganisaties, mutualiteiten en zelfstandige paramedici. De woon- en zorgcentra worden vertegenwoordigd door de sociale diensten en/of opnameverantwoordelijken, en éénmaal per jaar vindt er een overleg plaats met de directies van het ziekenhuis en de woon- en zorgcentra. Het is binnen deze overlegplatforms dat het samenwerkingsengagement vorm heeft gekregen.

Van bij de opstart is er een nauwe samenwerking met de vzw OVOSIT (Oost-Vlaams Overleg Samenwerkingsinitiatieven Inzake Thuisverzorging). In 2004 startte daar het Oost-Vlaams Project Opname- en ontslagtraject, gerealiseerd met financiële steun van het Oost-Vlaams Provinciebestuur. De opzet van het project was een gestructureerde communicatie te ontwikkelen tussen de ziekenhuis- en de thuiszorgsector teneinde naadloze zorg te bevorderen. Doorheen dit project werd een heel proces doorlopen met als resultaat een voorstel tot samenwerkingsconvenant, waar zowel de thuiszorgsector als de ziekenhuissector aan meewerkten. Via dit voorstel tot samenwerkingsconvenant geven beide sectoren de wens aan de communicatie en verloop binnen een opname- en ontslagtraject actief te optimaliseren, wat uiting krijgt in het aangaan van engagementen.

Eind 2007 werd het project afgesloten op provinciaal niveau en in handen gelegd van de lokale/regionale werkingen, m.a.w. de lokale SIT's en de platformen, met als bedoeling het 'Voorstel tot samenwerkingsconvenant Opname- en Ontslagtraject' aan te passen en aan te vullen met specifieke en locoregionale accenten. In navolging van dit initiatief en met ondersteuning van OVOSIT werd ook een samenwerkingsconvenant tussen het ziekenhuis en de woon- en zorgcentra uitgetekend en besproken. Een belangrijke stap in de verdere ontwikkeling van het voorgestelde document was voor het AZ Nikolaas de dialoog en het overleg met heel wat betrokken partijen binnen het ziekenhuis: ontslagmanagers, medisch directeur, hoofdverpleegkundigen, directie, sociale dienst en juridische dienst en daarnaast overleg met de externe partners; de woon- en zorgcentra en de thuiszorg. Alle bemerkingen, van zowel ziekenhuis, thuiszorg als woon- en zorgcentra, werden samengevoegd en in samenwerking met vzw OVOSIT, herwerkt tot een nieuw document, dat nu van een voorstel tot samenwerkingsconvenant geëvolueerd is naar een volwaardig samenwerkingsengagement. Er werd geopteerd voor de term 'samenwerkingsengagement' waarin de thuiszorg, de woon- en zorgcentra en het ziekenhuis de krijtlijnen van de tussen hen bestaande samenwerking wensen uit te tekenen. Het document bevat de praktische richtlijnen en doelstellingen die beide partijen, respectievelijk thuiszorg - AZ Nikolaas en woon- en zorgcentra - AZ Nikolaas, wensen te volgen en te realiseren in hun samenwerkingsengagement. De samenwerking wordt in deze engagementsverklaring gedefinieerd en vastgelegd, en vraagt een verhoogde responsabilisering van de beide partijen enerzijds en duidelijke afspraken met betrekking tot de domeinen en doeleinden die beide partijen gezamenlijk aanbelangen anderzijds.

Dit samenwerkingsengagement gebeurt vanuit de reële wederzijdse bekommernis om de begeleiding en de zorg aan de cliënt/patiënt/bewoner, zijn cliëntsysteem en de hulp- en zorgverleners zowel binnen de thuiszorg, de woon- en zorgcentra als binnen het algemeen ziekenhuis te optimaliseren in functie van de continuïteit. Via deze engagementsverklaring geven de betrokken sectoren de wens aan om de communicatie en het verloop binnen een opname- en ontslagtraject actief te optimaliseren en structureel in te plannen.

Het samenwerkingsengagement geeft een overzicht weer van engagementen en acties die alle betrokkenen bereid zijn op te nemen. Op beleidsniveau zullen binnen het ziekenhuis de nodige initiatieven genomen worden om de inhoud van dit samenwerkingsengagement te verwezenlijken, te implementeren en bekend te maken bij alle medewerkers. Ook zullen ziekenhuis, thuiszorg en woon- en zorgcentra jaarlijks samen een paar knelpunten uit het engagement lichten, die verder uitgediept zullen worden tijdens de Begeleidingscommissie Ontslagmanagement, het overlegplatform tussen thuiszorgdiensten, woon- en zorgcentra en het AZ Nikolaas. Jaarlijks zal vanuit de drie sectoren ook een evaluatie gehouden worden van de gemaakte afspraken in dit document. Op die manier wordt het samenwerkingsengagement een praktisch werkinstrument en geen dode letter met loze beloften.

Els Steeman
Zorgmanager geriatrische zorg

Sportsymposium

Naar aanleiding van het éénjarig bestaan van de groep orthopedie 'Care to move' (CTM) van AZ Nikolaas werd op 23 april 2009 een symposium georganiseerd rond het thema sportletsels. In dit artikel leest u het verslag van de uiteenzetting van dr. Claes met betrekking tot Shin splints en van prof. dr. Koen Peers met betrekking tot Achilles tendinopathie bij afstandslopers.

Shin splints

Dr. Toon Claes - Orthopedisch chirurg
AZ Sint Elisabeth - Herentals

Wat zijn Shin splints?

Shin splints of mediaal tibiaal stress syndroom (MTTS) is een veel voorkomende overbelastingsblessure van de binnenzijde van de tibia (shin). Volgens een publicatie van Yates in 2004 komt het syndroom vooral voor in het middenste mediale derde van het onderbeen. In een analyse van 291 elitelopers met pijnklachten werd in 56% een Achillespeesletsel, in 46% een patellapeesletsel en in 36% van de gevallen de diagnose van shin splints gesteld. Het komt vooral voor bij (beginnende) lopers, springers en recruten en frequenter bij vrouwen dan bij mannen.

Klachten

Het syndroom wordt gekenmerkt door een zeurende of stekende pijn aan de binnenzijde van de kuit ter hoogte van het scheenbeen. In het begin is de pijn alleen aanwezig na belasting en verdwijnt ze na rust. Na verloop van tijd duurt de pijn steeds langer en is steeds meer rust nodig voor ze helemaal verdwijnt. Uiteindelijk is de pijn steeds aanwezig. De pijn wordt vooral gevoeld als men de voet neerzet en afstoot. Soms ook als men hurkt, bij aanraking (bv. bij kruisen van de benen over elkaar) en als de tenen of voeten naar beneden gedrukt worden.

Etiologie

Overbelasting van de onderbeenspieren (m.soleus-m.tibialis posterior-m.flexor digitorum-m.tibialis anterior) kan aanleiding geven tot irriatie op het niveau van de aanhechtingsplaats aan de tibia en pijn veroorzaken.

Voorbeschikkende factoren:

- Trainingsopbouw: in een korte tijd te veel, te vaak en te snel lopen of springen. Men moet dus oppassen aan het begin van het seizoen of na een blessureperiode. De intensiteit van de sportinspanning moet rustig opgebouwd worden.
- Wandelen en lopen op een harde ondergrond in combinatie met slecht schokabsorberend en ondersteunend schoeisel.
- Een verkeerde looptechniek waarbij de voorvoet en niet de hiel eerst de grond raakt of te grote passen waardoor de voet de grond raakt als de knie nog gestrekt is.
- Onaangepaste schoenen die onvoldoende stabiliteit en schokdemping geven.
- Overpronatie. Bij overpronatie kantelt de voet waarbij de binnenrand doorzakt en de hiel onder een scheve hoek onder het onderbeen komt wat aanleiding geeft tot grotere belasting op de spieraanhechting.
- Uit verschillende studies van Yates, Wilder, Tweed en Wong bleek dat hyperpronatie waarschijnlijk de belangrijkste voorbeschikkende factor is. Er is echter geen evidentie dat antipronatiemaatregelen preventief of zelf therapeutisch zouden kunnen werken.
- Beenlengteverschil geeft een asymmetrische belasting van de onderbeenspieren.
- Statiekafwijkingen van de voeten zoals platvoeten.
- Overgewicht.

Pathogenese?

Is het een **tractieperiostitis**? Dit werd grondig onderzocht door verschillende auteurs. Er werden echter geen ontstekingscellen gevonden bij APD onderzoek. Er was geen verbetering met corticoïdinfiltraties en de heelkundige ingrepen hadden slechts matig resultaat.
Een andere mogelijke pathogenese is een **periostavulsie**. Dit werd weer door andere auteurs naar voor gebracht maar het APD resultaat gaf geen inflammatoir periostaal weefsel en er was nog steeds vetweefsel tussen periost en bot aanwezig.
De laatste mogelijke pathogenese is een **bot stress reactie**. Men vond een osteoclastische activiteit bij abnormale inspanning. De BMD was 25% gezakt in de pathologische zone.
Bij beeldvorming, vooral met MRI, vond men periostaal oedeem, mergaantasting en een corticale stress fractuur. Alle andere mogelijke beeldvorming, zoals echografie, rx, CT- en botscan, waren niet conclusief. De best mogelijke onderzoeksmethode is dus MRI. Het blijkt dat er veel asymptomatische pathologische bevindingen aanwezig zijn op MRI. De pathologische zones tonen echter de significante botletsels. MTSS is dus duidelijk een botprobleem.

Preventie

Door Craig werd onderzocht of er preventie mogelijk is. Schoenen, progressief trainingsschema, hielpad en stretching hebben geen effect. Een schokabsorberende steunzool is misschien het enige dat een mogelijk effect heeft.

Behandeling?

Er zijn slechts twee prospectieve studies gebeurd tot heden. Alleen rust schijnt zeer goed te zijn. Maar er is ook een nieuw soort van behandeling. Deze is echter niet zo nieuw. Het **pulserend elektromagnetisch veld** bestaat al lange tijd. Het werd reeds 20 à 30 jaar geleden gebruikt voor behandeling van vertraagde heling en pseudarthrose. Dr. Delport, diensthoofd van de dienst orthopedie AZ Nikolaas, heeft hierover een thesis

gemaakt en verschillende publicaties. Een prospective dubbel blind studie over deze pulserende elektromagnetische velden dubbel met stimulatie en rust, toonde een duidelijk verschil. Zes patiënten kregen een placebo en er was geen enkele verbetering. Bij vijf andere patiënten, die behandeld werden met het pulserend elektromagnetisch veld, waren er vier die volledig genazen en slechts één die niet verbeterde. Deze therapie, die vroeger veel gebruikt werd voor behandeling van pseudarthrose, heeft nu een nieuwe doelstelling gevonden.

Achilles tendinopathie bij afstandlopers

Prof. Dr. Koen Peers
Fysische geneeskunde, revalidatie & sportgeneeskunde
UZ Leuven

Achillespeesletsels komen zeer veel voor bij afstandlopers. Er is een duidelijke correlatie met voorafgaande letsels, ervaring, leeftijd en het opbouwschema. Khan deed onderzoek na analyse van chirurgische biopsies. Hij vond wel degelijk degeneratie van het collageen en een verhoogde neovascularisatie. We moeten een duidelijk onderscheid maken tussen drie termen, namelijk tendinose, tendinopathie en tendinitis.

- Tendinose is een degeneratie van de pees zonder klinische of histologische tekens van inflammatie.
- Tendinopathie is de klinische term die de verschillende klinische en histologische condities inhoudt.
- Tendinitis is eigenlijk niet duidelijk en bestaat waarschijnlijk niet.

De juiste klinische term is dus Achillespeestendinopathie.

Diagnose

In geval van pijn is een echografie een excellente onderzoeksmethode. Dit onderzoek kan een verdikte hypoechogene pees tonen met hypervascularisatie op doppler en eventuele (partiële) scheur. De klinische correlatie is eigenlijk vrij moeilijk. Het is mogelijk om preklinische letsels te ontdekken bij atleten. Met echografie kunnen we echter het effect van de therapie niet goed volgen, het geeft geen objectieve indicatie voor chirurgie, noch kan het de postoperatieve letsels analyseren.

Behandeling

Symptomatische behandeling

- Relatieve rust, fysiotherapie, cryotherapie en anti-inflammatoire middelen.
- Een Cortisone infiltratie wordt volledig afgeraden.
- Een correctie van de risicofactoren is interessant.
- Bij de intrinsieke factoren kunnen we werken op de spieren, zowel op lengte, kracht als balans.
- De biomechanica kan aangepast worden.

Referenties :
Treatment of
Non-union with PEMF.
Scientific Exhibit at AAOS 1983.-
Los Angeles. USA

The Effects of pulsed
electromagnetic fields on
metabolism in rat skin.
P. Delport, W. Sansen and
W. De Loecker.
Journal of Electroanalytical
Chemistry, Bioelectrochemistry
and Bioenergetics,
14 (1985) 9398 Vol 192 (1985).

Dr. Hendrik Delport

Orthopedie - Care to move

- De mobiliteit van de gewrichten.
- Het gewicht van de patiënt is van belang alsook de genetica.
- De bloedgroep, HLA-types en ook het geslacht en de leeftijd.
- Bij de extrinsieke factoren zijn vooral training (intensiteit en techniek) en schoeisel van belang.
- Bepaalde medicatie zoals Quinolones en costeroiden kunnen gevaarlijk zijn alsook het innemen van drugs zoals cannabis.
- Verder is het belangrijk excessieve pronatie te voorkomen.
- De zwakte van de kuitspieren en slechte flexibiliteit zoals bv. bij een verkorte gastrocnemius speelt ook een rol.
- Ook een beperkte dorsiflexie in subtalaire mobiliteit zijn belangrijk.
- Ook de neuromusculaire controle kan een grote invloed uitoefenen.

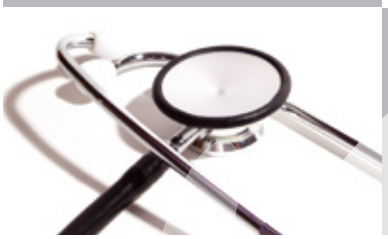
Causale behandeling

De causale behandeling bestaat in excentrische training door middel van oefeningen. Hierover is veel gepubliceerd vooral door Alfredson. Sportactiviteit mag tijdens de behandeling met excentrische training verder gezet worden. De principes van de behandeling zijn de volgende:

- Zo snel mogelijk maximale belasting.
- Excentrische oefeningen zijn beter dan concentrische.
- Er moet dagelijks geoefend worden met een minimumperiode van 12 weken.
- De pijn tijdens de oefeningen is toegelaten maar de dag nadien pijn is geen goed teken.
- Er moeten 3 sets gedaan worden van 10 tot 15 herhalingen.
- Men moet de herhalingen opvoeren als ook het gewicht.

Behandeling ten gevolge van therapieresistentie

Mogelijke therapieën zijn: ESWT (shockwave), autologe injecties met bloedplaatjes door middel van het GPS toestel en een brace type Aircast. Ook zijn er multiple operatietechnieken beschreven met wisselend succes. Toekomstige behandeling bestaat mogelijks in het scleroseren van de nieuw gevormde bloedvaten met Polidocanol onder echografische geleiding. Dit is echter nog in een experimentele fase.



NIEUWE GEZICHTEN

Dr. Filip Van den Bosch - Reumatologie & Revalidatie

Sinds 1 juli 2009 is dokter **Filip Van den Bosch** (° Sint-Niklaas, 1966) actief als **reumatoloog** in het AZ Nikolaas.

Dr. Van den Bosch studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent, waarna hij zich specialiseerde in de reumatologie in het UZ Gent (1996), alwaar hij tot op heden part-time actief blijft als **hoofdonderzoeker** van de **klinisch-wetenschappelijke studies naar nieuwe behandelingsmodaliteiten in de reumatologie**.

In 2003 verdedigde hij met succes een doctoraat in de Medische Wetenschappen waarin de eerste resultaten van **anti-TNF therapie** bij patiënten met spondyloartritiden beschreven worden. Zijn interesse gaat dan ook specifiek uit naar inflammatoire gewrichtsaandoeningen zoals **reumatoïde artritis, spondylitis ankylosans** en **psoriasis artritis**.

Dr. Van den Bosch vervoegt dr. Annick Debuysscher, dr. Bart Eeckhaut en dr. An Hofman van de dienst fysische geneeskunde - revalidatie als revalidatiearts.

Statische en dynamische ganganalyse

In het kader van diagnosestelling bij musculoskeletale aandoeningen van de onderste ledematen heeft ook de ganganalyse een plaats als technische investigatie en dynamische beeldvorming. Deze **ganganalyse** gebeurt reeds een tweetal jaar op de dienst fysische geneeskunde en revalidatie van het AZ Nikolaas.

De doelgroep voor ganganalyse is sterk uiteenlopend. Niet alleen personen met typische voet- of statiekafwijkingen (pes planovalgus, pes cavus, doorgezakt dwarsgewelf, hamertenen, hallux valgus, uitgesproken clavus, beenlengteverschil) komen in aanmerking maar ook patiënten met chronische tendinopathieën van de onderste ledematen (fasciitis plantaris, AP-tendinopathie, PP-tendinopathie), aspecifieke mechanische lagerugklachten, trochanteritis van de heup of Morton neurinoom ter hoogte de voet zijn geschikte kandidaten voor een biomechanische ganganalyse. Ook preventief kan een ganganalyse zinvol zijn. Denken we maar aan de 'start to run' programma's.

Vroeger werd enkel gebruik gemaakt van een statische voetafdruk. Klassiek werd in een piepschuimdoos de voetafdruk genomen. De volgende stap was een blauwafdruk waarbij punten van overdruk gedetecteerd werden. Momenteel wordt zowel een statische als dynamische afdruk genomen. Hierbij gebruiken we de **RS Footscan**, een apparaat waarmee het **looppatroon** digitaal kan geanalyseerd worden. Een drukmeetplatform met een groot aantal ingebouwde sensoren maakt het mogelijk om een objectief beeld te vormen van de drukbelasting van de voeten. De patiënt dient op een computerplaat met sensoren te staan waarbij door middel van kleurschakeringen de drukverdeling in kaart wordt gebracht.

Nadien stapt de patiënt over diezelfde plaat met als doelstelling het **afrolpatroon** te evalueren. De verkregen data worden omgezet in bewegende beelden, gemiddelden en grafieken. Een supinatie-, pronatie- of hyperpronatiepatroon kan hiermee waargenomen worden. Ook overdruk door hallux valgus, hallux rigidus, klauwtenen en hard hielcontact kan opgemerkt worden.

De ganganalyse vormt een aanvulling op het biomechanisch onderzoek. Concreet wordt door de podologe de range of motion van de verschillende voetgewrichten, de hoekmeting en de fatpad atrofie nagekeken. Nadien wordt de ganganalyse uitgevoerd. Tenslotte worden de klinische bevindingen gecorreleerd aan de computergestuurde ganganalyse. In overleg tussen fysisch geneesheer en podologe wordt beslist of steunzooltherapie al dan niet zinvol is. Indien nodig kan een aangepaste steunzool of aanpassingen aan een bestaande steunzool aangemeten worden. Bij het starten van steunzooltherapie wordt na zes weken een controle bij de podologe voorzien ter evaluatie van de steunzolen en worden indien nodig de laatste aanpassingen uitgevoerd.

Praktisch gebeuren de loopanalyses op vrijdagnamiddag tussen 13.00 en 17.30 uur. De consultatie met ganganalyse duurt 30 minuten. Idealiter wordt de patiënt met statiekafwijkingen of ter preventie van klachten rechtstreeks doorverwezen naar de ganganalyse door de huisarts of specialist. Bij hevige pijnklachten waarbij andere therapieën (kine, infiltraties, ESWT) eventueel noodzakelijk zijn of ter oppuntstelling van diagnose is een voorafgaande consultatie aangewezen. De patiënt zal, indien aangewezen, nadien door het centrum doorverwezen worden voor een ganganalyse.

Dr. Annick Debuysscher
Dr. Bart Eeckhaut
Dr. An Hofman

Fysische geneeskunde en revalidatie

Een telefonische afspraak voor ganganalyse kan gemaakt worden op het secretariaat van Fysische geneeskunde en revalidatie: 03 760 22 44.

Heupartroscopie:

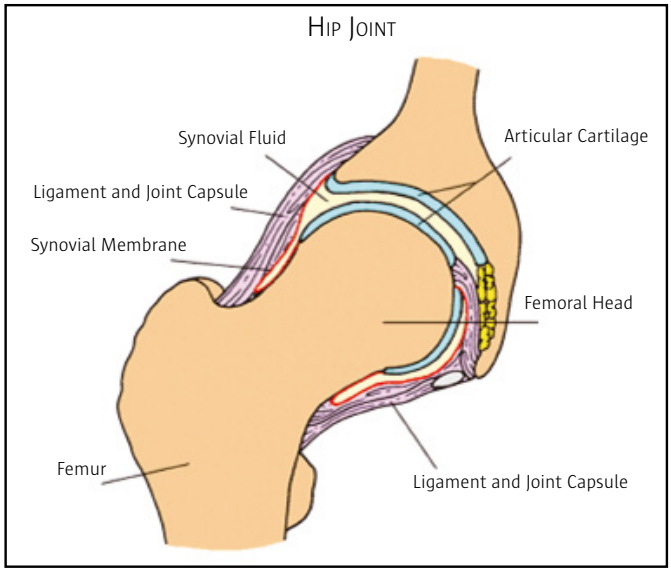
stand van zaken

De kijkoperatie heeft de laatste decennia een revolutie teweeg gebracht in de orthopedische chirurgie. Ter hoogte van knie en schouder is de artroscopie een onmisbare tool geworden in de behandeling van zelfs heel complexe problemen. Als laatste gewricht is de heup de nieuwe uitdaging geworden voor de artroscopist.

Hoewel reeds beschreven door Burman in 1931, is het pas op het einde van de vorige eeuw dat er een interesse is gegroeid voor de heupartroscopie. Mensen als Byrd, Philippon, Villar en Dienst zijn pioniers geweest in het op punt stellen van techniek en indicaties voor de huidige "state of the art" heupartroscopie. Toen we in 2003 startten met deze ingreep in het toenmalige AZ Waasland, waren we bij de eersten in de Benelux om deze techniek aan te bieden.

Techniek

Door middel van twee of drie portals (minuscule huidincisies) kan de heup worden benaderd en geïnspecteerd. Er wordt een onderscheid gemaakt in een perifeer- en een centraal compartiment. Het centraal compartiment omvat het articulerend gedeelte tussen heupkop en acetabulum, bedekt is door kraakbeen en wordt begrensd door het labrum. Aangezien het kapsel van de heup distaal op de femurhals aangrijpt is er nog een ruimte buiten het articulerend gedeelte. Deze ruimte wordt beschreven als het perifeer compartiment en bestaat in hoofdzaak uit de femurhals. Pathologie in het ene compartiment kan aanleiding geven tot letsels in het andere. Het centraal compartiment kan enkel worden benaderd door de heup te distraheren. De patiënt moet dan ook op een tractietafel worden geïnstalleerd. Er is een hele installatie nodig om deze ingreep correct te kunnen uitvoeren. Verder is er op het vlak van instrumentarium een hele zoektocht en evolutie geweest. De huidige instrumenten (70° scoop, flexibele instrumenten, extra long blades, enz.) laten toe om de ingreep op een gestandaardiseerde manier uit te voeren.



Figuur 1: doorsnede van het heupgewricht

Pathologie

Een lange lijst van mogelijke aandoeningen die arthroscopisch kunnen worden behandeld werd reeds beschreven. Het zou ons te ver leiden om deze lijst volledig te overlopen. In de toekomst valt er nog een verdere aanvulling en schifting te verwachten. Enkele aandoeningen zijn wel interessant genoeg om te bespreken. Als symptomen hebben ze allen liespijn, sportgerelateerde klachten en (pseudo)bloccages gemeen.

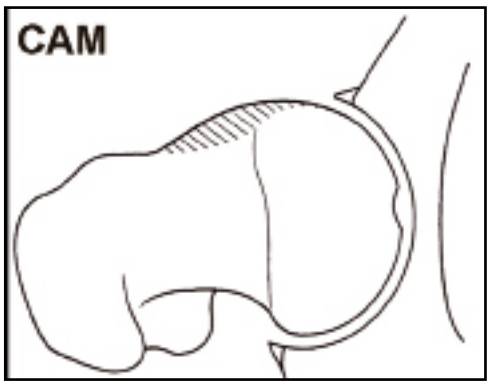
Loose bodies

Loose bodies (corpora libra of gewrichtsmuizen) komen zelden voor maar zijn wel een absolute indicatie voor een artroscopische benadering. Zij kunnen hun oorzaak vinden als gevolg van een trauma, degeneratieve veranderingen van het gewricht of synoviale chondromatose. Klassieke radiografie of arthro-CT kan de diagnose bevestigen. Het succespercentage van deze ingreep is vrijwel 100%. Tot op heden behandelden wij 16 patiënten. Allen waren vrij van symptomen nadien.

Femoro-acetabulair Impingement

Deze term, afgekort als FAI, werd gelanceerd door R. Ganz, een Zwitsers orthopedisch chirurg. Het principe gaat uit van het feit dat er een dynamische reden is waarom heupen onderhevig zijn aan slijtage. Aangezien de heup een kogelgewricht is, gaan we er van uit dat de sferische vorm toelaat dat het been in alle richtingen kan worden bewogen. Bij een heel aantal mensen is de morfologie van de heupkop geen ideale sfeer en is er zelfs sprake van "knobbelvorming" of bump ter hoogte van de overgang met de femurhals (figuur 2). Deze knobbel zal bij diepe flexie, endorotatie en adductie in conflict treden met de rand van het acetabulum en door de wrijving labrumletsels en kraakbeenletsels acetabulair creëren. Dit zal progressief tot arthrose leiden als er geen behandeling wordt uitgevoerd. Het probleem is dat deze letsels reeds bij een zeer jonge leeftijdsgroep optreden (gemiddeld tussen 20 en 35 jaar). Standaard radiografie bestaande uit face opname en profiel (Dunn view of cross table lateral) en arthro-NMR kunnen de letsels in beeld brengen. De behandeling bestaat uit het debrideren van de letsels, eventueel fixeren van het labrum, maar vooral uit het herstellen van de sfericiteit van de heup. Dit gebeurt door het wegshaven van de bump tijdens de ingreep.

Het resultaat van deze ingreep wordt in grote mate bepaald door de ernst van de kraakbeenschade die reeds is opgetreden[1]. Onze persoonlijke ervaring in meer dan 250 gevallen bevestigt de conclusie van deze studie. Liesklachten bij sporten-



Figuur 2: bumpvorming aan de overgang tussen heupknop en femurhals (CAM-impingement genaamd).

de jonge mensen moet dan ook snel doen denken aan echte heuppathologie.

Psoas impingement

Irritatie van de musculus ileopsoas is een weke delen problematiek die zich soms manifesteert na het plaatsen van een heupprothese (klassieke THP zowel als een Resurfacing). Het is als het ware een frictiesyndroom dat helaas conservatief niet goed te behandelen valt. Patiënten manifesteren zich met pijn in de lies bij elevatie van het geopereerde been niettegenstaande zij verder een normale functie van de heup hebben. De behandeling bestaat uit een tendineuze release van de psoas, hetgeen ook artroscopisch kan worden uitgevoerd. Onze ervaring in 15 van dergelijke gevallen toont een verdwijning van de klachten bij 14 patiënten. Dit zijn uiteraard slechts 3 duidelijke indicaties van een heel lange lijst aandoeningen die artroscopisch kunnen worden benaderd.

Contra-indicaties en complicaties

Heupartroscopie is niet aangewezen bij mensen die zwaar obees zijn, bij patiënten waarbij de heup niet op een veilige manier kan worden gedistraheerd en bij acetabulum fracturen. Complicaties zijn hoofdzakelijk gerelateerd aan langdurige tractie tijdens de ingreep. Nervus pudendus neuropraxie wordt het vaakst beschreven maar dit letsel recupereert steeds. Alle complicaties samen genomen komen ze voor in 1,4% van de gevallen[(2).]

Conclusie

De huidige stand van zaken laat toe om een heupartroscopie op een gestandaardiseerde en veilige manier uit te voeren. Een verdere evolutie van deze techniek en verfijning van de indicatiestelling is te verwachten. Als referentiecentrum voor deze techniek zullen wij deze evolutie van dichtbij volgen en kritisch benaderen zodat ook voor de jongere patiënt heupproblemen optimaal behandeld kunnen worden.

Referenties:

[(1)] J Bone Joint Surg Br. 2009 Jan;91(1):16-23, Outcomes following hip arthroscopy for femoroacetabular impingement with associated chondrolabral dysfunction: minimum two-year follow-up. Phillipon M

[(2)] Clin Orthop Relat Res. 2003 Jan;(406):84-8, Hip arthroscopy: complications in 1054 cases. Clarke MT, Arora A, Villar RN.

Dr. Jo Deschepper

Orthopedie - Care to move

Opening nieuw oncologisch dagziekenhuis

Foto: Kristof Pieters

Op donderdag 30 juli 2009 nam het team van het oncologisch dagziekenhuis zijn intrek in de volledig nieuwe afdeling op de eerste verdieping van het W-blok campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat. Opnieuw een belangrijke stap gezet in de uitbouw van het oncologisch centrum van AZ Nikolaas.

Interieurarchitecten hielden bij de inrichting van de dienst rekening met de leefwereld van oncologische patiënten. Er werd een huiselijk en rustgevend concept uitgewerkt, waarbij een aantal sprekende tekstfragmenten in het interieur werden verwerkt. Momenteel beschikt het dagziekenhuis over een 25-tal posities, maar de mogelijkheid tot uitbreiding is voorzien.

Op dit moment zijn zowel de consultaties, het dagziekenhuis en de cleanroom (bereidingsruimte chemotherapie) op één locatie (campus Sint-Niklaas - L. De Meesterstraat) ondergebracht. In de toekomst zal de oncologische verblijfsafdeling (momenteel nog op site Moerlandstraat) nog verhuizen naar site L. De Meesterstraat en als laatste stap in dit proces volgt de ingebruikname van de dienst radiotherapie in 2011.

Lichtend Pad

Kinderen zijn in onze maatschappij het meest kwetsbaar. Zij hebben nood aan een leidende hand. In de eerst plaats wordt die aangereikt door de ouders. De Libanese filosoof Kahlil Gibran dichtte ooit dat ouders de bogen zijn waaruit kinderen als pijlen hun richting krijgen. Maar ook ouders hebben een houvast nodig en kijken om zich heen. De maatschappij – bij monde van de media – bestookt hen met vluchtige waardeoordelen en eigenzinnige visies, waaraan mensen zich vastklampen in de draaikolk van het bestaan.

Als het om vragen over gezondheid gaat, wendt men zich bij voorkeur tot de arts, als vertrouwenspersoon en gids in de doolhof van medische hoogstandjes en valkuilen. Ook de arts wordt overspoeld met informatie, die hij moeilijk kan ordenen. Na zeven jaren wetenschappelijke studie en praktische vaardigheidstraining voelt hij zich onzeker in de confrontatie met de patiënt. Eens werd geneeskunde aangeleerd onder het motto: 'See one, do one, teach one'. De stagemeester toonde éénmaal hoe je een voorlopige pacemaker plaatste, de volgende deed je eigenhandig en bij de derde gaf je zelfverzekerd uitleg aan stagiairs, hoe dergelijke procedure volgens de regels van de kunst verloopt. Ervaring groeide en er was de onvermijdelijke leercurve. En het besef van je grenzen.
Vandaag wordt deze opgebouwde ervaring in vraag gesteld en zoeken we heil in een digitale bibliotheek aan informatie, die maar een computertoets verwijderd is. We heten up-to-date te zijn.
Op www.guidelines.gov stuiten we op meer dan 2000 guidelines (praktijkrichtlijnen), die ons op weg helpen langs klinische paden en zorgtrajecten. Het sleutelwoord hierbij is evidence-based-medicine. Geneeskunde gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en niets dan bewijs. Het opzet is nobel en ingegeven door de wens om de gezondheidszorg efficiënter en performanter te maken. Dat men hierbij ook hoopt kosten te besparen is mooi meegenomen. Aan de hand van de guidelines worden klinische paden uitgetekend, waarbij men verwacht – naar analogie van éénvormige productieprocessen in de bedrijfswereld – een beter resultaat neer te zetten. In het utopische geval, waarbij alle informatie over een aandoening bekend is, kan een behandeling ook bepaald worden - via outsourcing - door een wakkere Indiër in een telefooncentrale in Bangalore, die aan de hand van een algoritme de medicatie voor een patiënt in ons ziekenhuis opstart (en voor een kleine meerprijs ook de opnameplanning regelt).

Maar, in tegenstelling tot de industrie, is variatie in de behandeling van de patiënt niet negatief. Patiënten reageren verschillend op behandelingen en zijn geen gestandaardiseerde producten. Een individuele aanpak, die rekening houdt met de wensen van de patiënt, primeert. De guidelines hebben onvermijdelijk tot toenemende medicalisering geleid. Het Griekse 'ken uzelf' heeft plaatsgemaakt voor het hedendaagse 'ken uw cholesterol'. Maar voorlopig zijn er weinig bewijzen, dat de klinische paden resulteren in een hogere levensverwachting, een betere patiënttevredenheid, een vermindering van technische onderzoeken of een verkorting van de ligduur.

Het uitgangspunt is dat guidelines betrouwbaar zijn, flexibel, helder en klinisch bruikbaar. Zij worden opgesteld door een panel van experts aan de hand van de beschikbare wetenschappelijke studies. Maar hier knelt het schoentje. Tot recent was er geen verplichting om de resultaten van wetenschappelijk onderzoek openbaar te maken. Als het resultaat niet in de lijn lag van de (commerciële) verwachtingen, verdween het in de doofpot. De studies mochten dan wel gerandomiseerd van opzet zijn, de publicatie gebeurde zeker niet gerandomiseerd, maar volgens een duidelijke strategie. En zo ontstaat een vertekend beeld van het effect van vele alledaagse behandelingen.
Met ingang van 26 december 2007 werd eindelijk de verplichting ingevoerd om elk wetenschappelijk onderzoek, dat opgestart wordt te registreren op www.ClinicalTrials.gov, zodat we niet enkel het topje van de wetenschappelijke ijsberg zien. Recent telde ik meer dan 75.000 geregistreerde trials (een tip voor wie, bij slapeloosheid, eens geen schapen wil tellen).
En het evidence based schoentje knelt een tweede maal. De wetenschappelijke studies worden in guidelines gegoten door een hele schare van uitgelezen experts. Deze professoren in ivoren torens blijken vaak vermomde companymen, die verregaande financiële banden hebben met de farmaceutische sector. En deze laatste heeft niet mis te verstane belangen in heel wat guidelines. Guidelines zijn maar zo geloofwaardig als de opsteller geloofwaardig is (zoals ook zorgpaden maar zo sterk zijn als de zwakste schakel, die 's nachts wel eens niet uit zijn bed wil komen). Deze bedenkingen nemen niet weg dat evidence based guidelines onmisbaar geworden zijn om wetenschappelijk onderzoek – op voorwaarde dat dit op een ethische wijze gebeurt – te integreren in de eigen klinische expertise teneinde de patiënt beter te begeleiden.
Maar de richtlijnen zijn niet onfeilbaar en geen substitutie voor een klinische beoordeling. In vele concrete situaties ontbreekt wetenschappelijke evidentie en speelt het individuele oordeel van de ervaren arts. De ultieme guideline blijft dan: 'Zou ik deze behandeling ook opstarten bij mijn beste vriend?'
Toch lijkt het erop dat wij meer en meer de klinische paden zullen betreden. De verantwoordelijkheid van de arts voor zijn patiënt wordt echter niet opgeheven door de guidelines. Het is nuttig hierop nog eens de eed van Hippocrates na te lezen.
Dr. Francis Ruys