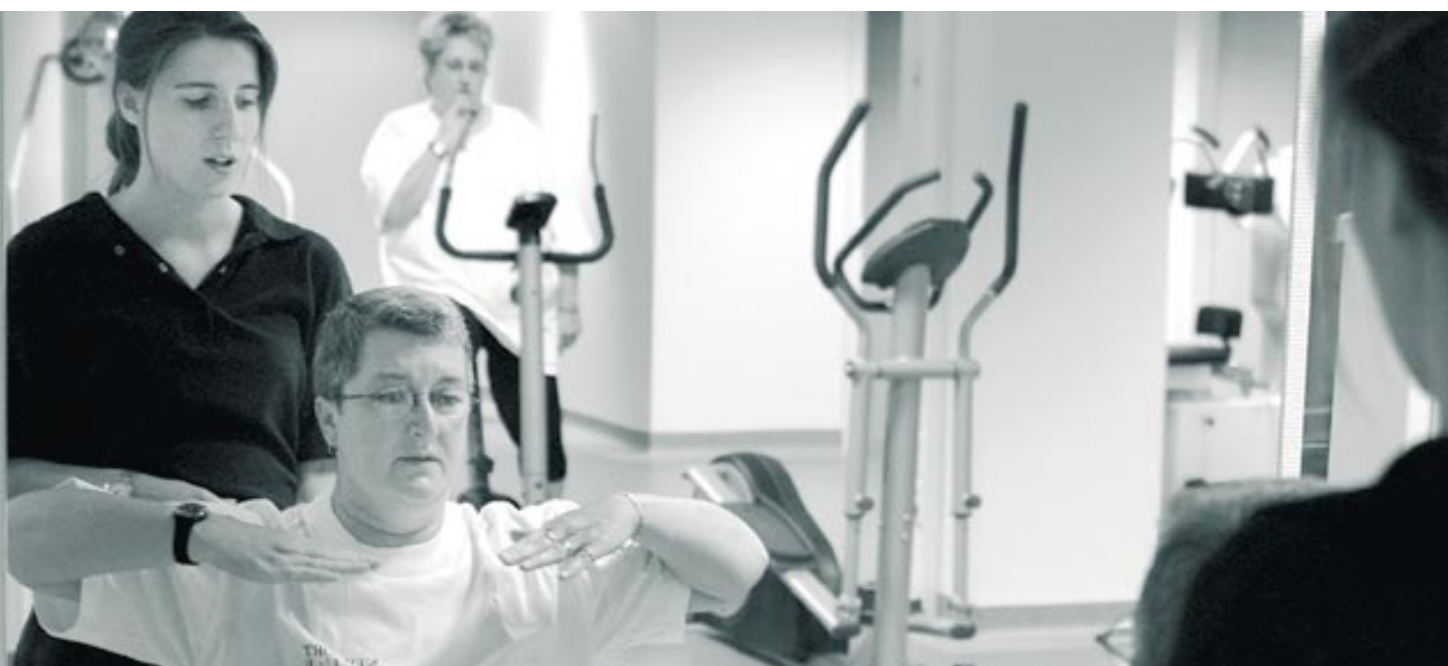


September 2004 – Nr. 29

FOCUS



Driemaandelijks tijdschrift

AZ Sint-Lucas – Groenebriel 1, 9000 Gent

Zorgprogramma osteoporose

DBC-centrum uitgebreid met rug-, nek- en schouderunit

Brachytherapie

Substitutie van geneesmiddelen

Aantal inducties en keizersnedes relatief laag

De juf in het ziekenhuis

De rode bes die beschermt tegen urinaire infecties



azsint-lucas

INHOUD



2

COLOFON

Focus is het
driemaandelijks tijdschrift van
vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek.

vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek
campus Sint-Lucas
Groenebriel 1, 9000 Gent
campus Volkskliniek
Tichelrei 1, 9000 Gent
Tel. 09-224 61 11 – info@azstlucas.be

Redactie:
Filip Decruynaere
Groenebriel 1, 9000 Gent
Tel. 09-224 61 23
filip.decrunyaere@azstlucas.be

Verantwoordelijke uitgever:
dr. Hugo Dierckxsens
Groenebriel 1, 9000 Gent

Redactiecomité:
P. Cambier, T. Colle,
A. Clement, P. De Baere, P. Degadt,
H. Dierckxsens, G. Hollanders,
D. Maes, E. Merchiers, W. Pauwels,
M. Troch, G. Van den Abeele.

Foto's:
F. Erkens

Vormgeving:
dotplus

3 Editoriaal

't Is weer voorbij, die mooie zomer

4-5 Zorgprogramma osteoporose voor een gerichte screening

Fracturen vermijden door vroegtijdige diagnose van osteoporose

6-7 DBC-centrum uitgebreid met tweede rugunit en nieuwe nek- en schouderunit

Actief ageren tegen pijn

8-11 Brachytherapie (LDR): behandelingsoptie voor een beperkt prostaatacarcinoom

Recente techniek geeft goede resultaten

11-12 AZ Sint-Lucas doet inspanningen om medicatie van huisarts te respecteren

Substitutie van geneesmiddelen onvermijdelijk

13 Aantal inducties en keizersnedes in AZ Sint-Lucas blijft relatief laag “Je kan de verantwoordelijkheid niet op de patiënt afwentelen”

14 Onderwijs voor langdurig opgenomen kinderen De juf in het ziekenhuis

15-17 De cranberrie, een kleine bes uit het noordelijk halfrond De rode bes die beschermt tegen urinaire infecties

18-19 Slaaponderzoek “Dokter, krijg ik een slaappilleke”



Peter Degadt

EDITORIAAL

't Is weer voorbij, die mooie zomer

Op 1 september begonnen honderdduizenden kinderen en leerkrachten na een verkwikkende vakantie vol goede moed aan het nieuwe schooljaar. Ook in AZ Sint-Lucas! In samenwerking met de stad Gent en de vrije basisschool De Mozaïek is er een structurele oplossing voor alle kinderen die langere tijd in het ziekenhuis opgenomen worden. Juf Els heeft meteen hun hart gestolen.

Ook het DBC-centrum voor specifieke mechanische rug- en nek/schouderproblemen en de cardiorevalidatie konden het schooljaar met een schone lei beginnen. Afgelopen zomer is er op campus Volkskliniek duchtig verbouwd en getimmerd. Beide centra beschikken nu over een totaal vernieuwde infrastructuur met de meest moderne apparatuur. Het DBC-centrum heeft bovendien een tweede rugunit in gebruik genomen en een eerste unit voor nek- en schouderproblemen.

Eveneens sinds 1 september loopt in het ziekenhuis een zorgprogramma osteoporose. Het doel is om osteoporosepatiënten sneller te detecteren, zodat in nauwe samenwerking met de huisarts actief aan preventie gedaan kan worden. Studies wijzen namelijk uit dat heel veel osteoporosefracturen niet als dusdanig herkend worden, waardoor gepaste maatregelen vaak te lang uitblijven.

U merkt het, ondanks het zomerreces is er weer heel wat werk verzet. Ook op andere terreinen dan de drie hierboven genoemde voorbeelden, overigens. Het geeft een goed gevoel om op zo'n manier het najaar aan te kunnen vatten. Het gevoel van *goed begonnen, half gewonnen*.

Kan in Brussel hetzelfde gezegd worden? Vanuit het beleid zijn genoeg signalen gekomen die voorspellen dat het wel eens een hete herfst zou kunnen worden. De sociale zekerheid staat onder hoogspanning, de sociale vrede staat op springen en de stijgende kosten van de gezondheidszorg zorgen overal voor nervositeit.

In de Vlaamse regeringsverklaring *Vertrouwen geven, verantwoordelijkheid nemen*, staan nog niet bijster veel concrete plannen wat de zorgsector betreft. "We geven prioriteit aan de zelfzorg, de mantelzorg, de preventie en de eerstelijnszorg. We hebben bijzondere aandacht voor de performantie van de residentiële en ziekenhuiszorg." Tja. Weinig nieuws onder de zon, zo op het eerste gezicht. En wat mogen we verstaan onder de volgende beloften: "We engageren ons tot een correcte financiering en realiseren maximaal de automatische toekenning van rechten en tegemoetkomingen binnen een vereenvoudigde regelgeving en dit zonder overbodige administratieve verplichtingen." Wat wordt hier nu concreet toegezegd? Dat de administratieve rompslomp voor de huisartsen opgelost zal worden? Dat huisartsen en ziekenhuizen correct gefinancierd zullen worden? Laat ons hopen. In elk geval verwachten wij veel van onze nieuwe Vlaamse minister Inge Vervotte. We hopen op iemand die een frisse wind kan doen waaien en grensverleggend durft denken en optreden: meer vertrouwen geven aan de professionals en het middenveld, en de bevoegdheidsverdeling tussen de federale en de Vlaamse overheid coherent maken.

Peter Degadt
Algemeen directeur

Fracturen vermijden door vroegtijdige diagnose van osteoporose

Eén vrouw op twee en één man op vier loopt tijdens haar/zijn leven een osteoporosefractuur op. Deze cijfers spreken boekdelen. Met de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal gevallen overigens almaar toe. Veel fracturen kunnen vermeden worden als er tijdig preventieve maatregelen genomen worden. Daarvoor is een correcte diagnose nodig. Met het nieuwe zorgprogramma osteoporose en de screening van risicogroepen door een osteoporoseverpleegkundige neemt AZ Sint-Lucas hierin het voortouw.

Dr. Xavier Janssens: Studies hebben aangetoond dat van de mensen die een osteoporosefractuur ter hoogte van de heup, een wervel of de pols oplopen, naderhand slechts 5% de correcte diagnose van osteoporose krijgen en een aangepaste secundaire preventieve medicamenteuze behandeling. Dat is een ontzettend laag cijfer. In Glasgow, waar sinds meer dan 5 jaar een project loopt met een osteoporose-liaison-verpleegkundige, scoort men tot 70 à 80%. Een correcte diagnose stellen is om diverse redenen heel belangrijk. Patiënten die een eerste osteoporosefractuur doormaakten, hebben één kans op vijf om binnen het jaar een tweede fractuur op te lopen. Bovendien heeft osteoporose vaak, zeker bij mannen, een specifieke secundaire oorzaak, die meestal goed te behandelen is. Bijvoorbeeld een schildklierlijden of hypogonadisme.

Waarom wordt er dan niet op grote schaal gescreend?

Dr. Janssens: Omdat dit financieel niet haalbaar is. We moeten ons concentreren op risicogroepen via “case-finding”. Sinds begin september volgt osteoporoseverpleegkundige Ruth De Meester alle osteoporosefracturen in het AZ Sint-Lucas van nabij op. Als er aanleiding toe is, wordt een botdensitometrie uitgevoerd en wordt een beperkte bloedafname gedaan. Op basis van de resultaten en in samenspraak met één van de coördinerende reumatologen wordt een schriftelijk advies gegeven aan zowel de behandelende specialist als aan de huisarts. We stellen preventieve maatregelen voor, zowel op het vlak van medicatie als op het gebied van valpreventie. De tips zijn meestal heel praktisch en concreet. Kleine aanpassingen in de woning, bijvoorbeeld,

kunnen het risico op nieuwe fracturen terugdringen. Soms kan ook kinesitherapie een deel van de oplossing zijn. De patiënten bij wie osteoporose wordt vastgesteld, krijgen ook een infobrochure mee.

Voor dit zorgprogramma osteoporose is een heel brede multidisciplinaire werkgroep samengesteld, met naast reumatologen geneesheren uit verschillende diensten: nucleaire geneeskunde, orthopedie, interventionele radiologie, endocrinologie en fysische geneeskunde, maar ook pneumologie en gynaecologie?

Dr. Janssens: De link met de pneumologie vormen de patiënten die langdurig met vrij hoge dosissen corticoiden behandeld worden. Ook zij moeten vroegtijdig gescreend worden op osteoporose. Wat de gynaecologie betreft, komen we op het gebied van



Dr. Xavier Janssens en osteoporoseverpleegkundige Ruth De Meester: "Patiënten die een eerste osteoporosefractuur doormaakten, hebben één kans op vijf om binnen het jaar een tweede fractuur op te lopen."

5

de primaire preventie. Sommige vrouwen rond de menopauzeleeftijd horen ook tot de risicogroep. Aan de hand van een vragenlijst wordt een risicoprofiel opgesteld. Als daar aanleiding toe is, wordt ook bij deze patiënten een botmeting uitgevoerd.

Wie volgt de patiënten bij wie osteoporose is vastgesteld verder op?

Dr. Janssens: De huisarts, uiteraard. Wat wij doen, is de diagnose stellen en de huisarts schriftelijk advies geven omtrent preventieve maatregelen. De verdere behandeling is in handen van de huisarts.

Het gaat hier om een pilootproject?

Dr. Janssens: Samen met het AZ Sint-Augustinus in Antwerpen nemen wij inderdaad het voortouw. Allicht wordt dit initiatief later overgenomen door andere ziekenhuizen. En hopelijk kunnen we ook de overheid overtuigen van de belangrijke meerwaarde van een dergelijk multidisciplinair zorgprogramma: minder osteoporosefracturen, een betere levenskwaliteit voor een grote groep senioren en op termijn zonder twijfel een belangrijke besparing op gebied van gezondheidszorgkosten.

F.D.

Osteoporoseverpleegkundige Ruth De Meester

"Actief werken aan preventiebeleid"

Ruth De Meester werkt al acht jaar op de afdeling orthopedie. "Osteoporose is mij dus goed bekend", vertelt ze. "Zeker sinds ik vorig jaar negen maanden lang meegevoerd heb aan de GHOST-studie, waarbij in alle Gentse ziekenhuizen het nut bestudeerd werd van screening van patiënten die een osteoporosefractuur doorgemaakt hadden. Met deze achtergrond ben ik helemaal klaar voor mijn nieuwe functie als osteoporoseverpleegkundige."

"De bedoeling is dat ik alle patiënten met een fractuur in het ziekenhuis opzoek. Zowel patiënten op de afdelingen orthopedie, geriatrie en spoedopname als ambulante patiënten die bijvoorbeeld een polsfractuur hebben. Met een aantal gerichte vragen stel ik een risicoprofiel op. Als er aanleiding toe is wordt er in samenspraak met de osteo-

porosespecialist verder onderzoek verricht: meestal een botdensitometrie en een beperkt bloedonderzoek. Het spreekt vanzelf dat een gezonde jonge kerel van achttien niet verder onderzocht zal worden. Evenmin als een vrouw van negentig. Maar bij vrouwen in de menopauze, bij mensen met een zwak gestel of bij patiënten die familie hebben met een osteoporosegeschiedenis kan verder onderzoek wél aangewezen zijn. Als we erin slagen op die manier meer correcte osteoporosediagnosen te stellen, kunnen we, samen met de huisarts, actief werk maken van een preventiebeleid. Op die manier kunnen we heel veel verder leed voorkomen en de levenskwaliteit van vele patiënten verbeteren"

DBC-CENTRUM UITGEBREID MET TWEDE RUGUNIT
EN NIEUWE NEK- EN SCHOUDERUNIT

Actief ageren tegen pijn

6



Het DBC-centrum is deze zomer verhuisd naar campus Volkskliniek. Tegelijk werd het centrum uitgebreid. Er is een tweede rugunit in gebruik genomen en helemaal nieuw is de unit voor de behandeling van nek- en schouderpijn. Eind november organiseert de dienst fysieke geneeskunde een info-avond over dit behandelingsconcept voor de huisartsen en specialisten.

DBC staat voor Documentation Based Care. Daarmee wordt bedoeld dat de te volgen therapie onderworpen is aan wetenschappelijk onderzoek volgens het principe van evidence based medicine. De therapie wordt pas toegepast als er statistisch significante gegevens voorhanden zijn die bewijzen dat ze daadwerkelijk helpt.

Wat?

Een wetenschappelijk sterk onderbouwd nek- en rug/schouder revalidatieprogramma waarin gebruik gemaakt wordt van hoogtechnische meet- en oefensystemen uit de meest geavanceerde productiematerialen met gevalideerde test- en follow-up protocols en met gevalideerde behandelingsprotocols.

Indicatie (voor wie?)

Patiënten met een vermeende fysieke deconditionering van het spiersysteem (wervelzuil/schouder) als gevolg van pijnvermijdingsgedrag van niet specifieke mechanische origine.

Waarom oefenen?

- Omdat we ervan uitgaan en ook uit wetenschappelijk onderzoek gebleken is dat deconditionering van het spiersysteem (rug/nek/schouder) een onderhoudende en/of exacerberende rol speelt in pijngewaarwording.
- Vandaar dat men kan stellen dat een actieve approach onder vorm van een (rug/nek/schouder) spierversterkend oefenprogramma onder sterk gecontroleerde omstandigheden (rug/nek/schouder specifiek) een belangrijk en noodzakelijk onderdeel in het arsenaal aan behandelingsmodaliteiten is van niet specifieke mechanische pijn.
- Noot: het spreekt voor zich dat voor specifieke rug/nek/schouderproblemen zoals discus hernia, spinaal stenosis, spondylolisthesis, werveltraumata (fractuur en/of luxatie) al dan niet met instabiliteit, infectie en tumoren (rug/nek/schouder), schouderfracturen, ernstige osteoporose, ... oefenen geen eerste behandelingskeuze is en er gestart dient te worden met de klassieke conservatieve of chirurgische therapie.

Doel

Het doel ligt in het verhogen van de mobiliteit van het beschouwde segment (rug/nek/schouder) en het verhogen van de spierkracht en de spieruithouding om aldus de belastbaarheid op te drijven en het tijdstip in het optreden van spiervermoeienis uit te stellen om zo de vicieuze cirkel pijn → vermijdingsgedrag → spierdeconditie → pijn te doorbreken

Training

De training vindt plaats onder leiding van gespecialiseerde kinesitherapeuten. Hun rol ligt in het accuraat instellen van de belasting tijdens de specifieke geplande en gecontroleerde oefeningen met specifiek daartoe ontworpen toestellen.

Voor elke patiënt wordt een individueel trainingsprogramma opgemaakt. Door een positieve, actieve benade-



Voor elke patiënt wordt een individueel trainingsprogramma opgemaakt.



De training vindt plaats onder leiding van gespecialiseerde kinesitherapeuten.

ring gedurende de training, moedigt de therapeut de positieve ingesteldheid van de patiënt aan, waardoor het vermijdingsgedrag ten opzichte van de pijn vermindert.

Naast de training met behulp van toestellen is er aandacht voor ergonomie, werkomstandigheden en arbeidsgerelateerde problemen. Hiervoor is er een ergotherapeute aan het team toegevoegd.

Het team wordt gecomplementeerd met een psychologe die de psychische draagkracht en de grondstemming van de kandidaat voorafgaand inschat en die ook na de totale behandeling een grondige evaluatie maakt.

Quality management

De fysische progressie wordt getoetst door data analyse met specifiek daartoe ontworpen software en waar nodig kan de behandeling worden bijgestuurd.

Samen met de algemene kwaliteitsnormen van de behandeling zelf en de online database die een lokaal, nationaal en internationaal vergelijk mogelijk maakt, kan men spreken van kwaliteits-management van het DBC service concept.

Indicatiestelling

Enkel door DBC-geneesheer-specialisten. Voorafgaand aan het oefenprogramma vindt een eerste klinische evaluatie plaats door de geneesheerspecialist in de fysische geneeskunde en revalidatie en een intake stan-

daardanamnestiche en functionele evaluatie door de DBC-kinesitherapeuten.

Nadien volgt nog een tussentijdse- en eindevaluatie klinisch door de arts, ter beoordeling van de testresultaten op dat moment.

DBC-Finland onder leiding van Prof. Dr. Simo Taimela, MD, PhD, MBA, Research Associate Professor in Physiology (University of Kuopio, Finland), CEO and Medical Director of DBC International Ltd., heeft het concept ontwikkeld. Het werd tot op heden in grote delen van de wereld in een beperkt aantal specifiek daartoe geselecteerde centra met succes ingevoerd. Alle bevindingen en resultaten worden op gestandaardiseerde wijze gecentraliseerd. De database informatie wordt continu aangepast en is, zoals hoger vermeld, beschikbaar voor statistische analyse. Er wordt permanent aan research en ontwikkeling gedaan om de methode te optimaliseren.

Eind november 2004 organiseert de dienst fysische geneeskunde een tweede info-avond over dit DBC active spine and shoulder behandelingsconcept voor de huisartsen en collegae specialisten. De exacte datum zal nog worden meegedeeld.

Dr. Peter De Rycke,
Diensthofd Fysische
Geneeskunde en Revalidatie
peter.derycke@azstlucas.be

DBC-active spine en shoulder care, een veelomvattend evaluatie- en oefenprogramma voor nek- en schouderproblemen, ondergebracht in een vernieuwd centrum.

Lokalisatie:

DBC-centrum AZ Sint-Lucas, campus Volkskliniek – Tel. 09-224 58 13

Aanwinst:

Tweede rugunit
Nieuwe unit voor nek en schouder

Initiatief van de dienst Fysische Geneeskunde

Geneesheer-diensthofd:

Dr. P. De Rycke

Geneesheren:

Dr. S. Van De Voorde
Dr. L. Weynants

DBC-geschoolde kinesitherapeuten

De Moerlose Ann
De Rammelaere Isabelle
Eerens Nathalie
Flement Ann
Remue Vincent
Van Driessen Nele

Ergotherapeute

Vandewalle Els

Psychologe

Van De velde Ellen

Kinesitherapeut met bijkomende vorming in de fysische ergonomie.

*Dr. Dirk Maes en dr. Frank Bouffens:
"Brachytherapie vergt maar een heel korte
opname en geeft minder kans op incontinentie
en allicht ook op potentieproblemen."*



Bij een beperkt prostaatacarcinoom wordt meer en meer brachytherapie toegepast. Deze minimaal invasieve techniek geeft even goede resultaten als klassieke chirurgie en radiotherapie. Niet elke patiënt komt evenwel in aanmerking. Bovendien kunnen ook storende en ernstige bijwerkingen optreden. Een stand van zaken.

Wanneer de diagnose van een beperkt prostaatacarcinoom wordt gesteld dat in aanmerking komt voor een curatieve behandeling, beschikken we volgens de huidige richtlijnen voor behandeling over twee therapeutische opties. Enerzijds is er de chirurgische benadering met de radicale prostatectomie, anderzijds de radiotherapie. Als externe behandeling bestaat 3-D conformele radiotherapie en IMRT (intensity modulated radiotherapy).

Naast de klassieke externe benadering wordt tegenwoordig ook inwendige bestraling of brachytherapie toegepast voor een prostaatacarcinoom. Deze benadering is attractief voor de patiënt, gezien ze slechts een heel korte opname vergt en er minder kans is op incontinentie in vergelijking met open chirurgie en er ook minder kans zou zijn op potentieproblemen na behandeling.

Deze behandeling heeft evenwel ook niet onbelangrijke bijwerkingen, waarvoor de patiënt voorafgaand dient te worden gewaarschuwd. De resultaten en de kans op bijwerkingen worden in zeer sterke mate bepaald door de goede selectie van patiënten.

In 2001 werden in de VS evenveel patiënten met een gelokaliseerd

prostaatacarcinoom behandeld met radicale prostatectomie, externe radiotherapie en brachytherapie. In België bestaat er de afgelopen 2 jaar meer aandacht voor brachytherapie, aangezien deze techniek sedert vorig jaar wordt terugbetaald mits inachtnaam van een aantal selectiecriteria.

Alternatieve behandelingsmethodes (HIFU en cryochirurgie) behoren momenteel zeker nog niet tot het standaardarsenaal voor de behandeling van gelokaliseerd prostaatacarcinoom, aangezien de effectiviteit van deze methodes op lange termijn nog niet aangetoond is.

Historiek

Reeds in 1909 werd in Parijs via transurethrale weg radium geïmplantéerd in de prostaat. De eerste transperineale benadering gebeurde in 1915. Deze techniek werd evenwel verlaten wegens de zeer slechte resultaten en vooral de belangrijke bijwerkingen met vorming van rectourethrale fistels. Dr. Withmore kan de vader van de moderne brachytherapie worden genoemd. Hij publiceerde in 1972 de eerste reeks van patiënten waarbij hij open chirurgisch via retropubische weg Iodium 125 op geleide van rectale vinger implanteerde in de prostaat.

De resultaten op lange termijn waren niet echt goed gezien distributie van de zaadjes niet gebeurde volgens een 3-D plan van de prostaat.

De moderne implantatietechniek zoals hij heden ten dage wordt toegepast, is slechts mogelijk sinds in 1983 de percutane transperineale permanente implantatietechniek onder transrectale echografische controle werd ontwikkeld.

Indicatie

Alleen patiënten met een beperkt prostaatacarcinoom dat zich niet buiten de prostaatkapsel uitbreidt komen in aanmerking voor brachytherapie. Het betreft hier de stadia T1c en T2a volgens TNM classificatie. T1c betekent dat de tumor werd ontdekt wegens PSA stijging en niet palpabel is. T2a is een tumor die voelbaar is in één prostaatkwab doch de kapsel niet doorbreekt. Het PSA gehalte moet lager zijn dan 20 en liefst onder de 10 ng/ml. Hogere waarden betekenen bijna steeds kapsel doorbraak.

Het volume van de prostaat moet kleiner zijn dan 50 ml, anders bevindt een gedeelte zich achter het os pubis en dit is minder adequaat te implanteren.

Recente techniek geeft goede resultaten

Daar tijdelijk na de implantatie dysurieklachten optreden (cfr. complicaties) heeft de patiënt best slechts weinig mictieklachten (IPSS onder 15) voor de implantatie. IPSS-score staat voor International Prostate Symptom Score. Dit is een vragenlijst waarbij de patiënt een 7-tal vragen in verband met zijn mictiepatroon dient te beantwoorden. Deze vragen worden geciteerd van 0 tot 5. Hoe hoger de score, hoe meer symptomen de patiënt heeft. Gezien de toenemende mictielast in de maanden die volgen na implantatie, is het van groot belang implantatie slechts uit te voeren bij patiënten die voorafgaand weinig klachten hebben, best een IPSS-score onder de 10 tot 15. De patiënt dient minstens ook een levensverwachting te hebben van 5 jaar.

Techniek

De rationale bestaat erin de bestralingdosis op de prostaat te maximaliseren en de omliggende gevoelige normale weefsels zo veel mogelijk te sparen.

We beschrijven hier enkel de low dose rate techniek (LDR) waarbij radioactief geladen zaadjes geïmplantieerd worden in de prostaat. Deze gaan geleidelijk aan hun radioactiviteit afgeven, dit in tegenstelling tot de high dose rate techniek (HDR) waarbij de stralingsbron slechts tijdelijk in de prostaat wordt gelaten en nadien wordt verwijderd.

Een succesvol implantaat hangt af van de keuze van het isotoop, de zogenaamde Isodoses distributie en de

totaal gegeven dosis op de prostaat. Het meest gebruikt is momenteel Iodium 125. Dit heeft een halfwaardetijd van 60 dagen. De voorgeschreven dosis op de prostaat bedraagt 145 Gray. Het radiobiologisch effect van deze dosis komt overeen met 100 Gray die zou worden gegeven via externe radiotherapie in een dosis van 2 Gy per dag.

Er bestaan twee implantatietechnieken. De eerste is de zogenaamde 2-stappen techniek. Na gynecologische positionering van de patiënt gebeurt echografisch een volledige opmeting van de prostaat waarna een 3D-beeld van de prostaat wordt gecreëerd. Met behulp van een computerprogramma wordt dan berekend hoeveel zaadjes en waar deze dienen te worden geïmplantieerd om in de eerste plaats een voldoende hoge dosis te bereiken en in de tweede plaats de gevoelige organen, zijnde de urethra en het rectum, in de mate van het mogelijke te beschermen tegen straling. Het voordeel van brachytherapie is een snel dosisverval over een korte afstand. Door I_{125} -zaadjes in de prostaat in te planten krijgen men een hoge dosis in de prostaat met een snel dosisverval erbuiten, zodat de blaas en het rectum slechts een beperkte dosis krijgen.

Aanvankelijk gebeurde deze behandeling in twee sessies waarbij in een eerste tijd de volledige prostaat werd opgemeten. Naderhand werd dan de dosisverdeling berekend door de radiofysicus en de radiotherapeut. In een tweede tijd, meestal één week tot één maand na de initiële opmeting

werd de implantatie verricht volgens het berekende plan. Dankzij softwareontwikkeling is het nu mogelijk het opmeten, het berekenen van het implantatieplan en het implanteren in één sessie te laten plaatsvinden.

Een tweede techniek wordt de zogenaamde Real Time techniek genoemd, waarbij volgens welbepaalde normogrammen die rekening houden met de grootte van de prostaat, 75 % van de naalden perifeer in de prostaat worden geplaatst en 25 % van de naalden centraal. Het computerprogramma bepaalt hoeveel seeds er via elke naald dienen te worden ingebracht.

De implantatie gebeurt onder algemene narcose. De patiënt wordt gynecologisch gepositioneerd. De transrectale echoprobe met een template waarop coördinaten zijn aangebracht wordt ingebracht. Na opmeting en berekening van de dosimetrie worden de zaadjes via holle naalden transperineaal doorheen de template volgens de berekende coördinaten in de prostaat ingebracht, precies op de plaats waar ze volgens de dosisberekening moeten zitten.

Eén maand na de implantatie wordt bij de patiënt een CT scan van de prostaat gemaakt. Hierbij worden de zaadjes opnieuw gelokaliseerd en wordt gekeken of de zaadjes een stralingsverdeling geven die overeenstemt met het oorspronkelijk gemaakt plan. We kunnen dit beschouwen als een kwaliteitscontrole van het implantaat.

>> Resultaten

Net zoals bij patiënten die radicale prostatectomie kregen of externe radiotherapie ondergingen, is een PSA-bepaling de aangewezen methode om de respons op de behandeling te volgen. Na brachytherapie kan het zelfs een paar jaar duren vooraleer de PSA-waarde naar haar laagste peil, zogenaamde NADIR, daalt. De waarde ligt liefst onder de 0.5 ng/ml.

We spreken van progressie van de aandoening zo bij 3 opeenvolgende bepalingen, met minimum 3 maanden tussentijd, er zich telkenmale een stijging van het PSA-gehalte voordoet.

In de V.S. heeft men de langste ervaring met brachytherapie. De resultaten van de grote centra waarbij reeksen gepubliceerd worden van 10 en 12 jaar follow-up, tonen aan dat voor geselecteerde patiënten de zogenaamde overleving zonder dat het PSA-gehalte gaat stijgen, vergelijkbaar is met de grootste reeksen die zijn gepubliceerd na radicale prostatectomie en externe radiotherapie. Het betreft hier ongeveer 85 % met 10 jaar overleving zonder PSA-stijging.

Complicaties

De mogelijke verwikkelingen zijn urinair, sexueel en gastro-intestinaal.

De incontinentie komt slechts in 1 % van de gevallen na brachytherapie voor. Uitzondering betreft hier evenwel patiënten die voorafgaand een transurethrale resectie van de prostaat ondergingen. Hierbij is de kans op incontinentie 20 tot 50 %.

Als gevolg van oedeem en inflammatoire reactie kunnen bij de patiënten vanaf een 3-tal weken tot een 3-tal maand na implantatie beduidende mictieklachten optreden, vnl. dysurie en strangurie. De zogenaamde IPSS-score gaat verdubbelen. Gezien de toenemende mictielast in de maanden die volgen na implantatie, is het van groot belang implantatie slechts uit te voeren bij patiënten die voorafgaand weinig klachten hebben, best een IPSS-score onder de 10 tot 15.

In ongeveer 5 % van de gevallen zal acute retentie optreden. Deze dient te worden behandeld met alfalytica en tijdelijk katheterisatie. Een transu-

rethrale resectie na brachytherapie implantaat dient minstens 6 maanden tot liefst 1 jaar te worden uitgesteld. Soms ziet men strictuurvorming optreden, meestal na meer dan 18 maanden.

Ongeveer 20 % van de patiënten heeft tijdelijk perineale ongemakken.

Brachytherapie zou minder erectiele dysfunctie veroorzaken dan klassieke prostatectomie. 50 % van de patiënten heeft na 5 jaar kwalitatief behoorlijke erecties. Ook blijft de ejaculatie bewaard, hoewel de hoeveelheid ejaculaat duidelijk afneemt. Bij patiënten met erectiele dysfunctie na brachytherapie kan Sildenafil de erectiekwaliteit verbeteren.

Soms treden ook darmproblemen op na implantatie. De stoelgangfrequentie gaat bij een groot deel van de patiënten toenemen, dit gedurende meestal een 12-tal weken. In 6 % van de gevallen ziet men een rectaal ulcus ontstaan alsook rectale bloeding. Belangrijk is dat biopsie van deze mucosa zo veel mogelijk wordt vermeden, teneinde het ontstaan van recto-urethrale fistels te voorkomen.

Brachytherapie in AZ St.-Lucas

Deze behandeling wordt in AZ Sint-Lucas uitgevoerd sinds juli 2003.

Wij hanteren strenge selectiecriteria van de patiënt en doen de implantatie met een vast team: dr. Dirk Maes (urologie), dr. Frank Bouttens (radiotherapie), een stralingsfysicus, een radiotherapie- en urologieverpleegkundige. Elke casus wordt besproken in multidisciplinair overleg (MOC).

Welke patiënten komen in aanmerking:

- prostaatcarcinoom stadium T1c-T2a
- gleasonscoor gelijk of kleiner dan 7 en PSA lager dan 10
- gleasonscoor gelijk of kleiner dan 6 en PSA lager dan 20
- maximum 50 % van de zogenaamde blinde biopsies mogen positief zijn
- IPPS lager dan 15
- Volume kleiner dan 50 ml.

Er werden tot heden 50 patiënten behandeld. Elke patiënt krijgt een informatiebrochure met de nodige

uitleg over de diverse behandelingsmethodes. Er wordt ook veel aandacht besteed aan de bijwerkingen die het gevolg kunnen zijn van een radio-actief implantaat.

Belangrijk is ook de informatie in verband met stralingsveiligheid. In principe dienen geen specifieke voorzorgsmaatregelen worden genomen. Enkel langdurig contact van zeer nabij met kleine kinderen (bv. meer dan één uur op de schoot) en zwangere vrouwen wordt afgeraden gedurende enkele maanden.

Net zoals in de VS zal brachytherapie hier aan belang winnen. Het is een minimaal invasieve techniek die voor goed geselecteerde patiënten even goede resultaten op genezing geeft als klassieke chirurgie en radiotherapie. We leggen er de nadruk op dat niet elke patiënt voor deze techniek in aanmerking komt. Naar de patiënt toe is het van groot belang de nodige aandacht te vestigen dat met een minimaal invasieve techniek er toch storende en soms ernstige bijwerkingen kunnen optreden.

Dr. Dirk Maes (09-224 66 53) en
dr. Frank Bouttens (09-224 66 24).
dirk.maes@azstlucas.be
frank.bouttens@azstlucas.be





AZ SINT-LUCAS DOET INSPANNINGEN
OM MEDICATIE VAN HUISARTS TE RESPECTEREN

Substitutie van geneesmiddelen onvermijdelijk

11

De werking en het beheer van een ziekenhuisapotheek worden steeds complexer. Het belang van een goed afgelijnd formularium staat buiten kijf. Het is dan ook onvermijdelijk dat er wel eens substitutie voorkomt. Soms ligt dat moeilijk bij de huisarts. AZ Sint-Lucas wil daarom een grote inspanning doen om bij het ontslag van de patiënt terug naar de oorspronkelijke thuismedicatie te gaan én om de huisarts hier zo nauw mogelijk bij te betrekken.

Het groot aantal farmaceutische specialiteiten bemoeilijkt een ordentelijke en tijdige verdeling van geneesmiddelen. Er zijn steeds meer middelen op de markt: oorspronkelijke, generische en kopieën in allerlei toedieningsvormingen. Bovendien verkort de gemiddelde ligduur van de patiënt in het ziekenhuis, wat betekent dat alles sneller moet gaan. Zo ook de verdeling van de geneesmiddelen. Daarnaast is er een duidelijke evolutie van enkelvoudige hyperacute aandoeningen naar meer- of polyfarmacie en de risico's op interacties en fouten. Dit alles maakt een efficiënte organisatie van de apotheek noodzakelijk.

Steunpilaar hierbij is het formularium, dat overigens wettelijk verplicht is. AZ Sint-Lucas kiest ervoor om bij voorkeur originele specialiteiten op te nemen in het formularium. Dit heeft als gevolg dat voor "identieke" moleculen substitutie zal gebeuren als de thuismedicatie van de patiënt verschillend is van de specialiteit die op-

genomen is in het ziekenhuisformularium. Meestal gaat het hierbij om generische geneesmiddelen, maar het gebeurt ook voor andere identieke producten (bijvoorbeeld Emconcor-Isoten).

De motivatie om bij voorkeur met originele specialiteiten te werken is gebaseerd op verschillende punten. Zo is er het belang van éénvormigheid en duidelijkheid voor artsen, verpleegkundigen en apotheekmedewerkers. Van één originele specialiteit bestaan soms talloze generieken, allemaal met een verschillende naam, soms ook verschillend van kleur en vorm. Bovendien bestaan generieken in de meeste gevallen niet in alle galenische vormen die gebruikt worden in het ziekenhuis. Met name de inspuitsbare vorm ontbreekt dikwijls. Eén en ander betekent dat voor één bepaalde molecule vaak verschillende namen gehanteerd zouden moeten worden voor verschillende vormen van toediening. Dat leidt dan weer tot een verhoogd risico op misverstanden en medicatiefouten.

Een tweede argument heeft te maken met de garantie van kwaliteit en bio-equivalentie. Niet van alle generieken en kopie-geneesmiddelen is de kwaliteit en de bio-equivalentie even uitvoerig gedocumenteerd. Voor geneesmiddelen met een geringe therapeutische marge (cardiologische preparaten, anti-coagulantia, theofylline...) moet de therapeutische betrouwbaarheid zo hoog mogelijk zijn.

Ten derde blijken generieke firma's soms weinig kennis te hebben van de klinische activiteit van de geneesmiddelen. Bij het voorleggen van medische problemen of vragen, wordt er quasi altijd doorverwezen naar de firma van het origineel product.

Ten vierde is de houdbaarheid van generische middelen in sommige gevallen korter dan voor de originele specialiteit. Daardoor is de kans op vervallen medicatie in de apotheek en in de afdelingsvoorraden groter.

Tenslotte maakt het voor de patiënt zelf financieel geen verschil. Voor

>>

>> terugbetaalde geneesmiddelen is het remgeld voor gehospitaliseerde patiënten forfaitair bepaald op 0.62 euro per ligdag. Voor ambulante patiënten wordt het hogere remgeld niet doorerekend ten laste van de patiënt, maar valt het ten laste van het ziekenhuis.

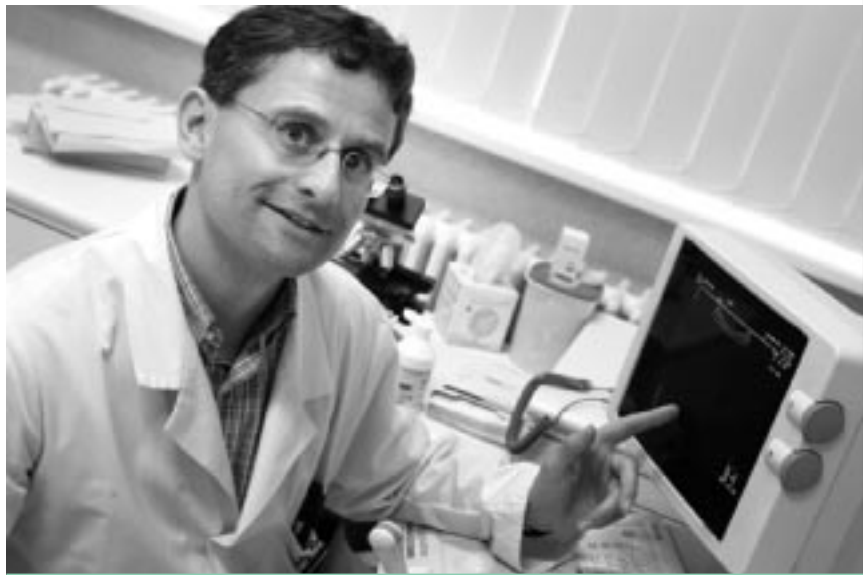
De betrachting van het ziekenhuis-formularium is een voldoende brede, maar vereenvoudigde waaier aan kwalitatief hoogstaande geneesmiddelen aan te bieden, die de mogelijkheid geeft de geneesmiddelendistributie binnen het ziekenhuis op een efficiënte en snelle wijze te organiseren. Het is geenszins de bedoeling het voorschrijfgedrag van de huisarts of de specialist in zijn ambulante praktijk te beïnvloeden.

Toch zijn we ons bewust van de mogelijke wrevel die kan ontstaan door het verschil tussen generische thuismedicatie en formulariumproducten tijdens de ziekenhuisopname. Daarom is met alle ziekenhuisartsen afgesproken om bij ontslag van de patiënt extra aandacht te besteden aan het terug-substitueren naar de oorspronkelijke thuismedicatie. Bovendien wordt de patiënt op het ontslagdocument geadviseerd om zo snel als mogelijk contact op te nemen met de huisarts ter controle van de thuismedicatie.

Marielle Baert
Apotheker Hoofd van dienst
marielle.baert@azstlucas.be



Marielle Baert:
“Het is geenszins de bedoeling het voorschrijfgedrag van de huisarts of de specialist in zijn ambulante praktijk te beïnvloeden.”



Dokter Henk Loobuyck:
“Het gemiddelde in België voor inducties is 30%.
Dat lijkt mij ook iets te hoog. Met 22,8% zit
AZ Sint-Lucas helemaal vooraan in het peleton.”

Enkele weken voor de verkiezingen in juni jl. luidde prof. Marleen Temmerman in de nationale media de alarmklok. Er vinden teveel keizersneden en bevallingen met inductie plaats, zo klonk het. Ze pleitte ervoor om patiënten een formulier te laten ondertekenen waarin ze bevestigen op de hoogte te zijn van de risico's van inductie. Bovendien moest er volgens prof. Temmerman een richtlijn komen om geen inducties te doen voor de 41^{ste} week.

Prof. Temmerman kwam tot dit besluit nadat ze het aantal inleidingen in het UZ Gent de voorbije jaren had kunnen laten dalen van 40% tot 33% en, na de invoering van het ondertekende informed consent, verder tot 26%. Spectaculaire cijfers!

Nieuwsgierig als we zijn, vroegen wij de cijfers voor AZ Sint-Lucas op. En wat bleek? Zowel in 2003 als in 2002 bedroeg het percentage inducties in AZ Sint-Lucas 22,8%. Zonder dat de patiënten een verklaring moesten ondertekenen. Hoe zit dat nu precies? Wij gingen het vragen aan dr. Henk Loobuyck, diensthoofd gynaecologie.

“Je kan de verantwoordelijkheid niet op de patiënt afwentelen”

Dr. Henk Loobuyck: Laten we beginnen met de keizersneden. Het aantal neemt algemeen toe. Het gemiddelde in 2003 in Vlaanderen bedraagt 18,9%, voor AZ Sint-Lucas 15,5%. Die stijging vindt wereldwijd plaats. Daar zijn een aantal redenen voor. Ten eerste worden stuitliggingen vandaag standaard met keizersnede verlost, omdat dat veiliger is voor de baby. Ook andere moeilijke verlossingen, die vroeger nog met behulp van de verlostang of de zuignap gebeurden, vinden nu over het algemeen met sectio plaats. Dat zijn zonder meer correcte evoluties. Daarnaast is er ontgensprekelijk een *trend* om meer keizersneden te doen. Een vrij recente navraag bij alle vrouwelijke Engelse gynaecologen toonde dat die gynaecologen voor zichzelf een keizersnede verkozen boven een normale vaginale bevalling. In zo'n omgeving wordt een sectio de moderne manier van bevallen. Tenslotte is de toename van het aantal keizersneden ook te wijten aan de medico-legale sfeer. Meer en meer worden artsen het slachtoffer van processen als er iets misgaat. Gynaecologen lopen veel minder kans op juridische problemen bij het uitvoeren van een keizersnede, dan bij het uitvoeren van een moeilijke vaginale bevalling. Bij het minste probleem kiezen artsen dan ook steeds vaker voor de grootste zekerheid.

En wat dan met de inducties?

Dr. Loobuyck: Er zijn een aantal medische indicaties die inductie verant-

woorden, zoals bijvoorbeeld zwangerschapsvergiftiging (pre-eclampsie) of diabetes. Ook wanneer een zwangere vrouw tien tot veertien dagen overtijd gaat, wordt na controle en/of monitoring meestal besloten tot inductie. Inductie zonder gegronde reden valt af te raden. Er zijn nadelen aan verbonden: het is artificieel, het geeft pijnlijker weeën en de kans op een keizersnede neemt mogelijk wat toe. Als de baarmoederhals bovendien niet rijp is, wordt het gevaar op complicaties groter.

Toch krijgt het comfort van patiënten en artsen soms de overhand?

Dr. Loobuyck: Als je op 40% inducties zit, dan zou ik ook de alarmklok luiden. Dan is er iets fundamenteels fout. Het gemiddelde in België is 30%. Dat lijkt mij ook iets te hoog. Met 22,8% zit AZ Sint-Lucas helemaal vooraan in het peleton. Maar, toegegeven, ook hier zou het cijfer nog iets lager kunnen. Soms zet de patiënte ons gewoon onder druk om ingeleid te worden en dit om de meest diverse redenen. Het is mij al een paar keer overkomen dat patiënten die ik weiger in te leiden, gewoon naar een ander ziekenhuis gaan.

De patiënt een formulier laten ondertekenen waarin gewezen wordt op de risico's van inductie gaat voor u te ver?

Dr. Loobuyck: Het spreekt vanzelf dat elke arts zijn patiënten moet wijzen op de risico's. Wat echter niet kan, is

dat de arts alle verantwoordelijkheid op de schouders van de patiënt schuift. En dat is wat dreigt te gebeuren met het laten ondertekenen van een formulier. Wat mij betreft, blijft de verantwoordelijkheid bij de arts liggen. Als die vindt dat inductie niet kan, dan moet hij het niet doen.

Een voordeel van inductie zou wel zijn dat je moeilijke bevallingen overdag kunt plannen. Dat zou veiliger zijn.

Dr. Loobuyck: In kleinere centra gaat die vlieger misschien op, maar in AZ Sint-Lucas met kritische diensten als intensieve zorgen, spoedgevallen en een laboratorium die 24/24 uur open zijn, maakt dat weinig uit. Dag en nacht is ook een anesthesist aanwezig.

Prof. Temmerman stelt ook voor om een richtlijn in te voeren om geen inducties te doen voor de 41^{ste} week.

Dr. Loobuyck: Dergelijke richtlijnen houden altijd ook gevaren in. Je moet geval per geval kunnen bekijken. Sommige vrouwen zijn aan het einde van hun zwangerschap echt uitgeput. Soms kan het onverantwoord zijn om géén inductie te doen. Finaal blijft het onvermijdelijk de verantwoordelijkheid van de individuele gynaecoloog.

F.D.

ONDERWIJS VOOR LANGDURIG
OPGENOMEN KINDEREN

De juf in het ziekenhuis

14



Voor kinderen die langere tijd in het ziekenhuis opgenomen worden, dreigt het gevaar om op school een achterstand op te lopen. Daarom organiseert AZ Sint-Lucas vanaf dit jaar onderwijs in het ziekenhuis. Onderwijzeres Els Haers heeft de nodige ervaring op dit terrein en werkt sinds 1 september halftijds in AZ Sint-Lucas. Dit initiatief loopt in samenwerking met de stad Gent.

“De ligduur van kinderen in het ziekenhuis kent een dalende trend”, vertelt diensthoofd Mieke Ballinckx. “Van het totaal aantal ligdagen op de pediatrie wordt 61.7% gerealiseerd door opnamen van minder dan vier dagen. Maar voor kinderen die langer moeten blijven, kan de onderbreking in het schoollopen wel degelijk een probleem vormen. Ik denk dan vooral aan kinderen die een week of meer moeten blijven of kinderen die geregeld enkele dagen opgenomen worden per jaar. Het initiatief dat we nu samen met de stad Gent ontwikkeld hebben, is dan ook geen overbodige luxe. Deze kinderen hebben het sowieso al moeilijk genoeg.”



Uiteraard werden deze kinderen ook voorheen niet aan hun lot overgelaten. Het ziekenhuis werkt al enkele jaren nauw samen met de vrijwilligersorganisatie *School in & na ziekenhuis*. Met goede resultaten, overigens. De organisatie *School in & na ziekenhuis* zorgt vooral voor onderwijs aan huis bij zieke kinderen, maar komt ook geregeld naar het ziekenhuis. De organisatie doet hiervoor een beroep op vrijwilligers.

Het ziekenhuisonderwijs dat nu onlangs opgestart is, is structureler van aard. De afspraak met de stad Gent is dat een leerkracht met een halftijdse opdracht in AZ Sint-Lucas wordt aangesteld. Deze leerkracht zal in de eerste plaats de kinderen uit het lager onderwijs opvolgen en begeleiden. Ook de kinderen uit het kleuteronderwijs kunnen op ondersteuning rekenen. Als er bepaalde perioden weinig of geen langverblijvende kinderen op de pediatrie aanwezig zijn, dan kan de leerkracht ingezet worden in de vrije basisschool De Mozaïek, waarmee eveneens een samenwerkingsakkoord is gesloten.

Juf Els

Leerkracht Els Haers heeft al ervaring in het werken met zieke kinderen. Ze

is aan haar vijfde schooljaar in de UZ-school toe en ze gaf ook twee jaar thuisonderwijs aan kankerpatiëntjes. “Het onderwijs dat we bieden is heel individueel gericht”, vertelt ze. “Werken in groepjes is niet zo evident in een ziekenhuiscontext. De aandacht gaat vooral naar taal en rekenen. Specifiek voor de kleuters proberen we ervoor te zorgen dat ze geen achterstand oplopen in de voorbereiding op de lagere school. Op die manier vermijden we dat ze in het eerste leerjaar problemen ondervinden.” De scholen reageren positief op ziekenhuisonderwijs. “Als kinderen langere tijd opgenomen worden, nemen we contact met de school. We vragen dan ook om taakjes door te sturen, die ik dan met hen kan opnemen. De scholen ervaren het als een surplus. Ook zij hebben er belang bij dat de kinderen zo weinig mogelijk achterstand oplopen.” En de kinderen? “Het hangt er natuurlijk van af hoe ziek ze zijn”, aldus Els Haers. “Maar meestal reageren ze heel positief. Wij zorgen voor afwisseling. En we komen niet voor een prik of een onderzoek. Witte jassen zien ze meestal niet graag komen, maar hun juffrouw wel.”

FD

Els Haers heeft al heel wat ervaring in het werken met zieke kinderen.



DE CRANBERRIE, EEN KLEINE BES UIT HET NOORDELIJKE HALFROND

De rode bes die beschermt tegen urinaire infecties

15

De Verenigde Staten van Amerika kennen maar drie inheemse bessensoorten. Daarvan is de 'cranberry' de bekendste. De Indianen in Massachusetts kenden de cranberry al en ook de kolonisten in New England zetten de bes al op hun menu. 'Cranberry sauce' is één van de traditionele gerechten op de Amerikaanse dinertafel bij Thanksgiving. Cranberries worden verwerkt in desserts en zijn vaak sierlijke onderdelen van feestelijke kersttafels. De extracten van de cranberrybes vormen smakelijke vruchtensappen en siropen. Daarenboven hebben de confituren en sappen geneeskundige eigenschappen. Dit artikel wenst bij de lezer interesse op te wekken voor deze interessante plant met zowel culinaire als medische troeven.

Ericacea is een plantenfamilie waartoe niet alleen de cranberry, maar ook andere (blauwe) bosbessen (blueberry: *Vaccinium corymbosum*, huckleberry: *Vaccinium membranaceum* en bilberry: *Vaccinium myrtillus*) behoren. Het zijn alle kleine, immergroene planten afkomstig van het geslacht *Vaccinium*. De gewone of Noordelijke Cranberry, *Vaccinium oxycoccus*, is sterk verspreid over het volledige noordelijke halfrond. De blaadjes zijn slechts 5-10 mm groot. De vruchtjes zijn kleine bleekroze besjes met een scherpe, verfrissende zure smaak. De kleine cranberry, *Vaccinium microcarpum*, komt enkel voor in Noord-Europa en Noord-Azië en verschilt van de *V. oxycoccus* doordat de blaadjes driehoekig van vorm zijn en de bloemstam onbehaard is. De meest bekende soort is de Amerikaanse cranberry, *Vaccinium macrocarpum*. Deze wordt in het oosten van Canada, het noorden en

noordoosten van de Verenigde Staten tot in North Carolina op industriële schaal gecultiveerd voor consumptie en export. De bessen van de Amerikaanse cranberry zijn groter dan de soortgenoten; de blaadjes zijn 10-20 mm lang. Cranberries leven op zure grond in open, vochtige omgeving aan de randen van venen en tegen flanken van bergen in een gematigd klimaat. De kleine karmijnrode bessen groeien aan ranken die 7-10 cm lang zijn en leveren ongeveer tweeduizend kilo per hectare op. Typisch is dat de rode bessen meer sap krijgen nadat er een paar nachten stevige vorst is overheen gegaan, vandaar de late oogstperiode. Een groot probleem voor de telers is voldoende water. De planten moeten niet zoals rijst permanent onder water staan, maar de grond moet ten alle tijde vochtig blijven. Een lange droogteperiode tijdens de zomerperiode kan dus nefast zijn voor de oogst.

Kolonisten

De cranberry, in Nederland en Duitsland vaak 'Preiselbeere' genoemd, maar die officieel de Amerikaanse veenbes heet, is één van de slechts drie bessensoorten die inheems zijn in de VS! De andere twee zijn de blueberry en de concord grape. De Amerikaanse kolonisten gaven aan de plant de naam cranberry wegens het gekromde patroon van de bloembladen en de gelijkenis met de kop van een Kraanvogel. De Wanipanog Indianen die op Cape Cod (Massachusetts) woonden gebruikten de vrucht al honderden jaren voor de eerste kolonisten en benoemden de rode vruchten '*sassamanash*', hetgeen betekent 'scherpe en verkoelende vrucht'. Ze gebruikten de bessen als voedsel of maakten extracten om dekens en kledij te verven. Vaak werden brouwsels aangewend om wonden of huidandoeningen te verzorgen. De Europese pelgrims

>>



>> maakten in de 17^{de} eeuw in Massachusetts voor het eerst kennis met de vrucht. Menig uitgehongerd kolonist kon zich door deze krachtige vruchten, die veel vocht en vitamine C bevatten, van de dood redden tijdens de talrijke trektochten in onherbergzame gebieden. Op basis van historische reisverhalen zouden cranberries voor het eerst in 1621 ter gelegenheid van het traditionele Thanksgiving feest zijn opgediend. Aan de Amerikaanse oorlogsveteraan *Henry Hall* worden de eerste commercieel culturen toegeschreven die werden opgericht omstreeks 1816 in Cape Cod. Echter reeds in de 17^{de} eeuw verscheen de cranberry in de Engelse kookboeken en in 1677 werden tien vaten cranberries verscheept naar koning Charles II om zijn woede te temperen dat de kolonisten (Pilgrims) hun eigen munten hadden gemaakt. Het vasteland kwam voor het eerst in aanraking met de vrucht toen een schip breuk leed voor de Nederlandse kust en kratten met cranberries aanspoelden op het eiland Ter Schelling. Inmiddels worden cranberries niet alleen meer in de VS maar ook in Engeland, Nederland, Finland, Duitsland, Zwitserland, Indonesië, Brazilië en Japan op grote schaal gecultiveerd.

Oogst

Tot rond 1950 werd de cranberry met de hand geplukt (droge methode).

Toen ontwikkelde men in Wisconsin, nog steeds een grote producent, de natte methode. De oogst vindt plaats van eind oktober tot diep in november door de velden onder water te zetten. Seizoenarbeiders rijden met speciale tractoren ('eggbeater') door de velden en woelen het water om zodat de bessen loskomen van de planten en naar de oppervlakte drijven. Daarna worden de bessen in drijvende ringen omsloten en uit het water geschept. Deze nat geoogste bessen worden verwerkt tot vruchtensap, confituren en saus. De droog geplukte bessen worden verkocht voor onmiddellijke consumptie als vers fruit. Een interessant detail is dat de droog geplukte bessen alvorens voor consumptie aangeboden te worden, onderworpen worden aan de 'bounce test' om hun versheid te testen. De bessen worden getrild en moeten over een schotje van 10 cm hoog kunnen springen zoniet worden ze weggegooid.

Fruitsap

Fruitsap gemaakt op basis van zuivere cranberries is zuur en bijna etsend in hoge concentraties. Vandaar dat de commercieel aangeboden dranken (bijv. Ocean Spray) sterk worden verdund of gemengd met andere vruchten zoals frambozen of blauwe bosbessen tot smakelijke en caloriearme vruchtendranken.

Blaasontsteking

De meerderheid van de eenvoudige urineweginfecties (UWI) worden veroorzaakt door bacteriën uit de darm (coliformen) die via de urethra in de blaas terechtkomen. Vrouwen zijn wegens de anatomisch kortere urethra vatbaarder voor urinaire infecties. Bevorderende factoren voor een UWI zijn: genetische bepaalde verhoogde affiniteit voor bacteriën ter hoogte van het oppervlak van de urogenitale cellen, factoren die de normale flora wijzigen zoals bijvoorbeeld een alkalisch milieu, bedlegerigheid, seksueel contact, veroudering of atrofie door oestrogeen tekort en tenslotte invasieve processen en vreemde voorwerpen (pessarium, blaassonde).

Antigenen aanwezig op het oppervlak van het uro-epitheel gaan na adhesie met de fimbriae van de bacteriën het complement systeem en de fagocytosis activeren, zodat het ontstekingsmechanisme op gang komt. De blaaswand wordt langs de binnenzijde beschermd door een glycosaminoglycaan (GAG)-laag. Deze laag vormt een bijkomende bescherming tegen aanhechting van bacteriën, kristallen, ionen, proteïnen en carcinogenen. Beschadiging van deze GAG-laag vermindert de weerstand tegen UWI. De meest voorkomende bacteriën zijn: *Escherchia Coli* (> 70%), *Staphylococcus Saprophyticus*, *Proteus*

*Dr. Erik Merchiers:
"In Angelsaksische en Scandinavische landen
wordt cranberrysap aanbevolen als preventie
en behandeling van urineweginfecties."*

Mirabilis, Klebsiella, Enterobacter en Pseudomonas.

Proanthocyanidines en tannines

Het gebruik van 'fruitsap' bij de behandeling of de preventie van een eenvoudige UWI lijkt controversieel. Echter verschillende studies gepubliceerd in vooraanstaande medische tijdschriften (oa. New England J of Medicine, Spinal Cord, JAMA, J of Ethnopharmacology, etc.) tonen aan dat extracten van cranberries wel degelijk een gunstig effect hebben in de behandeling van UWI. In Angelsaksische en Scandinavische landen wordt cranberrysap aanbevolen als preventie en behandeling van UWI. Ook patiënten met incontinentie tengevolge van een ruggemerglesie zouden minder frequent urinaire infecties vertonen bij dagelijks nuttigen van cranberrysap. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat Gram positieve coccen zich significant minder gaan vasthechten aan de blaaswand. De actieve bestanddelen van cranberries zijn proanthocyanidines, verwant met tannines. Deze chemische bestanddelen verhinderen door middel van competitieve inhibitie de vasthechting van E. Coli aan het oppervlak van de uro-epitheelcel. Bovendien zijn er fundamentele onderzoeken lopende die suggereren dat de proanthocyanidines

de genetische expressie van de bacteriële fimbriae onderdrukken, hetgeen de bacteriën moeilijker maakt om zich vast te hechten aan de blaaswand. Talrijke studies zijn in uitwerking om het werkingsmechanisme van cranberries te doorgronden. In elk geval zijn er voldoende historische en wetenschappelijke gegevens om de efficiëntie van cranberries in de behandeling van een eenvoudige ongecompliceerde urinaire infectie aan te nemen. Ervaringen opgedaan in eigen praktijk in geval van patiënten met recidiverende urinaire infecties zijn positief. Driemaal daags 1 glas (250ml) cranberrysap of 3x1 capsule per dag gedurende minimum 4 tot 6 weken worden aanbevolen bij recidiverende urinaire infecties of ter ondersteuning van een antibioticabehandeling.

Geen folklore

Cranberries hebben reeds decennia hun culinaire plaats veroverd in gebak, sauzen en fruitdranken. Ook als decoratie voor een feestelijke (Amerikaanse) wintertafel zijn ze gegeerd. De geneeskundige werking is bescheiden maar mag zeker niet miskend worden. Recent fundamenteel en klinisch onderzoek wijzen op een effectieve werking ter hoogte van de adhesie van de bacteriën met de blaaswand. Cranberries zijn meer dan Amerikaanse folklore!

Deze mooie en smakelijke vrucht met tal van culinaire toepassingen en met bovendien geneeskundige eigenschappen verdient verder onze aandacht.

Dr. Erik Merchiers, gynaecoloog



*Dr. Erik Merchiers:
"De geneeskundige werking van
cranberries is bescheiden, maar
mag zeker niet miskend worden."*

Dr. Guy Van den Abeele:
*“Onderzoek heeft aangetoond dat een goede nachtrust
 de belangrijkste voorwaarde is voor een lang leven.”*



SLAAPONDERZOEK

“Dokter, krijg ik een slaappilleke”

18

Na de anticonceptiepil zijn slaappillen de meest voorgeschreven medicatie. Ze worden heel vlot gevraagd en dikwijls wordt die vraag zonder verdere plichtplegingen ingewilligd. Vaak zijn slaapmiddelen gemakkelijkheidsoplossingen.

Zijn slaapmiddelen wel de juiste oplossing? Hebben mensen niet gewoon een té hoog verwachtingspatroon van hun slaap en de kwaliteit ervan? Niet iedereen met slaapklasten heeft daarom effectief slaapproblemen.

Een steekproef: AZ Sint Lucas, Gent, 09/03/2004

Om de praktijk aan de theorie te toetsen, heeft Kathy de Koning om haar getuigschrift van neuroverpleegkundige te behalen, in het ziekenhuis een steekproef gehouden. Op drie verschillende afdelingen werden de medicatiegegevens van in totaal 70 opgenomen patiënten verzameld. Het gaat over een afdeling inwendige ziekten (23 ptn.), een geriatrische (26

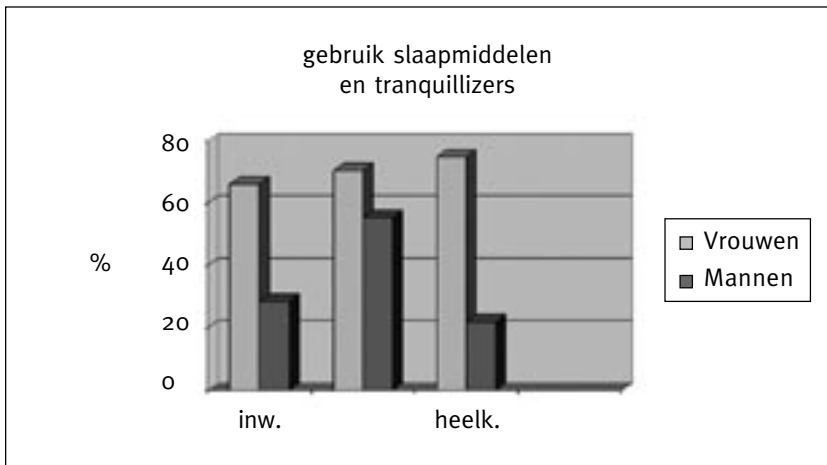
ptn.) en een heelkundige afdeling (21 ptn.). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 73 jaar. Bij de geriatrische patiënten lag dit natuurlijk hoger: 80 jaar. Onderscheid werd gemaakt tussen mannen en vrouwen en tussen het al dan niet gebruiken van slaapmiddelen en tranquillizers.

70% van de vrouwelijke ziekenhuispatiënten nemen slaappillen tegenover 35% van de mannen. Met andere woorden: dubbel zoveel vrouwen als mannen hebben nood aan slaapmedicatie. Een duidelijke verklaring biedt de wetenschap niet. Wel enkele veronderstellingen: vrouwen hebben meer kommer en leed door-gemaakt, vrouwen zijn vaker depres-

sief, mannen gaan minder diep op de problemen in of relativeren meer als hun slaap niet optimaal is: “het hoort nu eenmaal bij de leeftijd”. Vrouwen zouden genetisch minder diepe slaap genereren, waardoor meer droomslaap ontstaat én een grotere vatbaarheid voor depressie.

Vrouwen hebben meer slaapklasten dan mannen en nemen dan ook meer slaappillen: tot de leeftijd van 65 jaar is dit dubbel zoveel, na die leeftijd zelfs viermaal meer. Ook komt het probleem meer voor bij ouderen en niet-actieve mensen dan bij jonge mensen. 30 tot 40 % van de voorgeschreven slaapmedicatie wordt door ouderen gebruikt.

Inwendige (23 ptn.)		Geriatric (26 ptn.)		Heelkunde (21 ptn.)	
Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen
9	14	17	9	12	9
Gemiddelde leeftijd					
70	72	80	81	76	62
Gebruik slaapmiddelen en tranquillizers					
+	-	+	-	+	-
6	3	4	10	12	5
66%	34%	28.5%	71.5%	70.5%	29.5%
55.5%	44.5%	75%	25%	22%	78%



Insomnie wordt gedefinieerd als een in- of doorslaapstoornis, in combinatie met disfunctioneren overdag. Hoe weinig aandacht er ook besteed wordt aan slaapproblemen, zeker in vergelijking met voorlichting omtrent voeding of lichaamsbeweging, toch is de weerslag van slaapproblemen in de geneeskunde aanzienlijk. Zo verhoogt het risico op arbeidsongevallen en verkeersaccidenten en neemt het absentieïsme sterk toe. Militairen van de zeemachtbasis van San Diego met insomnie dringen vaker aan op bevordering, mensen lijdend aan slapeloosheid zijn vaker ontevreden met hun werksituatie, willen hoger opklimmen ondanks een mindere conditie, wat de stress alleen maar aanwakkert en zo is de cirkel rond! Het risico voor heel wat medische aandoeningen neemt toe, zoals voor myocardinfarcten (werkweken van meer dan 61 uur verdubbelen het risico op een hartinfarct) en ook de pijn verbonden aan traumatologie en sommige andere medische aandoeningen wordt erger bij insomniepatiënten. Insomnie zal vaak aanleiding geven tot allerlei zelfmedicaties en tot drinken van alcohol: het zogezegde "slaapmutsje", wat gevaarlijker kan zijn dan de klassieke slaapmiddelen. Alcohol zal inslapen bevorderen maar ten koste van een gefragmenteerde slaap. Tussen slapeloosheid, depres-

sie en angststoornissen bestaat een nauwe band: bij een eerste episode van een stemmingsstoornis bleek de insomnie meestal eraan voorafgaand (40%) of tegelijkertijd (29,4%) op te treden. Bij een eerste episode van een angststoornis trad insomnie daarentegen tegelijkertijd (38,6%) of erna (43,5%) op. Multivariate analyse liet zien dat – naast het vrouwelijk geslacht, oudere leeftijd en lager inkomen – ernstige insomnie de belangrijkste voorspeller was voor een psychiatrische voorgeschiedenis. De auteur Ohayon (2003) vraagt zich terecht af of insomnie geen factor is in het ontstaan van psychopathologie en of snelle behandeling van slapeloosheid geen depressie zou kunnen voorkomen. Patiënten met slaapproblemen doen meer een beroep op de spoedgevallendienst en op allerlei artsen, bellen hen vaker op, 'eisen' meer labo- en andere technische onderzoeken en kosten de ziekteverzekering een flinke duit meer.

Buiten het ziekenhuis hebben 1 op 3 mensen slaapproblemen, waarvan de ene helft alle nachten 'afziet', de andere helft enkele nachten per week. Eén derde van de Europeanen met slaapproblemen raadplegen hun arts en hiervan krijgt een kwart een voorschrift. Acht procent van de mensen

met een voorschrift gaat uiteindelijk toch niet naar de apotheek.

Dat in een ziekenhuis meer hypnotica worden gebruikt lijkt evident. Naast het feit van ziek te zijn, spelen omgevingsfactoren mee: je moet je kamer delen, het is niet volledig donker, er is meer lawaai (en toch zo vroeg al), je matras voelt harder aan. Je hebt angst voor de komende onderzoeken en je bent de hele dag in dezelfde kamer met niets om handen. Dus op het eind van de dag ben je niet vermoeid genoeg om een hele nacht door te slapen. Na enkele dagen begint dit natuurlijk zwaar te wegen en dan komt de onvermijdelijke vraag: "Dokter, krijg ik een slaappilleke?" Waarop de bereidwillige dokter vaak meteen positief antwoordt...

Soms moeten wij de hand in eigen boezem steken als wij er niet op letten de slaapmedicatie bij het ontslag af te bouwen, want een opname in het ziekenhuis is niet zelden de aanleiding voor een jarenlang gebruik van slaapmiddelen. Afbouwen is belangrijk, want plots stopzetten kan soms een toename van droomslaap veroorzaken en dit maakt de mensen behoorlijk bang.

Slaap wordt volgens William Dement het stiefkind van ons leven: meer en meer verwaarloosd door de zware eisen van carrière, relatie, gezin en een actief sociaal leven. Onze dagen worden steeds langer. Onderzoek heeft nochtans aangetoond dat een goede nachtrust de belangrijkste voorwaarde is voor een lang leven, belangrijker dan gezond eten, lichaamsbeweging of erfelijke factoren. Slaap zacht...

Dr. G. Van den Abeele, neuroloog

Centrum voor Slaaponderzoek

dienst neurologie
tel. 09-224 65 30

dienst pneumologie
tel. 09-224 64 70

betrouwbare Zorg



www.azsintlucas.be



azsint-lucas