



Special: spine unit

Het belang van klinisch onderzoek

Een zorgpad met aandacht voor 'risk stratificatie'

Chirurgische benadering

Het belang van kritische indicatiestelling

Fysische geneeskunde

Focus op optimaal functioneel herstel

De pijnkliniek

Een onmisbare expertise binnen de spine unit



dr. DIRK MAES
Medisch directeur

Multidisciplinaire aanpak

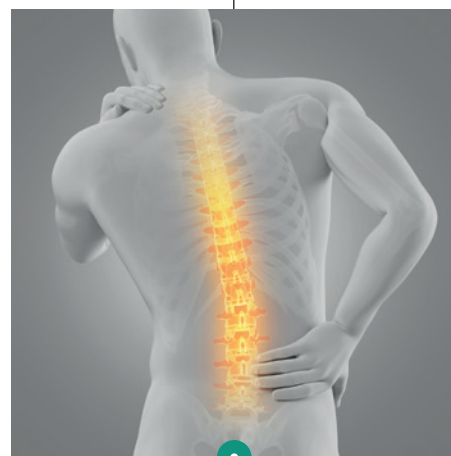
In deze special van ons huisartsenmagazine vertellen we u alles over onze spine unit. Deze unit mag beschouwd worden als een voorbeeld van hoe we als ziekenhuis meer en meer gaan voor een multidisciplinaire aanpak. We geloven namelijk dat de toekomst van de gezondheidszorg ligt in de multidisciplinaire benadering van de patiënt in zijn geheel. Daarnaast hebben we ook meer aandacht voor het betrekken van de patiënt bij zijn zorg. In het kader hiervan introduceren we PROMs (Patient Reported Outcome Measures) waarbij de patiënt wordt gevraagd een gestandaardiseerde vragenlijst in te vullen die peilt naar zijn gezondheidstoestand. De spine unit neemt deel aan dit pilootproject.

We zijn toch ook wel fier dat de feedback die we krijgen omtrent onze kwaliteitsindicatoren steeds goed is, zoals blijkt uit de gestandaardiseerde mortaliteitsratio (zie p. 5).

Tot slot geef ik graag nog mee dat de besprekingen rond de netwerkvorming in meer definitieve plooiën aan het vallen zijn. De erkenningsaanvraag van Ziekenhuisnetwerk Gent (AZ Sint-Lucas, UZ Gent, AZ Jan Palfijn en AZ Oudenaarde) is inmiddels officieel ingediend.



INHOUD



08

Het belang van klinisch onderzoek

Aandacht voor
risk stratificatie



Extra signalisatie in het parkeergebouw

Sommige patiënten en bezoekers ondervonden moeilijkheden bij het terugvinden van hun wagen in het parkeergebouw. Sinds kort heeft iedere verdieping een andere opvallende kleur en kan men aan de hand van een letter onthouden aan welke kant men geparkeerd staat.



10

Chirurgische behandeling

Spinale chirurgie als conservatieve pijnbehandeling niet baat



12

Fysische geneeskunde

Focus op optimaal functioneel herstel

EN VERDER

- 04 Kort
- 06 Special spine unit: inleiding
- 14 De pijnkliniek
- 16 Traumatologie
- 18 Focus op kwaliteit
- 19 Nieuwe artsen
- 20 In de praktijk

COLOFON Focus is het artsenmagazine van vzw AZ Sint-Lucas en Volkskliniek: Campus Sint-Lucas, Groenebriël 1, 9000 Gent, Campus Volkskliniek, Tichelrei 1, 9000 Gent, T 09 224 61 11, www.azstlucas.be
 • **Hoofdredactie** Iny Cleeren • **Redactie en eindredactie** Nike Annys, Iny Cleeren, Lisa Dierickx, communicatie@azstlucas.be
 • **Verantwoordelijke uitgever** Dr. Dirk Maes, Groenebriël 1, 9000 Gent • **Foto's** AZ Sint-Lucas, Johan Martens, Philip Vanoutrive, Shutterstock • **Vormgeving** Femke Vlaeminck, dienst Communicatie AZ Sint-Lucas



De zesde editie van **Lucas late night**

Op 18 oktober haalden we gitaarvirtuozen Bert Ostyn (Absynthe Minded) en Toon Vlerick naar de Miry concertzaal voor de zesde editie van de Lucas Late Night. De aanwezigen kregen maar niet 'enough' van dit fijne optreden en applaudisserden Bert en Toon terug op het podium voor een bisronde. Leuk dat jullie erbij waren. We verwelkomen jullie volgend jaar graag opnieuw!

Vree wijze kleintjes

De materniteit wordt momenteel volop verbouwd tot een gloednieuwe afdeling, waardoor we tijdens de werken moeten uitwijken naar een andere afdeling. We doen ons best om patiënten daar zoveel mogelijk comfort te bieden en ongemakken tot het minimum te beperken. Om hen te bedanken voor hun geduld en begrip, krijgt elk 'wijs kleintje' dat hier geboren wordt een rompertje en slabbetje cadeau. De verhuis naar de nieuwe materniteit is gepland in januari.



Medische avond over **infectiologie**

Op dinsdag 17 december vindt naar jaarlijkse gewoonte een huisartsenavond plaats over infectiologie. Op het programma:

- Antibioticabeleid bij COPD exacerbaties door dr. Filip Triest, longziekten-infectiologie
- Primaire immuundeficiënties: screening bij de huisarts door dr. Dirk Ommeslag, longziekten-infectiologie
- Resistentie van *Helicobacter pylori* in de Gentse regio en therapeutische consequenties door dr. Denis Marichal, maag-, darm- en leverziekten

Afspraak op dinsdag 17 december 2019 om 20.30 uur in campus Sint-Lucas, straat 31. Accreditering is aangevraagd. Inschrijven via 09 224 61 25 of inschrijving@azstlucas.be.

Dagziekenhuizen verhuizen één voor één naar blok W

Half juni namen de eerste diensten hun intrek in de gloednieuwe W-vleugel. Het dagziekenhuis inwendige en infuustherapie mocht de spits afbijten. De scopen van het dagziekenhuis worden gedesinfecteerd in een volledig nieuw endocentrum. In maart volgen de pijnkliniek en de dagziekenhuizen oncologie en geriatric. Het dagziekenhuis heerkunde en het oogcentrum verhuizen in april als laatste naar blok W. Tegen midden 2020 zitten alle dagziekenhuizen dus mooi onder één dak.



Mortaliteitsratio

De gestandaardiseerde mortaliteitsratio voor AZ Sint-Lucas werd op basis van de gegevens uit de 3M-benchmark (waaraan 81 Belgische ziekenhuizen deelnemen) berekend voor de laatste vijf jaar.

In de analyse wordt de mortaliteit van AZ Sint-Lucas op een gestandaardiseerde manier (dus rekening houdende met de samenstelling van onze patiëntenpopulatie, de zogenaamde case mix) vergeleken met de mortaliteit van 81 andere Belgische ziekenhuizen. Hierbij wordt per type patiënt (pathologie, comorbiditeiten, leeftijd ...) bekeken hoeveel overlijdens er zijn in ons ziekenhuis in vergelijking met het aantal overlijdens voor hetzelfde type patiënt in de andere ziekenhuizen.

Op basis hiervan wordt berekend wat de 'verwachte' mortaliteit voor ons ziekenhuis is, rekening houdende met de case mix.

Uit deze gegevens blijkt dat we sinds 2013 steeds minder overlijdens hebben dan volgens de benchmark zou verwacht worden voor onze case mix. We scoren dus steeds beter dan de gemiddelde mortaliteitsratio binnen de groep van 81 Belgische ziekenhuizen. Bovendien blijft onze mortaliteitsratio jaar per jaar dalen. Dit is een mooi resultaat van de continue inzet van onze artsen en zorgmedewerkers op kwalitatieve zorg.

Huisartsenwachtpost op de site van AZ Sint-Lucas

De Algemene Vergadering van de Huisartsenvereniging Gent vzw heeft met ruime meerderheid beslist dat de twee Gentse huisartsenwachtposten een nieuwe bestemming krijgen op de sites van AZ Sint-Lucas en het UZ.

We gaan op korte termijn in overleg met de huisartsen over de praktische uitwerking van de wachtpost om tot een optimale samenwerking te komen. Meer info hierover volgt later.

Behandeling van de wervelkolompathologie: een blik op de toekomst

Wervelkolompathologie en meer bepaald de degeneratieve aandoeningen van de wervelkolom, kennen een grote incidentie in Europa met regionaal aantoonbare verschillen. De kosten voor de sociale zekerheid zijn belangrijk en nemen toe met de vergrijzing van de bevolking. Deze last vereist een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak als we de noodzakelijke zorg willen blijven aanbieden. In deze Focus leest u over de maatregelen die de laatste jaren werden genomen om patiënten in België een toekomst te bieden en over de multidisciplinaire aanpak in AZ Sint-Lucas.



Dr. Johan Van Lerbeirghe

In 2013 werd de SSBe (Spine Society of Belgium) officieel opgericht als overkoepelende nationale organisatie van de reeds bestaande vakverenigingen voor orthopedie (BSS, Belgian Spine Society), neurochirurgie (BNSS, Belgian Neurosurgical Spine Society) en fysiotherapie (PRM, Physical and Rehabilitation Medicine). Dit bleek geen dag te vroeg. Als steunend lid van de oprichtende krachten voor de EuSSAB (zie verder) was een drang naar uniforme Europese opleidingsprogramma's en uitwisseling van informatie ontstaan. Daarvoor zijn overkoepelende organisaties een noodzaak, maar ook nationaal bleek deze zet noodzakelijk.

Van bij de oprichting kreeg de SSBe als belangrijke gesprekspartner van de FOD en het RIZIV de opdracht toebedeeld om in navolging van de hervorming van de nomenclatuur voor orthopedie (exclusief spinale pathologie) ook

de nomenclatuur voor spinale chirurgie te herschrijven samen met de neurochirurgie. Deze sterk hervormde en minder voor interpretatie vatbare nomenclatuur is reeds vijf jaar afgeleverd op de burelen van het RIZIV. Simultaan kwam er in 2014 vanuit de overheid een aanzienlijke snoei in het budget voor de terugbetaling van implantaten in de wervelkolom. België kende een duidelijk hoger verbruik van de middelen dan omringende Europese landen voor de behandeling van de wervelkolompathologie. Dit was de aanleiding voor de SSBe om samen met de overheid de aanpak van de spinale pathologie te hervormen met als input de verbetering van de kwaliteit, opleiding, registratie, nomenclatuur en informatie. Het lange werk wacht op bekrachtiging van de (nog te vormen) regering.



**Dr. Johan Van Lerbeighe is als
 comité member van Eurospine/
 EuSSAB medevertegenwoordiger
 van 26 landen en 29 societies**

De peilers

Vier belangrijke peilers werden bij de oprichting van de SSBBe als doel vooropgesteld:

1. Een nomenclatuur gebaseerd op richtlijnen, niet op diagnose, inclusief vaardigheid, tijd en moeilijkheid.
2. Nationale richtlijnen opstellen gebaseerd op bestaande Europese richtlijnen en systematische reviews in samenwerking met het KCE.
3. Opstellen van programma's voor uniforme (Europees gehomologeerde) opleidingen.
4. Unieke gesprekspartner en expertengroep vormen voor de FOD, RIZIV, Eurospine en UEMS (European Union of Medical Specialists).

De nomenclatuur, de spine units en het multidisciplinair overleg

AZ Sint-Lucas had al een spine unit opgericht in 2012. Van bij het begin lag de klemtoon op de benadering van de wervelkolompathologie vanuit verschillende, soms overlappende disciplines. Voor bepaalde pathologieën wordt een multidisciplinair consult trouwens verplicht (bv. vertebroplastie, kyphoplastie, revisiechirurgie en sagittale balans chirurgie). De multiple revisieratio voor zowel conservatieve als heelkundige behandeling ligt in ons land te hoog. Een multidisciplinaire aanpak met peer review kan soelaas brengen vanuit de beroepsgroep.

Richtlijnen en het zorgpad lage rugpijn en radicaire pijn

Met de richtlijn als basis werd een zorgpad ontwikkeld. Om het draagvlak zo breed mogelijk te maken werd werkelijk iedere partner bij dit project betrokken. Dit document heeft geleid tot een internationaal erkende interactieve tool die via de overheid binnenkort wordt geïmplementeerd in de eerstelijnszorg en in de ziekenhuizen. Op pagina 8 - 9 wordt dit nader toegelicht.

Europa

België speelt een relatief belangrijke rol binnen de structuur van Eurospine.

1. Het Eurospine Diploma.

De SSBBe is institutioneel lid van EuSSAB (European Spine Society Advisory Board). Alle leden van de BSS, BNSS en de PRM zijn per statuut ook lid van de EuSSAB. De meeste wervelkolomchirurgen in de regio zijn hierdoor geassocieerd lid. Eurospine biedt basic en advanced modules aan in een European Spine Diploma dat reeds door EANS is gehomologeerd. De klemtoon ligt op een uniforme opleiding voor wervelkolomspecialisten tijdens of na hun opleiding. Ze worden in verschillende Europese landen aangeboden.

2. Patient line

Op de website van de SSBBe (www.spinesociety.be) is bij 'info patiënten' een link naar patient line van Eurospine voorzien: patiënteninfo die mede met patiëntenverenigingen werd opgesteld en beëdigd werd vertaald. Momenteel zijn vertalingen beschikbaar in het Nederlands, Frans, Duits, Italiaans, Spaans, Turks en Hebreeuws. Het loont zeker de moeite deze site te bekijken en de info eventueel aan uw patiënten aan te bevelen. Op pagina 20 vindt u een overzicht van alle interessante websites.

3. Het Spine Tango Register

De SSBBe is met de overheid overeengekomen om een pilootregister (Spine Tango) op te starten in 18 deelnemende ziekenhuizen in België. Naast belangrijke parameters zullen door middel van de COMI (Core Outcome Measure Index) ook PROMs gemeten worden voor lumbale ingrepen en conservatieve K60-behandelingen. AZ Sint-Lucas is één van de deelnemende ziekenhuizen. U leest er meer over op pagina 18.

Dr. Johan Van Lerbeighe

Het belang van klinisch onderzoek bij de behandeling van wervelkolompathologie

Naast de klassieke en specifieke testen is het belangrijk om goed te luisteren naar een patiënt met rug- en nekpijn. Het is noodzakelijk om het totaalplaatje in ogenschouw te nemen. Een zorgpad met aandacht voor 'risk stratificatie' kan daarbij helpen.

Sedert de ontdekking van de MRI begin de jaren '70 door de Amerikaanse biofysicus Raymond Damadian, kende de toepassing van dit toestel een opmars begin de jaren '80. Naast de meerwaarde en de voordelen van deze 'scanner' kwamen echter ook de nadelen ervan naar boven. Ondertussen weten we dat bij ongeveer 30% van de asymptomatische bevolking degeneratieve afwijkingen te zien zijn. Dit percentage verdubbelt op 60-jarige leeftijd.

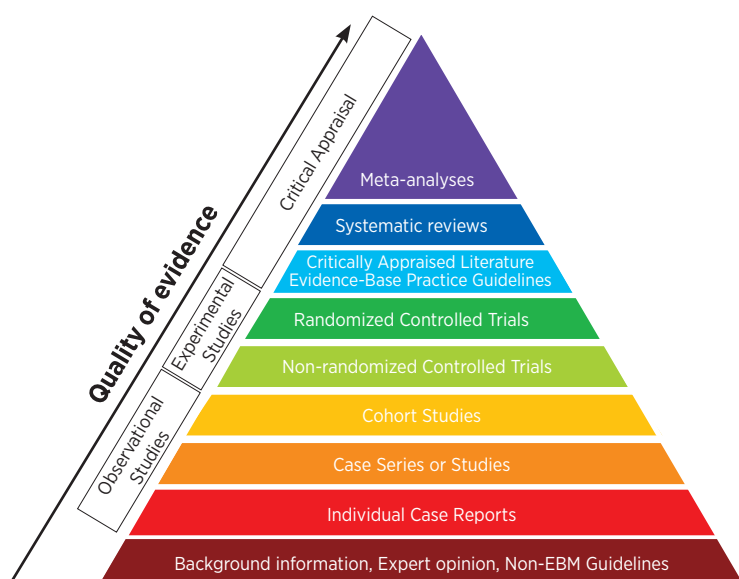
Er blijkt bovendien tot op heden geen causatieve correlatie te bestaan tussen pijn en MODIC-classificaties van dekplaatafwijkingen

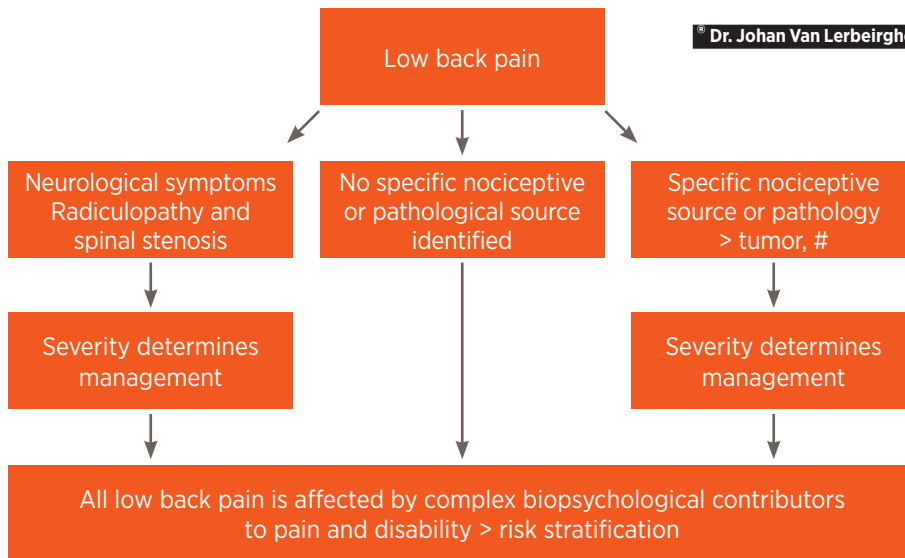
en Pfirrmann-classificaties voor degeneratie van de discus. Er is nood aan stratificatie en functionele MR-testen, maar tot op heden brengen deze experimentele opstellingen geen soelaas. Andere onderzoeken kennen alleen maar een lagere specificiteit en sensitiviteit. Komt daar nog bij dat zowel RX als CT een stralenbelasting toevoegen zonder bij te dragen aan de correcte diagnose.

De noodzakelijke concordantie tussen een degelijk klinisch onderzoek inclusief gerichte anamnese ligt dus voor de hand.

In EBM (Evidence Based Medicine) heeft echter ook het klinisch onderzoek zijn beperkingen. Daar waar gerandomiseerde klinische trials zich vaak toespitsen op therapie, heeft men nood aan houvast tijdens klinisch onderzoek. Pijnprovocatie kent een matige intra-tester betrouwbaarheid en een slechte inter-tester betrouwbaarheid. Testen van instabiliteit kennen een goede inter-tester betrouwbaarheid, maar een slechte betrouwbaarheid als het niveau van de eventuele pathologie moet worden aangetoond. De diagnosemiddelen zijn dus zeker bij degeneratieve klachten beperkt.

Wanneer het gaat om rugpijn met neurologische symptomen, zullen de ernst en het tijdstip van de aandoening de behandeling bepalen. Ook wanneer een duidelijke specifieke oorzaak zoals een fractuur of een tumor wordt gevonden, zal de ernst en de classificatie de strategie bepalen. Het merendeel van de lage rugpijn is echter niet specifiek. De nociceptieve oorzaak kan niet met zekerheid worden aangetoond. Zowel de specifieke als de non-specifieke rugpijn worden beïnvloed door talrijke biopsychologische factoren. Dit brengt ons naadloos bij het zorgpad lage rugpijn en radiculare pijn, opgesteld door het KCE in samenwerking met de SSBe en talrijke partners waarin ook belang wordt gehecht aan 'risk stratificatie'.





Zorgpad lage rugpijn en radiculare pijn

Deze interactieve tool is gebaseerd op de nationale richtlijn en kent een hoge wetenschappelijke waarde (zie piramide EBM hoger) omdat deze richtlijnen voortkomen uit beschikbare systematische reviewartikelen. U kunt kiezen tussen eerste lijn of gespecialiseerde zorg en tussen lage rugpijn of radiculare pijn. Men volgt in deze tool een tijdlijn. De uiteindelijke bedoeling is om na risk stratificatie (de zogenoemde vlaggen) te vermijden dat de patiënt enerzijds te vlug wordt behandeld en anderzijds niet in de chroniciteit terechtkomt.

Deze risk stratificatie (buiten de rode vlaggen) mag niet te vroeg doorgevoerd worden bij het eerste consult. Een belangrijk deel van de pathologie lost zich immers vanzelf op. Bij een te vroege risk stratificatie dreigt overbehandeling. De Belgische richtlijnen expertengroep beveelt aan om deze stratificatie door te voeren bij een tweede consult na 14 dagen. Lees meer over het zorgpad op pagina 20.

Het klinisch onderzoek

Naast de klassieke en specifieke testen (mobiliteit, neurologisch onderzoek) is het dus belangrijk om goed te luisteren naar een patiënt met rug- en nekpijn.



Een patiënt met schouderpijn zal eerder naar de deltoïd-regio grijpen dan naar de trapeziusregio zoals bij nekpijn

Een patiënt die radiculare pijn in de arm ervaart, ziet cervicobrachialgieklachten eerder verdwijnen bij elevatie van de arm, terwijl schouderpathologie de klachten doet toenemen bij elevatie.

Aandacht is echt vaak nodig. Soms wordt een patiënt met een CT CWZ doorgestuurd met een nauw neuroforamen en ulnaire klachten. Alleen al bij inspectie kan men een zeldzaam maar vaak miskend Claude Bernard Horner syndroom ontdekken. Een klinisch onderzoek van de cervicale wervelkolom en de lumbale wervelkolom vereisen ook aandacht voor schouder-, elleboog-, hand-, heup-, knie- en voetpathologie.

Verder in deze Focus wordt het multidisciplinair karakter nogmaals onderstreept. De chirurgische diensten kennen in AZ Sint-Lucas een gemeenschappelijk klinisch plan op de afdelingen orthopedie en neurochirurgie. U leest er meer over in het volgende artikel.

Dr. Johan Van Lerbeirghe

Info

Dienst orthopedische heekunde en traumatologie

Straat 24 • T 09 224 65 90

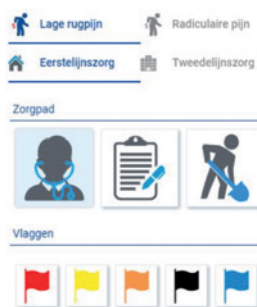
Dienst neurochirurgie

Straat 58 • T 09 224 65 20

Dienst fysische geneeskunde

Straat 29 • T 09 224 63 60

Interactieve tool



Rode vlaggen:

- Urgenties (onmiddellijk handelen, neurologisch deficit MRC <3, trauma en vasculair)
- Semi-urgent (48u, pathologische fractuur, infectie)
- Minder urgent (tumor, inflammatoir lijden)

Gele vlag:

psychologische factoren

Oranje vlag:

psychiatrische aandoeningen

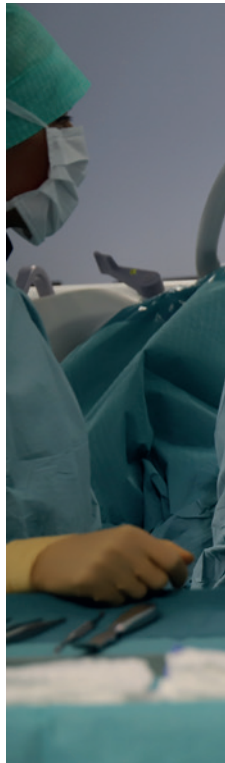
Blauwe en zwarte vlaggen:

werkgerelateerd en litigatie.

www.lagerugpijn.kce.be

Chirurgische behandeling binnen spinaal traject

Als de conservatieve pijnbehandeling niet het gewenste resultaat oplevert, gaat de patiënt aankloppen bij de chirurg. Opereren is echter niet altijd zaligmakend. De spinale chirurg draagt een kritische indicatiestelling hoog in het vaandel en opereert pas als chirurgie een gunstige outcome kan bieden. Binnen AZ Sint-Lucas wordt het ganse gamma van spinale chirurgie aangeboden. De polarisatie tussen de neurochirurg en orthopedisch chirurg vervaagt. Een nieuwe specialisatie, de spinale chirurg, kondigt zich aan. Dr. Bonny Noens, diensthoofd van de dienst neurochirurgie, licht de collectieve visie toe.



De rol van de chirurg

Conservatieve behandeling (relatieve rust, medicatie, kinesitherapie) blijft de eerste keuze zolang de pijn onder controle blijft met medicatie en er geen neurologisch deficit is. Als deze behandeling onvoldoende blijkt, kan een gerichte behandeling op de pijnkliniek soelaas bieden. Een operatieve behandeling komt pas in het vizier wanneer de conservatieve behandeling faalt of als er verlamming optreedt: het klassieke voorbeeld is een acute hernia met dropvoet.

In eerste instantie doet de chirurg aan diagnostiek: aan de hand van een anamnese en een klinisch onderzoek wordt de oorsprong van de pijn achterhaald. Deze oorsprong kan zich bevinden op verschillende niveaus van de wer-

velkolom: radicaire compressie, puur degeneratief discaal, facetair of intrinsiek neurogeen. Maar ook soms buiten de wervelkolom: symptomatische coxarthrose, Pancoasttumor met plexusinvasie, Multiple Sclerose ... Deze diagnostiek is essentieel om te bepalen of en welk type chirurgie aangewezen is. Een discushernia geneest in 60% van de gevallen spontaan en moet niet altijd geopereerd worden. Spinale kanaalstenose of degeneratieve zaken en tumoren gaan alleen maar progressief toenemen en daar is chirurgie wel een oplossing als de conservatieve therapie faalt. De houding ten opzichte van chirurgie is echter veel restrictiever geworden. Niet iedereen is beter na een operatie. De maatschappelijke houding ten opzichte van spinale chirurgie is soms negatief.

Bij de selectie houden we ook rekening met niet-organische factoren (economisch, psychologisch ...) die een rol spelen bij de outcome van de chirurgie. Bovendien werken we heel sterk aan patiëntenparticipatie en patient empowerment: wat wil de patiënt? We nemen dan ook samen met de patiënt de beslissing tot chirurgie. Kiezen we voor chirurgie, dan opteren we voor de meest adequate en indien mogelijk voor de minst invasieve ingreep.

Patiënten zien chirurgie vaak als het laatste redmiddel als alle conservatieve therapieën falen. Als wij dan geen indicatie vinden om te opereren, ervaren ze dit soms ook als een niet erkennen van hun pijnprobleem. Hier bevinden we ons dan nog op deels onontgonnen terrein met nog meer plaats voor multidisciplinaire aanpak.

Succesfactoren voor een goede outcome van spinale chirurgie

- Kritische indicatiestelling na doorgedreven diagnostiek
- Concondantie tussen kliniek en radiologie
- Technisch perfect uitgevoerde ingreep
- Patiënt met realistische verwachtingen m.b.t. de ingreep
- Voldoende begeleiding en support in de postoperatieve revalidatie

Beeldvorming

Laat bij een patiënt met rugpijn een NMR uitvoeren en geen CT of RX.



• Info

Neurochirurgie

Straat 58

Dr. Giovanni Alessi

Dr. David Colle

Dr. Bob D'Haen

Dr. Bonny Noens

Dr. Kristel Vanchaze

T 09 224 65 20

Orthopedische heelkunde en traumatologie

Straat 24

Dr. Johan Van Lerbeirghe

Dr. Philippe Verjans

T 09 224 65 90

Minimaal invasieve chirurgie

Vroeger werden spieren en zenuwen zwaar gemanipuleerd bij spinale chirurgie, waardoor de patiënt nog pijn bleef hebben door ischemie van de spieren en manipulatie van de zenuwstructuren, ondanks een technisch goed resultaat. Tegenwoordig zetten we maximaal in op minimaal invasieve technieken: de incisie wordt zo klein mogelijk gehouden om schade aan omliggende structuren te beperken en er wordt geopereerd onder dubbele scoping met percutane of transmusculaire technieken. De outcome is opmerkelijk beter: minder postoperatieve pijn, snellere mobilisatie en kortere opnameduur.

Een evolutie binnen de minimaal invasieve chirurgie zijn ook de anterieure operaties waarbij de wervelkolom benaderd wordt via anterieure retroperitoneale weg. Door de wervelkolom via anterieur te opereren, bewaren we de integriteit van de spieren en zenuwen die zich posterieur van de wervelkolom bevinden, waardoor er minder blijvende pijn is en de revalidatie vlotter verloopt.

Aanbod

De diensten neurochirurgie en orthopedie van AZ Sint-Lucas bieden het volledige gamma van moderne rugchirurgie aan voor de behandeling van volgende aandoeningen:

- Discus hernia cervicaal, thoracaal en lumbaal
- Cervicale uncartrose met radiculopathie
- Medullopattie of ruggenmergcompressie
- Spinale kanaalstenose, foraminale stenose, instabiliteit ...
- Discopathie zonder radiculaire compressie
- Intrinsieke en extrinsieke tumorale pathologie

We beschikken over alle technische modaliteiten en voeren spinale chirurgie uit op het hoogst mogelijk niveau. Elke chirurg behandelt elke pathologie maar met een graad aan subspecialisatie met zo nodig onderlinge doorverwijzing.

- Cervicale fusie en prothese
- Cervicale laminectomie en laminoplastie
- Posterieure cervicale instrumentatie
- Thoracolumbale laminectomie, mediale facetectomie en foraminotomie
- Anterieure lumbale fusie en prothese
- Posterieure, transforaminale en laterale intersomatische lumbale fusie

Fysische geneeskunde: focus op optimaal functioneel herstel

De dienst fysische geneeskunde heeft een belangrijke rol in de behandeling van patiënten met pijnklachten ter hoogte van de wervelzuil. Het team van gespecialiseerde artsen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten zet in op adequate pijnbehandeling en optimaal functioneel herstel en vindt het multidisciplinaire karakter van het spine team een absolute meerwaarde.

Door de geïntegreerde samenwerking van een multidisciplinair team willen we komen tot een standaard in de benadering van rug-/nekproblemen wat betreft anamnese, klinisch onderzoek, differentiaal diagnosestelling en therapeutische benadering. Deze setting is rijk genoeg om te kunnen leiden tot een ontwikkeling van gedeelde guidelines voor de benadering en behandeling van pijnsyndromen van de cervicodorsolumbale wervelzuil wat ons zal toelaten een weg te vinden in de complexiteit van het spinaal pijnprobleem waarmee de patiënt het team consulteert. De samenwerking van verschillende deskundigen met elk hun eigen sterkte inzake kennis op diagnostisch en therapeutisch vlak kan niet anders dan verrijkend werken in het belang van de patiënt.

Als specialist fysische geneeskunde en revalidatie staan we vooral sterk wat betreft het klinisch onderzoek, waarin we ons niet beperken tot een standaard perifeer neurologisch

onderzoek, maar we ook een biomechanische evaluatie maken van de ruggengraat (spine) én het klinisch vergewissen van een mogelijke gewrichtsontstekingscomponente, al dan niet belastingsgebonden.

De differentiaal diagnostische oppuntstelling kan verrijkt worden met de kennis van de overige leden van het team, elk met hun specialistische kijk en ervaring op anamnestic en klinisch vlak en met de diagnostische tools waarover zij en wij beschikken (medische beeldvorming in al zijn diversiteit, puncties, labo, elektromyografie en SSEP, ganganalyse ...). Samen met het inzicht in de verschillende behandelingsmethodes zoals infiltraties, manuele geneeskunde, denervaties, operaties in al hun diversiteit, fysiotherapie, kinesitherapie, nek- en rugrevalidatie, wordt alles geïmplementeerd op basis van de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid op dat moment (evidence based practice).

Aanbod

- Elektromyografie:
diagnostisch onderzoek waarbij zowel de perifere zenuwen als de spieren worden gecheckt op beschadiging van welke origine dan ook.
- SSEP (Somato Sensory Evoked Potential):
elektroneurofysiologische meting van de doorgankelijkheid van het spinaal kanaal.
- Infiltraties:
 - facetinspuitingen
 - epidurale inspuitingen
 - diverse andere inspuitingen
- Manuele geneeskunde:
functieherstel van facetten die in functie beperkt zijn (=biomechanisch herstel)
- Fysiotherapie-kinesitherapie:
locoregionale behandelingen
- Rug- en nekrevalidatie: zie kaderstukje

Dr. Peter De Rycke

Rug- en nekrevalidatie

Rug- en nekrevalidatie is er voor elke patiënt met rug- en nekpijn als gevolg van een verminderde conditie van de rug-, nek- of buikspieren. Het doel van de revalidatie is het verhogen van de rug-nekbelastbaarheid, soepelheid, spierkracht en uithoudingsvermogen van de rug-, nek- en buikspieren en het verbeteren van de conditie.

Dat doen we aan de hand van basisoefeningen met bijzondere aandacht voor stabilisatie, coördinatie, mobiliteit, relaxatie en houdingscorrectie. Met speciaal ontwikkelde toestellen werken we aan het verhogen van de soepelheid, spierkracht en het uithoudingsvermogen. Het DAVID-systeem met instelbare weerstand geeft de patiënt continu feedback (via het Evaluated Exercise system) over de snelheid, frequentie en mobiliteitsrange die hij ontwikkelt. Tijdens de behandelingen krijgt de patiënt ergonomische tips en wordt de houding gecorrigeerd. Dit wordt aangevuld met specifieke ergonomielessen die de patiënt helpen om foute gewoonten om te buigen naar rugbeschermende handelingen.

Bewegings- en psychologisch bilan

De patiënt wordt begeleid door een multidisciplinair team en op regelmatige tijdstippen geëvalueerd. Er wordt een beginprofiel opgemaakt waarna er een tussentijdse evaluatie volgt en op het einde nog een meting. Bij de start van het oefenprogramma en naar het einde toe wordt een gesprek bij een psychologe voorzien om het algemeen oefenproces te kunnen evalueren. De motivatie en verwachtingen worden besproken en er worden doelstellingen op maat geformuleerd.



Nieuw telefoonnummer secretariaat fysische geneeskunde en revalidatie

De secretariaten van de dienst fysische geneeskunde en revalidatie smelten samen tot één secretariaat. Dit is te bereiken op een nieuw telefoonnummer: 09 224 63 33.

Info

Dienst fysische geneeskunde

Straat 29
Dr. Marc Anciaux
Dr. Peter De Rycke
Dr. Sven Ongena
Dr. Serge Van de Voorde
Dr. Luc Weynants

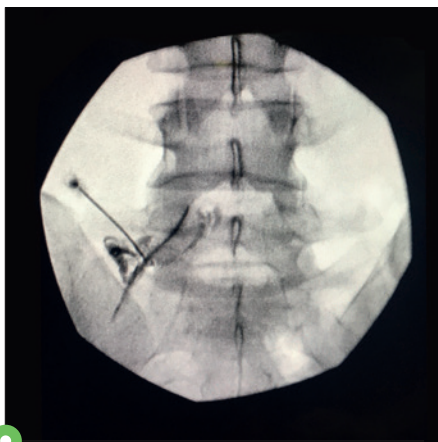
Rug- en nekrevalidatie

Straat 191 (campus Volkskliniek)

T 09 224 63 33

De pijnkliniek als vaste waarde binnen de spine unit

De pijnkliniek heeft een expertise over de wervelkolom die onmisbaar is binnen de spine unit. De activiteit van de pijnkliniek kan grofweg in twee delen worden opgesplitst: het technisch interventioneel aanbod en het multidisciplinair revalidatieaanbod. Deze twee trajecten zijn niet gescheiden, maar ondersteunen elkaar. Het uitvoeren van een technische interventie kan voor de patiënt tot betere resultaten leiden wanneer dit vervat zit in een multidisciplinair traject.



Transforaminale epidurale infiltratie

Pijnklinische interventies

Pijnklinische interventies worden uitgevoerd door de pijnspecialisten, arts-anesthesisten met een bijzondere bekwaamheid in de pijntherapie. Ze worden ondersteund door de pijnverpleegkundigen. Er zijn veel verschillende types van pijnklinische interventies. Voor de wervelkolom kunnen we ze onderverdelen in interventies van de facetgewrichten en interventies van de zenuwstructuren.

Facetinfiltraties met cortisone zijn het meest gekend, maar minder bekend is dat er voor deze kleine wervelgewrichtjes ook andere behandelingen bestaan. Een chronische facetproblematiek is weinig gebaat met een cortisone-infiltratie. Een radiofrequente behandeling van de sensibele zenuwtakjes kan in die gevallen voor heel wat pijnverlichting zorgen en we vermijden op die manier de potentiële risico's van cortisone.

Ook voor de zenuwstructuren zijn verschillende behandelingen mogelijk. De klassieke 'epidurale infiltratie' op lumbaal niveau wordt

nog zelden aangeraden (deze ingreep is sinds 2016 ook niet meer opgenomen in de lijst van vergoedbare prestaties). Bij een probleem van lumboischialgie opteren we voor transforaminale epidurale infiltratie, ook wel de wortelinfiltratie of radixinfiltratie genoemd. Net als bij de facetgewrichten, kan ook de zenuwwortel op andere wijzen dan met cortisone behandeld worden. Chronische radicaire klachten behandelen we beter met een radiofrequente behandeling dan met een chemische.

Multidisciplinair aan het werk

Soms kiezen we voor een traject met neuromodulatie. Hier gaat een intensieve multidisciplinaire evaluatie aan vooraf en ook na de plaatsing van de neurostimulator zal de patiënt verder moeten revalideren binnen het pijncentrum. De motivatie van de patiënt weegt in de keuze voor dit traject flink door.

Het multidisciplinair team van de pijnkliniek bestaat uit een psycholoog, een kinesitherapeut, een ergotherapeut en een pijnverpleegkundige.



Intake en behandeltrajecten worden individueel vorm gegeven. Het behandelaanbod is ruim en bestaat onder andere uit pijneducatie, bewegingstherapie, relaxatietherapie, ademhalings-oefeningen, psychotherapie, ACT ... Behandelingen kunnen individueel of in groep gegeven worden, maar vaak wordt er voor een combinatie van individuele contacten én groepstherapie gekozen. Elk traject is uniek en dit wordt wekelijks met de begeleidende arts besproken op de vaste overlegmomenten. Zo blijft elke behandelaar op de hoogte van de vorderingen en noden van zijn patiënt en brengen we een eensluidende boodschap naar de patiënt.

Spine unit

Vanuit deze expertise nemen de pijnartsen deel aan de consultaties van de spine unit. De jaarplanning, het inroosteren van de patiënten en het inplannen van het verdere behandeltraject verloopt via het secretariaat van de pijnkliniek. Zij verwerken ook de verslagen van de spine unit en laden ze op in e-health (Cozo) na na-

zicht door de artsen. Patiënten worden naar deze unit doorverwezen vanuit één van de deelnemende disciplines. Ook de pijnartsen agenderen patiënten voor een advies van de spine unit.

Deze samenwerking is in vele opzichten uniek. Het verhaal van de patiënt wordt vanuit de verschillende disciplines beluisterd en verder bevraagd. Ook het klinisch onderzoek wordt door de verschillende artsen uitgevoerd, aangevuld en geïnterpreteerd. De artsen bestuderen samen de beeldvorming, bekijken de medicatielijst, overlopen het reeds doorlopen behandeltraject en komen tot een gemeenschappelijk behandelvoorstel.

Een consultatie op de spine unit betekent voor de patiënt een absolute meerwaarde. Vier artsen die tegelijk naar je klachten luisteren, kan voor een patiënt misschien wat intimiderend overkomen, maar die spanning verdwijnt snel wanneer hij voelt dat elke arts even betrokken naar zijn verhaal luistert en actief meezoekt naar de beste oplossing.

Voor de artsen zelf is dit ook een verrijkend moment. Zij houden elkaar up-to-date wat behandelmogelijkheden betreft en leren elkaar ook beter kennen. Dit bevordert de dagelijkse samenwerking: door elkaars expertises beter te kennen, wordt er sneller onderling overleg gepleegd.

Info

Pijnkliniek

Straat 193 (campus Volkskliniek)
Dr. Griet Brusselmans
Dr. David Logé
T 09 224 50 19

Traumatologie op spoed: better safe than sorry

Bij de dienst spoedgevallen nemen we het zekere voor het onzekere als het over spinale letsels gaat. Bij elk trauma gaan we ervan uit dat er kans is op een beschadiging van de wervelzuil. De eerste stabilisatie en het juiste transport zijn dan ook heel belangrijk om te voorkomen dat er door het verplaatsen van de patiënt of door de handelingen van de hulpverleners bijkomende letsels optreden. Een slecht management bij deze slachtoffers kan levenslange gevolgen hebben.



Prehospital In de prehospital fase gaan we altijd systematisch te werk. Heel wat verpleegkundigen en spoedartsen hebben een opleiding ATLS (Advanced Trauma Life Support) of ETC (European Trauma Course) gevolgd waarin ze getraind worden in een algemene systematiek voor het stabiliseren en opvangen van traumapatiënten. Ze volgen het ABCDE-principe (airway and cervical spine control, breathing, circulation, disability en exposure).

Eerst en vooral maken we dus de luchtweg vrij en controleren en stabiliseren we de cervicale wervelkolom. Daarvoor hebben we verschillende technieken en middelen:

- **Manuele stabilisatie** (MILS: Manual In Line Stabilisation) waarbij de hulpverlener zijn handen gebruikt om het hoofd (en dus ook de nek) stabiel te houden.
- **Headblocks**: twee blokken die naast het hoofd worden vastgemaakt met linten ter hoogte van de kin en het voorhoofd. De headblocks kunnen we combineren met een wervelplank of schepbrancard die ervoor zorgen dat de rug van de patiënt ook recht blijft. Een wervelplank wordt altijd in combinatie met een strapsysteem (=spin) gebruikt

om de patiënt goed te fixeren. De bekende harde halskragen gebruiken we steeds minder, zeker bij kinderen. Deze zijn oncomfortabel voor de patiënt en het is niet altijd evident om ze correct aan te leggen.

- Onze voorkeur gaat uit naar een vacuüm-matras, in combinatie met hoofdfixatie. De vacuüm-matras bestaat binnenin uit synthetische korrels die, wanneer de matras vacuüm wordt getrokken, een hard omhulsel vormen die de vorm van het slachtoffer aanneemt. Met riemen wordt de patiënt extra in de matras gefixeerd.
- Een KED (= wervelspalk of extraction device) heeft als doel de wervelkolom te immobiliseren in combinatie met een harde halskraag bij het evacueren van een gekneld slachtoffer. Het biedt het meeste voordeel bij zittende slachtoffers, bijvoorbeeld in een autostoel. Een liggend slachtoffer kunnen we rechtstreeks op een wervelplank of via een schepbrancard in een vacuüm-matras plaatsen.

Transport

Bovenvermelde technieken dienen uiteraard ook om ervoor te zorgen dat de wervelzuil gestabiliseerd blijft tijdens het transport naar het ziekenhuis. Tijdens de rit in de ziekenwagen wordt gebruik gemaakt van een 'zwevende' brancard om de impact van versnellingen, trillingen en schokken te beperken.

Om een patiënt op een wervelplank of in een vacuüm-matras te plaatsen is vaak ook al een kleine verplaatsing nodig. We gebruiken hiervoor een schepbrancard of de lift-and-slide-techniek. Een schepbrancard opent in twee delen die je langs beide kanten van de patiënt on-

der de rug kunt schuiven. Ze klikken dan onder de patiënt vast. Bij de lift-and-slide-techniek tillen we de patiënt op in blok, schuiven we de wervelplank of de vacuüm-matras eronder en laten we de patiënt opnieuw zakken.

In het ziekenhuis

Wanneer de patiënt aankomt in het ziekenhuis, blijft hij geïmmobiliseerd. We doen opnieuw een grondig onderzoek volgens het ABCDE-principe. Onze aandacht gaat uit naar verschillende indicatoren die kunnen wijzen op een spinaal letsel: ademhalingsstoornissen, verlies van kracht, gevoel of reflexen, hypotensie en bradycardie, priapisme ... Terwijl de patiënt geïmmobiliseerd is, doen we ook een eFast, een snel echografisch onderzoek om majeure inwendige letsels uit te sluiten.

Nadien gaan we snel over tot beeldvorming. Bij ernstige trauma's doen we meteen een trauma-CT, een volledige scan van de hersenen tot het bekken. Bij patiënten met een beperkt trauma gaan we gericht te werk. Zo gebruiken we de NEXUS-criteria om te beslissen of beeldvorming van de halswervels noodzakelijk is:

- drukpijn op de halswervels of neurologische uitvalsverschijnselen;
- de patiënt heeft een gedaald bewustzijn of is geïntoxiceerd, bijgevolg zijn de anamese en het klinisch onderzoek mogelijk onbetrouwbaar;
- er is een afleidend majeur letsel dat hevige pijn veroorzaakt waardoor de focus van de patiënt niet gaat naar een mogelijk spinaal letsel.

Als één van deze criteria positief is, wordt er sowieso beeldvorming van de cervicale wervelzuil gedaan.

Als een spinaal letsel wordt vastgesteld bij de beeldvorming verwittigen we de specialist voor de verdere behandeling. Bij ernstige traumapatiënten zijn er geregeld meerdere belangrijke letsels en roepen we in de prehospitalale fase of bij aanmelding op spoed reeds meerdere chirurgische disciplines op. In kort multidisciplinair overleg beslissen we wat eerst gedaan wordt. De levensbedreigende zaken krijgen uiteraard voorrang.

Info
Spoedgevallendienst
T 09 224 55 50

Focus op **kw**aliteit

Streven naar topkwaliteit op het gebied van diagnose, indicatiestelling en behandeling van wervelkolompathologie staat hoog op de agenda van de spine unit. Kwaliteitscontrole gebeurt ondermeer door deelname aan een project van de Spine Society of Belgium rond dataregistratie en door externe doorlichting in het kader van het kwaliteitslabel Surgical Spine Centre of Excellence.



Dataregistratie van wervelkolompathologie

Het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en de Spine Society of Belgium (SSBe) gingen recent een overeenkomst aan met als doel de implementatie van een register voor de conserverende en chirurgische behandeling van wervelkolompathologie. Met dit initiatief wil men de haalbaarheid van de implementatie van een register aantonen en onderzoek voeren naar het meest efficiënte en kosteneffectieve organisatiemodel dat continue registratie met voldoende hoge response rate toelaat. Onder meer door het opstarten van deze gestandaardiseerde dataregistratie engageert de SSBe zich om over een periode van enkele jaren de kwaliteit van diagnose, de indicatiestelling tot het gebruik van diagnostische en therapeutische middelen, en de resultaten van de behandeling van wervelkolompathologie in België merkbaar te doen verbeteren.

De diensten orthopedie, neurochirurgie en fysieke geneeskunde van ons ziekenhuis nemen deel aan dit project. Als gevolg hiervan zullen alle patiënten die geïncludeerd worden in het multidisciplinair rugrevalidatieprogramma

en alle patiënten die lumbale wervelkolomchirurgie ondergaan, uitgenodigd worden om voorafgaand aan de behandeling alsook drie maanden, zes maanden, één jaar en twee jaar na de behandeling online vragenlijsten (zogenoemd Patient Reported Outcome Measurements of PROMs) in te vullen, waarmee op een wetenschappelijk gevalideerde wijze de perceptie van de patiënt ten aanzien van de behandeling in kaart gebracht wordt. Ook zorgverleners zullen voor en na de ingreep of therapie gegevens over de patiënt en zijn behandeling registreren. Een tussentijds verslag van de vorderingen en resultaten van de studie wordt opgesteld zodra er een voldoende aandeel van one-year-patient-outcome registraties zijn ontvangen.

Patiënten worden op vrijwillige basis in het programma ingeschreven na ondertekenen van een geïnformeerde toestemming. Voor de registratie van de patiëntinformatie zal beroep gedaan worden op de webapplicatie HD4Patient.

SSCoE kwaliteitslabel voor spinale heelkunde

Eurospine, de Europese organisatie die uitwisseling van kennis en nieuwe ontwikkeling

binnen het domein van spinale aandoeningen stimuleert, heeft in februari 2019 een kwaliteitslabel opgestart. Dit label geldt specifiek voor spinale heelkunde (Surgical Spine Centre of Excellence - SSCoE) en wordt getoetst door CERT-iQ. Het heeft als doel het bevorderen van interdisciplinaire samenwerking om patiëntveiligheid en patient-outcomes continu te verbeteren. De opgelegde criteria draaien vooral rond vier grote thema's:

1. minimale aantallen van chirurgie en complexiteit;
2. uitrusting van het centrum (met zowel beschikbaar van specifieke artsen als beschikbaarheid van diagnose- en behandeltechnieken);
3. kwaliteitsopvolging met ondermeer registratie van gegevens;
4. inzetten op onderzoek en opleidingen.

Binnen deze vier grote thema's blijft de interdisciplinaire samenwerking als rode draad lopen. De betrokken diensten (orthopedie, neurochirurgie en fysieke geneeskunde, maar ook pijnkliniek en psychologen) werken reeds in een multidisciplinaire setting en deze samenwerking zal in de toekomst nog verder geïntensifieerd worden.

Nieuwe artsen

in AZ Sint-Lucas

Dr. Sven Adam,
spoedgevallen

Op 1 augustus vervoegde dr. Sven Adam de spoedgevallendienst na het voltooien van de master na master in de Urgentiegeneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel (2019). De basisopleiding geneeskunde doorliep hij aan de Universiteit Gent (2013). Zijn professionele interesse gaat uit naar de opvang van poly- en neurotraumata, prehospi-

tale zorg en sportgeneeskunde. In zijn vrije tijd is hij wielervedstrijder, actief sporter en verzorgt hij tevens regelmatig de medische begeleiding bij wielervedstrijden. Dr. Adam is blij met zijn terugkeer naar het Gentse en is verheugd om zich in AZ Sint-Lucas verder te kunnen ontwikkelen als urgentiearts.



Dr. David Dedecker,
geriatrie

Op 2 december 2019 vervoegt dr. David Dedecker het team van de dienst geriatrie. Hij werd opgeleid aan de UGent en bracht tijdens deze opleiding al anderhalf jaar door in ons ziekenhuis. Dr. Dedecker komt dus terecht - of thuis - in een vertrouwd nest. Samen met de andere geriateren zal hij instaan voor de zorg van onze oudste patiënten; zowel

op de hospitalisatie-afdelingen als in het geriatisch dagziekenhuis. Hij hoopt dat zijn uitgebreide ervaring in het vrijwilligers- en verenigingsleven een hulp zal zijn om de uitdagingen van de multidisciplinaire samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis tot een goed einde te brengen.



Zorgpad

lage rugpijn en radiculaire pijn

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ontwikkelde een klinische richtlijn voor de aanpak van één van onze belangrijkste moderne kwalen: acute of chronische lage rugpijn. Om het probleem vanuit alle invalshoeken te bekijken, werden 31 experts van de belangrijkste beroepsgroepen bij het project betrokken. De nadruk ligt op 'de-medicalisering', want lage rugpijn verdwijnt meestal spontaan. In beweging blijven is belangrijk en medische beeldvorming is vaak niet nodig. Soms ligt er echter een ernstigere oorzaak aan de basis van het probleem: een breuk, een tumor, een ontstekingsziekte ... Zorgverleners zijn opgeleid om de typische symptomen van deze weinig voorkomende problemen (rode vlaggen) op te sporen en meteen ernstig te nemen. De KCE-richtlijn beveelt nogmaals aan dat de zorgverleners deze rode vlaggen altijd moeten uitsluiten. Ook patiënten die een hoger risico lopen dat hun pijn chronisch wordt, moeten worden geïdentificeerd zodat zij vanaf het begin een specifieke behandeling krijgen. De KCE-richtlijn bevat hiervoor twee zeer korte en praktische vragenlijsten.

De 3 principes van het zorgpad:

- overmedicalisering vermijden, omdat er vaak een spontaan gunstig verloop is;
- aandacht hebben voor het risico op chronische pijn;
- tijdig ingrijpen om een evolutie naar chronische pijn (bij lage rugpijn) of definitieve letsels te voorkomen (bij radiculaire pijn).

Het zorgpad is een handige interactieve tool die voor elke zorgverlener de te ondernemen acties bevat, afhankelijk van het pijnstadium van de patiënt.

www.lagerugpijn.kce.be

• Andere interessante websites

www.spinesociety.be

Website van de Belgische wetenschappelijke vereniging voor geneesheer-specialisten actief in de behandeling van wervelkolompathologie.

www.eurospine.org

Website van de Europese vereniging van wervelkolomspecialisten.

www.eurospinepatientline.org

Website voor patiënten, opgebouwd met de knowhow en expertise van de leden van Eurospine.

www.ortho.gent

Website van de maatschap orthopedie van AZ Sint-Lucas.

www.pijntherapie.be

Website van de pijnkliniek van AZ Sint-Lucas.

www.neurochirurgiegent.be

Website van de dienst neurochirurgie van AZ Sint-Lucas.

Geboeid door de wervelkolompathologie?

Spine Society Belgium organiseert op 8 mei 2020 *ID Spine Brussels (InterDisciplinary Spine Symposium)*.

Op de website van Eurospine vindt u meer info over het programma en kunt u zich registreren voor dit symposium: www.eurospine.org/activities-calendar.htm