

# Focus

91

januari  
februari  
maart  
april  
2023

VIERMAANDELIJKS ARTSEN MAGAZINE



**Hidradenitis  
suppurativa**  
Tijdige diagnose

**Orthopedie**  
Uitbreiding team  
knie en heup

**Studiecentrum**  
Bijdragen aan  
innovatie

 **azsintlucas**  
gent

**04**  
Kort

**05**  
Nieuwe artsen

**06**  
Hidradenitis suppurativa



**08**  
Knie- en heupchirurgie

**12**  
Klinische studies

**14**  
Technologie



**16**  
Reumatologie



**19**  
Locoregionale anesthesie

**20**  
In de praktijk



*Dr. Katrien De Ketelaere*  
Medisch directeur

**D**e wereld draait door ...

In de voorbije dagen helaas écht letterlijk, de aardbeving in Zuidoost-Turkije en Noord-Syrië maakt ons stil en toont hoe machteloos wij staan tegenover zoveel natuurgeweld. De verwoestende gebeurtenis veroorzaakt veel verdriet bij de getroffen families en gemeenschappen en we bieden hierbij onze deelneming aan. Hulpverlening en basis gezondheidszorg daar zijn nu een absolute prioriteit.

In de voorbije weken is technologische geschiedenis geschreven. De wereld van de artificiële intelligentie zet revolutionaire stappen als je ziet wat chatGPT te weeg brengt. AI-systemen zijn steeds geavanceerder en capabeler geworden, waardoor veel taken kunnen worden geautomatiseerd, enorme hoeveelheden gegevens kunnen worden geanalyseerd en zeer nauwkeurige voorspellingen kunnen worden gedaan. De ontwikkeling van AI zal leiden tot grote vooruitgang op

allerlei gebieden, zeker in de geneeskunde en gezondheidszorg. We gaan hier ongetwijfeld in de komende maanden en jaren een omwenteling zien.

In AZ Sint-Lucas introduceren onze artsen continu nieuwe technieken en technologieën om hun patiënten betere zorg te bieden. Nieuwe procedures die minder invasief, sneller en minder pijnlijk zijn, met snellere hersteltijden voor patiënten. Geavanceerde zorgpaden worden geïntroduceerd om de verschillende ziektebeelden adequaat en patiëntgericht aan te pakken. Het studiecentrum biedt onze artsen en patiënten de mogelijkheid om op een veilige en streng gecontroleerde manier toegang te krijgen tot de laatste en meest geavanceerde medicijnen. Ik laat hen graag zelf aan het woord op de volgende pagina's.

Veel leesgenot,  
Katrien De Ketelaere

**COLOFON** Focus is het artsenmagazine van vzw AZ Sint-Lucas en Volkskliniek: Groenebriel 1, 9000 Gent, 09 224 61 11, info@azstlucas.be, www.azstlucas.be | **Hoofredactie** Iny Cleeren | **Redactie en eindredactie** Nike Annys, Iny Cleeren, Maartje Musschoot | **Verantwoordelijke uitgever** Thierry Freyne, Groenebriel 1, 9000 Gent | **Foto's** AZ Sint-Lucas, Johan Martens, Shutterstock | **Vormgeving** Nele Verbeke

## Amgen Award publieksprijs voor ziekenhuisapotheek

Onze ziekenhuisapotheek viel in de prijzen op de uitreiking van de Amgen Awards met een project over antibiotica.

Elk jaar reikt de Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers op de dag van de ziekenhuisapotheker een prijs uit voor de beste wetenschappelijke poster. Apothekers Sarah Desmet en Maaïke Declerck werkten vorig jaar in het ziekenhuis aan een project over de toedieningen van antibiotica. Met hun poster hierover kregen ze de Amgen Award 2023 in de categorie 'publieksprijs'.



## Steunzolenkliniek

Sinds januari zijn wij gestart met een steunzolenkliniek op woensdagnamiddag. Op dat moment ziet Dr. Erwin van Ovost, samen met een bandagist, enkel steunzolen.

## Theater voor het goede doel



In oktober 2022 stonden dr. Brigitte Vangehuchten (anesthesist), dr. Marianne Lippens (nuclearist), prof. dr. Harald Peeters (maag-, darmspecialist) en dr. Koen Willems (psychiater) op de planken voor het goede doel. In het Scala theater in Gent brachten ze 'God van de slachting', een toneelstuk van Yasmina Reza. De opbrengst van de acht voorstellingen, maar liefst 27.000 euro gaat naar het goede doel. Vzw H.E.L.P en REVIVEvzw (zij organiseren medische missies in Afrika en Azië) en VZW Touché (leert mensen om op een positieve manier om te gaan met hun agressie) mochten elk 9.000 euro in ontvangst nemen.

## De Code van Lucas

Wie kraakt als eerste 'De Code van Lucas'? Dat was in de weken voor kerst een hot topic onder artsen en medewerkers van AZ Sint-Lucas. #ANT Escape Rooms bouwde een professionele escape room waar teams om de beurt streden voor de titel van snelste team. De escape room werd opgebouwd rond heel wat veiligheidsthema's die voor een ziekenhuis belangrijk zijn, zoals medicatieveiligheid, handhygiëne, cybersecurity, veilige identificatie, enz. Er was ook aandacht voor de beleving van de patiënt. Al deze elementen werden gecombineerd tot een spannend spel dat door iedereen kan gespeeld worden, van schoonmaak tot artsen.

Zo'n honderd teams van 4 tot 6 deelnemers namen deel aan de escape game. Ze waren het allemaal eens over de inhoud van het spel: leerrijk, spannend en een ideale teambuilding!



## ORTHO.GENT, a passionate team - driving the future of orthopaedics



We nodigen u van harte uit op de medische avond van onze dienst orthopedie op **donderdag 30 maart** om 20u. Op het programma:

**ORTHO.GENT, voorstelling en toekomstvisie**  
Dr. Hans Van der Bracht

**De schouder: van rotatorcuffherstel tot schouderprothese**  
Dr. Lotte Verstuyft

**Jonge volwassenen en heuppijn: diagnostiek en behandeling in de Young Adult Hip Unit**  
Dr. Luk Verhelst

**Robotica & 3D-printing: de gepersonaliseerde knieprothese**  
Dr. Andreas Dobbelaere

**Live demonstratie knieprothese met robot CORI**  
Dr. Pieter Beekman

Accreditering is aangevraagd.  
Inschrijven kan via [inschrijving@azstlucas.be](mailto:inschrijving@azstlucas.be)  
of 09 224 61 25.

## Save the date

► Medische avond neurologie op **dinsdag 25 april**

# Nieuwe artsen



DR. ALEXANDRE DARDENNE

Dr. Alexandre Dardenne zet sinds 1 januari 2023 mee zijn schouders onder het **psychiatrisch aanbod** van AZ Sint-Lucas. Hij treedt zo in de voetsporen van collega dr. Philippe Van Ooteghem. Het diploma geneeskunde behaalde hij aan de Universiteit Gent waarna hij aan de VUB specialiseerde. Hij genoot de opleiding volwassenenpsychiatrie in verschillende ziekenhuizen (AZ Groeninge Kortrijk, UZ Brussel, AZ Sint-Lucas Gent), psychiatrische ziekenhuizen (Sint-Jan-Baptist Zelzate, Sint-Jozef Pittem, PC Gent-Sleidinge), het forensisch psychiatrisch centrum Gent en in ambulante centra (CGG Brussel, Mobiel Crisis Team, de Spiegel Asse). Hij participeerde aan twee onderzoeken rond rTMS bij therapieresistente depressies. Dr. Dardenne is ook werkzaam in het PZ Sint-Jan te Eeklo, o.a. als forensisch beleidsarts en hij doet forensische expertises.



DR. ANNE DE VITS

Sinds 1 januari 2023 versterkt dr. Anne De Vits als all-round **gynaecoloog** ons team van gynaecologen. Dr. De Vits werkte voordien in AZ Jan Palfijn Gent. Ze studeerde af aan de VUB. Onder leiding van haar mentor Prof. Hendrik Cammu ontwikkelde ze een bijzondere interesse en ervaring in de verloskunde met nadruk op bevalling op eigen ritme, ondersteund door een toegewijd vroedvrouwenteam binnen en buiten het ziekenhuis.

# Hidradenitis suppurativa: een chronische en invaliderende huidaandoening

Hidradenitis suppurativa (HS) is een miskende aandoening die erg mutilerend en invaliderend kan zijn. Een tijdige diagnose is belangrijk voor de levenskwaliteit van de patiënt. Dermatoloog dr. Bernard Kint en chirurg dr. Olivier Van Kerschaver bundelen de krachten en starten een multidisciplinaire kliniek op voor de behandeling van HS.

Dr. Bernard Kint



Dr. Olivier Van Kerschaver



**Dr. Bernard Kint:** "Hidradenitis suppurativa is een chronische huidziekte met terugkerende, pijnlijke ontstekingen in lichaamsplooiën, zoals de liezen, oksels maar ook onder de borsten of op de billen. Andere namen voor HS zijn acne inversa of de ziekte van Verneuil. Het komt voor bij 1 à 2 % van de bevolking. Voor een stad als Gent betekent dit 2.500 à 5.000 personen. De aandoening begint meestal tussen 15 en 20 jaar en komt meer voor bij vrouwen dan mannen. Patiënten weten vaak niet dat ze eraan lijden en/of durven er niet over praten, waardoor niet altijd een diagnose wordt gesteld. Als de ziekte niet tijdig behandeld wordt, kan die grote gevolgen hebben voor de levenskwaliteit.

HS wordt best multidisciplinair behandeld. Via onze HS-kliniek brengen we de expertise van verschillende specialisten samen om de best mogelijke zorg te bieden. Om littekenvorming te voorkomen, is het belangrijk om de aandoening in een zo vroeg mogelijk stadium te behandelen. Met ontstekings-



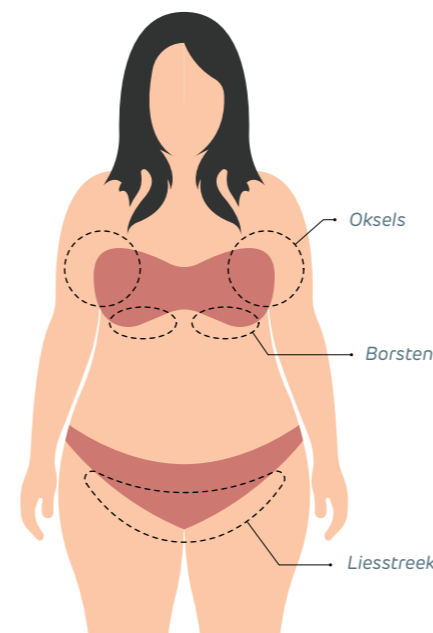
Nodules, abscessen en fistels

werende antibiotica proberen we de ziekte stil te leggen of alleszins te beperken. Vaak moeten deze medicijnen maanden ingenomen worden. Eenmaal afgekoeld trachten we met een lokale behandeling recidieven zoveel mogelijk te voorkomen. Bij ernstige aantasting worden 'biologicals' gegeven na

goedkeuring door de adviserend geneesheer. Is er echter sprake van acute ontstekingen zoals een ontstoken abces, dan geeft een chirurgische behandeling directe verlichting."

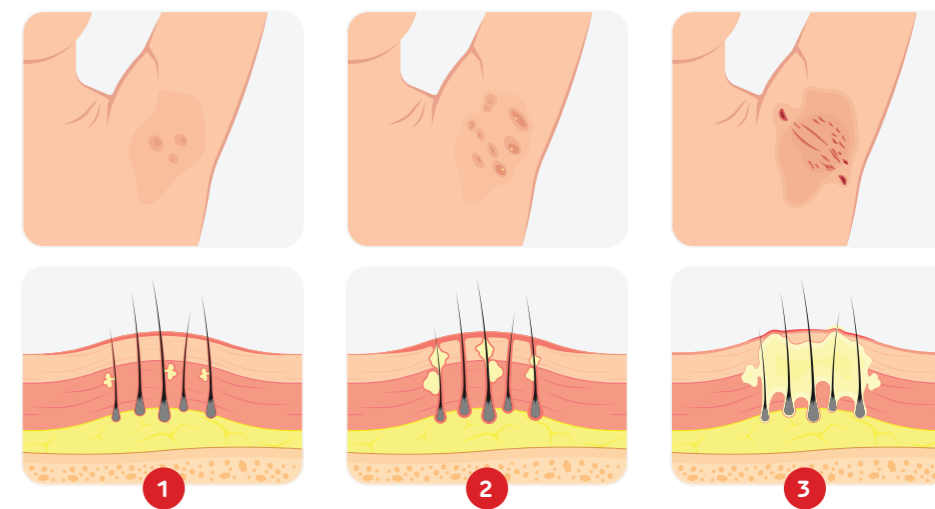
**Dr. Olivier Van Kerschaver:** "HS is een chronische ziekte en we willen zoveel mogelijk littekens voorkomen. Littekens die echter steeds opnieuw ontsteken moeten chirurgisch verwijderd worden. Het is belangrijk om al het aangetaste weefsel weg te nemen. Wordt dat niet ruim genoeg verwijderd, dan zien we vaak herhal. Bij HS bieden we altijd chirurgie op maat. Soms is een beperkte ingreep voldoende. Bij uitgebreide ziekte stellen we een behandelplan op waarbij soms verschillende operaties nodig zijn."

**Dr. Bernard Kint:** "Het is daarnaast ontzettend belangrijk dat de patiënt zijn/haar levensstijl aanpast. Hidradenitis gaat immers vaak gepaard met overgewicht en roken. Het aanpassen van deze leefgewoonten is een belangrijk onderdeel van de behan-



Treft vooral gebieden met hidradenitis suppurativa komt meer voor bij vrouwen met overgewicht

## Stadia van Hidradenitis suppurativa



Een of meerdere abscessen zonder fistelvorming en zonder littekenvorming

Terugkerende abscessen, wijdverspreide laesies met fistelvorming

Meerdere met elkaar verbonden fistelvorming en abscessen over het hele gebied met littekenvorming en lekkage van etter.

deling. Indien nodig betrekken we een tabakoloog, endocrinoloog of diëtist bij de behandeling. Zij helpen de patiënt om een gezondere levensstijl te ontwikkelen en behouden."

**Dr. Olivier Van Kerschaver:** "We hebben een traject opgezet om letsels die zijn ontstaan door de aandoening te registreren zodat de behandeling ervan kan worden terugbetaald. Zo hebben patiënten toegang tot de juiste zorg, ongeacht hun financiële situatie. Er is ook een nieuwe website in de maak met heel toegankelijke info over de aandoening en de behandelmogelijkheden."

### HIDRADENITIS SUPPURATIVA IN EEN NOTENDOP

#### KLINIEK

Het klinisch beeld is wisselend. Bij milde vormen zijn er comedonen of mee-eters die kunnen evolueren naar onderhuidse cysten. Deze kunnen ontsteken en worden dan nodules of abscessen. Onderhuids kunnen deze ontstekingen fistels vormen, die dan op hun beurt ontsteken. Ontsteking,

abscessen en fistels leiden tot littekens, die dan op hun beurt terug ontsteken. Zo zien we dat de ziekte uitbreidt rond de oorspronkelijke letsels.

#### OORZAAK ?

De oorzaak is een vernauwing van het infundibulum van de talgklier. Daardoor zwelt de talgklier op en veroorzaakt een ontstekingsreactie in en rond de haarfollikel, met de hieronder vermelde symptomen tot gevolg.

#### SYMPTOMEN/IMPACT OP HET LEVEN

Naast de pijnlijke huidletsels zijn er ook bijzonder vervelende symptomen zoals vocht- of etterverlies en slechte geur. Zo is een etterend abces in de oksel of lies niet alleen pijnlijk maar ook sociaal storend. HS

veroorzaakt op die manier steeds meer een impact op het normale functioneren, wat kan leiden tot sociaal vermijdingsgedrag, vermindering van de levenskwaliteit en/of relatieproblemen. Daarnaast ontstaan functionele beperkingen. De littekens kunnen de huid 'insnoeren' en tot bewegingsbeperking leiden, bv. de armen niet meer volledig kunnen opheffen.

HS patiënten lijden vaak aan 'het metabool syndroom' met overgewicht, diabetes en hartlijden. Er zijn ook associaties met reumatische aandoeningen, IBD en psychische kwetsbaarheid zoals depressie.

Prevalentie van comorbiditeiten Bij patiënten met HS	
40-51%	Metabool syndroom
9-30%	Diabetes mellitus
9-14%	Polycystisch ovariumsyndroom (PCOS)
5-36%	Psychische kwetsbaarheid
5%	Plaveiselcelcarcinoom
2-28%	Spondyloartropathie
1-13%	IBD (colitis ulcerosa, ziekte van Crohn)

**"Als de ziekte niet tijdig behandeld wordt, kan die grote gevolgen hebben voor de levenskwaliteit."**

# Nieuwe aanwinsten voor knie- en heupchirurgie

Onze dienst orthopedie ORTHO.GENT onderscheidt zich door zeer uitgebreide orthopedische expertise. Onze gedreven en ervaren orthopedisch chirurgen werken in kleine, gespecialiseerde teams per gewricht. Onlangs werd het team uitgebreid met twee nieuwe artsen. Dr. Andreas Dobbelaere vervoegt het team knie en dr. Luk Verhelst maakt deel uit van het team heup. Ze lichten hier hun specifieke knowhow toe.



Dr. Andreas Dobbelaere

## De unicompartimentele knieprothese

Het probleem aanpakken waar het zit. Dat is het idee achter een halve knieprothese. Bij de helft van de patiënten beperkt de slijtage zich tot één van de twee gewichtdragende componenten. De hele knie vervangen is dan niet nodig.

Het kniegewricht kan onderverdeeld worden in 3 compartimenten: de 2 gewichtdragende compartimenten (mediaal en lateraal) en het patellofemorale compartiment (tussen de knie en de knieschijf). De artrose beperkt zich in 50% van de patiënten tot 1 van de 2 gewichtdragende compartimenten. In deze gevallen kan een unicompartimentele knieprothese (UKP)

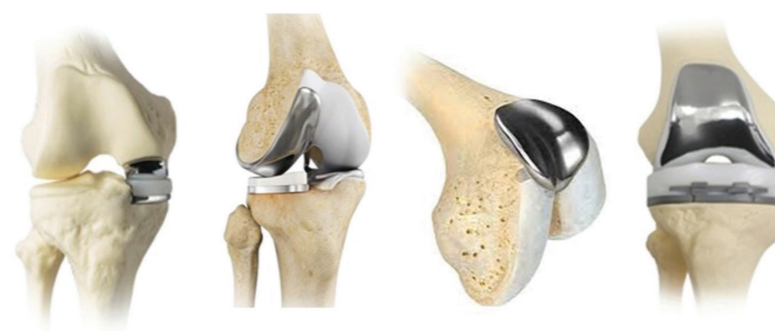
geplaatst worden. Hierbij wordt enkel het aangetaste compartiment vervangen in tegenstelling tot een totale knieprothese (TKP) waarbij alle compartimenten vervangen worden (figuur 1).

### MEDIALE UKP

Bij ongeveer de helft van alle knieprotheses kan geopteerd worden voor een mediale UKP.

Tabel 1: voordelen mediale UKP ten opzichte van een TKP

Peroperatoir minder risico op hartinfarct
Postoperatief minder risico op longembolie/ DVT, nabloeding en infectie
Korter ziekenhuisverblijf
Snellere revalidatie
Grotere kans op een goed tot zeer goed functioneel resultaat
Kinematica die dichter aanleunt bij de kinematica van de oorspronkelijk gezonde knie



Figuur 1: (a) mediale UKP (b) laterale UKP (c) patellofemorale UKP (d) TKP

De indicatie voor een mediale UKP is eindgradige geïsoleerde mediale artrose in een knie met (1) een intacte voorste kruisband én (2) een bewaard lateraal compartiment. Beperkte patellofemorale artrose vormt geen tegenindicatie voor een mediale UKP.

Bij de mediale UKP worden de beide kruisbanden, de laterale meniscus en het kraakbeen van de rest van de knie bewaard. Doordat de ingreep minder agressief is, heeft een UKP een aantal voordelen ten opzichte van een TKP (tabel 1). (Liddle A, 2014)

De langetermijnresultaten zijn uitstekend: na 20 jaar functioneren 9 op de 10 protheses nog uitstekend. Na 30 jaar is dit 8 op de 10. De kans op hoge tot heel hoge patiënttevredenheid is 95%.

Voor de diagnose is een staande radiografie met voorwaartse en zijwaartse opnames meestal voldoende. Bijkomend kan een patellaire opname gemaakt worden om eindgradige patellofemorale artrose uit te sluiten.

### LATERALE UKP

Geïsoleerde laterale artrose wordt vaak gemist. Het komt typisch voor bij patiënten met een valgus-alignement en een lateraal meniscusletsel in de voorgeschiedenis. Laterale artrose wordt een flexieziekte genoemd omdat de artrose zich situeert op de posterieure zijde van de femurcondyl. Qua diagnostiek is dat belangrijk aangezien de gewrichtsvernauwing op een standaard RX niet te zien is. De gewrichtsvernauwing wordt wel zichtbaar op een Rosenberg-opname waarbij de knie 45° geplooid wordt

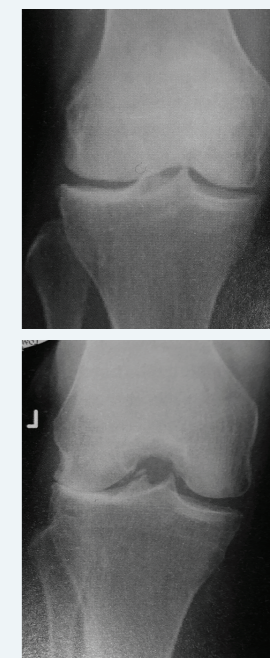
(figuur 2). Klinische resultaten van de ingreep zijn net als bij de mediale UKP uitstekend. 10-15 % van de patiënten die in aanmerking komen voor een knieprothese kan behandeld worden met een laterale UKP.

### PATELLOFEMORALE PROTHESE

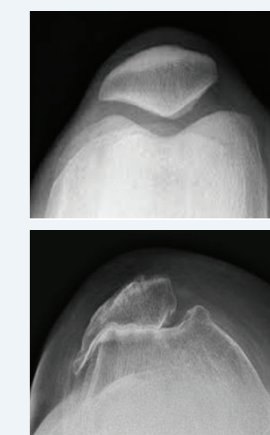
In heel zeldzame gevallen ziet men een geïsoleerde eindgradige patellofemorale artrose, namelijk zonder aantasting van de gewichtdragende compartimenten. (Donnell S, 2007) In dit geval kan een patellofemorale prothese geplaatst worden. Voor de diagnose heeft men een patellaire RX opname nodig (figuur 3). De patellofemorale prothese maakt slechts 1-2 % van alle knieprothesen uit.

### TE ONTHOUDEN:

- Aangezien eindgradige gonartrose zich vaak beperkt tot 1 compartiment kan ze met een unicompartimentele knieprothese behandeld worden in plaats van een totale knieprothese. Meestal gaat dit om een mediale unicompartimentele knieprothese.
- De mediale unicompartimentele knieprothese heeft veel voordelen ten opzichte van een totale knieprothese.
- Laterale artrose is een onderschat probleem omdat het vaak gemist wordt op een standaard RX van de knie.



Figuur 2: (a) op een staande RX van de knie is geen gewrichtsvernauwing te zien. (b) bij een RX met de knie in 45° flexie (Rosenberg opname) is een duidelijke gewrichtsvernauwing te zien in het lateraal compartiment.



Figuur 3: Patellaire RX opname (a) gezonde knie (b) patellofemorale artrose

# Young Adult Hip Clinic

*Bij heupslijtage of artrose is een nieuwe heup vaak de beste oplossing. Maar de vraag die we ons te weinig stellen is heel eenvoudig: waar komt die heupslijtage vandaan? En misschien nog belangrijker: hoe komt een 30- of 40-jarige aan een versleten heup? En hoe kunnen we dat vermijden? Die vraag staat centraal in de Young Adult Hip Clinic.*

De Young Adult Hip Clinic heeft als doel heupproblemen bij jonge mensen op te sporen en te behandelen. Zo proberen we heupslijtage te vermijden of verminderen en het plaatsen van een nieuwe heup voor lange tijd uit te stellen. In het algemeen ontstaan heupproblemen namelijk bijna altijd op jongere leeftijd. Vaak blijven ze onopgemerkt waardoor patiënten te laat bij ons aankloppen en we niet anders kunnen dan de heup te vervangen. Vandaag de dag zijn er verschillende behandelmethodes om heupslijtage te vermijden of uit te stellen, op voorwaarde dat we er op tijd bij zijn.

## WIE KAN BIJ ONS TERECHT?

Het antwoord hierop is eenvoudig; iedereen. Enkel door jonge mensen met beginnende klachten te onderzoeken, kunnen we de kleine groep van mensen detecteren die voorbestemd is om heupslijtage te ontwikkelen. Ons advies is dan ook om patiënten met problemen in en rond de rug, de heup, het bovenbeen en zelfs de knie (heel wat mediale kniepijn is in essentie een heupprobleem) die geen baat hebben bij conservatieve therapie na enkele maanden te laten screenen. In veel gevallen zal een heupaandoening worden vastgesteld.

## WELKE HEUPPROBLEMEN ZOEKEN WE?

Eigenlijk gaan we op zoek naar mechanische heupproblemen. Die ontstaan tijdens de puberteit en zijn in een drietal grote groepen te verdelen:

### 1. Impingement van de heup: een teveel aan bot.

Impingement of inklemming van de heup betekent dat er op het einde van de groei een teveel aan bot is ontstaan. Dat kan zich bevinden aan de kant van de heupbol: dat noemen we een CAM impingement. Als het teveel zich aan de kant van de kom bevindt, spreken we over een Pincer impingement. Patiënten met een impingement zullen bewegingspijn ervaren. In het begin is die heel licht aanwezig, maar gaandeweg wordt die steeds duidelijker. De heup naar binnen of naar buiten draaien en diep plooiën wordt pijnlijk. De klachten nemen vaak heel langzaam toe en goede periodes worden afgewisseld met slechte. Daarnaast voelt het aan als een pees- of een spierprobleem.

Daardoor komen de mensen pas laattijdig bij ons terecht.

### 2. Dysplasie van de heup: een tekort aan botbedekking.

Bij dysplasie van de heup is een groei probleem ontstaan ter hoogte van de kom van de heup. Daardoor zit de heupkop onvoldoende diep en gaat de heup ontsteken bij toenemende belasting. Vaak klagen patiënten van erge pijn, maar zal de heup weinig pijnlijk zijn bij onderzoek. Het is pas als deze mensen lang staan of stappen en lang de heup belasten dat ze de typische pijn ontwikkelen. In een latere fase is dit vooral wanneer ze met een activiteit stoppen en 's nachts.

### 3. Ernstige jonge heupproblemen

Naast impingement en dysplasie zijn er nog hoogst uitzonderlijke heupproblemen die ontstaan tussen de 8 en de 14 jaar. Kinderen of jongvolwassenen die manken, moeten altijd worden nagezien. Daarbij gaan we op zoek naar een tweetal aandoeningen:

- Epifysiolyse van de heupkop: hierbij komt de bol van de heup los van de heuphals. De oorzaak voor die medische urgentie is een zwakte van de groeischijf. Dit letsel missen heeft desastreuze gevolgen. Daarom pleiten we ervoor dat elk jong kind dat mankt een screening van de heupen krijgt, ook als het enkel klaagt over kniepijn.
- Legg Calvé Perthes deformiteiten: dat is het equivalent van de avasculaire necrose van de heup bij volwassenen. Klinisch gaat het vaak weer om een erg jong kind dat pijn heeft en mankt. Ook hier is screening strikt noodzakelijk.

## WELKE ONDERZOEKEN ZIJN NODIG?

De basisscreening en intake bij jonge mensen is vrij eenvoudig. Na consultatie en klinisch onderzoek maken we een radiografie van het bekken en beide heupen. Met dit

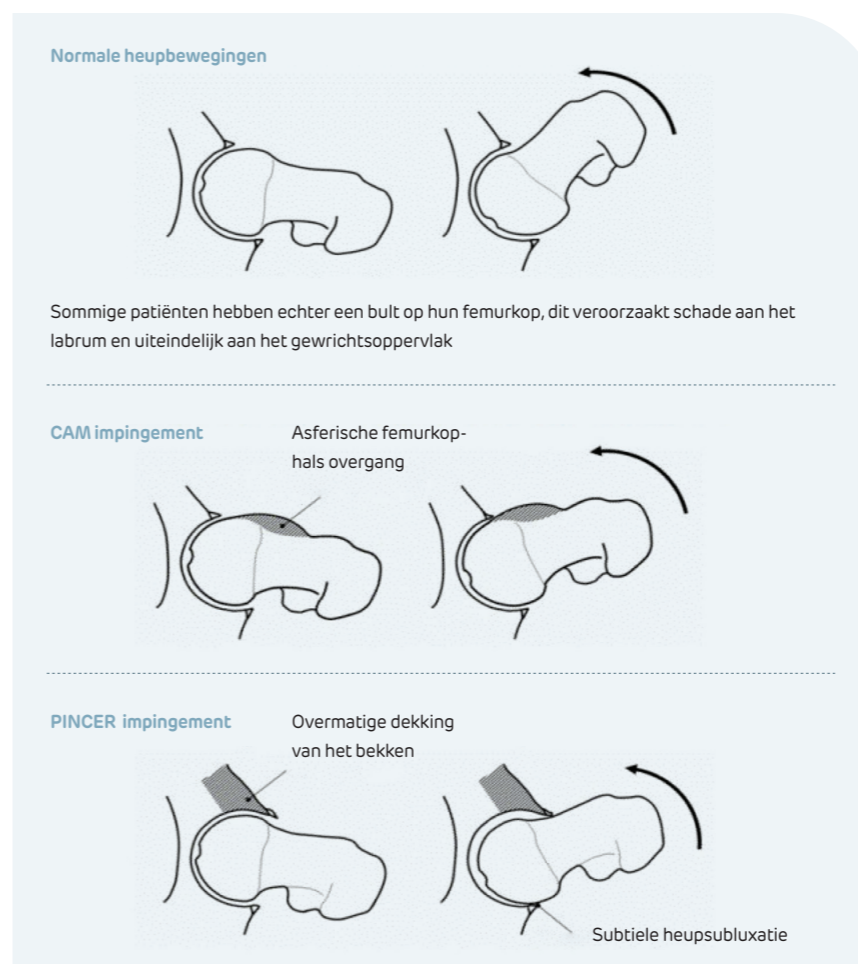


Foto 1: CAM en PINCEP impingement van de heup

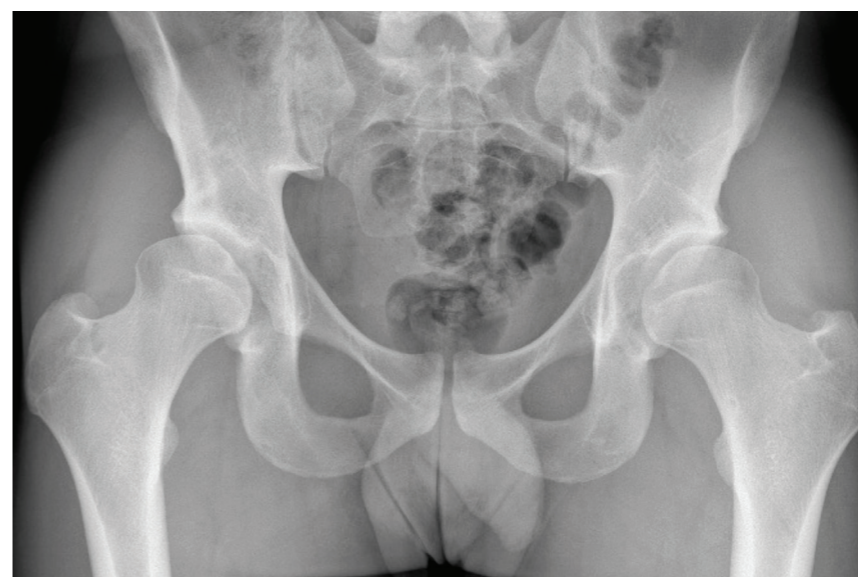


Foto 2: dysplasie van de rechterheup: de heupkop zit onvoldoende diep in de pan.

eenvoudig onderzoek kan al heel veel worden uitgesloten of bevestigd. Afhankelijk van de diagnose volgen verdere onderzoeken. Voor de artsen en kinesisten in ons netwerk is de boodschap dan ook helder: als er mogelijk problemen zijn met het functioneren van het heupgewricht, laat je patiënten dan even door ons nazien.

## HIP UNIT GENT: EEN OPLOSSING OP MAAT VOOR ALLE PATIËNTEN

Hoewel dit artikel toespitst op het concept Young Adult Hip is het belangrijk te weten dat er tegenwoordig heel wat meer mogelijk is dan enkel een nieuwe heup te plaatsen. Onze gespecialiseerde hip unit gaat altijd op zoek naar de beste gepersonaliseerde oplossing, of die nu operatief of niet-operatief is. De eerste vraag is namelijk altijd of er een andere oplossing mogelijk is dan de heup te vervangen.

## MEER LEZEN?

Onze website bevat alle behandelingsmethodes van onze ingrepen. Specifiek voor Young Adult Hip is de webpagina nog niet volledig. De komende maanden vullen we die aan met informatie over heuparthroscopie, acetabulaire en femorale correctieve osteotomieën én de mogelijke conservatieve behandelingen. Ook zorgverstrekkers kunnen daar terecht voor meer informatie.

[www.azstlucas.be/specialismen/orthopedie](http://www.azstlucas.be/specialismen/orthopedie)  
[www.ortho.gent](http://www.ortho.gent)

## ORTHO.GENT

- Dr. P. Beekman
- Dr. R. De Kesel
- Dr. A. Dobbelaere
- Dr. K. Liekens
- Dr. A. Schepens
- Dr. H. Van der Bracht
- Dr. J. Van Lerebeirgh
- Dr. E. van Ovost
- Dr. L. Verhelst
- Dr. L. Verstuyft



Dr. Luk Verhelst

# Klinische studies: bijdragen aan innovatie en optimalisatie in de zorg

Artsen zijn steeds op zoek naar de beste behandeling voor hun patiënten. Alleen wetenschappelijk onderzoek kan aantonen of een nieuwe behandeling beter is dan de standaardbehandeling. Wij dragen graag ons steentje bij. Via ons Centrum Klinische Studies lopen momenteel zo'n 80 studies voor verschillende specialismen.

Het Centrum Klinische Studies (CKS) is een overkoepelend orgaan dat instaat voor de coördinatie van klinische studies binnen het ziekenhuis. Het studiecentrum ziet erop toe dat klinische studies op een transparante, efficiënte, kwaliteitsvolle en wettelijk correcte wijze uitgevoerd worden. **Barbara Vincent (coördinator CKS):** "Experimentele behandelingen moeten niet alleen doeltreffend, maar ook veilig zijn. Daarom moeten klinische studies aan strenge kwalitatieve normen voldoen. Alle procedures voor het opstarten en het tot een goed einde brengen van een studie zijn wettelijk bepaald, zowel nationaal als internationaal en worden heel streng gecontroleerd door de bevoegde instanties."

**Aan welke studies neemt AZ Sint-Lucas deel?**  
**Barbara Vincent:** "In AZ Sint-Lucas worden zowel commerciële als academische stu-

dies uitgevoerd. Een commerciële studie gaat meestal uit van een farmaceutische firma die het ziekenhuis ook vergoedt voor de gemaakte onkosten. Een academische studie gebeurt op initiatief van de onderzoekers zelf of van een niet-commerciële organisatie en wordt met eigen beperkte middelen of door overheidsfondsen gefinancierd. Voor de studiedeelnemers is er weinig verschil. Ze worden in beide gevallen even goed beschermd en hebben dezelfde rechten en plichten.

De studies waaraan we deelnemen bevinden zich in fase 2, 3 of 4. In fase 2 wordt de doeltreffendheid getest en bijwerkingen opgelijst bij een kleine groep patiënten. In fase 3 wordt bij een grotere groep de werking onderzocht in vergelijking met de bestaande behandeling of een placebo. In fase 4 wordt het geneesmiddel verkrijgbaar bij de apotheek en door een heterogene groep van patiënten gebruikt. Eventuele bijwerkingen op langere termijn worden nauwgezet opgevolgd. In 2021 bevond 20% van de

studies waaraan we deelnamen zich in fase 2, 47% in fase 3 en 33% in fase 4."

**Hoeveel studies lopen er in AZ Sint-Lucas?**

**Barbara Vincent:** "In 2021 hadden we 82 lopende studies, verdeeld over verschillende diensten. Gemiddeld nemen jaarlijks zo'n 500 patiënten in AZ Sint-Lucas deel aan een klinische studie. Dit geeft hen de mogelijkheid om een behandeling te krijgen waarvoor ze anders mogelijk niet in aanmerking komen. Via klinisch onderzoek krijgen ze toegang tot de meest recente medische ontwikkelingen. Dat kan een kans bieden op genezing of een verbetering van de levenskwaliteit.

Patiënten die deelnemen aan een studie worden zeer strikt en intensief medisch opgevolgd. Voor die opvolging staan niet alleen de behandelend arts, maar ook ons team van studieverpleegkundigen garant. Zij screenen en informeren de patiënten grondig, voeren alle studiegerelateerde en verpleegtechnische handelingen uit (van bloedafnames tot toediening van studieme-

Barbara Vincent



*"Gemiddeld nemen jaarlijks zo'n 500 patiënten in AZ Sint-Lucas deel aan een klinische studie. Dit geeft hen de mogelijkheid om een behandeling te krijgen waarvoor ze anders mogelijk niet in aanmerking komen."*

dicatie) en volgen het ziekteverloop nauwgezet op. De ervaring en toewijding van de studieverpleegkundigen zijn een belangrijk pluspunt voor het rekruteren en behouden van studiepatiënten."

**Wat zijn de nieuwe evoluties binnen de klinische studies?**

**Barbara Vincent:** "Er wordt meer en meer ingezet op het hergebruiken van medische

gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. Wereldwijd worden dagelijks medische gegevens verzameld in zorginstellingen zoals opnamegegevens, data voor kankerregistratie, Minimale Ziekenhuis Gegevens ... Het analyseren en delen van deze informatie kan leiden tot wetenschappelijke inzichten, zonder grote extra inspanningen van de arts of de patiënt. Wanneer gegevens worden gebruikt voor wetenschappe-

lijk onderzoek zijn er voorzorgsmaatregelen om de privacy van patiënten ten alle tijde te waarborgen. Ook ons ethisch comité buigt zich over elke aanvraag voor het gebruik van patiëntendata."

**INFO**

Ga naar [www.azstlucas.be/studiecentrum](http://www.azstlucas.be/studiecentrum) voor meer info over deelname aan een studie of een overzicht van de lopende studies.

## STUDIES NEUROLOGIE

Prof. Dr. Jan De Bleecker doet sinds jaren studies in relatief zeldzame neurologische aandoeningen zoals veralgemeende auto-immune myasthenia gravis, amyotrofe lateraalsclerose (ALS), auto-immune neuropathieën en myositis. Met zijn team heeft hij een solide en betrouwbare reputatie opgebouwd voor het uitvoeren van fase II-III studies binnen dit domein van de neurologie.



**Prof. Dr. Jan De Bleecker:** "Er zijn heel wat voordelen aan de deelname aan klinische studies. Zo kunnen we zeer vroegtijdig ervaring opdoen met innoverende geneesmiddelen, met vervroegd access van zwaar zieke uitbehandelde patiënten tot open-label en early access programma's na het doorlopen van de dubbelblinde studiefase. Dit zonder enige financiële kost. Niet onbelangrijk is dat patiënten met een anders nagenoeg onbehandelbare snel-progressieve aandoening zoals ALS nog hoop kunnen hebben en een altruïstisch doel hebben. Bovendien zijn de (verplichte) opleidingen die deel uitmaken van het studieprotocol een pro voor zowel de gespecialiseerde arts als voor de verpleegkundige. Internationale contacten zijn verrijkend, verruimen ieders blik en geven toegang tot klinisch-wetenschap-

pelijke autoriteiten en platformen die anders gesloten zouden blijven. Betrokkenheid bij veel geciteerde publicaties in hoogstaande medische tijdschriften is meegenomen voor een academisch hoogleraar. De eigen dienst, de verschillende meewerkende ondersteunende diensten en het ziekenhuis komen in beeld als verstrekkers van wetenschappelijk onderbouwde hoogstaande zorg en worden getraind in correct en methodisch werken. Enkele audits door o.a. de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA), telkens zonder opmerkingen, toonden aan dat wij kunnen voldoen aan de strengste eisen."

## STUDIES HART- EN VAATZIEKTEN

Onze dienst hart- en vaatziekten neemt sinds 2006 actief deel aan klinische studies en nam hiervoor in de loop der jaren meerdere studieverpleegkundigen aan. **Dr. Hans Vandekerckhove:** "Wij zien deelname aan studies niet alleen als een bijzondere meerwaarde voor de patiënt, maar ook als een opportuniteit om kennis te verwerven over cardiale medicatie die later op de markt kan komen. In studies rond medicatie voor preventie of hartfalen heeft onze dienst zelfs een voortrekkersrol in België. Voor de opstart van het Centrum Klinische



Studies werd dan ook een beroep gedaan op onze ervaring. We blijven onze kennis en expertise delen met andere diensten, zodat ons Centrum Klinische Studies zich verder kan blijven ontwikkelen."

## ONCOLOGISCH STUDIECENTRUM



**Dr. Vincent Renard:** De behandelingen in de oncologie zijn de laatste jaren in snel tempo aan het verbeteren. Heel wat nieuwe veelbelovende medicijnen zijn momenteel nog in onderzoek. Om sneller in aanmerking te komen voor een behandeling met deze vernieuwende medicatie kan de patiënt kiezen voor deelname aan een klinische studie. Het voordeel hierbij is dat het medisch "dossier" op internationaal niveau wordt opgevolgd. Ook is het zo dat de behandeling volgens een algemeen aanvaard protocol wordt uitgevoerd. Samen met de behandelend arts volgen onze twee ervaren en enthousiaste studietoelators Sarah Van Damme en Els Van Der Spiegel de patiënt van heel nabij op. Om de expertise van klinische studies nog uit te breiden, werken we sinds 2 jaar heel nauw samen met de collega's van UZ Gent. Behalve regelmatig overleg, verdelen we de studies zodat we niet dezelfde studies uitvoeren."

# De shockwave ballon: innovatieve technologie in behandeling van vernauwde kransslagaders

Sinds enige tijd beschikken de cardiologen in het hart- en vaatcentrum over nieuwe technologie om patiënten met vernauwde kransslagaders beter te kunnen behandelen. Met behulp van intravasculaire lithotripsie worden sterk verkalkte atherosclerotische plaques doeltreffend en veilig behandeld.

Tijdens een percutane coronaire interventie of PCI wordt een stent geplaatst in een ernstig vernauwde kransslagader. Hierbij wordt eerst een fijne draad doorheen de vernauwing geplaatst, waarover een ballon geschoven en opgeblazen wordt om de plaque te predilateren, gevolgd door de plaatsing van een stent voor een optimaal en langdurig resultaat. Ten gevolge van de ouder wordende populatie en de toegenomen aanwezigheid van chronische ziekten zoals diabetes mellitus en chronisch nierlijden worden we echter steeds vaker geconfronteerd met zeer verkalkte vernauwingen. Deze gecalcificeerde plaques zijn uitdagender om te behandelen dan zachte plaques. Enerzijds is de plaatsing van een stent in een verkalkte kransslagader technisch moeilijker. Hierbij dient de

kransslagader soms te worden voorbereid met hogedrukballonnen of diamantboren om de kalk te behandelen, wat een complicatierisico met zich meebrengt. Anderzijds zijn de langetermijnresultaten van stents in verkalkte coronaire segmenten iets minder gunstig, met onder meer een hoger risico op restenose.

Om de behandeling van coronaire calcificaties te verbeteren, werd recent nieuwe technologie in gebruik genomen: de intravasculaire shockwave ballon. Tijdens deze interventie wordt gebruik gemaakt van schokgolven om intracoronaire calcificaties te breken of te verbrijzelen. De techniek van intravasculaire lithotripsie berust op hetzelfde principe als de niersteenverbrijzelaar, waarbij de kalk wordt behandeld door middel van hoogenergetische ultrasonische golven.

Tijdens de PCI wordt de shockwave ballon in de kransslagader doorheen de vernauwing geschoven, waarna deze wordt opgeblazen om contact te maken met de verkalkte vernauwing. Vervolgens wordt een reeks hoogenergetische geluidsgolven geproduceerd in de ballon, die doorgeleid worden naar de calcificaties, wat resulteert in het kraken of verbrijzelen van de kalkpartikels in



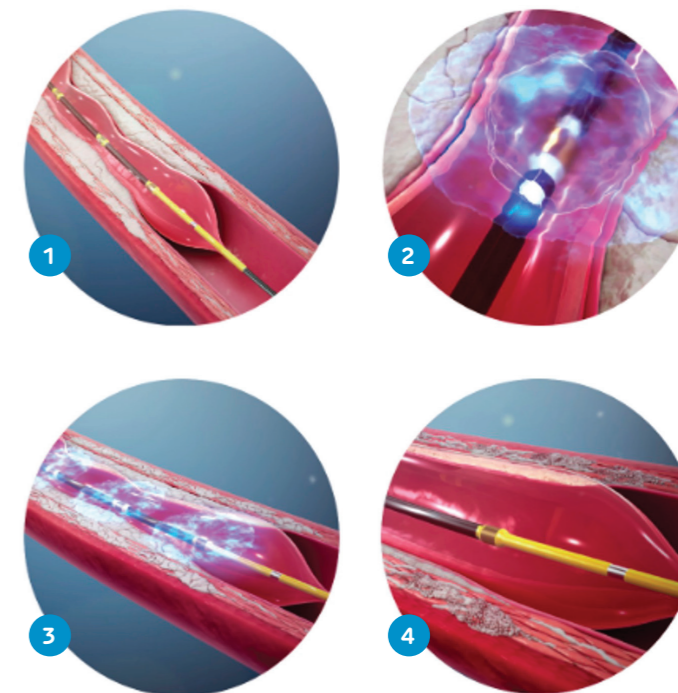
Dr. Ruben Pauwels

de vaatwand. De bloedvatwand wordt hierdoor meer elastisch en compliant, waardoor de stent vlotter ter plaatse kan worden gebracht en beter kan worden opgeblazen, wat zorgt voor een optimaal resultaat. Het zachte weefsel van de bloedvatwand is niet gevoelig voor de geluidsgolven, waardoor deze niet beschadigd wordt door de lithotripsie ballon.

Verschiede wetenschappelijke studies hebben de doeltreffendheid en veiligheid van de shockwave ballon gedocumenteerd. We beschikken in ons centrum aldus over een nieuwe en innovatieve techniek, die enerzijds zeer doeltreffend is voor de behandeling van verkalkte vernauwingen, en anderzijds ook zeer veilig is voor de patiënt.

## WERKING VAN DE SHOCKWAVE BALLON

- 1 De lithotripsie katheter wordt over een fijne draad tot in de verkalkte plaque in de kransslagader gebracht. Eens ter plaatse wordt de ballon zacht opgeblazen zodat er contact is met de calcificatie.
- 2 Ten gevolge van een elektrische ontlading worden hoogenergetische geluidsgolven geproduceerd, die worden doorgegeven aan de kalk.
- 3 De geluidsgolven zorgen voor het kraken en verbrijzelen van de verkalkte plaque. De gezonde weefsels en bloedvatwand worden hierbij niet beschadigd.
- 4 Na de voorbehandeling met de shockwave ballon kan een klassieke ballon gebruikt worden om het bloedvat - dat nu meer elastisch en compliant is - te dilateren. Vervolgens kan een stent optimaal ter plaatse worden gebracht.



De shockwave console met de ballonkatheter die intracoronair wordt gebracht.

**INFO**  
Dienst hart- en vaatziekten  
09224 50 98



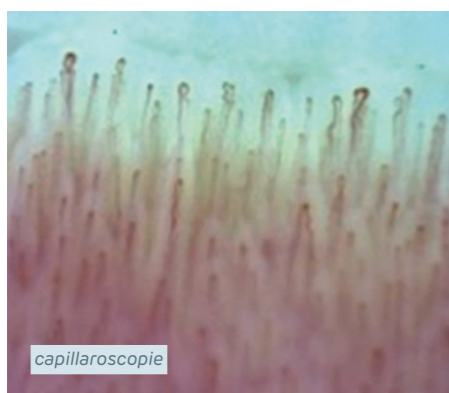
*“Verschillende wetenschappelijke studies hebben de doeltreffendheid en veiligheid van de shockwave ballon gedocumenteerd.”*



# Uitgebreid aanbod reumatologie

De dienst reumatologie werd onlangs uitgebreid met twee nieuwe, jonge artsen. Naast de behandeling van inflammatoire gewrichtsaandoeningen en diverse systeemaandoeningen kun je nu ook bij ons terecht voor kinderreumatologie. In dit artikel lichten we kort een paar aandoeningen toe die overlap kennen met de eerstelijnsgezondheidszorg.

Ons team reumatologie bestaat uit dr. Hilde Luyten, dr. Jana Van Wabeke, dr. Lara Arnold en verpleegkundig specialist Ruth De Meester die speciale expertise heeft in algemene reumatologie en osteoporosezorg. Samen zorgen zij voor patiënten met inflammatoire gewrichtsaandoeningen en diverse systeemaandoeningen zoals jicht, pseudojicht, reumatoïde artritis, spondyloartritis, artritis psoriatica, artritis gerelateerd aan inflammatoir darmlijden (ziekte van Crohn of colitis ulcerosa), polymyalgia rheumatica, reuscelariteriitis (bv. grote vaten vasculitis en/of arteritis temporalis), systemische lupus erythematosus, systeemsclerose, ANCA-gerelateerde vasculitis, inflammatoire myositiden, osteoporose ... Dr. Arnold heeft zich naast haar opleiding volwassen reumatologie ook toegevoegd op kinderreumatologie. Op de consultatie kunnen aanvullende onderzoeken plaatsvinden zoals musculoskeletale echografie en capillaroscopie.



## POLYMYALGIA RHEUMATICA EN ARTERITIS TEMPORALIS

Polymyalgia rheumatica is een inflammatoire aandoening die voorkomt bij mensen ouder dan 50 jaar. Het klassieke klinische beeld toont plots ontstane inflammatoire artralgieën van de schouder- en nek-gordel met belangrijke functio laesa waarbij biochemisch zowel BSE als CRP verhoogd zijn. Corticosteroïden zijn de hoeksteen van de behandeling. Bij een begin dosering van Medrol 12-16 mg per dag zien we meestal een snelle en goede respons. Deze wordt langzaam over een periode van 1 à 2 jaar afgebouwd tot stop. Ledertrexate wordt vaak geassocieerd als corticosteroïdsparend middel bij patiënten met comorbiditeit (bv. diabetes mellitus), een hoge corticosteroïdnood of bij recidief. Polymyalgia rheumatica kan een paraneoplastisch fenomeen zijn. Er zal laagdrempelig een basale screening (bv. Rx thorax, echo abdomen, urinesediment, eiwitelerotroforese en PSA) naar onderliggende neoplasie gebeuren.

Bij polymyalgia rheumatica is het belangrijk alert te zijn voor een geassocieerde arteritis temporalis, craniële reuscelariteriitis of grote vaten vasculitis. Nieuwe, hevige temporale hoofdpijn, kaakclaudicatio, visusstoornissen (diplopie, plots wazig zicht of amaurosis fugax), claudicatio van de armen, nachtzweeten en afvallen kunnen symptomen zijn. Biochemisch is er een verhoogd BSE en CRP. Een echo duplex van de a. temporalis, biopt van a. temporalis en/of beoor-



*“Alle vormen van inflammatoir reumatisch lijden beschouwen we als een extra risicofactor voor hart- en vaatlijden bij de beslissing om een hypercholesterolemie al dan niet te behandelen.”*

deling door de oogarts kunnen aanvullend worden verricht. Arteritis temporalis is een medische urgentie gezien het risico op irreversibel visusverlies, meestal ten gevolge van ischemie van de n. opticus. Urgente opstart van therapie middels Medrol 40-60 mg per oraaf of 1g intraveneus (3 dagen, waarna per oraaf Medrol 60 mg) is noodzakelijk. Tocilizumab (Roacemra), een IL-6 inhibitor, is een tweedelijnsbehandeling bij recidief arteritis temporalis.

Bij vermoeden van polymyalgia rheumatica is een doorverwijzing naar de tweede lijn aangewezen en start je best nog geen corticosteroïden, enerzijds om een goede klinische diagnose te kunnen stellen en anderzijds om zo nodig aanvullende diagnostiek te kunnen verrichten (bv. FDG-PET/CT).

Bij vermoeden van een arteritis temporalis neem je best contact op met de reumatoloog van wacht. Vanwege chronisch gebruik van corticosteroïden bij patiënten met polymyalgia rheumatica en/of arteritis temporalis is osteoporoseprofylaxe middels bisfosfonaten en calcium/vitamine D suppletie aangewezen. Daarnaast is het raadzaam te screenen naar hyperglycemie en hypertensie via de eerste lijn.

## JICHT

Jicht is een acute inflammatoire gewrichtsaandoening waarbij patiënten vaak gehinderd zijn door uitgesproken pijn. De behandeling van jicht is tweeledig, enerzijds de behandeling van de acute aanval en anderzijds de onderhoudstherapie. De onderhoudsbehandeling is belangrijk ter preven-

tie van nieuwe aanvallen, maar ook om de evolutie naar chronisch polyarticulair jicht te voorkomen. De aanval kan behandeld worden met colchicine, NSAIDs dan wel steroïden (oraaf of bij voorkeur intra-articulair). We maken de keuze op basis van de bijwerkingen, contra-indicaties en comorbiditeiten. De voorkeur gaat veelal uit naar colchicine 0.5mg 3 maal daags, af te bouwen op geleide van de klachten naar 0.5mg 2 maal daags, bij verdwijnen van alle klachten nog een week door met 0.5mg daags en dan stop. Een hogere dosering geeft geen betere resultaten, echter sneller diarree. Bij diarree moet de patiënt colchicine sneller afbouwen of zo nodig staken. Kiezen we voor een NSAID (niet aangewezen bij patiënten met nierinsufficiëntie), dan moet dit maximaal gedoseerd worden en op termijn

van twee weken afgebouwd worden tot stop. Kiezen we voor perorale corticoïden (gewoonlijk enkel als contra-indicatie of intolerantie voor colchicine/NSAID), dan volstaat meestal een korte kuur van maximaal 2 weken waarbij gestart kan worden met Medrol 16mg daags in afbouw tot stop.

Bij meer dan twee aanvallen, tophi of een sterk verhoogd urinezuur, moet je starten met urinezuurverlagende therapie in de vorm van allopurinol. Als eGFR >50ml/min wordt gestart met 100mg daags, op te hogen met 100mg per 4 weken op geleide van de urinezuurspiegel. Bij eGFR <50 ml/min start je met 50 mg daags, op te hogen met 50mg per 4 weken op geleide van de urinezuurspiegel. Bij non-topheuze patiënten is het streefdoel voor urinezuur <6mg/dL, ►



Jicht

► bij topheuze patiënten <5mg/dL. Tijdens de opstart van urinezuurverlagende therapie moet altijd profylaxe gegeven worden tot het streefurniveau is bereikt. Dat kan in de vorm van colchicine 0.5mg 1 à 2 maal daags, laaggedoseerde NSAID of steroïden (alleen indien contra-indicatie voor colchicine/NSAID). Bij een aanval adviseren we te koelen met ijs tot driemaal per dag, de urinezuurverlagende therapie te continueren en tijdelijk de aanvalsmedicatie te intensifiëren zoals hierboven beschreven.

Patiënten kunnen laagdrempelig bij diagnose verwezen worden naar de reumatoloog voor oppuntenstelling van de behandeling en nadien terug verwezen worden naar de eerste lijn. Bij therapieresistente of topheuze jicht vragen wij altijd te verwijzen naar de reumatoloog. Daarnaast gaat jicht gepaard met een verhoogd cardiovasculair risico, dus screening en laagdrempelige behandeling zijn aangewezen.

Alle vormen van inflammatoir reumatisch lijden beschouwen we als een extra risicofactor voor hart- en vaatlijden bij de beslissing om een hypercholesterolemie al dan niet te behandelen.

### OSTEOPOROSE

Osteoporose kan een uiting zijn van het ouder worden of het gevolg zijn van secundaire oorzaken (postmenopauzale status, schildklier- en bijschildklierziekten, inflammatoire darmziekten, mastocytose, multiple myeloom, osteomalacie...). Het gaat gepaard met een verhoogd risico op fracturen met uitgesproken negatieve gevolgen op de kwaliteit van leven. Daarom is tijdig vaststellen en adequaat behandelen aangewezen. De diagnose kan o.a. gesteld worden met een botdensitometrie. Daarnaast zal altijd een uitgebreid bloedonderzoek plaatsvinden om te screenen naar secundaire oorzaken. Gezien de uitgebreide behandelopties zoals klassieke anti-resorptiva (orale als intraveneuze bisfosfonaten en denosumab), maar ook botaanbouwende middelen (teriparatide en romosozumab) waarbij de volgorde van deze behandelwijze van uitermate belang is, betreft dit op maat gemaakte gezondheidszorg. Wij vragen dan ook om patiënten met osteoporose aan ons toe te vertrouwen voor de opstart van de behandeling.

**INFO**  
Dienst reumatologie  
09 224 66 40



Normale botstructuur



Osteoporose

# Locoregionale anesthesie steeds meer ingezet

*Locoregionale anesthesie is de laatste jaren uitgegroeid tot een aparte entiteit binnenin de anesthesie. Binnen dit type anesthesie wordt nog een onderscheid gemaakt tussen analgesie of anesthesie.*

**D**e analgetische vorm is bijkomend aan een algemene verdoving en zal extra pijnstilling bieden bovenop de standaard pijnstillende medicatie. Tijdens een algemene verdoving kan de dosis opioïden sterk gereduceerd worden met sneller goed bewustzijn na de ingreep.

De anesthesische vorm is het volledig 'slapen' van een deel van het lichaam waarbij een algemene verdoving niet meer nodig is. Dit kan met behulp van een ruggenprikter verdoving van de onderste ledematen. Een andere mogelijkheid om een lidmaat volledig of gedeeltelijk te verdoven is een 'plexus' blok of verdoving van een zenuwbundel of aparte specifieke zenuwen. De patiënt kan hierbij dus wakker blijven of wat extra sedatie krijgen om de ingreep zonder stress te kunnen ondergaan.

Locoregionale verdoving, zowel in analgetische of anesthesische vorm, heeft als grote voordeel dat dit qua werkingsduur kan aangepast worden gezien de enorme evolutie in lokale verdovingsmedicatie. Afhankelijk van het type ingreep kan gekozen worden voor kort – of langer werkende medicatie

zodat steeds een anesthesie op maat van de patiënt kan worden voorzien.

Bij de zwaardere ingrepen - waarbij de pijn het meest hevig is de eerste dag - kan locoregionale anesthesie met langwerkende producten de pijn aanzienlijk verminderen de eerste 12- 16u na de ingreep. Hierdoor is de nood aan de klassieke pijnstillende (en vooral de zwaardere) medicatie minder hoog. Na locoregionale anesthesie is het ook mogelijk om sneller de perorale intake te hervatten aangezien de kans op post operatieve misselijkheid of braken quasi nihil is. Dit zorgt bij patiënten voor meer comfort, minder stress, een korter verblijf op de ontwaakzaal en lager risico op delier.

### VEILIGHEID

Vaak wordt locoregionale anesthesie gelinkt aan verhoogde risico's. Er bestaan tal van

horrorverhalen. Risico's verbonden aan anesthesie zijn echter nooit tot nul te herleiden. In de huidige setting wordt er nu wel gebruikt gemaakt van een echotoestel in combinatie met extra veiligheidshulpmiddelen zoals een neurostimulator waardoor deze risico's wel tot een absoluut minimum kunnen worden gebracht. Het gebruik van een echotoestel zorgt er bovendien ook voor dat lagere dosissen kunnen worden gebruikt waardoor het risico op toxiciteit sterk gereduceerd wordt.

Het gebruik van locoregionale anesthesie biedt dus tal van voordelen en zal de komende jaren ongetwijfeld nog verder aan populariteit winnen zowel bij grotere ingrepen als in de dagkliniek setting.

### INFO

Dienst anesthesie  
09 224 50 19

*"Locoregionale anesthesie zorgt bij patiënten voor meer comfort, minder stress, een korter verblijf op de ontwaakzaal en lager risico op delier."*



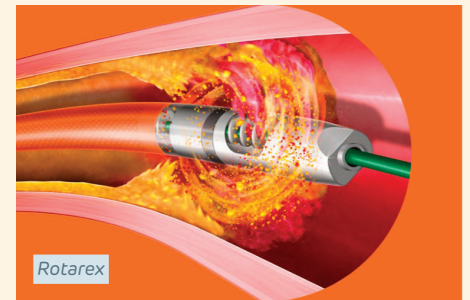
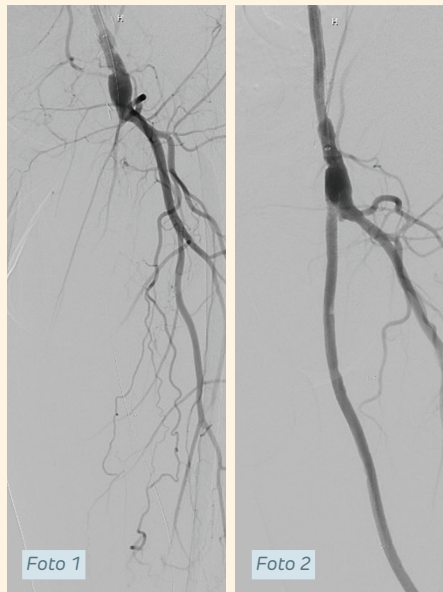
Stijn Hofman

# Rotarex: een nieuwe techniek voor trombectomie

Half januari werd in ons ziekenhuis voor het eerst gebruik gemaakt van een rotationeel atherectomie toestel (Rotarex™) voor het uitvoeren van een trombectomie.

**D**e Rotarex werd voor de eerste keer gebruikt bij een patiënt met subacute ischemie van het linkerbeen op basis van een geoccludeerde femoropopliteale bypass en met invaliderende claudicati klachten als gevolg. De loopafstand van de patiënt bedroeg nog slechts een 100-tal meter en de klachten waren ongeveer één maand bezig. Tijdens de ingreep werd een totale occlusie van de femoropopliteale bypass bevestigd (foto1). Na het uitvoeren van de trombectomie met behulp van de Rotarex zagen we opnieuw een goede flow over de bypass (foto2). De patiënt kon de dag nadien op ontslag.

Meestal wordt bij dergelijke problematiek een trombolyskatheter geplaatst in de bypass via cross-over punctie van de contralaterale lies, waarna intra-arteriële trombolysis met behulp van Actosolv (urokinase) wordt opgestart. De patiënt moet hiervoor geobserveerd worden op de afdeling intensieve zorgen, een dergelijke IA trombolysis kan enkele dagen in beslag nemen. Dagelijks gebeurt een controle angiografie in onze hybride angiografiezaal. Aangezien er bij deze techniek systemische trombolysis wordt toegediend, bestaat het risico op ver-



*“De dienst vasculaire heelkunde van AZ Sint-Lucas is het eerste ziekenhuis in Gent dat deze techniek toepast.”*

algemeende bloedingen. Hierdoor is er een noodzaak tot opname op intensieve zorgen voor monitoring zolang de trombolyskatheter aanwezig is met regelmatige bloedafname ter controle van de stolling.

De Rotarex bestaat uit een katheter met roterende schroeftip (schroef van Archimedes principe) die via de lies over een guidewire arterieel kan ingebracht worden tot op de plaats van de occlusie. Nadien wordt een vacuüm gecreëerd waarbij zowel trombus als plaque kunnen worden opgezogen. Eens de procedure voorbij is, kan de patiënt naar de ontwaakzaal en nadien terug naar de afdeling.

Deze techniek biedt dus een aantal voordelen waaronder het vermijden van een verblijf op intensieve zorgen en het feit dat slechts een beperkte hoeveelheid urokinase tijdens de procedure gebruikt moet

worden. Gezien de recente en wereldwijde tekorten van Actosolv en gelijkaardige producten dient deze in selectieve gevallen worden gebruikt. Bij gebruik van IA trombolysis als behandeling van een ischemisch lidmaat hebben we 100.000 E Urokinase/ uur nodig (=één flacon), we hebben op dit moment slechts 300 flacons ter beschikking in het ziekenhuis.

De Rotarex trombectomie is dan ook een uitstekend alternatief voor de klassieke trombolysis. De dienst vasculaire heelkunde van AZ Sint-Lucas is het eerste ziekenhuis in Gent dat deze techniek toepast.

## INFO

### Dienst thorax- en vaatheelkunde

dr. Yves Blomme  
dr. Cedric Coucke  
dr. Anneleen Stockman  
09 224 64 20

Dr. Yves Blomme

