hallo

MAGAZINE VOOR HUISARTSEN • JUNI 2018 • #23

MARIA MIDDELARES

"Een gespecialiseerde analyse van nierstenen is cruciaal: hoewel vele stenen te wijten zijn aan een slechte voeding, zijn er natuurlijk die wél het gevolg zijn van erfelijke of metabole afwijkingen."

Dr. An Deman, nefrologe

Steenkliniek:

Hoe zorgen voor een goede analyse, behandeling en opvolging van nierstenen?

Hoe maakt u een vroegtijdige zorgplanning bespreekbaar?

Diabetesteam AZ Maria Middelares lanceert eigen online platform op vraag van patiënten.

Draadloze sensoren verhogen patiëntveiligheid. Europese primeur.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS
Dr. R. Goethals
Ir. C. Mouton
Dr. L. Temmerman

REDACTIELEDEN
Dr. F. Ameye
Dr. D. Baert
Dr. J. Bonte
Dr. P. Germonpré
Dr. L. Temmerman
Dr. H. Vanoverschelde
C. Zenner

WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER
Dr. J. Bonte
Dr. K. Carels
Dr. P. Dewint
K. Debosschere

EINDREDACTIE
G. Vindevoghel
C. Zenner

MARIA MIDDELARES

De nieuwsbrief voor huisartsen
is een publicatie van
vzw AZ Maria Middelares
Buitenring Sint-Denijs 30
9000 Gent.

#23

IN DIT NUMMER

04 Primeur: eerste multidisciplinaire IMID-nurse in AZ Maria Middelares

05 Een nieuwe start

06 Draadloze sensoren verhogen patiëntveiligheid

08 AZ Maria Middelares erkend voor de innovatieve behandeling van slokdarmproblemen

09 Diabetesteam lanceert eigen online platform op vraag van patiënten

10 Steenkliniek: het belang van een adequate analyse, behandeling en opvolging van nierstenen

12 Vroegtijdige zorgplanning: hoe maakt u als huisarts de laatste reis bespreekbaar?

14 Interventionele radiologie: een toekomstgerichte discipline in volle groei

16 Internationaal symposium over robotchirurgie

16 Nieuwe dagzaal oncologie dankzij de mooie inzet van jongeren van Laarne

17 Quiz stomatologie

17 Oplossingen quiz nefrologie (Hallo 22)

18 Blog: kunnen we verslaafd worden aan de fiets?

19 Save the date: barbeque ten voordele van partnerziekenhuis in Katako-Kombe

Primeur!

Eerste multidisciplinaire IMID-nurse in AZ Maria Middelares

De IMID-nurse is een vertrouwenspersoon en streeft naar een vlotte link tussen de verschillende disciplines. Ook de wisselwerking met de huisarts van de patiënt is van groot belang.

IMID is de afkorting voor 'Immune Mediated Inflammatory Diseases/ Disorders' en omvat in principe alle auto-immuunaandoeningen. Deze situeren zich veelal op de velden gastro-enterologie, reumatologie en dermatologie. In de gastro-enterologie wordt dan in de eerste plaats gedacht aan de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, in de reumatologie aan reumatoïde arthritis, spondylartrhopathie en psoriasis arthritis en in de dermatologie aan psoriasis, hydradenitis suppurativa en bepaalde collagenosen. Een IMID-functie is nieuw in België en heeft als doel de patiënt beter te helpen.

De functie wordt in AZ Maria Middelares opgenomen door Inge Huys, verpleegkundige van opleiding, met al verschillende jaren staat van dienst op de diensten reumatologie en dermatologie. Door goede vooropleiding binnenshuis en ook bij diensten gastro-enterologie in verschillende grote ziekenhuizen, heeft Inge ook op het vlak van gastro-enterologie een vliegende start genomen.

De patiënten zijn heel lovend over de aanwezigheid van dit laagdrempelig aanspreekpunt. Ze beschouwen de IMID-nurse als een vertrouwenspersoon bij wie ze steeds terechtkunnen voor meer informatie over hun ziekte en/of behandeling. Inge Huys geeft ook relevante informatie over het ziektebeeld van de patiënt, het innemen van medicijnen en het belang van therapietrouw.

De meerwaarde van de IMID-nurse behoeft aldus weinig betoog, gezien de niet onfrequente overlap tussen de verschillende pathologieën. Hierdoor vormt Inge Huys een vlotte link tussen de verschillende disciplines die daarenboven als het ware een 'coach' functie uitoefent. Daarnaast streeft ze ook naar een verdere optimalisatie van de zeer belangrijke en vlotte wisselwerking met de huisarts van de patiënt.

> “De functie wordt in AZ Maria Middelares opgenomen door Inge Huys, verpleegkundige van opleiding, met al verschillende jaren ervaring op de diensten reumatologie en dermatologie.

V.l.n.r. dr. Didier Baert **(gastro-enteroloog)**, dr. Sabine Castro **(reumatoloog)**, IMID-nurse Inge Huys, dr. Linda Temmerman **(dermatoloog)**, dr. Sam Dekeyser **(dermatoloog)**, dr. Valérie Lambrecht **(reumatoloog)**

Meer informatie?

Contacteer Inge Huys
via 09 246 71 60
of inge.huys@azmmsj.be

elke werkdag bereikbaar, behalve op woensdag- en vrijdagnamiddag

Een nieuwe start

DR. EMMANUEL BEKAERT SPOEDGEVALLEN

Dr. Emmanuel Bekaert is afkomstig uit Kortrijk en behaalde zijn artsendiploma via de KULAK aan de Universiteit Leuven. Na zijn basisspecialisatie in de anesthesie behaalde hij in 2010 zijn bijzondere beroepsbekwaamheid in de intensieve zorgen. Hij werkte gedurende 6 jaar als staflid in AZ Sint-Jan in Brugge op de dienst anesthesie en kritieke zorgen. Het voorbije jaar legde hij zich uitsluitend toe op de urgentiegeneeskunde op de dienst spoedgevallen van het UZ Gent met het oog op het behalen van de bijzondere beroepstitel urgentiegeneeskunde. Vanaf april zal hij deel uitmaken van de staf van de spoedgevallendienst van AZ Maria Middelares in Gent. De professionele aanpak van dr. Van Sassenbroeck en zijn collega's en het intercollegiaal respect hadden voor dr. Bekaert een bijzondere aantrekkingskracht. Dr. Bekaert kijkt ernaar uit om als spoedarts in AZ Maria Middelares te kunnen bijdragen tot de hoge standaard van dit ziekenhuis, door zich in te zetten voor kwalitatieve en menselijke zorg.

DR. VEERLE GALLE GEINTEGREERD KANKERCENTRUM GENT

In 2011 behaalde zij haar diploma als arts aan de Universiteit Gent. Na een opleiding als algemeen internist specialiseerde ze zich in de hematologie. Zij komt het huidige team van hemato- en oncologen versterken, in het geïntegreerd Kankercentrum Gent (IKG). Dr. Galle zal voornamelijk werken in AZ Maria Middelares, maar zal ook wekelijks consultatie houden in het Medisch Centrum Maria Middelares Gentbrugge. Daarnaast zal zij als zelfstandig medewerkster werkzaam blijven in het UZ Gent, om deel te kunnen nemen aan universitaire klinisch-wetenschappelijke onderzoeksactiviteiten, met bijzondere interesse voor chronisch lymfatische leukemie. Afspraken kunnen gemaakt worden via het secretariaat oncologie-hematologie: tel 09 246 89 50.

DR. MIRRA BOER ENDOCRINOLOGIE

In 2011 behaalde dr. Boer haar artsendiploma aan de Universiteit van Gent. Na een basisopleiding als algemeen internist, specialiseerde zij zich verder in de endocrinologie. Tijdens haar opleidingen deed zij ervaring op in verscheidene ziekenhuizen (UZ Gent, AZ Maria Middelares en OLV Aalst). Zij komt het huidig team van endocrinologen versterken en zal werken in het endocrinologisch/diabetes zorgprogramma. Dr. Boer zal hoofdzakelijk werkzaam zijn in AZ Maria Middelares, met daarnaast ook poliklinische activiteit in het Sint-Vincentius ziekenhuis in Deinze. Zij zal de brede endocrinologie beoefenen, met een bijzondere interesse voor diabetes.

DR. AN SEGAERT GYNAECOLOGIE

Dr. An Segaert studeerde geneeskunde aan de KU Leuven campus Kortrijk en Leuven. Zij genoot haar opleiding gynaecologie-verloskunde in AZ groeninge in Kortrijk, AZ Sint-Jan ziekenhuis in Brugge en UZ Leuven. Daarna trok ze naar het CHRU in Lille (Frankrijk) voor een bijkomende opleiding in gynaecologische chirurgie met de nadruk op urogynaecologie en benigne gynaecologie. Dr. Segaert koos voor AZ Maria Middelares omwille van de visie van hoogkwalitatieve gezondheidszorg met een menselijk gelaat en de zin voor innovatie. Ze zal mee haar schouders zetten onder de urogynaecologische unit en wenst deze verder uit te bouwen in de Gentse regio. Verder zal zij robotchirurgie opstarten in de dienst gynaecologie. Hiervoor zal ze nog bijkomende expertise opdoen in binnen- en buitenland. Ze zal uiteraard ook algemene gynaecologie en verloskunde beoefenen.

DR. KOEN MATTHYS FYSISCHE GENEESKUNDE - REVALIDATIE

Dr. Koen Matthys specialiseerde zich van 2003 tot 2008 in de fysische geneeskunde en revalidatie. Nadien begon hij zijn carrière als revalidatiearts in Revalidatieziekenhuis Inkendaal, waar hij een bijkomende erkenning behaalde in de locomotorische revalidatie. Hij deed ervaring op bij diverse patiëntengroepen, gaande van protheserevalidatie over acute hersenletsels tot chronische Parkinsonzorg. Daarnaast werkte hij ook als fysisch geneesheer in het neuromusculair referentiecentrum (NMRC) UZ Brussel-Inkendaal. Dr. Matthys specialiseerde zich gaandeweg in de neurologische revalidatie. Sinds twee jaar is hij een drijvende kracht in de hersenletselpraktijk in Gent, een multidisciplinaire equipe met gespecialiseerde eerstelijnszorg voor patiënten met een hersenletsel en hun omgeving. Bij ons zal hij zijn schouders zetten onder de neurologische revalidatie met als doel om in een multidisciplinair kader kwaliteitsvolle hulpverlening op maat te bieden voor personen met een hersenaandoening.

Draadloze sensoren verhogen patiëntveiligheid in AZ Maria Middelares
Europese primeur met technologie van Philips

AZ Maria Middelares is er de voorbije jaren in geslaagd het aantal reanimaties in het ziekenhuis spectaculair te doen dalen. De reden voor dit succes is de manier waarop we onze patiënten opvolgen. Aan de opvolging van de Early Warning Score werd een procedure met een snel interventieteam gekoppeld, dat verpleegkundigen bijstaat om de toestand van patiënten in te schatten. Samen met Philips wil AZ Maria Middelares nu nog een stap verder gaan, door sommige metingen te automatiseren aan de hand van draadloze sensoren. Dat is een Europese primeur.

De methodologie van de Early Warning Score (EWS) wordt al in verscheidene ziekenhuizen gebruikt. Minstens drie keer per etmaal meten verpleegkundigen op afdelingen zonder intensieve monitoring een reeks van parameters bij hun patiënten: bloeddruk, ademhalingsfrequentie, hartslag, lichaamstemperatuur en het bewustzijn.

Dr. Diederik Van Sassenbroeck, diensthoofd spoed AZ Maria Middelares: "De bedoeling van EWS is om de kritiek zieke patiënt op te sporen op plaatsen waar het niet meteen opvalt, denk aan de materniteit of de psychiatrie bijvoorbeeld. Dankzij de evolutie in de parameters komen problemen voortijdig aan het licht en kunnen we sneller ingrijpen om erger te voorkomen."

Dankzij een biosensor op het lichaam van de patiënt kunnen we nu draadloos de EWS-score meten. Die metingen stromen automatisch door naar het medisch dossier. En als er een afwijking is, wordt de verpleegkundige meteen gewaarschuwd.

> Om de EWS-score te bepalen worden een reeks van parameters gemonitord: bloeddruk, ademhalingsfrequentie, hartslag, lichaamstemperatuur en bewustzijn.

EEN SNEL INTERVENTIETEAM

In AZ Maria Middelares startte men in 2012 op één afdeling met de EWS-systematiek. In 2015 werd deze ziekenhuisbreed uitgerold. Maar het bijzondere is het snelle interventieteam dat eraan gekoppeld werd. Tom Verbeke (hoofdverpleegkundige van de dienst intensieve zorgen): "We hebben met eigen middelen een ploeg van zes verpleegkundigen intensieve zorgen vrijgemaakt om als snel interventieteam, ook wel Rapid Response Team (RRT) genoemd, te fungeren in het ziekenhuis. Als een afdelingsverpleegkundige een probleem meldt, is er binnen de 10 minuten iemand van het RRT ter plaatse."

"Beide verpleegkundigen herevalueren dan samen de toestand van de patiënt. Indien nodig is er ook overleg met de behandelende arts, zodat een correcte inschatting wordt gemaakt en de nodige opvolging kan gebeuren. Door de intensieve samenwerking tussen afdelingsverpleegkundigen en het RRT trekken we de juiste conclusies en tillen we de inzichten over de kritiek zieke patiënt op een niet-gemonitorde afdeling naar een hoger niveau", legt Verbeke uit.

MINDER REANIMATIES, MINDER ONVERWACHTE OVERLIJDENS

De resultaten van die aanpak zijn spectaculair. In 2012 kende AZ Maria Middelares nog 1,84 reanimaties per 1.000 opnames, eind 2016 was dat aantal gezakt tot 0,37 per 1.000. Dr. Diederik Van Sassenbroeck: "En dat is niet het enige: het aantal mensen dat van een afdeling terug naar intensieve zorgen moet, daalt ook. Voor de financiering van het ziekenhuis – onder meer gebaseerd op het aantal reanimaties en spoedopnames – is dat misschien geen goede zaak, maar voor de patiënt is het des te beter!"

Daarnaast zijn er minder onverwachte overlijdens in het ziekenhuis. "We stellen vast dat we veel vroeger verwittigd worden over problemen. Patiënten verkeren nog in een betere toestand en dus kunnen we ook meer levens redden", aldus dr. Henk Vanoverschelde, diensthoofd anesthesie. "Bovendien helpt de systematiek van de EWS-aanpak ons om bij elke interventie na te denken of we wel alles hebben gedaan wat we konden om een probleem te vermijden. We evalueren en leren steeds bij."

SLIMME TECHNOLOGIE VERBETERT OPVOLGING PATIËNTEN

Voortaan gaan we nog een stap verder. AZ Maria Middelares test een draagbare sensor van Philips die automatisch en onmiddellijk medische parameters doorstuurt naar het elektronisch patiëntendossier. Een unicum in Europa.

Projectcoördinator Kurt Roesbeke: "Tot nu toe worden de parameters afzonderlijk gemeten en manueel ingevoerd in het EWS-systeem. Dankzij een biosensor op het lichaam van de patiënt kunnen we draadloos de ademhaling, temperatuur, hartfrequentie en houding en valbeweging meten. Die metingen stromen automatisch door naar het medisch dossier. En als er een afwijking is, wordt de verpleegkundige meteen gewaarschuwd."

Het project vormt een voorbeeld van hoe technologie de zorgsector veiliger én efficiënter maakt. "We kunnen met slimme technologie de kwaliteit van onze zorg ondersteunen. We blijven minstens drie keer per dag bij de patiënten langsgaan. Maar dankzij de sensors kunnen we op veel meer momenten de vinger aan de pols houden", vertelt algemeen directeur Christophe Mouton.

"Bovendien moet het mogelijk zijn om via doorgedreven gegevensanalyse, op basis van nieuwe algoritmes, onze zorg nog verder te verbeteren. Laat dit voor alle patiënten en voor hun families een bewijs zijn van ons engagement rond de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid."

Voor de uitrol van het project slaan heel wat mensen de handen in elkaar. V.l.n.r. hoofdverpleegkundige Tom Verbeke, projectleiders Kurt Roesbeke en Jolien Vandenberghe, algemeen directeur Christophe Mouton, hoofdarts spoed dr. Diederik Van Sassenbroeck, diensthoofd anesthesie dr. Henk Vanoverschelde.

> We kunnen met slimme technologie de kwaliteit van onze zorg ondersteunen. We blijven minstens even vaak bij de patiënten langsgaan. Maar dankzij de sensors kunnen we op veel meer momenten de vinger aan de pols houden.

SENSOREN STRAKS OOK THUIS?

Het handmatig meten en objectiveren van bijvoorbeeld de ademhaling is complex en tijdrovend, wat de draadloze sensor nu volledig overneemt. Het voordeel is dus ook dat zorgverstrekkers zich kunnen toeleggen op het verlenen van gepersonaliseerde zorg.

Slimme technologie maakt de zorg menselijker. Op termijn ziet Philips ook mogelijkheden om patiënten met dezelfde sensoren vanop afstand te volgen, bijvoorbeeld nadat ze uit het ziekenhuis worden ontslagen.

AZ Maria Middelares erkend voor de innovatieve behandeling van slokdarmproblemen

Mensen die veel last hebben van brandend maagzuur, krijgen soms last van slokdarmproblemen. In uitzonderlijke gevallen kunnen deze leiden tot slokdarmkanker. Om dit scenario te vermijden past AZ Maria Middelares een aantal innovatieve technieken toe. Sinds 1 april 2018 zijn we officieel erkend als een van de zeven Vlaamse centra voor Radiofrequente Ablatie (RFA).

Het terugstromen van brandend maagzuur in de slokdarm (= reflux) kan optreden wanneer de afsluitfunctie tussen de maag en slokdarm niet goed werkt, bijvoorbeeld door overgewicht. Reflux gedurende vele jaren kan het slijmvlies van het onderste deel van de slokdarm veranderen in een soort roze dunnedarmslijmvlies, ook wel een Barrett slokdarm genoemd. Ongeveer één op de tien mensen met refluxklachten ontwikkelt daadwerkelijk een Barrett slokdarm. Op termijn kunnen er afwijkingen ontstaan in het Barrett slijmvlies, die dan na verloop van tijd zelfs tot kanker kunnen evolueren.

KANKER OP DE LOER

Gezien het risico op de ontwikkeling van kwaadaardigheid, worden patiënten met een Barrett slokdarm opgevolgd met regelmatige gastroscopieën met afname van biopten. Indien er een afwijking wordt gezien of als afwijkende bevindingen worden gevonden in de biopten, moet de afwijking goed bekeken en weggenomen worden. De techniek die hiervoor gebruikt wordt is de Endoscopische Submucosale Dissectie (= ESD). Via de keel gaat de gastro-enteroloog met een ultraklein mesje en een camera tot in de slokdarm. Daarbij snijdt hij het letsel in zijn geheel weg, zonder de spierlaag te kwetsen. Zo heeft de patiënt na de procedure een minimum van last. Een bijkomend voordeel is dat de patholoog het weefsel nadien goed kan beoordelen. Bij vroegere technieken moest de arts het letsel immers vaak in stukjes wegnemen, wat de analyse bemoeilijkte.
Omdat ESD een complexe techniek is die veel vaardigheid vereist, met meer risico op complicaties bij onvoldoende ervaring met de techniek, wordt in Vlaanderen ESD maar door een handvol endoscopisten op regelmatige basis uitgevoerd.

HERVAL VERMIJDEN

De patiënten die een kwaadaardigheid ontwikkelen of een voorloper ervan, lopen een heel groot risico dat ze opnieuw een nieuwe afwijking zullen ontwikkelen op een andere plaats (= metachrone lesie) in het Barrett-slijmvlies. Om dat risico sterk te verminderen, wordt deze Barrett behandeld met de RFA-methode.

Dr. Pieter Dewint
(interventioneel endoscopist):

> *"Gedurende de RFA wordt heel secuur het 'slechte' slijmvlies weggehaald door dit laagje van de slokdarmwand kortdurend sterk te verhitten, waardoor het afsterft. De gastro-enteroloog voert deze ingreep uit tijdens een gastroscopie. Vervolgens zal de slokdarm genezen en groeit de oorspronkelijke beschermlaag van de slokdarm terug."*

Ook de RFA-techniek wordt alleen in een beperkt aantal grote ziekenhuizen aangeboden. Sinds 1 april 2018 hoort het Digestief Centrum AZ Maria Middelares hierbij.

Dr. Ronny Goethals
(medisch directeur):

> *"Door de expertise van onze interventioneel endoscopist hebben we de kennis en vaardigheid in huis om beide endoscopische technieken (ESD en RFA) vlot en veilig toe te passen. Dr. Dewint wordt hierbij omringd door een multidisciplinair team van gastro-enterologen, oncologen, pathologen, radiologen en chirurgen van AZ Maria Middelares."*

TERUGBETALING

De huidige terugbetalingscriteria geven aan dat er een verhoogd risico op de ontwikkeling van een kwaadaardig gezwel in het Barrett-slijmvlies moet zijn om in aanmerking te komen voor terugbetaling. Dit is een goede maatregel, omdat de behandeling op zich relatief duur is en omdat – zoals steeds – een medische behandeling geassocieerd kan zijn met bijwerkingen.

De terugbetalingscriteria zijn:
- vroeg stadium van slokdarmkanker dat door een gastro-enteroloog werd verwijderd;
- biopten of afwijkingen in de slokdarm met hooggradige dysplasie; dit is het stadium net voor kanker.

Dr. Pieter Dewint

Contactpersoon

Pieter Dewint
pieter.dewint@azmmsj.be
09 246 71 00

Diabetesteam AZ Maria Middelares lanceert eigen online platform op vraag van patiënten

**Het diabetesteam van het AZ Maria Middelares heeft een eigen online educatieplatform gelanceerd.
Op www.sterkerdandiabetes.be vinden diabetespatiënten voortaan alle info en praktische filmpjes over diabetes.**

PRAKTISCHE FILMPJES BEANTWOORDEN VRAGEN VAN PATIËNTEN VANOP AFSTAND

De filmpjes worden opgeladen op YouTube en verspreid via sociale media (#sterkerdandiabetes) en het digitaal platform

SAMEN sterker dan diabetes!

Het ziekenhuis legde zijn oor vooraf te luisteren bij zijn patiënten door een bevraging en stelde vast dat er vraag was naar een dergelijk digitaal educatieplatform. "Patiënten met diabetes krijgen veel informatie te verwerken en dat is niet altijd makkelijk te onthouden", zegt Veerle Couck, coördinator van de diabetesafdeling en trekker van het project. "Uiteraard zijn er onze brochures en de consultaties, maar we voelden dat onze patiënten er nood aan hadden om korter op de bal te kunnen spelen. Daarom hebben we sinds kort ons eigen YouTube-kanaal."

Op het YouTube-kanaal zullen vooral praktische filmpjes te zien zijn. "Denken we maar aan informatie over een hypo-aanval of een educatief filmpje over hoe een sensor van een applicatie voor het opvolgen van glucosewaarden moet worden aangebracht", vertelt Veerle Couck. Daarnaast krijgen patiënten ook heel wat tips over hun voeding, want ook dat is voor hen uiteraard belangrijk.

Ook endocrinologen Emanuelle Versele en Paul Taelman zetten meteen hun schouders onder het project: "Er circuleert heel wat informatie over diabetes en dankzij dit platform kunnen onze patiënten gericht op zoek gaan naar de juiste informatie en dat op elk moment en op hun eigen tempo."

Het diabetesteam van het AZ Maria Middelares zal elke maand een nieuw filmpje publiceren waarin een concreet topic op een laagdrempelige manier word toegelicht, met de nodige praktische tips en tricks. In de filmpjes komen telkens mensen van het diabetesteam aan het woord, zodat het om gekende gezichten gaat. "We hopen dat onze filmpjes en posts een meerwaarde zullen betekenen voor elke patiënt of mantelzorger, en dat op het voor hen meest geschikte moment," besluit dr. Paul Taelman.

Veerle Couck

Contact

Veerle Couck
coördinator diabetesteam
veerle.couck@azmmsj.be
09 246 13 45

Steenkliniek AZ Maria Middelares
Over het belang van een adequate analyse, behandeling en opvolging van nierstenen

Hoewel de frequentie van nierstenen alleen maar toeneemt, is er in de opleiding geneeskunde nog te weinig aandacht voor een adequate behandeling en opvolging. Daarom koos een van onze nefrologen dr. An Deman ervoor om zich verder te specialiseren in nefrolithiasis aan de Sorbonne (Université Pierre et Marie Curie), waar ze afstudeerde met onderscheiding.

Waar je vroeger vooral nierstenen aantrof in de leeftijdscategorie dertig tot zestig jaar, zie je tegenwoordig ook jonge adolescenten en zestigplussers met nierstenen. Ze komen voor bij maar liefst 14% van de volwassen mannen en 8% van de vrouwen. Hoe dit komt, licht dr. Deman verder toe: "Jongeren krijgen meer te maken met nierstenen door hun ongezonde, suiker- en vetrijke voeding. Bij de oudere leeftijdscategorie speelt dat evenzeer, net als een te hoge inname van calcium en vitamine D."

Maar liefst 85% van de nierstenen komt door een onevenwichtige voeding." Dit kan je dus bijsturen door bepaalde fouten uit mensen hun levensgewoonten te halen. Zo kan je de frequentie in stenen enorm doen verminderen", vertelt dr. Deman. "In ons ziekenhuis werken we daarom heel nauw samen met de diëtiste die hierin gespecialiseerd is. Een aantal krachtlijnen zijn alvast een gezonde voeding (rijk aan groenten en fruit, arm aan vlees, met zo min mogelijk suikers) en veel drinken. Eigenlijk dienen patiënten twee tot drie liter per dag te drinken: welbepaalde types van flessenwater, thee ... Belangrijk is in elk geval dat het ongesuikerde dranken zijn. Maar elke patiënt is anders: daarom is het belangrijk dat dit dieet op maat van de patiënt is en in lijn met de achterliggende mechanismen."

> Om te weten met welk type van niersteen u te maken heeft, is het belangrijk ze op te sturen naar een gespecialiseerd labo.

STEENANALYSE IN GESPECIALISEERD LABO

Om te weten met welk type van niersteen u te maken heeft, is het belangrijk ze op te sturen naar een gespecialiseerd labo. Want hoewel vele stenen te wijten zijn aan een slechte voeding, zijn er natuurlijk ook die wél het gevolg zijn van erfelijke of metabole afwijkingen. "Een puur mechanische, urologische aanpak van stenen levert niet altijd de nodige inzichten op: dergelijke analyse brengt slechts in 20% van de gevallen duidelijkheid over de oorzaak van de steen", vertelt dr. Deman. "Bij een morfologische analyse ligt dat op 85% correlatie met het onderliggend mechanisme! Daarvoor werken we samen met het laboratorium van het Hôpital Erasme: dat is echt van topniveau.
In Wallonië is er in navolging van Frankrijk al een groeiende aandacht voor een vergevorderde steenanalyse. In Vlaanderen hinken we voorlopig helaas nog achterop, maar daar trachten we verandering in te brengen."

WANNEER VERWIJST U BEST DOOR NAAR DE SPECIALIST?

In de volgende gevallen is een tijdige doorverwijzing bijzonder belangrijk:

1. diagnosestelling van nierstenen of nefrocalcinose in de beide nieren na echo of CT (of in één nier als patiënten maar één nier hebben);
2. bij anatomische afwijking;
3. bij familiale voorgeschiedenis van herhaaldelijke nierstenen;
4. bij een verminderde nierwerking.

Alvorens de patiënt naar de consultatie te laten gaan, is het nodig dat u de steen laat analyseren in een gespecialiseerd labo en dat een correcte biochemische evaluatie plaatsvond (24-uursurinecollecte, nuchtere bloedanalyse en een vers staal ochtendurine, met onder meer kristallurie), net als een grondige dieetanamnese. De correcte aanvragen zijn beschikbaar via het secretariaat nefrologie en urologie (contactgegevens vindt u hieronder), de testen gebeuren best in AZ Maria Middelares. Aangezien valse resultaten mogelijk zijn bij een suboptimale verwerking van de stalen, heeft ons ziekenhuis hiervoor immers een speciale procedure opgestart. Deze is tijdrovend: bij voorkeur wordt de 24-uursurine afgeleverd op een maandag (dan wordt er extra tijd voorzien om stalen te verwerken).

Patiënten nemen dan ook best een dieetdagboek mee waarin ze hun voedsel- en vochtinname van de voorbije dagen beschrijven, alsook het type fleswater dat ze dronken.

Dr. An Deman

AANDACHTSPUNTEN

- Bij vrouwen is er een groeiend aantal nierstenen, omdat ze te veel en te hoge dosissen calcium of vitamine D-supplementen krijgen. Overweeg dus bij elke patiënt goed hoeveel calcium of vitamine D toe te dienen. Let zeker op bij wie ooit een niersteen had en dien nooit vitamine D toe aan zwangere vrouwen.
- Patiënten met obesitas of diabetes hebben vaak zure urine, wat het risico op urinezuurstenen enorm doet toenemen. Het is nuttig om bij deze patiënten af en toe de urinaire pH te controleren, om zo hun risico in te schatten. Denk aan urinezuurstenen bij deze patiënten wanneer het UpH< 5.5 is, zeker bij mogelijke koliekpijn. Deze weinig opake stenen zijn vaak niet goed zichtbaar op echografie/RX, wel op CT. Ook patiënten met een gastric bypass/inflamatoire darmziekten hebben vaker nierstenen door digestieve hyperabsorptie van oxalaat, vaak in combinatie met oligurie. Ook hier kunnen preventieve maatregelen zeer belangrijk zijn en kan het advies van onze gespecialiseerde diëtiste zeer waardevol zijn.
- Weet dat bij kinderen een niersteen altijd relevant is en dat u ze hiervoor steeds naar een kindernefroloog/uroloog dient door te verwijzen. Kleine kindjes hebben geen nierkolieken: bij hen zal de diagnose duidelijk worden wanneer ouders een steen of wat bloed terugvinden in de pamper.

Dr. Deman mocht op 21 oktober 2017 de casus: 'une hypercalcémie à Gand' voorstellen op het atelier 'sur les troubles hydro-electrolytiques', georganiseerd door het Tenon en Necker hospitaal in Parijs.

De nefrologen van AZ Maria Middelares (v.l.n.r.): dr. An Deman, dr. Marie Schurgers, dr. Heidi Hannon, dr. Mieke De Vleeschouwer, dr. Pascale Bernaert.

Contact nemen?

Secretariaat nefrologie
09 246 88 00
van 8.30 - 12 uur
en van 13 - 17 uur

Secretariaat urologie
09 246 79 90

Vroegtijdige zorgplanning
Hoe maakt u als huisarts de laatste reis bespreekbaar?

AZ Maria Middelares zet zich al vele jaren in om vroegtijdige zorgplanning bespreekbaar te maken. "Wanneer er iets gebeurt met iemand, waardoor die niet meer in staat is om zijn wil te uiten, dan is het voor de zorgverstrekkers van fundamenteel belang te weten welke medische tussenkomsten deze persoon zélf zou willen in deze situatie", stelt verantwoordelijke vroegtijdige zorgplanning Marc Merchier. "De waarde van een goed doorsproken en vastgelegde wilsverklaring kan niet onderschat worden. De huisarts is daarbij de spilfiguur."

HET LEVENSEINDE KAN MENSEN VOOR EEN AANTAL MOEILIJKE KEUZES PLAATSEN

- Wil je gereanimeerd worden?
- Wil je kunstmatig gevoed worden?
- Wil je geopereerd worden?
- Wil je euthanasie voor het geval je onomkeerbaar buiten bewustzijn bent?

Niet alleen oudere mensen of terminaal zieken krijgen hiermee te maken. Levenseindesituaties kunnen ook jongere mensen onverwacht treffen, bv. na een verkeersongeval. Wat indien je op dit moment niet langer je keuze kan verwoorden en je naasten en familie deze knopen dienen door te hakken?

Het is dus meer dan zinvol dat patiënten samen met een door hen aangeduide vertegenwoordiger hun wilsverklaring gezondheidszorg en levenseinde samen doorspreken met hun huisarts, of indien gewenst in het ziekenhuis met de consulenten vroegtijdige zorgplanning. Extra toelichting bij de documenten is geen overbodige luxe: elk woord telt en de patiënt moet echt goed beseffen waarover hij beslist. Eens het document is ingevuld, bewaart de patiënt dit op een plaats waar het makkelijk terug te vinden is. "Ik denk dan steeds aan het verhaal van een patiënt van wie de documenten bewaard werden in een kluis. Helaas had men ze nodig in het weekend, wanneer de bank gesloten was en de kluis niet toegankelijk. Dat was echt schrijnend", herinnert Marc Merchier zich. Daarom is het belangrijk dat de patiënt aan een aantal personen, en zeker ook de huisarts of specialist, een kopie van zijn wilsverklaring bezorgt en dit zo documenteert. Al deze kopieën zijn even rechtsgeldig. Wanneer er iets gebeurt, zal de vertegenwoordiger wel als eerste worden aangesproken.

MISVATTINGEN

Er bestaan helaas nog heel wat misvattingen omtrent de wettelijke wilsverklaring over gezondheidszorg en levenseinde. Heel wat mensen vullen een wilsverklaring over euthanasie in bij de gemeente en gaan ervan uit dat hun hele levenseinde dan geregeld is. "Was het maar zo eenvoudig", zucht Marc Merchier. "Deze registratie gaat enkel om euthanasie wanneer men onomkeerbaar buiten bewustzijn is. Het is dus heel belangrijk dat mensen snappen dat deze wilsverklaring onder geen beding geldig is in andere gevallen, bv. bij dementie. Op voorhand briefjes schrijven haalt hier dus niets uit."

Is euthanasie dan onmogelijk bij dementie? "Dit kan enkel gedocumenteerd worden in een heel vroeg stadium van dementie en moet door een arts bekrachtigd worden. Mensen kunnen op dit moment nog heel duidelijk aangeven wat ze wel en niet willen, in het bijzijn van een vertegenwoordiger."

"Het is dus duidelijk dat wij als ziekenhuis en de huisartsen de heel belangrijke taak hebben om mensen correct te informeren en samen met hen te zorgen voor een correct ingevuld en geldig document," besluit Marc Merchier. In 2017 werden een 300-tal wilsverklaringen opgemaakt in AZ Maria Middelares.

> "Het is dus duidelijk dat wij als ziekenhuis en de huisartsen de heel belangrijke taak hebben om mensen correct te informeren en samen met hen te zorgen voor een correct ingevuld en geldig document.

DE HUISARTS ALS SPILFIGUUR: GOED OM WETEN

Een wilsverklaring is voor iedereen nuttig, maar sensibiliseer zeker chronische patiënten of personen met beginnende dementie om na te denken over vroegtijdige zorgplanning, ook al is dit mogelijk confronterend. Indien u zich hier zelf onvoldoende vertrouwd mee voelt, kunt u uw patiënten steeds doorverwijzen naar de consulenten vroegtijdige zorgplanning.

Moedig de patiënt aan om zijn vertegenwoordiging mee te brengen wanneer hij langskomt. Op die manier is deze al van bij aanvang betrokken bij dit beslissingsproces.

Maak voldoende tijd vrij om een wilsverklaring in alle rust en sereniteit toe te lichten. Is het te druk? Weet dan dat u uw patiënt steeds mag doorverwijzen naar onze consulenten.

Heeft u met een patiënt van AZ Maria Middelares zijn wilsverklaringen ingevuld, bezorg het dan zeker ter nazicht aan de consulenten vroegtijdige zorgplanning. Op die manier is er een extra controle dat het hele document volledig en consistent is. Weet ook dat indien onze consulenten een wilsverklaring opmaken, zij de patiënt steeds het advies geven om dit terug te koppelen naar en te bespreken met hun huisarts.

Indien de wilsverklaringen gekend zijn in het ziekenhuis, dan wordt dit in het elektronisch patiëntendossier Synops bewaard op een prominente plaats (tussen de naam van de patiënt en de therapiebeperkingscode van de patiënt).

Marc Merchier, verantwoordelijke vroegtijdige zorgplanning

WAAR VINDT U MEER INFORMATIE?

- www.mariamiddelares.be
  (rubriek 'patiënten'-'patiëntenbegeleiding'-'vroegtijdige zorgplanning')
  hier vindt u de essentiële informatie in een korte reportage met ons palliatief supportteam.
- www.delaatstereis.be
  een initiatief waarmee de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vroegtijdige zorgplanning bespreekbaar wil maken.
- www.leif.be
  een open initiatief van mensen en verenigingen die streven naar een waardig levenseinde voor iedereen.

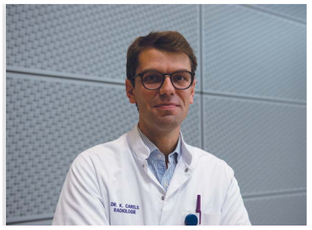
De nodige documenten kunnen steeds aangevraagd worden via de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen of leif.

Nood aan advies?

U kunt steeds terecht bij:
- Marc Merchier, verantwoordelijke vroegtijdige zorgplanning, via 09 246 27 50 of marc.merchier@azmmsj.be
- De consulenten vroegtijdige zorgplanning, via bovenstaand nummer

Interventionele radiologie: een toekomstgerichte discipline in volle groei

Interventionele radiologie (IR) legt zich als subdiscipline van de radiologie toe op de innovatieve integratie tussen kliniek, medische beeldvorming en minimaal invasieve therapie, met als doel de patiëntenzorg te optimaliseren. Dit domein heeft het laatste decennium een sterke evolutie doorgemaakt. Door een verdere verfijning van technieken en materialen is het toepassingsgebied sterk toegenomen. Hierdoor kan ingrijpende chirurgie soms vermeden worden en kan de patiënt rekenen op een sneller herstel en een kortere hospitalisatie. Met de aanwerving van dr. Kenneth Carels koos AZ Maria Middelares voluit voor de implementatie van de nieuwste diagnostische en therapeutische interventionele technieken.



Dr. Kenneth Carels

Een aantal belangrijke toepassingsgebieden van de interventionele radiologie zijn interventionele neuroradiologie, interventionele oncologie, vasculaire en niet-vasculaire interventies.

Interventionele radiologie omvat alle behandelingen die gebruikmaken van een beeldvormende techniek. Met behulp van echografie, fluoroscopie, CT, MRI of een combinatie van modaliteiten (fusiebeeldvorming) wordt de pathologie in beeld gebracht en worden instrumenten en materialen via bloedvaten of via de huid naar de juiste plaats gebracht. De technieken zijn minimaal invasief en worden meestal onder lokale verdoving en in dagbehandeling uitgevoerd.

In wat volgt lichten we een aantal belangrijke toepassingsgebieden van de interventionele radiologie toe.

INTERVENTIONELE NEURO-RADIOLOGIE

Bij patiënten met een hersen-infarct, veroorzaakt door een stolsel in de grotere hersenbloedvaten, kan het stolsel via een ingebrachte katheter en speciale stent verwijderd worden. Als deze ingreep (de zogeheten cerebrale mechanische trombectomie) plaatsvindt binnen de zes uur, is er een significante verbetering merkbaar in de uitkomst van de patiënten. Recent werd ook aangetoond dat deze behandeling soms nog zinvol is tot 24 uur na het ontstaan van de eerste neurologische klachten, en dit door gebruik te maken van hoogtechnologische diagnostische beeldvorming.

Bij een aneurysma van een hersenbloedvat kan interventionele radiologie eveneens een meerwaarde bieden: via coils, webs en stents worden aneurysmata afgesloten, waardoor het risico op een (her)bloeding geminimaliseerd wordt. Waar nodig werken we hiervoor samen met externe partners.

INTERVENTIONELE ONCOLOGIE

IR kent ook zijn toepassing in de lokale behandeling van tumoren, met een beter effect en minder nevenwerkingen voor de patiënt. Via zeer fijne katheters worden hoge dosissen chemotherapie selectief geïnjecteerd in de bloedvaten die naar de levertumoren lopen (chemo-embolisatie van de lever). Een andere behandeling bestaat erin om radioactieve partikels in de lever te injecteren. Deze komen vast te zitten in de fijne bloedvaten van de tumor en geven er hun straling af, met destructie van de tumor tot gevolg.

Ook andere tumoren kunnen percutaan, onder beeldvorming, worden aangeprikt met speciaal ontwikkelde naalden. Deze kunnen met behulp van warmte (thermoablatie) of koude (cryoablatie) cellen in apoptose brengen.

VASCULAIRE INTERVENTIES

Het is mogelijk actieve bloedingen te stoppen door gebruik te maken van verschillende materialen zoals coils, plugs, partikels, lijm … Ook hier nemen de technische mogelijkheden en indicaties steeds toe, zodat ook refractaire neusbloedingen, longbloedingen, hoge en lage gastro-intestinale bloedingen, lever-, milt- en nierlaceraties bij trauma en intramusculaire bloedingen al via deze technieken worden behandeld.

Bij refractaire ascites en secundaire preventie van slokdarmvaricesbloedingen wordt een stent (TIPSS of transjugulair intrahepatische portosystemische shunt) geplaatst doorheen het leverparenchym, zodat de druk in het portale systeem afneemt. Spataders (varices) die persisteren na het plaatsen van een TIPSS kunnen bijkomend afgesloten worden door coils.

Andere vasculaire toepassingen waarmee u ook in uw huisartsenpraktijk in aanraking kan komen, zijn o.m. de behandeling van baarmoederfibromen en spataders aan de teelbal *(zie kader)*.

NIET-VASCULAIRE INTERVENTIES

De interventioneel radioloog kan perifere galwegen onder echografie aanprikken. Daarbij worden stenosen overbrugd met voerdraden en kunnen vervolgens biopsies en ballondilataties uitgevoerd worden. Daar waar nodig worden stents geplaatst (percutane transhepatische cholangiografie of PTC).

Instabiele wervelindeukingsfracturen kunnen gestabiliseerd worden door de injectie van cement via lange naalden die fluoroscopisch tot in de wervellichamen geplaatst worden.

EN DE TOEKOMST?

Domeinen in volle expansie zijn onder meer prostaatembolisatie als nieuwe behandelingsoptie voor benigne prostaat hypertrofie. Ook de behandeling van 'interne' hemorroïden door embolisatie van rectale slagaders (emborrhoidtechniek) kan op steeds meer interesse rekenen.

Voor de verdere toekomst wordt onderzoek verricht naar de mogelijke rol van IR in het succesvolle verhaal van de immunotherapie voor de behandeling van tumoren.

Dr. Carels: "Domeinen in volle expansie zijn onder meer prostaatembolisatie als nieuwe behandelingsoptie voor benigne, prostaat hypertrofie. Ook de behandeling van 'interne' hemorroïden door embolisatie van rectale slagaders (emborrhoidtechniek) kan op steeds meer interesse rekenen."

MET WELKE AANDOENINGEN KOMT U MOGELIJK IN UW PRAKTIJK IN CONTACT?

BEHANDELING VAN FIBROMEN

Fibromen (ook wel myomen of vleesbomen genoemd) zijn goedaardige tumoren die ontstaan in de baarmoeder. Meestal veroorzaken ze geen of weinig klachten, maar afhankelijk van de grootte of ligging kunnen ze bij uw patiënte leiden tot hevige menstruatie, drukgevoel en/of pijn in de onderbuik, en plasproblemen door uitwendige druk op de blaas.

Indien de fibromen blijven bestaan na medicamenteuze behandeling, kan de interventioneel radioloog een embolisatie uitvoeren: via een katheter in de lies spuit hij een contrastvloeistof in die de fibromen oplicht. Vervolgens wordt de bloedtoevoer afgesloten met behulp van kleine plastic korreltjes, waardoor de fibromen afsterven en verschrompelen.

De uterusfibroomembolisatie vindt plaats onder lokale (epidurale) anesthesie en is minimaal invasief (huidsnede van +/- 2 mm ter hoogte van de (rechter) lies). De ingreep blijkt succesvol bij 85 tot 90% van de vrouwen, die doorgaans na twee weken opnieuw aan de slag kunnen.

SPATADER AAN DE TEELBAL

Ook voor de behandeling van een varicocele (spatader van de teelbal) kan interventionele radiologie worden aangewend. Een varicocele is een zeer frequent voorkomende aandoening die ongeveer één op de tien mannen treft, bijna altijd aan de linkerzijde voorkomt en vaak asymptomatisch is.

Enkel wanneer de varicocele een gevoel van zwelling en pijn met zich meebrengt (bv. tijdens het sporten) of in verband wordt gebracht met infertiliteit, is een ingreep eventueel aangewezen. De indicatie tot behandeling wordt gesteld door een uroloog of fertiliteitsspecialist in samenspraak met de interventioneel radioloog en dit na klinisch onderzoek, vaak aangevuld met een echografie van de teelbal.

Tijdens de ingreep sluit de interventioneel radioloog via een katheter de spatader af, zodat er geen bloed kan blijven staan in het adernetwerk rondom de teelbal. Dezelfde voordelen gelden hier: de ingreep is minimaal invasief en verloopt onder lokale verdoving. Enkele uren na de ingreep kan de patiënt opnieuw naar huis.

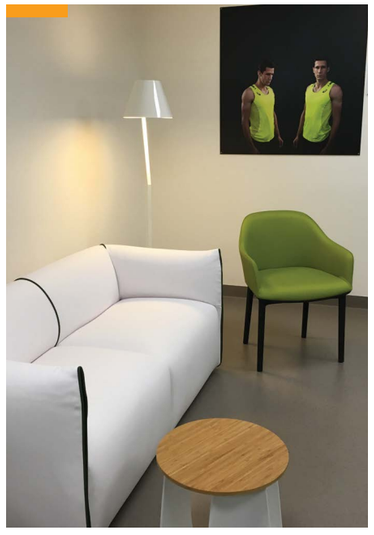
Internationaal symposium:
inzet robots bij buikwandchirurgie

Van 24 tot 26 mei kwamen experten van over de hele wereld samen in het ICC in Gent voor het internationale symposium "Abdominal wall robotic surgery". Het programma werd vakkundig samengesteld door dr. Filip Muysoms, diensthoofd algemene heelkunde in AZ Maria Middelares en expert in buikwandchirurgie.

De deelnemers konden rekenen op sprekers van topniveau, die elk vanuit hun eigen expertise en invalshoek de verschillende aspecten van robotchirurgie bij buikwandchirurgie belichtten. Na een introductie in de nieuwste robottechnologische ontwikkelingen, werd het gebruik in de chirurgische behandelingen van liesbreuken, buikwandhernia's, parastomale hernia's en andere bekeken.

Op gezette tijden werden live operaties geprojecteerd, waardoor de deelnemers op een interactieve manier konden bijleren over de nieuwste technieken bij dergelijke operaties. De interesse vanuit de zaal was groot: robotchirurgie laat toe om dankzij de betere visualisatie preciezer te werken met een hoger comfort voor de chirurg.

Nieuwe dagzaal oncologie
dankzij de mooie inzet jongeren van Laarne



Tijdens de Warmste Week van 2017 zette de Vrije Basisschool Sint-Macharius van Laarne letterlijk zijn beste beentje voor. Via een wandelmarathon zamelden de jongeren samen meer dan 10.000 euro in voor de actie LoLa4life ten voordele van de vzw's Oigo en Koester. Zelfs de allerkleinsten deden mee en stapten rondjes op de speelplaats.

Dankzij hun inspanningen werd het mogelijk de dagzaal op de afdeling oncologie van AZ Maria Middelares in Gent een bijzondere make-over te geven. "Tijdens mijn opname kwam ik dagelijks ontspannen in deze ruimte. Ik voelde me even minder 'patiënt'", klinkt het bij Stijn Deceuninck.

Heel wat patiënten maken dagelijks gebruik van de ruimte, die dankzij de lounge-zetels, de ronde tafel en het tekenbankje voor de kinderen een warme, gezellige sfeer kreeg. "Ik lag zelf vijf weken lang in een tweepersoonskamer. Sommige van mijn medepatiënten waren heel ziek en hadden hun rust meer dan nodig. Ik voelde me zelf relatief goed, en vond het dan ook fijn om in de dagzaal wat te gaan werken aan mijn computer of een spelletje Scrabble te spelen met mijn vriendin. Ook voor een gesprek in alle vertrouwen met de arts of verpleegkundige leent de zaal zich goed.".

Waag je kans
Quiz stomatologie

PLAATS DE JUISTE PATHOLOGIE BIJ ONDERSTAANDE FOTO'S

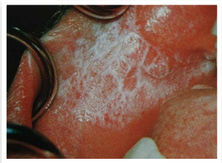


Foto 1

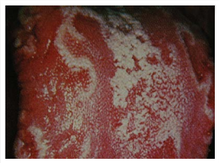


Foto 2

Foto 3

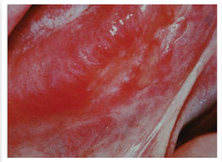


Foto 4

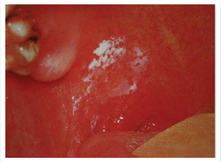


Foto 5

(A) squameus cell carcinoma
(B) lichen planus
(C) candida
(D) leukoplakie
(E) lingua geographica

Schiftingsvraag

Wat is de kans op ontaarding bij erythro-leukoplakie?

Waag uw kans en stuur uw antwoorden vóór 16 juli 2018 via e-mail naar medische.kring@azmmsj.be.

Misschien wint u de fnac-bon van 150 euro.

Oplossing quiz nefrologie (Hallo nr. 22)

Vraag 1: Welke bewering is juist?
Het belang van profilering van de oudere patiënt in de predialysefase, met onderscheid tussen een geriatrisch frêle oudere of een fitte oudere in hoogbejaard profiel is fundamenteel. Dit resulteert immers bij de start van de dialyse in:

Antwoord 3:
een correcte voorbereiding voor de epuratiekeuze, hemodialyse of peritoneale dialyse, een betere patiëntenselectie, een betere risicostratificatie op slaagkans en een betere overleving aan dialyse, naast minder zorgbelasting voor de nefrologische verpleegkundige.

↗ Dit is:
1. bepalend voor de selectie te starten of niet met dialyse of beslissing tot stopzetten behandeling via risicostratificatie (Bansal- en Reinscore);
2. bepalend voor de outcome en survival van de hoogbejaarde dialysepatiënt, aanbevelingen van Erp (Europese renal best practice);
3. noodzaak aan kennis van geriatrische symptomen, ter uitwerking van diagnose frailty;
4. bepalend voor keuze peritoneale dialyse, hemodialyse, thuis of in hospitaal centrum;
5. bepalend voor de werkbelasting van het verplegend personeel;
6. inschatten noodzaak voor opstarten palliatieve ondersteuning en wilsbeschikking;
7. bepalend voor terugkeer naar huis of woonzorgcentrum.

Vraag 2: Welke bewering is juist?
Antwoord 4:
Een vroegtijdige start aan kunstnier bij een gemiddelde restklaring van 15 ml/min in de 70-plus leeftijdscategorie verandert de overleving niet in vergelijking met de laattijdige opstarters bij een gemiddelde klaring van 7 ml/min als restklaring.

↗ Dit bevestigt de stelling dat een late start aan kunstnier bij gemiddeld GFR 7 ml/min de mortaliteit niet verandert bij de 70-plussers in vergelijking met vroegtijdige start aan kunstnier bij 15 ml/min: IDEAL trial. Vroegtijdig opstarten gaf geen overlevingswinst in de cohorte 70-plusser voor geen enkele subpopulatie: diabetes, hartlijden, slechte voedingstoestand etc.

Vraag 3: Welke bewering is fout?
Antwoord 3:
NSAID's in combinatie met ACE-I en sartanen induceren belangrijke hyperkaliëmie en nierinsufficiëntie bij verminderde nierfunctie. ACE-I verhogen de glomerulaire perfusie door postglomerulaire efferente vasodilatatie door inhiberen van angiotensine II gemedieerd systeem met secondaire proteinurie reductie. Deze stelling is fout!

↗ ACE-I verlagen immers de glomerulaire perfusie door postglomerulaire efferente vasodilatatie door het inhiberen van angiotensine II gemedieerd systeem met secondaire proteinurie reductie. Het angiotensine II zorgt immers voor vasoconstrictie postglomerulair waardoor de intraglomerulaire druk stijgt en bijgevolg de proteinurie en micro-albuminurie zal verhogen. Blokkade van dit angiotensine II via ACE-I vermijdt de vasocontrictie postglomerulair, maar brengt een vasodilatatie in het vas efferents met secondaire daling van de glomerulaire perfusie als gevolg. Dit geeft aanleiding tot een daling van de intraglomerulaire druk en zo een reductie van de proteinurie, wat de renoprotectie verklaart.

Helaas ontvingen we deze keer geen enkel juist antwoord. Waag dus zeker uw kans voor de nieuwe quiz over stomatologie.

Blog dr. Jan Bonte

Dokters in nood: “Kunnen we verslaafd worden aan de fiets?”

IK VREES VAN WEL. OF NOEMEN WE HET ROUTINE?

Op 31 maart 2018 is het weer zover: de Ronde van Vlaanderen. Einde 2017 moest je als deelnemer al ingeschreven zijn, anders maakte je geen kans om te behoren tot die 16.000 wielerverslaafden.

Maar we zijn van de partij en vanaf nu ‘We ride Flanders’. We horen inderdaad meer Hollands, Italiaans, Spaans, Engels, allerhande soorten Frans ... dan Vlaams. Flandriens waren altijd al stille zwoegers. Zelfs voor de beklimming à bloc van de Koppenberg krijgt het internationaal wielergezelschap onderrichtingen in het Engels: “Keep right!” En toch levert dit niet veel op: bijna iedere deelnemer denkt dat hij op die dag Sagan of Jolien is.

Maken we nog kans op slagen? Kunnen we en willen we nog genoeg trainen? Over de 200 km met genadeloze, gladde, schokkende, vibrerende, ratelende kasseistroken. Nijdige en adembenemende beklimmingen, uitdagende afdalingen. Halen we de naar de hemel reikende Paterberg? “Avelgem djuu, dedjuu, de Kwoaremont, kunde d’erovere?” Dedjuu, de vrees voor al dat bekende! De vrees voor ons nekske, ons rugske, ons poepke, ons schouderkes, ons polskes, ons knietjes, ons koude voetjes, ons maagske, ons darmkes, ons spierkes, de krampkes ... We laten het niet aan ons hart komen! We - Peter de Groote, Erik de Goedlachse, Luc De Bedaerde, Jan zonder Vrees - trotseren de eerste 100 km met glans. Tijdens de middagstop in Oudenaarde krijgen we nog meer gezelschap waaronder ook kleinzoon Jules (12 jaar), de nieuwe Caesar van Velzeke en omgeving. Nog 75 km ‘te gaan’, te beginnen met de uitdagende Koppenberg. Met veel grinta veroveren we nog de denderende Steenbeekdries, de taaie Taaienberg, de zachtmoedige Kaperij, de muziekboswuivende Kanarieberg, de bronstige Kruisberg, de nijdige Hotond, de klutsige Karnemelkbeekstraat, de knokerige Oude Kwaremont en ... een Berg van een Pater. De laatste 17 km vliegen we naar Oudenaarde, de hemel, den arrivée ... of toch niet? Een Kwaremont-gerstenat in Oudenaarde verzacht de voor een aantal nog resterende 30 km Scheldepijn terug naar Gent. 195 tot 235 km op de teller, we doen het nog steeds! De spaghetti voor onverzadigbaren van destijds in De Kroon (Mullem) wordt ons nu geserveerd door gastvrouw Carine. Twee trappisten en enkele Chateau’s Montaiguillon nadien doen stillekes het licht doven, een euthanaserende burnout avant la lettre.

Mede namens Peter Ackerman, dr. Luc De Baere (huisarts uit Merelbeke), dr. Erik Rötgens (huisarts uit Gentbrugge) en dr. Jan Bonte (revalidatiearts AZ Maria Middelares). Met dank aan onze trouwe supporters van het eerste uur.

V.l.n.r.: dr. Jan Bonte, Peter Ackerman, dr. Luc De Baere, dr. Rötgens.

vzw AZ Maria Middelares, Buitenring Sint-Denijs 30, 9000 Gent - Tel.: 09 246 46 46 - Fax: 09 246 96 59
Medisch Centrum Maria Middelares Gentbrugge, Kliniekstraat 27, 9050 Gentbrugge - Tel.: 09 246 11 20 - Fax: 09 246 11 29
info@azmmsj.be - www.mariamiddelares.be

Save the date
Agenda Medische Kring

Dinsdag 16 oktober 2018
Medische Kring
geriatrisch dagziekenhuis

Vrijdag 7 december 2018
Medische avond
met partner

Dinsdag 29 januari 2019
Dienst radiotherapie

Dinsdag 19 maart 2019
IMID-diensten
(dermatologie,
gastro-enterologie,
reumatologie)

Dinsdag 21 mei 2019
Pijnkliniek

Dinsdag 17 september 2019
Dienst hematologie-
oncologie

MARIA MIDDELARES

ZOALS GEBRUIKELIJK ZAL INSCHRIJVEN MOGELIJK ZIJN OP VERSCHILLENDE MANIEREN:

- via e-mail: medische.kring@azmmsj.be;
- telefonisch elke vrijdag op 09 246 78 50, van 9.00 tot 15.00 uur;
- via de post: AZ Maria Middelares, t.a.v. medische kring, Buitenring Sint-Denijs 30, 9000 Gent;
- via de inschrijfmodule op www.mariamiddelares.be > zorgverleners > huisartsen > medische kring: voordrachten.