



az West CONNECT

10^e jaargang
nr. 1 • april 2025

Neuropathische pijn
Reconstructieve heelkunde
Traject thuishospitalisatie
Alarmsignalen bij hoofdpijn



az**West**
Zorg op mensenmaat



VOORWOORD

Beste lezer,

De toekomst van az West en de acute zorg in onze regio staat onder druk. De aangekondigde hervormingen in het ziekenhuislandschap dreigen ziekenhuizen met minder dan 250 acute bedden om te vormen tot dagziekenhuizen. Dit zou voor az West en de inwoners van de Westkust en de Westhoek een ernstige beperking betekenen in de toegang tot essentiële medische zorg.

az West beschikt over 204 acute bedden, net onder de opgelegde norm, maar vervult een cruciale rol in onze regio. Jaarlijks behandelen wij meer dan 18.000 patiënten op onze spoeddienst en voeren wij ruim 1.000 interventies uit met onze MUG-dienst. Het verdwijnen van deze diensten zou leiden tot aanzienlijk langere aanrijtijden en kan, in kritieke situaties, het verschil maken tussen leven en dood. Bovendien zouden belangrijke afdelingen zoals intensieve zorg, materniteit, psychiatrie en pediatrie verdwijnen, wat een enorme impact zou hebben op de zorgcontinuïteit in onze regio.

Hoewel we begrijpen dat hervormingen noodzakelijk zijn, pleiten wij voor een doordachte aanpak die rekening houdt met de geografische ligging van onze regio, waar mobiliteit niet altijd optimaal is, en de specifieke zorgbehoeften van een vergrijsde bevolking. De overheid voorziet geografische uitzonderingen voor bepaalde ziekenhuizen, maar hoe dit in de praktijk zal worden ingevuld, blijft voorlopig onduidelijk.

Samen met alle medewerkers van het ziekenhuis zet ik mij blijvend in voor het behoud en de verdere ontwikkeling van een volwaardig ziekenhuis met zowel geplande als ongeplande zorg. Wij streven ernaar om az West verder uit te bouwen tot een sterk community hospital, waarin 24/7 toegankelijke en kwalitatieve zorg gegarandeerd wordt, in samenwerking met onze partners.

In deze editie van ons ziekenhuismagazine belichten we enkele belangrijke ontwikkelingen en projecten binnen ons ziekenhuis. We kijken onder andere terug op 10 jaar wondzorgkliniek, innovaties zoals het gebruik van Platelet-Rich Plasma in het bewegingsapparaat, en nieuwe therapeutische mogelijkheden bij neuropathische pijn. Ook zetten we de uitbouw van orthogeriatrische zorg en thuishospitalisatie als transmurale liaison tussen ziekenhuis en eerste lijn in de schijnwerpers.

Ik wens u veel leesplezier!

Bert Cleuren

Algemeen directeur az West



WONDZORGKLINIEK VIERT 10 JAAR

De wondzorgkliniek az West bestaat 10 jaar en viert dit met een feestelijk symposium op 20 november in Furnevent.

WONDZORGKLINIEK VOOR AMBULANTE PATIENTEN

In de wondzorgkliniek worden ambulante patiënten gezien voor de behandeling van diverse wonden waaronder acute, chronische en complexe wonden die specifieke aandacht vereisen. Dit kan bv. gaan over een wonde na een chirurgische ingreep, doorligwonden, diabetesgerelateerde wonden of andere wondtypes.

Er wordt gestreefd naar het minimaliseren van pijn, het voorkomen van infecties en het bevorderen van een optimale genezing. Hiervoor werken gespecialiseerde wondverpleegkundigen Bo Sturtewagen & Nathalie Vercamer nauw samen met algemeen chirurgen, vaatchirurgen en waar nodig andere disciplines.

Naast een multidisciplinaire aanpak wordt de patiënt ook holistisch benaderd. Naast de fysieke impact van een wond(zorg), is er ook oog voor het emotionele en financiële aspect die de wond(zorg) met zich meebrengt. De patiënt krijgt de gepaste ondersteuning, tips en adviezen.

WONDADVIES AAN BED & EXPERTISEDELING IN ZORGCENTRA

Wondverpleegkundigen Bo & Nathalie zetten ook in op wondadvies aan bed en expertisedeling in zorginstellingen. Ze ondersteunen de verpleegafdelingen door gehospitaliseerde patiënten te zien en hun advies m.b.t. hun wond(zorg) weer te geven in een wondzorgprotocol aan de verpleegkundigen van die afdeling. Het adviseren bij wonden en wondbehandeling gaat verder dan enkel binnen az West. De wondverpleegkundigen delen op regelmatige basis hun expertise aan de hand van interne opleidingen in de revalidatiecentra en woonzorgcentra in onze regio.

FEESTELIJK SYMPOSIUM

Het tienjarig bestaan van de wondzorgkliniek wordt gevierd met een feestelijk symposium op **20 november 2025** in **Furnevent (Veurne)**.

Het programma (onder voorbehoud):

14 - 16 uur:

- Doelgroep: alle burgers
- Werking wondzorgkliniek
- Eerste hulp bij wonden en stoma
- Samen genieten van een drankje

17 - 21 uur:

- Doelgroep: huisartsen, thuisverpleegkundigen, verpleegkundigen uit revalidatiesetting en WZC
- Werking wondzorgkliniek
- Wetenschappelijk luik
- Samenwerking met eerstelijnspartners
- Standenbezoek firma's wondzorgmateriaal
- Samen genieten van een hapje en een drankje

Alle info vind je op www.azwest.be.

Bo en Nathalie

058 33 38 19

wondzorg@azwest.be



GEBRUIK VAN PRP IN HET BEWEGINGSAPPARAAT

Platelet-Rich Plasma (PRP) biedt een waardevolle, regeneratieve behandeloptie bij pees- en kraakbeenletsels. Dankzij de biologisch actieve bestanddelen ondersteunt het de conservatieve behandeling en kan het bijdragen aan pijnverlichting en functioneel herstel.

WAT IS PRP?

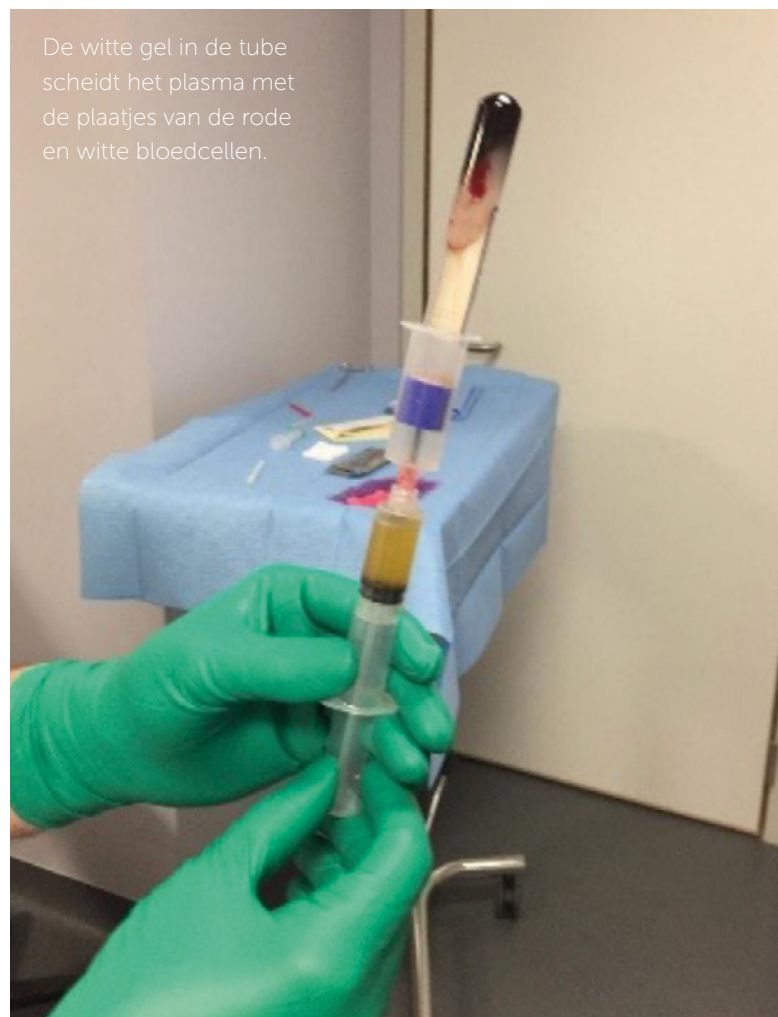
Platelet-Rich Plasma (PRP) is een autoloog bloedproduct dat weefselherstel en regeneratie stimuleert dankzij de aanwezigheid van groeifactoren. PRP wordt verkregen door centrifugatie van een bloedstaal van de patiënt, waarbij rode en witte bloedcellen grotendeels worden verwijderd, zodat een leukocytenarm plasma overblijft.

De witte gel in de tube scheidt het plasma met de plaatjes van de rode en witte bloedcellen. Dit plasma induceert genezing via de vorming van een fibrinenetwerk waarin de plaatjes groeifactoren vrijgeven, wat bijdraagt aan celmigratie, proliferatie, differentiatie, collageenvorming en uiteindelijk neoangiogenese.

Rahman, S., et al., The Effect of Platelet-Rich Plasma on Type I Collagen Production, VEGF Expression, and Neovascularization after Femoral Bone Implants: A Study on Rat Models. Orthop Res Rev, 2022. 14: p. 207-214

Het plasma zorgt voor weefselhydratatie en bevat voedingsstoffen voor cellen, vitaminen, hormonen, electrolyten en groeifactoren. Het bevat fibrinogeen welke een netwerk maakt voor weefselvorming.

Mathew, J. and M. Varacallo, Physiology, Blood Plasma. 2019: StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).



De witte gel in de tube scheidt het plasma met de plaatjes van de rode en witte bloedcellen.

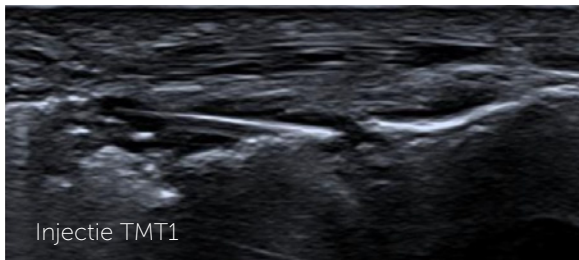
INDICATIES EN TOEPASSINGEN

1. Osteoarthritis (OA)

PRP-injecties worden steeds vaker gebruikt bij de behandeling van osteoarthritis. Recente meta-analyses tonen aan dat PRP, de functie van het gewricht verbetert en pijnverlichting biedt. De standaardbehandeling met oefentherapie en gewichtmanagement blijft essentieel, maar PRP kan een waardevolle aanvullende therapie zijn.

Mogelijke toepassingen:

- Knie-, heup- en enkelgewricht
- Kleinere gewrichten zoals CMC1, subtalair en MTP1



Kim JH, Park YB, Ha CW. Are leukocyte-poor or multiple injections of platelet-rich plasma more effective than hyaluronic acid for knee osteoarthritis? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2023;143(7):3879-97.

Costa LAV, Lenza M, Irrgang JJ, Fu FH, Ferretti M. How Does Platelet-Rich Plasma Compare Clinically to Other Therapies in the Treatment of Knee Osteoarthritis? A Systematic Review and Meta-analysis. *The American journal of sports medicine.* 2023;51(4):1074-86.

Chen L, Jin S, Yao Y, He S, He J. Comparison of clinical efficiency between intra-articular injection of platelet-rich plasma and hyaluronic acid for osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2023;15:1759720X231157043.

Vilchez-Cavazos F, Blazquez-Saldana J, Gamboa-Alonso AA, Pena-Martinez VM, Acosta-Olivo CA, Sanchez-Garcia A, et al. The use of platelet-rich plasma in studies with early knee osteoarthritis versus advanced stages of the disease: a systematic review and meta-analysis of 31 randomized clinical trials. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2022.

2. Therapie resistente tendinopathiën al dan niet met fissuren of partiële scheur

Studies tonen aan dat PRP de functionele activiteit verbetert en pijn vermindert. De injectie gebeurt onder echogeleiding, strikt steriel, in de pees en eventueel in de peesschede. De hoeveelheid wordt aangepast aan de grootte van het letsel en zonder uitvoeren van overmatige druk.

Het resultaat is beter wanneer PRP gecombineerd wordt met kinesitherapie (stretching, excentrische oefentherapie)

Fitzpatrick J, Bulsara M, Zheng MH. The Effectiveness of Platelet-Rich Plasma in the Treatment of Tendinopathy: A Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. *Am J Sports Med* 2016.

Borne J, Ponsot A, Bordet B et al., Nouvelles indications d'injection de PRP autologue sous échographie dans la pathologie du pied et de la cheville. *Actualités en échographie de l'appareil locomoteur Vol. 19*, 129-141, 2024 (Sauramps medical)

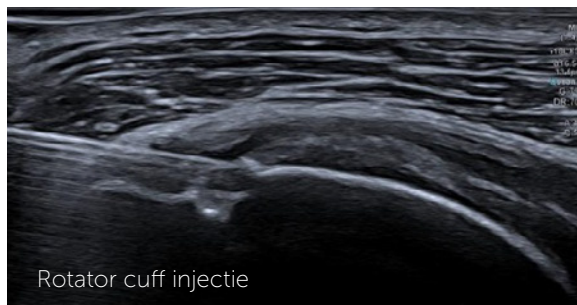
Sconfienza LM, Adriaensen M, Albano D. Clinical indications for image guided interventional procedures in the musculoskeletal system: a delphi based consensus paper from the European Society of Musculoskeletal Radiology *Eur Radiol.* 2022;32(2):1384-94

VEELVOORKOMENDE INDICATIES

- Tennis- of golferselleboog
- Rotator cuff tendinopathiën
- Patellapees- en Achillespeesletsels
- Fasciitis plantaris
- Peesproblemen van peroneus, tibialis, hamstrings en gluteus

PROTOCOL

- Pijnbestrijding met lokale ijsapplicatie en paracetamol
- Start kinesitherapie na één week rust
- Sporthervatting op geleide van pijn
- Indien na twee maanden minder dan 50% verbetering: overwegen van een tweede injectie in samenspraak met clinicus



CONTRA-INDICATIES

- Significante trombocytopenie
- Septicemie of lokale infectie op de injectieplaats
- Actieve kankerbehandeling
- Gebruik van NSAID's of recente corticosteroïdinjecties

Voor meer informatie of doorverwijzing, neem contact op met de dienst Medische Beeldvorming.

Secretariaat: 058 33 30 40
radiologie@azwest.be



Dr. Nina Watté



Dr. Stefaan Marcelis



Dr. Pieter Hoste

NEUROPATHISCHE PIJN: DIAGNOSTISCHE UITDAGINGEN EN THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN

Er wordt geschat dat ongeveer 7-8% van de volwassenen in België getroffen wordt door een vorm van neuropathische pijn. Dit zijn pijnsyndromen die ontstaan na directe schade of dysfunctie van het zenuwstelsel.

Neuropathische pijn kan een enorme impact hebben op de levenskwaliteit van patiënten. Deze pijn wordt vaak chronisch en is geassocieerd met andere symptomen zoals slapeloosheid, depressie, angst, en verminderde mobiliteit. Veel patiënten ervaren beperkingen in hun fysieke activiteiten en sociale interacties, wat kan leiden tot sociaal isolement en depressie.

De meest voorkomende oorzaken van neuropathische pijn:

- **Diabetische neuropathie**
- **Hernia van de tussenwervelschijf:** door rechtstreekse druk op de zenuwen ontstaat de typische radiculare pijn volgens hun respectievelijk dermatoom. Hernia's kunnen zowel op lumbaal als thoracaal en cervicaal niveau voorkomen.
- **Infecties:** bv. postherpetische neuralgie.
- **Toxisch:** bv. chemotherapie geïnduceerde polyneuropathie.
- **Zenuwbeschade:** traumata zoals operaties of een ongeval/dwarslaesie.
- **Neurologische aandoeningen:** bv. Multiple sclerose, ziekte van Parkinson of een doorgemaakt cerebrovasculair accident.

Neuropathische pijn is hoofdzakelijk een klinische diagnose gebaseerd op anamnese en kenmerkende symptomen zoals allodynie en hyperalgesie. Vragenlijsten kunnen een handige tool zijn om het diagnostisch proces te faciliteren. DN-4 ("Douleur Neuropathique 4 questions") is een veelgebruikt voorbeeld. Vanaf een score van 4/10 acht men de

kans dat het om neuropathische pijn gaat meer dan 90 procent. Daarnaast kunnen beeldvorming (MRI) en EMG-onderzoeken een meerwaarde zijn om de oorzaak van de zenuwbeschadiging te achterhalen.

BEHANDELING VAN NEUROPATHISCHE PIJN

De optimale behandeling van neuropathische pijn is multimodaal, waarbij zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze therapieën toegepast kunnen worden. Naargelang de onderliggende oorzaak en de ernst van de pijn kan de keuzestrategie uiteenlopend zijn:

Medicamenteuze behandeling

1. **Antidepressiva:** Tricyclische antidepressiva (zoals amitriptyline) of serotonine-norepinefrineheropnameremmers (zoals duloxetine) zijn vooral aangewezen indien er ook sprake is van centrale sensitatie.
2. **Anticonvulsiva:** Voorbeelden hiervan zijn pregabaline en gabapentine. Deze worden vooral toegepast bij perifere neuropathie.
3. **Lokale applicatie:** Toepassingen met lidocaïne of capsäicine: zowel zalf als pleisters. Deze worden vaak goed getolereerd en vertonen weinig systemische nevenwerkingen.
4. **Vitamine B supplementen:** Ook zonder een aangetoond vitamine B tekort kunnen combinatiepreparaten met vitamine B1, B6 en B12 een pijnstillend effect opleveren.

Niet-medicamenteuze behandeling

Naast medicatie zijn er ook verschillende niet-medicamenteuze mogelijkheden:

1. **Fysiotherapie** kan helpen om de spierfunctie te behouden of verbeteren en pijn te verlichten door gerichte oefeningen uit te voeren. Ook manuele therapie van littekens werkt analgetisch.
2. **Psychologische ondersteuning:** Aangezien chronische pijn vaak gepaard gaat met depressieve gedachten en angstgevoelens kan psychologische begeleiding een therapeutische rol spelen.
3. **Transcutane elektrische zenuwstimulatie (TENS):** Dit is een techniek waarbij elektrische impulsen via de huid worden toegediend om de pijn te verminderen.
4. **Pulsed Radiofrequency (PRF):** Deze minimaal invasieve techniek kan toegepast worden wanneer de pijn terug te brengen valt tot één of enkele welbepaalde zenuwstructuur. Dit kan zowel bij radiculare pijn als bij perifere mononeuropathieën toegepast worden.
5. **Neuromodulatie:** In bepaalde therapieresistente neuropathische pijnsyndromen kan neuromodulatie nog een laatste oplossing zijn. In België is ruggenmergstimulatie terugbetaald bij failed back surgery syndrome, waarbij patiënten blijvende neuropathische pijn ervaren lumbaal/cervicaal of in de onderste/bovenste ledematen. Daarnaast kan een neurostimulator ook geïmplanteerd worden bij één specifieke radiculare zenuw in het geval van therapieresistente complex regionaal pijn syndroom (CRPS).

QUTENZA

Qutenza is een pleister met hooggedoseerde capsaïcine die geïndiceerd is bij het behandelen van gelokaliseerde neuropathische pijn bij volwassenen. Sinds enkele maanden wordt deze behandeling ook aangeboden in AZ West. Qutenza kan opgestart worden als de pijnklachten tussen de 3 maanden en 3 jaar oud zijn.

Deze pleister wordt gedurende een 30-tal minuten op de pijnzone aangebracht tijdens een korte

dagopname en kan telkens herhaald worden na 8-12 weken naargelang het therapeutisch effect. Typische indicaties voor Qutenza zijn postherpetische neuralgie, diabetische neuropathie t.h.v. de voeten, neuropathische pijn na chemotherapie of focale neuropathische pijn van bv. een litteken.

ECHOGELEIDE GEPULSEERDE RADIOFREQUENTIE (PRF)

Indien de pijn terug te brengen valt tot één bepaalde perifere zenuw kan deze gericht behandeld worden met gepulseerde radiofrequentie. In eerste instantie wordt de mogelijke aangetaste zenuw tijdelijk verdoofd zodat vastgesteld kan worden of dit effectief een pijnstillend effect heeft. In geval van een positief proefblok kan dan overgegaan worden tot een PRF. Hierbij wordt er met een kleine naald gedurende enkele minuten een elektrisch veld aangelegd rond de zenuwbaan. In tegenstelling tot de chirurgische neurotomie wordt er geen structurele schade aangebracht waardoor motorische en sensorische functionaliteit behouden wordt.

Deze techniek wordt reeds lang toegepast voor chronische radiculare pijnklachten, maar dankzij de vooruitgang in de echografie kunnen perifere neuropathieën van kleinere zenuwen nu gericht behandeld worden. Enkele voorbeelden hiervan zijn meralgia paraesthetica, pudendusneuralgie, occipitalisneuralgie.

CONCLUSIE

Neuropathische pijn is een complexe aandoening die zowel somatisch als psychosociaal een enorme impact kan hebben op de patiënt. Het stellen van de juiste diagnose en het toepassen van multimodale behandelingsstrategieën zijn cruciaal voor het verbeteren van de levenskwaliteit van patiënten, iets wat we met het groeiend algologisch centrum van az West maximaal willen nastreven.

Dr. Lars Delporte

Lars.Delporte@azwest.be

058 33 31 50



Pijnkliniek az West

Elke werkdag van 8u tot 16u

058 33 31 50

pijnkliniek@azwest.be

RECONSTRUCTIEVE HEELKUNDE BIJ HUIDTUMOREN

De behandeling van huidtumoren vereist vaak een heelkundige resectie, wat leidt tot verlies van huid en onderliggende weefsels. Reconstructieve heelkunde speelt een essentiële rol bij herstel van de functie en esthetiek, vooral op esthetisch gevoelige locaties zoals het aangezicht.

DE HEELKUNDIGE BEHANDELING VAN HUIDTUMOREN

Huidtumoren zijn een veelvoorkomend medisch probleem en kunnen variëren van goedaardige tumoren tot kwaadaardige vormen, zoals basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom en melanoom. In veel gevallen vereist de behandeling van deze tumoren een chirurgische ingreep om de tumor te verwijderen, wat leidt tot verlies van huid en onderliggende weefsels. Vaak wordt bij de excisie niet alleen de tumor zelf verwijderd, maar ook een rand gezond weefsel om er zeker van te zijn dat de tumor volledig is weggehaald. Deze klinische marge dient om terugkeer van de tumor te voorkomen.

Bij huidtumoren op esthetisch gevoelige locaties, zoals in het aangezicht, of tumoren met een moeilijke beoordeelbare aflijning kan de plastisch chirurg samenwerken met de anatoom-patholoog en gebruik maken van peroperatief vriescoupe onderzoek. Dit is een pathologisch onderzoek waarbij de weggesneden huidtumor, met minimale marge, onmiddellijk na excisie wordt bevroren tot extreem lage temperaturen. Vervolgens wordt het bevroren weefsel gesneden in dunne plakjes, die onder een microscoop worden bekeken om te bepalen of de tumor volledig is verwijderd.

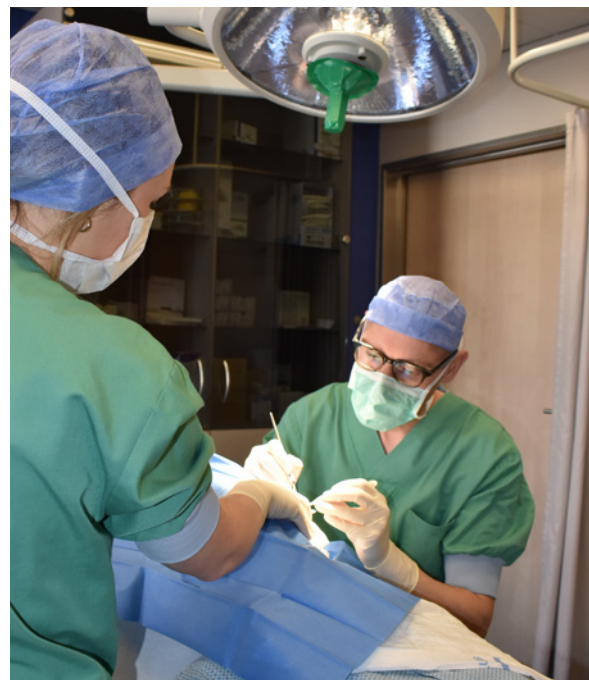
Deze techniek maakt het mogelijk om snel een diagnose te stellen en te beoordelen of er nog resttumor aanwezig is, terwijl de patiënt nog op de operatietafel ligt. Dit biedt belangrijke voordelen, omdat het de chirurg in staat stelt om direct gericht verder weefsel verwijderen zonder onnodige verwijdering van gezond weefsel. Dit maakt het

mogelijk om de chirurgie in één sessie af te ronden, zonder dat de patiënt hoeft te wachten op een tweede operatie. In plaats van meerdere operaties of lange wachttijden, kunnen patiënten zo vaak na één operatie naar huis gaan met de zekerheid dat de tumor volledig is verwijderd.

RECONSTRUCTIEVE TECHNIEKEN

Reconstructieve heelkunde is een tak van de plastische chirurgie die zich richt op het herstellen van anatomische structuren die zijn beschadigd of verwijderd, met als doel zowel de functionaliteit als de esthetiek van het getroffen gebied te herstellen.

Afhankelijk van de grootte, locatie en het type huidtumor kan de plastisch chirurg ervoor kiezen om het defect direct te sluiten of een reconstructieve techniek toe te passen. Bij grotere tumoren of tumoren op esthetisch gevoelige locaties is reconstructieve heelkunde essentieel om het herstel van de functie en esthetiek te waarborgen.



Er zijn verschillende technieken die kunnen worden toegepast bij huidtumoren. De keuze van de techniek is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de grootte van het defect, de locatie en de conditie van de omliggende huid. Enkele veelvoorkomende technieken:

1. Directe sluiting

Bij kleine tumoren of defecten kan de chirurg ervoor kiezen om de huid simpelweg weer direct te sluiten. Dit gebeurt met hechtingen, en de patiënt kan vaak snel herstellen zonder de noodzaak voor geavanceerdere reconstructieve procedures.

2. Lokale flap

Bij grotere defecten, of wanneer het moeilijk is om de huid direct te sluiten, kan de plastisch chirurg gebruik maken van lokale flappen. Dit houdt in dat de chirurg een stuk huid en onderliggende weefsels van een naburig gebied gebruikt om het defect te bedekken. Deze techniek is bijzonder nuttig bij tumoren die zich in het gezicht of op andere complexe anatomische locaties bevinden.

3. Huidtransplantatie

In sommige gevallen, wanneer er niet voldoende lokaal weefsel beschikbaar is voor een flap, kan een huidtransplantatie noodzakelijk zijn. Hierbij wordt gezonde huid van een ander deel van het lichaam gehaald en op het defect geplaatst. De genezing kan enige tijd duren, maar het biedt een oplossing voor grotere defecten.

4. Vrije flap

Wanneer het defect te groot is om met een lokale flap te worden bedekt, kan de plastisch chirurg een vrije of verplaatsbare flap gebruiken. Dit houdt in dat weefsel van een ander deel van het lichaam wordt verplaatst om het defect te bedekken. Deze techniek biedt meer flexibiliteit bij het herstellen van grotere of moeilijk te bereiken gebieden. Hierbij is microchirurgie nodig waarbij voedende bloedvaten van het transplantatieweefsel opnieuw kunnen worden aangesloten op bloedvaten ter hoogte van het defect.

HET BELANG VAN ESTHETIEK EN FUNCTIONALITEIT

Bij reconstructies in het gezicht wordt veel aandacht besteed aan de verhoudingen en symmetrie van het gezicht. De plastisch chirurg probeert het litteken zo onopvallend mogelijk te maken, bijvoorbeeld door gebruik te maken van natuurlijke huidplooiën of door het litteken in een richting te plaatsen die minder zichtbaar is.

Bovendien wordt er altijd gestreefd naar het behoud van de functionaliteit, zoals het behoud van gezichtsuitdrukkingen bij reconstructies in de gezichtsregio.

CONCLUSIE

Dankzij diverse reconstructieve technieken kunnen patiënten na heelkundige behandeling van huidtumoren niet alleen fysiek herstellen, maar ook hun esthetische uitstraling en functionaliteit behouden. Het kiezen van de juiste reconstructieve benadering is afhankelijk van verschillende factoren, waaronder de locatie en grootte van het defect, en wordt altijd aangepast aan de specifieke behoeften van de patiënt. Uiteindelijk draagt reconstructieve heelkunde zo bij aan het herstel van zowel de lichamelijke als de psychologische gezondheid van patiënten die zijn getroffen door huidtumoren.

Dr. Daan De Cock

Plastische, Reconstructieve en
Esthetische heelkunde
Daan.Decock@azwest.be
058 33 35 59



ORTHOGERIATRISCHE ZORG IN AZ WEST

Sinds 1 november 2024 heeft az West een belangrijke stap gezet in de zorg voor kwetsbare ouderen met heupfracturen. Patiënten met een heupfractuur én een geriatrisch risicoprofiel (GRP) worden voortaan rechtstreeks opgenomen via de spoeddienst met een geriater als behandelend arts. De opname vindt plaats op een geriatrische afdeling, waar de focus ligt op een multidisciplinaire benadering van zorg, gericht op herstel, preventie en kwaliteit van leven.

WAAROM DEZE VERANDERING?

Traditioneel werden deze patiënten behandeld door een orthopedist, met de nadruk op het chirurgische aspect van de heupfractuur. Echter, uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat een orthogeriatrische aanpak significant betere uitkomsten oplevert voor geriatrische patiënten. Heupfracturen zijn niet alleen een fysiek letsel, maar ook een signaal van onderliggende kwetsbaarheid en een verhoogd risico op morbiditeit, mortaliteit en functionele achteruitgang.

De combinatie van geriatrische en orthopedische expertise in een orthogeriatrisch model zorgt ervoor dat niet alleen de fractuur wordt behandeld, maar dat ook de onderliggende oorzaken en risicofactoren uitgebreid worden geëvalueerd. Dit omvat aspecten zoals ondervoeding, polyfarmacie, cognitieve achteruitgang en valpreventie.

“IN AZ WEST COMBINEREN WE GERIATRISCHE EN ORTHOPEDISCHE EXPERTISE OM KWETSBARE OUDEREN MET EEN HEUPFRACTUUR DE BESTE ZORG EN LEVENSKWALITEIT TE BIEDEN.”

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK

In de nieuwe aanpak binnen az West worden patiënten opgenomen op een geriatrische afdeling, waar een multidisciplinair team – bestaande uit geriater, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten en sociale werkers – een behandelplan opstelt dat verder gaat dan de acute zorg.

1. **Diagnose van onderliggende oorzaken:** Het team brengt de reden van de val en fractuur in kaart, zoals osteoporose, evenwichtsstoornissen of medicatiegebruik.
2. **Preventieve maatregelen:** Interventies worden gestart om herhaling te voorkomen, waaronder valpreventieprogramma's en medicatieoptimalisatie.
3. **Revalidatietraject:** Aandacht voor vroege mobilisatie en revalidatie, afgestemd op de fysieke en cognitieve mogelijkheden van de patiënt.
4. **Psychosociale ondersteuning:** De sociale en emotionele impact van een heupfractuur wordt erkend en aangepakt, met betrokkenheid van familie en mantelzorgers.

WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

Uit verschillende studies blijkt de meerwaarde van orthogeriatrische zorg:

- Verbeterde overleving en functionele uitkomsten: Volgens een studie van Kammerlander et al. (2010) vermindert een orthogeriatrische aanpak het risico op mortaliteit met 20-30% en verhoogt het de kans op functioneel herstel.
- Kortere opnameduur: Onderzoek gepubliceerd in The Lancet toont aan dat patiënten sneller terugkeren naar hun thuissituatie bij een geïntegreerde geriatrische en orthopedische zorgaanpak.

- Betere preventie van herhaling: Programma's gericht op valpreventie en osteoporosemanagement resulteren in een 40% lagere kans op nieuwe fracturen (Lisk et al., 2019).
- Kosteneffectiviteit: Hoewel de initiële zorg intensiever is, leidt het tot lagere zorgkosten op lange termijn door verminderde heropnames en langdurige afhankelijkheid van zorg.

CONCLUSIE

Met deze vernieuwde aanpak binnen AZ West zetten we een belangrijke stap in de richting van meer patiëntgerichte en geïntegreerde zorg voor orthogeriatrische patiënten.

Door de kwetsbaarheid van geriatrische patiënten centraal te stellen en te kiezen voor een multidisciplinaire benadering, streven we naar betere gezondheidsuitkomsten en een hogere levenskwaliteit.

We nodigen jou uit om samen met ons de handen in elkaar te slaan en deel uit te maken van deze vooruitstrevende zorgaanpak. Heb je vragen of wil je meer informatie? Aarzel niet om contact op te nemen met ons geriatrisch team. Samen maken we het verschil.

058 33 33 26
secretariaat.geriatrie@azwest.be



HEUPPROTHESES: PRECISIE EN SNEL HERSTEL DANKZIJ ROBOTICA

Als sinds 1891 worden heupprothesen geplaatst, en inmiddels is een totale heupprothese al meer dan 100 jaar de gouden standaard bij gevorderde heupartrose. Dankzij technologische vooruitgang gaan moderne prothesen steeds langer mee, met een overlevingskans van meer dan 30 jaar. Daarnaast zorgt digitale technologie, zoals robotica, voor nóg betere resultaten en een sneller herstel voor patiënten.

Een heupprothese bestaat uit 4 belangrijke componenten. De heuppan wordt vervangen door een nieuwe heuppan en een binnenzijde, de 'insert'. Aan de andere zijde wordt een ondersteunende heupsteel geplaatst en een heupkop. Het nieuw gewrichtsooppervlak noemt men 'frictiekoppel'. In het verleden was dit steevast inox maar dit leed tot relatief snelle slijtage. Al ruim 20 jaar wordt een keramieken frictiekoppel gebruikt waardoor slijtage zo goed als tot het verleden behoort.

In az West worden zo goed als alle heupprothesen al jaren minimaal invasief geplaatst via de 'Direct Anterieure Approach'. In tegenstelling tot de andere technieken, worden de spieren niet doorgesneden of beschadigd. Dit resulteert niet alleen in minder pijn maar ook in een snellere revalidatie én vooral een uitstekende stabiliteit. Dezelfde techniek wordt hier ook vaak gebruikt bij revisie ingrepen, wanneer een oude prothese faalt en vervangen wordt. Dit resulteert voor nagenoeg alle patiëntengroepen, in een snelle(re) en vlotte(re) revalidatie. Ruim 90% van de patiënten spreekt dankzij deze techniek, van een heup die als natuurlijk aanvoelt, 'the forgotten hip'.

WAAROM ROBOTICA?

Uiteraard zetten we ons steeds in voor de best mogelijke uitkomst voor de patiënt. In het streven naar 'the forgotten hip' willen we dan ook alle mogelijke technologieën gebruiken om dit doel te bereiken. De minimaal invasieve techniek is een zeer belangrijke component om dit doel te bereiken. Verder wordt

software gebruikt om de ideale maat en positionering te bepalen (templating). Dankzij onze robotica kunnen we deze templating nu perfect gaan reproduceren in de patiënt.

Sinds oktober 2022 beschikken we in az West over het Cori Surgical System van Smith and Nephew (geduid door dr Harinck in een eerdere editie van Connect). Dr Harinck is een pionier in het plaatsen van knieprothesen door middel van deze robot. Dr Mortier is een pionier in het gebruik van minimaal invasieve technieken. Door deze beide technieken te combineren, streven we voluit naar de 'the forgotten hip'.

**"ROBOTICA ONDERSTEUNT ONS IN
HET STREVEN NAAR EEN OPTIMAAL
RESULTAAT, EEN HEUP DIE JE ALS
NATUURLIJK ERVAART."**

HOE GAAT DE OPERATIE IN ZIJN WERK?

Het is belangrijk te weten dat 'robotic assisted' niet wil zeggen dat de operatie volledig door de robot

wordt uitgevoerd. Het is nog steeds zo dat de chirurg de operatie uitvoert en de robot als zeer nauwkeurig instrument helpt bij het accurater plaatsen van de prothese.

Vóór de ingreep wordt de ideale maat & positie door middel van templating bepaald. Na installatie van de patiënt op de operatietafel worden extra trackers geplaatst in de bekkenkam. Een extra plaat met trackers wordt tijdelijk op het bovenbeen gekleefd. Dit zijn sensoren die het de robot mogelijk maken steeds de exacte positie van het been gedurende de operatie te bepalen.



Na het openen van het gewricht wordt er een virtuele scan gemaakt van de heup. Deze vervangt de CT-scan bij andere systemen. Aan de hand van dit virtuele beeld kunnen we dan de templating hierop verifiëren. De optimale positie wordt aan de hand van de software én de robot bepaald om de ideale weefselspanning na te bootsen. Er wordt ook dynamisch gekeken in welke positie de heupprothese de minste kans op een luxatie (ontwrichting) vertoont. Na het voorbereiden van beide onderdelen (heuppan & heupsteel) wordt met testimplantaten opnieuw nagekeken welke positie het optimale resultaat garandeert. Finaal wordt de definitieve prothese geïmplantéerd met behulp van de robot.

Door de heupprothese nog nauwkeuriger te plaatsen, willen we een optimaal resultaat bereiken waarbij de patiënt zijn heup als natuurlijk ervaart – met andere woorden ‘the forgotten hip’.

Dr. Dieter Mortier

Orthopedie

058 33 33 72

secretariaat.orthopedie@azwest.be

AMBULANT PROGRAMMA KINE- EN ERGOTHERAPIE

In az West wordt kinesitherapie en ergotherapie aangeboden aan zowel gehospitaliseerde patiënten als in een ambulante setting.

De ambulante kinesitherapie in AZ West is een breed en veelzijdig onderdeel van de revalidatiezorg dat patiënten helpt herstellen van verschillende medische aandoeningen en bij een pre- en postoperatief verloop van verschillende ingrepen. Het programma richt zich op het verbeteren van de mobiliteit, het verlichten van pijn en het bevorderen van het welzijn van de patiënt.

Er wordt voor iedere patiënt een behandelplan op maat gemaakt, afhankelijk van de aandoening en de revalidatiedoelen die moeten worden bereikt. Bij intake van nieuwe patiënten wordt hiervoor tijd gemaakt bij fysische geneeskunde en bij de kinesitherapeut. Dit kan de dag zelf ook samen gebeuren. Opvolging van deze patiënten gebeurt wekelijks in een multidisciplinair overleg met de arts, kinesitherapeut en ergotherapeut.

Ons ambulante programma zet specifiek in op volgende aandoeningen:

ORTHOPEDISCHE REVALIDATIE

We zetten in op zowel de preoperatieve opstart van kinesitherapie en ergotherapie als het verdere postoperatieve verloop.

De preoperatieve doelstelling richt zich op een vlot herstel na de ingreep. De zorgverlener zet hierbij in op:

- **Spierversterking**
- **Verbeteren van flexibiliteit en mobiliteit:** Het bevorderen van de beweeglijkheid van gewrichten helpt om postoperatieve stijfheid te verminderen.
- **Pijnvermindering:** Patiënten die vóór de operatie al pijnklachten ervaren, bijvoorbeeld door artrose of letsel, kunnen baat hebben bij technieken zoals mobilisatie en ontspanningsoefeningen om de pijn te verminderen en het algehele comfort te verbeteren.

- **Verbeteren van de cardiovasculaire conditie:** Preoperatieve kinesitherapie kan helpen om het uithoudingsvermogen en de algemene fysieke conditie te verbeteren, wat een sneller herstel na de operatie mogelijk maakt.
- **Verlagen van het risico op complicaties:** Door het bevorderen van de fysieke fitheid en het verbeteren van de mobiliteit kan preoperatieve kinesitherapie helpen om het risico op complicaties zoals bloedstolsels, longontsteking of spieratrofie na de operatie te verlagen.

Bijkomend voordeel is dat de patiënt een vertrouwensband met de zorgverleners opbouwt en de werking van de dienst kent. Zodoende loopt ook de postoperatieve revalidatie vlotter. Na de hospitalisatie kan de patiënt in az West verder ambulante revalideren.

Orthopedische revalidatie richt zich verder op het herstel na botbreuken, gewrichtsoperaties, of andere musculoskeletale aandoeningen, zoals artrose.

NEUROREVALIDATIE

Neurorevalidatie is gericht op het herstel van motorische functies na neurologische aandoeningen, zoals een beroerte of Parkinson. De behandelingen helpen de mobiliteit en coördinatie van de patiënt te verbeteren en herstellen zo de mogelijkheid om dagelijkse taken weer zelfstandig uit te voeren. Ook hier is een vlotte samenwerking tussen de ergotherapeut en de kinesiist. De ergotherapeut ondersteunt in het herstel en de verbetering van de handfuncties tijdens de revalidatie, dit bijvoorbeeld bij CVA met hemibeeld. Daarnaast geeft de ergotherapeut ook adviezen rond hulpmiddelen voor de dagelijkse handelingen van de patiënt.

FYSISCHE POST-ONCOREVALIDATIE

Patiënten die chemotherapie of andere behandelingen voor kanker hebben ondergaan, kunnen last hebben van fysieke en mentale vermoeidheid, spierverlies, en andere gezondheidsproblemen.



Post-oncorevalidatie richt zich op het herstel van de fysieke conditie na kankerbehandelingen. Het programma biedt gerichte oefeningen die het spierherstel bevorderen, de mobiliteit verbeteren en de vermoeidheid verminderen.

In AZ West wordt deze therapie uitgevoerd door gespecialiseerde kinesitherapeuten die patiënten begeleiden in hun herstelproces, met als doel hen te helpen weer volledig deel te nemen aan hun dagelijkse activiteiten en een goede kwaliteit van leven te behouden.

ADEMHALINGSKINESITHERAPIE EN REVALIDATIE BIJ COPD

Ademhalingskinesitherapie speelt een cruciale rol in het herstel van patiënten met aandoeningen zoals COPD (Chronische Obstructieve Longziekte). Deze aandoening leidt vaak tot benauwdheid en verminderde longfunctie. We leren patiënten ademhalingsstechnieken die helpen om de ademhalingsspieren te versterken en om de ademhaling te optimaliseren. De revalidatie richt zich niet alleen op het verbeteren van de longcapaciteit,

maar ook op het bevorderen van de algehele conditie en het verminderen van symptomen zoals kortademigheid.

FYSIEK OEFENPROGRAMMA EN BEWEGINGSADVIES BIJ OVERGEWICHT OF NA EEN VERMAGERINGSOPERATIE

Voor patiënten met overgewicht of die een vermageringsoperatie (zoals een gastric bypass) hebben ondergaan, biedt de kinesist specifieke fysieke oefenprogramma's. Deze programma's helpen patiënten bij het opbouwen van kracht, uithoudingsvermogen en flexibiliteit, wat essentieel is voor het behouden van een gezond gewicht en het verbeteren van het algemene welzijn. Het programma wordt vaak gecombineerd met bewegingsadvies dat gericht is op het stimuleren van een actieve levensstijl.

Aanmelden voor een consultatie bij de fysische arts en intake of afspraken bij de kinesist kunnen via het secretariaat:

058 33 32 18
Secretariaat.Fysio@azwest.be

AZ WEST START MET TRAJECT THUISSHOSPITALISATIE

Sinds kort kunnen bepaalde patiënten thuis zorg krijgen die vroeger enkel mogelijk was in het ziekenhuis. Deze thuishospitalisatie voor oncologie, antibiotica, antimycotica en antivirale geneesmiddelen gebeurt onder strikte voorwaarden en onder toezicht van de arts in het ziekenhuis. Het geeft patiënten de mogelijkheid om in hun vertrouwde omgeving te kunnen blijven tijdens hun behandeling.

Momenteel wordt in thuishospitalisatie enkel de toediening van medicatie opgenomen. Het gaat om medicatie die is opgenomen in een dynamische lijst, opgesteld door het RIZIV. De indicaties en behandelingen zullen naar de toekomst toe nog wijzigen.

HOE WERKT HET?

Wanneer een patiënt aan de inclusiecriteria voldoet, kan de arts thuishospitalisatie voorstellen. De patiënt

moet hiervoor zijn akkoord geven. Het ziekenhuis speelt een coördinerende rol in de organisatie, opvolging en de opmaak van het transmuraal zorgpad met de betrokken eerstelijnspartners. De medicatie en het nodige materiaal wordt via het ziekenhuis afgeleverd. De thuisverpleegkundige dient de medicatie toe, staat in voor de katheterzorg en registreert observaties. De huisarts en thuisapotheek worden op de hoogte gebracht.

Bij initiatie verwittigt de behandelend arts-specialist de huisarts. Als een huisarts bij een patiënt wordt geroepen in het kader van thuishospitalisatie en als er een probleem is of complicaties optreden, kan er een extra prestatie aangerekend worden. Enkel de GMD houdende huisarts(praktijk) kan prestaties aanrekenen.

Er is voor huisartsen geen prestatie per behandeldag. Het toezicht op de behandeling blijft onder de verantwoordelijkheid van de arts-specialist die de behandeling heeft voorgeschreven.



Dit zijn de tarieven vanaf januari 2025:

107192 Initiëren thuishospitalisatie: forfaitair honorarium voor GMD-houdende huisartsen (praktijk) te factureren via derdebetalersregeling	€47,29
107214 Forfaitair honorarium GMD-houdende huisarts (enpraktijk) bij inroepen van zijn/haar expertise door een arts-specialist te factureren via derdebetalersregeling	€47,29

TRAJECTEN

Momenteel zijn er 2 trajecten voorzien:

- 1. Antimicrobieel traject (minstens 5 behandeldagen thuis):** Bij bepaalde infecties is (langdurige) intraveneuze behandeling nodig om een micro-organisme te kunnen bestrijden. Hiervoor is een opname in het ziekenhuis niet altijd noodzakelijk.
- 2. Antitumoraal traject (minstens 3 behandeldagen thuis):** Bij een oncologische behandeling kan thuishospitalisatie helpen bij het toedienen van specifieke therapieën zoals chemotherapie, waarbij de patiënt de zorg ontvangt zonder in het ziekenhuis te verblijven.

De eerste 2 toedieningen gebeuren steeds in het ziekenhuis, wat het risico op complicaties laag moet houden. Az West is 24/7 bereikbaar in het geval van problemen.

**“HET WELZIJN VAN DE PATIËNT
STAAT CENTRAAL, NU OOK IN HUN
VERTROUWDE THUISOMGEVING”**

VOORDEEL VOOR DE PATIËNT

Thuishospitalisatie biedt heel wat voordelen voor de patiënt. Ten eerste is het voor de patiënt een stuk comfortabeler om de medicatie toegediend te krijgen in de eigen leefomgeving. De verplaatsing naar het ziekenhuis valt weg. Daarbovenop moet de patiënt geen remgeld betalen en wordt er geen supplement aangerekend.

MEER INFORMATIE

Alle informatie rond thuishospitalisatie is terug te vinden op www.azwest.be. Je kan er de webinars - gericht op de eerstelijnszone - bekijken en de specifieke brochures per traject downloaden (zowel voor zorgverlener als voor patiënt).

Bij vragen kan je contact opnemen met Marilie Libeert van team Ziekenhuishygiëne van az West op het nummer +32 (0) 58 33 35 82 of via marilie.libeert@azwest.be.

ALARMSIGNALEN BIJ HOOFDPIJN

Hoofdpijn is een veelvoorkomende klacht en kan variëren van onschuldige, primaire hoofdpijn tot een levensbedreigende aandoening. Het is van cruciaal belang om alarmsignalen te herkennen die kunnen wijzen op een secundaire, ernstige oorzaak.

Hoofdpijn is een van de meest voorkomende neurologische aandoeningen en symptomen waarvoor patiënten naar de arts komen. Meestal gaat het om een primaire hoofdpijn die geen onderliggende structurele oorzaak heeft. In zeldzamere gevallen is het een secundaire hoofdpijn met een specifieke oorzaak. Volgens de Internationale Classificatie van Hoofdpijnaandoeningen, 3e editie (ICHD-3), wordt hoofdpijn onderverdeeld in primaire (migraine, spanningshoofdpijn, clusterhoofdpijn) en secundaire hoofdpijn (infectieuze, inflammatoire, vasculaire, traumatische of structurele oorsprong).

Meestal kan hoofdpijn precies worden gedefinieerd met anamnese, medische geschiedenis en beeldvorming, maar in de dagelijkse praktijk van een arts is dit niet altijd eenvoudig. Het wordt zelfs complexer, omdat hoofdpijn soms een belangrijk symptoom kan zijn van een andere onderliggende aandoening. Hoe vereenvoudigen we dit en maken we het verschil tussen een primaire hoofdpijn en een urgente, ernstige hoofdpijn die verdere evaluatie vereist?

In de literatuur en in de klinische praktijk zijn er 'alarmsignalen' in de anamneses, medische geschiedenis en klinische bevindingen die de diagnose en differentieel diagnose gemakkelijker kunnen maken. Deze worden hieronder opgesomd en kort uitgelegd.

1. **Plots begin van hoofdpijn:** Een hoofdpijn die zich in seconden of minuten ontwikkelt en zeer hevig is, of voor het eerst optreedt in het leven. Het eerste vermoeden moet een intracranieële bloeding zijn, vooral een subarachnoïdale bloeding. Andere mogelijke oorzaken zijn carotis- en wervelslagaderdissecties, veneuze sinustrombose,

omkeerbare cerebrale vasoconstrictiesyndromen of hypertensieve noodgevallen.

2. **Geen vergelijkbare hoofdpijn in het verleden:** 'De eerste' en 'ergste hoofdpijn van mijn leven' moeten een alarmsignaal zijn om een infectie van het centrale zenuwstelsel of subarachnoïdale bloeding uit te sluiten.
3. **Gelijktijdige infectie:** Een infectie op een extracranieële locatie (zoals de paranasale of mastoïdsinussen, de farynx of het binnenoor) kan dienen als een bron voor de ontwikkeling van een centrale zenuwstelselinfectie.
4. **Veranderde mentale status:** Een verandering in de mentale status, persoonlijkheid of fluctuaties in het bewustzijnsniveau suggereren een mogelijk ernstige afwijking en is een alarmsignaal om subarachnoïdale bloeding, CNS-infectie of pre-eclampsie uit te sluiten (bij vrouwen, zelfs tot zes weken na de zwangerschap).
5. **Leeftijd boven de 50:** Vooral als de hoofdpijn nieuw is of progressief verergert. Het is belangrijk om een intracranieële massa, laesie en reuscel-arteritis uit te sluiten.
6. **HIV en immunosuppressie:** Deze groep patiënten heeft een significant risico op intracranieële aandoeningen, waaronder toxoplasmose, beroerte, infecties en kwaadaardige tumoren van het CNS.
7. **Hoofdpijn bij inspanning:** De snelle opkomst van hoofdpijn bij inspanning (bv. seksuele omgang, lichaamsbeweging) verhoogt de mogelijkheid van carotidissectie, omkeerbare cerebrale vasoconstrictie of intracranieële bloeding. Het is belangrijk om op te merken dat hoofdpijn na nekmanipulaties ook kan volgen uit dissectie.
8. **Zwangerschap en postpartum:** Pre-eclampsie is de meest voorkomende oorzaak en kan zelfs tot zes weken na de bevalling optreden. Andere



Van links naar rechts Dr. Nevena Grbic, Dr. Anatolii Bieliaiev, Joke Vandenbussche, Bianca Deceuninck, Dr. Bart Bruneel.
Ontbreken op de foto: Gudrun Couvreur en Ludwina Van Walleghem.

oorzaken zijn cerebrale veneuze sinustrombose, post-durale punctie en intracranieële hypotensiehoofdpijn (vooral na epidurale anesthesie).

9. **Visuele stoornissen:** Vaak kan dit een oftalmologische aandoening zijn, zoals acuut glaucoom, maar ook sommige neurologische aandoeningen zoals Idiopathische intracranieële hypertensie of reuscelariteritis.
10. **Medicatie:** Vooral anticoagulantia, glucocorticoïden, orale anticonceptiva en pijnstillers. Pijnstillers kunnen ernstige symptomen maskeren of soms migrainehoofdpijn verergeren door een reboundeffect (medicatie-overgebruikshoofdpijn). Patiënten die warfarine gebruiken, hebben een hoger risico op een intracranieële bloeding dan patiënten die directe orale anticoagulantia (DOAC's) gebruiken, en patiënten die orale anticoagulantia plus bloedplaatjesaggregatieremmers gebruiken hebben een verhoogd risico vergeleken met

patiënten die deze middelen niet gebruiken. Daarom wordt aanbevolen dat deze patiënten bij hoofdletsel een CT-scan ondergaan. Illegale drugs, waaronder cocaïne, methamfetamine en andere sympathomimetische middelen, verhogen het risico op beroerte en intracranieële bloeding. Als een drug intraveneus wordt gebruikt, moet een CNS-infectie worden uitgesloten.

11. **Locatie van de pijn:** Occipitonuchale hoofdpijn kan een teken zijn van meningeale irritatie, hoofdpijn in het temporale gebied bij mensen ouder dan 50 jaar kan een teken zijn van temporale arteritis, en hoofdpijn in het oog kan een teken zijn van acute hoekglaucoom.
12. **Familiegeschiedenis:** Een patiënt met hoofdpijn die een familiegeschiedenis van subarachnoïdale bloeding (SAH) heeft onder eerste- of tweedegraads familieleden, heeft een significant groter risico op SAH.

KLINISCHE BEVINDINGEN

Bij klinische bevindingen is het altijd belangrijk om gegevens over vitale parameters te verzamelen (bloeddruk, saturatie, pols, temperatuur, glucosegehalte), de neurologische status en mogelijke uitval op te merken, nekpijn, Horner-syndroom (miosis, ptosis, enophthalmie en anhidrose) en in sommige gevallen papiloedeem.

DIAGNOSTISCHE BENADERING

In de diagnostische benadering is het belangrijk om een CT-scan te doen, en soms een CT-angiografie (als er verdenking is van een aneurysma). Als de resultaten negatief zijn en de symptomen aanhouden (zelfs na medicatie), en er is een vermoeden van subarachnoïdale bloeding, dan is een lumbale punctie noodzakelijk.

Dr. Nevena Grbic
Dienst Neurologie
Nevena.grbic@azwest.be
058 33 30 12



S

Systemische tekenen en aandoeningen

N

Neurologische symptomen

O

Optreden van hoofdpijn is 'nieuw' of 'anders' & patiënt > 50 jaar oud

O

Ontstaan van plotse, zeer hevige hoofdpijn

P

Papiloedeem, pulserende tinnitus, positionele provocatie, uitgelokt door inspanning

Dit zijn alarmsignalen bij hoofdpijn, die kunnen wijzen op een ernstige onderliggende oorzaak.

Literature:

- Cutrer FM, Wippold FJ, Edlow JA. UpToDate. Evaluation of the adult with nontraumatic headache in the emergency department
- Wippold FJ, Kaniecki R, MD, Edlow JA . UpToDate. Evaluation of headache in adults
- Wijeratne T, Wijeratne C, Korajkic N, Bird S, Sales C, Riederer F. Secondary headaches - red and green flags and their significance for diagnostics. eNeurologicalSci. 2023 Jun 30;32:100473. doi:
- Smith JH. Ruling Out Secondary Headache. Online. <https://practicalneurology.com/articles/2018-mar-apr/ruling-out-secondary-headache>

NIEUWE ARTSEN

PLASTISCHE CHIRURGIE

Dr. Daan De Cock

Dr. De Cock behaalde in 2018 zijn diploma Master in de Geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel (VUB). Daarna heeft hij zich gespecialiseerd in de plastische heelkunde. Hij deed ervaring op in AZ Sint-Jan Brugge, UZ Brussel, CHU Liège en eveneens in az West en het Jan Yperman Ziekenhuis bij dr. De Frene.



Daan.Decock@azwest.be
058 33 35 59

ANESTHESIE- REANIMATIE

Dr. Lars Delporte

Dr. Delporte behaalde in 2018 zijn diploma Master in de Geneeskunde aan de KU Leuven.



Daarna heeft hij zich gespecialiseerd in de anesthesie-reanimatie en algologie (pijnkliniek). Hij heeft ervaring opgedaan in UZ Leuven, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Delta en AZ Imelda Bonheiden. Dr. Delporte is eveneens werkzaam zijn in de pijnkliniek van az West.

Lars.Delporte@azwest.be
058 33 31 50

Dr. Eline Stiers

Dr. Stiers behaalde in 2018 haar diploma Master in de Geneeskunde aan de Universiteit Gent. Ze is specialist in de anesthesie-reanimatie en volgde ook een bijkomende opleiding in de intensieve zorg.



Eline.Stiers@azwest.be
058 33 31 11

MEDISCHE BEELDVORMING

Dr. Stefaan Marcelis

Dr. Marcelis is gespecialiseerd in de musculoskeletale echografie, inclusief interventionele procedures zoals PRP (platelet rich plasma), barbotages en infiltraties. Hij is een aantal dagen per maand aanwezig in AZ West voor musculoskeletale echografie en interventionele procedures. Daarnaast is hij werkzaam in het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt.



Stefaan.Marcelis@azwest.be
058 33 30 40

SPOEDGEVALLEN

Dr. Francesco Messina

Dr. Messina behaalde in 2003 zijn diploma master in de geneeskunde aan de KU Leuven. Daarna heeft hij zich gespecialiseerd in de anesthesie-reanimatie en intensieve geneeskunde. Hij deed ervaring op in onder andere Ziekenhuis Oost-Limburg, UZ Gasthuisberg, AZ Vesalius en als arbeidsarts.



Francesco.messina@azwest.be
058 33 35 31

PENSIONERINGEN

Dr. Degryse

Apotheker bioloog / directeur klinisch labo
31 december 2024



35^e VOKA OPEN
BEDRIJVENDAG

5 oktober 2025

VOKA OPEN BEDRIJVENDAG

Ook az West doet
mee! Welkom!

COLOFON

az West-Connect is het medisch magazine van az West voor huisartsen en verschijnt tweemaal per jaar.

Eindredactie & coördinatie: D. Deneir

Redactieraad: B. Cleuren, D. Deneir, dr. B. Deylgat, dr. N. De Wever, dr. H. Lebbinck, dr. Y. Van Durme.

In dit nummer staan redactionele bijdragen van: B. Cleuren, dr. N. Watté, dr. S. Marcellis, dr. P. Hoste, dr. L. Delporte, dr. N. Grbic, dr. D. De Cock, dr. D. Mortier, S. Dupon, N. Hubrecht, E. Bradt, P. Duthoo, M. Libeert, I. Coysman

Fotografie: toech.be, Gent

Vormgeving: toech.be, Gent

Hebt u een vraag of suggestie voor de redactie of wil u zich abonneren of een adreswijziging doorgeven? Of wenst u dit tijdschrift niet langer te ontvangen? E-mail naar: communicatie@azwest.be.

Verantwoordelijke uitgever: Bert Cleuren, Ieperse Steenweg 100, 8630 Veurne

www.azwest.be

