

AZ

OUDENAARDE

HUISARTSENMAGAZINE
MAGAZINE NR. 16

EDITIE 2024

AZ OUDENAARDE
VZW



3

Voorwoord

4

Zelfhulpvriendelijk Ziekenhuis en samenwerking Alzheimerliga

7

Welkom, nieuwe arts!

- Dr. Frederic Martens (neurochirurg)
- Dr. Sylvia De Rekeneire (spoedarts) -> huisarts, met brevet acute geneeskunde
- Dr. Griet Ghys (geriater)
- Dr. Francesco Menegatti (anesthesist/intensivist)
- Dr. Manol Lazarov (spoedarts)
- Dr. Fikriye Dogrul (anesthesist/intensivist)
- Dr. Vladimir Kim (spoedarts)
- Prof. dr. Alex Motttrie (uroloog)
- Dr. Edward Lambert (uroloog)
- Dr. Alexander Salembier (hematoloog)
- Dr. Bernard Van Lierde (pediater)

8

DVO

11

Huisartsenwachtpost

13

Wetenschap

- Knierobot
- Biologicals en small molecules in de behandeling van chronische inflammatoire ziekten
- BOT SPECT-CT : Musculoskeletale toepassingen

Colofon

Verantwoordelijke uitgever
AZ Oudenaarde
Minderbroedersstraat 3
9700 Oudenaarde
Tel: 055 33 61 11

Met dank aan: dr. Katrien Lecluyse, dr. Filip Gemmel, dr. Jens De Vos, Hélène Heugebaert en dr. Rebecca Stael

Redactie: dienst Communicatie AZ Oudenaarde / **Ontwerp:** Revista — www.revista-media.be

Alle rechten voorbehouden. De inhoud van dit magazine is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd of doorgegeven worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



BESTE COLLEGA,

Toen ik de kans kreeg om hoofdarts te worden, in navolging van dr. Kristiaan Vandenecker, heb ik dit engagement met veel enthousiasme aangenomen. Ons ziekenhuis vaart een nieuwe KOERS: Kwaliteit, Open, Efficiënt, Respect en Samenwerken.

Wat **kwaliteit** betreft, zijn wij een van de eerste ziekenhuizen die deelnemen aan de sequentialaudits van Qualicor. De eerste twee audits zijn afgerond, en in maart 2025 volgt de derde. We hebben een nieuw systeem voor incidentmelding en complicatieregistratie ingevoerd en er is een Werkgroep Veilig Ziekenhuis opgericht, die via interne audits en analyses actiepunten formuleert om de medische kwaliteit te verbeteren.

Openheid staat centraal in onze werking. Voor huisartsen en eerstelijnsactoren voorzien we een meldpunt om feedback te verzamelen. Systematisch overleg met OVO moet helpen om de zorg voor onze patiënten te optimaliseren.

Op vlak van **efficiëntie** bouwen we ons beleid verder uit. Met de komst van psychiater dr. Thierry Verplancke wordt de acute opvang en begeleiding van psychiatrische patiënten verbeterd. Een multidisciplinair team werkt aan een oplossing voor de grote nood in deze zorg.

Respect voor elkaar en onze patiënten blijft een prioriteit. De dienst geriatrie is versterkt met geriater Griet Ghys en een expertverpleegkundige, wat zorgt voor een uitbreiding van het geriatisch dagziekenhuis. Samen streven we naar een dementievriendelijke regio.

Samenwerking staat aan de basis van al deze projecten. Met ons ziekenhuisnetwerk Gent zorgen we voor vlotte doorverwijzing naar UZ Gent voor complexere pathologie. Regionaal versterken we de samenwerking met huisartsenkringen enerzijds en de ziekenhuizen van de ZORG-groepering anderzijds. De samenwerking met de borstkliniek van SEZZ en het consulentenschap van hematoloog dr. Salembier zijn hier voorbeelden van.

Onze investeringen in innovatie en patiëntenzorg zijn duidelijk zichtbaar, met de aankoop van robots voor knie- en algemene chirurgie, en de uitbreiding van gespecialiseerde teams zoals het IBD-team. De preoperatieve zorg wordt geoptimaliseerd met de oprichting van de Dienst Voorbereiding Opname (DVO).

Tot slot zetten we sterk in op preventie. We sensibiliseren patiënten, bezoekers en medewerkers rond een gezonde levensstijl en zijn sinds 1 september een alcoholvrij ziekenhuis.

U merkt het: **AZ Oudenaarde leeft**. Ik ben trots om deel uit te maken van het team dat deze toekomstgerichte projecten mee vormgeeft. Met veel enthousiasme willen we samen het verhaal van AZ Oudenaarde verder uitschrijven.

Veel leesplezier!

Dr. Katrien Lecluyse
hoofdarts

AZ OUDENAARDE VERSTERKT SAMENWERKING MET PATIËNTENVERENIGINGEN

AZ Oudenaarde heeft samen met Trefpunt Zelfhulp, het begeleidings- en expertisecentrum voor zelfhulpgroepen en patiëntenverenigingen in Vlaanderen, een intentieverklaring ondertekend om een structurele samenwerking met patiëntenverenigingen te bevorderen. Dit initiatief kadert in een breder project “zelfhulpvriendelijk ziekenhuis”.

Hélène Heugebaert, beleidsmedewerker verpleegkundig departement, in AZ Oudenaarde, is een van de sterkmakers van het project in het ziekenhuis. Ze benadrukt het belang van deze intentieverklaring: “In het verleden waren er al informele contacten met patiëntenverenigingen, maar die richtten zich eerder op ad-hoc acties of activiteiten. Met de intentieverklaring willen we de aanpak formaliseren en de samenwerking met elke vereniging duurzaam en officieel maken. We willen het aantal samenwerkingen bovendien ook uitbreiden, zodat we zo veel mogelijk patiënten kunnen doorverwijzen naar een voor hen relevante patiëntenvereniging of zelfhulpgroep. Patiëntenverenigingen spelen een belangrijke rol in het genezings- en verwerkingsproces. Ze bieden patiënten de mogelijkheid om in contact te komen met lotgenoten om zo waardevolle ervaringen en unieke kennis uit te wisselen. Deze *stille* of *verborgen* kennis kan leiden tot een beter zelfmanagement bij de patiënt. Het gevoel van verbondenheid dat patiënten door lotgenotencontact ervaren, zorgt voor een betere therapietrouw, minder eenzaamheid en hulpeloosheid. Voor de verenigingen zorgt de samenwerking dan

weer voor meer erkenning en zichtbaarheid bij de doelgroep.”

De structurele samenwerking biedt niet alleen voordelen voor patiënten en hun verenigingen, ook voor het ziekenhuis vormt ze een grote meerwaarde. Heugebaert legt uit: “Patiëntenparticipatie is voor ons van groot belang. We betrekken de patiënt en zijn familie nauw bij de zorgverlening om de patiëntveiligheid en -tevredenheid te verbeteren. De samenwerking met de patiëntenverenigingen sluit hier naadloos op aan. Door de extra kennis van ervaringsdeskundigen actief in te zetten, kunnen we de kwaliteit van onze zorg naar een hoger niveau tillen. Bovendien kan deze samenwerking de werkdruk verminderen. Want de psychosociale steun die de verenigingen bieden, vormt een mooie aanvulling op de medische zorg”.

Patiëntenverenigingen die willen samenwerken met het ziekenhuis kunnen een deelname-dossier indienen. “Na het indienen van dit dossier wordt er samen rond de tafel gezeten om te bepalen wat beide partijen voor elkaar en voor de patiënten kunnen betekenen.



v.l.n.r. Katrien Vergucht, Katelijne Van de Velde, Sara Paelinck, Hans Crampe, Hélène Heugebaert en Kelly Wanzele

Vervolgens wordt een samenwerkingsovereenkomst opgemaakt, telkens voor de duur van één jaar. Deze samenwerking kan intensief zijn, bijvoorbeeld door wekelijkse bezoeken van vrijwilligers van de vereniging, maar kan ook beperkt blijven tot het bekendmaken van de vereniging in het ziekenhuis, bijvoorbeeld via flyers of brochures voor patiënten. Elk jaar organiseren we een terugkomdag waarop de samenwerkingen van het afgelopen jaar worden geëvalueerd en afspraken voor het komende jaar worden gemaakt,” verduidelijkt Heugebaert.

Een van de verenigingen die een samenwerkingsovereenkomst met ons ziekenhuis heeft ondertekend, is de Alzheimerliga. Een belangrijke stap in de richting van een betere ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. We spraken met Sara Paelinck, stafmedewerker Educatie bij de Alzheimerliga Vlaanderen, over de visie en

doelstellingen van deze samenwerking. “Mantelzorgers worden vaak vergeten, terwijl ze een enorm belangrijke schakel zijn in het zorgproces,” legt Paelinck uit. “Zo’n 70% van de mensen met dementie woont thuis, waardoor er heel veel zorg op de schouders van mantelzorgers terecht komt. Ons voornaamste doel is hen te ondersteunen in dit proces, op verschillende manieren.”

De werking van de Alzheimerliga is opgebouwd rond vier belangrijke pijlers: lotgenotencontact, sensibilisering, sociale initiatieven en wetenschappelijk onderzoek. “Via inloophuizen of familiegroepen proberen we lotgenoten met elkaar in contact te brengen. We bieden ook vormingen en infosessies aan voor mantelzorgers en we hebben de Dementielijn, waar je gratis en anoniem met al je vragen en bezorgdheden over dementie terecht kunt bij getrainde vrijwilligers en deskundigen.”

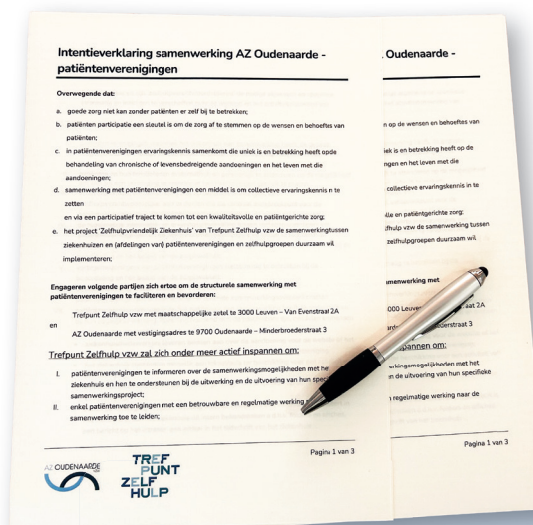
Er bestaan nog steeds heel wat misverstanden over dementie, waardoor mensen met de ziekte zich vaak geïsoleerd of vergeten voelen. “Het belangrijk is dat mensen met dementie zich niet buitengesloten voelen uit onze samenleving. Daarom organiseren we dementievriendelijke activiteiten, zoals een museumbezoek of zwempartij, en helpen we verenigingen en culturele instellingen om toegankelijker en dementievriendelijker te worden. We zetten ook bewustmakingscampagnes op. Denk maar aan de campagne ‘De Jaarlijkse Reminder’, waarbij we oproepen om op 21 september, tijdens Wereld Alzheimer Dag, een knoop in je zakdoek, sjaal, schoenveter... te knopen, als teken dat we mensen met dementie niet vergeten,” gaat Paelinck verder.

Ook het ziekenhuis speelt een belangrijke rol in het zorgtraject van mensen met dementie. “Voor velen begint het proces hier, met de diagnose,” aldus Paelinck. “Het is van groot belang dat patiënten meteen vanaf de start de juiste ondersteuning krijgen. Velen voelen zich na de diagnose in de steek gelaten. Onze samenwerking helpt die kloof te dichten, zodat patiënten en mantelzorgers niet alles zelf moeten uitzoeken.” Daarnaast is de eerste lijn, vooral huisartsen, van cruciaal belang. “Een huisarts is vaak de eerste vertrouwenspersoon voor oudere patiënten. Het vroeg herkennen van signalen van dementie is essentieel, en een goede doorverwijzing naar de Alzheimerliga en andere zorgverleners is onmisbaar om de nodige ondersteuning te bieden,” benadrukt Paelinck.

Een belangrijk aspect in de samenwerking met AZ Oudenaarde is het uitrollen van het pilootproject de ‘Dementiedoos’. “Dit project biedt patiënten na hun diagnose een doos met informatie en hulpmiddelen om hen wegwijs te maken in het zorgproces. Het is een initiatief dat we nu testen in enkele ziekenhuizen, met de bedoeling het tegen 2025 breder te lanceren,” vertelt Paelinck. Het ziekenhuis zet daarnaast ook haar schouders onder het project “familiegroep

dementie”. Een lotgenotengroep in het ziekenhuis voor mantelzorgers waar ervaringen kunnen uitgewisseld worden, steun kan gezocht worden en waar ze terecht kunnen voor een fijne babbel. Bovendien wordt er op laagdrempelige manier informatie aangereikt en worden er inzichten verschaft in het ziektebeeld en – proces.

Met het oog op de toenemende vergrijzing en betere diagnosestelling, verwacht de Alzheimerliga dat de zorgvraag alleen maar zal toenemen. “We zijn heel blij dat we met het ziekenhuis de handen in elkaar kunnen slaan om samen een antwoord te bieden op deze groeiende behoefte.”



Wil je als patiëntenvereniging ook samenwerken met AZ Oudenaarde of wil je meer informatie? Neem dan contact op met Héléne Heugebaert via helene.heugebaert@azoudenaarde.be of 055 33 66 44.

WELKOM NIEUWE ARTSEN

DR. BERNARD VAN LIERDE



Dr. Bernard Van Lierde (pediater) versterkt als toegelaten arts het team van pediaters. Hij houdt consultaties op woensdag van 8.30-12 uur en van 13-18 uur.

DR. FREDERIC MARTENS



Dr. Martens (neurochirurg) verzekert de doorstart van de dienst neurochirurgie AZ Oudenaarde! Hij houdt consultaties op dinsdag van 8.30 – 12.30 en van 13.15-15uur

DR. FIKRIYE DOGRUL



Dr. Dogrul (anesthesist/intensivist) is de nieuwste aanwinst voor het team van anesthesist-intensivisten in AZ Oudenaarde. Zij is aan de slag sinds oktober 2024.

DR. SYLVIA DE REKENEIRE



Dr. De Rekeneire is als huisarts in het bezit van een brevet acute geneeskunde en versterkt sinds maart elke donderdag onze spoedafdeling.

DR. FRANCESCO MENEGATTI



Sinds juli 2024 vervoegt dr. Menegatti (anesthesist/intensivist) het team van anesthesisten in het operatiekwartier en op de dienst intensieve zorgen.

DR. GRIET GHYS



D. Ghys (geriater) is sinds april onze nieuwe geriater

DR. MANOL LAZAROV



Sinds juli 2024 maakt dr. Lazarov (spoedarts) deel uit van het spoedartsenteam.

DR. VLADIMIR KIM



Dr. Kim (spoedarts) is sinds oktober 2024 het nieuwe gezicht binnen ons team van spoedartsen.

PROF. DR. ALEX MOTTRIE



Dr. Motttrie (uroloog) is een autoriteit op het vlak van robotchirurgie. Als toegelaten arts start hij in AZ Oudenaarde robotchirurgie in de urologie op.

DR. EDWARD LAMBER



Als toegelaten arts start dr. Lambert (uroloog), samen met prof. dr. Motttrie, robotchirurgie in de urologie op in ons ziekenhuis.

DR. ALEXANDER SALEMBIER



Toegelaten arts dr. Salembier (hematoloog) startte recent als consulent hematoloog.

MEER INFORMATIE EN CONTACTGEGEVENS: www.azoudenaarde.be/zorgaanbod/artsen

DVO MOET KNELPUNTEN PREOPERATIEF TRAJECT VOOR PATIËNTEN AANPAKKEN



Vanaf maandag 2 december start AZ Oudenaarde met de Dienst Voorbereiding Opname (DVO), een verpleegkundige consultatie bedoeld om het preoperatief traject voor patiënten die een chirurgische ingreep of scopie onder algemene anesthesie ondergaan, te optimaliseren.

Tot nu toe was er in AZ Oudenaarde geen gestandaardiseerd preoperatief traject voor chirurgische patiënten, behalve voor patiënten die een totale heup- of knieprothese ondergingen. Zij werden voorbereid in de heup- en kniekliniek. Bij andere ingrepen ontvingen patiënten tijdens hun consult bij de chirurg een opnamemap met anesthesie-documenten, informed consent-formulieren en een informatiebrochure. Patiënten ouder dan 55 jaar werd gevraagd om voor preoperatieve onderzoeken langs te gaan bij de huisarts. Die manier van werken hield een aantal veronderstellingen, gevolgen en risico's in:

1. Er werd verondersteld dat elke patiënt nog een eigen huisarts heeft bij wie hij of zij (op korte termijn) terecht kan voor preoperatieve onderzoeken en informatie.
2. Patiënten waren niet altijd adequaat geïnformeerd over de voorbereiding, de postoperatieve situatie/het ontslag naar huis, het financiële aspect van een operatie... wat soms leidde tot ontevredenheid.
3. Niet alle patiënten waren correct voorbereid op hun ingreep. Zo werden preoperatieve onderzoeken of ingreepspecifieke voorbereidingen niet altijd uitgevoerd, werd bepaalde medicatie niet gestopt of aangepast, was er onduidelijkheid over thuismedicatie... Dit hield potentiële risico's voor de patiëntveiligheid in, veroorzaakte wijzigingen in de OK-planning en zorgde voor een extra werkdruk op de verpleegafdelingen

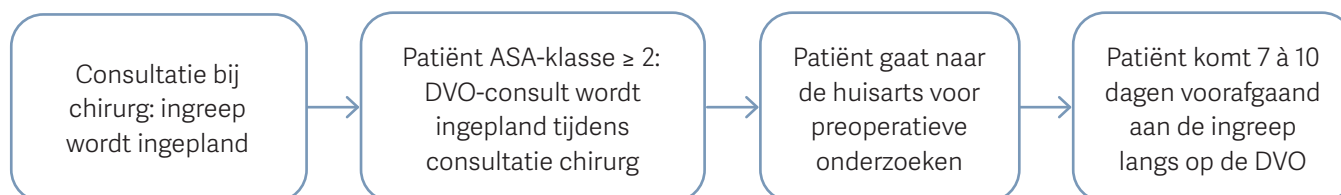


De DVO-consulteren vinden elke weekdag plaats:

Maandag: 10 - 18 uur
Dinsdag: 12 - 20 uur
Woensdag: 9 - 17 uur
Donderdag: 10 - 18 uur
Vrijdag: 9 - 17 uur

Tip voor de huisarts:

Ook de anesthesiedocumenten werden aangepast bij de opstart van de DVO. Kijk de gewijzigde versie na wanneer een patiënt zich aanmeldt voor een preoperatief consult.



Om deze knelpunten aan te pakken, zal AZ Oudenaarde voortaan een verpleegkundig consult aanbieden, 7 tot 10 dagen vóór de ingreep. Tijdens dit verpleegkundig consult wordt nagegaan of de patiënt correct is voorbereid. Als preoperatieve onderzoeken nodig zijn, worden patiënten naar hun huisarts doorverwezen. Op deze manier blijft de huisarts op de hoogte van de geplande ingreep en kan hij de vereiste onderzoeken uitvoeren. Bij afwijkende resultaten kan de huisarts nog tijdig de nodige behandeling opstarten of een consult inplannen bij een arts-specialist (bv. cardioloog, gastro-enteroloog). Bij twijfel over een contra-indicatie voor de operatie of bij een verhoogd perioper-

atief risico kan ook een consultatie bij de anesthesist gevraagd worden. De huisarts zorgt ook voor duidelijke communicatie over medicatiegebruik in de aanloop naar de ingreep (zoals het van onderbreken anticoagulantia of gewijzigde therapie) en geeft bij voorkeur een volledig overzicht van de thuismedicatie mee aan de patiënt.

Wat gebeurt er tijdens het DVO-consult?

- Administratieve voorbereiding van de opname en verstrekken van financiële informatie aan de patiënt.
- De verpleegkundige overloopt samen met de patiënt de ingevulde vragenlijst anesthesie.



- Er wordt extra aandacht besteed aan de thuismedicatie van de patiënt zodat er hierover bij opname geen onduidelijkheid meer bestaat.
- Instructies over de medicatie-inname voor de ingreep worden herhaald en er wordt informatie verschaft over het nuchter zijn.
- De verpleegkundige kijkt ook na of de nodige preoperatieve onderzoeken werden uitgevoerd en de resultaten beschikbaar zijn. Indien niet, worden deze tijdens het consult alsnog uitgevoerd.
- Bespreken van ingreepspecifieke informatie (pre- en postoperatief) en voorbereiding.
- Bespreken van het ontslag van de patiënt. Indien nodig wordt de sociale dienst van het ziekenhuis ingeschakeld om de terugkeer naar huis zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

Patiënten die binnen 7 dagen een semi-urgente ingreep ondergaan, worden na hun consultatie bij de chirurg meteen doorverwezen naar de DVO. De DVO-verpleegkundige voert de preoperatieve onderzoeken uit.

Er werd geopteerd om elke patiënt met een ASA-klasse 2 of hoger een afspraak te geven bij de DVO, om patiënten met een medische voorgeschiedenis of pathologie of met een aanzienlijke lijst thuismedicatie te includeren. De chirurg bepaalt die ASA-klasse bij het inplannen van de ingreep en legt onmiddellijk ook de afspraak bij de DVO vast. Na het DVO-consult wordt het dossier van de patiënt gevalideerd door de anesthesist. Als de chirurg of de huisarts vindt dat het consult bij de DVO-verpleegkundige niet volstaat, kan een preoperatieve consultatie ingepland worden met een anesthesist. Hiervoor kan de chirurg of de huisarts telefonisch contact opnemen met de DVO. Preoperatieve anesthesieconsulten gaan steeds door op vrijdagmiddag.

Specifieke vraag over een patiënt of ingreep?

Contacteer de DVO-verpleegkundige:
DVO@azoudenaarde.be, 055/33 60 05

AZ OUDENAARDE OP KOERS

Kwaliteit

AZ Oudenaarde wil de kwaliteit van zorg naar een hoger niveau tillen door patiënten correct in te lichten over hun ingreep en opname, na te gaan of de nodige preoperatieve onderzoeken werden uitgevoerd en te controleren of de nodige documenten correct werden ingevuld door de patiënt en/of huisarts. Op deze manier proberen we mogelijke risico's voor de patiëntveiligheid te beperken.

Openheid

We implementeren de DVO om als ziekenhuis open en toegankelijk te zijn voor patiënten die een ingreep onder algemene anesthesie ondergaan. We willen hierbij de patiënt transparante en duidelijke informatie verschaffen.

Efficiëntie

We willen het preoperatief traject voor patiënten en zorgverleners optimaliseren met aandacht voor risicobeperking. Het volledige proces zal volgens vooraf gedefinieerde afspraken en richtlijnen georganiseerd worden, zodat alle interne processen zo efficiënt mogelijk kunnen verlopen. Na implementatie zal de werking van de DVO op regelmatige basis worden geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.

Respect

Tijdens de preoperatieve consultaties worden patiënten op een empathische manier benaderd met respect voor ieders overtuigingen, rechten en mogelijkheden.

Samenwerking

De DVO werkt als schakel tussen de verschillende poliklinieken, het chirurgisch dagziekenhuis en de verpleegafdeling heelkunde. Er wordt ook extramuraal samengewerkt met de huisarts van de patiënt om de zorgcontinuïteit zo veel mogelijk te waarborgen. De zorgverlening wordt daarbij steeds afgestemd met de patiënt als gelijkwaardige partner in het zorgproces.

NIEUWE HUISARTSENWACHTPOST VLAAMSE ARDENNEN

De huisartsenkringen van de Vlaamse Ardennen en de ziekenhuizen binnen deze eerstelijnszone, AZ Oudenaarde en AZ Glorieux hebben hun krachten gebundeld om eind dit jaar een gloednieuwe huisartsenwachtpost te openen langs de N60. Dit initiatief is een uitstekend voorbeeld van geïntegreerde zorg. De huisartsenwachtpost op de site van AZ Oudenaarde sluit binnenkort dan ook haar deuren. De beslissing om naar een off-site centrale locatie te verhuizen, is bedoeld om de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg voor alle inwoners in de regio te verbeteren.



De Vlaamse overheid heeft het zorglandschap ingedeeld in eerstelijnszones, op federaal niveau werd besloten de vroegere huisartsenwachters te organiseren in huisartsenwachtposten. De huidige wachtpost bij AZ Oudenaarde die al dienstdoet voor patiënten uit de Vlaamse Ardennen voldoet echter niet meer aan de huidige behoeften. De ligging naast de spoedafdeling leidt vaak tot verwarring bij patiënten. De nieuwe locatie langs de N60 biedt een duidelijker onderscheid tussen eerstelijnszorg en spoedzorg en ligt strategisch tussen de twee regionale ziekenhuizen, waardoor deze voor iedereen beter bereikbaar is. Bovendien is er ruime parkeergelegenheid voorzien.

MODERNE INFRASTRUCTUUR

Een belangrijk voordeel van de nieuwe wachtpost is dat die niet langer verbonden is aan een specifiek ziekenhuis, waardoor patiënten vrijer zijn in hun keuze na verwijzing door een huisarts. Maar ook voor de huisartsen zelf zijn er aanzienlijke voordelen. Zo wordt er een officieel afsprakenkader vastgelegd tussen de ziekenhuizen en de huisartsen. Dit kader regelt onder andere doorverwijzingen, communicatie en de wederzijdse verwachtingen. Daarnaast wordt de wachtlast verdeeld over ongeveer 60 artsen in de Vlaamse Ardennen. De nieuwe huisartsenwachtpost zal voorzien zijn van voldoende kabinetten, een ontspanningsruimte, een vergaderruimte en een



slaapruimte. Deze moderne faciliteiten dragen bij aan een efficiëntere en comfortabele werkomgeving voor de artsen. De kantoren en vergader ruimtes zijn ook beschikbaar voor andere eerstelijnszorgverleners, zoals diëtisten en psychologen.

OPROEPNUMMER 1733

De huisartsenwachtpost zal alleen in het weekend geopend zijn, van vrijdagavond tot maandagochtend. Met de opening van de nieuwe huisartsenwachtpost wordt een uniform triagesysteem geïntroduceerd via het oproepnummer 1733. Wanneer een patiënt belt naar het triagenummer, wordt die te woord gestaan door een ervaren medewerker die op basis van vastgelegde protocollen bepaald welke zorg het meest geschikt is: Wachten tot maandag om naar de eigen huisarts te gaan, doorsturen naar

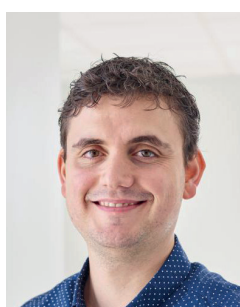
de huisartsenwachtpost, verwijzen naar de spoedafdeling of een ambulance of een MUG sturen.

TOEGANKELIJKE ZORG VOOR IEDEREEN

De oprichting van de nieuwe huisartsenwachtpost is een grote stap vooruit in de modernisering en centralisering van de eerstelijnszorg. Dit initiatief staat symbool voor een toekomstgerichte aanpak waarbij patiëntgerichtheid, toegankelijkheid en samenwerking centraal staan. Dankzij de nieuwe infrastructuur kunnen de huisartsen en ziekenhuizen in de regio nog beter inspelen op de behoeften van de patiënten en wordt de zorg dichterbij huis en beter op maat aangeboden. Samen bouwen we aan een meer toegankelijke zorg voor iedereen in de Vlaamse Ardennen.

MINDER PIJN EN SNELLER HERSTEL BIJ ROBOT-GEASSISTEERDE PLAATSING KNIETPROTHESE

Sinds april worden orthopedisch chirurgen dr. Jens De Vos en dr. Gilles Thuysbaert bij het plaatsen van een totale knieprothese geassisteerd door het gloednieuwe Velys-robotsysteem. De dienst orthopedie van AZ Oudenaarde is een van de eerste in ons land die dit ultramoderne systeem in gebruik neemt.



Door
dr. Jens De Vos
orthopedist

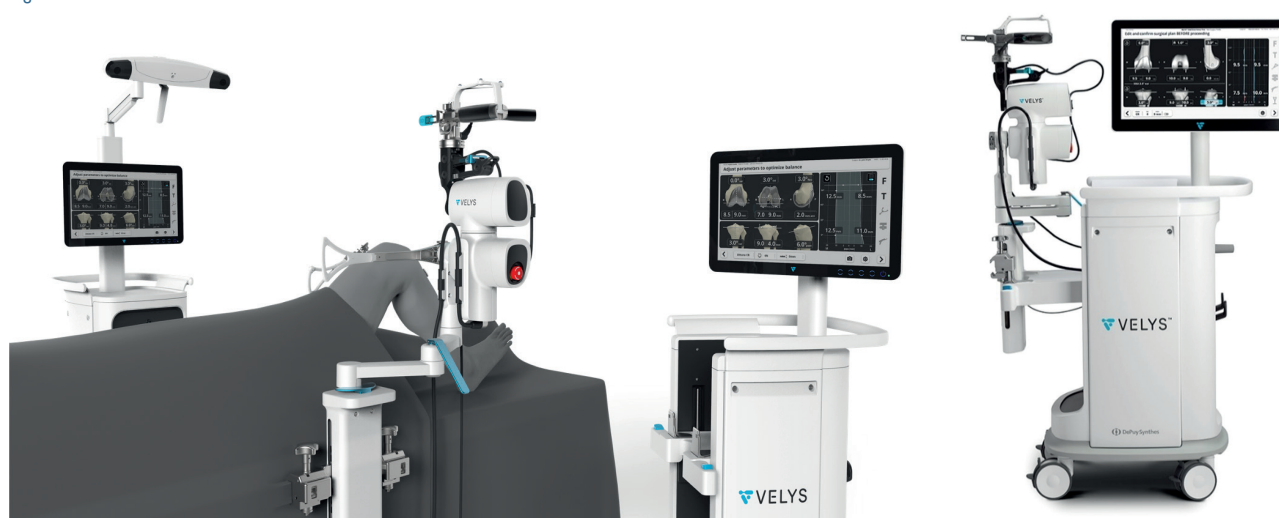
In België worden jaarlijks meer dan 25.000 totale knieprothesen geplaatst. Een ingreep met een hoog slagingspercentage en een patiëntentevredenheid van 82 tot 89%. Deze ingreep wordt steeds preciezer dankzij de opmars van robotsystemen in de orthopedische heekunde. Robots bieden chirurgen meer controle en nauwkeurigheid, waardoor operaties, zoals knieprothesen, met grotere precisie kunnen worden uitgevoerd. Dit leidt vaak tot een kortere hersteltijd en vermindert de kans op complicaties, wat bijdraagt aan de positieve resultaten en de hoge tevredenheid onder patiënten. Sinds april 2024 worden we in AZ Oudenaarde bijgestaan door het ultramoderne Velys Robotic-Assisted Solution (VRAS) robotsysteem bij het plaatsen van totale knieprothesen (figuur 1).

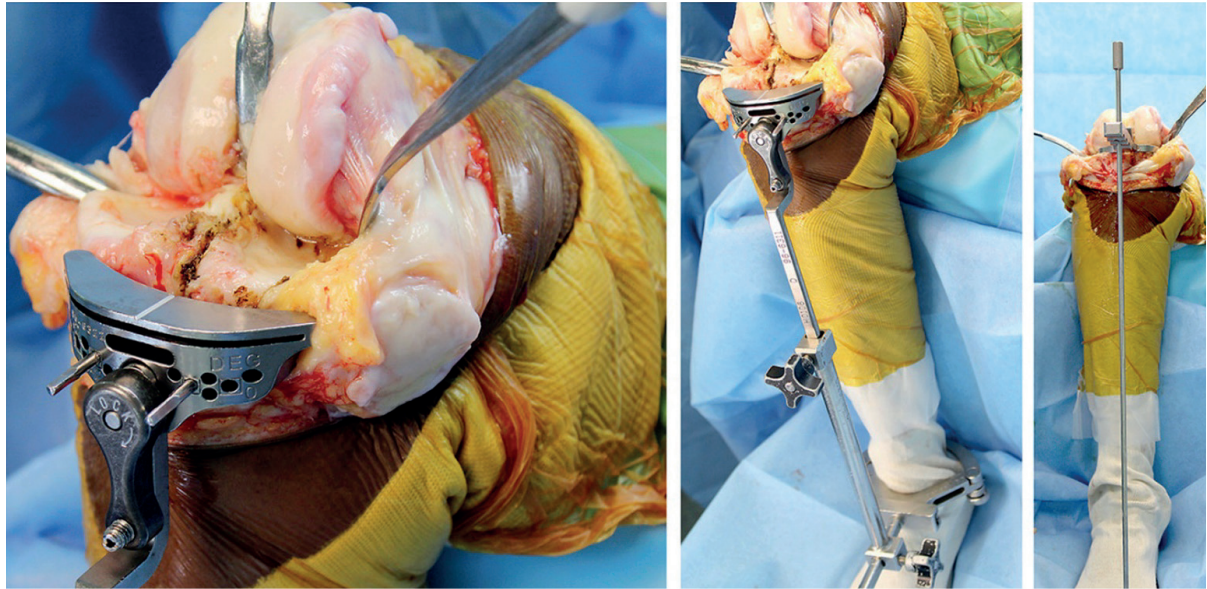
Het plaatsen van een totale knieprothese is aangewezen als er sprake is van gevorderde gonarthrose, en wanneer conservatieve maatregelen (medicatie, infiltraties, bracing, oefentherapie) niet meer het gewenste effect bereiken. Er zijn verschillende factoren die het succes van een knieprothese bepalen, waaronder de nauwkeurigheid van het implanteren en de balans van de ligamenten tijdens de operatie. Hoewel het slaagpercentage van een totale knieprothese hoog is, tonen studies aan dat bijna 20% van de patiënten niet volledig tevreden is na de ingreep.

Conventionele TKP

Bij het plaatsen van een totale knieprothese op de conventionele manier worden de zaagsneden in het bot gemaakt met behulp

Figuur 1: VRAS robot





Figuur 2: Manuele coupeblokken (jigs) v

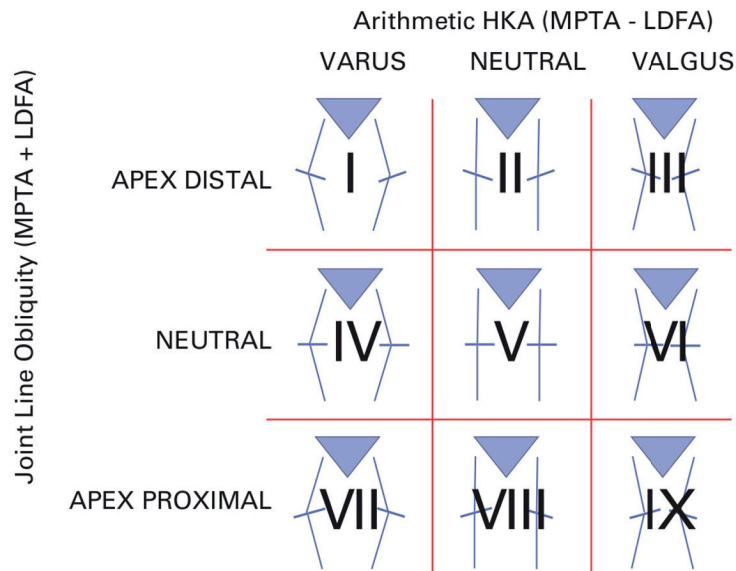
van coupeblokken of jigs (figuur 2). Deze coupeblokken worden manueel geplaatst op basis van preoperatieve röntgenopnames en peroperatieve beenderige landmarks. Hierbij wordt meestal gestreefd naar een mechanisch neutraal alignement van de knie, dit wil zeggen dat het been en de gewrichtslijn van de patient volledig recht (0°) wordt gezet. Hierbij wordt amper tot geen rekening gehouden met het native (pre disease) alignement van de knie of met de native gewrichtsorientatie (JLO; joint line obliquity). Het nadeel van deze werkwijze is dat bij elke individuele patiënt op dezelfde manier de knieprothese wordt geïmplanteerd waardoor er bij grote varus/valgus afwijkingen frequent ligamentaire releases moeten worden verricht om de knieprothese uit te balanceren. Deze ligamentaire balanceren is op de conventionele manier nog steeds heel gevoelsmatig en afhankelijk van de chirurg. Een suboptimale ligamentaire balans of suboptimale implantatie van de prothese kan aanleiding geven tot minder goed functioneel herstel, slechtere klinische outcome, instabiliteit, gedaalde implantaat survival en verhoogde kans op een revisie-

ingreep.

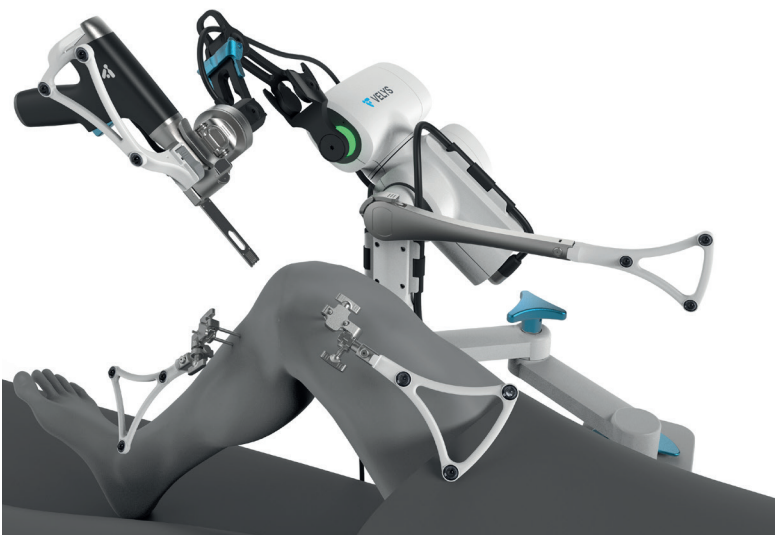
Uit wetenschappelijk onderzoek weten we intussen dat er verschillende morfotypes knieën bestaan, en dat minder dan 50% van de patienten er een neutraal alignement aan overhoudt (figuur 3). Voortbouwend op deze kennis werden de laatste jaren nieuwere technieken ontwikkeld om patiënten specifiek te kunnen behandelen.

Robotgeassisteerde knieprothese

Bij het plaatsen van een knieprothese met robotassistentie kan er voor elke individuele patiënt een specifiek behandelplan worden opgesteld. Dit plan streeft ernaar om de knie en de stand van het been zo veel mogelijk te herstellen naar de «pre-disease» status, in plaats van het been mechanisch recht te plaatsen. Dit staat bekend als patiëntspecifieke alignement. Tijdens de ingreep wordt door het systeem veel data verzameld over de botanatomie en ligamentaire spanning, zodat de chirurg op elk moment tijdens de ingreep kleine aanpassingen kan maken om het beste resultaat voor de patiënt te bekomen.



Figuur 3: Coronal Plane Alignment of the Knee (CPAK) classificatie



Figuur 4: Velys robotarm op de operatietafel gemonteerd naast de te opereren knie

Hoe werkt het

De voorbereidende fase is min of meer identiek aan de klassieke techniek. Als deel van multimodaal pijnmanagement wordt er een zenuwblock geplaatst in het te opereren been om de postoperatieve pijn te verminderen. Nadien wordt de patient onder narcose gebracht, of gebeurt de ingreep enkel onder locoregionale anesthesie. Tijdens deze voorbereidingsfase wordt het robotsysteem opgestart en gekalibreerd. Eenmaal dit gebeurd is, wordt de robotarm vastgemaakt aan de operatietafel, net naast het te opereren been (figuur 4).

De toegangsweg tot het kniegewricht is identiek aan de klassieke techniek, maar er kan meer weefselsparend worden gewerkt. Na het insnijden van de knie worden eerst alle osteofyten, de restanten van de menisci en eventueel de kruisbanden verwijderd, omdat deze later tijdens de ingreep onnauwkeurige informatie kunnen doorgeven aan het systeem.

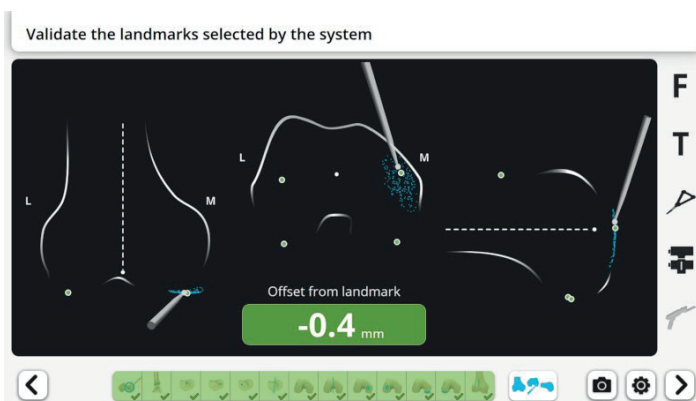
Nadien worden optische trackers geplaatst ter hoogte van femur en tibia. Die zijn te vergelijken met een soort GPS-systeem, zodat het robotsysteem ten alle tijden weet



waar het kniegewricht zich bevindt. Na het bevestigen en registreren van de trackers door een high-speeds 3D-camera, worden een aantal anatomische landmarks geregistreerd met een speciale pen (pointer), die voorzien is van dezelfde trackers (figuur 5 en 6). Na deze registratie wordt de knie door de volledige range of motion bewogen en wordt de informatie over de biomechanica en ligamentaire spanning verzameld (figuur 7). Vervolgens wordt een (voorlopig) patiënt-specifiek plan opgemaakt op basis van de verzamelde informatie. Tijdens deze stap wordt getracht om de native JLO te herstellen. De zaagsneden kunnen tot op een 0.5mm nauwkeurig worden gepland. Het implantaat wordt dan virtueel geplaatst en op deze manier kan worden voorspeld wat de postoperatieve uitkomst/ligamentaire spanning zal zijn (figuur 8).

Nadien wordt overgegaan tot het voorbereiden van het bot van de tibia. De robotarm, waarop een zaag is gemonteerd, komt in het operatieveld en zal de chirurg assisteren om de geplande zaagsnede op de tibia zeer nauwkeurig uit te voeren (figuur 9). Na het uitvoeren van de coupe wordt een verificatie verricht met de pointer. Zo nodig, kan op dat moment nog een hercoupe worden uitgevoerd.

Na deze tibiale coupe wordt een apparaat (tensioner) ingebracht waarmee we objectief de spanning op de ligamenten kunnen

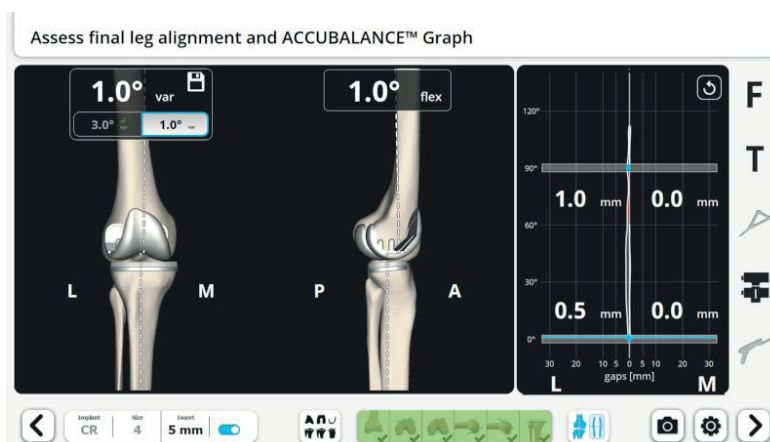


Figuur 5 en 6: Trackers ter hoogte van de knie. Registratie van anatomische landmarks en verificatie van deze punten.

registreren. Er wordt op dit moment opnieuw data over de ligamentaire spanning verzameld doorheen de volledige ROM.

Na dit registratieproces kan het voorlopige operatieplan verder worden gefinetuned aan de hand van de nieuwe verzamelde data, om zo tot een optimale plaatsing van de componenten te komen. Eenmaal de optimale plaatsing is vastgelegd, wordt het bot van het femur ook voorbereid door middel van de robotgeassiteerde zaag.

Eenmaal het bot is voorbereid, wordt nogmaals een verificatie verricht om te zien of de zaagsneden overeenstemmen met de voorafgaande planning. Na de verificatie



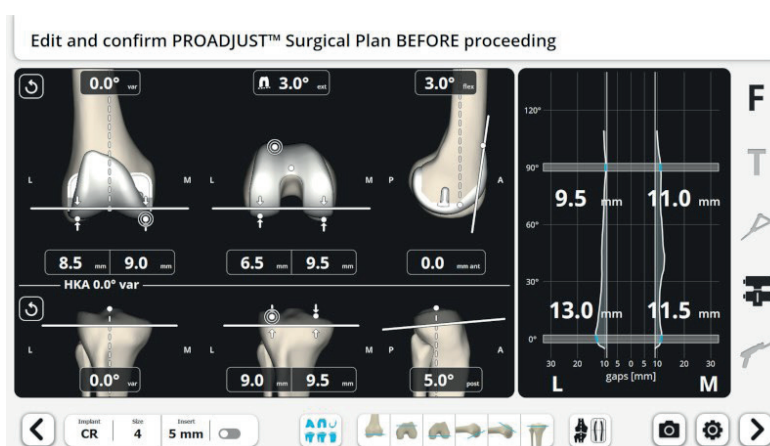
Figuur 7: peroperatief verkregen data over alignement en ligamentaire spanning in de knie

wordt er een proefprothese geplaatst. De knie wordt dan opnieuw door een volledige ROM bewogen en nieuwe data worden verzameld. Op die manier kunnen we nagaan of de definitieve prothese de uitkomst zal bieden die we tijdens de planningsfase hadden vooropgesteld.

Indien alles volgens plan is verlopen, worden in de volgende fase de definitieve prothese-componenten geïmplanteerd. Na de ingreep wordt onmiddellijk met de revalidatie gestart en worden dezelfde dag al de eerste stappen gezet. Ontslag uit het ziekenhuis is meestal mogelijk na twee dagen.

Voordelen

Het grote voordeel van een robotsysteem is dat elke knieprothese zeer patiëntspecifiek kan worden gepland. Het bot wordt uiterst nauwkeurig voorbereid, waardoor de prothese ook zeer nauwkeurig en accuraat kan worden geplaatst, zonder overbodige ligamentaire releases. Tijdens de ingreep kunnen steeds kleine aanpassingen worden gemaakt aan de hand van de verkregen data. Bovendien kan het resultaat nadien worden getoetst aan de vooropgestelde planning. Dit alles kan ervoor zorgen dat de knie nadien natuurlijker aanvoelt, dat er minder pijnklachten zijn, dat het herstel sneller verloopt en er minder risico is op complicaties.



Figuur 8: Planningscherm.



Figuur 9: uitvoeren van de zaagsnede met de Velys-robotarm.

BIOLOGICALS EN SMALL MOLECULES IN DE BEHANDELING VAN CHRONISCHE INFLAMMATOIRE ZIEKTEN



Door **dr. Rebecca Stael** (reumatologie) en **dr. Katrien Lecluyse** (gastro-enterologie)

Er is de afgelopen jaren heel wat veranderd in de behandeling van chronische inflammatoire ziekten. Voor het jaar 2000 werd er vooral gebruik gemaakt van steroïden en immunosuppressiva. Toen de eerste biological, de anti-TNF infliximab, op de markt kwam, was dit jarenlang ons laatste redmiddel. Maar sinds 2020 schieten nieuwe moleculen als paddenstoelen uit de grond, met tal van nieuwe mogelijkheden, nieuwe ingewikkelde namen en ook wijzigingen in onze behandelingsstrategie.

Om als huisarts tussen de bomen het bos nog te zien, geven wij in dit artikel graag een overzicht van deze nieuwe klasse medicatie: hun werkingsmechanismen, toepassingen en aandachtspunten in de huisartsenpraktijk.

BIOLOGICALS EN SMALL MOLECULES: BASISPRINCIPES EN TOEPASSINGEN

Biologicals zijn geneesmiddelen die antilichamen gebruiken om ontstekingsfactoren in het immuunsysteem af te remmen. Naast anti-TNF beschikken we nu ook over anti-interleukines en darmselectieve anti-integrines zoals vedolizumab. Small molecules daarentegen, werken binnenin de cellen zelf. Ze blokkeren signaalroutes die bijdragen aan de ontstekingscascade en bieden een alternatief voor patiënten die niet goed

reageren op de klassieke behandelingen of op biologicals.

Bovendien kunnen small molecules oraal worden ingenomen, in tegenstelling tot de biologicals die enkel via injectie of infuus kunnen worden toegediend.

DE BEHANDELING VAN IBD: VAN STEP UP NAAR TOP DOWN STRATEGIE EN DOSISOPTIMALISATIE

De behandeling van IBD is de laatste jaren volledig veranderd. Tot tien jaar geleden was de aanpak eerder een “step-up” behandeling, waarbij gestart werd met steroïden om nadien over te stappen naar immunosuppressiva voor de onderhoudstherapie. Pas als deze behandelingen onvoldoende effectief waren, werd gekozen voor een anti-TNF.

De laatste jaren kiezen we steeds meer voor een “step-down” strategie. Hierbij wordt al in een vroeg stadium van de ziekte gestart met biologicals om snel remissie te bereiken en schade te beperken. De keuze voor de behandelingsmethode hangt af van factoren zoals de leeftijd bij aanvang, ziekte-ernst, extra-intestinale manifestaties, comorbiditeit of risico's, maar ook de voorkeur van de patiënt.

In elk geval is de eerste keuze enorm belangrijk. Bij opstoten verkiezen we dus eerder dosisoptimalisatie dan een switch. Small molecules zoals JAK-inhibitoren worden vooral in de tweede lijn gebruikt, zeker in gecombineerd inflammatoir lijden, omwille van hun krachtige en snelle werking.

JAK-REMMERS: EEN DOORBRAAK BIJ REUMATOÏDE ARTRITIS

Bij de behandeling van RA heeft de opkomst van JAK-remmers de laatste jaren voor grote veranderingen gezorgd. Deze medicijnklasse, die bestaat uit onder andere tofacitinib, filgotinib, baricitinib, en upadacitinib, werkt

door intracellulaire signaalroutes te blokkeren, die essentieel zijn voor de immuunrespons. Janus Kinase-eiwitten zijn een familie van vier enzymen of eiwitten die betrokken zijn bij de signaaloverdracht van verschillende inflammatoire processen die een rol spelen bij immuunziekten. Dat maakt JAK-remmers bijzonder effectief bij het onderdrukken van ontsteking, met vaak snel merkbare resultaten. Ze bieden hierdoor een multi-anti-inflammatoir effect.

JAK-remmers werden ook onderzocht voor bredere toepassingen, zoals spondylitis ankylosans, atopische dermatitis en IBD, wat hun potentieel voor gebruik buiten RA verder vergroot.

VEILIGHEIDSPROFIEL EN BIJWERKINGEN: WAAR MOET JE ALS HUISARTS OP LETTEN?

Hoewel biologicals en small molecules zeer efficiënt maar ook veiliger zijn dan steroïden en immunosuppressiva, hebben ze bijwerkingen die aandacht vereisen. We sommen de belangrijkste aandachtspunten graag voor jullie op.

• Verhoogd infectierisico

Patiënten die starten met deze medicatie moeten eerst gescreend worden op latente infecties zoals tuberculose, met een Mantoux-test of IGRA-test en beeldvorming. Vaccinatie tegen influenza, COVID en pneumokokken (prevenar20) wordt sterk aanbevolen, evenals regelma-

tige HPV-screening of vaccinatie bij patiënten onder anti-TNF. Dit risico is niet dosisafhankelijk. Vooral bij combinatiebehandelingen met steroïden en immunosuppressiva is er verhoogde kans op opportunistische infecties.

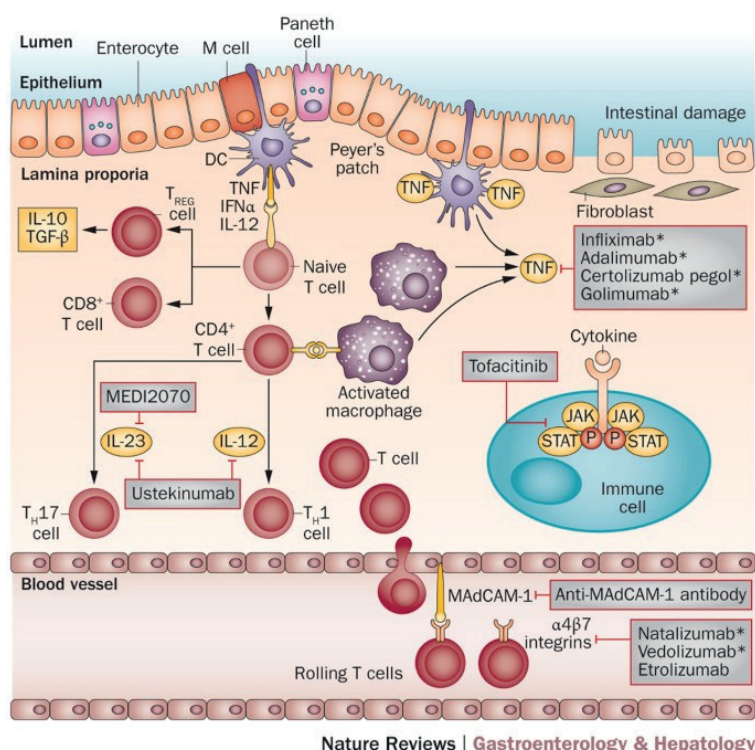
Optimalisatie van de vaccinatiestatus is aangewezen (o.a. HAV, HBV, mazelen, bof, rubella), maar levende vaccins zijn bij inname van immunosuppressiva tegen-aangewezen. Bij patiënten die op termijn eventueel reizen naar endemische gebieden overwegen, is het aangewezen om het vaccin alvast preventief toe te dienen, vier weken voor de start van de onderhoudsbehandeling. Aangezien er bij JAK-remmers een verhoogd risico is op HZV-infecties, is ook hier vaccinatie (Shingrix) te overwegen.

• Cardiovasculaire risicofactoren

Biologicals zijn over het algemeen veilig bij verhoogd cardiovasculair risico maar bij JAK-remmers moet men bedacht zijn op een verhoogd risico op trombo-embolische stoornissen. Ook de cholesterolwaarden moeten zesmaandelijks opgevolgd worden onder JAK-remmers in onderhoudsbehandeling.

• Huidproblemen

Bij gebruik van anti-TNF is er een verhoogd risico op melanomen. Ook andere huidproblemen komen voor. Hier is regelmatige dermatologische controle en zonprotectie aangewezen.



CONCLUSIE

Dankzij de nieuwere biologicals en small molecules is de behandeling van chronische inflammatoire aandoeningen zoals IBD en RA de afgelopen jaren enorm verbeterd. Voor huisartsen is het belangrijk om goed op de hoogte te zijn van hun werkingsmechanismen, indicaties en bijwerkingen om patiënten optimaal te kunnen begeleiden en hen samen met specialisten de best mogelijke zorg te bieden. Door het bespreken van voordelen en risico's in samenspraak met de patiënt kan de huisarts bijdragen aan een goed geïnformeerde therapiekeuze en therapietrouw stimuleren. Ook in de opvolging van de patiënten onder een onderhoudsbehandeling met een biological of small molecule, speelt de huisarts een cruciale rol.

BOT SPECT-CT: MUSCULOSKELETALE TOEPASSINGEN



Door
dr. Filip Gemmel.
Arts-specialist in de
nucleaire geneeskunde

INTRODUCTIE

De belangrijkste reactie van bot op stress, letsel, trauma en ziekte is reactieve botformatie. De brede toepassing van de botscan werd mogelijk gemaakt door de beschikbaarheid van het isotoop ^{99m}Tc (technetium). Technetium kan namelijk dagelijks worden geleverd aan zowel kleine als grote ziekenhuizen via een 'technetiumgenerator'. Sinds de jaren 70 zijn er verschillende botzoekende tracers op de markt gekomen die aan technetium gekoppeld kunnen worden, zoals pyrofosfaat en vooral difosfonaten zoals hydroxymethyleendifosfonaat (HDP) of methyleendifosfonaat (MDP). Deze tracers worden nog steeds beschouwd als de eerste keus bij botsintigrafie.

In de afgelopen jaren is het gebruik van tomografische en hybride scanners binnen de nucleaire geneeskunde sterk toegenomen, met name de 'single photon'-emissietomografie (SPECT-CT). Deze techniek biedt een hogere diagnostische nauwkeurigheid dan de conventionele botscan, die tweedi-

mensionaal is, terwijl SPECT-CT driedimensionale beelden levert met verbeterde sensitiviteit en specificiteit. Het grote voordeel van deze 3D-techniek is de betere lokalisatie, bijvoorbeeld in gebieden botstructuren elkaar overlappen, zoals de wervelkolom, of in complexe anatomische regio's zoals de enkel en de pols. Daarnaast kan de combinatie van de anatomische beelden van de CT en de functionele beelden van de SPECT in zogenaamde 'fusie SPECT-CT'-beelden de specificiteit van het onderzoek aanzienlijk verbeteren.

SPECT-CT : EXTRA STRALINGSDOSIS ?

Begin dit jaar werd een gloednieuwe SPECT-CT-apparaat van het type Siemens (Pro SPECTA Q3) in gebruik genomen. In Vlaanderen zijn er, tot nu toe, slechts enkele geïnstalleerd. Deze vernieuwing maakt deel uit van een renovatie van de afdeling nucleaire geneeskunde, inclusief plannen voor een vernieuwd hotlab in de komende jaren. De Pro SPECTA combineert hoogkwa-

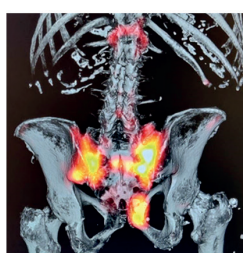
Figuur 1

SPECT-CT BEKKEN



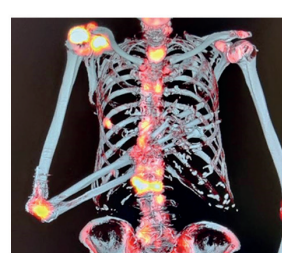
OCCULTE PUBISTAK# RE

SPECT-CT LWZ-BEKKEN



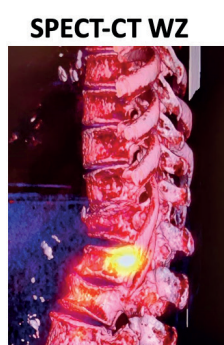
RECENTE SACRUM +
PUBISTAK# + OUDE
COLLAPS TH12

SPECT-CT THORAX



SPINA SCAPULA#
ELLEBOOG#
OCCULTE L2#

Figuur 2



Recidiverend vallen met wervel#,
recent van 'L1' (dateren van wervel#)



Pathologische indeukingsfractuur
van L2 > L3

litatieve SPECT- en CT-beeldvorming met gloednieuwe bedieningssoftware en een gebruiksvriendelijke bediening. Dat zorgt voor een betere beeldkwaliteit, betere diagnostische nauwkeurigheid, hogere productiviteit en meer comfort voor de patiënt.

De stralingsdosis op het nieuwe SPECT-CT-toestel is zelfs lager dan die van het vorige model. De extra stralingsbelasting door de gecombineerde CT-scans bedraagt respectievelijk ca. 0,5 tot enkele mSv voor thorax- en abdomenbeelden. In de praktijk wordt bij elke patiënt gestreefd naar een optimale balans tussen de laagste stralingsbelasting en de meeste diagnostische informatie, volgens het ALARA-principe (As Low As Reasonably Achievable).

INDICATIES VOOR BOT SPECT-CT

Musculoskeletaal trauma en complicaties

(zie figuren 1 + 2)

Nucleaire geneeskunde speelt een belangrijke rol bij aanhoudende algemene of aspecifieke pijnklachten die onverklaard blijven na conventionele beeldvorming met röntgenfo-

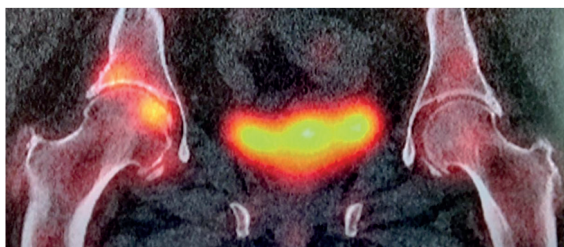
to's, CT of MRI. Het aantonen of uitsluiten van stress- of occulte fracturen is een van de meest voorkomende indicaties voor een botscan. Dit geldt met name in het onderbeen-enkel-voet (marsfractuur), de polshand (vaak bij jongeren), en de ribben en bekken/sacrum (vaak bij ouderen).

Bij *insufficiëntiefracturen* biedt scintigrafie daarom betere mogelijkheden om acute, klinisch relevante fracturen te lokaliseren en te onderscheiden van oude fracturen, wat belangrijk is voor de aanvullende behandeling en terugbetaling van anti-osteoporotische medicatie. Vaak kan hierbij ook het onderscheid gemaakt worden met een pathologische indeukingsfractuur.

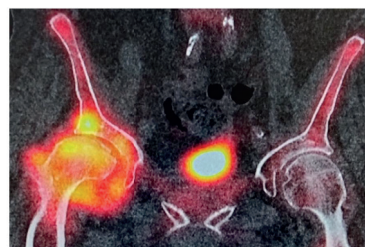
Bij een aantal *congenitale botafwijkingen* zoals tarsale coalitie, platvoet, spondylolyse, lumbosacrale fusie of overgangsanomalieën en accessoire beentjes voornamelijk in de voeten, kan de SPECT-CT bijkomende informatie leveren om de pathofysiologie beter te begrijpen, de afwijking te bevestigen en de oorzaak van chronische pijnklachten te identificeren.

Figuur 3

SPECT-CT HEUPEN



Actieve coxartrose rechts wordt vaak onderschat op RX



Aseptische necrose of 'AVN' van de rechter heup : indicatie voor THP

Figuur 4

SPECT-CT LI VOET



MATIGE TMT-III + LICHTE MTP-I ARTROSE
LOKALISEREN VAN DE PIJNGENERATOR

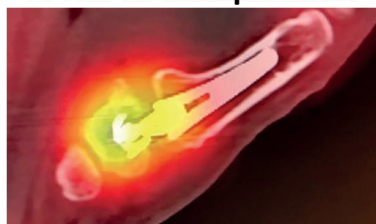
SPECT-CT RE VOET



MARS# MT-KOP III

Figuur 5

SPECT-CT duimprothese



Sinds 2011 duimprothese rechts met nu duidelijke focale prikkeling thv de cup van de prothese passend bij loslating

SPECT-CT RE POLS



FORSE CMC-I ARTROSE :
DUIMPROTHESE PLANNING

Musculoskeletale pijn: uitsluiten van degeneratief of inflammatoir lijden

(zie figuren 3 t/m 5)

Hoewel botscan geen eerste keus is in de primaire diagnose van gewrichtsaandoeningen (waar echografie en röntgenfoto's vaker worden gebruikt), levert ze vaak complementaire informatie bij onbegrepen. Deze pijn kan gerelateerd zijn aan verhoogde botactiviteit in klinisch relevante gebieden zoals:

De bepaling van de graad van activiteit van coxartrose (pre-infiltratie of THP)

Het aantonen van aseptische necrose van de heup in een vroeg stadium

Het vaststellen van de meest actieve afwijkingen (culprit-letsels) of bepalen van de pijngenerator in de voet, de knie, het bekken of de wervelzuil ('hip-spine dilemma'): actieve facet- versus discartrose, pre-infiltratie via de pijnkliniek (ook bijvoorbeeld kleine voetgewrichtjes).

Het bepalen van de graad van duimbasisartrose en het maken van een onderscheid tussen CMC-I en STT-aantasting voor pre-operatieve planning (duimprothese versus trapiezectomie).

Het uitsluiten van PMR of aantonen het SAPHO-syndroom (Synovitis, Acne, Pustulose, Hyperostose en Osteitis).

Karakterisering van:

- inflammatoire gewrichtsaandoeningen (zoals RA, SA of Bechterew), waarbij de 'total body'-scan van om de patiënt volledig in kaart te brengen.
- transiënte synovitis of osteoporose van de heup bij kinderen en volwassenen.
- plantaire fascitis of retrocalcaneale bursitis (uitsluiten stressfractuur bij hielpijn).

SPECT-CT is vooral waardevol voor het onderzoeken van musculoskeletale afwijkingen in de wervelkolom en extremiteiten vanwege de driedimensionaliteit en hogere resolutie.

Infectieuze musculoskeletale aandoeningen

In de prothesiologie wordt de botscan vaak gebruikt om specifieke pijnklachten te evalueren, vooral bij de diagnostiek van al dan niet (septische) loslating van heup- en knieprothesen. Hierbij kan gebruikt gemaakt worden van de botscan (uitsluiten van loslating of infectie) enerzijds en de witte bloedcelscan (om laaggradige of chronische infecties op te sporen) anderzijds, vooral in combinatie met SPECT-CT (uitsluiten van periprothetische fractuur). 'Osteomyelitis' is een verzamelterm voor aandoeningen zoals koorts van onbekende oorsprong, chronische osteomyelitis, septische artritis, diabetische voet, spondylodiscitis, geïnfecteerde pseudartrose, geïnfecteerde heup- of knieprothese. Naast MRI en natuurlijk ook PET-CT biedt SPECT-CT in combinatie met gelabelde witte bloedcellen of antilichamen ook toegevoegde diagnostische waarde..

CONCLUSIE

Niet elke patiënt met artralgieën of musculoskeletale pijn heeft beeldvorming nodig, laat staan een bot SPECT-CT. Bij beginnende slijtage (artrose) volstaat meestal een röntgenfoto en echografie. Bij complexere aandoeningen, gevorderde artrose of postoperatieve situaties met osteosynthesemateriaal of prothesen kan een nauwkeurige beeldvorming met behulp van bot SPECT-CT echter nuttig zijn.

CONCLUSEREND KAN 'SPECT-CT' AANGEVRAAGD WORDEN VOOR:

- Geselecteerde bot- en gewrichtsaandoeningen van de extremiteiten of de wervelzuil.
- De aanwezigheid van osteosynthesemateriaal, voor pre-infiltratie.
- Voor pre-operatieve evaluaties of postoperatieve pijnproblematiek of complicaties (na klinisch overleg met de aanvrager, huisarts of specialist).
- Aanvullende informatie naast conventionele radiologie, met inachtneming van het ALA-RA-principe.

AZ OUDENAARDE
VZW



AZ OUDENAARDE VZW

Minderbroederstraat 3 | 9700 Oudenaarde
T 055 33 61 11 | Fax 055 33 66 95 | info@azoudenaarde.be
www.azoudenaarde.be