

AZ SINT-LUCAS BRUGGE

MEDI@LUCAS

jaargang 2 - nr. 2 - juni 2024

viermaandelijks medisch magazine voor huisartsen en zorgverstrekkers

Urgente DOAC-bepaling in het
laboratorium Klinische Biologie

Intra-operatieve toediening van
dexamethasone bij totale heupprotheses

az sint-lucas
BRUGGE

Colofon

Editie juni 2024

Medi@Lucas verschijnt viermaandelijks. Gratis voor artsen en zorgverstrekkers.

Werken mee aan dit nummer

prof. dr. Joris Arts, dr. Filip Claerhout, dr. Patrick Deprez, dr. Daan De Maeseneer, Lisa Florin, dr. Julie Rombaut, dr. Wouter Schroyen, dr. Emma Snauwaert, dr. Annick Van Cauter, dr. Geert Van Damme, dr. Caroline Van Holsbeke

Eindredactie

Dienst Communicatie

Ontwerp en lay-out

Glimpse Branding

Druk

Group Joos, Turnhout

Dienst communicatie

AZ Sint-Lucas Brugge vzw

Sint-Lucaslaan 29

8310 Brugge

T 050 36 56 96

communicatie@stlucas.be

www.stlucas.be > info@stlucas.be

Ondernemingsnr.: 408.116.216

RPR Gent, Afdeling Brugge

Verantwoordelijke uitgever

dr. Stefan De Moor, hoofdarts en medisch directeur

In deze Medi@Lucas

LABORATORIUM KLINISCHE BIOLOGIE: **4**
Urgente DOAC-bepaling in het laboratorium
Klinische Biologie

GYNAECOLOGIE – VERLOSKUNDE: **7**
GnRh-antagonisten: een nieuwe en
veelbelovende medische behandeling bij
endometriose

ORTHOPEDIE: **12**
Minimaal invasieve technieken bij
platvoetcorrectie

KLINISCHE STUDIES: **16**
Interessante studie voor patiënten met
prikkelbare darmsyndroom

ORTHOPEDIE: **18**
Intra-operatieve toediening van
dexamethasone bij totale heupprothesen (THP)

GYNAECOLOGIE – VERLOSKUNDE, PEDIATRIE: **22**
RSV: to vaccinate, or not to vaccinate

Copyright © 2024 AZ Sint-Lucas Brugge Brugge Brugge.

Alle rechten voorbehouden. De inhoud van dit magazine is auteursrechtelijk beschermd.

Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd of doorgegeven worden aan derden zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorwoord

Beste lezer,



Met de vakantie voor de deur en daarbij hopelijk ook het langverwachte mooie weer, komt het tweede nummer van dit jaar aan.

Verskillende diensten hebben opnieuw de tijd genomen om een artikel te schrijven over vernieuwende en verbeterde technieken en behandelingen. Het is duidelijk dat de wetenschap en de geneeskunde in het bijzonder niet stilstaan en we in een voortdurende evolutie zitten die gekenmerkt wordt door fijnere diagnostiek en medische en chirurgische behandelingen die de patiënt ten goede komen. Dat de patiënt hierbij centraal blijft staan is een essentieel deel van onze missie en visie. Het aspect zorg mag immers nooit ontbreken in ons medisch handelen.

U vindt verder ook de aankondiging en presentatie van onze nieuwe website, die het resultaat is van een flinke inspanning van onze communicatiedienst in nauwe samenwerking met alle geledingen van het ziekenhuis. Op de website vindt u tevens de link naar dit magazine en de voorgaande uitgaves.

Ik wens u veel lees- en surfplezier.

Dr. Stefan De Moor,
Hoofdarts en medisch directeur AZ Sint-Lucas Brugge

We zitten in een
voortdurende evolutie
die gekenmerkt wordt door
fijnere diagnostiek en
medische en chirurgische
behandelingen die de patiënt
ten goede komen.



Urgente DOAC-bepaling in het laboratorium Klinische Biologie

Auteur: Lisa Florin, apotheker-klinisch bioloog

Sinds eind mei 2024 voert het Laboratorium Klinische Biologie zelf de spiegelbepaling uit voor de anti-Xa DOAC's (directe orale anticoagulantia) apixaban, rivaroxaban en edoxaban. Voorheen werden deze testen doorgestuurd naar een extern laboratorium. Deze analyses worden uitgevoerd op vraag van de dienst Neurologie.

Op heden worden patiënten die chronische DOAC-therapie krijgen en zich op de spoedgevallendienst presenteren met een ischemisch beroerte, niet behandeld met IV trombolyse tenzij de laatste inname van de DOAC langer dan 48 uur geleden is. In het laatste trombolyseprotocol van de European Stroke Organisation uit 2021 wordt echter geadviseerd om bij patiënten met anti-Xa DOAC (rivaroxaban, apixaban of edoxaban) een dringende spiegelbepaling uit te voeren. Afhankelijk van de spiegelbepaling wordt beslist om al dan niet over te gaan naar IV trombolyse:

- Spiegel < 50 ng/mL: start IV trombolyse
- Spiegel 50-100 ng/mL: individuele beslissing van de arts
- Spiegel > 100 ng/mL: géén IV trombolyse op te starten

Voor dabigatran (anti-IIa DOAC) is een dringende spiegelbepaling minder cruciaal aangezien hier een specifiek antidoot (Praxbind®) ter beschikking is. De routinestollingstesten aPTT en PT zijn niet geschikt om de concentratie aan DOAC in te schatten, waardoor een specifieke spiegelbepaling noodzakelijk is. Over het algemeen hebben de anti-Xa DOAC's meer invloed op dePT, de anti-IIa DOAC dabigatran heeft meer invloed op de aPPT.

Uitdagingen bij de implementatie van urgente DOAC-bepaling

Gezien de urgentie om een behandeling bij patiënten met een ischemische beroerte op te starten, dient deze spiegelbepaling dringend te gebeuren. De implementatie van deze test in urgente setting heeft echter verschillende implicaties. Het resultaat van de test moet zo snel mogelijk en maximaal binnen 30 minuten na afname

van het staal gekend zijn om een meerwaarde te kunnen bieden bij het instellen van de correcte therapie. Om deze korte turn-around-time te kunnen halen, moet ten alle tijde reagens aan boord van het toestel beschikbaar zijn.

Bovendien moeten preventief op regelmatige tijdstippen kwaliteitscontroles gebeuren om te waarborgen dat de kwaliteit van het reagens voldoende is op het moment dat een dringend staal toekomt. Alle laboranten dienen opgeleid te worden en te blijven om deze test op elk moment te kunnen uitvoeren. Goede communicatie tussen de spoedgevallendienst, de behandelend neuroloog en het laboratorium is van belang om de resultaten zo snel mogelijk correct te kunnen rapporteren. ➤



Lisa Florin, apotheker-klinisch bioloog



Andere indicaties

Daarnaast heeft het bepalen van DOAC-spiegels in het bloed nog enkele andere indicaties. Ten opzichte van de conventionele anticoagulantia (heparine, LMWH, vitamine K-antagonisten) hebben de DOAC bepaalde voordelen: orale inname, snelle werking, kort half-leven, voorspelbare farmacokinetiek en -dynamiek, geringer risico op interacties met voedingsbestanddelen en medicatie. Hierdoor kunnen de DOAC aan een vaste dosis toegediend worden en is het bijgevolg niet nodig om routinematig de DOAC-spiegel te bepalen.

Bij bepaalde patiënten kan het toch nuttig zijn om de spiegel aan te vragen:

- Overgewicht (BMI >50)
- Nierinsufficiëntie (GFR <30)
- Trombose tijdens therapie
- Twijfel therapietrouw
- Vermoeden van overdosering
- Zwangere vrouwen
- Kinderen

Goede communicatie tussen de spoedgevallendienst, de behandelend neuroloog en het laboratorium is van belang om de resultaten zo snel mogelijk correct te kunnen rapporteren.

In bovenstaande gevallen is het belangrijk om het staal op het juiste moment af te nemen, zodat de bekomen resultaten gecorreleerd kunnen worden met de bestaande referentieintervallen:

- Piekspiegel: afname 2 uur na de laatste toediening
- Dalspiegel: afname 1 uur voor de volgende toediening

Deze test wordt vergoed door het RIZIV.

GnRh-antagonisten: een nieuwe en veelbelovende medische behandeling bij endometriose

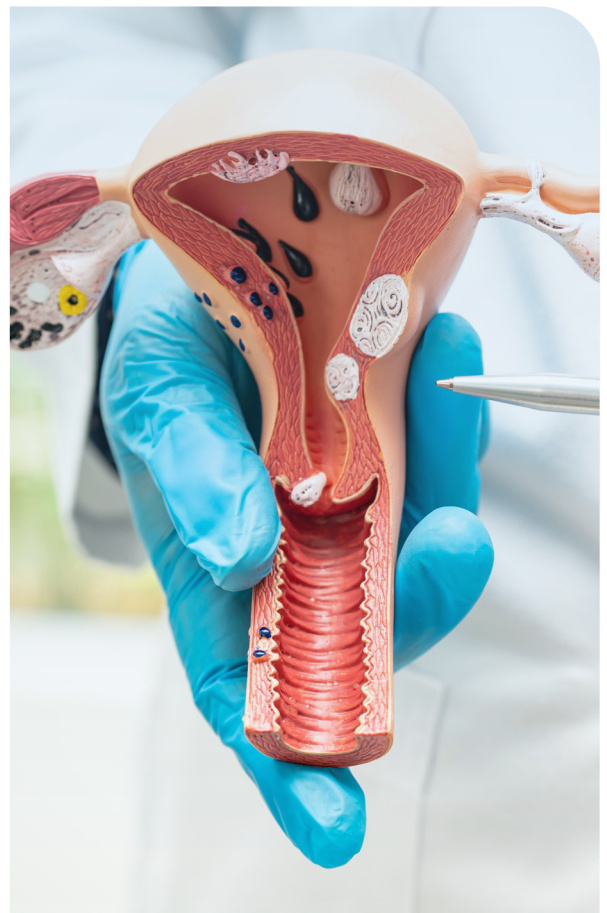
Auteurs: dr. Filip Claerhout, dr. Julie Rombaut, dr. Caroline Van Holsbeke

Endometriose : een systemische inflammatoire aandoening

Endometriose wordt gekenmerkt door het voorkomen van endometriaal weefsel buiten de uterus en gaat gepaard met pijn en subfertiliteit. Tijdens de reproductieve fase wordt 5-10% van de vrouwen getroffen door endometriose. Endometriose kan ontstaan door retrograde menstruaties maar ook door hematologische of lymfatische verspreiding van stamcellen uit het beenmerg of andere peritoneale endometriose-letsels.

Een derde mogelijke pathogenese is de coeloommetaplasie waarbij er metaplastische veranderingen optreden van mesenchymale cellen ter hoogte van het peritoneum, pleura of de ovaria. De proliferatie van endometriose-letsels gebeurt onder invloed van oestradiol. Momenteel is er groeiende evidentie dat endometriose moet worden beschouwd als een systemische inflammatoire aandoening eerder dan een lokale pelviene aandoening. Endometriose leidt tot stoornissen in het lever- en vetmetabolisme en veranderingen ter hoogte van de hersenen die kunnen leiden tot neurologische symptomen zoals angst, depressie, vermoeidheid en hypersensitiviteit voor pijn. Dit zijn symptomen die frequent voorkomen bij patiënten met endometriose¹.

Ondanks de hoge prevalentie wordt de diagnose bij veel vrouwen slechts laattijdig gesteld en wordt effectieve therapie uitgesteld. Tot voor kort was een diagnostische laparoscopie de gouden standaard voor het stellen van de diagnose, maar gelukkig zien recente guidelines een gerichte anamnese, een grondig klinisch onderzoek en beeldvorming nu als eerste stap².





dr. Filip Claerhout

Eerstelijnsbehandeling: NSAID's en progestagenen

De behandeling van endometriose is uitdagend. Onafhankelijk van de wijze van behandeling, medisch of heelkundig, zal bij 50% van de behandelde patiënten een herval van de symptomen optreden binnen de 5 jaar. Het doel van de behandeling is het onderdrukken van letselgroei, behandelen van de pijn en idealiter ook onderdrukken van de systemische inflammatie. De eerstelijnsbehandeling is het gebruik van NSAID's in combinatie met progestagenen. NSAID's remmen cyclooxygenase enzymen waardoor de productie van prostaglandines en de inflammatie vermindert.

Progestagenen en laaggedoseerde combinatiepreparaten met oestroprogestativa zijn effectief bij minstens twee derden van de symptomatische patiënten. Hoewel verschillende progestagenen gebruikt kunnen worden bij

de behandeling van endometriose, kan Dienogest naar voor worden geschoven als voorkeursprogestageen. Dienogest in continue toediening resulteert in een oestrogeenspiegel (39 pg/ml), die zorgt voor een optimale onderdrukking van de endometriose letsels zonder een negatieve impact te hebben op de botombouw³.

Progestagenen en oestroprogestativa zijn niet succesvol bij ongeveer één derde van de symptomatische patiënten. Gonadotropin-releasing hormoon (GnRH) agonisten zijn een tweedelijnsbehandeling. GnRH-agonisten werken via negatieve feedback op de hypofyse en zullen na een initiële stimulatie van de gonadotrofines leiden tot een onderdrukking van de gonadotrofines en een drastische hypooestrogenemie. De storende nevenwerkingen zoals warmteopwellingen, vaginale droogte, osteoporose en verminderd libido enerzijds en de intramusculaire toediening anderszijds belemmeren een langdurig gebruik. ►

GnRH-antagonisten: een innovatieve tweedelijnsbehandeling

Antagonisten vormt een nieuwe groep van medicatie die bij de behandeling van endometriose gebruikt kan worden. De antagonisten binden zich aan de GnRH-receptoren van de hypofyse, waardoor de werking van endogeen GnRH wordt geblokkeerd. Hierdoor ontstaat een suppressie van de gonadotrofines en de endogene productie van oestrogenen en progesterone. Antagonisten kunnen oraal worden toegediend.

Elagolix is goedgekeurd in de VS maar door het negatief effect op de botdensiteit mag het product maximaal 24 maanden worden gebruikt. Er blijft dus een nood aan medische endometriosebehandeling die langdurig kan worden gebruikt.

Relugolix werd bestudeerd als een combinatiepreparaat met oestradiol en norethisteroneacetaat (Relugolix 40 mg - oestradiol 1 mg - norethindrone 0,5mg). Het oestradiol verlicht bepaalde ongewenste effecten die gepaard gaan met de daling van oestrogenen zoals opvliegers en daling van de botmineraaldichtheid, en norethisteron verlaagt het risico op endometriumhyperplasie. In 2022 werd het preparaat goedgekeurd voor de behandeling van matige tot ernstige symptomen van baarmoederfibromen bij volwassen vrouwen in de vruchtbare leeftijd⁴. De werkzaamheid bij endometriose werd beoordeeld in twee gerandomiseerde, gecontroleerde studies versus placebo, met een identieke opzet, bij in totaal 1261 vrouwen met matige tot ernstige endometriose⁵.

- De associatie bleek na 24 weken een **beterere werkzaamheid** te hebben dan placebo voor het bekomen van een respons op het vlak van **dysmenorroe** (respons bij 75% van de patiëntes versus 27-30% voor placebo) **en niet-menstruele bekkenpijn** (respons bij 59-66% van de patiëntes versus 40-43% voor placebo) (gezamenlijke primaire eindpunten). Een verbetering van de pijn treedt op vanaf 4 weken behandeling. Het feit dat niet menstruele pijn minder reageert op de behandeling dan dysmenorroe is vermoedelijk het gevolg van een andere pathofysiologie: niet menstruele pijn wordt vermoedelijk multifactorieel beïnvloed door bijvoorbeeld adhesies, fibrose, chronische inflammatie en centrale sensitisatie, die minder reageren op de inductie van hypooestrogenemie.
- De associatie had ook een betere werkzaamheid voor het verminderen van het opioïdengebruik en



dyspareunie (secundaire eindpunten). Er was een hoog opioïdengebruik in de onderzochte populaties.

- De belangrijkste nevenwerkingen waren hoofdpijn, nasofaryngitis en warmteopwellingen.
- Vanaf 90 dagen behandeling vertoont 75% van de patiënten amenorrhoea of oligomenorrhoea.
- Een beoordeling na 6 maanden toonde geen verminderde botdensiteit ten opzichte van de placebo, maar de vrouwen die werden opgenomen in de studie waren jong (gemiddelde leeftijd 34 jaar). Bovendien is een evaluatie na 6 maanden, in het bijzonder in het kader van een mogelijk chronische behandeling, niet voldoende om zeker te zijn dat er geen botverlies zal optreden.
- Een extensiestudie van 80 weken is lopende om de werkzaamheid en de veiligheid verder te onderzoeken.

Conclusie

Endometriose is een systemische inflammatoire aandoening die zich heterogeen kan presenteren. Vroege diagnose door middel van nauwgezet klinisch onderzoek, herkenning van systemische manifestaties van de ziekte en gerichte echografie is belangrijk zodat een behandeling kan worden opgestart die zowel de pijn als de systemische manifestaties van de ziekte aanpakt. GnRh antagonist zijn een nieuwe belangrijke tweedelijns therapie voor de behandeling van endometriose: ze zijn zeer effectief in de onderdrukking van ernstige dysmenorree en kunnen langdurig en oraal worden toegediend. ➤



Gynaecologische echografie
in de handen van een expert
verhoogt de sensitiviteit en
specificiteit van de diagnose.
AZ Sint-Lucas Brugge beschikt
over een grote expertise hierin.

dr. Caroline Van Holsbeke

Echografie bij endometriose: expertise maakt het verschil

Gynaecologen met echografische expertise behalen een sensitiviteit van 81-88% voor de detectie van endometrioma's met een specificiteit van 97%. Voor minder ervaren echografisten is dit respectievelijk 66-69% en 97%. AZ Sint-Lucas Brugge beschikt over een grote expertise in het uitvoeren van gynaecologische echografie. Dr. Van Holsbeke maakte een doctoraat over gynaecologische echografie en is auteur van talrijke artikels in nationale en internationale tijdschriften.

Bij endometriose is het de taak van de echografist om de invasiediepte van rectosigmoidletsels en de betrokkenheid van de ureters te beoordelen om zo een multidisciplinaire chirurgische aanpak uit te stippelen. Staging van endometriose vergt echter expertise ongeacht de beeldvormingstechniek die wordt gebruikt.

Er is veel onderzoek gedaan met de vraag welke beeldvormingstechniek het best is, MRI of transvaginale echografie. Een Cochrane-review uit 2016 toonde aan dat echografie een hogere specificiteit heeft voor de detectie van oppervlakkige peritoneale letsels ten opzichte van MRI. Tussen beide technieken bleek ook dat er geen verschil is in de detectie van endometrioma's en rectosigmoid letsels en dat MRI een hogere sensitiviteit heeft wat betreft ureterletsels en letsels ter hoogte van de sacro-uteriene banden.

Een systematische review uit 2021 van 30 studies met meer dan 3000 patiënten toonde aan dat er geen verschil is tussen echografie wat betreft detectie van rectosigmoid letsels, weliswaar steeds in handen van ervaren echografisten of radiologen.

Image technique		Sensitivity	Specificity
Superficial peritoneal*	TVS	65%	95%
	MRI	72%	79%
Endometrioma	TVS	93%	96%
	MRI	95%	91%
DIE (ureters, bowel, bladder, pelvic wall)	TVS	79%	94%
	MRI	94%	77%
Rectosigmoid**	TVS	90%	96%
	MRI	90%	96%

TVS: transvaginal ultrasound, DIE: deep endometriosis

*Strong heterogeneity between studies **8 studies

Bronnen

- ¹ Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet*. 2021 Feb 27 ;397(10276):839-852.
- ² NICE. Endometriosis : diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2017
- ³ Klipping C, Duijkers I, Remmers A, Faustmann T, Zurth C, Klein S, Schuett B. Ovulation-inhibiting effects of dienogest in a randomized, dose-controlled pharmacodynamic trial of healthy women. *J Clin Pharmacol*. 2012 Nov;52(11):1704-13.
- ⁴ Al-Hendy A, Lukes AS, Poindexter AN 3rd, Venturella R, Villarroel C, Critchley HOD, Li Y, McKain L, Arjona Ferreira JC, Langenberg AGM, Wagman RB, Stewart EA. Treatment of uterine fibroid symptoms with Relugolix combination therapy. *N Engl J Med*. 2021 Feb 18;384(7):630-642.
- ⁵ Giudice LC, As-Sanie S, Arjona Ferreira JC, Becker CM, Abrao MS, Lessey BA, Brown E, Dynowski K, Wilk K, Li Y, Mathur V, Warsi QA, Wagman RB, Johnson NP. Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: two replicate phase 3, randomised, double-blind, studies (SPIRIT 1 and 2). *Lancet*. 2022 Jun 18;399(10343):2267-2279. 5.

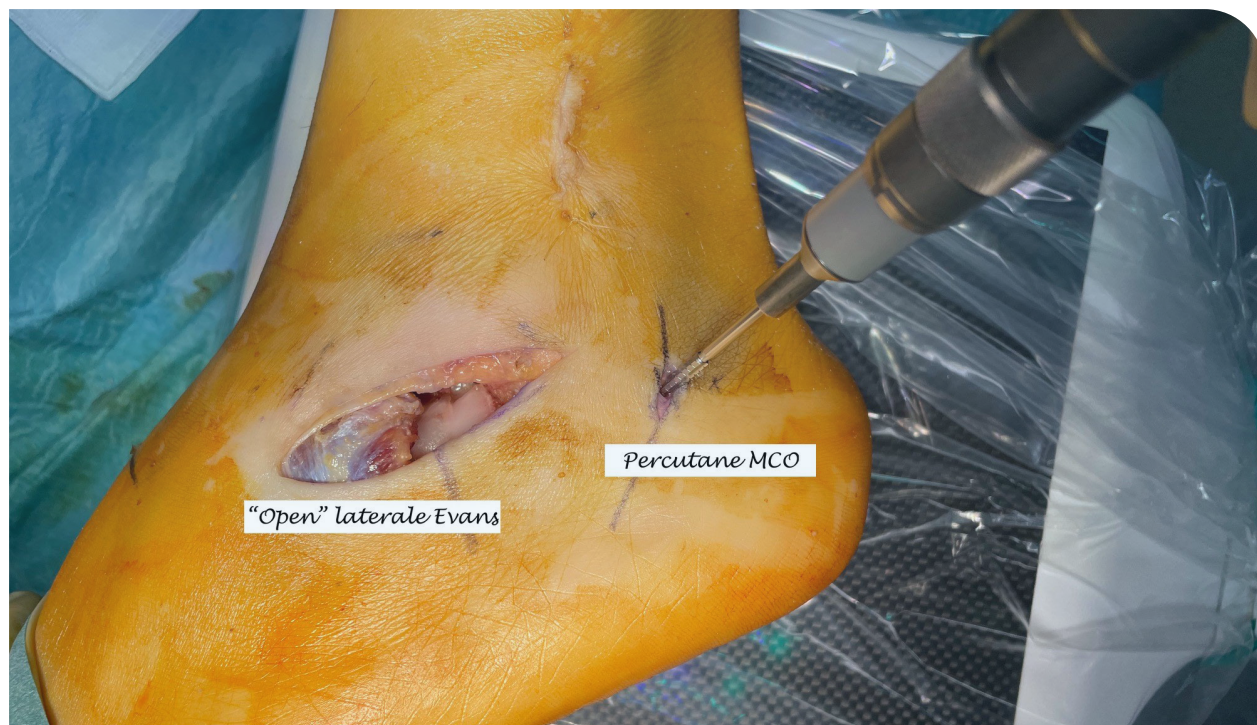
Minimaal invasieve technieken bij platvoetcorrectie

Auteur: dr. Patrick Deprez

Bij pijnlijke platvoeten die conservatief uitbehandeld zijn, is een operatieve behandeling soms geïndiceerd.

Bij een **rigide, degeneratieve** platvoet opteert men eerder voor een arthrodesse van de achtervoet waarbij fusie en standcorrectie van het subtalaire gewricht worden gecombineerd met fusie van één of meerdere chopart-gewrichten (Double of Triple arthrodesse). Bij een **soepele platvoet** probeert men de mobiliteit in de gewrichten te behouden en zijn volgende procedures toepasbaar en in meerdere combinaties mogelijk:

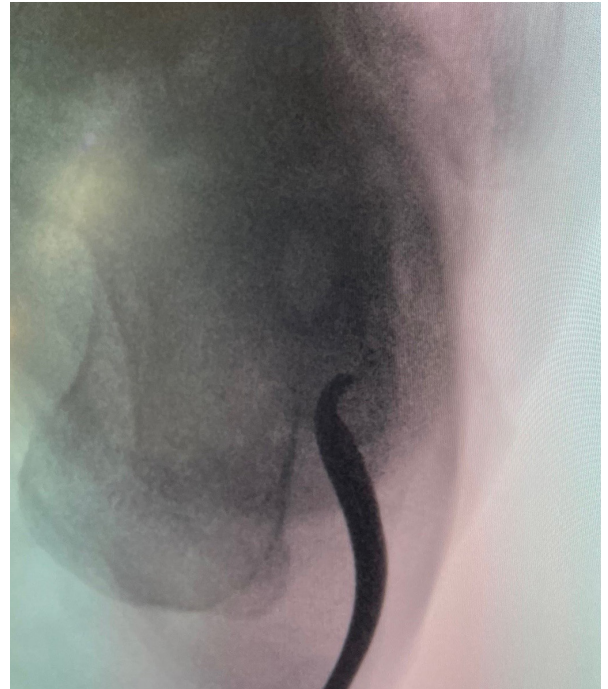
De minimaal invasieve percutane technieken kennen de laatste jaren een gestage opgang in de voorvoetchirurgie en meer recent ook ter hoogte van de achtervoet.



Figuur 1



Figuur 2



Figuur 3

- MCO: mediaal calcaneum shift osteotomie ter correctie van de achtervoetvalgus
- Evans: laterale calcaneum verlengingsosteotomie ter correctie van abductie en planus
- Cotton: eerste straal plantairflexie osteotomie ter correctie van een gefixeerde supinatie van de voorvoet
- Weke delen correctie mediale voet: herstel van de tibia-lis posteriorpees +/- ligamenten mediaal

Tot voor kort werd elk van deze procedures via klassieke open techniek uitgevoerd. Dit betekent meerdere relatief grote incisies op een eerder beperkt oppervlak ter hoogte van de achter- en middenvoet, met daardoor meer kans op wondproblemen.

Percutane technieken

De minimaal invasieve **percutane technieken** kennen de laatste jaren een gestage opgang in de voorvoetchirurgie en meer recent ook ter hoogte van de achtervoet.

Kenmerkend voor de percutane chirurgie zijn de heel kleine incisies waarlangs speciale boortjes en mesjes worden ingebracht op welbepaalde anatomische locaties. Het vervaardigen van corrigerende osteotomieën is een frequent uitgevoerde percutane procedure. De bovenvermelde mediaal calcaneum shift osteotomie (**MCO**) leent zich hier prima toe.

De **percutane-MCO-techniek** bestaat erin om via een kleine incisie lateraal van het hielbeen een speciaal boortje naar binnen te brengen tot in het calcaneum, om daarna op gesystematiseerde wijze een V-vormige coupe doorheen het ganse hielbeen te maken. Dit gebeurt onder fluoroscopische controle. Eenmaal het bot volledig is doorgenomen kan het uiteinde van het hielbeen naar mediaal worden opgeschoven om het vervolgens vanuit de hieltip, met 1 of 2 schroeven te fixeren (figuren 1-5). ➤



Figuur 4

Voor- en nadelen

De grootste **voordelen** van deze percutane osteotomie-techniek:

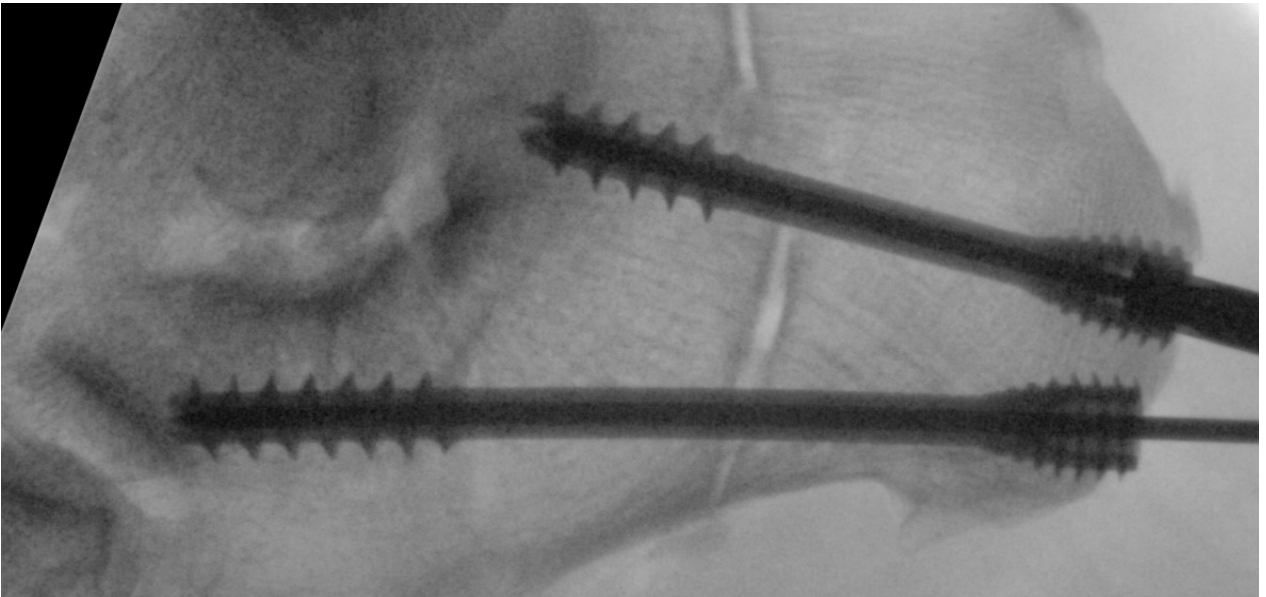
- Minder weke delen trauma waardoor minder zwelling en wondproblemen met snellere revalidatie
- Minder kans op zenuwbeschadiging (n. suralis)
- Stabieler osteotomie door V-vorm en deels behoud van periost
- Makkelijk combineerbaar met om het even welke andere achtervoetprocedure/incisies
- Snellere procedure

De potentiële **nadelen**:

- Röntgen stralingsbelasting
- Technisch complexer, met nood aan speciaal percutaan instrumentarium
- Learning curve

Conclusie

Gezien meerdere vergelijkende studies excellente resultaten toonden met de percutane calcaneum osteotomie-techniek, lijkt deze een standaardprocedure te zullen worden binnen de platvoet-achtervoetchirurgie, vooral bij patiënten met een hoger wondhelingsrisico.



Figuur 5

Bronnen

² Gutteck N et al: Comparative results of percutaneous calcaneal osteotomy in correction of hindfoot deformities.

³ DeMeireles Aj et al. Complicaties after percutaneous osteotomies of the calcaneus.

Foto's: dr. Patrick Deprez

AZ Sint-Lucas Brugge lanceert nieuwe website

Neem een kijkje op **www.stlucas.be**!

Op 21 mei 2024 namen we afscheid van onze oude website en lanceerden we een gloednieuw exemplaar. Met een opgefriste lay-out en gebruiksvriendelijke navigatie willen we patiënten, bezoekers en zorgprofessionals nog beter informeren over het aanbod en de werking van ons ziekenhuis.

Voor zorgprofessionals

Via het menu-item 'Voor zorgprofessionals' vind je onze labogidsen, alle info over onze symposia en nog veel meer praktische informatie.

Medische incidenten melden

Als externe zorgverlener kan je via onze site ook een medisch incident of bijna-incident melden. Ondanks alle goede zorgen kunnen zich medische (bijna-)incidenten voordoen waarbij de veiligheid van de patiënt in het gedrang komt. Het registreren van incidenten, zowel door onze eigen medewerkers als door patiënten, familie en andere zorgverleners, laat ons toe om voortdurend de patiëntveiligheid te monitoren en verbeteren.

Je vindt de link naar het meldformulier op de **website**:

- Zorgprofessionals > voor (huis)artsen > een incident melden
- Contact > een incident melden

Daarnaast kan je een medisch incident ook melden via **de huisartsen-app** van AZ Sint-Lucas.



Bezoek onze nieuwe website



www.stlucas.be



Justine Luca

Klinische studies

Interessante studie voor patiënten met prikkelbare darmsyndroom

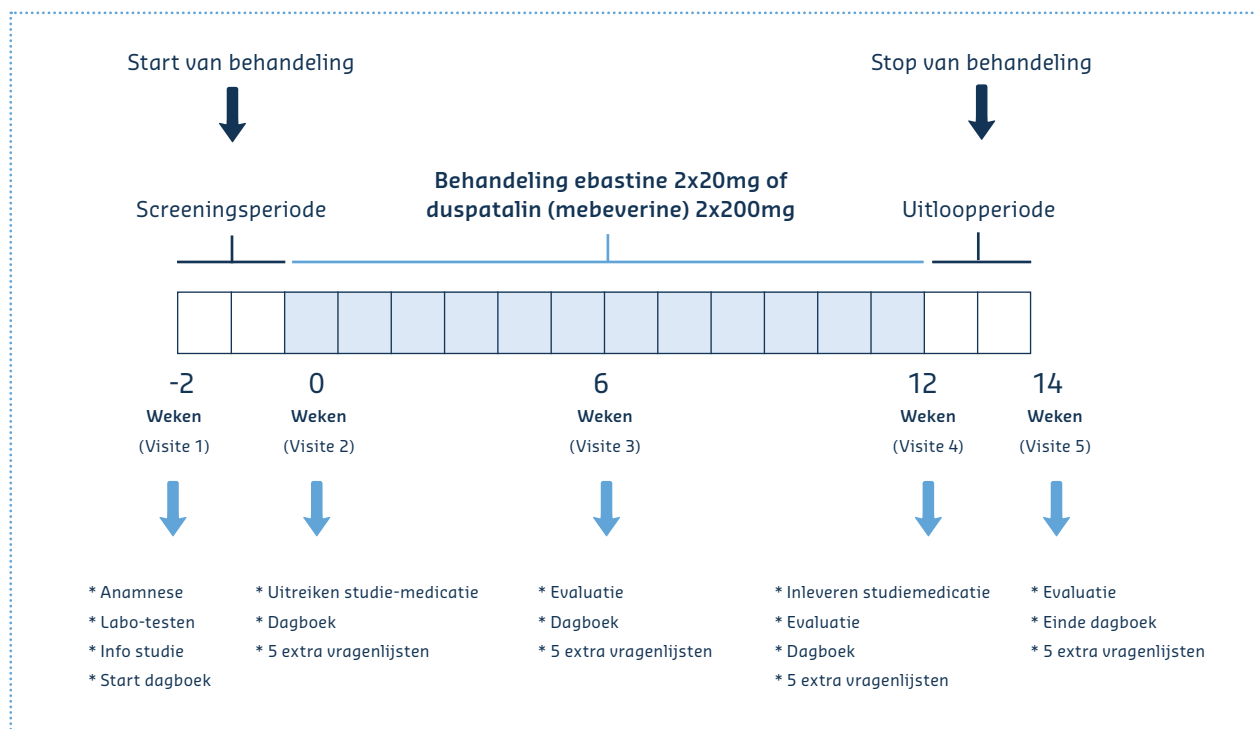
Auteur: prof. Dr. Joris Arts

Het prikkelbare darmsyndroom - PDS (ook wel IBS), komt volgens internationale studies voor bij 5 tot 10% van de bevolking. Het inzicht in deze pathogenese is echter beperkt, maar uit recent onderzoek blijkt histamine een belangrijke rol te spelen. Histamine wordt vrijgezet uit lokale mastcellen waardoor zenuwuiteinden worden geprikkeld en leiden tot abdominale pijn.

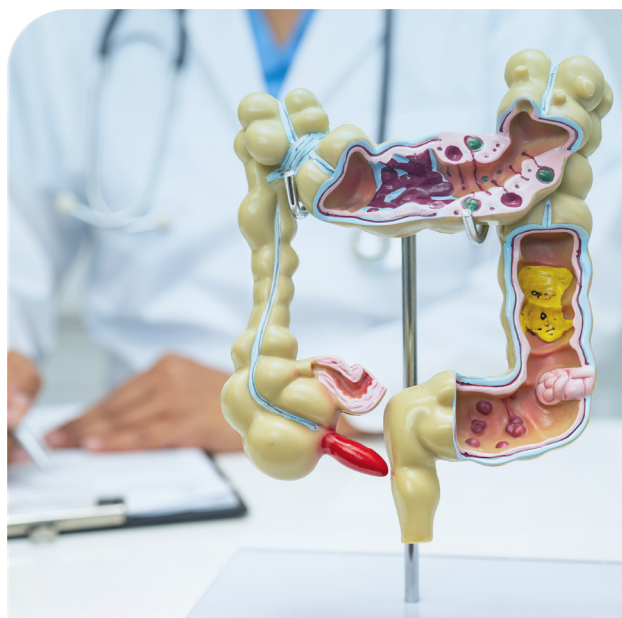
Samen met enkele andere centra in Vlaanderen (zoals UZ Leuven, UZ Antwerpen, AZ Sint-Maarten en GZA) en dankzij de ondersteuning van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (FWO) zijn we van start gegaan met een nieuwe klinische studie waarin een antihistaminicum, ebastine, wordt vergeleken met een klassieke behandeling met mebeverine.

Verloop van de studie

De studie duurt 16 weken. Tijdens de screeningsperiode, de eerste twee weken van de studie, brengen we huidige symptomen in kaart aan de hand van vragenlijsten en eventueel bijkomende onderzoeken (bloedafname, stoelgangstesten, lactose-intolerantie testen). Daarna worden de patiënten dubbelblind gerandomiseerd en krijgen ze gedurende 12 weken ofwel ebastine ofwel duspatalin toegediend. Tijdens deze periode komen de patiënten op bepaalde tijdstippen terug naar het ziekenhuis voor een evaluatie en dagelijks vullen ze een vragenlijst in. Na de behandelperiode volgen we de patiënten nog 2 weken op en vragen we opnieuw om de klachten te evalueren aan de hand van vragenlijsten.



Verloop van de studie



Studiekandidaten gezocht

Voor deze studie zijn we nog op zoek naar patiënten met prikkelbare darmen, zonder uitgesproken geconstipeerd te zijn. Mogelijke patiënten kunnen zich aanmelden door contact op te nemen met studiecoördinator Justine Luca. Ook voor bijkomende informatie kan je bij haar terecht.

Justine Luca
050 36 96 52
justine.luca@stlucas.be



Intra-operatieve toediening van dexamethasone bij totale heupprothesen (THP) leidt tot minder pijn en minder nood aan opiaten postoperatief

Een dubbelgeblindeerde en gerandomiseerde studie

Auteur: dr. Wouter Schroven

Patiënten noemen pijn en misselijkheid als de voornaamste obstakels die hen langer in het ziekenhuis houden na een heupvervangende ingreep¹. De laatste jaren heeft dexamethasone steeds meer aandacht gekregen als middel om deze postoperatieve complicaties te bestrijden. Met de groeiende populariteit van dagopnames voor heupprothesen en de toenemende druk op ons gezondheidszorgsysteem, is het van essentieel belang om de duur van ziekenhuisopnames tot een minimum te beperken. Dankzij innovaties in chirurgische en anesthesiologische procedures kan een totale heupprothese nu veilig via een dagopname uitgevoerd worden.

Met een verwachte toename voor het aantal totale heupprothesen (THP) van 176% tegen 2040 en 659% tegen 2060 voelen chirurgen de druk om deze ingreep nog efficiënter uit te voeren en de gemiddelde duur van een ziekenhuisopname te verkorten². Dagbehandelingen voor THP worden steeds populairder. Naar verwachting zal 50% van alle THP tegen 2050 in dagziekenhuis worden uitgevoerd. In 2020 steeg het aantal dagbehandelingen voor THP in de VS met 82% ten opzichte van 2019 door de COVID-19-pandemie³.

Glucocorticoïden zijn recentelijk populair geworden in ERAS-protocollen om postoperatieve complicaties te verminderen, maar gerandomiseerde onderzoeken naar hun effect bij THP onder spinale anesthesie met de anterieure spiersparende techniek ontbreken. ►



Dr. Maxence Vandekerckhove, dr. Anthony Van Eemeren, dr. Wouter Schroven, dr. Jan Vanlommel

Significant lagere pijnscores

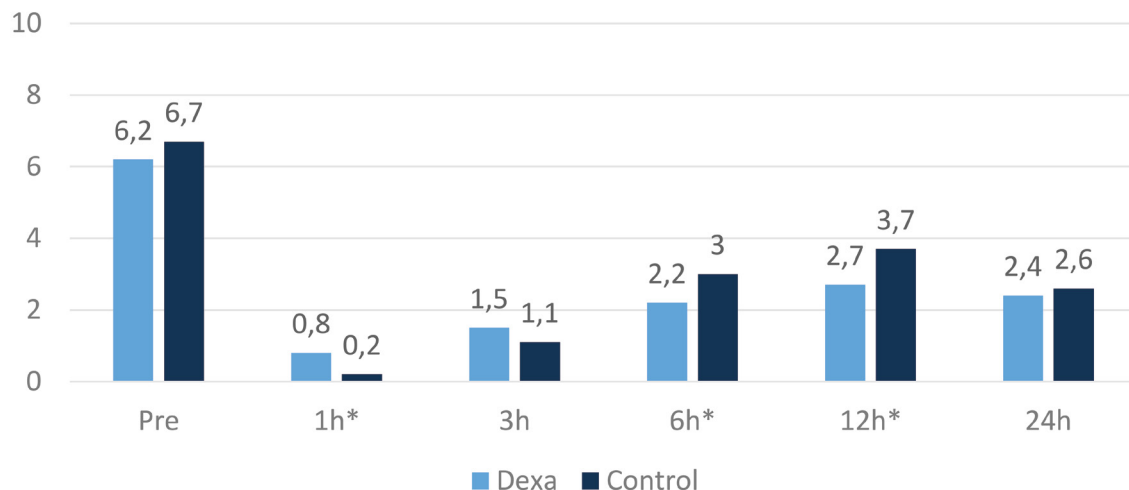
Onze studie vergeleek het effect van het toedienen van 10 mg intraveneus dexamethasone peroperatief met placebo in een groep van 90 patiënten. Zowel de patiënt, de chirurg en onderzoeker waren geblindeerd voor de allocatie van de patiënt. Alle volwassen patiënten die een unilaterale electieve THP ondergingen werden geïnccludeerd. We ontdekten dat er een verminderde vraag naar opiaten was met een factor 2,6 (!) in het voordeel van de patiënten die dexamethasone kregen. Op verschillende momenten postoperatief waren de pijnscores ook significant lager in de dexamethasone-groep. Er waren geen verschillen in complicaties, infecties en hospitalisatieduur tussen beide groepen. Van de 90 patiënten konden er 88 de dag na de operatie het ziekenhuis verlaten.

Spinale anesthesie

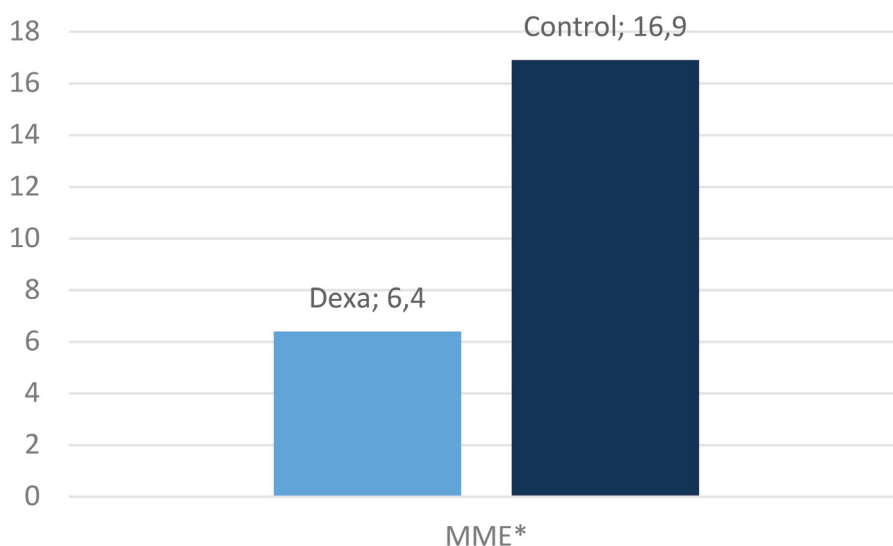
Spinale anesthesie wordt door anesthesisten beschouwd als de voorkeursmethode voor verdoving bij THP. Het zorgt voor minder complicaties en zorgt er ook voor dat patiënten vaker het ziekenhuis kunnen verlaten op de dag van de operatie⁴. Dexamethasone zou ook inwerken op receptoren in het ruggemerg en zou zo een verlengend effect hebben op de spinale verdoving. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de significant lagere pijnscores en duidelijk verminderde vraag naar opiaten. Het incorporeren van intraoperatieve dexamethasone in anesthesieprotocollen samen met spinale anesthesie leidt tot superieure klinische resultaten die de overgang naar THP in daghospitaal kan vergemakkelijken.



Pijnscores



Opiaat gebruik



Bronnen

- 1 Husted H, Lunn TH, Troelsen A, Gaarn-Larsen L, Kristensen BB, Kehlet H. Why still in hospital after fast-track hip and knee arthroplasty? *Acta Orthop.* 2011;82(6).
- 2 Shichman I, Roof M, Askew N, Nherera L, Rozell JC, Seyler TM, Schwarzkopf R. Projections and Epidemiology of Primary Hip and Knee Arthroplasty in Medicare Patients to 2040-2060. *JB JS Open Access.* 2023 Feb 28;8(1):e22.00112. doi: 10.2106/JBJS.OA.22.00112. PMID: 36864906; PMCID: PMC9974080.
- 3 Abdelaal MS, Small I, Sherman MB, Courtney PM, Sharkey PF. One Year Later: The Lasting Effect of the COVID-19 Pandemic on Elective Hip and Knee Arthroplasty. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* 2022;30(22).
- 4 Osman BM, Tieu TG, Caceres YG, Hernandez VH. Current Trends and Future Directions for Outpatient Total Joint Arthroplasty: A Review of the Anesthesia Choices and Analgesic Options. Vol. 7, *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons Global Research and Reviews.* 2023.

RSV: to vaccinate, or not to vaccinate

Auteurs: dr. Emma Snauwaert,
dr. Filip Claerhout, dr. Annick Van Cauter

RSV staat bekend als een belangrijke oorzaak van hospitalisaties ten gevolge van luchtweginfecties bij jonge kinderen. Recent werd een vaccin ontwikkeld dat via toediening in het derde trimester van de zwangerschap de neonat zou beschermen tegen ernstige infecties met RSV. Dit vaccin wordt onderzocht en aanbevolen door de VVOG (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie). De vraag luidt aldus “To vaccinate, or not to vaccinate?”

RSV of respiratoir syncytieel virus ken je ongetwijfeld als het besmettelijke virus dat luchtweginfecties veroorzaakt. De klachten kunnen variëren van simpele verkoudheidsklachten tot ernstige lage luchtweginfecties zoals bronchiolitis en pneumonie. Hoewel RSV alle leeftijdsgroepen kan aantasten, staat het vooral bekend als een voorname oorzaak van hospitalisaties bij kinderen tijdens het eerste levensjaar.

Om ernstige infecties bij neonaten te voorkomen werd een RSV-vaccin ontwikkeld dat nu aanbevolen wordt voor zwangere vrouwen. Abrysvo, ontwikkeld door Pfizer, werd in augustus 2023 goedgekeurd door de FDA (Food and Drug Administration) voor volwassenen ouder dan 60 jaar en voor vrouwen die tussen 32 en 36 weken zwanger zijn. Enkele dagen later werd het eveneens goedgekeurd door de European Medicines Agency (EMA), die de indicatie uitbreidde tot zwangere vrouwen tussen 24 en 36 weken amenorroeëduur.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de studie van Kampmann et al., getiteld *Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants*. Dit verscheen in 2023 in *The New England Journal of Medicine*. Deze dubbelblinde gerandomiseerde studie werd uitgevoerd in 18 verschillende landen. 3682 gezonde zwangere vrouwen kregen het Abrysvo RSV-vaccin toegediend tussen 24 en 36 weken. De controlegroep omvatte 3637 zwangere vrouwen die een placebo-injectie toegediend kregen. De primaire eindpunten van deze studie waren tweemaal: enerzijds het aantal ernstige RSV-geassocieerde lage

luchtweginfecties, anderzijds het totale aantal RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties. Bijkomende eindpunten waren de nevenwerkingen bij zowel moeder als kind. Uit de resultaten bleek dat pasgeborenen van de gevaccineerde vrouwen 69% minder kans maakten op een ernstige RSV-infectie tijdens de eerste 6 levensmaanden in vergelijking met de controlegroep ($p = 0.0242$). De risicoreductie was het hoogst in de eerste drie maanden. In de subgroep zwangere vrouwen die het vaccin kreeg tussen 32 en 36 weken, reduceerde het vaccin het risico op ernstige RSV-infecties met 77%.

De studie gaf ook aan dat het vaccin veilig bleek te zijn voor moeder en kind. Gerapporteerde nevenwerkingen zijn pijn ter hoogte van de injectieplaats, hoofdpijn, spierpijn en nausea. Zwangerschapscomplicaties zoals pre-eclampsie, intra-uteriene groeirestrictie, icterus en premature arbeid leken frequenter voor te komen in de gevaccineerde groep, doch deze data zijn niet-significant en onvoldoende om een causaal verband aan te tonen.

De conclusie luidt dat het toedienen van *Abrysvo* bij zwangere vrouwen effectief is tegen ernstige RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties en RSV-geassocieerde hospitalisatie bij jonge kinderen. Er wordt geadviseerd de vaccinatie ten vroegste op 32 weken zwangerschap toe te dienen. Het betreft een eenmalige intramusculaire injectie. Het aanmaken van antistoffen duurt 2 weken. Het VVOG (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) beveelt dit vaccin sinds eind 2023 aan voor alle zwangere vrouwen, bij voorkeur toe te dienen tussen 32 en 36 weken zwangerschap en tijdens het RSV seizoen (september tot januari-april). *Abrysvo* sluit bijgevolg als vierde in de rij aan in de lijst van vaccinaties die we aanbieden tijdens de zwangerschap:

- Influenza tijdens het griepseizoen
- SARS-CoV-2
- Kinkhoest (tussen 24-32 weken)
- RSV (32-36 weken) tijdens RSV-seizoen.

Belangrijk is om een interval van twee weken te respecteren tussen *Abrysvo* en *Triaxis* (kinkhoestvaccin), omwille van lage immuunrespons op pertussis bij concomittante toediening. Ook belangrijk om indachtig te zijn is dat het vaccin momenteel, als enige van de vier aanbevolen vaccinaties, nog niet terugbetaald wordt. Hoewel de kostprijs zeker niet mild is (185 euro), lijken de data te suggereren dat we zwangere patiënten op z'n minst de keuze moeten geven om voor deze extra bescherming te opteren. Naast het toedienen van een vaccin aan de moeder kan de toediening van monoclonale antistoffen aan de baby de morbiditeit ten gevolge van RSV verminderen. Het betreft Beyfortus, dat éénmalig wordt toegediend, werkzaam is gedurende 5 maanden en vanaf heden wordt terugbetaald tijdens het RSV-seizoen.

Uit de resultaten bleek dat pasgeborenen van de gevaccineerde vrouwen 69% minder kans maakten op een ernstige RSV-infectie tijdens de eerste zes levensmaanden.



Ontdek onze nieuwe website!



www.stlucas.be



Een frisse
layout



Intuïtieve
navigatie



Alle info
binnen bereik