AZ SINT-LUCAS BRUGGE

MEDI@LUCAS

jaargang 2 - nr. 1 - maart 2024

viermaandelijks medisch magazine voor huisartsen en zorgverstrekkers

Dienst in de kijker: Pijncentrum Brugge - afdeling Sint-Lucas

Gebruik van monoclonale antilichamen bij neurologische aandoeningen

az sint-lucas
BRUGGE

Colofon

Editie maart 2024

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

Werkten mee aan dit nummer
dr. Thomas Claeys, dr. Daan De Maeseneer, dr. Sofie Decock, dr. Hanne Geerts, dr. Evelien Gryspeerdt, dr. Kristof Ramboer dr. Dominique Slock, dr. Caroline Van Holsbeke, dr. Ophélie Vandemoortele

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

PIJNCENTRUM BRUGGE - AFDELING SINT-LUCAS: Dienst in de kijker **4**

GYNAECOLOGIE-VERLOSKUNDE: PRIORI-studie onderzoekt het verband tussen het vaginaal microbioom en vroeggeboorte **8**

NEUROLOGIE: Gebruik van monoclonale antilichamen bij neurologische aandoeningen **10**

GASTRO-ENTEROLOGIE: Coagulatie en levercirrose **12**

FYSISCHE GENEESKUNDE, REUMATOLOGIE EN REVALIDATIE: Locomotorische SP-revalidatieafdeling: van planning naar multidisciplinaire aanpak **18**

NIEUWE ARTSEN **21**

PUBLICATIES ARTSEN **22**

SYMPOSIA **24**

Copyright © 2024 AZ Sint-Lucas Brugge.
Alle rechten voorbehouden. De inhoud van dit magazine is auteursrechterlijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag vermenigvuldigd of doorgegeven worden aan derden zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.
Contact: communicatie@stlucas.be

Voorwoord

Beste lezer

In het eerste nummer van dit jaar gaan we dieper in op enkele medische evoluties in de hepatologie (coagulatie en levercirrose) en de neurologie (gebruik van monoclonale antilichamen). We belichten ook een interessante studie van de dienst gynaecologie over het verband tussen het vaginale microbioom en vroeggeboorte.

Het Pijncentrum Brugge - afdeling Sint-Lucas is dit nummer onze dienst in de kijker. Een mooi voorbeeld van de nauwe samenwerking tussen medische diensten van de twee Brugse ziekenhuizen. Deze nauwe coöperatie en artsenassociatie is ook al actief op de diensten Neurochirurgie, Orthopedie, Urologie, Neus-, Keel- en Oorziekten, MKA / Stomatologie, Radiologie en Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KAS). Deze samenwerkingen tonen aan dat we samen blijven streven naar een optimalisatie van een kwalitatieve medische praktijkvoering ten voordele van de bevolking van Brugge en omstreken.

In de loop van 2023 verhuisde de locomotorische SP-revalidatieafdeling naar een verpleegeenheid waar geriatrische bedden voorbehouden worden voor patiënten die opgenomen zijn omwille van een trauma. Zo hopen we een vlotte, multidisciplinaire samenwerking tussen geriaters en de revalidatieartsen te realiseren. Het laatste artikel beschrijft hoe de dienst Fysiotherapie ook de samenwerking met andere disciplines, voornamelijk Orthopedie, organiseert.

Tenslotte wil ik u laten weten dat ons incidentmeldingssysteem (IMS - Zenya) nu ook toegankelijk is voor externen, vooral zorgverstrekkers zoals huisartsen, thuisverpleegkundigen, paramedici en woonzorgcentra. Als u een specifieke klacht over de behandeling of bejegening van een patiënt heeft, kan u dit melden via de website en binnenkort ook via de huisartsen-app. Zo hopen wij onze kwaliteit nog te kunnen verbeteren.

Ik wens u veel leesgenot!

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

Deze samenwerkingen tonen aan dat we samen blijven streven naar een optimalisatie van een kwalitatieve medische praktijkvoering ten voordele van de bevolking van Brugge en omstreken.

Dienst in de kijker

Auteur: dr. Ophélie Vandemoortele, staflid Pijncentrum Brugge – afdeling Sint-Lucas

Op initiatief van wijlen dr. Piet Vercruysse richtte AZ Sint-Jan Brugge AV in 1987 het Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) op. Het centrum groeide in de loop der jaren uit tot een georganiseerde dienst, met in 2006 een uitbreiding naar het AZ Sint-Lucas Brugge. De overkoepelende samenwerking telt op vandaag vijf arts-specialisten anesthesiologie met bijzondere bekwaming in de pijntherapie: dr. Hannie Braems, dr. Christ Declerck, dr. Mayken Gorissen, dr. Ella Ver Donck en dr. Ophélie Vandemoortele. In 2013 kreeg ons MPC een erkenning als multidisciplinair centrum voor de behandeling van chronische pijn door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid.

Aanbod

Het MPC is een derdelijnscentrum in de gezondheidszorg: dat betekent dat patiënten enkel via verwijzing door de huisarts of een arts-specialist in ons centrum terecht kunnen. De meest voorkomende pijnklachten zijn axiale pijnklachten (in het bekken of de wervelkolom) of zenuwpijnen (bijvoorbeeld aangezichtspijnen, perifere zenuwpijnen ...), maar we behandelen ook andere pijnklachten in het centrum. Het MPC heeft als algemene doelstelling om subacute of chronische pijnklachten op een doeltreffende manier te **diagnosticeren**, te **behandelen** of te **ondersteunen**. Na elke raadpleging stellen we een specifiek traject voorop met een individueel behandelplan. Dit kan bestaan uit behandeling met medicatie en/of interventionele pijntherapie. We bieden het volledige spectrum van interventionele pijnbehandelingen aan, met inbegrip van onderbrekingstechnieken (ter hoogte van de craniale, cervicale, thoracale en lumbale zenuwen, alsook de perifere zenuwen), ruggenmergstimulatie en intrathecale pijnpompen.

Onderbrekingstechnieken

De oorzaak van de pijnklachten is niet altijd duidelijk. Vaak sporen we die op aan de hand van **diagnostische proefblokkades.** We verdoven de lichaamsstructuren waarvan we vermoeden dat ze een rol spelen in het pijnpatroon (bijvoorbeeld een zenuw, een tussenwervelschijf, facetgewrichtje ...) tijdelijk met een lokaal anestheticum. Naargelang het resultaat van deze proefblokkades gaan we in een volgende fase over tot een definitieve onderbreking van de pijngeleiding door vernietiging of beïnvloeding van zenuwweefsel door middel van elektrische golven of door middel van hoge temperatuur. Daarnaast is een **chemische blokkade** van bepaalde zenuwstructuren mogelijk waarbij een structuur wordt afgekoeld tot -80ºC waardoor de pijngeleiding tijdelijk wordt onderbroken.

De verschillende procedures voeren we steeds onder fluoroscopie of echografie uit. Initieel werd deze techniek voornamelijk gebruikt voor het denerveren van zenuwen ter hoogte van de cervicale, thoracale en lumbale wervelzuil. Meer en meer gebruiken we deze techniek ook om perifere zenuwen te denerveren. Zo kunnnen we patiënten met gewrichtspijnen zoals knie- en schouderpijn behandelen met deze onderbrekingstechniek. Hiervoor denerveren we de zenuwen die zorgen voor de bezenuwing van het schouder- of kniegewricht en trachten we op deze manier een langdurige pijnstilling te verkrijgen in het gewricht. ➤

Neurostimulatie

Dit is de stimulatie van zenuwbanen ter hoogte van het ruggenmerg door middel van kleine elektrische pulsen. Deze behandeling passen we toe bij verschillende pijnproblemen waarbij zenuwbeschadiging gepaard gaat met neuropathische chronische pijnklachten in de benen, armen of rug.

Intrathecale analgesie

Verder richt ons centrum zich ook op intrathecale pijntherapie om bepaalde chronische pijnklachten aan te pakken. Hierbij dienen we medicatie toe in de intrathecale ruimte via een medicijnpomp. De intrathecale of spinale ruimte is de ruimte rondom het ruggenmerg en bevat het ruggenmergvocht. Door de continue toediening van een kleine hoeveelheid medicatie (meestal morfine) dichtbij het ruggenmerg is er een kleinere hoeveelheid medicatie nodig in vergelijking met pijnmedicatie in tabletvorm of kleefpleisters.

De oorzaak van de pijnklachten is niet altijd duidelijk. Vaak sporen we die op aan de hand van diagnostische proefblokkades.

Multidisciplinaire aanpak

In het MPC leggen we bovendien sterk de nadruk op een multidisciplinaire benadering waarbij we de kinesitherapeut, de ergotherapeut, de psychotherapeut, de pijnverpleegkundige en de sociaal werker betrekken. Daarnaast is er een belangrijke samenwerking met de diensten Psychiatrie-Psychosomatiek, Neurochirurgie, Revalidatiegeneeskunde en Neurologie.
Tijdens onze maandelijkse Spine-unit vergadering, waarbij zowel algologen als neurochirugen, radiologen, fysische artsen en orthopedisten aanwezig zijn, bespreken we uitgebreid moeilijkere casussen. Naast zuiver medische behandelingen bieden we ook diagnose- en behandeltechnieken aan die gebaseerd zijn op een biopsychosociale aanpak.

Op deze multidisciplinaire wijze, met betrokkenheid van medici en paramedici uit de eerste, tweede en derde lijn van de gezondheidszorg, stellen we alles in het werk om het functioneren en de levenskwaliteit van elke patiënt op een maximaal niveau te brengen.

PRIORI-studie onderzoekt het verband tussen het vaginaal microbioom en vroeggeboorte

Auteur: dr. Caroline Van Holsbeke, staflid Gynaecologie - Verloskunde

In België worden jaarlijks 8000 baby's te vroeg geboren. De PRIORI-studie hoopt een impact te maken op vroeggeboorte door de rol van het vaginaal microbioom te onderzoeken bij zwangere patienten met een verhoogd risico op vroeggeboorte. De studie staat onder leiding van gynaecologe dr. Caroline Van Holsbeke (hoofdonderzoeker), dr. Katrien Nulens (gynaecoloog en PhD student) en Els Papy (projectmanager) in samenwerking met Future Health ZOL Genk en KCE. In AZ Sint-Lucas is dr. Hilde Logghe subinvestigator en Veerle De Prest de coördinerende studieverpleegkundige.

Vroeggeboorte kan ernstige gevolgen hebben voor de baby zoals hersenbloedingen, ademhalingsproblemen, visusstoornissen, infecties en ontwikkelingsproblemen. Verder heeft het ook een enorme impact op de ouders: elke dag moeten ze afscheid nemen van hun kindje dat opgenomen is. Vaak blijft hun kind levenslang zorg nodig hebben.
Spontane vroeggeboorte is vaak een multifactorieel probleem. Gekende oorzaken zijn mechanische problematiek (overdistentie van de uterus door een meerlingzwangerschap of polyhydramnion, cervixinsufficiëntie), anatomische problemen (bindweefselziekte, uterusanomalieën, conisatie), genetische factoren, inflammatie (colitis ulcerosa, ziekte van Crohn) en infecties (opstijgend, haematogeen, retrograad vanuit de peritoneale holte).
Bijkomende risicofactoren zijn lage socio-economische klasse, roken, een kort zwangerschapsinterval, en bovenal een eerdere vroeggeboorte of eerder tweede trimester miskraam. Dit geeft een herhalingsrisico van 20 tot 60%.

Vaginaal microbioom

Uit onderzoek weten we dat een opstijgende infectie vanuit de vagina een heel belangrijke oorzaak is van spontane vroeggeboorte. Bij deze patiënten blijkt het vaginaal microbioom al heel vroeg in de zwangerschap verstoord te zijn in tegenstelling tot zwangeren die à terme bevallen. Zij hebben een gezond en stabiel microbioom dat gedomineerd wordt door Lactobacillen (vooral Lactobacillus Crispatus), die de perfecte verdediging vormen tegen opstijgende infecties doorheen de zwangerschap. Bij patienten die uiteindelijk te vroeg bevallen, zien we een depletie van de Lactobacillen, een heel divers microbioom met aanwezigheid van onder andere anaeroben en een afwezigheid van Lactobacillus Crispatus. Er werd in het verleden al veel onderzoek gedaan naar het screenen op vaginale infecties en het behandelen ervan met antibiotica. Helaas blijkt deze strategie niet te werken: de antibiotica bereiken de amnionholte niet en kunnen de inflammatoire kettingreactie niet doorbreken. Het gevolg is dus dat we vaak machteloos toekijken hoe de patiënte opnieuw te vroeg bevalt.

Studieteam Priori: projectmanager Els Papy, dr. Katrien Nulens, dr. Caroline Van Holsbeke

Lactobacillus Crispatus

In de PRIORI-studie willen we nakijken of we een impact kunnen maken op de incidentie van vroeggeboorte door heel vroeg in de zwangerschap de vaginale flora te optimaliseren en deze stabiel te houden doorheen de zwangerschap. Dit proberen we te bereiken door het orale gebruik van een synbioticum (probiotica en prebiotica) oftewel een mix van Lactobacillen en stoffen die hun werking ondersteunen. Onderzoek bij Europese vrouwen heeft aangetoond dat Lactobacillus Crispatus de beste verdediger is.

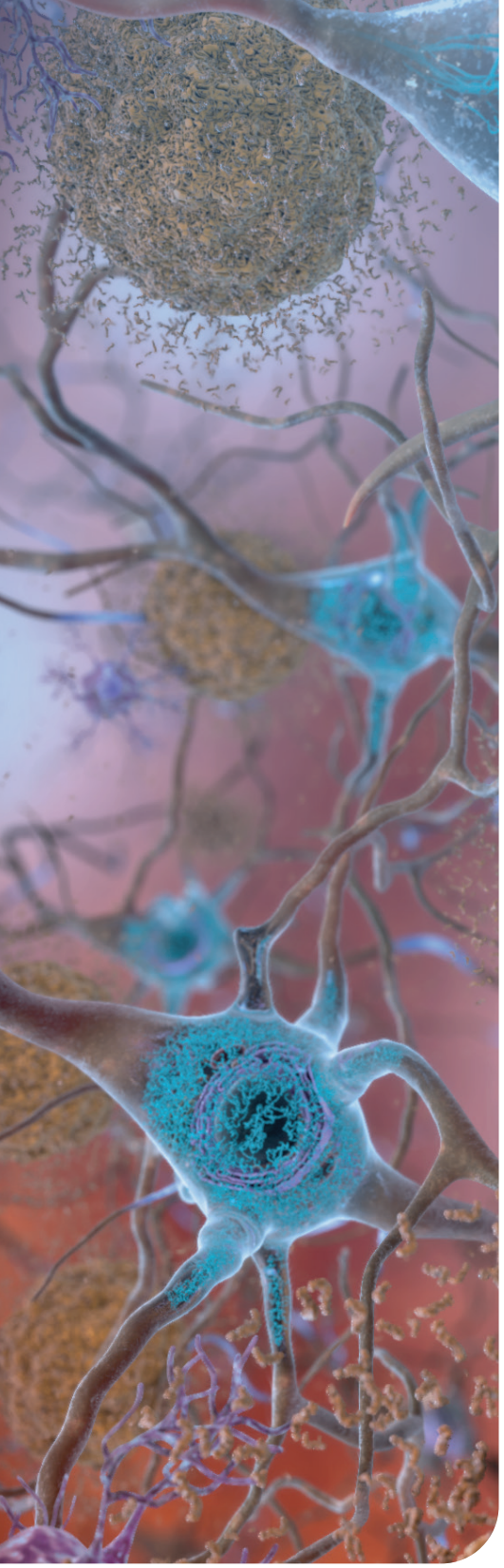
De PRIORI-studie is een multicentrische dubbelblind placebo gecontroleerde studie. 402 patiënten met een verhoogd risico op spontane vroeggeboorte zullen tussen 8 en 10 weken zwangerschapsduur gerandomiseerd worden en het toegekende product tot aan de bevalling innemen.

De studie start met een interne pilootstudie waarin we eerst het effect van een orale inname van een synbioticum op het vaginaal microbioom zullen onderzoeken.
De aanvraag voor financiering werd in 2022 door het Federaal Kenniscentrum (KCE) goedgekeurd. De studie wordt begeleid door het Clinical Trial Unit (CTU) van het ZOL te Genk. Centra die zullen deelnemen zijn ZOL Genk, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ Sint-Jan Brugge, UZ Leuven, UZ Gent, CHR de la Citadelle Luik en AZ Groeninge Kortrijk.

De PRIORI studie is een belangrijke stap in het onderzoek naar de rol van het vaginaal microbioom en de associatie met zwangerschapsduur bij zwangeren die een verhoogd risico hebben op vroeggeboorte.

Meer informatie:

Meer informatie over de studie vindt u op www.prioritrial.be.



Figuur 1: Amyloïde plaques (bruin) tussen en neurofibrillaire tangles (blauw) in de neuronen

Neurologie

Gebruik van monoclonale antilichamen bij neurologische aandoeningen

Auteurs: dr. Thomas Claeys, staflid Neurologie
en de stafleden Neurologie

De vele en toenemende toepassingen binnen de verschillende neurologische subdisciplines illustreren het therapeutisch belang van monoclonale antilichamen. Deze evolutie loopt parallel met de therapeutische revolutie bij neurologische aandoeningen.

De nieuwe mogelijkheden bieden hoop voor voorheen moeilijk of zelfs niet te behandelen ziektes. Het grote voordeel van behandeling met monoklonale antilichamen is hun grote specificiteit voor hun target/epitoop, waardoor ongewenste bijwerkingen meer gecontroleerd of beperkt worden. In dit artikel volgt een beknopte, nog onvolledige illustratie van de huidige mogelijkheden bij neurologische aandoeningen.

Ziekte van Alzheimer

De ziekte van Alzheimer is een complexe neurodegeneratieve ziekte die zich pathologisch kenmerkt door een abnormale afzetting van eiwitten in de hersenen, waaronder amyloïd en tau, wat leidt tot de vorming van amyloïde plaques en neurofibrillaire tangles tussen en in de neuronen. Er zijn meerdere mogelijke aangrijpingspunten voor ziektemodulerende geneesmiddelen. Donanemab, Lecanemab en Aducanumab zijn monoclonale antilichamen die intraveneus worden toegediend en zich richten tegen die amyloïde eiwitten (meer specifiek *amyloid beta*).

Aducanumab was in de Verenigde Staten het eerste nieuw beschikbare medicijn tegen ziekte van Alzheimer sinds 18 jaar. Goedkeuring door de Amerikaanse FDA verliep in juni 2021 via een versnelde procedure. Gezien de grote wetenschappelijke controverse (onder andere onvoldoende klinische relevantie en potentieel ernstige hersenafwijkingen zoals oedeem en (punt)bloedingen) besloot het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) om het middel niet toe te laten op de Europese markt.

Lecanemab en **Donanemab** (waarvan de resultaten gepubliceerd werden in november 2022 en in mei 2023) resulteren bij patiënten met vroege Alzheimer in een significante reductie van amyloïde plaques én een vertraging van klinische achteruitgang van respectievelijk 27 en 29%.

Hoopgevende resultaten, al rijzen nog twijfels over de klinische relevantie en het merkbare effect voor de patiënt zelf. Verwacht wordt dat het EMA begin 2024 zal oordelen over Lecanemab. Voor Donanemab is nog geen goedkeuringsaanvraag ingediend. De neurologische gemeenschap wacht met spanning de toepassing van deze therapieën af, alleen al rekening houdende met de hoge prevalentie van ziekte van Alzheimer.

Migraine

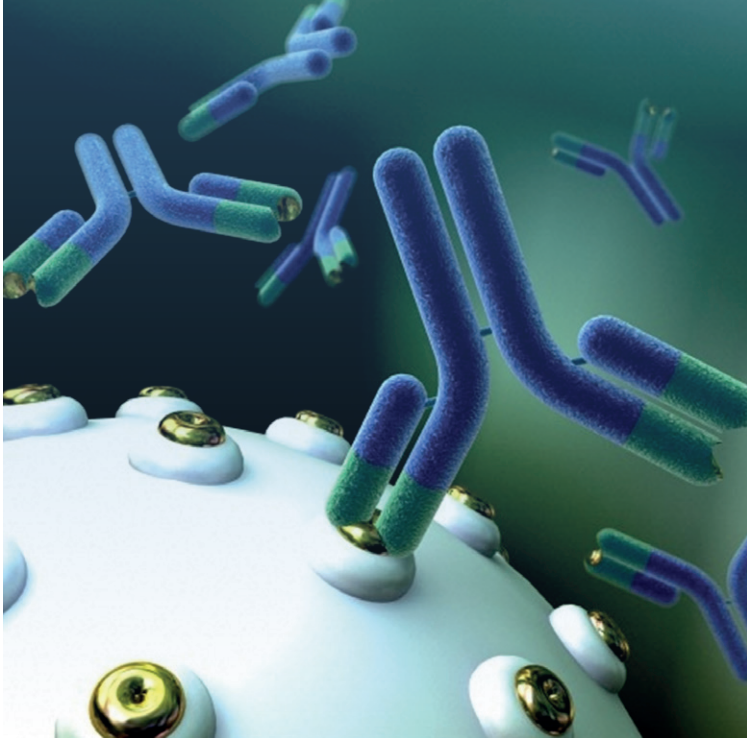
Migraine is een onderschatte aandoening met een hoge maatschappelijke economische kost en een grote impact op de volksgezondheid. Bij de preventieve behandeling van migraine worden nu monoclonale antilichamen voorgeschreven, meer specifiek tegen het **CGRP** (Calcitonine-gen gerelateerd peptide) ligand of zijn receptor. In België worden zowel Erenumab (Aimovig®), Fremanezumab (Ajovy®) als Galcanezumab (Emgality®) in dit kader terugbetaald indien de patiënt minstens acht migrainedagen per maand heeft en waarbij minstens drie andere preventieve therapieën faalden. CGRP is een neuropeptide, belangrijk bij de pathofysiologie van migraine, met receptoren verspreid over het trigeminovasculair systeem. De concentratie van CGRP stijgt bij een migraineaanval.

Infusie van CGRP veroorzaakt hoofdpijnaanvallen bij migrainelijders en een behandeling die CGRP blokkeert of reduceert vermindert migraineaanvallen. De CGRP (receptor) antilichamen werken snel, hebben een gunstig veiligheidsprofiel en worden over het algemeen beter verdragen dan andere preventieve therapieën. Hun belangrijkste nadeel is de hoge kostprijs (wat de strikte indicatiestellingen in kader van de terugbetaling verklaart) en de voorlopig nog beperkte gegevens over (langeretermijn) veiligheid, vooral bij zwangerschap en cardiovasculaire pathologie.

Multiple sclerose

Bij deze auto-immune aandoening van het centrale zenuwstelstel zijn er meerdere mogelijke pathofysiologische targets. Door de beschikbaarheid van de vele medicijnen kan de inflammatoire component van de ziekte nu efficiënt onderdrukt worden.

Natalizumab was het eerste monoclonale antilichaam in gebruik. Het richt zich tegen $\alpha 4\beta 1$ integrine, een molecule op het oppervlak van lymfocyten en monocyten. Het verhindert dat deze cellen het hersenparenchym bereiken.

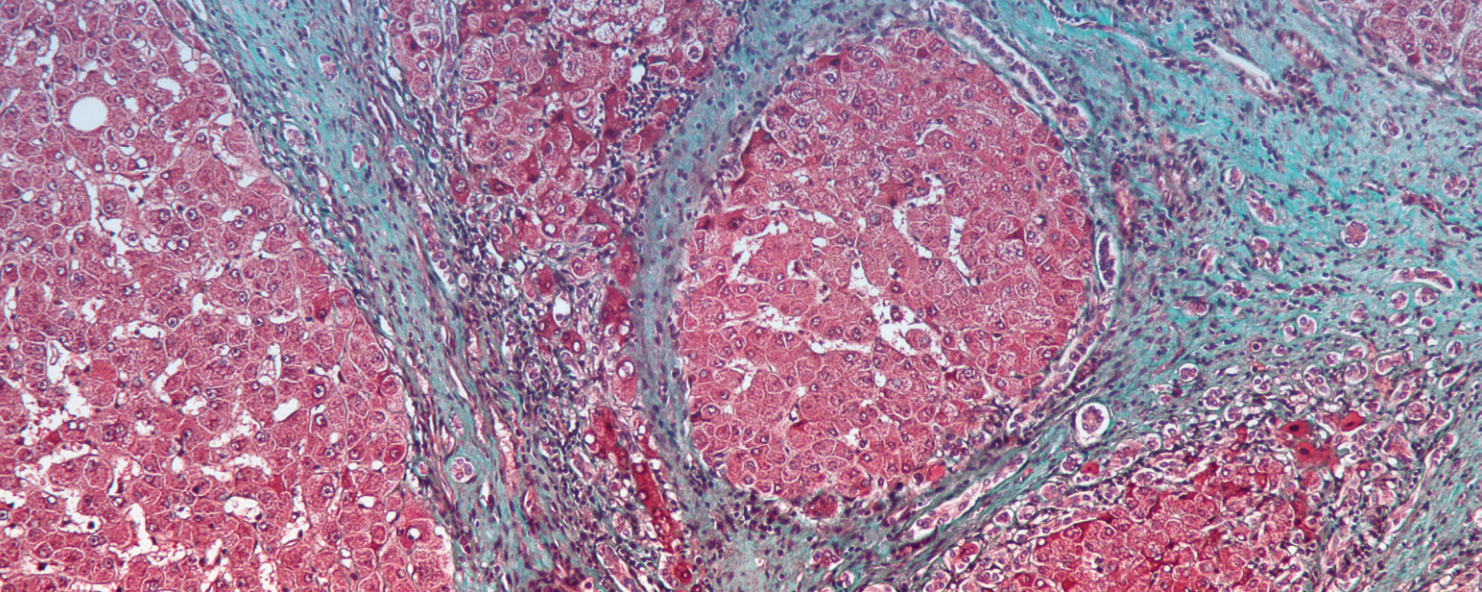


Het is een bijzonder efficiënte behandeling die vierwekelijks subcutaan of intraveneus wordt toegediend. Het voornaamste (beheersbare) risico behelst de kans op het ontwikkelen van PML, een ernstige opportunistische cerebrale infectie. Verder zijn verschillende antilichamen op de markt tegen het **CD20-epitoop**, voorkomend op B-lymfocyten. Behandeling met deze medicijnen leidt tot depletie van de B-lymfocyt, die een cruciale rol in de pathogenese van multiple sclerose speelt. De behandeling heeft een effect op de adaptieve immuniteit met logischerwijze een iets verhoogd infectierisico en een gedaalde humorale immuniteit (onder andere mindere vaccinatierespons) als gevolg.

De momenteel beschikbare producten (rituximab, ocrelizumab, ofatumumab) verschillen voornamelijk in hun toedieningswijze en -frequentie (van bijvoorbeeld subcutaan maandelijks tot zesmaandelijks intraveneus). Ocrelizumab is daarnaast als enige ziektemodulerende medicijn ook goedgekeurd voor gebruik bij de primair progressieve vorm van multiple sclerose. Tenslotte vermelden we ook nog **alemtuzumab**, een antilichaam tegen het CD52 epitoop op T-en B-cellen. Het leidt tot de depletie en trage repopulatie van deze cellen en wordt gebruikt voor meer refractaire casussen, mede wegens het risico op secundaire auto-immune aandoeningen.

Overige indicaties

Rituximab (antiCD20) wordt nog gebruikt bij andere immuungemedieerde neurologische aandoeningen zoals inflammatoire myopathieën, auto-immune encefalitiden, myasthenia gravis, inflammatoire neuropathieën, NMOSD, etc. Verder vermelden we nog eculizumab (antiC5) bij NMO en myasthenia gravis.



Gastro-enterologie

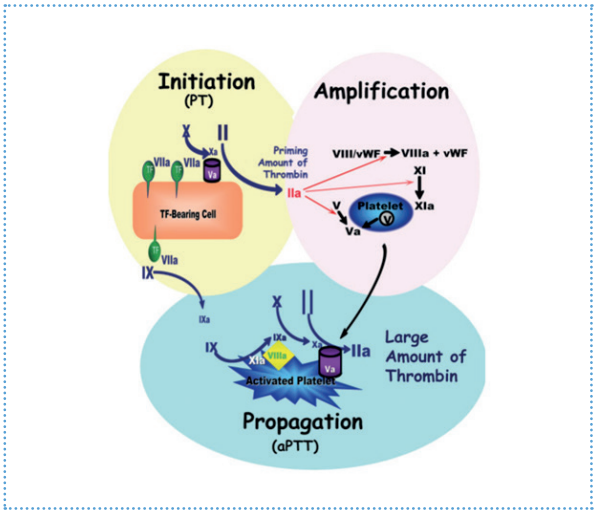
Coagulatie en levercirrose

Auteur: dr. Sofie Decock, staflid
Gastro-enterologie

De laatste decennia heeft zich een heuse paradigmashift gemanifesteerd waarbij het concept van een cirrosepatiënt als een auto-geanticoaguleerde patiënt is verschoven naar het concept van de cirrosepatiënt met een rebalanced hemostasis.

Hemostase bij patiënten met levercirrose (Tabel 1)[1]

Tijdens de **primaire hemostase** wordt een bloedplaatjesklonter gevormd door interactie van bloedplaatjes met collageen en andere extracellulaire matrixcomponenten. Bij cirrosepatiënten wordt vaak een thrombocytopenie vastgesteld. Deze thrombocytopenie is enerzijds het gevolg van portale hypertensie, splenomegalie, sekwestratie en afbraak van bloedplaatjes in de milt en anderzijds van een verminderde synthese van thrombopoietine in de lever waardoor er minder omvorming is van megakaryocyten naar mature bloedplaatjes. Deze veranderingen worden bij patiënten met levercirrose terug in evenwicht gebracht door een sterk gestegen concentratie van Von Willebrand factor. Dit is een adhesieproteïne, gesynthetiseerd door endotheelcellen, die zorgt dat bloedplaatjes zeer goed aan elkaar kleven. Behalve een verhoogde synthese van Von Willebrand factor treedt een verminderde afbraak van Von Willebrand factor op door verminderde synthese in de lever van zijn afbraakproteïne ADAMTS-13.



Figuur 1: Phases in a cell-based model of coagulation

Het eindresultaat van de **secundaire hemostase** is de vorming van fibrine (Figuur 1). Fibrine is noodzakelijk om een stabiele en duurzame bloedplaatjesklonter te vormen. Op het vlak van de secundaire hemostase weerhouden we bij cirrosepatiënten een verminderde leversynthese van alle stollingsfactoren behalve factor VIII. Vitamine K-deficiëntie speelt vermoedelijk enkel een belangrijke rol bij cirrosepatiënten met uitgesproken cholestase, ernstige malnutritie of malabsorptie. Dit negatief effect op de secundaire hemostase wordt teniet gedaan door een

sterk gestegen concentratie van de krachtigste stollingsfactor, namelijk stollingsfactor VIII. Daarnaast is er een verminderde synthese in de lever van de natuurlijke anticoagulantia proteïne C, proteïne S en Antitrombine. Bovendien weten we dat fibrine bij patiënten met cirrose een moleculaire structuur heeft die protrombotisch is.

De **derde fase van de hemostase** is de fibrinolyse waarbij fibrine afgebroken wordt tot fibrine degradatieproducten. Op het vlak van de **fibrinolyse** worden bij cirrosepatiënten veranderingen die fibrinolyse bevorderen terug in evenwicht gebracht door veranderingen die de afbraak van fibrine inhiberen.

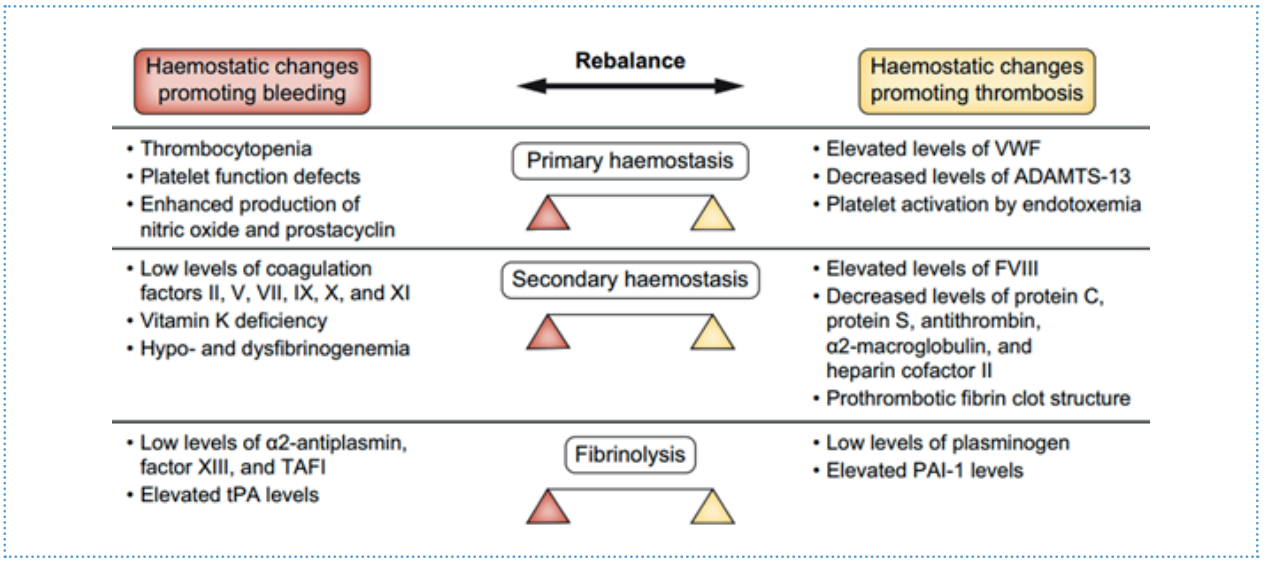
Het eindresultaat is dat bij levercirrosepatiënten - op ieder niveau van de hemostase - veranderingen die bloeding bevorderen terug in evenwicht worden gebracht door veranderingen die trombose bevorderen. Dat leidt bij patiënten met levercirrose tot een **rebalanced hemostasis.**

Rebalanced hemostasis

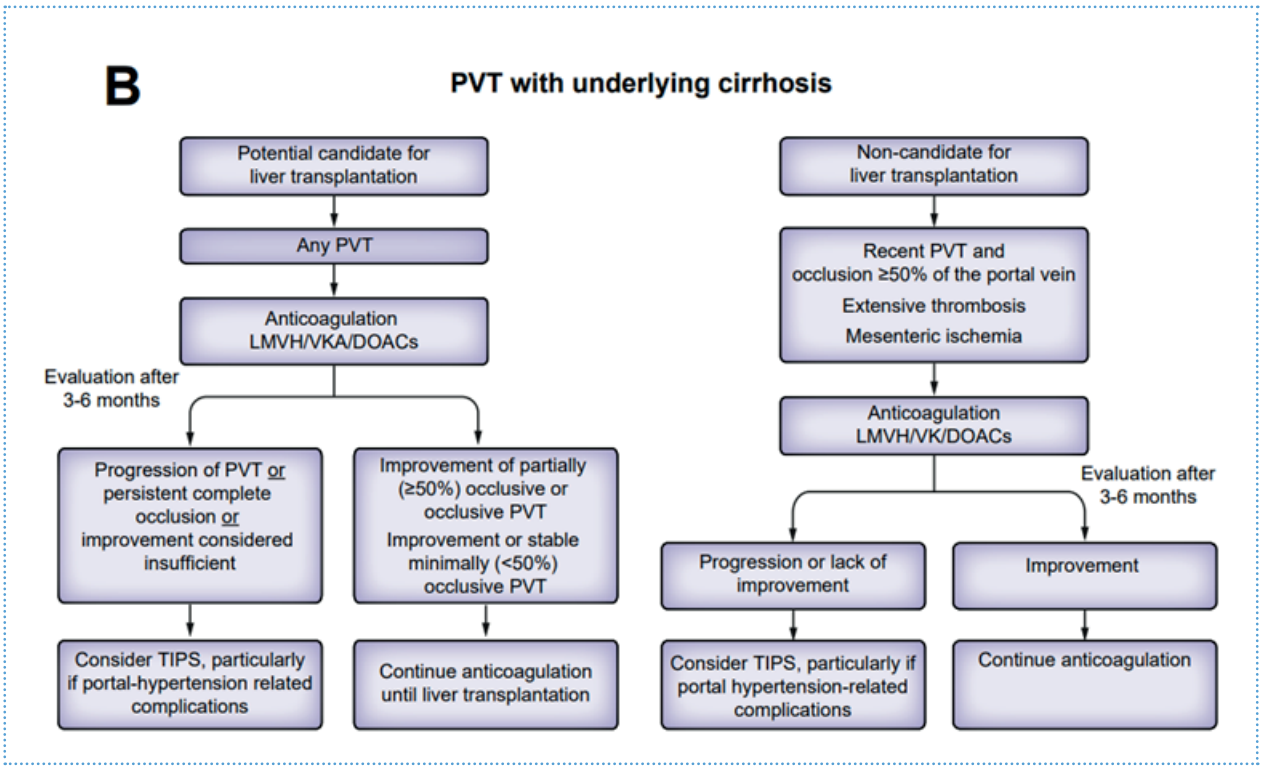
Als we een klassieke bloedname van een cirrosepatiënt bekijken, zien we vaak een trombopenie, een INR-stijging en een fibrinogeendaling. Dit zijn allemaal elementen die de linkerzijde van de **hemostasebalans** onder de aandacht brengen. De rechterzijde van de balans blijft - bij een klassiek bloedonderzoek - volledig onderbelicht. Het bloedplaatjesaantal, de INR en fibrinogeen geven dus geen correct beeld van de hemostasestatus van een cirrosepatiënt. Minder klassieke evaluatiemethoden van de hemostasestatus zijn de thrombomoduline gemodifieerde thrombine generatietesten en de visco-elasticiteitstesten (ROTEM/TEG). Beide testen houden echter geen rekening met de fors gestegen concentratie van Von Willebrand factor bij cirrosepatiënten. De visco-elasticiteitstesten houden bovendien geen rekening met de proteïne C cascade. Bijgevolg geven beide testen bij cirrosepatiënten een overschatting van het bloedingsrisico.

De rebalanced hemostasis bij patiënten met cirrose is in een fragieler evenwicht dan de hemostasebalans bij patiënten met een normale lever. Hierdoor kunnen kleine veranderingen de hemostasebalans uit evenwicht brengen, resulterend in hetzij trombose, hetzij bloeding. ➤

Bloedplaatjesaantal, INR en fibrinogeen geven geen correct idee over de hemostasestatus van een cirrosepatiënt.



Tabel 1: Concomitante veranderingen in pro- en anti-hemostatische pathways resulteren in een rebalanced hemostasis bij patiënten met levercirrose



Figuur 2. Algoritme voor aanpak van vena porta trombose bij patiënten met cirrose

Cirrose en trombose

Patiënten met cirrose hebben een verhoogd risico op diepe veneuze trombose, longembolen en op ontwikkeling van een vena porta trombose. Recent is een nieuwe richtlijn gepubliceerd over de aanpak van een vena porta trombose bij patiënten met levercirrose (Figuur 2)[2].

De prevalentie van een vena porta trombose neemt toe met de ernst van de cirrose. 26 % van de cirrosepatiënten op de levertransplantlijst ontwikkelt een vena porta trombose. De **diagnose** van een vena porta trombose wordt meestal gesteld tijdens zesmaandelijkse echografische screening voor hepatocellulair carcinoma. De diagnose moet echter steeds bevestigd worden door middel van een CT of een NMR. Dit laat toe om de graad van de occlusie correct te beoordelen evenals de uitgebreidheid van de trombose (uitbreiding in de vena mesenterica superior, vena lienalis, vena mesenterica inferior). De beslissing of we cirrosepatiënten met een vena porta trombose **behandelen met anticoagulantia**, hangt af van de vraag of deze patiënt een potentiële kandidaat voor levertransplantatie is of niet.

Als een behandeling met anticoagulatie wordt opgestart, dient een controle CT of NMR te worden uitgevoerd drie maand en zes maand na de start van de therapie. Treedt er geen of onvoldoende afname op van de vena porta trombose onder anticoagulatie, dan dient, zeker bij een kandidaat voor levertransplantatie, een transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt (TIPSS) uitgevoerd te worden. De tweedelijnsbehandeling van vena porta trombose met TIPSS bij patiënten met levercirrose is een derde en nieuwe indicatie voor TIPSS plaatsing naast de twee reeds bestaande indicaties (refractaire ascites en varicesbloeding).

Uit de richtlijn blijkt dat bij potentiële levertransplantkandidaten alles op alles wordt gezet om de vena porta terug patent te krijgen. Een levertransplantatie bij een patiënt met een volledige occlusie van de vena porta is namelijk veel complexer (nood aan peroperatieve thrombectomie, het aanleggen van jumpgrafts of niet-fysiologische anastomosen (portocavaal of portorenaal). Bovendien leidt dit tot een forse toename van graft failure en verhoogt het de postoperatieve morbiditeit.

Welk type anticoagulantia starten we bij patiënten met cirrose verwikkeld met een vena porta trombose?

Low molecular weight heparines (LMWH) en vitamine K-antagonisten (VKA) zijn door hun lange geschiedenis het best bestudeerd. LMWH hebben als nadeel dat ze enkel subcutaan kunnen worden toegediend. VKA hebben als belangrijkste nadeel dat er een regelmatige biochemische monitoring van de INR vereist is. De vraag is bovendien of de target INR van 2 à 3 correct is bij cirrosepatiënten met een daaraan geassocieerde INR-stijging.

Directe orale anticoagulantia (DOAC) hebben als voordeel dat ze per os kunnen worden toegediend en dat er geen biochemische monitoring vereist is. Ze zijn relatief nieuw waardoor er minder data beschikbaar zijn. Vorig jaar werd echter een meta-analyse van 11 studies gepubliceerd waaruit bleek dat DOAC's efficiënter zijn dan VKA's in het bereiken van een vena porta rekanalisatie.[3] Het risico op majeure bloeding, op varicesbloeding en op overlijden was hetzelfde bij VKA's en bij DOAC's.

Als we DOAC's opstarten bij patiënten met een onderliggende levercirrose, moeten we rekening houden met de leverfunctie. DOAC's zijn veilig bij patiënten met Child-Pugh score A. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met Child-Pugh B en DOAC's zijn gecontra-indiceerd bij patiënten met een Child-Pugh C cirrose buiten studieprotocol. Daarnaast moet rekening gehouden worden met de nierfunctie. Het gebruik van dabigatran is tegenaangewezen bij een klaring < 30 ml/min. Bij deze klaring dient een dosisreductie van de andere DOAC's te worden uitgevoerd. Een klaring < 15 ml/min is een contra-indicatie voor het gebruik van DOAC's.

Cirrose en bloeding

Zoals vermeld is de rebalanced hemostasis bij cirrosepatiënten een **fragieler evenwicht** dan de hemostasebalans bij patiënten met een normale lever. De balans kan overslaan in de richting van bloeding. Ik zal niet ingaan op de aanpak van varicesbloedingen omdat dit een drukgerelateerd fenomeen is waarbij de focus van de behandeling ligt op de combinatie van drukverlagende therapie (medicamenteus/TIPSS) en endoscopische behandeling.

Over de **preventie en behandeling van niet-variceale bloedingen** bij cirrosepatiënten werd in 2022 door de Europese Associatie voor de Studie van de Lever (EASL) een richtlijn gepubliceerd.[4]

Wat zit er in ons armamentarium om een bloeding te voorkomen of te behandelen?

We kunnen op de **primaire hemostase** inwerken door bloedplaatjes toe te dienen of thrombopoietine receptor agonisten (TPO) op te starten.

Op de **secundaire hemostase** werken we in door fresh frozen plasma (FFP) toe te dienen. FFP bevat alle plasma pro- en anticoagulerende eiwitten in een fysiologische hoeveelheid. Het nadeel van zowel bloedplaatjestransfusie als FFP is dat er vaak grote volumes moeten worden toegediend. Dit leidt tot een toename van het bloedvolume van de patiënt, tot een toename van de portale druk en kan bij cirrosepatiënten zelfs een varicesbloeding triggeren. Bloedplaatjestransfusie en FFP kunnen ook aanleiding geven tot transfusie gerelateerde acute longschade (TRALI), allo-immunisatie en transfusiereacties. We kunnen ook op de secundaire hemostase inwerken ➤

Procedure	Bleeding rate (%)
Low bleeding risk (<1.5%)	
Paracentesis	
1,100 procedures[47]	None
4,729 procedures[76]	0.2
Thoracentesis	
215 procedures[49]	None
Trans-oesophageal echocardiography	
24 procedures[77]	None
Percutaneous liver biopsy	
68,276 procedures[78];	
3,357 procedure[80]	0.06–0.69
Transjugular liver biopsy	
7,493 procedures[51]	0.07
HVPG measurement	
238 procedures[79]	None
Percutaneous ablation of liver cancer	
1,843 procedures[53]	0.5
High bleeding risk (≥1.5%)	
ERCP	
2,620 endoscopic biliary sphincterotomy[74]	3.5
581 endoscopic papillary balloon dilation	1.9
Endoscopic polypectomy	
814 procedures[54]	7.9 immediate, 1.2 delayed
Endoscopic oesophageal varices ligation	
886 procedures[56]	2.8
Dental extraction	
333 extractions[75]	6.3 intraoperative, 6.3 postoperative

ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography; HVPG, hepatic venous pressure gradient.

Tabel 2: Proceduregerelateerd bloedingsrisico bij cirrosepatiënten

door protrombineconcentraat complex (PCC) toe te dienen. PCC bevat de vitamine K-afhankelijke stollingsfactoren (factor II, VII, IX en X). De stollingsfactoren in PCC zijn 25 keer hoger geconcentreerd dan in FFP. Daarnaast kunnen we fibrinogeen concentraat toedienen. Het voordeel van PCC en fibrinogeen concentraat is dat het kleine volumes betreft die nooit aanleiding zullen geven tot toename van de portale druk en tot uitlokken van een varicesbloeding bij cirrosepatiënten.

We kunnen ook inwerken op de **fibrinolyse** door tranexaminezuur (Exacyl®) toe te dienen. Exacyl inhibeert plasminogeen en zal op die manier de afbraak van fibrine verhinderen. De vorig jaar gepubliceerde EASL-richtlijn over preventie en behandeling van niet-variceale bloeding bij patiënten met levercirrose kan alleen begrepen worden vanuit het idee dat trombopenie, INR-stijging, fibrinogeendaling een onderdeel uitmaken van de rebalanced hemostasis bij cirrosepatiënten. Het ten onrechte toedienen van bloedplaatjes of stollingsfactoren aan patiënten die zich eigenlijk in een hernieuwd hemostatisch evenwicht bevinden, kan cirrosepatiënten ad risk plaatsen voor thrombo-embolische complicaties.

Wat zegt de richtlijn over preventie van niet-variceale bloeding bij patiënten met levercirrose die een invasieve procedure moeten ondergaan?

Bij laagrisicoprocedures (Tabel 2) is er geen indicatie om ook maar één van de elementen uit ons armamentarium toe te dienen. Als het (1) een hoogrisicoprocedure betreft of (2) een procedure waarbij zelfs een kleine bloeding een majeure klinische impact kan hebben, zoals intracraniële procedures, spinale procedures, intra-oculaire procedures en er is (3) in geval van een bloeding geen lokale hemostase mogelijk, dan **kan** bloedplaatjescorrectie overwogen worden indien het bloedplaatjesaantal tussen 20 en 50 x 10^9/L bedraagt. Bloedplaatjescorrectie **moet** overwogen worden als het bloedplaatjesaantal minder dan 20 x 10^9/L bedraagt. Ook bij deze hoog-risicoprocedures is er geen indicatie voor toediening van FFP of PCC of fibrinogeen concentraat of tranexaminezuur. Belangrijk te vermelden is dat slechts 1 à 3 % van alle cirrosepatiënten een bloedplaatjesaantal heeft < 30 x 10^9/L. Bij een dergelijk laag bloedplaatjesaantal dienen altijd andere oorzaken van trombopenie, zoals verminderde aanmaak of een auto-immune afbraak, uitgesloten te worden.

Wat zegt de Europese richtlijn over behandeling van niet-variceale bloeding bij patiënten met levercirrose?

In geval van bloeding beogen we eerst hemostase door lokale maatregelen of door interventionele radiologie. Als dit faalt, moet een correctie uitgevoerd worden van de extrahepatische variabelen die bloeding triggeren of onderhouden. De twee meest voorkomende extrahepatische variabelen zijn nierfunctiebeperking en infectie. De correctie van de hemostase op zich moet bij deze patiënten op een case-by-case basis beslist worden. De correctie dient eerder restrictief dan liberaal te worden uitgevoerd.

Referenties

1 *Lisman T, Caldwell SH , Intagliata NM. Haemostatic alterations and management of haemostasis in patients with cirrhosis. J Hep 2022;76:1291–1305. Elkrief L, Payancé, A, Plessier A, d'Alteroche A, Ronot M , Paradis V, Valla D, Rautou PE.*

2 *Management of splanchnic vein thrombosis. JHEP Rep 2023;5(4):1-16. Koh JH, Liew ZH, Ng GK, Liu HT, Tam YC, De Gottardi A, Wong YJ.*

3 *Efficacy and safety of direct oral anticoagulants versus vitamin K antagonist for portal vein thrombosis in cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. Dig Liver Dis. 2022; 54 (1): 56–62.*

4 *European Association for the Study of the Liver: Clinical Practice Guidelines on prevention and management of bleeding and thrombosis in patients with cirrhosis. J Hep 2022;76(5):1151–1184.*

Take home messages

- De laatste decennia heeft zich een paradigmashift voorgedaan van het idee van de cirrosepatiënt als auto-geanticoaguleerde patiënt naar de cirrosepatiënt met een rebalanced hemostasis.
- Bloedplaatjes, INR en fibrinogeen geven geen correct beeld van de hemostasestatus van een cirrosepatiënt.
- DOAC's zijn superieur aan VKA's in de behandeling van vena porta trombose bij cirrosepatiënten. DOAC's zijn bij deze patiënten veilig als er met de leverfunctie en nierfunctie rekening gehouden wordt. Indien er onvoldoende effect is van anticoagulatie, is TIPSS aangewezen, zeker bij levertransplantkandidaten.
- Er is geen plaats voor FFP, PCC, fibrinogeen concentraat of tranexaminezuur in de preventie van niet-variceale bloeding bij cirrosepatiënten.
- De focus van behandeling van niet-variceale bloeding moet op lokale maatregelen en interventionele radiologie liggen. Als dit faalt, dient een correctie van extrahepatische co-factoren zoals nierfunctiebeperking en infectie uitgevoerd te worden, evenals een correctie van hemostase, dit op een case-by-case basis, doch eerder restrictief dan liberaal.

Locomotorische SP-revalidatieafdeling: van planning naar multidisciplinaire aanpak

Auteurs: dr. Evelien Gryspeerdt, staflid Fysische Geneeskunde, Reumatologie en Revalidatie en dr. Dominique Slock, diensthoofd Fysische Geneeskunde, Reumatologie en Revalidatie

Begin juni 2023 verhuisde de hospitalisatie-afdeling (locomotorische SP) van de dienst Fysische Geneeskunde, Reumatologie en Revalidatie naar de verpleegeenheid VE Heelkunde - Revalidatie - Geriatrie. Hierdoor kon de multidisciplinaire aanpak van deze patiënten geoptimaliseerd worden.

Patiënten die behoefte hebben aan multidisciplinaire revalidatie krijgen een plaats op de locomotorische SP-afdeling. Dit zijn patiënten die een orthopedische of neurochirurgische ingreep hebben ondergaan zoals de plaatsing van een heup-, knie-, schouder- of elleboogprothese, de behandeling van een fractuur of peessutuur, een lumbale fusie of microdisectomie, enzovoort. Ook patiënten die een amputatie van een lidmaat hebben ondergaan, krijgen hier een plaats.

Verder is er een indicatie voor patiënten die een algemene verzwakking ontwikkelden na een chirurgische ingreep of na een langdurige opname op een internistische eenheid. Tenslotte komen patiënten na een verblijf op de verpleegeenheid Intensieve Zorg in aanmerking, zeker wanneer zij hierdoor parese, polyneuropathie of algemene verzwakking ontwikkelden (Intensive Care Unit Acquired Weakness- ICUAW). Hierbij wordt wel bekeken of de mentale situatie en motivatie het toelaat om de revalidatie uit te voeren.

Opname op de revalidatieafdeling

Bij specifieke orthopedische ingrepen start de planning voor de overname op de revalidatieafdeling al voor de geplande opname van de patiënt. Hierbij worden patiënten bij EVA (Eenheidsondersteuning Verpleegkundige Anamnese) bevraagd naar hun eventuele revalidatienood na een ingreep. Hierbij houden we rekening met de leeftijd, de familiale situatie van de patiënt (alleenstaande, zorg voor een hulpbehoevende partner ...) en de woonomgeving van de patiënt (bijvoorbeeld trappen kunnen nemen als voorwaarde voor het ontslag). Indien een patiënt aangeeft gebruik te willen maken van verdere revalidatie op de revalidatieafdeling, stuurt EVA een consultverzoek voor overname naar de artsen van de revalidatiedienst. De patiënt wordt de dag na de ingreep door een arts bezocht en de mogelijkheid van revalidatie wordt besproken.

Optimale revalidatie

Met locomotorische revalidatie streven we naar het premorbide niveau van functioneren. Al van voor de opname op onze dienst worden diverse factoren in rekening gebracht en worden de doelstellingen bepaald. We focussen op mobilisatie en krachttraining, transfertraining, marchrevalidatie, training in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en valpreventie. We evalueren de noodzaak om thuishulpmiddelen of extra ondersteuning in te schakelen. Tevens wordt er rekening gehouden met de revalideerbaarheid en de sociale status van de patiënt. ➤

Met locomotorische revalidatie streven we naar het premorbide niveau van functioneren. Al van voor de opname op onze dienst worden diverse factoren in rekening gebracht en worden de doelstellingen bepaald.

Achteraan: dr. Bea Maeyaert – dr. Zuzana Planková - dr. Matthias Cottenie - dr. Mileen De Vleeschhouwer - dr. Evelyne Linden. Vooraan: dr. Thomas Carpentier - dr. Mieke Devinck – dr. Dominique Slock – dr. Evelien Gryspeerdt

De vooruitgang en het functioneren van de patiënten wordt dagelijks bijgehouden en bijgestuurd.

Eens op onze verpleegeenheid krijgen patiënten dagelijks multidisciplinaire revalidatie. De kinesist en ergotherapeut werken nauw samen met de revalidatiearts om een op maat gemaakt behandelplan te bieden. De kinesist richt zich voornamelijk op gerichte oefeningen en mobilisatie, waarbij de nadruk ligt op het verbeteren van kracht, flexibiliteit en coördinatie. De ergotherapeut begeleidt de patiënten bij activiteiten van het dagelijks leven, met als doel het herwinnen van zelfstandigheid en het bevorderen van functionele vaardigheden. Daarnaast krijgen de patiënten de nodige ondersteuning van het verplegend personeel. Zij leggen hierbij sterk de nadruk op het aanmoedigen en assisteren van de patiënten om zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Bij een naderend ontslag schakelen we ook steeds de sociale dienst in om de behoeften voor thuiszorg te evalueren en te organiseren.

Adequate opvolging

De vooruitgang en het functioneren van de patiënten wordt dagelijks bijgehouden en bijgestuurd. Bij wond- of locomotorische problemen na een orthopedische ingreep wordt de orthopedist in consult gevraagd en wordt de nodige follow-up voorzien. Ook wordt de osteoporosestatus bij patiënten nagegaan en gebeurt er bij internistische problematiek een adequate opvolging. Wekelijks worden de patiënten besproken in een multidisciplinair overleg waarbij zowel de behandelende revalidatiearts, de arts van wacht, kinesist, ergotherapeut, verpleging en sociale dienst aanwezig zijn. Samen bespreken zij de doelstellingen en evolutie van de patiënt, sturen het behandelplan bij en bespreken de ontslagmogelijkheden en de noden thuis. Elke week kunnen familieleden een afspraak maken met de revalidatiearts om de actuele stand van zaken en prognose van de patiënt te bespreken.

Dankzij de verhuis naar de nieuwe verpleegeenheid bevindt de therapiezaal zich op hetzelfde niveau als de SP-hospitalisatieafdeling, wat betekent dat patiënten niet langer tijd verliezen met transport naar een andere verpleegeenheid. Deze herstructurering draagt bij tot een aanzienlijke verbetering van de revalidatie-efficiëntie Patiënten ervaren nu het voordeel van directe toegang tot de therapiezaal, waardoor de overgang tussen de SP-afdeling en de revalidatiesessies vlot verloopt. Bovendien wordt de betrokkenheid en samenwerking met de verpleging hierdoor bevorderd, wat het multidisciplinaire karakter van de revalidatie ten goede komt. Tenslotte is er nu een ruim aanbod aan individuele kamers, waardoor wij aan de wens van elke patiënt kunnen tegemoetkomen.

Meer informatie

Dienst Fysische Geneeskunde, Reumatologie en Revalidatie
T 050 36 50 30
www.stlucas.be/revalidatiecentrum

Nieuwe artsen AZ Sint-Lucas Brugge

We verwelkomen onderstaande artsen in ons ziekenhuis.

Dr. Evelien Gryspeerdt, dienst Fysische Geneeskunde, Reumatologie en Revalidatie | gestart op 10/11/2023

Dr. Gryspeerdt is afgestudeerd als basisarts aan de Katholieke Universiteit Leuven in 2018, waar zij vervolgens haar specialisatie in Fysische Geneeskunde en Revalidatie heeft voltooid. Tijdens haar specialistische opleiding deed ze extra klinische ervaring op in het AZ Delta te Roeselare, het AZ Groeninge te Kortrijk en ten slotte hier in het AZ Sint-Lucas Brugge.

Dr. Gryspeerdt heeft aanvullende diploma's behaald in sport- en manuele geneeskunde en heeft met succes het Europees examen voor fysische geneeskunde afgelegd. Bijkomend streeft ze naar de erkenning in de functionele, sociale en professionele revalidatie. Als deel van de medische staf verzorgt ze algemene consultaties en legt ze zich toe op complexe EMG-diagnostiek, manuele geneeskunde en echogeleide infiltraties.

Tot slot zal ze als revalidatiearts bijdragen aan de verdere uitbouw en ondersteuning van de revalidatie, zowel ambulant als op het vlak van hospitalisatie.

Dr. Olivier Deryck, dienst Neurologie | gestart op 01/03/2024

Dr. Deryck genoot zijn opleiding aan de KU Leuven en behaalde zijn erkenning als neuroloog in 2006. Hij was tot op heden neuroloog en stagemeester Neurologie in AZ Sint-Jan Brugge.

Dr. Deryck wenst zich verder toe te leggen op de neurodegeneratieve aandoeningen, alle vormen van hoofdpijn en algemene neurologische raadpleging. Vanuit zijn expertise zal hij de multidisciplinaire geheugenkliniek van AZ Sint-Lucas verder helpen uitbouwen als expertisecentrum voor diagnose en behandeling van cognitieve stoornissen.

Hij is voorzitter van de Belgian Dementia Council (BeDeCo), onderzoeker in meerdere klinische studies en mede-auteur van verschillende peer-reviewed wetenschappelijke publicaties.

Wetenschappelijke publicaties stafleden 2023

Prof. dr. Joris Arts

- Treatment with the histamine 1 receptor antagonist ebastine for non-constipated irritable bowel syndrome: A double-blind randomized placebo-controlled trial. Decraecker, L.; De Looze, D.; Hirsch, D.; De Schepper, H.; Arts, J.; Caenepeel, P.; Bredenoord, A. J.; Vanuytsel, T.; Belmans, A.; Boeckxstaens, G. Neurogastroenterology and Motility. 2023 Sep.

Dr. Joris Beckers

- Arthroscopic posterior capsulolabral repair grants adequate outcomes in shoulders with posterior instability without glenoid cartilage lesions. Joris Beckers, Yaniv Bismuth, Alexandre Sabate Ferris, Arnaud Godenèche. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery. 2024 Jan;144(1):1-6. doi: 10.1007/s00402-023-04957-0. Epub 2023 Aug
- Outcomes of Secondary Arthroscopic Distal Clavicle Resection for Shoulders With Symptomatic Acromioclavicular Joint Arthropathy After Isolated Rotator Cuff Repair With Complete Tendon Healing. Yaniv Bismuth, Joris Beckers, Floris van Rooij, Mo Saffarini, Arnaud Godenèche. Orthopaedic Journal of Sports Medicine. 2023 Apr 7;11(4):23259671231163143. doi: 10.1177/23259671231163143. eCollection 2023 Apr.

Dr. Ignace Dalle

- Belgian Recommendations tor Analytical Verification and Validation of Immunohistochemical Tests in Laboratories of Anatomic Pathology. Hannelien Verbeke, Donald Van Hecke, Caroline Bauraing, Anne Marie Dierick, Orphal Colleye, Ignace Dalle, Kathleen Dewachter, Yves Guiot, Raphael Lequeu, Nancy Vanderheyden, Karen Zwaenepoel and Romaric Croes. Applied Immunohistochemistry & Molecular Morphology 32(1):p 1-16, January 2024. | DOI: 10.1097/PAI.0000000000001165..

Dr. Daan De Maeseneer

- Checkpoint Inhibitors in Combination With Stereotactic Body Radiotherapy in Patients With Advanced Solid Tumors: The CHEERS Phase 2 Randomized Clinical Trial. Spaas M, Sundahl N, Kruse V, Rottey S, De Maeseneer D, Duprez F, Lievens Y, Surmont V, Brochez L, Reynders D, Danckaert W, Goetghebeur E, Van den Begin R, Van Gestel D, Renard V, Dirix P, Ost P. JAMA Oncol. 2023 Sep 1;9(9):1205-1213. doi: 10.1001/jamaoncol.2023.2132. PMID: 37410476 Clinical Trial.
- Radiotherapy Use in Muscle-Invasive Bladder Cancer: Review of the Guidelines and Impact of Increased Awareness in Patient Referral at a Tertiary Center in Belgium. Verghote F, Van Praet C, De Maeseneer D, Berquin C, Vanneste B, De Visschere P, Verbeke SLJ, Fonteyne V. Cancer Manag Res. 2023 Jun 14;15:511-521. doi: 10.2147/CMAR.S407031. eCollection 2023. PMID: 37337479 Free PMC article.
- The Changing Landscape of Systemic Therapy in the Treatment of Synchronous Metastatic Hormone-sensitive Prostate Cancer. Lambert E, Lumen N, Fonteyne V, De Maeseneer D, Verbeke S, Villeirs G, De Man K, Van Praet C. Clin Genitourin Cancer. 2023 Jun;21(3):415.e1-415.e8. doi: 10.1016/j.clgc.2022.11.001. Epub 2022 Nov 13. PMID: 36529628.
- Highlights in Genitourinary Cancers Esmo Congress. BJMO - volume 17, issue 8, december 2023. T. Vermassen PhD, A. Decruyenaere MD, D. De Maeseneer MD, S. Rottey MD, PhD.
- Highlights In Genitourinary Cancers Asco Congress. BJMO - volume 17, issue 5, september 2023. T. Vermassen PhD, A. Decruyenaere MD, D. De Maeseneer MD, S. Rottey MD, PhD.

Dr. Sofie Decock

- Questionnaire PLD-complaint-specific assessment identifies need for therapy in polycystic liver disease: A multi-centric prospective study. Billiet A, Temmerman F, Coudyzer W, Van den Ende N, Colle I, Francque S, De Maeght S, Janssens F, Orlent H, Sprengers D, Delwaide J, Decock S, De Vloo C, Moreno C, van Malenstein H, van der Merwe S, Verbeek J, Nevens F. United European Gastroenterol J. 2023 Sep;11(7):633-641. doi: 10.1002/ueg2.12387. Epub 2023 Jun 5.

Dr. Piet Dekimpe, dr. Kristof Ramboer & dr. Andries Van Holsbeeck.

- Safety and efficacy of software-assisted MRI-TRUS fusion-guided transperineal prostate biopsy in an outpatient setting using local anaesthesia. De Vulder N, Slots C, Geldof K, Ramboer K, Dekimpe P, Uvin P, Walgraeve MS, Van Holsbeeck A, Gieraerts K. Abdom Radiol 2023;48(2):694-703

Dr. Mieke Devinck

- Efectiveness and feasibility of a mobile health self-management intervention in rheumatoid arthritis: study protocol for a pragmatic multicentre randomised controlled trial (AEGORA). Michaël Doumen, Elias De Meyst, Cedric Lefevre, Sofa Pazmino, Johan Joly, Delphine Bertrand, Mieke Devinck, René Westhovens and Patrick Verschueren. Trials 24, 697 (2023). https://doi.org/10.1186/s13063-023-07733-y.

Dr. Frederick Dochy

- Immediate effects of straw phonation in air or water on the laryngeal function and configuration of female speech-language pathology students visualised with strobovideolaryngoscopy: A randomised controlled trial. Meerschman I, D'haeseleer E, Kissel I, De Vriese C, Tomassen P, Dochy F, Pieters K, Claeys S, Sataloff R, Van Lierde K. Int J Lang Commun Disord. 2023 May;58(3):944-958. doi: 10.1111/1460-6984.12838. Epub 2023 Feb 1.
- Ultrasound-guided core needle biopsy and incisional biopsy of the parotid gland are comparable in diagnosis of primary Sjögren's syndrome. Deroo L, Genbrugge E, Dochy F, Creytens D, Achten H, De Boeck K, Bauters W, Roels D, Deprez J, Van den Bosch F, Elewaut D, Peene I. Rheumatology (Oxford). 2023 Aug 1;62(8):2765-2772. doi: 10.1093/rheumatology/keac714. PMID: 36573316.

Dr. Karel Maelegheer

- Verberckmoes B, De Vos T, Maelegheer K, Ali-Risasi C, Sturtewagen Y, Praet M, Vanden Broeck D, Padalko E. Evaluation of the applicability of internal controls on self-collected samples for high-risk human papillomavirus is needed. BMC Womens Health. 2023 Nov 27;23(1):635. doi: 10.1186/s12905-023-02691-8. PMID: 38012591; PMCID: PMC10683318

Dr. Laurence Verhaege & dr. Andries Van Holsbeeck

- Therapeutic lymphangiography with ethiodized oil for the management of lymphoceles and chylous ascites. Verhaeghe L, Van Holsbeeck A, Bonne L, Claus E, Marrannes J, Vandenbulcke R, Jochmans I, Pirenne J, Maleux G. Diagn Interv Imaging 2023;104(10):500-505.

Dr. Zuzana Planková

- Zeldzame locaties voor jichttofi. Z. Planková, P. Jacques, F. Van Den Bosch. Reumatologie 2023, Volume 2. DOI: 10.47671/TVG.77.21.206.

Dr. Julie Rombaut

- Completion surgery after intensity-modulated arc therapy for locally advanced cervical cancer: long-term follow-up and update on surgical outcome and oncologic results of a unique tertiary care single-center retrospective cohort. Van Damme A, Rombaut J, Makar A, De Jaeghere E, Naert E, Denys H, Salihi R, Tummers P, Vandecasteele K. World J Surg Oncol. 2023 Mar 8;21(1):84. doi: 10.1186/s12957-023-02971-5. PMID: 36882797; PMCID: PMC9993655.
- Efficacy of Oral Nifedipine, Naproxen, or Placebo for Pain Relief During Diagnostic Hysteroscopy in an Office Setting: A Randomized Pilot Study. van Wessel S, Rombaut J, Vanhulle A, Emanuel MH, Hamerlynck T, Weyers S. J Minim Invasive Gynecol. 2023 Jun;30(6):473-479. doi: 10.1016/j.jmig.2023.02.010. Epub 2023 Feb 16. PMID: 36804576.

Dr. Céline Sys

- Concurrent Ocular and Cerebral Toxoplasmosis in a Liver Transplant Patient Treated with Anti-CD40 Monoclonal Antibody. Van Den Noortgate R, Kiselinova M, Sys C, Accou G, Laureys G, Van Vlierberghe H, Berrevoet F, Kreps EO.Case Rep Infect Dis. 2023 Jul 27;2023:5565575. doi: 10.1155/2023/5565575. eCollection 2023.
- Defining a therapeutic range for adalimumab serum concentrations in the management of pediatric noninfectious uveitis, a step towards personalized treatment. Dehoorne JL, Groth H, Carlé E, De Schrijver I, Sys C, Delbeke P, Kreps EO, Renson T, Bonroy C.Pediatr Rheumatol Online J. 2023 Dec 20;21(1):148. doi: 10.1186/s12969-023-00928-2.

Dr. Andries Van Holsbeeck

- Comparison of Clinical Performance Between Two Types of Symmetric-Tip Hemodialysis Catheters: A Single-Centre Randomized Trial. Braet P, Van Holsbeeck A, Buyck PJ, Laenen A, Claes K, De Vusser K, Maleux G. CVIR 2023;46(8):983-990.
- Coil Embolization of True, Common and Proper, Hepatic Artery Aneurysms: Technique, Safety and Outcome. Van Holsbeeck A, Dhont E, Marrannes J, Claus E, Bonne L, Defreyne L, Maleux G. CVIR 2023;46(4):480-487.

Dr. Caroline Van Holsbeke

- External Validation of the Ovarian-Adnexal Reporting and Data System (O-RADS) Lexicon and the International Ovarian Tumor Analysis 2-Step Strategy to Stratify Ovarian Tumors Into O-RADS Risk Groups. Timmerman S, Valentin L, Ceusters J, Testa AC, Landolfo C, Sladkevicius P, Van Holsbeke C, Domali E, Fruscio R, Epstein E, Franchi D, Kudla MJ, Chiappa V, Alcazar JL, Leone FPG, Buonomo F, Coccia ME, Guerriero S, Deo N, Jokubkiene L, Kaijser J, Scambia G, Andreotti R, Timmerman D, Bourne T, Van Calster B, Froyman W. JAMA Oncol. 2023 Feb 1;9(2):225-233.
- Benign descriptors and ADNEX in two-step strategy to estimate risk of malignancy in ovarian tumors: retrospective validation in IOTA5 multicenter cohort. Landolfo C, Bourne T, Froyman W, Van Calster B, Ceusters J, Testa AC, Wynants L, Sladkevicius P, Van Holsbeke C, Domali E, Fruscio R, Epstein E, Franchi D, Kudla MJ, Chiappa V, Alcazar JL, Leone FPG, Buonomo F, Coccia ME, Guerriero S, Deo N, Jokubkiene L, Savelli L, Fischerova D, Czekierdowski A, Kaijser J, Coosemans A, Scambia G, Vergote I, Timmerman D, Valentin L. Ultrasound Obstet Gynecol. 2023 Feb;61(2):231-242.
- Preterm birth during the COVID-19 pandemic: more, less, or just the same? Dehaene I, Van Holsbeke C, Roelens K, van Oostrum NN, Nulens K, Smets K, Van Hoestenberghe MR, Naulaers G, Devlieger R. Acta Clin Belg. 2023 Apr;78(2):140-159
- Mental Health during the Interpregnancy Period and the Association with Pre-Pregnancy Body Mass Index and Body Composition: Data from the INTER-ACT Randomized Controlled Trial. Van Uytsel H, Ameye L, Devlieger R, Jacquemyn Y, Van Holsbeke C, Schreurs A, Bogaerts A. Nutrients. 2023 Jul 14;15(14):3152.
- Fluorescence guidance during robotic resection of bladder wall endometriosis: case report and technique. Bruneel Y, Ghysel C, Van Holsbeke C, Van Trappen P.J Surg Case Rep. 2023 Oct 31;2023.
- Multiclass risk models for ovarian malignancy: an illustration of prediction uncertainty due to the choice of algorithm. Ledger A, Ceusters J, Valentin L, Testa A, Van Holsbeke C, Franchi D, Bourne T, Froyman W, Timmerman D, Van Calster B. BMC Med Res Methodol. 2023 Nov 24;23(1):276.

Dr. Tine Ysenbaert

- A survey on first aid knowledge in members of Flemish youth movements. Luca Desmet, Frederik Dierick, Jef Van den Eynde, Jaan Toelen, Frederik Cardoen, Tine Ysenbaert. Belgian Journal of Paediatrics; 2023; Vol. 25; iss. 2; pp. 81 – 85.

az sint-lucas
BRUGGE

SYMPOSIA

Chronische onderbuikspijn bij vrouwen

Fysische Geneeskunde - Gastro-enterologie – Gynaecologie – Urologie

28 maart 2024 - 20.00 u I Zaal Erasmus, AZ Sint-Lucas Brugge

Chronische onderbuikspijn is een frequente klacht bij vrouwen. Niet zelden is het een diagnostische uitdaging om de oorzaak voor de onderbuikspijn te bepalen. Tijdens dit AZ Sint-Lucas symposium willen we aan de hand van een multidisciplinair symposium een leidraad ontwikkelen die kan helpen bij de diagnose en behandeling van chronische onderbuikspijn. Vanuit gastro-intestinaal standpunt zullen we dieper ingaan op het prikkelbaar darmsyndroom. De diensten Urologie en Gynaecologie zullen respectievelijk de moeilijke problematiek rond pijnlijk blaassyndroom en endometriose toelichten. Onderliggend ruglijden en perifeer zenuwlijden kunnen ook de oorzaak zijn van onderbuikspijn. Deze problematiek zal worden besproken door de dienst Fysische Geneeskunde.

Inschrijven via gynaecologie@stlucas.be.

30 jaar Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde in het AZ Sint-Lucas Brugge

Evolutie naar een specialiteit met een compleet nieuw aangezicht

25 april 2024 - 20.00 u I Zaal Erasmus, AZ Sint-Lucas Brugge

Naar aanleiding van het 30-jarig bestaan van de dienst Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde in het AZ Sint-Lucas Brugge belichten we de evolutie van onze specialiteit. De stomatologie is in deze jaren sterk geëvolueerd naar een volwaardige en dynamische specialiteit mond-, kaak-, en aangezichtsheelkunde. Zoals overal is het belang van de digitalisatie in ons vakgebied sterk toegenomen. Het heeft gezorgd voor nog meer accuraatheid en voorspelbaarheid van de door te voeren chirurgie. Dit gebeurt bij orthognatische ingrepen (correctie van oro-maxillofaciale dysmorfose), kaakgewrichtschirurgie, reconstructies bij oncologische patiënten ...
Ingrepen worden volledig 3D gepland en vooraf gesimuleerd. Eventuele pijnpunten worden hierdoor gedetecteerd. Dit leidt tot maximale functionaliteit en comfort na de behandeling. Ook in de implantologie heeft dit voor een fundamentele vooruitgang gezorgd. Na 3D-planning wordt, via navigatie, het implantaat geplaatst op de exact gewenste locatie. Zo zijn we in staat te implanteren op zeer fragiele of moeilijk toegankelijke plaatsen. We zien hierdoor een kortere behandelduur, minder complicaties, een vlotter herstel, en bijgevolg een tevreden patiënt.

Meer info via stlucas.be/symposia.

MEER INFO
www.stlucas.be/symposia

MEDI@LUCAS DIGITAAL

Ontvang ons medisch magazine digitaal.

Abonneer u via:
stlucas.be/mediatlucas