



Handleiding geneesmiddelenallergie



2 | INHOUD

- 2 Edito
Dr. Vandeplasse
- 3 Geneesmiddelenallergie:
hoe gaan we te werk?
- 4 Urticaria (netelroos): eindelijk een
oplossing voor de chronische vorm
- 5 Allergeen Immunotherapie (AIT)
voor allergische rhinitis en astma
- 6 Jodiumhoudende contrastmiddelen
en anafylaxie: mythes en feiten
- 8 Investerings
- 9 Nieuwe artsen
- 10 Nieuws
- 11 Symposia & publicaties
Programma bijscholing

COLOFON

Hoofredacteur

Dr. Marc Vuylsteke:
marc.vuylsteke@sintandriestiel.be

Redactieraad

Dr. Jan Beyls:
jan.beyls@sintandriestiel.be

Dr. Mehrdad Biglari:
mehrdad.biglari@sintandriestiel.be

Dr. Danny Deraus:
danny.deraus@sintandriestiel.be

Dr. Gretel Descheemaeker:
gretel.descheemaeker@sintandriestiel.be

Dr. Valérie Van Damme:
valerie.van.damme@sintandriestiel.be

Dr. Sophie Vandeplasse:
sophie.vandeplasse@sintandriestiel.be

Eindredactie

Mevr. Valérie-An Desmet:
valerie-an.desmet@sintandriestiel.be

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Geert Tits
Dr. Cristina Dumitrescu
Dr. Benedicte Verhaeghe
Dr. Ibolya Toth
Dr. Daphné Van den Bussche

Vormgeving

Kliek Creatieve Communicatie

Drukkerij

Papyrus: www.papyrusweb.be

Sponsors



EDITO

Allergie

Beste lezers

We hebben een wisselend herfst-, lente- en zomer gevoel de laatste tijd, maar niettemin vliegen de pollen ijverig door de lucht. Een plezier voor de natuur, een frustratie voor vele allergische mensen.

Laten we ook empathie tonen voor alle kinderen en volwassenen die - omwille van mogelijke anafylaxie - de lekkere schaaldieren of noten aan zich moeten laten voorbijgaan op de vrolijke recepties en uitgebreide barbecues die in deze tijd van het jaar alom op de agenda's geprikt staan.

Net daarom leek het topic allergie ons zo toepasselijk in deze periode, temeer omdat de etiologie zo uitgebreid en niet altijd even duidelijk is.

Meer dan urticaria

Urticaria in alle vormen brengt menig patiënt krabbend naar de consultatie; onze pneumologen bieden meer inzicht hieromtrent in deze Infosat. Met het palet aan allergietesten proberen ze ook een mogelijk antwoord te bieden op het hoe en waarom van de verschillende allergische reacties bij onze en jullie patiënten.

In deze tijden waarin onze klinische blik en niet-pluis gevoel kan bijgestaan worden door meer uitgebreide technische onderzoeken zoals de CT-scan, komt dus ook de contrastallergie in de anamnese occasioneel naar voren.

Contrastallergie

Onze nieuwe collega en specialiste urgentiegeneeskunde dr. Toth heeft zich over de contrastallergie gebogen en biedt u een duidelijk beeld op de contrastallergie en ook een helder algoritme dat we allen in de dagdagelijkse praktijk zullen kunnen toepassen bij de preventie van een contrastallergische reactie.

Ik wens jullie veel leesgenot met deze Infosat!

Dr. Vandeplasse

Geneesmiddelenallergie: hoe gaan we te werk?



dr. Geert Tits
geert.tits@sintandriestielt.be

Dr. Geert Tits is gespecialiseerd in allergie en longziekten met een subspecialisatie in respiratoire oncologie. Hij werkt in associatie met dr. Valérie Van Damme en dr. Gerlinde Serry.

Geneesmiddelen veroorzaken regelmatig bijwerkingen. Deze bijwerkingen kunnen 'voorspelbaar' en geneesmiddelgerelateerd zijn. We noemen dit type-A-reacties. Anderzijds zijn er ook type-B-reacties, die 'onvoorspelbaar' en patiëntgebonden zijn. Deze type-B-reacties kunnen het gevolg zijn van idiosyncrasie (bijv. door een genetische stoornis met gestoorde metabolisatie van het geneesmiddel tot gevolg) of van hypersensitiviteit. Deze hypersensitiviteitsreacties kunnen immunologisch of niet-immunologisch van oorsprong zijn.

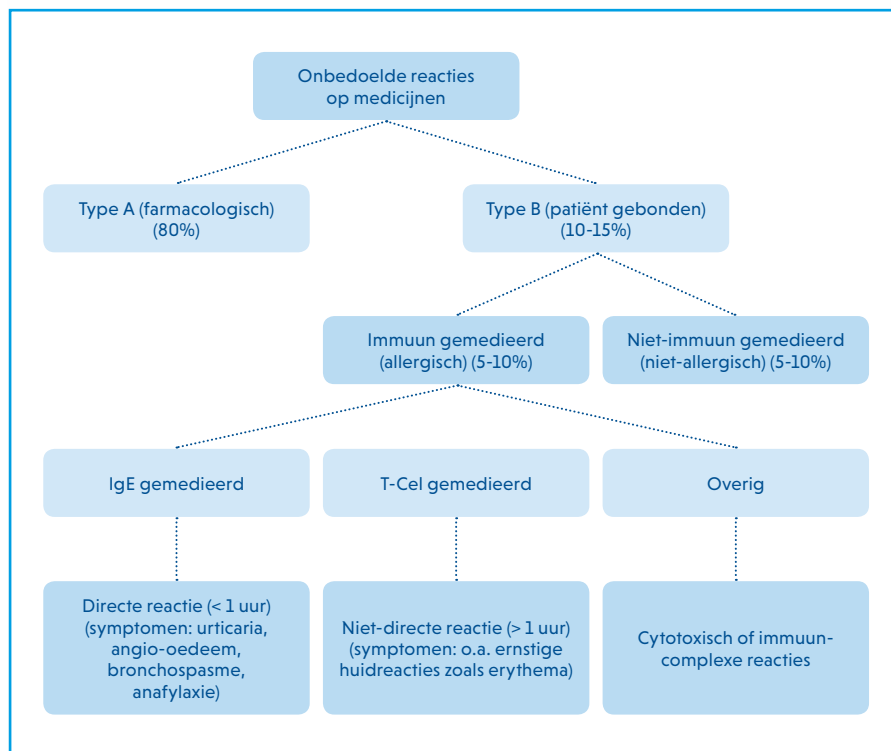
Via de anamnese krijgen we een eerste indruk van het type reactie. Naast de symptomen is het van belang rekening te houden met de chronologie en de omstandigheden (co-factoren zoals gelijktijdige infectie, inname van alcohol, ...) van het voorval. Er wordt nagevraagd of de klachten zich ook voordeden zonder medicatie-inname. Verder sporen we begeleidende algemene symptomen op zoals bloeddrukdaling, hartpalpaties, dyspnoe, bronchospasmen enz.

Een exacte medicatielijst is essentieel voor het identificeren van het oorzakelijke geneesmiddel, maar ook voor het vinden van een veilig alternatief. Dikwijls is dit een speurtocht in de verschillende medicatiedossiers van de huisarts, de thuisapotheek en het ziekenhuis.

Aan de hand van het verhaal, het klinische beeld en de informatie van de verwijzende arts beslissen we welke testen we zullen uitvoeren. Volgende testen zijn mogelijk: bloedonderzoek, priktesten, intradermale testen, epicutane testen, provocatietesten.

Bij bloedonderzoek vragen we eosinofielen, totaal IgE, tryptase en soms immunoCAP-testen (penicilline, latex, ...) aan. Met behulp van de immunoCAP-testen kunnen we de aanwezigheid van specifiek IgE tegen een bepaald allergeen (geneesmiddel) bepalen. Een negatieve immunoCAP-test sluit het oorzakelijk verband niet uit. Zo is bij penicillineallergie de immunoCAP-test voor penicilline bij minder dan 20% positief.

Priktesten gebeuren t.h.v. de voorarm, waarbij er een druppel van het zuiver onverdunde geneesmiddel op de huid wordt aangebracht en met behulp van een prikclancet doorprikst tot in de dermis. De priktesten worden na 20-30



minuten afgelezen. De reacties worden vergeleken met de reactie op fysiologisch water (negatieve controletest) en met de reactie op histamine (positieve controletest). Een onmiddellijke reactie volgens Gell en Coombs (type I) wijst op een IgE-gemedieerde allergie. Een laattijdige reactie na 48-72 uren kan wijzen op een medicamenteuze toxicodermie (type IV reactie volgens Gell en Coombs). Bij het plannen van priktesten mag de patiënt enkele dagen vooraf geen antihistaminica innemen

wegens het risico op vals-negatieve reacties. Als de priktesten negatief zijn, gaan we over op intradermale testen. Hierbij worden bepaalde verdunningen van het te testen geneesmiddel in de huid ingespoten. De verdunningen zijn afhankelijk van het soort geneesmiddel en vinden we terug in de vakliteratuur. Ook hier zal een onmiddellijke reactie overeenkomen met een IgE-gemedieerde overgevoeligheid (type I) en een laattijdige reactie met een type IV-reactie.

Zowel priktesten als intradermale testen worden uitgevoerd via polikliniek of dagkliniek en dienen vooraf afgesproken en voorbereid te worden omwille van organisatorische redenen (de volledigheid van de medicatielijst, de bereiding van verdunningen door de apotheek).

Anafylactische reacties tijdens deze testen zijn zeldzaam, doch niet onbestaand. Daarom is de aanwezigheid van monitoring, adequaat personeel en apparatuur/medicatie voor het opvangen van anafylactische reacties noodzakelijk.

Epicutane testen sporen de vertraagde overgevoeligheidsreacties op (type IV). Deze testen worden op de hoge rug uitgevoerd en

worden na 48 uur en 72 of 96 uur afgelezen. Wanneer de prik- en intradermale testen negatief zijn ondanks suggestieve anamnese, gaat men over tot provocatietesten. Hierbij wordt het zuiver medicijn toegediend, te starten aan een lage dosis en traag en volgens een schema in dosis opgedreven. Gezien hier een groter gevaar op veralgemeende of anafylactische reacties bestaat, wordt de patiënt opgenomen op de dagkliniek voor monitoring en adequate follow-up.

Tot slot proberen we bij een probleem van geneesmiddelenallergie niet alleen het oorzaaklijk medicijn te vinden, maar ook na te kijken welk alternatief medicijn er veilig kan gebruikt worden.

Enkele interessante referenties:

- **Skin test concentrations for systemically administered drugs - an ENDA/EAACI Drug Allergy Interest Group position paper.**
Brockow K, Garvey H, Aberer W et al. Allergy;2013; 68:702-712
- **Drug Provocation testing in the diagnosis of drug hypersensitivity reactions: general considerations.**
Aberer W, Bircher A, Romano A et al. Allergy 2003;58:854-863.
- **Drug hypersensitivity: flare-up reactions, cross-reactivity and multiple drug hypersensitivity.**
Pichler WJ, Daubner B, Kawabata T. J Dermatol 2011;38:216-221

Urticaria (netelroos): eindelijk een oplossing voor de chronische vorm



dr. Geert Tits
geert.tits@sintandriestielt.be

Dr. Geert Tits is gespecialiseerd in allergie en longziekten met een subspecialisatie in respiratoire oncologie. Hij werkt in associatie met dr. Valérie Van Damme en dr. Gerlinde Serry.

dr. Cristina Dumitrescu
cristina.dumitrescu@sintandriestielt.be

Dr. Cristina Dumitrescu is gespecialiseerd in huidziekten. Ze heeft bijzondere interesse in huidkanker en veroudering van de huid veroorzaakt door UV-stralen, preventieve dermatologie, cosmetische dermatologie en dermatologische ingrepen.



Urticaria is de medische term voor netelroos. Het uit zich in een plots ontstaan van scherp begrensde, licht oedemateuze, roze tot rode vlekken, die erg jeuken. De vlekken kunnen al dan niet samenvloeien tot grotere vlakken. Typisch is dat de jeuken vlekken binnen enkele uren verdwijnen en ergens anders opnieuw verschijnen. Urticaria zijn niet besmettelijk en veroorzaken geen littekens. Soms gaan urticaria gepaard met angio-oedeem (zwellen van oogleden, lippen, tong, ...). Ongeveer 20-25 % van de bevolking zal 1 keer in zijn leven met urticaria geconfronteerd worden.

We kennen verschillende types urticaria in functie van duur, evolutie en uitlokkende factoren. Acute urticaria verschijnen plotseling en verdwijnen al of niet met behulp van een behandeling na enkele dagen of weken. Chronische urticaria daarentegen duren minstens 6 weken.

Er zijn verschillende oorzaken, die aanleiding kunnen geven tot acute urticaria. Bepaalde geneesmiddelen kunnen acute urticaria uitlokken zoals pijnstillers, antibiotica e.a. Eender welk voedingsmiddel of ingrediënt kan urticaria veroorzaken. Soms kunnen urticaria het gevolg zijn van een onderliggende infectie met bacteriën, virussen of parasieten. In vele gevallen is een combinatie van meerdere oorzaken nodig opdat urticaria zich gaan manifesteren. De chronische, langdurende urticaria hebben

meestal geen allergische basis. We onderscheiden chronische induceerbare urticaria, die uitgelokt worden door gekende factoren zoals fysische factoren (koude, warmte, UV-licht, temperatuursverhoging met zweten, druk op de huid, ...) of chronische urticaria waarbij de oorzaken niet gekend zijn, die we dan chronische idiopathische urticaria noemen.

De diagnostiek en behandeling zijn afgestemd op het type urticaria. De uitwerking van alle urticaria begint met een grondige anamnese en klinische onderzoek. Bij acute urticaria beperken we ons meestal tot de basisonderzoeken en starten we een therapie. Bij chronische urticaria zullen de onderzoeken wat uitgebreider zijn, steeds rekening houdend met de waarschijnlijk uitlokkende factoren. Naast een basis bloedonderzoek zullen we mogelijks bijkomende testen doen voor onderliggend systeemlijden of schildklierlijden. Soms gaan we over tot aangepaste beeldvorming. Bij chronische urticaria hebben allergietesten zoals epicutane plaktesten en priktesten meestal weinig zin. Het uitvoeren van uitgebreide immunoCAP-testen voor voeding heeft geen toegevoegde waarde.

De behandeling bestaat enerzijds uit het elimineren van de uitlokkende factor, indien gekend uiteraard, en anderzijds geneesmiddelen met als eerste keuze H1-antihistaminica.

Soms dienen we de dosis op te drijven of een 1ste en 2de generatie antihistaminica te combineren. Soms moeten we antihistaminica combineren met andere geneesmiddelen zoals antileukotriënen, immunosuppressiva e.a. Sinds een 2-tal jaar beschikken we voor de behandeling van chronische idiopathische urticaria over een biologische therapie. Deze behandeling bestaat uit een antistof gericht tegen IgE, genaamd omalizumab of Xolair®. Deze wordt maandelijks subcutaan toegediend en heeft meestal een gunstige respons. Voor vele patiënten betekent deze behandeling een grote winst in levenskwaliteit.

Corticosteroiden zijn enkel aangewezen bij acute, erge aanvallen van urticaria en steeds in een korte periode te gebruiken, gezien hun bijwerkingen op lange termijn. Crèmes op basis van corticosteroiden hebben geen plaats in de behandeling van urticaria.

Enkele interessante referenties:

- **A Summary of the New International EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO Guidelines in Urticaria.**
Zuberbier T. World Allergy Organ J 2012; 5:S1-5.
- **Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria.**
Maurer M, Rosén K, Hsieh HJ, et al. N Engl J Med 2013; 368:924-35.

Allergeen Immunotherapie (AIT) voor allergische rhinitis en astma



dr. Benedicte Verhaeghe

benedicte.verhaeghe@sintandriestielt.be

Dr. Benedicte Verhaeghe is gespecialiseerd in neus-, keel- en oorziekten. Haar subspecialisaties zijn allergieën, esthetische neus- en oorchirurgie, otologie en otochirurgie, pediatrie NKO en sinuschirurgie.

Allergeen immunotherapie (AIT) is een behandeling voor mensen met allergische rhinitis en astma.

AIT is ook bekend onder de naam allergen-specifieke immunotherapie, desensitisatie, hyposensitisatie, of allergie-vaccinatie. Bij deze behandeling worden er herhaaldelijk, met regelmatige intervallen, kleine hoeveelheden van een allergeen toegediend met de bedoeling het immuunsysteem te beïnvloeden. Hierdoor verminderen de symptomen en is er minder nood aan medicatie. De laatste jaren is aangetoond dat door deze behandeling er minder nieuwe allergieën bijkomen en de ontwikkeling naar astma vertraagd of vermeden kan worden.

Het herhaaldelijk toedienen van het allergeen leidt tot stimulatie van een subgroep van T-suppressor-cellen en remt de Th2 respons waardoor de vrijgave van IL4-, IL13-, IL5-, IgE-productie en weefseleosinofilie afnemen. Tegelijkertijd is er een verschuiving naar een Th1-respons waarbij de afgifte van IgG, IgG4 en IgA wordt gestimuleerd. Hierdoor wordt de binding van IgE aan het allergeen voorkomen.

Deze behandeling gaat dus effectief ingrijpen op de fysiopathologie en zo het ontstaan en de evolutie van de ziekte beïnvloeden en niet alleen de symptomen bestrijden.

AIT kan toegediend worden d.m.v. subcutane injecties (SCIT) of sublinguaal met tabletten of druppels (SLIT).

AIT is geïndiceerd bij patiënten met matig tot ernstige allergische rhinitis klachten (intermittent of persistent) al dan niet in de aanwezigheid van astma, die onvoldoende resultaat ondervinden met medicatie ondanks het vermijden van het allergeen, en waarbij de symptomen zo uitgesproken zijn dat ze interfereren met de dagdagelijkse activiteiten en een goede slaapkwaliteit. Uit onderzoek is gebleken dat tot 40% van de patiënten met allergische klachten blijvende klachten ondervinden, ondanks het bestaan van goede richtlijnen naar behandeling (ARIA-richtlijnen).

Een duidelijke relatie tussen de symptomen en het aëro-allergeen moet voorhanden zijn. Dit kan door huidpriktesten of immunoCAP-testen. Soms is het nodig om over te gaan naar de

meer specifieke componenten diagnostiek, vnl. bij patiënten met polysensitisatie. Zelden zijn nasale uitlokkingstesten noodzakelijk. De meest bestudeerde allergenen zijn grassen en huisstofmijt. Hiervoor bestaan smelttabletten.

Vanaf het eerste jaar van behandeling zijn er minder allergische symptomen en kan de medicatie afgebouwd worden. Sublinguale immunotherapie heeft minder kans op systemische bijwerkingen dan de subcutane immunotherapie. De bijwerkingen zijn vnl. lokaal van aard. Anafylactische reacties zijn echter niet uitgesloten waardoor het aangewezen wordt de eerste inname steeds te doen in aanwezigheid van een arts waarbij de patiënt tot 30 min geobserveerd wordt. Bij de subcutane immunotherapie worden de injecties bij voorkeur door een arts gegeven, gevolgd door een korte observatie van 30 min.

De immunotherapie (SLIT of SCIT) dient tenminste 3 jaar volgehouden te worden om een langdurig effect te bekomen. Het nadeel van de behandeling is de prijs. België is een van de weinige Europese landen waar deze behandeling niet is terugbetaald.



Jodiumhoudende contrastmiddelen en anafylaxie: mythes en feiten



dr. Ibolya Toth

ibolya.toth@sintandriestielt.be

Dr. Toth is spoedarts en heeft een bijzondere interesse in traumatologie, toxicologie en pediatrie urgentiegeneeskunde.

Anafylaxie is een acute, ernstige, en levensbedreigende allergische reactie bij gesensibiliseerde personen, leidend tot een systemische respons veroorzaakt door de afgifte van immuun- en inflammatoire mediators van basofielen en mastcellen. We praten over anafylaxie als er minstens twee orgaansystemen bij betrokken zijn.

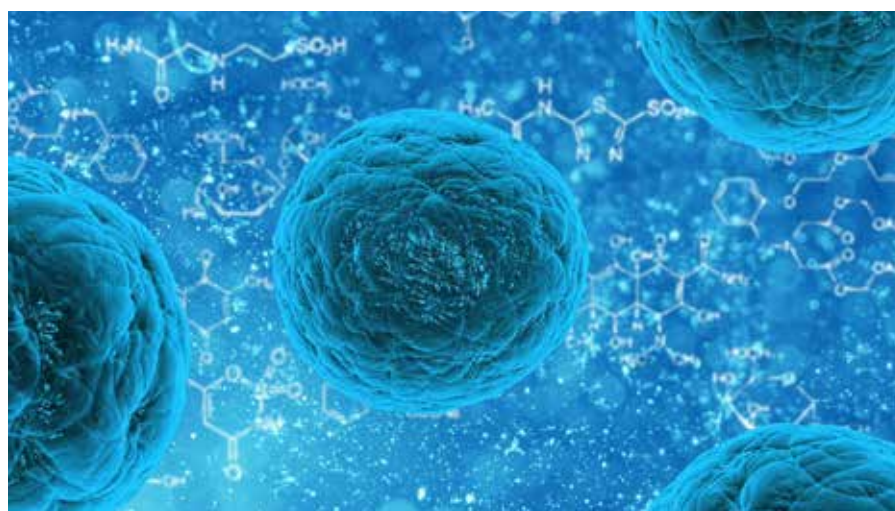
Hoewel overlijden door anafylaxie niet vaak voorkomt en de meeste anafylaxie-episoden kunnen worden omgekeerd door een enkele dosis adrenaline, kan ernstige anafylaxie, gepaard met cardiovasculaire collaps, behandeling-resistent zijn met de dood tot gevolg.

Om snel een levensreddende behandeling te starten, is het noodzakelijk dat urgentieartsen en medewerkers op de spoeddienst de diagnostische criteria voor anafylaxie begrijpen:

1. Acute ziekte met huiduitslag, netelroos etc., mucosale weefsels (of beide) en ten minste een van de volgende:
 - betrokkenheid van het respiratoir systeem (wheezing, stridor, respiratoire distress)
 - hypotensie of bijbehorende symptomen van geassocieerde eindorganische dysfunctie (bijv. longoedeem, nierinsufficiëntie etc.)
2. Twee of meer van de volgende symptomen die snel optreden na blootstelling aan een waarschijnlijk antigen:
 - betrokkenheid van huid-mucosaal weefsel
 - ademhalingsproblemen
 - hypotensie of bijbehorende symptomen van geassocieerde eindorganische dysfunctie
 - gastro-intestinale symptomen
3. Hypotensie na blootstelling aan een bekend allergeen.

Volgens de Sampson criteria hierboven beschreven, kan anafylaxie zich voordoen met geïsoleerde hypotensie, hypotensie met braken, of hypotensie en wheezing, zonder huiduitslag. Als deze symptomen niet tijdig worden herkend, kan dit leiden tot een verkeerde diagnose en het overlijden van de patiënt.

Anafylaxie is de meest ernstige vorm van radiocontrastmiddel (RCM) geïnduceerde hypersensibiliteit en kan levensbedreigend zijn als refractaire, diepe hypotensie optreedt (anafylactische shock). Jodiumhoudend RCM werd in het verleden vaak toegediend en de gerelateerde overgevoeligheid is snel gegroeid. Anafylaxie tot RCM komt voor bij on-



geveer 2% van de patiënten die een ionische RCM (oudere producten) krijgen, en bij ongeveer 0,5% van de patiënten die niet-ionische materialen ontvangen (recentere producten). Zeer ernstige anafylactische reacties treden op bij ongeveer 0,2% van de patiënten die een ionisch materiaal en 0,04% van de patiënten die een niet-ionisch materiaal werden toegediend.

Overlijden als gevolg van een reactie op deze producten komt voor bij 1-2 per 100.000 procedures, meer met ionische dan niet-ionische producten.

Er zijn een aantal mythes die in de loop van de tijd zijn ontstaan met betrekking tot intraveneus contrast voor CT-scans. Een van de belangrijkste mythes is als volgt:

“Hoewel sommige mensen allergisch kunnen zijn voor verbindingen die toevallig jodium bevatten, is het jodium in de molecule niet de boosdoener.”

We zien regelmatig patiënten die een schelpdierallergie en/of jodiumallergie melden bij presentatie op spoedgevallen. In het geval van de patiënten die een CT-scan met contrast nodig hebben, krijgen wij vaak de melding van de patiënt dat zij vanwege hun allergie geen contrast kunnen/mogen krijgen. Maar de waarheid is dat jodium een essentieel

element is voor het leven, voornamelijk gebruikt bij de productie van schildklierhormonen. Een gebrek aan jodium leidt tot de vorming van een struma en kan hypothyroïdie veroorzaken. Hoewel sommige mensen allergisch kunnen zijn voor verbindingen die toevallig jodium bevatten, is het jodium in de molecule niet de boosdoener. Oudere ionische jodiumhoudende contrastmiddelen waren een sterker allergeen en worden niet vaak meer gebruikt. Wanneer er een medische voorgeschiedenis van een contrastallergie is, probeer dan altijd eerst de werkelijke medicijnnaam te bepalen. Indien onbeschikbaar, en de reactie vóór 1990 plaatsvond, was het vrijwel zeker een ouder ionisch contrastmiddel. Dus het is een feit dat er niet zoiets bestaat als “jodiumallergie”, maar dit wordt vaak gebruikt als een verzamelterm voor ongunstige reacties op verschillende contrastagentia.

Hoe zit het met het tweede deel van de mythe? Kunnen patiënten met allergieën voor schelpdieren IV-contrast krijgen? Het antwoord is ja. Hoewel het waar is dat patiënten allergieën kunnen hebben voor schelpdieren en schelpdieren jodium bevatten, zijn de eigenlijke allergenen twee eiwitten: tropomyosine en parvalbumine. Een allergie voor zeevruchten impli-

ceert een door IgE-gemedieerde reactie op een eiwit dat in de zeevruchten wordt gevonden, en opnieuw is het jodiumatoom niet betrokken.

Dus, zoals aanbevolen door het American College of Radiologists en The Royal College of Radiologists (UK), patiënten die jodium- of zeevruchtenallergie melden, moeten worden bevraagd over de exacte aard en ernst van de reactie. Indien mogelijk moet zeevruchtenallergie worden onderscheiden van andere oorzaken van zeevruchtenintolerantie. Zoals bij elke andere allergie, moeten de aard en de ernst van de reactie worden overwogen bij het kiezen van het type contrastmateriaal en bij het bepalen van de noodzaak van een premedicatieregime. Vis- en/of zeevruchtenallergie moet op zichzelf niet worden beschouwd als een absolute contra-indicatie voor het toedienen van IV-contrastmateriaal. Er is geen specifieke kruisreactiviteit tussen schaaldieren en intraveneus- of topisch jodium bij acute contrastreacties.

Het gebruik van premedicatie ter voorkoming van recidiverende allergische reacties op IV-contrastmateriaal blijft controversieel.

De aanbevolen behandeling voor patiënten met IV-contraststofallergie is afhankelijk van de ernst van de reactie en is als volgt:

- Bij patiënten met een voorgeschiedenis van eerder milde reactie (beperkte netelroos/

jeuk, beperkt huidoedeem, beperkte 'jeukende/prikkende' keel, verstopte neus of niezen, conjunctivitis, rinorroe): geen premedicatieprophylaxe of premedicatie bestaande uit alleen een antihistaminicum voorafgaand aan de geplande beeldvormende studie wordt aanbevolen.

- Bij patiënten met een voorgeschiedenis van eerdere matige of ernstige allergische reactie op contrastmateriaal of bij patiënten bij wie

de ernst van een allergische contrastreactie onbekend is: starten met orale premedicatie met een corticosteroïd en een antihistaminicum 12 uur vóór de verwachte contrasttoediening (zoals uiteengezet hieronder) moet worden overwogen.

- Bij patiënten bij wie een snellere beeldvorming moet worden verkregen, zie de voorgestelde behandeling hieronder.

Aanbevolen premedicatieprotocol bij patiënten met eerdere milde contrastreactie:

- Geen premedicatie
OF
- Premedicatie met alleen antihistaminica:
Cetirizine (Zyrtec®) 10 mg PO 1u voorafgaand aan het beeldvormingsonderzoek

Aanbevolen premedicatieprotocol bij patiënten met een eerdere matige, ernstige of onbekende ernstcontrastreactie:

- Methylprednisolon (Medrol®) 32 mg PO 12u en 2u voorafgaand aan het beeldvormingsonderzoek
EN
- Cetirizine (Zyrtec®) 10 mg PO 1u voorafgaand aan het beeldvormingsonderzoek

Aanbevolen versnelde premedicatie protocol:

- Hydrocortison (Solu-Cortef®) 200 mg IV of Methylprednisolon (Solu-Medrol®) 1 mg/kg (tot 40 mg) 5u en 1u voorafgaand aan het beeldvormingsonderzoek
EN
- Clemastine (Tavegil®) 2 mg IV 1u voorafgaand aan beeldvormingsonderzoek

NIEUW

Flexofytol[®] PLUS

Nog vollediger voor de GEWRICHTEN, SPIEREN & PEZEN

**VERSTERKTE
ACTIE**

**BIO-GEOPTIMISEERD
KURKUMA**
2.100 x meer biobeschikbaar*

**+
BOSWELLIA SERRATA**
gestandaardiseerd
op 65% Boswellia zuren
+ vitamine D



* Fase 1 klinische studie: evaluatie van de biobeschikbaarheid van Flexofytol PLUS®, Katholieke Universiteit van Leuven (UCL), juni 2018

Gezond dankzij planten

www.flexofytol.be



Simulator voor urgenties en reanimaties



Het Sint-Andriesziekenhuis heeft eind 2018 een nieuwe Resusci Anne simulator aangekocht. Met deze simulator, een levensecht model van een persoon met stem-, long- en hartgeluiden, wil het ziekenhuis inzetten op een betere en teamgerichte aanpak van medische urgenties en reanimaties. Resusci Anne is wereldwijd voor zorgverleners dé referentie voor reanimatie en heeft meer dan 500 miljoen mensen geholpen bij het oefenen van kritieke levensreddende vaardigheden.

Rugschooltoestellen voor chronische rugpijn



Rugklachten zijn een van de meest voorkomende problemen van het bewegingsstelsel en zeker ook frequent in elke huisartsenpraktijk. Dikwijls treft dit ook de jonge, actieve bevolkingsgroep wat ook socio-economisch een belangrijk probleem vormt.

De nieuwe KCE-richtlijn voor aspecifieke lage rugpijn focust eerst op self-management met nadruk op informatie geven en patiënten aanmoedigen om de normale activiteiten voort te zetten met nadien een begeleid oefenprogramma al dan niet in combinatie met manuele technieken. Indien onvoldoende verbetering uit een multidisciplinaire behandeling door kinesitherapeuten, ergotherapeuten en psycholoog onder de coördinatie van een fysisch arts.

Activatie, algemene conditietraining, mobiliserende oefeningen, core stability training, ergo-

nomie, stretching, houdingscorrectie en psychologische begeleiding worden aangevuld met specifieke spierversterkende training van rug- en buikspieren via de David Backtoestellen. Hierbij wordt eerst via een test de mobiliteit van de rug en spierkracht van de verschillende spiergroepen gemeten. Aan de hand daarvan wordt een individueel schema voor de patiënt opgesteld. De verschillende toestellen zijn speciaal ontworpen zodat ze telkens maar één beweging toelaten en compensaties uitsluiten.

De nieuwste generatie toestellen die begin 2019 aangekocht werden door het Sint-Andriesziekenhuis zijn zeer gebruiksvriendelijk, hebben een nieuwe, erg praktische manier van gegevens overbrengen, waarbij patiënten ook een goede visuele feedback krijgen via de bijhorende touch screens. Hierdoor zijn wij overtuigd een kwalitatief nog betere en aangenamere revalidatie van chronische rugpijn te kunnen aanbieden.

Paxman Cooling Cap

In het voorjaar van 2019 werd met de steun van het TVDK (Tielts Vormings- en Documentatiecentrum tegen Kanker) een Paxman Cooling Cap aangekocht. Dit toestel zorgt voor hoofdhuidkoeling en vormt een eenvoudige behandeling om haarverlies veroorzaakt door bepaalde chemotherapie-medicijnen te voorkomen. Het is bewezen dat het gebruik van hoofdhuidkoeling of 'cold caps' een effectieve manier is om chemotherapie-geïnduceerd haarverlies te bestrijden. Het kan resulteren in een gedeeltelijk tot zelfs volledig behoud van het haar. Voor patiënten geeft dit de kans om toch enige controle over hun ziekte te houden en het moedigt een positieve ingesteldheid ten opzichte van de behandeling aan.



Hamamatsu PDE-Neo II

Op de dienst heelkunde werd onlangs de lymfefluoroscoop Hamamatsu PDE-Neo II voor lymfografie in gebruik genomen.

Een lymfefluoroscoop is een revolutionair ICG-fluorescerend beeldvormingsapparaat. De Hamamatsu PDE-Neo wordt gebruikt om de bloedstroom te bekijken tijdens een operatie. Het visualiseert de bloedvaten en weefselperfusie in real time door het observeren van fluorescentie uitgestraald door ICG-kleurstof.





Nieuwe artsen



Dr. Justine Barbier behaalde haar diploma geneeskunde magna cum laude aan de Vrije Universiteit Brussel. De keuze voor de VUB kwam er vanuit de wens om Geneeskunde en Topsport Golf te combineren. In juni 2018 behaalde zij haar erkenning in de orthopedie en traumatologie. Ze liep stage in AZ Maria Middelaars onder dr. Donald Claeys, in AZ Delta Roeselare onder dr. Luc Van den Daelen en in UZ Brussel onder prof. Dr. Thierry Scheerlinck. Tijdens haar laatste jaar assistentopleiding volgde zij met succes de vorming Sportgeneeskunde aan de UGent. Van augustus 2018 tot januari 2019 volgde ze nog een fellowship Schouder- en Kniepathologie in AZ Monica Deurne onder dr. Koen Lagae, prof. Dr. Peter Verdonk, prof. Dr. Olivier Verborgt en dr. Geert Declercq. In het Sint-Andriesziekenhuis is dr. Barbier binnen de associatie met dr. Kristoff Deroo, dr. Chris Martens, dr. Rik Raes en dr. Jan Van Nuffel gespecialiseerd in schouder- en kniepathologie, met name sport- en prothesechirurgie.



Dr. Benedicte Verhaeghe behaalde haar diploma geneeskunde aan de Gentse universiteit. In 2006 werd ze erkend als NKO-arts. Tijdens haar opleiding werkte ze 2 jaar in het labo allergie/immunologie van de bovenste luchtweg o.l.v. prof. Bachert. Na haar opleiding volgde ze verdere specialisatie in de otologische chirurgie in het St-Augustinus te Antwerpen. De laatste 10 jaar was ze werkzaam als algemeen NKO-arts in een perifeer ziekenhuis alsook als consultant neuro-otologie in het UZ Gent. Op de dienst NKO vervoegt ze het team van dr. Vanhoucke en dr. Ingelaere. Ze zal zich voornamelijk toeleggen op de allergologie/immunologie van de bovenste luchtweg, otologische chirurgie, esthetische neus- en oorchirurgie en pediatrie NKO.



Dr. Cristina Dumitrescu studeerde geneeskunde aan de Gr. T. Popa Universiteit in Iasi, Roemenië (2013). Zij specialiseerde zich in de dermatologie aan het UZ Sint Spiridon in Iasi, Roemenië en behaalde haar erkenning als arts-specialist in de dermato-venereologie in maart 2018. Tussen maart en augustus 2018 werkte ze in een dermatologische privépraktijk in Iasi. Zij heeft bijzondere interesse in de algemene dermatologie, huidkanker en veroudering van de huid veroorzaakt door UV-stralen, preventieve dermatologie, cosmetische dermatologie en dermatologische ingrepen. Dr. Dumitrescu is lid van de Europese vereniging voor Dermatologie en Venereologie (European Academy for Dermatology and Venereology - EADV) sinds 2014.



Dr. Céline Van Gutte behaalde haar diploma geneeskunde aan de Gentse universiteit in 2012. In 2019 werd ze erkend als arts-specialist in de fysische geneeskunde & revalidatie. Tijdens haar opleiding liep ze stage in het UZ Gent en in het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. Daarnaast volgde ze verschillende bijkomende opleidingen: manuele geneeskunde, sportgeneeskunde en musculoskeletale echografie. Op de dienst fysische geneeskunde & revalidatie vervoegt dr. Van Gutte het team van dr. Descheemaeker en dr. Verhamme.



Dr. Ibolya Toth behaalde haar basisdiploma geneeskunde in 2007 aan de Universiteit "Iuliu Hatieganu", Cluj-Napoca, Roemenië. Daarna volgden 11 jaar specialisatie-opleiding in urgentiegeneskunde, in Cluj-Napoca, Roemenië (2008-2010), Yorkshire and the Humber, Verenigd Koninkrijk (2010-2015) en UZ Gent, België (2015-2018). Dr. Toth behaalde haar specialistendiploma urgentiegeneskunde in het Verenigd Koninkrijk (2015) en werd in 2018 erkend als urgentiegeneskunde-specialist in België. Dr. Toth heeft een bijzondere interesse in traumatologie, toxicologie en pediatrie urgentiegeneskunde. Op de Spoed-dienst van het Sint-Andriesziekenhuis vervoegt dr. Toth het team van dr. S. Vandeplassche, dr. F. Honoré, dr. T. Sonnevile en dr. K. Vanden Weghe.

Uittredend arts



In november 2018 ging **dr. Leo Ruelens** met pensioen na een mooie carrière als psychiater verbonden aan het Sint-Andriesziekenhuis. Van harte bedankt voor de inzet en nog vele gezonde jaren gewenst!



Reanimatietraining voor en door huisartsen

Dinsdag 23 april vond in het Sint-Andriesziekenhuis een reanimatieavond plaats voor de huisartsen van Tielt en omstreken en de specialisten van het ziekenhuis. De avond stond onder leiding van dr. Greet Raes (huisarts in Tielt) en dr. Sophie Vandeplasseche (diensthoofd spoed-gevallen Sint-Andries).

Op het programma stonden Basic Life Support (BLS) bij volwassenen, kinderen en baby's, naast ook workshops BLS bij verdrinking en verstikking. De verdeling in kleine groepen over de verschillende stations zorgde voor een efficiënte training van elke arts, wat erg positief werd onthaald.

Tweede prijs voor dr. Janne Brouckaert

Tijdens de jaarlijkse bijeenkomst van de Belgische Vereniging voor Vaatheelkunde (BSVS) op 6 juni 2019 in Antwerpen – werkgroep endovasculaire heelkunde – behaalde onze assistente dr. Janne Brouckaert de tweede prijs met haar presentatie 'Postoperatieve iliofemorale DVT behandeld met Angiojet'.

Van harte gefeliciteerd!



Internationale workshop

Op 28 februari en 1 maart 2019 werd er een internationale workshop georganiseerd, in samenwerking met het Elizabeth ziekenhuis Zottegem en het AZ Groeninge ziekenhuis Kortrijk.

Het thema was 'Interventional management of iliac vein obstruction'. Deze workshop was gespreid over twee dagen: de eerste dag in het Sint-Andriesziekenhuis Tielt en de tweede in AZ Groeninge ziekenhuis te Kortrijk. De workshop bestond uit meerdere theoretische presentaties, case-reports en procedures die de deelnemers live konden bijwonen. Tijdens deze endovasculaire procedures werden patiënten behandeld met een May-Thurner syndroom, post-trombotische occlusies van de iliacale venen alsook van de vena cava. De deelnemers waren collega-vaatchirurgen. Als gastprofessor was dr. Jalaie uit Aachen uitgenodigd.



UEMS-accreditatie



We zijn het eerste en tot nu toe enige centrum in België met UEMS-accreditatie. Dit betekent dat we opleiding flebologie kunnen geven met een Europese erkenning. Ook buitenlandse studenten kunnen bij ons een internationaal erkende opleiding krijgen.

Flebologie is het subspecialisme binnen de vaatheelkunde dat zich focust op diagnostiek en behandeling van spataderen, oedeem, ulcus cruris (open been) en andere aandoeningen van het been.



Symposia & publicaties

VOORDRACHTEN EN SYMPOSIA

Dr. A. Gazziano

- **Infoavond: 'Burn-out en depressie'**
Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 19/02/2019

Dr. J. Dekoninck

- **Advantages and challenges of geriatric assessment in Cancer patients**
voordracht i.k.v. Students State of the Art Lectures binnen EAMA course, Brussel, 23/01/2019

• Geriatrie: anders EN beter!

... make G great again ...
1ste intern symposium Geriatrie,
16/03/2019 en 30/03/2019

• Aanpak van personen met dementie

bijscholing WZC Deken Darras,
30/04/2019

• De geriatrische patiënt op spoed

netwerksymposium Spoedgevallen,
07/05/2019

Bioloog-Apo F. Van Hoecke

- **Voordracht: 'Antibiotica profylaxe in de chirurgie'**
Sint-Andriesziekenhuis Tielt, 15/01/19

Dr. A. Gazziano, Dr. G. Descheemaeker, Dr. M. Biglari, Diëtiste Lies Wambeke

- **Infoavond: 'Wat als je gewicht te zwaar gaat wegen?'**
't Hofland Ardoorie, 26/02/19

Dr. D. Van den Bussche, Dr. P. Vanderheeren, Dr. F. Desimpel

- **Infoavond: 'Verstoppte buizen ... wat nu?'**
LDC Geselle Wingene, 23/04/2019

Dr. F. Dedeurwaerdere

- **Liquid biopsy: is the sky the limit?**
Oncologisch symposium Midden-West-Vlaanderen: update in oncologie, leper, 17/5/2018

• In situ hybridization and its applications

cursus moleculaire diagnostiek,
Belgische vereniging voor pathologie,
werkgroep moleculaire diagnostiek;
Antwerpen, 29/03/2019

Dr. M. Vuylsteke

- **Organisatie van internationale workshop: 'Interventional management of Iliac vein obstruction'**
Sint-Andriesziekenhuis Tielt en
AZ Groeninge Kortrijk, 28/02-01/03/2019

Dr. P. Tack,

Dr. B. Lamont

- **Multidisciplinaire bijscholing zorgpad beroertezorg**
Shamrock Tielt, 26/03/19

PUBLICATIES

Dr. B. Houthoofd

- **Emphysematous Cystitis**
J Belg Soc Radiol., Dekeyser S.,
Houthoofd B., 2018 Oct 12;102(1):66
<https://www.jbsr.be/articles/10.5334/jbsr.1192>

Dr. P. J. Elshout

- **Is Nonoperative Management the Best First-line Option for High-grade Renal trauma? A Systematic Review**
Arunan Sujenthiran, Pieter Jan Elshout,
Erik Veskima, Steven MacLennan,
Yuhong Yuan, Efraim Serafetinidis,
Davendra M. Sharma, Noam D. Kitrey,
Nenad Djakovic, Nicolaas Lumen,
Franklin E. Kuehhas, Duncan J.,

Summerton <https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.04.011> European Urology Focus: Volume 5, Issue 2, March 2019, Pages 290-300 (Review - Reconstructive Urology)

Dr. F. Dedeurwaerdere

- **Foreign body granuloma reaction following SIRT mimicking peritoneal metastases: a word of caution**
E. Willems, B. Smet, F. Dedeurwaerdere & M. D'Hondt. Acta Chirurgica Belgica, August 2018 published online

• Hepatobiliary and Pancreatic: 'Pyoderma gangrenosum of the pancreas successfully treated with infliximab'

Deprez N., Dedeurwaerdere F., Desomer L., De Wulf D. - J. Gastroenterol Hepatol. 2018 Nov 22.

• Circulating cell-free DNA for response evaluation of intravascular lymphoma

Deeren D., Van Der Linden M., Dedeurwaerdere F. et al. Ann Hematol (2019). <https://doi.org/10.1007/s00277-019-03677-z>

Dr. E. Steenkiste

- **Case report: 'Anorectal metastasis from breast carcinoma: a case report and review of the literature'**
Ruymbeke H., Harlet L., Stragier B., Steenkiste E., Ryckx M. and Marolleau F. BMC Res Notes (2018) 11: 268

Dr. S. Verschuere

- **Belgian consensus guidelines for prostate core needle biopsy reporting**
T. Gevaert (MD, PhD), L. Libbrecht (MD, PhD), E. Lerut (MD, PhD), B. Weynand (MD), M. Lammens (MD, PhD), S. Verschuere (MD, PhD), C. Mattelaer (MD), B. Lelie (MD), J. Eben (MD), L. Martinez (MD), MA. van Caillie (MD), S. Rorive (MD, PhD), S. Verbeke (MD, PhD), M. Baldewijns (MD, PhD)
On behalf of the Belgian Working Group on Uropathology (BWGUP).
BELG J MED ONCOL 2018;12(6):279-286

• Dichotomous histopathological assessment of ductal carcinoma in situ of the breast results in substantial interobserver concordance

Van Bockstal M., Baldewijns M., Colpaert C., Dano H., Floris G., Galant C., Lambein K., Peeters D., Van Renterghem S., Van Rompu A.S., Verbeke S., Verschuere S., Van Dorpe J.
Histopathology. 2018 Dec;73(6):923-932.
doi: 10.1111/his.13741. Epub 2018 Oct 22.

Bijscholing

Geneesherenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen

10	09	19	Borstpathologie	Dr. Griet Hoste
24	09	19	Osteoporose multidisciplinair	Dr. Justine Barbier
15	10	19	Lymfepathologie + diepe veneuze pathologie	Drs. Vandenbussche en Vuylsteke
05	11	19	Pijnkliniek	Dr. Virginie Cuypers
19	11	19	Flash: what's new	
03	12	19	Statutaire: hechtingstypes	Mevr. Rika Ponnet



Changing the practice of medicine

Bij Novartis gebruiken we de innovatiekracht van wetenschap om enkele van de meest uitdagende gezondheidsvraagstukken aan te pakken. Onze onderzoekers werken aan het verleggen van de grenzen van de wetenschap, om onze kennis en begrip van ziektes te vergroten en nieuwe producten te ontwikkelen daar waar er een grote onervulde medische behoefte is.

We zijn gepassioneerd om nieuwe manieren te ontdekken om het leven van patiënten te verlengen en te verbeteren.

Meer info? Kijk op www.novartis.be

