

Hersenen in nood

Een beroerte treft mensen in de kern van hun bestaan. Als gespecialiseerd beroertecentrum biedt het UZA niet alleen de meest geavanceerde behandelingen aan, maar ook revalidatie en coaching in de moeilijke weken en soms maanden erna. Want vaak begint het werk dan pas echt.



Marian (49) kreeg
een herseninfarct
***'Het was keihard
werken om terug
te komen.'***



Dossier



Prof. dr. Maurits
Voormolen,
interventieradioloog



Dr. Caroline Loos,
neurologe



Prof. dr. Tomas
Menovsky, diensthoofd
neurochirurgie.



Dienst neurologie,
T03 821 34 23

Dienst radiologie,
T03 821 48 48,

[www.uza.be/behandeling/
beroerte-cva](http://www.uza.be/behandeling/beroerte-cva)

Beroerte treft dagelijks 52 Belgen

'Iedereen moet een beroerte kunnen herkennen'

'De patiënten sneller in het ziekenhuis krijgen: vooral daarmee zouden we meer beroertepatiënten kunnen helpen', zegt interventieradioloog prof. dr. Maurits Voormolen. Door een intensieve opvolging nadien probeert het UZA er voor iedereen het maximum uit te halen.

Dagelijks krijgen 52 Belgen een beroerte. Vanaf de eerste symptomen tikt de klok: hoe sneller de patiënt na een herseninfarct of een andere vorm van beroerte een behandeling ondergaat, hoe minder hersenweefsel er verloren gaat en hoe beter de vooruitzichten. De behandeling bestaat uit een trombolysie, dat is een behandeling met bloedverdunnende medicatie, of een trombectomie, een ingreep waarbij de bloedklonter door een interventieradioloog wordt verwijderd (zie artikel p. 21). Soms gebeuren beide. Toch ondergaat in België maar 5 procent van de beroertepatiënten een van die behandelingen. Een ontstellend laag cijfer. 'Zeker als je weet dat de meerderheid daarvoor wel degelijk in aanmerking komt. We zien ze gewoon te laat', zegt prof. dr. Maurits Voormolen. Een acute behandeling is dan ook maar mogelijk, bij de meeste patiënten althans, tot een goeie vier à zes uur na de eerste symptomen. Die deadline halen velen niet, vaak omdat ze te lang aarzelen om medische hulp in te roepen.

Koploper in Vlaanderen
Voormolen voerde in 2010 als een van de eerste artsen in België een trombectomie uit. Die behandeling bestond toen nog maar een tweetal jaar. 'De ingreep kende een hoge vlucht vanaf 2015, nadat studies hadden aangetoond dat een trombectomie veilig en efficiënt is. In het UZA voeren we intussen meer dan honderd



Maar 5 procent van de beroertepatiënten krijgt op tijd een behandeling.

trombectomieën per jaar uit, waarmee we tot de absolute koplopers in Vlaanderen behoren.'

Met de jaren werd de techniek verder verfijnd. Voormolen: 'Maar het zijn niet die technische verbeteringen die ons in staat zullen stellen om meer patiënten beter te maken. We moeten vooral inzetten op een grotere alertheid rond beroertes: mensen moeten de symptomen snel herkennen en beseffen dat het altijd een noodgeval is. En ook huisartsen moeten

nog beter op de hoogte zijn. Als ziekenhuis houden we daarom een à twee keer per jaar een symposium of congres voor huisartsen en specialisten en werken we nauw samen met de huisartsen. We hebben ook een goede informatieve website voor patiënten. Bovendien vormen we een netwerk met andere ziekenhuizen in de brede regio (zie kaderstuk p. 23).'

Time is brain

Intussen zoeken ziekenhuizen naar manieren om in die eerste acute fase tijd te winnen. 'Zo proberen we zoveel mogelijk informatie over patiënten in te winnen nog voor ze op de spoed aankomen, zodat ze hier onmiddellijk naar de scanner kunnen. Dat lukt alleen dankzij een naadloze samenwerking tussen neurologie, spoed en radiologie', zegt neurologe dr. Caroline Loos. Maar het kan nog beter, vervolgt ze. 'Recent deden we een onderzoeksproject rond telegeneeskunde, waarbij de spoedarts via een camera in de ziekenwagen al in contact staat met de neuroloog in het ziekenhuis. Als de neuroloog vermoedt dat de patiënt een beroerte heeft, kan die meteen na aankomst in het UZA >

Hoe vroeger we de hersenen stimuleren, hoe sneller ze nieuwe verbindingen aanleggen en de verloren hersenfunctie beginnen te compenseren.

naar de scanner. Zo win je belangrijke tijd. Het is de bedoeling om daarmee voort te gaan.'

Om nog sneller te kunnen behandelen, bekijken we momenteel of dat CT-onderzoek op de angiografie-zaal kan gebeuren: dat is de eenheid waar trombectomieën worden uitgevoerd. 'Als we daar kunnen nagaan wat voor beroerte de patiënt heeft, kunnen we indien nodig al op de onderzoekstafel met trombolysen of trombectomie starten', zegt Voormolen.

Hersenen vroeg stimuleren

Na de acute behandeling en eventueel een verblijf op intensieve zorg komen patiënten op de beroerte-afdeling terecht. Gespecialiseerde beroerteverpleegkundigen volgen hen nauwgezet op om eventuele complicaties vroeg te ontdekken. Loos: 'Tege-lijk starten we zo vroeg mogelijk met de revalidatie. Hoe vroeger we de hersenen stimuleren, hoe sneller ze geprikkeld worden om nieuwe verbindingen aan te leggen: die zijn nodig om de verloren hersenfunctie te compenseren. Als het enigszins mogelijk is, krijgen de patiënten al binnen de 24 uur een kinesitherapeut aan hun bed.'

Loos ondervindt dat de onzichtbare gevolgen van een beroerte op termijn vaak zwaarder wegen dan de fysieke beperkingen: denk maar aan vermoeidheid, concentratiestoornissen, geheugenverlies, depressieve gevoelens, angstklachten, gedragsverandering ... Loos: 'Het zijn vaak die problemen die een terugkeer in de maatschappij het meest bemoeilijken. Daarom volgen wij onze patiënten de eerste twee jaar intensief op. Vanaf het begin krijgen ze begeleiding van een beroertecoach, die hun gezondheidsadvies en de nodige uitleg over hun aandoening geeft. Later leert de coach patiënten ook omgaan met de mentale gevolgen van hun beroerte en begeleidt hen bij eventuele werkhervatting.

Op die manier probeert het team er voor elke patiënt het maximale uit te halen. 'Als patiënten bijvoorbeeld na hun beroerte niet meer aan het werk kunnen, dan kunnen ze ook op een andere manier opnieuw actief worden, bijvoorbeeld via vrijwilligerswerk. Wat telt, is dat ze opnieuw hun plaats vinden in de maatschappij', besluit Loos. ●



Beroerte of niet? Denk FAST!

Twijfel je of je met een beroerte te maken hebt? Doe dan de FAST-test.

- **Face:** Vraag het slachtoffer te glimlachen. Heeft hij of zij een scheefhangende mond?
- **Arm:** Laat het slachtoffer beide armen omhoog tillen. Is er krachtverlies in een van de armen?
- **Speech:** Kan het slachtoffer nog normaal spreken? Verstaat hij of zij jou?
- **Time:** Bepaal wanneer de klachten zijn begonnen.
- Gaat het mogelijk om een beroerte, bel dan onmiddellijk 112.

www.herkeneenberoerte.be

Beroertezorg



In de acute fase worden patiënten opgevangen door de spoedarts, de neuroloog, de radioloog, de spoedverpleegkundigen en de interventieradioloog. Tijdens de revalidatie komen daar nog eens de kinesitherapeut, de logopedist, de ergotherapeut, de revalidatiearts, de beroerteverpleegkundigen, de beroertecoach, de diëtist, de neuropsychologe en soms de geriater bij.



Als gespecialiseerd centrum voor beroertezorg beschikt het UZA over een vernieuwde beroerte-afdeling en een grote afdeling intensieve zorg, zodat er op elk moment plaats is om een patiënt met een acute beroerte op te vangen.



Hoe sneller patiënten na een beroerte een multidisciplinaire behandeling krijgen, hoe beter hun vooruitzichten.



5 vragen over beroerte

aan dr. Caroline Loos, neuroloog, en
prof. dr. Maurits Voormolen, interventieradioloog

Een beroerte is de op twee na belangrijkste doodsoorzaak in de westerse wereld en de meest voorkomende oorzaak van een verworven handicap. Wat is het precies en welke behandelingen zijn er mogelijk?

1

Wat is een beroerte?

Er zijn twee soorten beroertes: bij een herseninfarct raakt een bloedvat afgesloten door een klontertje, bij een hersenbloeding ontstaat er een scheurtje in een bloedvat. In beide gevallen leidt dat tot zuurstofgebrek in een deel van de hersenen. Afhankelijk van de plaats geeft dat allerlei klachten, zoals verlamming aan een kant van het lichaam, niet meer kunnen spreken of geen taal meer begrijpen, of gezichtsproblemen. Patiënten kunnen ook last krijgen van hoofdpijn, vermoeidheid of mentale problemen, bijvoorbeeld depressie of geheugenverlies.

2

Wat zijn de oorzaken van een beroerte?

De oorzaken zijn deels dezelfde als die van een hartinfarct: hoge bloeddruk, hoge cholesterol, overgewicht, roken en diabetes. Op hoge leeftijd zijn vaak hartritimestoornissen de boosdoener. Soms ligt een aangeboren aandoening aan de basis, bijvoorbeeld een stollingsziekte of een aangeboren hartafwijking. Een beroerte op heel jonge leeftijd kan ook andere oorzaken hebben, zoals een scheurtje in de bloedvatwand na een hoofdtrauma of druggebruik.

3

Welke behandelingen zijn er?

Als patiënten met een herseninfarct tijdig in het ziekenhuis zijn, komen ze meestal in aanmerking voor trombolyse. Ze krijgen dan een infuus met bloedverdunnende medicatie die de bloedklonter oplost. Als dat niet kan of niet lukt, of als een aanvullende behandeling zinvol is, gebeurt er soms een trombectomie. Daarbij wordt het bloedklontertje mechanisch verwijderd. Dat gebeurt via een katheter – een dun buisje – die de interventieradioloog vanuit de lies via een bloedvat tot bij de getroffen plaats leidt. Bij een hersenbloeding is de behandeling gericht op het voorkomen van een tweede bloeding. Er wordt dan gezocht naar een onderliggende bloedvatafwijking, soms een hersenaneurysma. In dat geval is de meest toegepaste behandeling coiling, waarbij de interventieradioloog de getroffen plaats opvult met metalen veertjes.

4

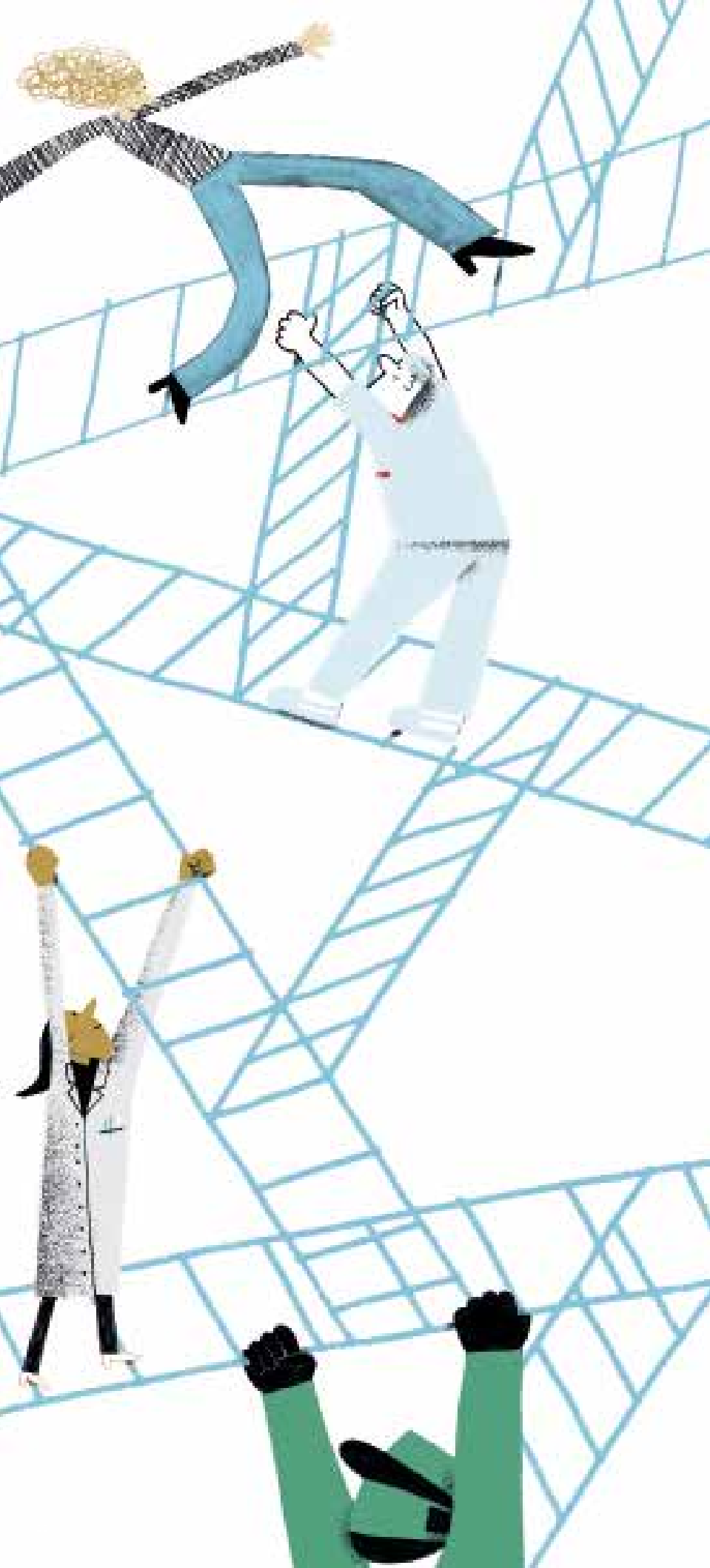
Waarom is het zo belangrijk dat je snel in het ziekenhuis bent?

Hoe sneller de behandeling plaatsvindt, hoe kleiner de hersenschade. Elke minuut telt. Bovendien is het tijdsvenster voor de behandeling beperkt: trombolyse kan meestal maar tot 4,5 uur na de eerste symptomen. Daarna wordt het moeilijker om de bloedklonter op te lossen en wordt het risico op een bloeding groter. Ook een trombectomie kan in de meeste gevallen maar tot zes uur nadat de klachten zijn ontstaan. De eerste weken en maanden na de beroerte treedt er gelukkig nog heel vaak spontaan herstel op. Vroege revalidatie vergroot die kans aanzienlijk. Dat geldt vooral na een herseninfarct: na een hersenbloeding is de prognose vaak slechter en is de kans op overlijden groter.

5

Is de behandeling de laatste jaren nog geëvolueerd?

Tot voor enkele jaren werd gedacht dat bij een herseninfarct een acute behandeling alleen de eerste zes uur zin had. Intussen is uit onderzoek gebleken dat er bij een kleine minderheid van de patiënten ook daarna nog kans op verbetering is. Via een speciale CT- of MRI-scan gaan artsen na in hoeverre het getroffen hersengebied nog te redden is. Als er nog een redelijke kans op herstel is, krijgt die patiënt alsnog een behandeling, tot maximaal 24 uur na de eerste symptomen. Ook voor hersenbloedingen zijn er steeds meer technieken beschikbaar om te behandelen via de bloedvaten. Het is een vakgebied in volle ontwikkeling.



Marian (49) kreeg een **De lange weg**

Dankzij de alerte reactie van haar man en een snelle behandeling in het UZA herstelde Marian goed van haar beroerte. 'Maar het was keihard werken om te komen waar ik nu ben.'

Het is intussen anderhalf jaar geleden, maar Marian herinnert het zich nog haarscherp. Die zondagnamiddag glipte opeens het strijkijzer uit haar handen. Kan gebeuren, dacht ze. En toen ze daarna door haar linkerbeen zakte, weet ze dat aan haar zwakke knie. Tot ze haar man en zoontje verschrikt zag kijken. De linkerhelft van Marians gezicht was helemaal scheef getrokken. En ze konden niets maken van haar gebrabbel. Marian: 'Mijn man zei dat ik maar beter kon gaan liggen. Toen hij mij een zakdoekje aanreikte, merkte ik dat ik geen gevoel meer had in mijn linkerhand.'

De ambulance en de MUG waren er snel. In het UZA bracht een scan een grote bloedklonter in Marians rechterhersenhelft aan het licht. Met medicatie werd geprobeerd die op te lossen. Toen dat niet lukte, werd er een trombectomie uitgevoerd: met een speciaal soort stent verwijderde de interventieradioloog de bloedklonter. Niet lang daarna keerde het gevoel in Marians linkerzijde terug.

Blokkade in hoofd

Twee dagen later mocht Marian naar huis. 'Intussen had ik

herseninfarct

terug na een beroerte

gesproken met beroertecoach Delphine Mahieu, maar daar herinnerde ik me achteraf weinig van. Ze had me gelukkig wel haar kaartje gegeven.' Marian dacht dat het ergste leed geleden was en was vastbesloten een week later weer aan het werk te gaan. Maar ze botste al gauw op haar grenzen.

Marian: 'Die eerste avond had ik opnieuw amper kracht in mijn linkerhand. Dat beterde na een nacht slaap, maar ook de volgende

Als ik zie vanwaar ik kom, prijs ik me gelukkig.

dag liep alles moeizaam. Na het ontbijt kroop ik uitgeput terug in bed. Het was geen gewone vermoeidheid, eerder een blokkade in mijn hoofd die maakte dat ik gewoon niet verder kon. Ik kon ook amper prikkels verdragen: het geluid van de televisie, de kinderen die ruzie maakten: het was me allemaal te veel. Verder was ik lichtgeraakt, en mijn geheugen liet me geregeld in de steek.'

De huisarts schreef Marian kinesitherapie voor en moedigde haar aan om contact op te nemen met Delphine. Die gaf haar nuttig advies. 'Ik moest luisteren naar mijn lichaam, maar mezelf ook geleidelijk weer blootstellen aan prikkels. En woordspelletjes doen, om mijn geheugen te trainen. En verder veel bewegen. Dat heb ik gedaan, ook omdat ik de eerste zeven maanden niet met de wagen mocht rijden. Ik heb heel veel gefietst.'

Grenzen respecteren

Het werd een lange weg terug. Marian deed wat ze kon, maar leerde ook om haar grenzen te respecteren. 'Normaal wil ik altijd vooruit, maar nu moest ik vooral geduld hebben. Elke namiddag lag ik uren te rusten. Pas na twee maanden heb ik mijn werk als laborante voorzichtig weer opgenomen, eerst twee halve dagen per week. Een halve dag mails verwerken lukte mij in het begin niet. En in het meest rumoerige lokaal kan ik het nog altijd niet lang uithouden. Te veel prikkels.' Gelukkig had ze heel veel steun aan familie, burens en vrienden. En ook op het werk reageerde iedereen erg begripvol.

Een duidelijke oorzaak voor de beroerte werd er nooit gevonden. Marian: 'Misschien had het te maken met de anticonceptiepil die ik nam, maar zeker is dat niet.

Ik neem nu bloedverdunders en hou mijn cholesterol streng onder controle, ook al was die niet te hoog. Maar voor mensen die een beroerte hebben gehad, is de norm strenger.' Marian had veel aan de gesprekken met Delphine. 'Ze gaf me goede tips en stelde me vaak gerust. En ook mijn neurologe dr. Caroline Loos toonde zich altijd heel betrokken.'

Vandaag voelt ze zich goed. Ze werkt weer vier vijfde, thuis loopt alles goed. Toch zal de oude Marian nooit helemaal terugkomen, vermoedt ze. 'Dat hoor ik ook van andere beroertepatiënten: je wordt nooit weer helemaal dezelfde. Ik ga vroeger slapen dan ervoor en als ik echt moe ben, voel ik nog altijd een licht krachtverlies in mijn linkerarm. Maar als ik zie vanwaar ik kom, prijs ik me gelukkig.' ●



Samenwerken met andere ziekenhuizen

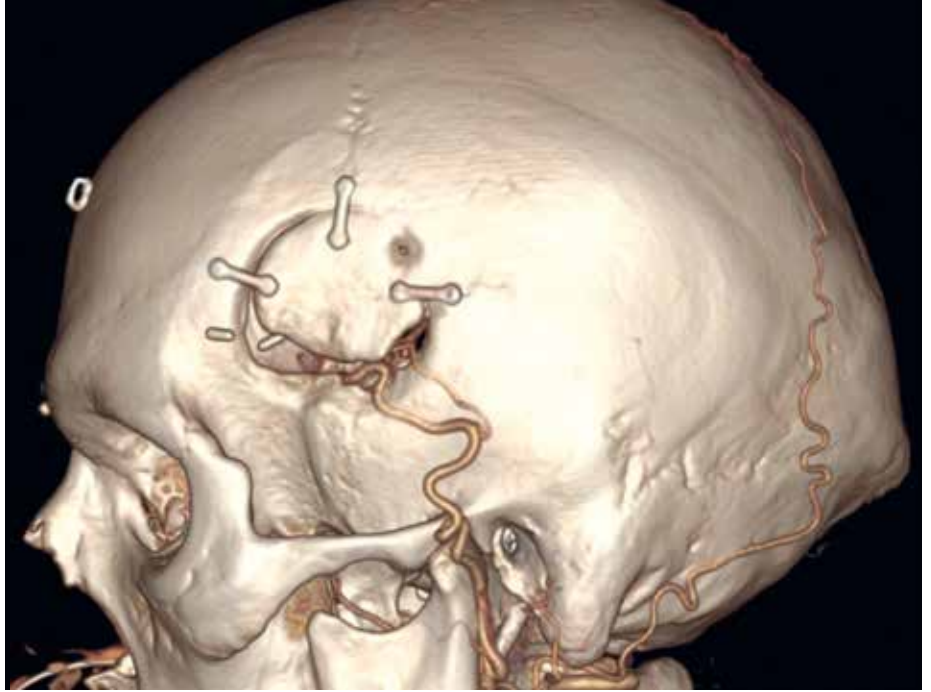
Om beroertezorg te verbeteren en te centraliseren, besliste de Vlaamse overheid om de meest complexe behandelingen - zoals trombectomie - maar in een beperkt aantal ziekenhuizen te laten uitvoeren. Waarschijnlijk zullen zeven Vlaamse ziekenhuizen een erkenning krijgen als gespecialiseerd centrum voor beroertezorg. 'Die aanpak is kosteneffectiever én beter voor de patiënt', vindt neurologe dr. Caroline Loos.

Het UZA bouwde de afgelopen jaren een netwerk uit met een 17-tal ziekenhuizen in de Antwerpse regio en Oost-Vlaanderen: voor een trombectomie of een andere

complexe behandeling verwijzen zij hun patiënten systematisch naar het UZA. Loos: 'Wij onderhouden die banden door jaarlijks samen te komen. Dan bespreken we onze cijfers, onze werking en eventuele verbeterpunten in de samenwerking. Ook houden we de partnerziekenhuizen op de hoogte als we iets veranderen in onze aanpak. Binnen het netwerk zijn we 24 op 7 beschikbaar voor overleg en advies. Het is niet onze ambitie om de volledige behandeling van de betrokken patiënten over te nemen: zo'n 24 uur na de ingreep keren ze meestal terug naar het verwijzende ziekenhuis.'

Dossier

Wat eerst gewoon hoofdpijn leek, bleek een grote uitstulping van een bloedvat, een aneurysma. Een bypassoperatie in de hersenen bespaarde Leen (66) een hersenbloeding.



Wegenwerken in de hersenen

Een bypassoperatie in de hersenen is bedoeld om de bloeddorstrooming naar de hersenen te verbeteren. Ze gebeurt vooral als een bloedvat in de hersenen vernauwd is door aderverkalking. Dat kan de zuurstofvoorziening in de hersenen tijdelijk in het gedrang brengen, vooral bij inspanning of bij een lage bloeddruk. Patiënten kunnen dan last krijgen van tintelingen of krachtverlies in de armen of benen. Als het bloedvat echter helemaal dichtslibt, krijgt de patiënt een herseninfarct.

‘Dat kunnen we voorkomen met een cerebrale bypassoperatie. We maken dan een bloedvat dat op de schedel loopt los en brengen het in verbinding met een bloedvat in de hersenen. Zo vergroten we de bloedtoevoer naar het bedreigde gebied’, zegt prof. dr. Tomas Menovsky, diensthoofd neurochirurgie.

Eenzelfde operatie gebeurt soms bij patiënten met een aneurysma, een uitstulping van een bloedvat. Onbehandeld kan een aneurysma scheuren, met een hersenbloeding tot gevolg. Ook Leen kreeg er jaren geleden mee te maken. ‘Ik had hoofdpijn en mijn zicht was achteruitgegaan. De oogarts verwees me door naar een neuroloog’, vertelt ze. Die ontdekte een

erg groot aneurysma in een bloedvat dat naar de hersenen leidde.

‘Vaak is het te laat’

‘We konden niet anders dan het bloedvat in kwestie net onder het aneurysma af te sluiten’, legt Menovsky uit. ‘Om de bloedvoorziening naar de hersenen te vrijwaren, hebben we vooraf een bypass aangelegd. Omdat het af te sluiten bloedvat best groot was, hebben we bij Leen daarvoor een ader uit de arm gebruikt. Die hebben we vanuit een groot bloedvat in de hals naar de hersenen geleid.’ Twee dagen na de ingreep behandelde de interventieradioloog het aneurysma met coiling,

waarbij de uitstulping wordt opgevuld met kleine veertjes.

Al bij al had Leen veel geluk. Menovsky: ‘Omdat de hersenen gevoelloos zijn, geeft een aneurysma doorgaans geen klachten. Meestal ontdekken we het pas als het begint te bloeden. In het beste geval stopt de bloeding dan vanzelf en kunnen we de patiënt nog behandelen, maar vaak is het ook te laat.’

Leen kon na elf dagen het ziekenhuis verlaten en was na een maand al terug aan het werk. Sindsdien gaat ze tweejaarlijks op controle. ‘Maar ik maak me geen zorgen. Ik ben destijds goed hersteld’, besluit ze. ●

Passie voor microchirurgie

Het UZA is een van de drie Vlaamse ziekenhuizen die bypassoperaties in de hersenen uitvoeren. ‘In het UZA doen we er een zevental per jaar. Het risico op complicaties is klein, al is het uiteraard een erg secuur werkje’, vertelt prof. dr. Tomas Menovsky. Net dat heel fijne werken is wat Menovsky aantrekt in de microchirurgie. Zijn passie maakte hem tot een internationaal expert en mentor. In 2006 ruilde hij het Radboud Universitair Medisch Centrum in Nijmegen in voor het UZA. Intussen voert hij ook nog jaarlijks zo’n twintig cerebrale bypassoperaties uit in Lille en geeft hij microchirurgie cursussen in Wenen. Menovsky: ‘Ik wil mijn kennis tijdig aan een collega doorgeven. Want voor je zo’n zeldzame ingreep echt in de vingers hebt, ben je al gauw een zestal jaar verder.’



Dienst neurochirurgie,
T03 821 33 28