



Gezondheids**Zorg** met een Ziel

JAARVERSLAG 2018 - 2019

HARTCENTRUM AZ MARIA MIDDELARES

Trots stellen we u dit jaar een dubbel jaarrapport 2018-2019 voor van de diagnostiek en behandeling van cardiale pathologie in AZ Maria Middelares. Hiervoor bundelen we de activiteiten en uitkomsten van de diensten cardiologie, cardiochirurgie, anesthesie-intensieve zorg en revalidatie.

Fier op wat al bereikt is, maar tegelijk ook ongelooflijk gedreven om de beste zorg te blijven leveren met

een niet afhoudende ambitie voor de toekomst. Die unieke dynamiek tussen expertise, wetenschap en innovatie leidt tot een maximaal kwaliteitsvol aanbod voor de cardiale patiënt.

Dank aan het geëngageerde netwerk van doorverwijzers binnen het E17-ziekenhuisnetwerk, en aan de huisartsen die ons vertrouwen schonken voor de zorgcontinuïteit bij hun patiënten.

www.mariamiddelares.be/hartcentrum





HARTCENTRUM AZ MARIA MIDDELARES

In 1992 was het ziekenhuis, onder impuls van dr. Donald Claeys, klaar voor de opstart van een hartcentrum. Cardiologen dr. Jacques Verstraeten, dr. Xavier De Wagter, dr. Eric Germonpré en hartchirurg dr. Ruben Hamerlijncx gaven de medische gestalte aan dit zorgaanbod. Evident namen ook de cardioanesthesie en cardiovalidatie hun rol hierin op.

Inmiddels kregen de ziekenhuisnetwerken vorm, met onder meer als doel het cardiale zorgplan strikter te stroomlijnen.

Het hartcentrum AZ Maria Middelaeres Gent (dat beschikt over hartkatheterisatie, elektrofysiologie en hartheelkunde) huist in het E17-ziekenhuisnetwerk.

Een trouwe samenwerking met ook AZ Jan Palfijn Gent, Zorgsaam Terneuzen en individuele cardiologen blijft behouden.

De inhoud van dit dubbele jaarverslag is een aanbod van kwantitatieve data als reflectie van ervaring, evenals een kwalitatieve analyse van de verrichtingen, een resultaat waar alle partners deel in hebben.

CARDIOLOGEN & CARDIOCHIRURGEN

Philippe Ballaux, MD, MSc, cardiochirurg

Subspecialismen: chirurgische behandeling van voorkamerfibrillatie, via minimaal aortaklepchirurgie invasieve weg en mitraalklepherstel.

Benedikt Callens, MD, cardioloog

Subspecialismen: klinische cardiologie en niet-invasieve beeldvorming.

Koen Cathenis, MD, cardiochirurg

Subspecialismen: minimaal invasieve mitralisklepchirurgie, robotchirurgie aortaklepchirurgie, bypasschirurgie, ritmechirurgie.

Kristoff Cornelis, MD, cardioloog

Subspecialismen: invasieve coronaire beeldvorming en fysiologie, interventionele cardiologie met ook rotationele atherectomie, intravasculaire lithotripsie en desocclusie van chronisch totale occlusies, endovasculaire behandelingen van aortaklep- en mitralisklepleklijden, aangeboren hartdefecten bij volwassenen en sluiting van het hartoortje.

Johan De Sutter, MD, PhD, cardioloog

Subspecialismen: hartfalen, klepleijden, cardiale revalidatie en sportcardiologie, cardio-oncologie.

Vincent Floré, MD, PhD, cardioloog

Subspecialismen: invasieve coronaire beeldvorming en fysiologie, interventionele cardiologie met ook rotationele atherectomie, intravasculaire lithotripsie en desocclusie van chronisch totale occlusies, percutane behandeling van klepleijden en structureel hartlijden.

Bart François, MD, cardioloog

Subspecialismen: elektrofysiologische onderzoeken, ablaties, implantaties en opvolging van pacemakers, defibrillatoren en resynchronisatietherapie bij hartfalen.

Eric Germonpré, MD, cardioloog

Subspecialismen: invasieve coronaire beeldvorming en fysiologie, interventionele cardiologie.

Dominique Goossens, MD, cardiochirurg

Subspecialismen: coronaire chirurgie, aorta(wortel)chirurgie en chirurgische behandeling van het hypertrofisch septum.

Veronique Moerman, MD, cardioloog

Subspecialismen: niet-invasieve beeldvorming (echografie en MRI van het hart), klepleijden, hartfalen en hartrevalidatie, cardio-oncologie. Daarnaast werk ik samen met dr. Ellen Van Puyvelde (sportarts) voor sportmedische evaluatie.

Frank Provenier, MD, PhD, cardioloog

Subspecialismen: elektrofysiologische onderzoeken en ablaties, implantaties van pacemakers, defibrillatoren en resynchronisatie implantaten.

Hans 'T Kindt, MD, cardioloog

Subspecialismen: intensieve zorg, arteriële hypertensie, palliatieve zorgen.

Marian Vandamme, MD, cardioloog

Subspecialismen: opvolging van pacemakers en defibrillatoren.

Nico Van de Veire, MD, PhD, cardioloog

Subspecialismen: niet-invasieve cardiologie met inbegrip van echografie van het hart, de behandeling van hartfalen en klepleijden, cardio-oncologie.

Delphine Vervloet, MD, cardioloog

Subspecialismen: niet-invasieve beeldvorming, klepleijden en hartfalen, cardio-oncologie.

Peter Zenner, MD, cardioloog

Subspecialismen: klinische cardiologie en niet-invasieve beeldvorming.

1. DIAGNOSTISCH ZORGAANBOD

1.1. Polikliniek

Het diagnostisch zorgaanbod wordt voorzien in alle cardiologische diensten van de samenwerkende ziekenhuizen, of bij privécardiologen.

De cardiologen van AZ Maria Middelaes doen poliklinische activiteiten op meerdere locaties:

AZ Maria Middelaes Gent, Buitenring Sint-Denijs 30

Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze,
Schutterijstraat 34

Medisch Centrum Maria Middelaes Gentbrugge,
Kliniekstraat 27

Gent, St.-Denijslaan 351

Merelbeke, Hundelgemsesteenweg 101

Evergem, Elslopark 41

Gespecialiseerde poliklinische consultaties cardiologie in AZ Maria Middelaes worden georganiseerd rond ziektebeelden als kleplijden, hartfalen, cardio-oncologie en familiale hypercholesterolemie.

De hartchirurgen onderzoeken de patiënt en geven uitleg aan de patiënt en zijn familie voor de ingreep. Ze zien geopereerde patiënten terug voor opvolging.

Deze consultaties vinden plaats in AZ Maria Middelaes, alsook in verwijzende ziekenhuizen:

AZ Maria Middelaes Gent, Buitenring Sint-Denijs 30

AZ Groeninge Kortrijk, Kennedylaan 4

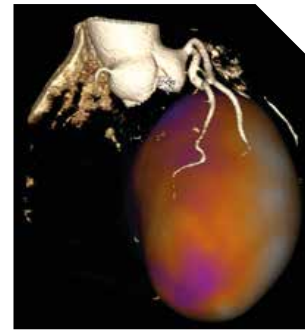
Zorgsaam Terneuzen, Wielingenlaan 2



1.2. Cardiale beeldvorming

Het echolab is door de European Association of Cardiovascular Imaging geaccrediteerd voor alle echocardiografische modaliteiten en beschikt ook over probes voor driedimensionele beeldvorming.

Daarnaast bestaan er ook cardiale beeldvormingsmodaliteiten waarvoor een goede samenwerking bestaat met de disciplines radiologie (CT en MRI) en nucleaire geneeskunde (SPECT en PET-CT).



Fusie van myocard SPECT en coronaire CT, om de zone van myocard ischemie en de coronaire letsels te visualiseren.

2. THERAPEUTISCH ZORGAANBOD

2.1. Cardiologie

HARTFALEN

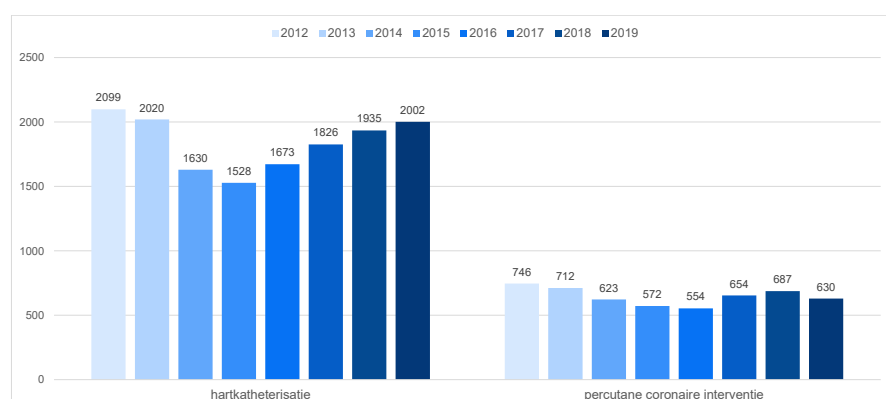
De dienst cardiologie beschikt over een gespecialiseerd hartfalenteam van vier cardiologen en twee hartfalenverpleegkundigen die, in multidisciplinaire samenwerking met andere artsen, de dienst intensieve zorg en de revalidatiedienst, patiënten met acuut en chronisch hartfalen opvangen.

De hartfalenverpleegkundigen (Barbara Vande Kerckhove en Katrien De Clercq) zijn het eerste aanspreekpunt voor begeleiding en advies. Tevens staan ze in voor de telemonitoring ter opvolging van hartfalenpatiënten met devices als ICD of pacemaker.

INTERVENTIECARDIOLOGIE, CORONAIR LIJDEN

Hartkatheterisatie en coronarografie kunnen resulteren in een percutane coronaire interventie of leiden tot een heelkundige ingreep. In 2018 en 2019 kregen 3937 patiënten een hartkatheterisatie, 1 317 of 33,5 % zijn met een coronaire interventie behandeld.

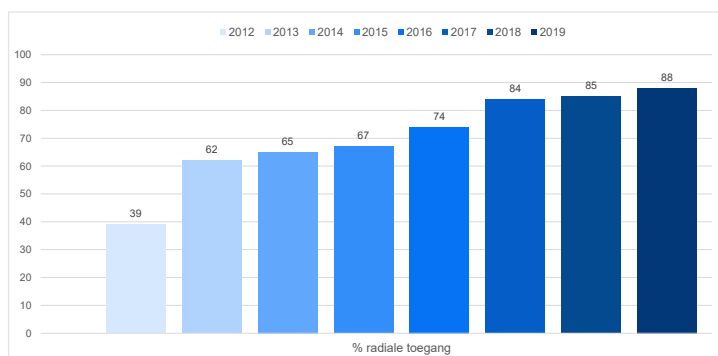
Fractionele flow reserve (FFR) is een bijkomende meting om de therapie af te stemmen in situaties waar het angiogram niet duidelijk toelaat om de ernst van een coronaire vernauwing te bepalen. In 2019 werd deze meting bij 153 patiënten uitgevoerd: 96 patiënten vermeden daardoor een interventie.



Grafiek 1. Aantal procedures hartkatheterisatie en percutane coronaire interventie, evolutie sinds 2012.

Terwijl historisch beschouwd de hartkatheterisatie via de femorale toegang gebeurde, wordt nu **access via de arteria radialis** aangeraden, om reden van veiligheid en comfort voor de patiënt. Het aandeel van de radiale benadering bij de hartkatheterisatie is een kwaliteitsmeting, en is ondertussen de routine: sinds 2018 is dit in meer dan 85 % toegepast.

De meest uitdagende percutane interventie is wel de chronische totale occlusie. Langdurige, vaak verkalkte letsels die, ondanks medicatie, aanhoudende klachten van angor pectoris geven, vragen vaak ingewikkelde kathetertechnieken om de bloedtoevoer te herstellen. In de laatste twee jaar werden 59 van deze ingrepen uitgevoerd. 87 % was succesvol.



Grafiek 2. Percentage hartkatheterisaties via radiale toegang, evolutie sinds 2012.

Het acuut myocardinfarct is nog steeds de meest bedreigende pathologie van de kransslagaders. Een transmurale beschadiging dreigt bij een ST-elevatie myocardinfarct (STEMI), en heeft belangrijke prognostische implicaties.

Het herstel van de coronaire doorstroming moet zo snel mogelijk gebeuren. Dat inzicht heeft geleid tot de primaire percutane coronaire interventie. De wedloop tegen de tijd vereist een gestroomlijnde samenwerking tussen de dienst spoedgevallen en de medewerkers hartkatheterisatie. Internationale richtlijnen stellen dat herstel van de bloedtoevoer in het bedreigde myocardgebied binnen de 70 minuten na aankomst in het hartcentrum wenselijk is: er zijn 10 minuten voorzien voor de diagnostiek op de dienst spoedgevallen, en 60 minuten om na de diagnose een revascularisatie te verkrijgen. De mediane diagnose tot reperfusietijd bedroeg 38 minuten in 2018 en 35 minuten in 2019.

INTERVENTIECARDIOLOGIE, STRUCTUREEL HARTLIJDEN

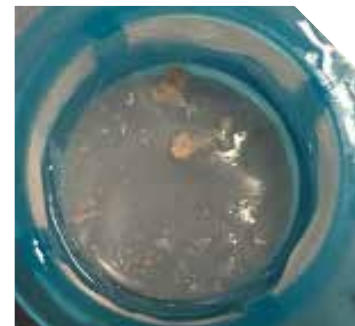
Sluiten van een atrium septum defect of patent foramen ovale kan om hemodynamische redenen of ter preventie van embolisatie. 42 patiënten werden hiervoor behandeld in de tijdspanne van 2018-2019.

Sluiten van het hartoortje is aangewezen bij patiënten die door voorkamerfibrillatie een verhoogd risico op beroerte hebben, maar geen ontstollende medicatie kunnen innemen. Deze ingreep vond plaats bij 8 patiënten (5 in 2018, 3 in 2019).

Percutane aortaklep plastie (PTAV) door dilatatie kan als alleenstaande ingreep worden uitgevoerd om de kritisch zieke patiënt tijdelijk te helpen, maar ook ter voorbereiding van een aortaklepverving om zo het klinisch effect van de aortaklep gradiënt reductie te evalueren. In 2018 en 2019 kregen 41 patiënten een geïsoleerde endovasculaire aortaklepplastie, met succes en ongecompliceerd.

De **percutane aortaklepverving (transcatheter aortic valve implantation of TAVI)** is aangewezen bij patiënten met een symptomatische aortaklepstenose, die een hoog operatief risico hebben. Sinds 2010 loopt het TAVI-programma in ons ziekenhuis. In 2018 en 2019 zijn 93 procedures uitgevoerd. Bij 93 (100 %) is de implantatie met succes uitgevoerd. Terwijl voorheen de procedure onder algemene anesthesie de hemodynamische fragiliteit aansprak, is sinds 2018 de standaard onder lokale anesthesie.

Om complicaties te vermijden wordt sinds november 2018, waar mogelijk, een **cerebral protection system Sentinel®** toegepast. Deze carotisfilter vangt afbrokkelende plaques en trombo-embolen op. Deze bescherming kon bij 59 van 74 patiënten geplaatst worden (80 %). De ziekenhuismortaliteit bij de laatste 111 patiënten was gemiddeld 2 %, evenwel 0 % als de protectie werd toegepast. Deze gunstige resultaten ondersteunen ons streven om market-leider te blijven in de toepassing van deze techniek in België. Ons ziekenhuis werd in 2019 dan ook geaccrediteerd tot Centre of Excellence voor TAVI-implantatie, en tot internationaal opleidingscentrum binnen Europa voor Sentinel® gebruik.



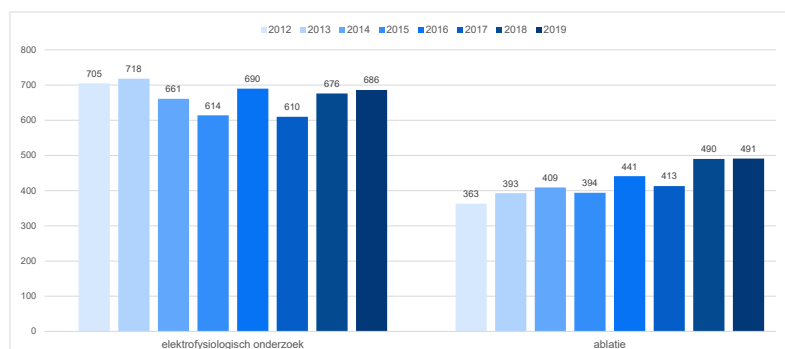
Opgevangen embolisatie uit filters van Sentinel®

In tegenstelling tot de ruime ervaring met percutane behandelingen van aortakleplijden, is dit voor het mitraliskleplijden nog in volle ontwikkeling. Mitralisklepinsufficiëntie is een zeer frequente aandoening. De edge-to-edge mitralisklepplastie (Mitraclip®) is op heden de meest toegepaste percutane behandeling bij patiënten met refractair hartfalen en een hoog operatief risico. Het **Mitraclip®-programma** is door de overheid gereguleerd en kan in een gelimiteerd aantal Vlaamse centra worden uitgevoerd. Deze ingreep wordt door onze eigen cardiologen uitgevoerd, en vindt plaats in het OLV Aalst. In 2018 en 2019 werden 6 van onze patiënten er behandeld met een Mitraclip®-plaatsing.

INTERVENTIECARDIOLOGIE, RITMESTOORNISSEN

Ablatie is de op kathetertechniek gebaseerde behandeling, waarbij de oorzakelijke verbinding of regio van een tachycardie wordt uitgeschakeld. Deze procedure kan levensreddend zijn bij ventrikeltachycardie. Vooral in het domein van voorkamerfibrillatie is er de laatste jaren een flinke expansie.

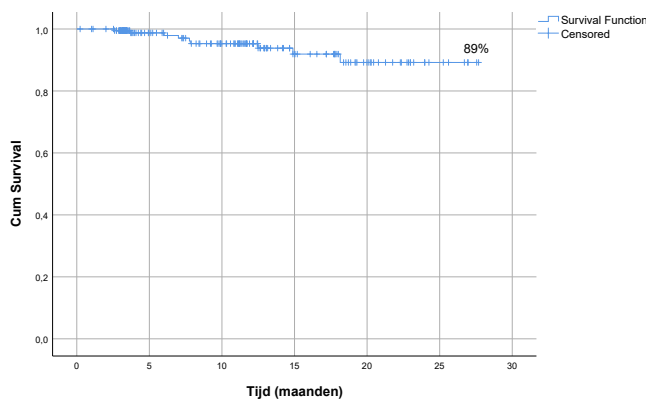
Om de (para)medische expertise te bundelen hebben de elektrofysiologen van AZ Maria Middelaes Gent en AZ Groeninge Kortrijk sinds 2010 hun samenwerking bekrachtigd tot één overkoepelend team. De procedures werden uitgevoerd in AZ Maria Middelaes Gent en AZ Groeninge Kortrijk.



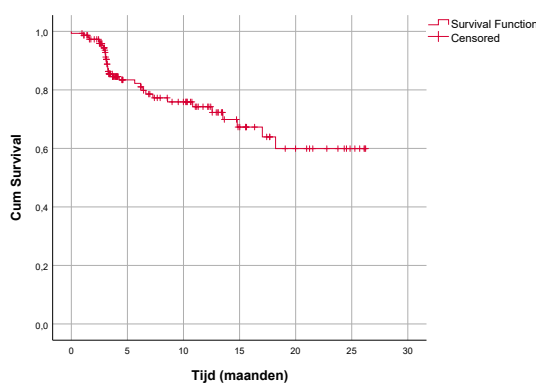
Grafiek 3. Aantal procedures elektrofysiologie en ablaties, evolutie sinds 2012.

Het aantal patiënten die met ablatie behandeld werden in de cohorte van voorkamerfibrillatie laat toe om een kwaliteitsanalyse uit te voeren. Tussen 1 februari 2016 en 28 februari 2018 werden alle patiënten in retrospectieve analyse nagekeken op succes gedurende minstens één jaar na de ingreep. Afwezigheid van voorkamerfibrillatie na de eerste procedure (zonder gebruik van medicatie) was 68,2 %. De uitkomst was beter bij de paroxysmale vorm ten opzichte van de persisterende vorm (respectievelijk 81,6 % en 49,8 %).

Een **tweede procedure ter optimalisatie** behoort al bij aanvang van de ablatieplanning tot de mogelijkheden. Deze geeft nog bij de helft van de patiënten de mogelijkheid tot volledige ritmecontrole. Succes bij paroxysmale voorkamerfibrillatie stijgt naar 89 %, bij persisterende voorkamerfibrillatie naar 60 %.



Grafiek 4. Kaplan-Meier curve van patiënten met behoud van sinusritme, na één of meerdere ablatieprocedure(s) door paroxysmale voorkamerfibrillatie.



Grafiek 5. Kaplan-Meier curve van patiënten met behoud van sinusritme, na één of meerdere ablatieprocedure(s) door persisterende voorkamerfibrillatie.

Hartstimulatie geeft de patiënt de gewenste hartfrequentie bij onderliggende sinusknopziekte en/of geleidingsonderbreking. Het is meer een hemodynamische ondersteuning ingeval van hartfalen door linkerbundeltak blok, met biventriculaire stimulatie of His bundel stimulatie. In 2018 en 2019 werden 428 pacemakers geplaatst, 25 ervan omwille van resynchronisatie.

Implantatie van de **interne defibrillator** is om reden van preventie van plotse dood door ventrikelfibrillatie of ventrikeltachycardie. Vaak is daarbij structureel hartlijden aanwezig, met nood aan biventriculaire stimulatie. In 2018 en 2019 werden 244 defibrillatoren ingeplant, 48 resynchronisatie toestellen. Implantatiegerelateerde infectie was aanwezig in 0,6 %. 98,8 % van de implantaties was de eerste drie maanden vrij van complicatie. Overleving in deze fragiele populatie was 96,4 % na één jaar en 93,4 % na drie jaar.

REVALIDATIE

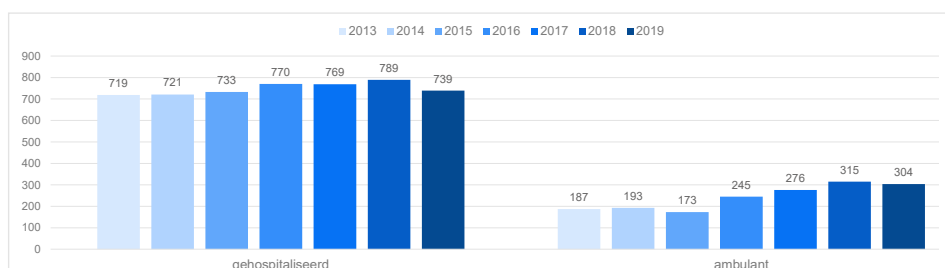
Cardiale revalidatie biedt een belangrijke meerwaarde in het zorgproces van de patiënt. Er is het fysisch herstel na een periode van ziekte of operatie, maar ook de educatie en aanpak van de risicofactoren dragen bij tot een verhoogde levenskwaliteit en een betere prognose. Het cardiaal revalidatieteam bestaat uit revalidatieartsen, kinesitherapeuten, psychologen, sociaal verpleegkundigen en diëtisten. De belangrijkste indicaties voor cardiale revalidatie omvatten patiënten na acuut myocardinfarct, na cardiale heelkunde of na een hospitalisatie voor hartfalen.

In 2018 en 2019 hebben 2 147 patiënten de hartrevalidatie gevolgd (1 528 gehospitaliseerde patiënten en 619 ambulante patiënten).

In 2019 werd een tevredenheidsenquête uitgevoerd bij 95 patiënten die het cardiale revalidatieprogramma hadden afgewerkt in AZ Maria Middelaars. 81 % van de patiënten waren tevreden tot zeer tevreden met de begeleiding door de artsen en 98 % tevreden tot zeer tevreden met de begeleiding door de kinesitherapeuten.

PALLIATIEVE ZORG

Wetenschappelijke vooruitgang heeft geleid tot een breed arsenaal aan behandelopties voor hart- en vaatziekten met als gevolg een daling in mortaliteit (sterfte) en aantal opnames. Desalniettemin blijft de vijfjaarsmortaliteit na hospitalisatie door hartfalen nog steeds hoger dan 40 % en heeft hartfalen een significante impact op de levenskwaliteit van de patiënt. In de aanpak van hartfalen in een gevorderd stadium wordt daarom ook aandacht besteed aan palliatieve zorg. Ingaan op vragen over vroegtijdige zorgplanning, optimale symptoomcontrole en holistische zorg in de terminale fase maken integraal deel uit van onze zorg. In 2019 werden 23 hartpatiënten palliatief ondersteund.



Grafiek 6. Aantal patiënten dat de cardiale revalidatie volgde in AZ Maria Middelaars, evolutie sinds 2013.

2.2. Chirurgisch

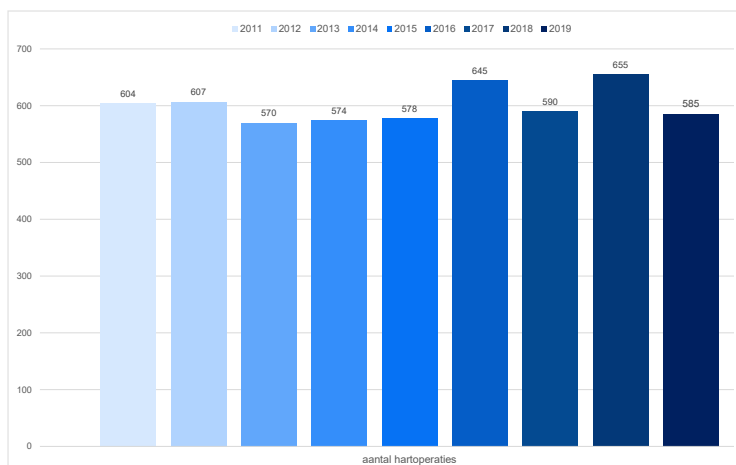
In 2018 en 2019 samen werden in de cardiochirurgische dienst van AZ Maria Middelaars 1 240 hartoperaties uitgevoerd.

Deze ingrepen (waarbij abstractie wordt gemaakt van diverse ingrepen zoals het plaatsen van een ventriculaire lead of IABP, behandeling van mediastinitis en verwijderen van staaldraden) vormen de basis van onderstaande verdeling.

Om de operaties te groeperen werd een ranking opgesteld. In het geval van gecombineerde ingrepen domineren de klepoperaties over CABG (waarbij een mitralisklep in een hogere categorie komt dan een aortaklep); een operatie aan de aorta eindigt dan weer boven een klep. Op die manier werd geen enkele ingreep meer dan één keer opgenomen in deze gegevens.

In 2018-2019 werden er 248 patiënten geopereerd vanuit ons Hartcentrum. 992 patiënten werden verwezen vanuit de samenwerkende cardiologische diensten buiten het ziekenhuis: ZorgSaam Terneuzen, AZ Groeninge Kortrijk, O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem, AZ Jan Palfijn Gent en AZ Damiaan Oostende. Daarnaast in kleiner aantal van andere ziekenhuizen en cardiologen die niet aan een ziekenhuis verbonden zijn.

Het aantal operaties bleef ongeveer gelijk aan de voorbije jaren, namelijk rond de 600.



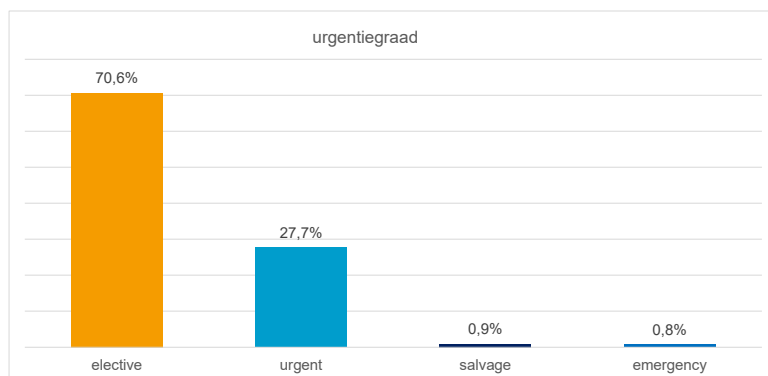
Grafiek 7. Aantal hartoperaties in AZ Maria Middelaars, evolutie sinds 2011.



De cardiochirurgische ingrepen worden gerangschikt naar dringendheid.

Deze categorieën worden door de **BACTS** (Belgian Association of Cardio-Thoracic Surgery) vooropgesteld.

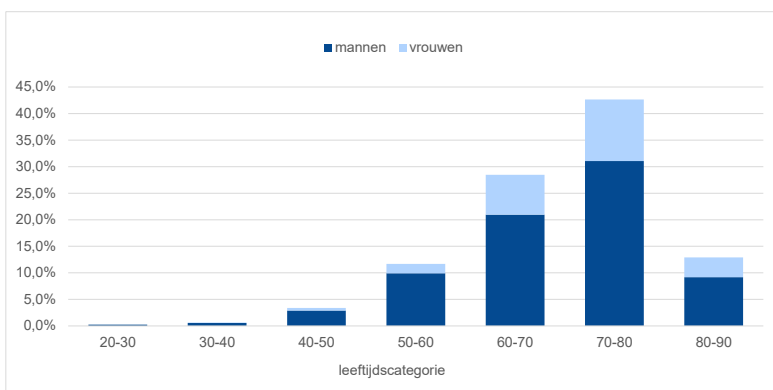
- Electief: geplande opname voor operatie.
- Urgent: niet selectief opgenomen voor operatie, maar nood tot interventie of chirurgie in de huidige opname voor medische redenen.
- Emergency: de operatie wordt uitgevoerd voor het begin van de volgende werkdag.
- Salvage: patiënt in reanimatiesetting op weg naar de operatiezaal of voor inductie.



Grafiek 8. Verdeling van de ingrepen naar dringendheid, 2018 en 2019.

In 2018-2019 werden 70,6 % (n=875) patiënten electief geopereerd; 27,7 % (n=344) urgent; 0,8 % (n=10) emergent en 0,9 % (n=11) salvage.

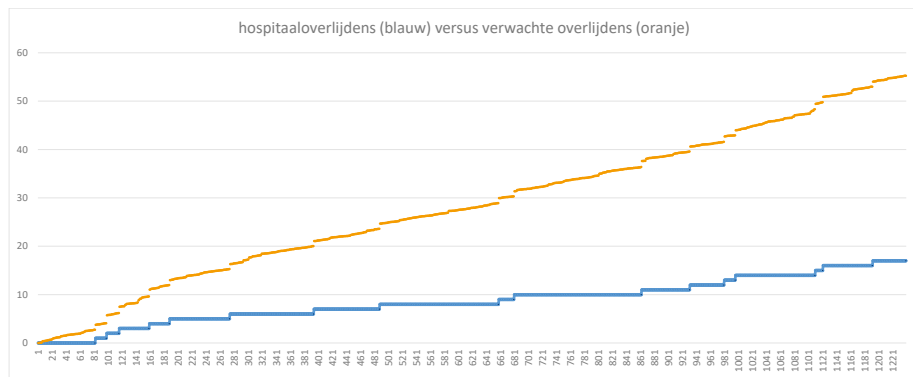
Van de 1 240 patiënten die werden geopereerd in 2018-2019 waren er 74,8 % (n=928) vrouwen en 25,2 % (n=312) mannen. De leeftijdsgroep tussen de 70 en 79 jaar is de grootste groep met 31% (n=529) patiënten.



Grafiek 9. Verdeling van het aantal geopereerde patiënten volgens leeftijdscategorie, 2018 en 2019.

De grafiek vat de leeftijdsverdeling van de totale groep geopereerde patiënten in 2018-2019. 13 % (n=60) van de geopereerde patiënten in 2018-2019 was ouder of gelijk aan 80 jaar. De proportie aan patiënten ouder dan 80 jaar lijkt de laatste jaren te stabiliseren. Mogelijk houdt dit verband met een verschuiving van aortaklepooperaties naar percutane aortaklepipplantaties, de TAVI-techniek, bij patiënten die minder geschikt zijn voor een ingreep met hartlongmachine.

De verwachte mortaliteit voor de totale patiëntengroep op basis van de gemiddelde Euroscore II bedroeg 3,2 %. De mortaliteit van de totale groep bedraagt 1,4 % (n=17) in AZ Maria Middelaars. Dit gunstige resultaat wordt teruggezien in alle types van hartoperaties.

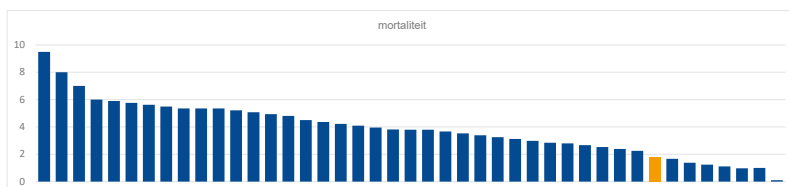


Grafiek 10. Ziekenhuisoverlijdens (blauw) versus verwachte overlijdens (oranje), 2018 en 2019.

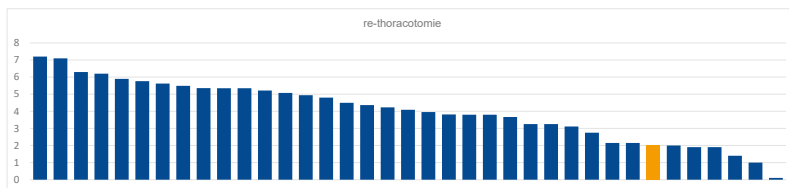
Het is mogelijk de verwachte mortaliteit te plaatsen tegenover de actuele mortaliteit in een Variable Life Adjusted Display of VLAD-grafiek. Daarbij krijgt elke overlevende patiënt een verwachte mortaliteit als een positief saldo (boven de nul-lijn) en elke patiënt die overlijdt (1-zijn operatief risico) als een negatief saldo (onder de nul-lijn). Zo wordt idealiter een curve van "positief saldo" aan "lives saved" verkregen, ten opzichte van de voorspelde mortaliteit. Het aantal lives saved is ruim 21 in de periode 2018 en 2019, of 1 extra overlevende per 59 geopereerde patiënten.

Onze databasegegevens worden opgenomen in een Europees platform, Quality Improvement Project (Quip), om zo de resultaten te kunnen benchmarken en domeinen voor verbetering op te sporen. In vergelijking met andere centra in Europa scoren we zeer gunstig op gebied van mortaliteit. En in vergelijking met de centra van Europa die data aan-

leveren voor Quip. Ook voor het aantal rethoracotomies behalen we goede resultaten in vergelijking met andere centra die cijfers aangeleverd hebben.



Grafiek 11. 30-dagen mortaliteit AZ Maria Middelaars (oranje balk) ten opzichte van de andere Europese centra, 2018 en 2019.



Grafiek 12. Aantal patiënten met een re-thoracotomie voor een postoperatieve bloeding of tamponade, AZ Maria Middelaars (oranje balk) ten opzichte van de andere Europese centra, 2018 en 2019.

Morbiditeit cardiochirurgie 2018 - 2019

Bij 0,8 % (n=10) van de patiënten werd een CVA of TIA vastgesteld na de ingreep.

Stroke		
Totalen	1240	100,0 %
No	1230	99,2 %
Permanent	8	0,6 %
Transient	2	0,2 %

Tabel 1. Aantal patiënten met CVA of TIA na de ingreep, 2018 en 2019.

Bij 0,8 % (n=10) van de niet-dialyse dependente patiënten was er postoperatief nood aan (tijdelijke) dialyse.

Dialyse bij patiënten zonder preoperatieve nierinsufficiëntie		
Totalen	1217	100,0 %
No	1207	99,2 %
Yes	10	0,8 %

Tabel 2. Dialyse bij patiënten zonder preoperatieve nierinsufficiëntie, 2018 en 2019.

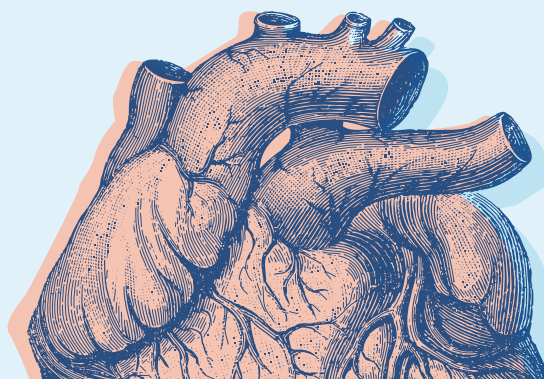
1,9 % (n=24) van de patiënten ondergingen een re-thoracotomie door een postoperatieve bloeding of tamponade.

Reop		
Totalen	1240	100,0 %
No re-operation required	1214	97,9 %
Re-operation for bleeding/tamponade	24	1,9 %
Sternal resuturing for any reason	2	0,2 %

Tabel 3. Aantal patiënten met een re-thoracotomie door een postoperatieve bloeding of tamponade, 2018 en 2019.

“

In vergelijking met andere centra in Europa scoren we met de hartoperaties zeer gunstig op gebied van mortaliteit.



2.3. Intensieve zorg

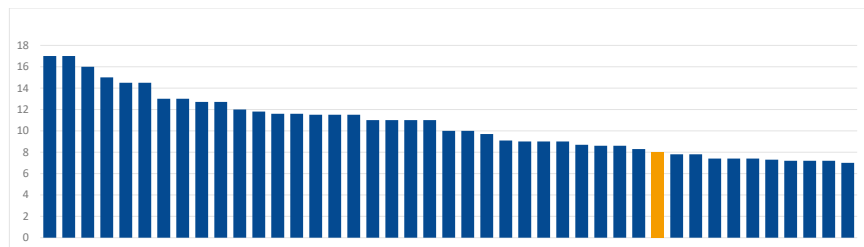
De staf van de dienst intensieve zorg is multidisciplinair samengesteld met een permanentie van artsen met een anesthesie-achtergrond en de dagelijkse aanwezigheid van een arts met een internistische achtergrond. Zo zijn er vier intensieve zorg artsen met een basisopleiding anesthesie, een pneumoloog intensieve zorg arts, een nefroloog intensieve zorg arts en een cardioloog intensieve zorg arts. Ook de chirurgen participeren dagelijks aan de stafvergaderingen en geven zo hun visie en achtergrond mee. Deze dagelijkse samenwerking, 7 op 7, in een open structuur, zorgt voor een directe uitwisseling van kennis en ideeën en staat garant voor een benadering vanuit een holistisch perspectief van de patiënt. Allen zijn experts in de infectieziekten om complexe behandeling van infecties te bespreken.

De dienst intensieve zorg telt 22 erkende intensieve zorg bedden die allemaal gehuisvest zijn in een individuele kamer. De bedbezetting in 2018 schommelde tussen 78 % en 93 %. De bedbezetting in 2019 schommelde per maand tussen 76 en 90 %. De gemiddelde verblijfsduur varieert tussen de 1,9 en de 2,7 dagen. De korte opname op intensieve zorg laat ook toe om de totale opnameduur van de hartheelkunde patiënten te beperken.

De cardiovasculaire pathologie was goed voor 1 405 opnames op de dienst intensieve zorg in 2018. 43 % betreft opnames na cardiovasculaire chirurgie, 8 % waren opnames van patiënten met cardiale pathologie zonder chirurgisch ingrijpen. De cardio-

vasculaire pathologie was goed voor 1 278 opnames in 2019 op de dienst intensieve zorg. 30 % waren opnames na cardiale heelkunde, 8 % was om cardiovasculaire redenen. Samen zijn deze twee disciplines dus verantwoordelijk voor 38 % van de opnames op de dienst intensieve zorg.

Ten behoeve van de patiënt met cardiale problemen zijn alle benodigde technieken op de werkvloer aanwezig op intensieve zorg. Zo wordt er aan bed echografie verricht, zowel door de intensieve zorg artsen als door de artsen van de dienst cardiologie. Alle vormen van medicamenteuze ondersteuning worden toegepast met toenemend een plaats voor de behandeling met levosimendan. Voor de behandeling van acute pulmonale hypertensie bij beademde patiënten beschikken we eveneens over een toestel voor de toediening van stikstofmonoxide. Met betrekking tot mechanische ondersteuning wordt gebruikgemaakt van intra aortale ballonpomp en in het meest ernstige geval een extra corporele membraanoxygenatie. Voor het starten van een assist device wordt samengewerkt met het UZ Gent.



Grafiek 13. Opnameduur (in dagen) van patiënten na hartheelkunde AZ Maria Middelaars (oranje balk) ten opzichte van de andere Europese centra, 2018 en 2019.

CONTACTGEGEVENS

AZ Maria Middelaars

Buitenring Sint-Denijs 30
9000 Gent

Cardiologie

www.hartcentrum.be
info@hartcentrum.be
Secretariaat: 09 246 86 00

Hartchirurgie

www.chirurgiegent.be
heelkunde@azmmsj.be
Secretariaat: 09 246 74 00

