



uitgelicht

Infectiologie: een dienst in groei

Wie “infectiologie” hoort, denkt misschien spontaan aan ‘de juiste antibiotica toedienen’. Maar dat is maar één onderdeel van de taak van een infectioloog. Dr. Andreas De Paepe ziet vaak patiënten bij wie meerdere zaken tegelijk spelen: koorts zonder duidelijke oorzaak, een prothese die geïnfecteerd raakt, of een doorligwonde die niet geneest. Stuk voor stuk complexe puzzels die intensieve samenwerking tussen verschillende disciplines vragen.

Patiënten die bij de infectioloog terechtkomen, hebben meestal een ingewikkeld verhaal. Een klassieke longontsteking of galblaasontsteking wordt door de longarts, gastro-enteroloog of chirurg behandeld. Maar wanneer een infectie complex is, onduidelijk of moeilijk te behandelen, schuift de infectioloog mee aan tafel.

Neem nu een geïnfecteerde doorligwonde. “Je kan niet zomaar antibiotica geven en klaar”, legt dr. De Paepe uit. “Je moet doorgedreven wondzorg toepassen, doorbloeding verbeteren, druk wegnemen, misschien de voeding aanpassen of opereren. Pas dan kies je het juiste geneesmiddel in de juiste dosis en duurtijd. Wij zorgen er mee voor dat alle stukjes op hun plaats vallen en dat de behandeling afgestemd raakt op wat de patiënt nodig heeft en aankan.”

Dr. De Paepe ziet ook patiënten met bijvoorbeeld schimmelinfecties bij verzwakte afweer of mensen die al weken onverklaarde koorts hebben. “Soms is het echt detectivewerk,” lacht hij. “Geneeskunde is sowieso vaak zoeken en puzzelen. Bij complexe infecties is ook de aanpak een puzzel, omdat we verschillende disciplines moeten samenbrengen.”

Antibiotica: waakzaam en spaarzaam

Naast het klinisch werk met patiënten waakt de infectioloog mee over een verstandig antibioticabeleid. Dr. De Paepe maakt deel uit van het antibiotica-team van het ziekenhuis. Samen bekijken ze de zwaarste infecties, volgen ze behandelingen actief op en geven ze advies aan collega's.

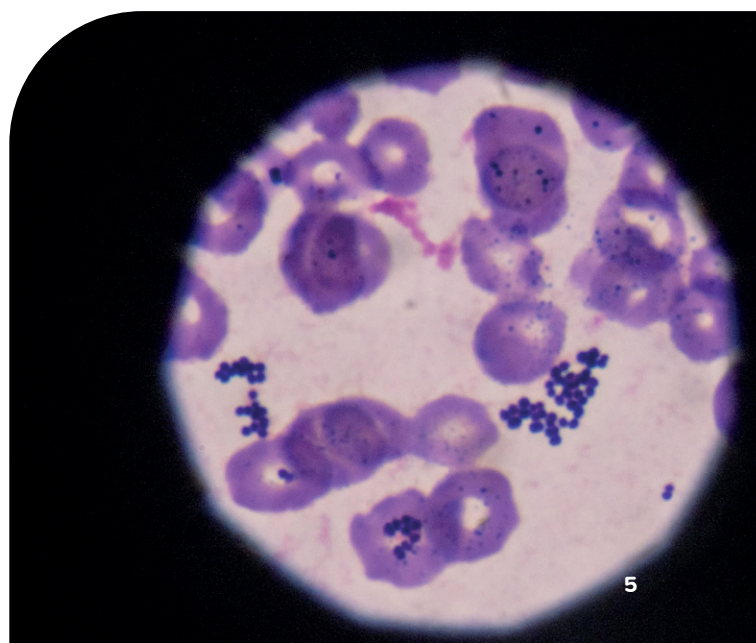
Antibioticaresistentie noemt hij zonder aarzelen de grootste uitdaging. “Bacteriën passen zich razendsnel aan,

dat is een natuurlijk fenomeen. Zelfs in permafrost, bevroren grond die duizenden jaren oud is, vind je genetisch materiaal terug dat resistentie mogelijk maakt tegen antibiotica die wij pas sinds 1930 inzetten. Door ons gebruik versnellen we dat proces. Daarom is verstandig voorschrijven zo cruciaal.”

Dat betekent: niet starten als het niet nodig is, een behandeling tijdig herevalueren en zo snel mogelijk overschakelen op een gericht middel zodra de kweekresultaten bekend zijn. Die aanpak spaart patiënten onnodige bijwerkingen en helpt tegelijk om de middelen die er zijn langer bruikbaar te houden.

Allergisch voor penicilline? Vaak een fabel

Eén op tien mensen zegt allergisch te zijn voor penicilline, maar dat klopt niet. “In werkelijkheid is dat minder dan één op honderd”, preciseert dr. De Paepe. “Veel mensen hoorden als kind dat ze allergisch zijn, terwijl sommige van hun reacties – misselijkheid, diarree, zelfs huiduitslag – eigenlijk bijwerkingen zijn. Zo’n vals allergie-label beperkt de ➔



behandelingsmogelijkheden onnodig. Daarom bouwen we samen met de afdeling longziekten een test-traject uit. Als we een vals label kunnen schrappen, heeft de patiënt daar levenslang voordeel van.”

De dienst infectiologie wil maximaal bereikbaar zijn voor zowel Klina-collega's als huisartsen. “Huisartsen kunnen ons bellen voor acute, nog-niet-spoedeisende vragen: de koorts die speelt, de onduidelijke ontsteking die niet overgaat. Vaak kan je met gericht advies een bezoek aan spoed vermijden en tegelijk sneller tot een plan komen.”

Van tropisch naar alledaags

Infectiologen zien ook patiënten met tropische ziekten zoals malaria. “Al is dat in ons ziekenhuis eerder uitzondering dan regel; de meeste mensen consulteren daarvoor het Instituut voor Tropische Geneeskunde”, nuanceert dr. De Paepe.

Toch is het een domein dat alertheid in diagnostiek en beleid vraagt, ook buiten de klassieke tropencontext. Door globalisering en klimaatverandering verschuiven deze infectieziekten steeds meer naar onze regio. Dengue – knokkelkoorts – komt vandaag al voor in Zuid-Europa, en de tijgermug die het virus kan overdragen, heeft zich ook in België gevestigd.

Het blijft voorlopig uitzonderlijk, maar toont hoe snel ziektepatronen evolueren. Infectieziekten die ooit “ver van ons bed” leken, kunnen nu ook hier opduiken.

Wat dr. De Paepe het meest wil benadrukken? “Dat complexe infectieziekten zelden door één arts alleen opgelost worden. Wij werken in team, samen met collega's in het ziekenhuis, met huisartsen, met verpleegkundigen en apothekers. En patiënten zelf spelen ook een rol, door hun behandeling strikt te volgen en kritisch om te gaan met antibiotica. Bewustzijn op alle niveaus, dat is onze sterkste bescherming tegen resistentie.”



Het antibiotica-team

Elke week buigt het A-team – twee infectiologen, een longarts en een microbioloog – zich samen met arts-specialisten in opleiding over de ernstigste infecties in het ziekenhuis. Patiënten met bacteriën in het bloed worden actief opgevolgd, behandelingen geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.

Reserve-antibiotica krijgen daarbij bijzondere aandacht. Dit zijn middelen die enkel ingezet worden bij infecties met multiresistente bacteriën. Hun gebruik wordt zorgvuldig afgewogen: de juiste dosis, de juiste duur, en altijd met de bedoeling zo snel mogelijk terug te schakelen naar een gerichter alternatief. Gebruik je ze te vaak, dan raak je ook daar je laatste redmiddel kwijt.

Ook ziekenhuisbreed neemt het team mee beslissingen. In het antibiotica-comité worden afspraken gemaakt over richtlijnen, behandelingskeuzes en zelfs praktische zaken zoals toedieningswijzen. Bijvoorbeeld door waar mogelijk over te stappen van langdurige infusen naar directe injecties, gaat er geen medicatie verloren, heeft de patiënt zijn volledige dosis, en winnen verpleegkundigen tijd voor andere zorgtaken.



Antibiotica thuis via OPAT

Voor sommige patiënten is een lange antibioticakuur noodzakelijk, soms wekenlang intraveneus. Vroeger betekende dat altijd een ziekenhuisverblijf, ook als de patiënt verder stabiel was. Met OPAT (*thuisoediening van antibiotica via een infuus*) kan de behandeling binnenkort in de eigen woning plaatsvinden.

De ziekenhuisapothek levert medicatie en materiaal, een thuisverpleegkundige met ervaring in OPAT dient toe, en de patiënt blijft onder controle van het ziekenhuis. Er zijn wel strenge voorwaarden: een betrouwbare katheter, een hygiënische thuissituatie en een omgeving die het toelaat. Voor wie in aanmerking komt, is de winst groot: herstel in de eigen omgeving, meer comfort en tegelijk minder druk op ziekenhuisbedden.

dr. Pieter Monballyu, dr. Winand Van Rompaey,
dr. Jense Wils en dr. Andreas De Paepe

Patiënt Luc Van Coillie kampt met een geïnfecteerde doorligwonde

“Ik ben vaste klant in het ziekenhuis, door complicaties die met mijn verlamming te maken hebben. Maar dit is anders. Ik heb voor het eerst een doorligwonde, en het is meteen ernstig.

Het begon met twee kleine wondjes. De thuisverpleging verzorgde die meerdere keren per dag met zalf, verbanden en compressen. Maar op een bepaald moment lukte het niet meer – het was intussen al uitgegroeid tot een diepe wonde van vijf centimeter. Zelf voel ik er niets van, door mijn verlamming, maar ik moest worden opgenomen voor een operatie. Ze hebben het dode weefsel weggeschraapt en de wonde opengelegd. Dat was onder volledige verdoving.

Nu wordt de wonde verzorgd met een speciaal vacuümtoestel, aangesloten op een soort van spons in de wonde, die alles continu zuivert. Het zou de wonde minder diep moeten maken. Daarnaast krijg ik ook antibiotica toegediend.

Dit toont hoe snel het kan gaan met een doorligwonde, ook al werd ze meteen opgemerkt door de thuisverpleegkundige. Het is erg verraderlijk.

Hoelang dit nog zal duren, weet niemand. Het hangt ervan af hoe goed de wonde geneest. Maar ik weet: dit gaat tijd kosten.”

