

'Periode na hiv-prikongeval was verschrikkelijk'



Prof. dr. Stefaan Nijs, diensthoofd traumatologie UZ Leuven: "Double gloving moet absoluut."

Stefaan Nijs kaderde de aanpak van trauma's historisch en geografisch. Trauma's hebben een enorme impact in de EU, waar er jaarlijks 240.000 doden door vallen en 5,4 miljoen ziekenhuisopnames met trauma's te maken hebben. Vallen thuis heeft een veel hogere prevalentie dan verkeersongevallen.

Het UZ Leuven besteedt aandacht aan het infectierisico gezondheidswerker-patiënt (*surgical side infections*). De kosten van een *surgical side infection* liggen minimaal tussen 2.000-4.000 euro. "Daarom ontwikkelden we allerlei protocols in de dienst, gingen we antimicrobiële coatings gebruiken op onze musculo-skeletale implantaten. Een nagelcoating met doxiciline leidt tot veel minder infectierisico, zelfs al gebruik je MRSA-stammen," aldus Stefaan Nijs. "We moeten ook onszelf als gezondheidswerker beschermen – vier van onze stafleden hadden een bewezen bloedcontact (prikongeval) met hepatitis of hiv."

Dat is niet zo verwonderlijk. Cijfers uit een Duits universitair centrum op basis van systematische screening van 1.074 traumapatiënten brachten aan het licht dat er 31 positief waren op hep C, 9 op hep B, twee op hiv... en 85% van deze positieve patiënten hadden niet aangegeven of wisten niet dat zij positief waren."

Op een studiedag over veiligheid en innovatie gaf prof. dr. Stefaan Nijs, diensthoofd traumatologie UZ Leuven, zijn visie op de organisatie van de traumachirurgie in België en de risico's voor gezondheidswerkers, inclusief zijn eigen ervaringen na een prikongeval.

Risico prikongevallen

Dat alles moet in het licht gezien worden van de volgende cijfers: bij een prikongeval met een hep C-positieve patiënt is er 1,8% risico om hep C te ontwikkelen. Hiv geeft een besmettingskans van 1 op de 250. Hep B levert een gigantisch hoog besmettingsrisico. Gelukkig is dat alles immuniseerbaar, aldus Nijs, "maar als je tripeltherapie moet nemen – ik kan het getuigen, ik had een prikongeval bij hiv-positieve patiënt 5 jaar geleden – dan is dat de hel. Je bent doodmoe, psychisch een wrak. Voorkomen is de boodschap."

Hoe hoog ligt het risico op prikongevallen in de chirurgie? Handschoenperforatie bij longchirurgie komt voor in bijna 80% van de cases. Hoe langer de ingrepen, hoe groter het risico. Bij een ingreep van meer dan 4u doet zich bij een op twee cases handschoenperforatie voor, voornamelijk bij de chirurg. Veiligheidsmaatregelen zijn een must. "Double gloving moet absoluut" stelde Nijs ferm. "Zoals aangetoond in de Cochrane-database is de bescherming door een indicatiesysteem ideaal om vroegtijdig perforatie te detecteren."

Een recente observatie door Idewe op de Leuvense traumadienst leerde dat frequent bloedspatten op het gezicht, mondmasker, en de eigen bril terechtkwamen. Dus heeft iedere chirurg double gloving nodig en veiligheidsbrillen op sterkte, concludeert Nijs.

3D

3D-beeldvorming en 3D-scans kenden we al, maar nu gaan we nog verder: "We kunnen intra-operatief 3D-scans maken en postoperatief meten hoe ver we afzitten van het normale om zo de kwaliteit van onze reducties aan te tonen." Door 3D-printing kunnen we posttraumatische vervormingen corrigeren en zelfs de diagnose verfijnen, heet het.

Traumazorg in België

In België zijn we toch uitstekend uitgerust inzake traumazorg voor ernstig gekwetsten? Niet volgens de kaart Europa: ieder jaar sterven bij ons 50 mensen/100.000 inwoners aan de gevolgen van een ongeval.

Het verschil met Nederland is ontzettend groot (26/100.000). Bovendien: "Onze statistieken zijn op niks gebaseerd, met onderschattingen van 5 tot 10% en onderrapportering! Natuurlijk rijden we te snel, natuurlijk drinken we, natuurlijk dragen we onze gordel niet. Maar we staan in de ergste files van Europa!", klonk het enigszins verwijtend. "Voor iedere verkeersdode is er een veelvoud blijvend gehandicapt."

Netwerken

Onze buurlanden implementeerden netwerken om de zorgkwaliteit te verbeteren. Duitsland deed dat al in de jaren 90, de Nederlanders bij het begin van deze eeuw: netwerken voor traumazorg zijn inmiddels uitgegroeid tot netwerken acute zorg. "Het laatste land dat die weg opging is Engeland. Daar was tot in 2010 de zorg gelijkaardig georganiseerd als in België. Na analyse vond men deze aantallen niet langer acceptabel..."

"Vandaag heb je binnen 30 minuten een CT-scan met *protocol total body* nodig om adequaat te diagnosticeren. Praktisch moeilijk haalbaar. Binnen het halfuur zouden we *fresh frozen plasma* moeten kunnen toedienen. Het ontdooien alleen al duurt een halfuur tot een uur en dan moet je het al beschikbaar hebben. Netwerken alleen is de oplossing!" suggereert Stefaan Nijs. Engeland deed het, gebaseerd op een Australisch model voor een bevolking van 5,5 miljoen op een oppervlakte van 240.000km² met daarin 3 *major trauma centres*. Vergelijk dus met België... dat verbeterde op 5 jaar de overlevingskans met 30%.

In België kennen we 22.000 Mug-interventies voor trauma met uiteindelijk 5.000 voor ernstig trauma. Bij 672 kon men helaas alleen de dood vaststellen, dus houden we ongeveer 4.000 ernstig gekwetsten over. Verder is er de archi-slechte registratie. Het KCE zal daarom in maart 2016 een studie opstarten om op drie vragen een antwoord te vinden.

- Is het wenselijk dat we een systematische traumazorg hebben?
- Zo ja, hoe definiëren we levelcriteria?
- Hoe moeten we die verdelen in ons land?

"We kennen in België een archi-slechte registratie van trauma-ongevallen"

Leuven poogt alvast om een traumane트워크 te starten op volutaristische basis. "Spelregels: iedere traumapatiënt in de regio moet verzorgd worden, niet in het UZ, maar binnen het netwerk. Op de meest geschikte plaats. Voor een ernstig levensbedreigend trauma is expertise en ervaring nodig, voor het niet-ernstig levensbedreigend trauma denken we dat zorgnabijheid en -toegankelijkheid veel belangrijker is."

"Minstens 400/600 majortraumapatiënten moet je behandelen vooraleer je een belangrijke impact hebt op de mortaliteit. Voor een totaal van 4.000 gevallen in België houdt dat dus negen tot tien netwerken in. De transporttijd iets verlengen maakt niets uit: "In Engeland is gebleken dat een transporttijd tot 45 minuten geen enkele impact heeft op de survival."

Concluderend stelt prof. dr. Nijs vier zaken voor:

- 1 concentratie van *lifechanging trauma*;
- 2 traumateams geleid door specialisten, 24/7;
- 3 goeie samenwerking waar minder ernstig trauma in nabijheid en toegankelijkheid van regionaal centrum verzorgd wordt;
- 4 regionale netwerken zijn nodig en supraregionale netwerken waar grote centra samenwerken met het majortraumacentrum om voor het matig ernstig trauma locoregionaal de zorg op zich te nemen. Enkel het meest ernstig levenslidmaatbedreigend trauma moet leiden tot een referentie aan het *major trauma centre*. ■

Pascal Selleslagh

1. Deze voordracht werd gebracht op de studiedag 'directeurs, veiligheid en innovatie', georganiseerd door de BVZD in Beerse bij Janssen Pharmaceutica.