

1263/841/5 - © SA - april 2012

Sint-Augustinus
GZA . Ziekenhuizen



Wat u moet weten over de eenheid voor beroertezorg

campus Sint-Augustinus
Oosterveldlaan 24
2610 Wilrijk
tel. 03 443 30 11
fax 03 440 43 74

www.st-augustinus.be
GasthuisZusters
Antwerpen



patiënteninformatie

Mijnheer, Mevrouw,

Welkom op de eenheid voor beroertezorg, een onderdeel van de afdeling neurologie van GZA Ziekenhuizen campus Sint-Augustinus. De eerste 24 of 48 uur van uw verblijf wordt u hier intensief geobserveerd en behandeld.

Het team van de eenheid voor beroertezorg stelde deze folder samen om u in deze moeilijke dagen een extra houvast te bieden. Als u na het lezen nog vragen hebt, aarzel dan niet om contact op te nemen met uw behandelend arts.

Wat is een beroerte?

De vakterm voor een beroerte is CVA (cerebrovasculair accident). Vrij vertaald betekent dit: ongeluk in de bloedvaten naar de hersenen. Het gevolg hiervan is dat de slagaders, die zuurstofrijk bloed vervoeren, onderbroken worden. Als deze onderbreking tijdelijk is (minder dan 24 uur) spreken we over een TIA (Transient Ischemic Attack). Duren de klachten langer dan 24 uur, dan spreken we over CVA, beroerte, stroke of in de volksmond attack/attaque. Een beroerte kan in enkele minuten ontstaan als een donderslag bij heldere hemel.

Een beroerte kan twee oorzaken hebben. Ongeveer 75 % van de beroertes ontstaan door een zuurstoftekort doordat een slagader of een ader verstopt raakt. Hierdoor sterft een stukje van het hersenweefsel af. We spreken in dit geval van een herseninfarct. Een van de meest voorkomende vormen van beroertes is trombose. Daarbij wordt meestal vet en kalk afgezet in de wand van de slagader tot deze volledig verstopt is. Een andere vorm van beroertes wordt veroorzaakt door een embolus. Dit betekent dat vanuit het hart of de grote bloedvaten zoals de aorta of de halsslagaders een brokje met bloedplaatjes, vet en/of kalk loskomt en gaat vastzitten in een bloedvat dat naar de hersenen gaat.

In 20% van de gevallen daarentegen is de beroerte te wijten aan een bloeding. Hierbij begeeft de wand van een bloedvat het en komt er bloed vrij in de hersenen. De aanpak van dit probleem is totaal anders dan bij een klassieke beroerte omdat bij een bloeding vooral de druk van het bloed op het hersenweefsel voor problemen zorgt.

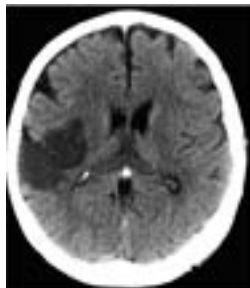
Soms kan een CVA zeer beperkt zijn, soms is het zeer uitgebreid en levensbedreigend. Bovendien kan zelfs de beste behandeling niet verhinderen dat een deel van de hersencellen verloren gaat. Dit kan leiden tot een min of meer belangrijke handicap.

Na verloop van tijd kunnen bepaalde zenuwcellen het werk gedeeltelijk overnemen. Dat vergt evenwel veel tijd, moeite en inzet.

Nu we meer en meer het ontstaan van een CVA begrijpen, weten we dat monitoring van bloeddruk, temperatuurregeling, bloedstolling, suiker e.a. cruciaal zijn in de behandeling van de beroerte. Daarom verblijft u op deze gespecialiseerde eenheid binnen de afdeling neurologie omdat we u deze speciale zorgen hier kunnen bieden.



Bloeding



Trombose

Symptomen

De gevolgen van een beroerte kunnen zeer ingrijpend zijn. Ze zijn voor iedereen anders. Sommige patiënten voelen enkel een soort voosheid over één lichaamshelft, anderen hebben dan weer een ernstige halfzijdige verlamming van een arm, been of volledige lichaamshelft. Nog anderen bevinden zich in een comateuze toestand. De ernst van de klachten wordt bepaald door de plaats en de omvang van het letsel.

Na een CVA kunt u slikproblemen (dysfagie) ondervinden. Indien nodig ondergaat u daarom zo snel mogelijk na uw opname een slikscreening om na te gaan in hoeverre er sprake is van slikproblemen. Om verslikken te vermijden kan het nodig zijn om tijdelijk uw voeding aan te passen door bijvoorbeeld vaste voeding te pureren of vloeistoffen in te dikken. In ernstige gevallen kan het noodzakelijk zijn om de voeding tijdelijk stop te zetten of over te stappen naar sondevoeding.

Bezoekers die een patiënt iets te eten of te drinken willen geven, informeren daarom best eerst bij de verpleegkundigen of de patiënt slikproblemen heeft!

Patiënten met een rechtszijdige verlamming

Patiënten met een rechtszijdige verlamming (door een letsel in de linkerhersenhelft) hebben vaak spraak- en/of taalmoeilijkheden. Spraakproblemen of dysartrie kunnen verschillen in aard of ernst en de spraakverstaanbaarheid ernstig beïnvloeden. Bij taalproblemen of afasie kan een patiënt zowel met spreken als met het begrijpen moeilijkheden hebben. Lezen en schrijven kunnen eveneens problemen opleveren. Vermits communicatie in onze maatschappij zeer belangrijk is, worden zulke patiënten soms volkomen ten onrechte geïsoleerd.

Tips voor partner en familie:

- Onderschat de mogelijkheden van de patiënt om te leren en te communiceren niet, zelfs als hij zijn spraak niet kan gebruiken.
- Als hij niet kan spreken, gebruik dan andere vormen van communicatie: gebaren, gezichtsuitdrukkingen en aanwijzingen zijn vaak voldoende om elkaar te verstaan.
- Plaats u aan de niet-verlamde zijde om een zo goed mogelijk contact te krijgen.
- Plaatsnemen aan de verlamde zijde kan stimulerend werken.
- Overschat zijn taalbegrip niet.
- Schreeuw niet. Houd zinnen kort en eenvoudig.
- Gebruik geen speciale of moeilijke termen.
- Verdeel taken in eenvoudige stappen.
- Geef veel informatie over hoe hij iets doet, prijs hem vooral wanneer hij vorderingen maakt.

Patiënten met een linkszijdige verlamming

Patiënten met een linkszijdige verlamming hebben vaak moeilijkheden met het waarnemen van ruimte. Dit houdt in dat zij het moeilijk hebben met het inschatten van de afstand, de grootte, de plaats, de snelheid van bewegingen en de vorm en verhoudingen van delen tot zijn geheel. In zeldzame gevallen kan de patiënt zijn verlamde zijde volledig negeren of ontkennen.

Tips voor partner en familie:

- Overschat de mogelijkheden van de patiënt niet. Stoornissen in ruimtelijke waarneming worden gemakkelijk over het hoofd gezien.
- Gebruik mondelinge aanwijzingen als hij moeite heeft met gebaren.
- Verdeel taken in kleine stappen en geef uw oordeel over elk onderdeel van zijn prestaties.
- Ga zelf na wat hij veilig kan doen en geloof hem niet alleen op zijn woord.
- Zorg voor zo weinig mogelijk rommel om hem heen.
- Vermijd snelle bewegingen in de buurt van de patiënt.
- Maak hem attent op zichtbare herkenningspunten.

Naast deze specifieke verschijnselen zijn er nog een aantal algemene kenmerken die het gevolg kunnen zijn van een beroerte: problemen met gedragsbeheersing, geheugenklachten, veranderingen in de persoonlijkheid, verandering van seksualiteit, verminderde zelfredzaamheid, verminderde tolerantie en vooral depressiviteit.

Onderzoeken

In dit hoofdstuk geven we u een overzicht van de onderzoeken die mogelijk zijn.

1 Bloedafname

Bloedafnames zijn belangrijk om de impact van de beroerte op het lichaam in te schatten (bv. de vochtbalans) en om bijkomende complicaties te evalueren zoals ontstekingen. Daarnaast gaan we op zoek naar risicofactoren voor een beroerte zoals een te hoog cholesterolgehalte of suikerziekte.

2 Röntgenonderzoek van de longen

Met een klassieke radiografie verkrijgen wij een beter beeld van de toestand van de longen en het hart. Meestal voeren we dit onderzoek uit op de dienst spoedgevallen.



3 CT-scan van de hersenen

Met een CT-scan (computertomografie) van de hersenen kan de arts een onderscheid maken tussen een hersenbloeding en een trombose of infarct. Andere oorzaken van een verlamming, zoals een hersenabces of een hersentumor, kunnen we door dit onderzoek eveneens ontdekken.

4 Nucleaire Magnetische Resonantie (NMR of MRI)

Bij dit onderzoek maken we gebruik van een krachtig magnetisch veld om de hersenen in beeld te brengen. We schuiven de patiënt in een soort tunnel. Net als de voorgaande onderzoeken verloopt dit pijnloos. Er is wel sprake van meer geluidshinder.

5 SPECT-hersenen

Door middel van de SPECT-techniek (perfusie-monofoton-emissie-computertomografie) kunnen we snel en vrij nauwkeurig de plaats en vooral de omvang van de regio met minder zuurstof in de hersenen bepalen. Dit kan van belang zijn om in te schatten hoe uw herstel zal verlopen.

6 Doppler halsvaten

Dit echografisch (met ultrasone golven) onderzoek geeft ons meer informatie over de halsvaten. Soms is een vernauwing van de halsslagaders immers de oorzaak van een beroerte. Kleine klonters kunnen hieruit lossen en naar de hersenen "schieten". De halsslagaders kunnen ook zo sterk vernauwd zijn dat bloed niet meer via deze slagader naar de hersenen stroomt. Afhankelijk van de graad van vernauwing en andere factoren beslist uw arts om deze stenose of vernauwing met een invasieve angiografie of NMR-angiografie (foto's van de bloedvaten) verder te onderzoeken en eventueel in een tweede fase heelkundig te verwijderen.

7 Echocardiografie

We brengen het hart in beeld door middel van ultrasone golven. Dit onderzoek gebeurt via de borstkas (transthoracaal) of om een nog duidelijker beeld te krijgen via een echosonde in de slokdarm (transoesofageaal). Het hartonderzoek is nuttig voor het opsporen van bloedkonters in het hart. Daarnaast brengt het de werking van de hartkleppen en hartfunctie beter in kaart.

8 EKG-Holterregistratie

Meestal maken we al bij de opname op de dienst spoedgevallen een elektrocardiografie (EKG) van het hart. Dit onderzoek brengt het hartritme in beeld. Een onregelmatig hartritme kan de onderliggende oorzaak zijn van een beroerte. Soms beslist de arts om een langdurige registratie (holter) aan te vragen (gedurende 24 uur).

9 EEG-Elektrofysiologie

Door het plaatsen van een 20-tal kleine elektroden op de schedelhuid registreert de neuroloog de hersenactiviteit (elektro-encefalogram). Verder krijgt hij door andere neurofysiologische onderzoeken inzicht in de doorgankelijkheid van de hersenzenuwbanen.

Behandeling

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een snelle diagnose en behandeling van een acute beroerte cruciaal zijn voor een maximaal herstel. We hopen steeds te kunnen ingrijpen voor er definitieve zenuwceldood optreedt. Daarom is het belangrijk om zo snel mogelijk de hulpdiensten te waarschuwen als u bij uzelf of bij een familielid de alarmsymptomen van een beroerte herkent.

De enige effectieve behandeling van een beroerte die momenteel bestaat is “thrombolysen”. Hierbij trachten we met behulp van medicatie de bloedklonter in de hersenen op te lossen om zo de bloedvoorziening zo snel mogelijk te herstellen. Jammer genoeg zijn daar risico's aan verbonden (bv. bloedingen) waardoor enkel bepaalde mensen hiervoor in aanmerking komen. Bovendien kunnen we deze medicatie enkel toedienen binnen de eerste drie uur na het ontstaan van de symptomen.

Een afdoende behandeling waarbij we de dode zenuwcellen weer kunnen herstellen bestaat helaas nog niet. Daarom ligt in het verder verloop van uw verblijf op de beroerte-eenheid de nadruk op het vermijden van complicaties, intensieve revalidatie en vooral op de preventie van een nieuwe beroerte door een grondige aanpak van de mogelijke oorzaken en risicofactoren.

Preventie

Eenmaal de diagnose van een ischemisch letsel (een trombose) gesteld is en we met een eventuele behandeling starten, gaan we op zoek naar de onderliggende oorzaak. Bepaalde kenmerken, gewoontes en levensstijlen verhogen immers de kans op een beroerte. Door deze aan te pakken willen we vermijden dat u in de toekomst eventueel door een tweede beroerte getroffen wordt.

Belangrijke risicofactoren zijn:

- roken;
- overgewicht;
- te weinig lichaamsbeweging;
- overmatig alcoholgebruik;
- hoge bloeddruk;
- suikerziekte;
- cholesterol.

Bij patiënten met bepaalde problemen van de bloedstolling, hartritmestoornissen of hartkleplijden is er sprake van een verhoogd risico. Daarnaast zijn de leeftijd of een familiale voorgeschiedenis andere risicofactoren waar we uiteraard niets aan kunnen doen.

Vaak schrijven we preventief een lage dosis aspirine voor om de klontervorming in het bloed te verminderen. Naargelang uw medische voorgeschiedenis, mogelijke overgevoeligheid voor medicatie en onderliggende oorzaak beslist de arts-neuroloog welke behandeling in uw geval de beste is.

Klinische studies

Hoewel we met de bestaande medicatie al heel wat kunnen doen, zijn de effecten ervan soms minder sterk dan we zouden wensen. Daarom vinden we het belangrijk om mee te werken aan klinische studies. Deze studies onderzoeken nieuwe producten of technieken waarvan gehoopt wordt dat ze beter zijn dan de huidige behandeling of preventiemethoden. Uw arts geeft u hierover de nodige uitleg zodat u zelf goed geïnformeerd kunt beslissen of u hieraan deelneemt.

Revalidatie

Vaak zien we dat de symptomen na een beroerte vanzelf langzaam verbeteren. Dit kan tot zes maanden na het ontstaan duren. Om dit proces te optimaliseren en te bespoedigen is er revalidatie. Afhankelijk van de ernst en de impact van de beroerte bestaan er verschillende mogelijkheden. De eigenlijke revalidatie start vrijwel onmiddellijk na uw opname en is in handen van de kinesist en ergotherapeut. Voor mensen met een spraak-, taal-, en/of slikprobleem, starten we met een logopedische behandeling. Daarnaast oefenen we samen om, ondanks de symptomen, toch zo goed mogelijk terug in het gewone leven te kunnen stappen.

Na uw verblijf op de eenheid voor beroertezorg kunt u gewoon terug naar huis. Sommige patiënten komen de eerste weken nog terug voor ambulante therapie zoals fysio-, en/of ergotherapie.

Indien nodig gaan we samen met de sociale dienst op zoek naar oplossingen om uw thuissituatie zo haalbaar mogelijk te maken (bv. thuisverpleegster, hulpmiddelen,...). Andere mensen verwijzen we naar een gespecialiseerd revalidatiecentrum of naar een rust- en verzorgingstehuis (RVT) als er zich een ernstig verzorgingsprobleem stelt.

Het team van de eenheid voor beroertezorg

Er staat een heel team van mensen voor u klaar. Een multidisciplinaire aanpak en intensief overleg is onontbeerlijk voor een goede behandeling van een beroerte.

Medisch personeel

Arts-neuroloog	Cardioloog
Internist	Geriatr
Neurochirurg	Radioloog
Revalidatiearts	Vasculair chirurg

Verpleegkundig team

Paramedisch personeel	Diëtist
Ergotherapeut	Kinesitherapeut
Logopedist	Neurolinguïst
Sociaal verpleegkundige	

Bezoekuren

- blok 3, vierde verdieping, K 3426 - K 3441;
- van 14.00 tot 20.00 uur.