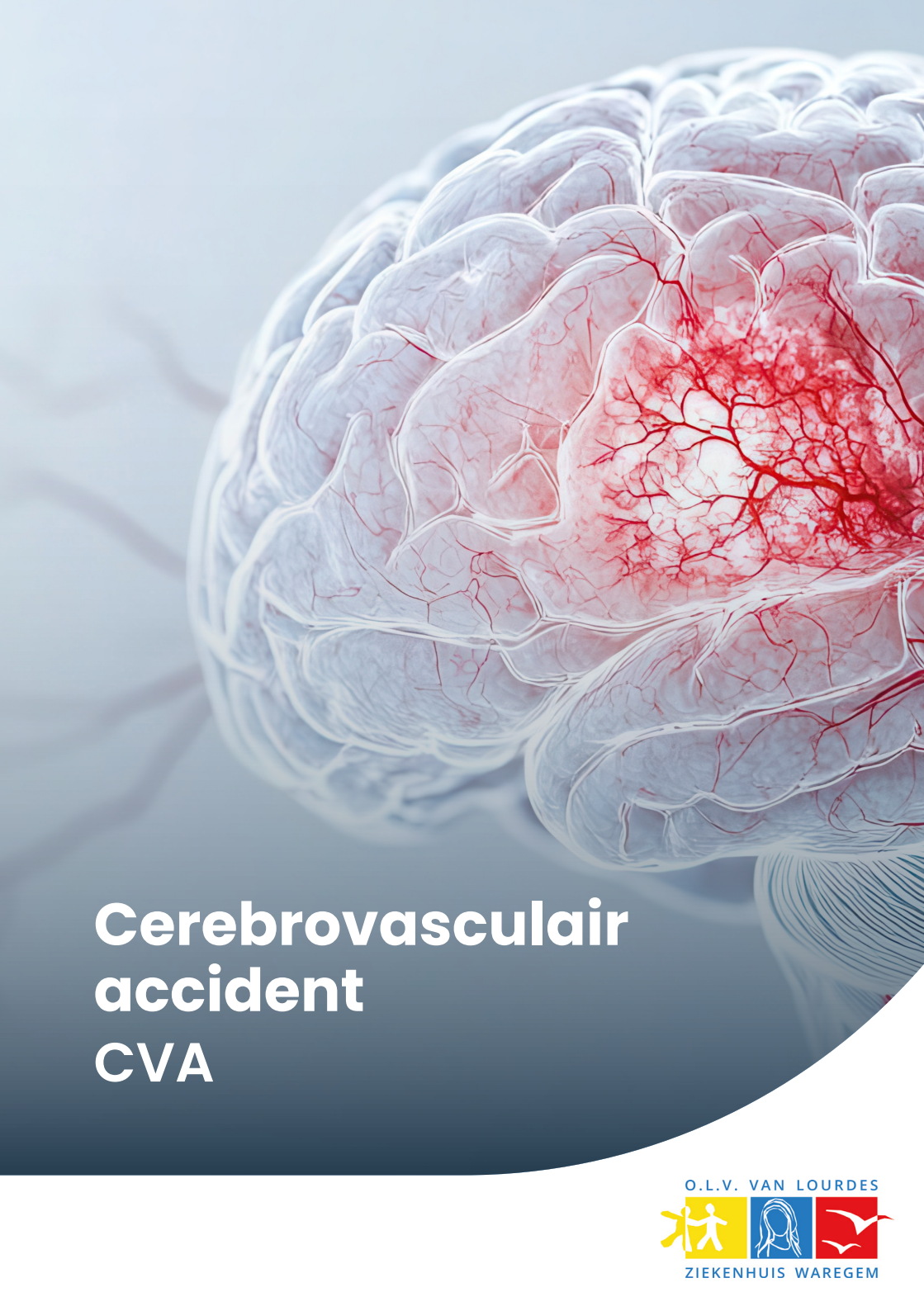




Cerebrovasculair accident CVA

Inleiding

Jaarlijks worden in België meer dan 20 000 mensen getroffen door een beroerte (CVA of TIA). Dat betekent dus 52 patiënten per dag die geconfronteerd worden met beroerte. In de regio rond Waregem komt dit neer op 400 à 450 mensen per jaar. Doordat mensen steeds ouder worden, neemt dit aantal langzaam toe.

Een beroerte is een aandoening die een deel van de hersenen beschadigt en daardoor vaak een fysieke handicap veroorzaakt. Een beroerte komt altijd onverwacht en verandert het leven van de patiënt en zijn/haar familie onmiddellijk. Als u met een beroerte geconfronteerd wordt, dan wil ons team u daarbij zo goed mogelijk begeleiden.

Binnen ons ziekenhuis werd in 2011 een speciale Stroke Unit opgericht om de beste zorg aan beroerte-patiënten te kunnen bieden.

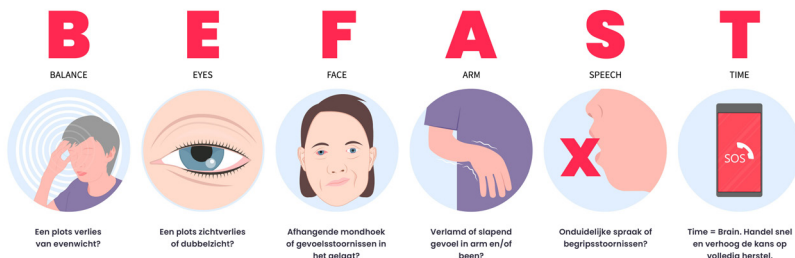
Deze brochure wil een gids zijn voor patiënten en hun familie, tijdens en na de opname. We hopen dat deze informatiebrochure de meest dringende vragen kan beantwoorden. Indien u na het lezen van deze brochure nog vragen heeft, kan u zich hiermee wenden tot de verpleegkundige of therapeut.

Wij wensen u een goed herstel.

De artsen

Het beroertezorgteam

Herken snel een beroerte



REAGEER ONMIDDELIJK

Een minuut telt. Hoe sneller hulp = hoe meer hersenweefsel gereed kan worden = hoe minder zware gevolgen.

BEL 112

Inhoud

Wat is een beroerte?	. 6
Wat veroorzaakt een beroerte?	. 7
De stroke unit	. 8
Trombolyse en trobectomie	. 9
Behandeling van ischemische beroerte	. 10
Behandeling van een hersenbloeding	. 11
Logopedische evaluatie en behandeling	. 12
Kinesitherapeutische behandeling	. 13
Ergotherapeutische behandeling	. 13
Psychologische begeleiding	. 14
Multidisciplinaire teamvergadering	. 14
Revalidatie: SP-dienst	. 15
Wat daarna?	. 15
Informatiesessies	. 16
Belangrijke gegevens en telefoonnummers	. 17

Wat is een beroerte?

Een beroerte is een **Cerebro-Vasculair Accident**, ook **CVA** genoemd. In de volksmond bestaan er tal van synoniemen: trombose, hersentrombose, herseninfarct, attaque of soms hersenbloeding. In het Engels wordt ook de term stroke gebruikt.

Er kan verwarring ontstaan met hartinfarct, wat soms ook beroerte wordt genoemd. Beide ziektebeelden hebben dezelfde onderliggende oorzaak: een acuut probleem met de bloedvoorziening, naar de hersenen of naar het hart, waardoor (een stuk van) het orgaan geen zuurstof meer krijgt en afsterft. Dit zuurstoftekort wordt ook **ischemie** genoemd.

Bij een CVA gaat het om de hersenen: plots werkt een deel van de hersenen niet meer, omdat de bloedvoorziening - en daardoor ook de zuurstofvoorziening - niet meer normaal gebeurt. Dit kan zich uiten in plots niet meer kunnen spreken, plots niet meer kunnen begrijpen wat iemand zegt, een arm of been niet meer kunnen gebruiken, geen evenwicht meer hebben, plots (gedeeltelijk) gezichtsverlies, plots ander gedrag, coördinatiestoornissen, sufheid... of een combinatie van klachten. Dit noemt men tekenen van **neurologische uitval**.

Als het probleem minder dan een dag duurt (meestal echter minder dan een half uur), spreken we van **een waarschuwing of een TIA** (Transiënt Ischemisch Accident): een CVA met onmiddellijke recuperatie. Als de klachten of neurologische uitval langer duren dan een dag, dan spreekt men van een **CVA** (cerebro-vasculair accident).

Een beroerte is de **overkoepelende naam** voor zowel de **ischemische herseninfarcten** met zuurstoftekort, 80% van de gevallen, als de **hersenbloedingen** met bloedschade, 20 % van de gevallen.

Op het eerste zicht kan men klinisch geen verschil zien tussen infarct of bloeding. Pas als er bijkomende onderzoeken gebeuren, zoals een CT-scan van de hersenen, is de neuroloog in staat om het verschil te zien en een geschikte behandeling te starten. Daarom is het erg belangrijk om bij het opmerken van symptomen met spoed naar het ziekenhuis te komen. Een CVA kan levensbedreigend zijn.

Wat veroorzaakt een beroerte?

De oorzaak van een hersenbloeding is anders dan de oorzaak van een herseninfarct.

Hersenbloeding

Als er een bloeding in de hersenen is ontstaan, is dit te wijten aan een gesprongen bloedvat. Dit kan verschillende oorzaken hebben:

- De wand van het bloedvat is verzwakt, bijvoorbeeld door een aangeboren zwakte of door een verworven aneurysma
- Door plotse hoge bloeddruk
- Door een zieke zone in de hersenen

Door de bloeding kan dat deel van de hersenen niet meer werken.

Herseninfarct

Als er zuurstoftekort is in de hersenen, kunnen de hersencellen in die regio niet langer werken en sterven ze af. Oorzaak hiervan is het plots volledig verstopping van een bloedvat. De verstopping kan zitten in een bloedvat in de hersenen zelf of ter hoogte van een bloedvat in de hals dat bloed voert naar de hersenen.

De oorzaak van de verstopping kan zijn:

• een bloedklonter (embool)

Dit kan onder andere ontstaan door een onregelmatig hartritme (VKF). Als het hart onregelmatig klopt, kan er bloed blijven stilstaan in het hartootje en mogelijks een bloedklonter vormen. Deze bloedklonter kan plots losschieten uit het hart en in de bloedbaan terecht komen. Hierdoor kan de klonter langs de halsslagaders naar de hersenen stromen en verstrikt geraken in de halsslagaders of hogerop in een van de hersenbloedvaten.

• aderverkalking (atheromatose)

Hier gaat het om het dichtslibben van de hersenbloedvaten of de halsslagaders, waardoor geen bloed meer doorgelaten wordt. Aderverkalking heeft talloze ontstaansfactoren: roken, overgewicht, verhoogde cholesterol, hoge bloeddruk, suikerziekte, pilgebruik, familiale belasting...

Om de juiste oorzaak van de beroerte te achterhalen, worden tijdens de eerste dagen van de opname systematisch verschillende onderzoeken uitgevoerd. Een patiënt met een beroerte loopt immers een groot risico om opnieuw een beroerte te krijgen, en dit moet ten stelligste vermeden worden. Het is de taak van de neuroloog om de oorzaak van de beroerte op te sporen en om de juiste behandeling te starten.

De Stroke Unit

De Stroke Unit of Eenheid voor Beroertezorg is een speciale monitoring afdeling binnen de dienst neurologie. Beroertepatiënten worden er de eerste dagen van de opname gemonitord: hartritme, bloeddruk en zuurstofsaturatie worden er continu geregistreerd.

In de Stroke Unit wordt ook de multidisciplinaire zorg voor de beroertepatiënt opgestart: verpleekundige verzorging, kinesitherapie, logopedie, ergotherapie. De maatschappelijk assistente van de sociale dienst komt ook langs om kennis te maken met patiënt en familie.

In de Stroke Unit gebeurt geen hooggespecialiseerde intensieve behandeling met intubatie of beademing.

Observatie op de Stroke Unit duurt meestal 2 dagen, afhankelijk van de toestand van de patiënt en de bevindingen. Het verblijf kan soms langer duren. Na de observatie op de Stroke Unit verhuist de patiënt naar de algemene afdeling neurologie. De zorg wordt daar verder gezet.

Net als de dienst intensieve zorgen heeft ook de Stroke Unit beperkte bezoeken:

15.00 - 15.30

19.00 - 19.30



De verantwoordelijke artsen zijn: Dr. Julie Van Houtte,
Dr. Ann-Sophie Lamon, Dr. Christian Callens,
Dr. Iris Vanwalleghem, Dr. Miriam Bouckaert en Dr. Elien Lecomte

De verantwoordelijke verpleegkundige van de Stroke Unit is
Delphine Verhulst

Trombolyse en trombectomie

Als een patiënt heel erg vroeg na het ontstaan van de beroerte in het ziekenhuis komt, kan in sommige gevallen geprobeerd worden om de schade te beperken. Er wordt dan een hele zware bloedverdunner gebruikt om de klonter op te lossen en zo hersenweefsel te redden. Dit wordt **trombolyse** genoemd.

Om een dergelijke zware bloedverdunner te kunnen verdragen moet de patiënt echter voldoen aan verschillende voorwaarden: geen recente operaties, geen slechte bloedwaarden...

Wanneer een dergelijke bloedverdunner is toegediend, heeft de patiënt gedurende de eerste 24 uur een verhoogd bloedingsrisico. Daarom wordt de patiënt gedurende die eerste 24 uur zeer nauwkeurig bewaakt en gemonitord op de dienst Intensieve Zorgen. Verdere onderzoeken worden uitgesteld tot het bloedingsrisico geweken is.

Na 24 uur gebeurt er een controle-CT-scan van de hersenen, om te beoordelen of de bloedverdunner de klonter heeft kunnen oplossen, hoe groot het restant van het herseninfarct geworden is en of er bloedingszones zijn ontstaan. Als op de beeldvorming de bloedklonter letterlijk zichtbaar is in één van de grote hersenbloedvaten, kan de klonter soms via moderne technieken verwijderd worden. Dit wordt **trombectomie** genoemd. Dit gebeurt enkel in de gespecialiseerde CVAcentra. Als wij een dergelijke grote klonter waarnemen, zal de patiënt eerst trombolyse krijgen en daarna doorgestuurd worden naar een gespecialiseerd ziekenhuis.

Ook voor trombectomie is het belangrijk om het exacte moment te kennen waarop de symptomen zijn ontstaan. Na 6 uur is deze behandeling immers niet langer mogelijk.

Behandeling van een ischemische beroerte

De behandeling van een CVA - met langdurige neurologische uitval - en ook een TIA - met kortdurende neurologische uitval - bestaat uit meerdere aspecten:

- monitoring van de patiënt op de Stroke Unit: continu registratie van bloed druk, hartslag, zuurstofsaturatie, ademhaling...
- start medicatie: een lichte/matige bloedverdunner, om een nieuw ischemisch CVA te vermijden
- behandeling van de risicofactoren
- rookstop
- voorkomen van complicaties (longontsteking, urineweginfecties, doorligwonden, ondervoeding...) van CVA. Bij optreden van complicaties deze zo goed mogelijk behandelen.

- zo snel mogelijk starten van de revalidatie (logopedie, kinesithérapie, ergotherapie)
- verpleegkundige hulp: dagelijkse verzorging, toiletbezoek, eten...
- begeleiding van de patiënt en zijn/haar familie
- antwoorden bieden op de vraag "hoe moet het nu verder?": begeleiding door een medewerker van de sociale dienst van het ziekenhuis

Behandeling van een hersenbloeding

Bij een patiënt met een hersenbloeding is er vaak, maar niet altijd, een kritieke periode, afhankelijk van de ernst van de bloeding. Tijdens die periode verblijft de patiënt op de dienst Intensieve Zorgen of op de Stroke Unit. Dit kan meerdere dagen duren. Een keer de toestand gestabiliseerd is, kan de patiënt naar de algemene afdeling neurologie voor verder herstel.

Sommige hersenbloedingen dienen operatief behandeld te worden op een neurochirurgische dienst.

Het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem is een regionaal ziekenhuis zonder dienst neurochirurgie. We werken hiervoor samen met het ziekenhuis AZ Maria Middelaars te Gent. Eerst is er overleg tussen de behandelende arts uit het O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis en de neurochirurg uit het AZ Maria Middelaars. De bestaande medische beeldvorming wordt door beide artsen op het acute moment bekeken en beoordeeld, en de behandeling wordt onmiddellijk besproken.

Het vervoer naar het ziekenhuis in Gent wordt - zo mogelijk liefst na bespreking met de familie - volledig geregeld door de behandelende artsen. Indien de patiënt of zijn/haar familie een ander ziekenhuis prefereren voor neurochirurgische interventie, zal hiermee rekening worden gehouden.

Logopedische evaluatie en behandeling

Elke dag is een logopediste aanwezig om de verschillende patiënten met taal-, spraak- en slikstoornissen bij te staan tijdens hun revalidatieproces. Een patiënt die ten gevolge van een CVA opgenomen wordt, wordt op vraag van de dokter logopedisch onderzocht. Op die manier wordt er nagegaan in hoeverre er sprake is van een taal/spraakstoornis of een slikprobleem. Er wordt tevens getoetst naar de communicatiemogelijkheden op het moment van de opname.

De onderzoeksgegevens worden steeds besproken met de andere disciplines en eventuele tips voor een optimale communicatie worden doorgegeven. Ook de familie van de patiënt wordt hiervan op de hoogte gebracht. Vraag gerust naar de folder!

Naargelang de capaciteiten van de patiënt, wordt een aangepast therapieplan opgesteld.

- Bij een taal- of spraakstoornis (= **afasie of dysartrie**) streven we er steeds naar om opnieuw de verbale taal (met woorden) te hanteren. Indien dit niet lukt, wordt non-verbale taal (met gebaren en tekens) ingeschakeld omdat het optimaliseren van de communicatie het uiteindelijke doel is. Wanneer enkel de non-verbale taal intact is, dienen allerlei hulpmiddelen ingeschakeld te worden. Hierbij denken we aan een communicatiebord met pictogrammen/geschreven taal (aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt), een taalzakboek, een spraakcomputer...
- Bij een slikstoornis (**dysfagie**) geeft de logopedist voedselbegeleiding. De patiënt wordt aan bed zowel verbaal als manueel bijgestaan tijdens het slikproces. De therapie gebeurt dagelijks. Afhankelijk van de vermoeidheid die bij een patiënt optreedt, varieert de duur van de therapie tussen de 15 en 30 minuten.

Een logopedische behandeling is voor sommige mensen van fundamenteel belang. Jezelf kunnen uiten op vlak van gevoelens en ideeën is een primaire behoefte van de mens.

Kinesitherapeutische behandeling

De kinesitherapeut(e) staat vooral in voor het motorische aspect van de revalidatie. Deze therapie start reeds zeer vroeg.

Er wordt voortdurend een **grondige evaluatie** gemaakt van verschillende factoren: kracht, gevoel, mobiliteit, spasmen, evenwicht, transfers, stap-patroon, ademhaling, concentratie...

Bij de ernstige vormen van CVA gaat van bij het begin ook onze bijzondere aandacht op de kamer naar het **correct positioneren** van de patiënt.

Wanneer de patiënt medisch stabiel is, volgt hij/zij therapie in de fysiotherapie-afdeling, op niveau -1. Dit gebeurt in een speciaal ingerichte ruimte waar intensievere revalidatie mogelijk is. Er wordt gewerkt volgens het **Johnstone/PANat-concept**.

Doel is dat de patiënt zo snel mogelijk leert om zelfstandig te functioneren binnen de juiste patronen. Wekelijks worden de patiënten in een multidisciplinair overleg besproken en worden de therapiedoelen aangepast indien nodig.

Ergotherapeutische behandeling

Ergotherapie heeft als doel om mensen na een CVA weer zo zelfstandig mogelijk en op een veilige manier de **dagelijkse activiteiten te laten uitvoeren**. De behandeling is erg divers en kan bestaan uit het trainen van de armfunctie en zelfverzorging, maar ook het geven van informatie omtrent het aanpassen van de thuissituatie of de werkplek.

Tijdens de eerste fase in het ziekenhuis houdt de ergotherapeut zich bezig met het **trainen** van het aangetaste lichaamsdeel (arm/been), het staan, de mobiliteit en dagelijkse activiteiten zoals wassen, aankleden, eten en drinken. Gedurende de therapie kijkt de therapeut hoe een patiënt activiteiten uitvoert en welke **neuropsychologische stoornissen** er zijn, zoals aandachtsvermindering, desoriëntatie, begripsproblemen of onhandigheid in het handelen.

Psychologische begeleiding

Na een CVA worden zowel de patiënt als zijn/haar familie geconfronteerd met **verlieservaringen** op diverse domeinen. Er zijn in mindere of meerdere mate lichamelijke beperkingen, maar daarnaast is er ook soms verlies op vlak van de verstandelijke vermogens en zijn er de emotionele gevolgen ten gevolge van de beroerte.

Zowel de patiënt als zijn/haar familie staat voor een lastige verwerkingstaak, een rouwproces. Men wordt zich geleidelijk aan bewust van de pijnlijke realiteit en dient zich stap voor stap aan te passen aan een ander en nieuw leven. Dit vraagt tijd.

Voor sommige patiënten en/of hun familie kan hiervoor professionele hulp noodzakelijk zijn. Indien dit wenselijk of noodzakelijk is, kan de behandelende arts u hiervoor doorsturen naar een psycholoog voor ondersteunende gesprekstherapie.

Multidisciplinaire teamvergadering

Wekelijks gebeurt er multidisciplinair overleg tussen de behandelende arts, verpleegkundige, kinesist, logopedist, ergotherapeut en maatschappelijke assistente, waarbij alle patiënten individueel besproken worden. Op die manier wordt de zorg voor de patiënt op elkaar afgestemd en geoptimaliseerd.

Revalidatie: SP-dienst

Indien er sprake is van belangrijke lichamelijke uitval en als duidelijk is dat de patiënt een goede recuperatiekans of herstelkans heeft, wordt vaak aangeraden om verdere behandeling te volgen op de revalidatie-afdeling van zodra de toestand van patiënt stabiel is en hij/zij 2 uur therapie per dag aankan.

Onder leiding van Dr Parmentier, fysiotherapeut en revalidatiearts, wordt de behandeling die op de dienst neurologie gestart werd, verdergezet en geïntensifieerd om een maximum aan herstel te bewerkstelligen. Ook op deze afdeling is er wekelijks multidisciplinair overleg.

Wat daarna?

Het doormaken van een CVA verandert het leven van de patiënt vaak volledig.

- Indien er weinig neurologische uitval is, kan de patiënt terug naar huis. Vaak merkt hij/zij echter wel dat het functioneren niet meer gaat zoals vroeger. Bij moeheid kunnen dezelfde klachten terug optreden. Het doormaken van een CVA laat quasi altijd zijn na.

- Indien de patiënt belangrijke neurologische uitval heeft, zijn er meerdere opties:

De patiënt wordt overgebracht naar de **revalidatie-afdeling** (SP-dienst) voor intensieve multidisciplinaire revalidatie, omdat er voldoende recuperatiemogelijkheden zijn.

Wanneer er een vermoeden is van recuperatiemogelijkheden, maar wanneer de revalidatie op de SP-dienst te zwaar zal zijn, wordt de patiënt soms getransfereerd naar de afdeling **geriatrie**.

Als de patiënt niet lijkt te herstellen, wordt samen met de sociale dienst naar een **verzorgingsmogelijkheid** gezocht: ofwel met maximale omkadering en hulp terug naar huis (dit is niet altijd haalbaar), ofwel plaatsing in een professioneel georganiseerd rust- en verzorgingstehuis.

De maatschappelijke assistente van de sociale dienst, Ann Verbauwhede, begeleidt de patiënt en zijn/haar familie hierbij. De mogelijkheden van de patiënt worden wekelijks op de multidisciplinaire vergadering besproken samen met de arts. Ook de vragen van de familie komen hierbij aan bod.

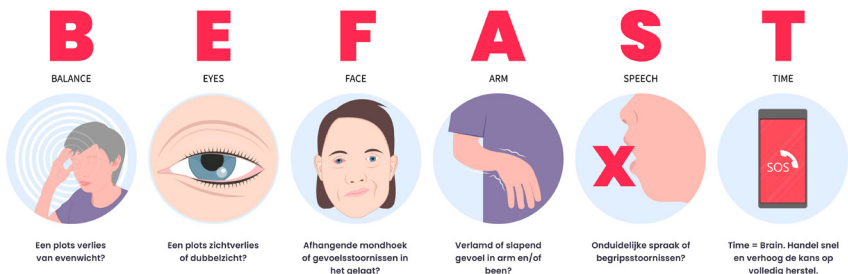
Heeft u vragen hieromtrent, neem dan zeker contact op met Ann. Zij is bereikbaar op het telefoonnummer 056/62.33.83.

Informatiesessies

Er worden door ons regelmatig informatiesessies over CVA gegeven. Hierbij worden op een eenvoudig begrijpbare manier alle belangrijke aspecten toegelicht

Deze informatiesessies zijn voor iedereen toegankelijk. De data van deze sessies vindt u op de Stroke Unit, aan het infobord op de afdeling en aan de consultatieruimtes.

Herken snel een beroerte



REAGEER ONMIDDELIJK

Elke minuut telt. Hoe sneller hulp = hoe meer hersenweefsel gered kan worden = hoe minder zware gevolgen.

BEL 112

Belangrijke contactgegevens

Dienst NEUROLOGIE: CONSULTATIES

Neurologen:
Dr. Miriam Bouckaert
Dr. Christian Callens
Dr. Ann-Sophie Lamon
Dr. Elien Lecomte
Dr. Julie Van Houtte
Dr. Iris Vanwalleghem
secretariaat: 056/ 62 35 42
neurologie@ziekenhuiswaregem.be

Dienst NEUROLOGIE: VERPLEEGAFDELING

Hoofdverpleegkundige: Delphine Verhulst
056/ 62 32 50
Bezoekuren:
10.30-11.30
14.00-20.00

Dienst NEUROLOGIE: STROKE UNIT

(eenheid voor beroertezorg)

Hoofdverpleegkundige: Delphine Verhulst
056/ 62 32 50
Bezoekuren:
15.30-16.00
19.00-19.30

Multidisciplinair team neurologie

Fysische geneeskunde & Multidisciplinair Spine Team: Dr. Loïc Beddeleem
Verantwoordelijke kinesithérapie: Katrijn Dhondt
Hoofd kinesithérapie: Joris Huysmans

Verantwoordelijke logopedie:
Hilde Vanden Driessche en Caroline Lammertijn
Verantwoordelijke ergotherapie: Kimberly Buysse
Verantwoordelijke sociale dienst: Ann Verbauwhede

Dienst Intensieve Zorgen

Hoofdverpleegkundige: Annelies Demoor
056/ 62 33 79
Bezoekuren:
15.30-16.00
19.00-19.30

Sociale Dienst

Ann Verbauwhede
056/ 62 33 83
ann.verbauwhede@ziekenhuiswaregem.be

SP-dienst (revalidatie-afdeling)

Revalidatie-arts, fysiotherapeut: Dr. S. Parmentier
Secretariaat: 056/ 62 35 65
Hoofdverpleegkundige: Michaël Hillewaere
056/ 62 30 30
michael.hillewaere@ziekenhuiswaregem.be

Hersenletsellijn

vanuit Centrum voor Ambulante Revalidatie Overleie Kortrijk
tel. 056/361 350
hersenletsellijn@rcoverleie.be

Info rond tegemoetkomingen

dienst Maatschappelijk werk bij de Mutualiteiten

Contact

Secretariaat Neurologie: 056/ 62 35 42

Telefoonnummer onthaal: 056/ 62 31 11

Auteur: Dienst Neurologie
Publicatiedatum: Augustus 2026
Doc: 6220

O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem
Vijfseweg 150
8790 Waregem
T. 056/ 62 31 11
F. 056/ 62 30 20
E. info@ziekenhuiswaregem.be