

Verlag van de 21e European Vascular Course

P.A.H. van Mierlo*

Begin maart werd voor de 21e keer in het 'Maastrichts Expositie en Congres Centrum' (MECC) de jaarlijkse internationale 'European Vascular Course' (EVC) gehouden (1). Met meer dan tweeduizend deelnemers uit meer dan vijftig verschillende landen was het weer een goed bezocht vaatcongres! Het congres bestaat altijd uit drie parallel-lopende programma's (foto 1) rondom arteriële problematiek (Arterial Course), veneuze problematiek (Venous Course) en vaattoegang (Vascular Access Course). Dit jaar was er voor het eerst ook een lesdag specifiek voor vaatlaboranten. Naast de diverse presentaties in de parallelsessies zijn er ook nog verschillende, door de industrie verzorgde, masterclasses te volgen om zelf 'hands-on' aan de slag te gaan. En zoals op elk congres mag een expo-ruimte, waar diverse bedrijven hun stands hebben, natuurlijk niet ontbreken.

Dit jaar heb ik presentaties van alle drie de programma's gevolgd, alsmede een aantal masterclasses. Hieronder een weergave van, naar mijn inziens, zinvolle dan wel leuke wetenswaardigheden en noviteiten.

Arterial Course

Köbel (associate professor vaatchirurgie aan de universiteit van Hamburg) ging in zijn presentatie over tips en tricks rondom de toegang voor (T)EVAR (2) in op diverse problemen die bestaan om toegang tot de slagaders te krijgen, wat nodig is om endovasculair interventies uit te kunnen voeren. Zo is het bij mensen met morbide obesitas door het hangende vetschort van de buikwand een probleem om de liezen goed vrij te leggen, zodat de arteria femoralis aangeprikt kan worden. In eerste instantie werd geprobeerd met papieren pleisters de buikwand omhoog te tapen. Tijdens de operatie zakte het vetschort echter vaak weer terug of door trekkrachten ontstonden blaren op de huid. De oplossing: middels draadhechtingen tijdelijk, voor de duur van de operatie, het vetschort naar boven klappen en vasthechten.

De mooiste uitspraak op het congres kwam van Oderich (vaatchirurg aan de Mayo Clinic in Rochester USA): 'if you fail to plan, you're planning to fail' (quote van Benjamin Franklin). Hij ging in zijn presentatie (3) in op het belang van een zeer goede voorbereiding alvorens een endovasculaire aorta-operatie uitgevoerd wordt. De anatomie van de aorta (waar splitsen bepaalde arteriën af, hoe kronkelig verloopt de aorta) moet goed in kaart gebracht worden. Maar ook waar calcificaties in de aorta zitten of dat bijvoorbeeld al eerder stents aangebracht zijn in de arteriën, is van groot belang bij het besluit of een procedure endovasculair kan of dat het toch een open procedure



Foto 1. Programmaboekje EVC 2017

zal moeten worden. Een open procedure is een veel grotere ingreep dan een endovasculaire interventie; patiënten blijven veel langer in het ziekenhuis. Echter, het

risico op bijvoorbeeld ischemie van de tenen (necrose van de huid op de teentoppen door het losraken van embolieën; dit kan ontstaan door manipulatie van de trombus-massa in de aneurysmazak) is bij een endovasculaire interventie vele malen groter dan bij een open procedure.

Met grote verbazing heb ik geluisterd naar de presentatie van de Nederlandse vaatchirurg Mees over het off-label gebruiken van stents en prothesen in de aorta. Dit blijkt echt veel gedaan te worden ('common daily practice') en er zijn ook diverse publicaties hierover (4-6). Drie verschillende manieren van off-label gebruik werden beschreven. Als eerste het tijdens de operatie modificeren van devices (stukjes van verschillende soorten stents en prothesen aan elkaar zetten of het combineren van verschillende merken). Als tweede het inkorten van devices door er een stukje af te halen. De derde genoemde manier is het andersom (reverse) plaatsen van devices. Een prothese kan bijvoorbeeld naar distaal wijder uitlopen. Door het andersom te plaatsen is het proximaal wijder en wordt dan smaller wat bij anatomische varianten handig kan zijn. Onduidelijk bleef of patiënten wel altijd geïnformeerd worden dat iets off-label gebruikt wordt, omdat het niet in wetenschappelijk onderzoek verband toegepast wordt hoeven mensen geen informed consent te geven. Benadrukt wordt wel het 'do not try this at home' principe tot je ervaring hebt en zeker weet wat je doet. Uiteindelijk is bij problemen de operateur verantwoordelijk. Mooi was te zien dat de Italiaanse vaatchirurg Melissano, aansluitend op Mees' presentatie, meteen ook liet zien dat home-made aanpassen nodig kan zijn bij ingrepen tijdens acute situaties, zoals bij een geruptureerd thoraco-abdominaal aneurysma (7).

Tejjink (vaatchirurg in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven; mede-oprichter en voorzitter van ClaudicatioNet) gaf in zijn presentatie over gesuperviseerde looptraining op een bevlogen wijze uitleg over een uniek netwerk wat in Nederland opgezet is: ClaudicatioNet (8). De eerste stap in de behandeling van mensen met etalagebenen is gesuperviseerde looptraining. Juist de supervisie heeft een meerwaarde ten opzichte van alleen maar het advies geven om te gaan lopen. Fysiotherapeuten die aangesloten zijn bij ClaudicatioNet moeten aan specifieke eisen voldoen. Naast het geven van de looptraining zijn ze ook opgeleid in motiverende gespreksvoering, zodat ook aandacht is voor leefstijlbegeleiding en veranderingen bevorderen van medicatie- en therapietrouw. Na jarenlange strijd wordt gesuperviseerde looptraining sinds dit jaar eindelijk vergoed vanuit de basisverzekering. Congresgangers uit andere landen gaven na de presentatie aan erg jaloers te zijn op dit netwerk.

Brittenden (professor vaatchirurgie aan de universiteit van Glasgow) ging in haar presentatie over medicamenteuze

behandeling van perifere arteriële vaatlijden uitgebreid in op de diverse medicamenten die gegeven kunnen worden. Medicijnen ten aanzien van bloedverdunding, cholesterolverlaging, behandeling van hypertensie en diabetes mellitus zijn namelijk erg belangrijk om verergering van klachten te voorkomen. Maar de belangrijkste factor die aangepakt moet worden is en blijft roken (9,10). Helaas weet ik uit mijn eigen praktijk hoe moeilijk het is om mensen daar vanaf te krijgen. Maar goed, laten we vooral ons best blijven doen en blijven benadrukken dat stoppen met roken zo belangrijk is als onderdeel van de behandeling.

Venous Course / ICC (International Compression Club) meeting

Dermatoloog Van Duinen gaf een interessante presentatie over het gebruik van compressie na lymfoedeem-reducerende operaties. In ziekenhuis Nije Smellinghe in Drachten worden zowel bij primair als secundair lymfoedeem lymfoedeemreducerende operaties uitgevoerd (11). Compressietherapie gedurende 24 uur per dag is hierna heel belangrijk, zowel in de initiële fase als in de onderhoudsfase. Postoperatief wordt eerst gezwachteld. In de latere fase worden steunkousen aangemeten: voor armen klasse II en voor benen klasse III. Omdat compressietherapie dus altijd nodig blijft, is therapietrouw erg belangrijk en wordt veel aandacht besteed aan leefstijl en zelfmanagement van de patiënt.

Vaatchirurg Krasznai ging in zijn presentatie in op de vraag of er wetenschappelijk bewijs is voor compressietherapie na spataderbehandelingen (12,13). Iedereen neemt aan dat het effectief is, bijvoorbeeld: vermindering van pijn en oedeem, sneller actief en gemobiliseerd zijn, maar er is geen consensus over hoe lang compressietherapie toegepast moet worden. Adviezen variëren van enige uren tot weken. Uit eigen onderzoek kon hij aantonen dat het langer dragen niet altijd beter is. Alleen na endoveneuze lasertherapie blijkt dat bij langer dragen, twee weken in plaats van 24 uur, minder pijnklachten en lager gebruik van pijnstillers optreedt. Verder is geen verschil in oedeemvermindering en tijdsinterval tot weer aan het werk gaan. Maar zoals zo vaak wordt aangeraden meer randomised controlled trials hiernaar uit te voeren.

Vascular Access Course

In mijn dagelijkse praktijk kom ik alleen in wetenschappelijk onderzoeksverband dialysepatiënten tegen. Het Maasstad Ziekenhuis participeert in de Shunt Simulatie Studie. De hoofdonderzoeker werkt in Maastricht en gaf een presentatie over zijn onderzoek. Tijdens dit gedeelte van het vaattoegangprogramma was ik bij nog twee andere interessante presentaties aanwezig. Van Hoek (vaatchirurg in het Radboud MC) gaf een presentatie over de VWING

(Vein Window Needle Guide) (14), een hulpmiddel om het aanprikken van dieper liggende shunts of wegrollende aderen makkelijker te maken. De VWING is een titanium schoentje dat onderhuids ingehecht wordt. Door lichte druk op de opstaande rand uit te oefenen kan de ader beter gefixeerd worden. Daarnaast glijdt de aanpriknaald via de gleuf gericht naar de ader toe. Lijkt mij een heel handig hulpmiddel.

De andere presentatie was van Ter Meer (dialyseverpleegkundige van het OLVG) en ging over verschillende verbandmaterialen die gebruikt kunnen worden bij het afdrukken van shunts als de dialyse klaar is. Vijf verschillende materialen zijn uitgetoetst in het onderzoek; alle materialen zijn gedurende één week (drie dialyse-sessies) bij alle patiënten gebruikt. De vijf onderzochte materialen waren: gewoon katoen gaas, een gelatinespons met een katoen gaas, een cellulosegaas, een cellulosepleister en een andere cellulosepleister. Vervolgens is gekeken hoe snel de aanprikplek droog was of nabloedingen ontstonden op de afdeling of thuis en hoe tevreden patiënten waren over het gebruik. Patiënten drukten de aanprikplaatsen zelf af. Ook het kostenaspect is meegenomen. De gepresenteerde conclusies zijn nog voorlopige conclusies. Kruis Tabellen ten aanzien van beïnvloedende factoren waren nog niet volledig berekend en ook de statistische significantie was nog niet overal van berekend. Met de drie hemostasebevorderende middelen lijken de aanprikplekken minder lang afgedrukt te hoeven worden in vergelijking met gewoon katoen gaas of gelatinespons met gaas. Patiënten waren

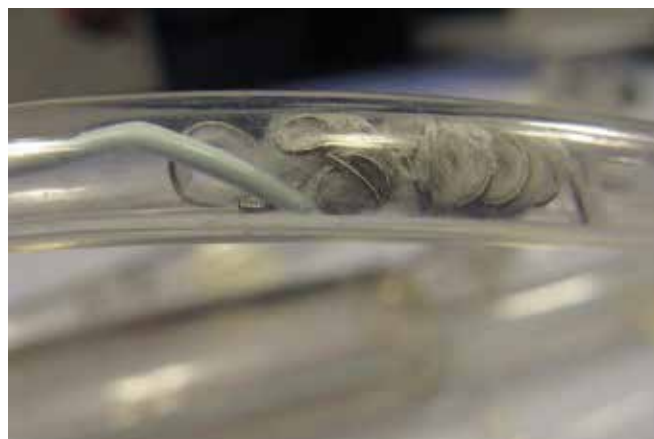


Foto 2. Workshop embolisatie coils plaatsen

erg tevreden over het gebruik van het cellulosegaas, echter het kostenaspect mag niet onbenoemd blijven: op jaarbasis kost gebruik van het cellulosegaas € 660 ten opzichte van 'slechts' € 90 voor gewoon gaas.

Masterclass

Een van de bezochte masterclasses ging over een bepaald device (15); een horloge-achtig apparaatje wat op het been geplaatst wordt en voor neuromusculaire elektrostimulatie zorgt. Op deze manier wordt zowel de veneuze als de arteriële doorbloeding als ook de microcirculatie verbeterd, behandelt het veneuze insufficiëntie en ischemie, wordt trombose voorkomen, oedeem voorkomen of behandeld en kan het hierdoor dus ook wondgenezing stimuleren!

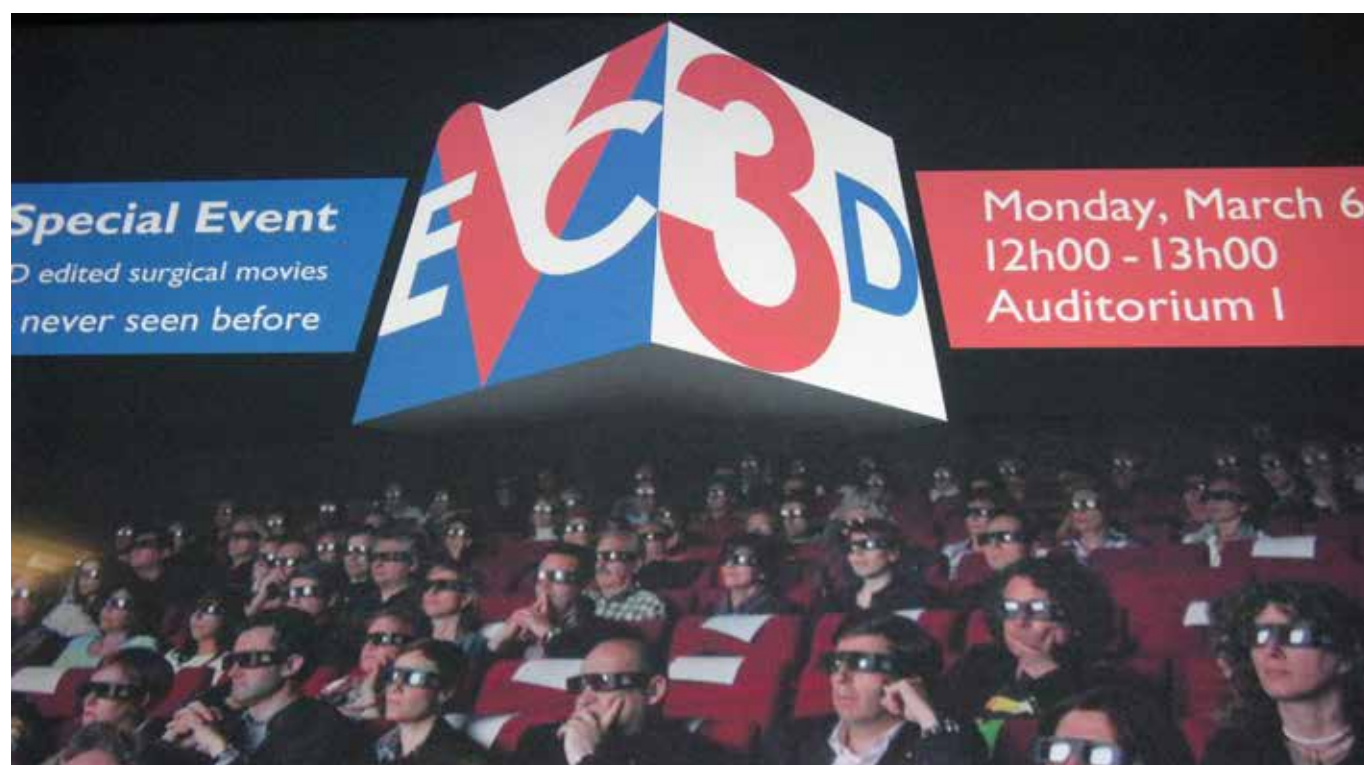


Foto 3. Aankondiging van de 3D-filmsessie

Speciaal voor wondgenezing komt later dit jaar een ander device op de markt. Ik ben benieuwd naar de resultaten hiervan.

Een leuke hands on workshop was waar zelf geïmproviseerd kon worden met het plaatsen van veneuze stents, veneuze filters en embolisatie coils. De modellen waarop geïmproviseerd werd, waren doorzichtige buizensystemen die het aderstelsel voorstelden. Om met voerdraad en katheter op de juiste plek te komen vergt de nodige oefening gezien de diverse bochten die in het adersysteem zitten tussen aanprikplaats en plaats van behandeling. De coils die gebruikt worden voor embolisatie (foto 2) zijn bedekt met fiber, hetzelfde materiaal wat ook in fiberwondverbanden zit. Door opzwellen van het fiber wordt de ader afgesloten. Dit wordt bijvoorbeeld toegepast bij het emboliseren van AV (arterio-veneuze)-malformaties. Door het afsluiten van de ader worden bloedingen van deze malformaties voorkomen.

Special event

Op de tweede congresdag wordt jaarlijks tussen 12.00 en 13.00 uur voor alle congresgangers een uniek event georganiseerd (foto 3). Dit jaar werden in het auditorium op groot scherm weer 3D-films van verschillende vaat chirurgische ingrepen getoond. Ook in 2015 was dit het geval,



Foto 4. Digitaal opmeten benen



Foto 5. Beeld na opmeten

toen met andere ingrepen. Om in 3D-effect operaties uitgevoerd te zien worden is echt geweldig. In totaal werden vier operaties getoond. Twee daarvan waren aneurysmabehandelingen; de ene een type IV AAA behandeling waarbij een buisprothese geplaatst werd, de andere een aneurysma van de arteria coeliaca waarvoor een bypass aangelegd werd. Verder werd een veneuze ingreep vanwege diep veneuze insufficiëntie vertoond (transpositie van de femorale vene naar de diep femorale vene). Als laatste werd een clamshell operatie, waarbij de hele thorax opengelegd, wordt getoond. Eerder geplaatste prothesen van de aorta ascendens en aortaboog moesten vervangen worden vanwege fistelvorming. Het fistel was ontstaan door infectie. Door het 3D effect krijg je echt diepte-inzicht alsof je boven de operatietafel hangt. Verder is het echt heel mooi om te zien hoe een long zich weer ontplooit nadat deze 'ontlucht' was tijdens de clamshell operatie.

Stands

In een van de stands stond een handig apparaat (foto 4 en 5) dat heel nauwkeurig benen opmeet voor het aanmeten van goed passende therapeutisch elastische kousen. De persoon gaat op een draaischijf staan welke in een heel rustig tempo ronddraait. Vanuit een kastje worden lichtstralen op de benen geprojecteerd. Via de aangesloten computer worden deze lichtprojecties omgezet naar een 3D-model van de benen. Foutvrij kan op veel verschillende punten op de benen de omvang gemeten worden, waardoor beter passende kousen geleverd kunnen worden. Dit kan eventueel een standaardmaat zijn maar kan ook tot beter passende op maat gemaakte kousen leiden. En iedereen weet dat therapeutisch elastische kousen die beter (comfortabeler) zitten tot betere therapietrouw ten aanzien van het dragen zal leiden.

Terugkijkend op het congres kan weer gezegd worden dat het zeer boeiend en leerzaam is geweest. In 2018 vindt de

22e European Vascular Course plaats van 4 t/m 6 maart, zoals gebruikelijk weer in Maastricht. Wie weet tot dan.

Literatuur

1. Website European Vascular Course. <http://www.vascular-course.com/european-vascular-course>. Website geraadpleegd op 11-03-2017.
2. Fiorucci B, Tsilimparis N, Rohlfes F, et al. **Tips and tricks in vascular access for (T)EVAR**. Journal of Cardiovascular Surgery, 2017;58:194-203.
3. Sandri G, Ribeiro M, Macedo T, et al. **Planning endovascular aortic repair with standard and fenestrated-branched endografts**. Journal of Cardiovascular Surgery, 2017;58:204-17.
4. Erben Y, Oderich G, Duncan A. **Endovascular repair of aortic coarctation pseudoaneurysm using an off-label 'hourglass' stent-graft configuration**. Journal of Endovascular Therapy, 2015;22:460-5.
5. Kasirajan K. **Branched grafts for thoracoabdominal aneurysms: off-label use of FDA-approved devices**. Journal of Endovascular Therapy, 2011;18:471-6.
6. Teijink J, Lim R. **Endovascular repair of a symptomatic aneurysm 5 years AneuRx exclusion: off-label use of reversed talent aortomonoiliac stent-grafts**. Journal of Endovascular Therapy, 2006;13:501-4.
7. Melissano G, Mascia D, Atique S, et al. **Treatment of acute thoracoabdominal aortic aneurysm**. Journal of Cardiovascular Surgery, 2017;58:228-37.
8. Hageman D, van den Houten M, Spruijt S, et al. **Supervised exercise therapy: it does work, but how to set up a program?** Journal of Cardiovascular Surgery, 2017;58:305-12.
9. Wilson A, Bachoo P, Mackay I, et al. **Completing the audit cycle: comparison of cardiac risk factor management in patients with intermittent claudication in two time periods**. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2007;33:710-4.
10. Cassar K, Coull R, BAchoo P, et al. **Management of secondary risk factors in patients with intermittent claudication**. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2003;26:262-6.
11. Lamprou D, Voesten H, Damstra R, et al. **Circumferential suction-assisted lipectomy in the treatment of primary and secondary end-stage lymphoedema of leg**. British Journal of Surgery, 2017;104:84-9.
12. Krasznai A, Sigterman T, Troquay S, et al. **A randomised controlled trial comparing compression therapy after radiofrequency ablation for primary great saphenous vein incompetence**. Phlebology, 2016;31:118-24.
13. Elderman J, Krasznai A, Voogd A, et al. **Role of compression stockings after endovenous laser therapy for primary varicosis**. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, 2014;2:289-96.
14. <http://www.vital-access.com/vwing/> Website geraadpleegd op 12-03-2017.
15. <http://www.gekocodevices.com/en-us/technology/specifications/neuromuscular-electrostimulation-geko%E2%84%A2-t-1/> Website geraadpleegd op 11-03-2017.

* Patricia van Mierlo-van den Broek MANP, verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen, vaatchirurgie, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam. Bestuurslid WCS Kenniscentrum Wondzorg en voorzitter WCS Chirurgische Wonden en Stomazorg

Contact

patricia@wcs.nl