

De privé-kliniek (ZBC) voor MSK echografie in Almelo

Kees Vellenga interviewt Henk Avenarius

Radiologie is een geweldig vak en vaak familiair aanstekelijk. Er zijn hele families radiologen. Om maar enkele voorbeelden te noemen: Puylaert, Coerkamp, Aarts, Botenga, Rethmeier, Smeets, Ziedses des Plantes, Vellenga.

De familie Avenarius is daarvan een prototype. Henks vader was de stamvader van de röntgenologie in Winterswijk. Henk en zijn jongere broer Guus volgden hun vader aldaar op. Drie zonen van Henk zijn radioloog (in Enschede, Bergen op Zoom en Noorwegen).

Na zijn pensioen zette Henk zijn jarenlange specialiteit (musculoskeletale echografie + therapie) in 2002 voort in een privé-praktijk in Almelo. Zijn praktijk groeit en bloeit. Enkele weken geleden stond in de Twentse Courant Tubantia een artikel van twee pagina's over het succes van deze 75-jarige medisch specialist. Reden voor MemoRad om hier een kijkje te nemen.



In de privé-kliniek voor MSK-echografie 'Het Scheepvaarthuis' te Almelo. V.l.n.r.: Henk Avenarius, Kim, Marije; op de onderzoektafel Henriëke.

Wanneer, waarom en hoe ben je hier begonnen?

Henk Avenarius (HA): In 2001 werd ik 65 en moest ik het ziekenhuis in Winterswijk verlaten. Ik had weliswaar kunnen blijven, maar een van de radiologen vetode dit, en dan moet je weg. Ik had het onbevredigende gevoel dat ik mij bezighield op een vakgebied met een geweldige potentie, waarvan het einde nog lang niet in zicht was. Ik had een uitgebreide praktijk in dit vakgebied opgebouwd in het ziekenhuis in Winterswijk, en toen ik wegmoest ontstond er ineens een gat in dit vakgebied. Dit resulteerde

Sinds bijna tien jaar bestaat het privécentrum voor musculoskeletale echografie (diagnostiek + therapie) in Almelo; op een steenworp afstand van het Almelse ziekenhuis. Stichter en eigenaar is Henk Avenarius, die tot zijn pensionering radioloog in Winterswijk was.

in klachten van patiënten en verwijzers, en ook in klachten van het grootste ziekenfonds in de regio, met name Menzis, toentertijd Amicon. Onder druk van Amicon heb ik toen een nieuwe praktijkruimte gezocht. Van bevriende radiologen van de maatschap in Almelo hoorde ik dat daar een halve budgetplaats was die ik misschien kon invullen, maar de andere radiologen waren daar tegen, en ook het ziekenhuisbestuur zei: 'De man is 65, die komt er bij ons niet meer in'. Dus dit was een niet haalbare kaart. Een van de radiologen in Almelo wist dat er ruimtes vrij waren in het gezondheidscentrum 'Het Scheepvaarthuis' tegenover het station in Almelo. Ik huurde er een ruimte. Er zaten ook psychologen, fysiotherapeuten, huisartsen, apotheek, tandartsen, enz.

Ik begon halve dagen met een doktersassistente, en dat werden hele dagen. Ik kreeg ministeriële goedkeuring als ZBC en ik kon contracten sluiten met ziektekostenverzekeraars. Al snel trad groei in, zodanig dat we een tweede kracht nodig hadden; dat was Kim. Kim werd in 2003 opgeleid tot echografisch laborant en heeft nu alle benodigde officiële certificaten.

Hoe is je praktijk georganiseerd en wie betaalt het?

HA: We beginnen iedere ochtend om 8 uur. We hebben drie onderzoekkamers met goede moderne echoapparaten van Hitachi. Met mijn twee laborantes Kim en Henrieke en mijzelf onderzoeken we ieder halfuur twee patiënten. Eventuele therapeutische puncties worden in dezelfde zitting, aansluitend aan het onderzoek gedaan. Dit bespaart veel tijd en kosten. We onderzoeken en behandelen ongeveer dertig patiënten per dag. Samen met de medisch secretaresse en een algemene kracht zorgen we voor snelle berichtgeving aan de aanvragende artsen. We hebben een computer met spraakherkenning.

Er is een zeer korte wachttijd. Patiënten zijn over het algemeen binnen 2-3 dagen aan de beurt, als het gaat om acute zaken. Chronische patiënten hebben een iets langere wachttijd, die op het moment iets oploopt. Wanneer de wachttijd te lang wordt, roepen we de hulp in van mijn oudste zoon die in Noorwegen een praktijk heeft. De patiënten worden ingestuurd door huisartsen, orthopeden, revalidatieartsen, pijnbestrijdingsklinieken, geriateren en fysiotherapeuten. Veel patiënten komen op eigen initiatief door mond-tot-mondreclame of voor second opinion; veel patiënten hebben al jarenlang klachten.

Regelmatig merk ik dan dat door onkunde van myofasciaal voortgeleide pijn een verkeerde diagnose was gesteld, of de juiste diagnose was miskend. Ik krijg nog veel patiënten van de orthopeden en huisartsen uit mijn oude regio Winterswijk. Er komen veel patiënten uit Twente, en verder uit het gehele land. Vrijwel alle patiënten worden door de ziektekostenverzekering betaald. Doordat het merendeel van onze patiënten al lange tijd onbegrepen pijnklachten heeft en wij deze klachten kunnen analyseren en middels selectieve echogelegeide infiltratie kunnen behandelen, heeft de praktijk zich min of meer als pijnpolikliniek geprofileerd.

Ik weet van onze regionale refereeravonden dat je je vroeger in Winterswijk al intensief met de musculoskeletale echografie bezighield. Hoe kwam je daartoe en hoe heb je de kennis op dit gebied verworven en uitgebreid?

HA: Ik was gedurende mijn hele radiologisch leven al geïnteresseerd in de musculoskeletale problematiek, waar het gaat om beweging in relatie tot pijn. In het begin deden we de onderzoeken middels artrografieën en studie van bewegingen onder doorlichting. Toen kwam het echografisch heuponderzoek bij pasgeborenen volgens Graf. Van het ene kwam het volgende idee, en we hebben de musculoskeletale radiologie omgeturnd in het echografische vlak. In het prille begin hebben we onze echografische diagnostiek gecontroleerd d.m.v. Artrografieën, totdat we voldoende vertrouwen en ervaring hadden in musculoskeletale echo, om dit vak verder zelfstandig uit te breiden. Ik heb hierbij veel hulp gehad van enkele arts-assistenten van Harry Schütte, jaargenoot uit Leiden en destijds hoogleraar in Rotterdam. Deze assistenten verdiepten zich in dit speciale musculoskeletale dynamische onderzoek. Ik heb toen veel geleerd over o.a. echoonderzoek

van de schouder. En van het ene kwam het ander. Van schouderonderzoek kom je tot mogelijkheden tot schoudertherapie, in de zin van behandeling van bijvoorbeeld kalk en tendinitis, en de laatste tijd ook van veel problemen van alle spiergroepen, pezen en gewrichten in het hele lichaam.

Daarna heb ik voortdurend mijn kennis verder uitgebreid, daarbij sterk geholpen door de superieure echografische kwaliteit van moderne echografieapparaten, en met steun van Hitachi. Je blijft in dit vak voortdurend leren, en het einde is nog lang niet bereikt. Het is veelal nog onbekend welke geweldige bijdrage de musculoskeletale echografie kan leveren, vooral als het gaat om bewegingsbeperking, meestal gepaard met pijn. Deze pijnen zijn over het algemeen echografisch te detecteren en zeer goed te behandelen door selectieve infiltraties onder echogelegeide.

Ik ga ook veel naar grote internationale congressen. Daar kom ik trouwens teleurstellend weinig Nederlanders tegen.

Ik ben enkele malen bij je wezen kijken en het viel me op, dat je een bijzondere manier van werken hebt. Je praat veel met je patiënten en hanteert ook veel de injectienaald. In het krantenartikel wordt daarom ook gezegd, dat je wel eens het verwijt kreeg een alternatieve genezer te zijn.

HA: Dat klopt, maar het is grote onzin. Langzamerhand dringt het besef door dat wij hier normaal regulier medisch werk verrichten waarbij oorzaak en gevolg met elkaar worden gecombineerd. Meestal lukt het vervolgens goed om de oorzaak van de pijn te elimineren.

Ik heb altijd intensief contact met mijn patiënten. Dat is niet alleen vriendelijk en geruststellend, maar de anamnese is ook zeer belangrijk voor de diagnose! Bij onderzoek van het lichaamsdeel waar de patiënt pijn ervaart, voeren we een palpatie uit, waarbij we met een watervaste stift op de huid aangeven waar we palpatoir, mede op geleide van de pijn bij palpatie, verwachten dat het probleem zou kunnen zitten. Vervolgens wordt het pijnprobleem echografisch onderzocht, waarbij dan over het algemeen het echografisch beeld correspondeert met het palpatoire beeld waar patiënt de pijn voelt. Hierbij kunnen we het pijnprobleem tevens zichtbaar maken met echografie. We varen dus niet op een enkele aanwijzing van patiënt, maar op een kompas waarbij drie factoren, te weten palpatiebeeld, pijnbeleving en het echobeeld, met elkaar moeten corresponderen om een infiltratie te kunnen verantwoorden. Veel oorzaken van pijn zijn helemaal niet bekend bij de gemiddelde radioloog. Je moet precies de myofasciale schema's van voortgeleide pijnen kennen. En de talrijke varianten die hierbij kunnen voorkomen. Een zogenaamd instabiel bekken bijvoorbeeld kan veroorzaakt worden door een anatomische variant waarbij de gluteus maximus niet alleen op het sacrum insereert, maar via een uitbreiding naar craniomediaal ook op het ligamentum thoracolumbale.

Wanneer zich in deze surmenagelaesies voordoen, ontstaat hierin een iets hogere tonus en een soort chronische contractieinging, met als gevolg tractie op het ligamentum thoracolumbale, en pijn. Die pijn projecteert de patiënt in het SI-gewricht, wat in feite niet zo is. Wanneer men onder echogelegeide deze laesies infiltreert (en dat doen we met een mix van 10% depo-medrol en 90% marcaïne), dan zijn de zogenaamde SI-pijnklachten verdwenen.

De klachten van een whiplash worden vaak veroorzaakt door een abductieblokkade van het schoudergewricht.

De patiënt compenseert dan de blokkade in het gewricht door kanteling van de scapula, waardoor er surmenagelaesies ontstaan in de trapezius, de levator scapulae en vaak ook in de rhomboideus. Iedereen weet dat trapezius en levator scapulae via een opstijgende tak in de nek insereren op het occiput. In deze spieren kunnen door overbelasting surmenagelaesies ontstaan, waardoor hier een zekere starheid met spanning ontstaat, met door muscolofasciale voortgeleiding nekpijn en pijn in het achterhoofd. Deze klachtencombinaties zijn onder echogelegeide te behandelen met een selectieve infiltratie, waarbij dan de klachten in de nek en in het suprascapulaire gebied wegvallen en er alleen een

schouderprobleem overblijft. Het gaat er dan om te analyseren wat de oorzaak is van dit schouderprobleem en dit ook selectief aan te pakken. Bij onderzoek van de schouder wordt de musculus deltoideus veelal verwaarloosd; hier ligt vaak de oorzaak van het abductieprobleem. Daardoor kan ook een pseudo-impingement ontstaan, waarbij het lijkt alsof dit veroorzaakt wordt door een gebrek aan subacromiale ruimte, wat in feite niet waar is. Wanneer men dan een eventuele duidelijke laesie in de deltoideus selectief infiltreert, is op dat moment het hele probleem uit de wereld. Zo hebben wij vorig jaar een serie van 100 nieuwe patiënten met schouderabductieproblemen geanalyseerd, waarbij de oorzaak van de abductiebeperking in 60% van de gevallen op deltoideusproblemen berustte. Na behandeling van de deltoideuslaesies, in de zin van selectieve infiltratie onder echogeleide, verdwenen de abductieproblemen. We hebben hier te doen gehad met pseudo-impingementproblematiek. Alleen middels echo nader te differentiëren.

Zo zijn er meer zaken onbekend, zoals de detectie van pijnklachten afkomstig uit lokale irritaties in vetstructuren. Zo kan bijv. irritatie van het driehoekje van Kager achillespeesproblemen nabootsen. Presacrale vetirritaties lijken op bekkenpijn. Ook de beoordeling van microvascularisatie is van groot belang om pathologische processen in beeld te krijgen en te beoordelen. En in ons vakgebied geldt dat, wanneer je de afwijking zichtbaar kunt maken, de weg openstaat naar een behandeling, en daarmee hebben we veel succes!

Het is tegenwoordig belangrijk om te weten wat derden, in dit geval de verwijzers, vinden van de praktijkresultaten. We hebben ongeveer 450 verwijzers over het hele land. Aan vijftig van deze verwijzers hebben we een enquêteformulier gestuurd met daarin vragen over hun tevredenheid en over hun ervaring met onze praktijk. Er was een hoge respons. De tevredenheid over zowel de diagnostiek als over onze therapie was hoog. Dit rapport hebben we laten uitvoeren door het adviesbureau IHC te Zeist, om iedere schijn van eigen betrokkenheid te voorkomen. In moderne termen heet zoiets kwaliteitsindicator. Het geeft in ieder geval het geruste gevoel dat we op de goede weg zijn en gesteund worden door onze verwijzers.

Wat zijn je plannen voor de toekomst?

HA: Schuin tegenover het station gaat men een nieuw groot gezondheidscentrum bouwen. Ik krijg daar een ruimte van 200 m² (ik heb nu 100 m²). Mogelijk sluit mijn zoon (die nu nog radioloog in Noorwegen is) zich t.z.t. bij mij aan. En er kunnen zich nog meer musculoskeletale echografisten bij me aansluiten. Er heeft er zich al één aangemeld voor de nieuwe locatie, en daar ben ik zeer blij mee. Ik heb destijds in Winterswijk een goede relatie opgebouwd met de orthopeden, en met elkaar hebben we eigenlijk de musculoskeletale echografie van de grond getild. Ik zou het daarom bijzonder op prijs stellen om ook op de nieuwe locatie een goede samenwerking met orthopeden voort te zetten. Er is plaats voor hen in het nieuwe gebouw. Ook andere disciplines zoals oogheelkunde, KNO, dermatologie, plastische chirurgie en sportgeneeskunde worden nog gezocht voor de invulling van dit centrum.

naschrift

Toen Henk Avenarius tien jaar geleden zijn zelfstandige MSK-praktijk in Almelo startte, hebben de radiologen in de ziekenhuizen te Almelo en Hengelo overwogen een samenwerkingsverband met hem aan te gaan. Dat is er echter indertijd niet van gekomen.

Al spoedig werd de musculoskeletale echografie belangrijk en kwam er grote behoefte aan dit onderdeel van het vak, van de zijde van de lokale huisartsen, orthopeden en reumatologen. We hebben toen besloten cursussen van de Fontys Hogeschool uit Eindhoven bij ons in Almelo te laten geven voor groepen laboranten, arts-assistenten en radiologen. Enkele radiologen hadden dit deel van het vak reeds tijdens hun opleiding geleerd.

Het volgen van een cursus alleen is echter niet voldoende. MSK-echografie vergt veel oefening en tijd en kan alleen goed worden gedaan wanneer men hier voltijds mee bezig is. En nascholing d.m.v. literatuur, congressen en hands-on-cursussen is belangrijk.

We onderhouden vriendschappelijke contacten met het instituut Avenarius en wisselen gegevens en röntgen- en ander onderzoek uit.

Hier bleek dus concurrentie in een open markt een goede stimulans tot verbreding van het dienstenpakket en verhoging van de kwaliteit.

Kees Vellenga