

## Klinisch Labo OLV Ziekenhuis

**Klinisch Labo Campus Aalst**  
Moorselbaan 164  
9300 Aalst  
T. +32 (0)53 72 42 91  
F. +32 (0)53 72 45 88

**Klinisch Labo Campus Asse**  
Bloklaan 5  
1730 Asse  
T. +32 (0)2 300 60 42  
F. +32 (0)2 300 65 00

**Klinisch Labo Campus Ninove**  
Biezenstraat 2  
9400 Ninove  
T. +32 (0)54 31 20 65

[www.olvz.be](http://www.olvz.be)

### In dit nummer

- |   |   |
|---|---|
| Bridging widget aangevuld met richtlijnen voor Nieuwe Orale Antico (NOAC) | 1 |
| Transfusietriggers voor erythrocytenconcentraten: het bedenken waard!     | 1 |
| Gekende fixatietijd beste garantie voor juiste diagnostiek                | 2 |

### Interessante info

Op donderdagnamiddag om 15h organiseert het laboratorium regelmatig wetenschappelijke kansen:

*Tijdens de zomervakantie zijn er geen labokansen gepland. Vanaf oktober zullen deze hervat worden.*

## Bridging widget aangevuld met richtlijnen voor Nieuwe Orale Antico (NOAC)

De Bridging widget voor het afbouwen van antistollingsmedicatie peri-operatief, die u vindt op de desktop van iedere computer in het ziekenhuis, werd door het stollingscomité recent aangevuld met de richtlijnen voor de NOAC's. Deze werden vorig jaar ook reeds op een poster gepubliceerd.

Deze widget is een handige tool om peri-operatief een anti-stollingsbeleid op maat van de individuele patiënt uit te stippelen. U kunt een concreet plan vinden voor patiënten onder anti-aggregantia, anti-vitamine K antagonist en NOAC's. Vanuit deze widget kan ook informatie worden geprint voor de arts en voor de patiënt.

Voor de NOAC's wordt er informatie gevraagd over de patiënt in 3 stappen: welke NOAC neemt de patiënt, wat is de nierfunctie en wat is het bloedingsrisico van de patiënt en/of ingreep. Met deze informatie wordt dan een concreet schema voorgesteld.

Onder de informatie-balk vindt u verder nog gegevens over o.a. regionale anesthesie. Bij het ? op de respectievelijke schermen vindt u telkens bijkomende bemerkingsen en aandachtspunten.

Richtlijnen betreffende preventie door middel van LMWH bij de algemeen chirurgische en internistische patiënt zijn een volgend onderwerp van bespreking. Het verdient echter wel de aandacht dat de dosis Clexane 40 mg 1x/dag de standaard preventieve dosis is voor de doorsnee patiënt zonder overgewicht en met een normale nierfunctie (klaring > 30 mL/min).



De dosis Clexane 20 mg 1x/dag is voor de meeste gevallen een sterke onderdosering en wordt enkel aangeraden in specifieke gevallen of bij sterk verminderde nierfunctie (klaring < 30 mL/min).

Andere richtlijnen geformuleerd door het stollingscomité kunt u vinden op intranet in de rechter taakbalk onder "Zorg voor patiënten" – "Stollingsbeleid".

*namens het stollingscomité*  
dr. Els Bailleul  
labo hematologie  
T. 053 72 48 91

## Transfusietriggers voor erythrocytenconcentraten: het bedenken waard!

Sedert enkele jaren is het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten) bezig om richtlijnen uit te werken voor een rationeler gebruik van bloedproducten. Zij hebben daarvoor werkgroepen opgericht die richtlijnen en procedures aan het opstellen zijn in verband met de adequate opleiding van verpleegkundigen én artsen, de uitwerking van het elektronisch voorschrift en de optimalisatie van het rationeel voorschrijven en toedienen van bloedproducten. Bij 2 van deze werkgroepen hebben Geert Van Vaerenbergh, de hemovigilantie referentiepersoon van dit ziekenhuis en dr. Els Bailleul, voorzitter van het transfusiecomité, zich kunnen aansluiten. Het FAGG beoogt hiermee bij de voorschrijvers het

toedienen van bloedproducten meer te beperken en beter te overdenken. In september eerstkomend dient ieder ziekenhuis terug een enquête in te vullen ter evaluatie van het transfusiebeleid en ter vergelijking van de ziekenhuizen onderling.

In verband met transfusietriggers voor de toediening van erythrocytenconcentraten publiceerde de Hoge Gezondheidsraad in 2010 een meer algemene aanbeveling die zeker voor iedere discipline een bedenking waard is. Wij vestigen dan ook nog graag eens uw bijzondere aandacht hierop.

Lees verder op pagina 2

### Verdere vragen en informatie:

Laboratorium OLV Ziekenhuis Aalst, 1ste verdieping  
Editor: [Lieve.Van.Hoovels@olvz-aalst.be](mailto:Lieve.Van.Hoovels@olvz-aalst.be)  
T. 053 72 47 91  
<http://www.olvz.be/>

## Moleculaire Biologie

Op 17 juni 2014 werd de Rhinovirus PCR toegevoegd aan het respiratoir panel. Meer info verschijnt in de volgende labflap.

Vervolg pagina 1

**Onder 4,5 g/dL hemoglobine** is er onmiddellijk levensgevaar.

**Onder 7 g/dL hemoglobine** moet de volgende vraag worden gesteld: "Waarom geen transfusie geven?"

**Boven 7 g/dL hemoglobine** moet de volgende vraag worden gesteld: "Waarom een transfusie geven?"

**Bij intermediaire waarden (tussen 7 en 10 g/dL)** hangt de indicatie voor transfusie af van de medische beoordeling. Om een beslissing te nemen moet de geneesheer rekening houden met klinische elementen (zoals de snelheid waarmee de bloedarmoede zich heeft ingesteld en de leeftijd van de patiënt) alsook met factoren van comorbiditeit (cardio-respiratoire aandoeningen en ernstige sepsis).

**Boven 10 g/dL hemoglobine** is een transfusie zelden nodig.

Tabel 1. Transfusietriggers van Hoge Gezondheidsraad

Verdere concrete richtlijnen van het FAGG volgen nog de komende jaren.

Ook moet de nadruk erop gelegd worden dat transfusies uiteraard kunnen beperkt worden, vooral bij de chirurgische patiënt, indien er steeds aandacht is voor een adequate hemostase, beperken van hemodilutie en indien het gebruik van cellsavers wordt overwogen.

In veel gevallen volstaat het ook om 1 unit toe te dienen in plaats van de klassieke 2 units. Dit wordt best steeds klinisch overwogen.

Tranfusies dienen zoveel mogelijk tijdens normale werkuren door te gaan, zodat de opvolging ervan optimaal kan gebeuren. Op momenten van lage bezetting van personeel dient bloedtoediening zoveel mogelijk vermeden te worden.

Het FAGG zou er willen naar streven dat er op de aanvragen steeds melding wordt gemaakt van de pre-transfusie hemoglobine waarde of andere relevante parameters zoals bloedplaatjesaantal en stollingstesten. Zij ontwerpen daarvoor ook een concept in een elektronisch voorschrift.

De bewustwording van de artsen hieromtrent is wellicht de eerste stap in de goede richting.

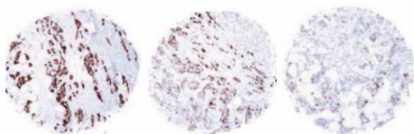
dr. Els Baillieu  
labo hematologie  
T. 053 72 48 91

## Pathologische Ontleedkunde

### Gekende fixatietijd beste garantie voor juiste diagnostiek

Als vervolg op ons verhaal over het correct fixeren van weefsels, staan we in deze labflap even stil bij de impact van het tijdstip van fixatie en van de fixatieduur bij immunohistochemie (IHC) en in-situ hybridisatie (ISH).

De eerste kritische stap is de tijd tussen afname en fixatie. Deze moet zo kort mogelijk zijn: laattijdige fixatie geeft door autolyse een verminderde aankleuring, en zelfs vals negatieve resultaten (zie fig. 1). Vandaar dat gevraagd wordt om verse monsters zo snel mogelijk naar het laboratorium te brengen en niet onbeheerd achter te laten in het operatiekwartier.



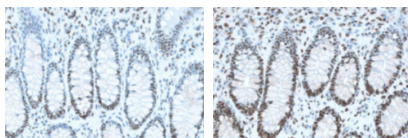
Figuur 1. Effect van uitgestelde fixatie op ER kleuring: onmiddellijk (links), na 1 uur (midden) en na 24 uur (rechts)

De belangrijkste stap is de totale fixatietijd. De ISO norm 15189 vereist de registratie van datum en uur van afname om de totale fixatietijd te berekenen. Deze moet minimaal 6 uur en maximaal 48 uur bedragen (bij borstpathologie maximaal 72 uur). De volledige fixatie van een

weefselfragment met een diameter van 3 cm duurt bijvoorbeeld 16 uur. Dit is de reden waarom ontvangen weefsels niet altijd de dag zelf kunnen verwerkt worden.

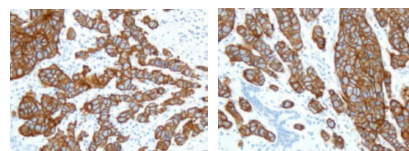
De gevolgen van over- en onderfixeren van weefsels bij IHC en ISH wordt geïllustreerd aan de hand van volgende figuren.

Figuur 2 geeft duidelijk weer wat de gevolgen kunnen zijn op de kwaliteit van de IHC kleuring van een niet gekende, onvoldoende fixatietijd. Er kan niet alleen een verminderde, maar zelfs volledig negatieve of vals positieve aankleuring optreden indien niet voldaan wordt aan de richtlijn.

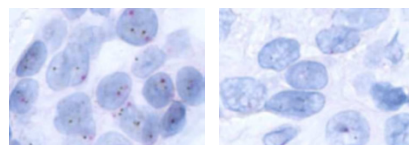


Figuur 2. Kleurresultaat MLH1: na 3 uur fixatie (links) en na 24 uur fixatie (rechts)

Hoewel overfixatie slechts weinig effect heeft op IHC (zie fig. 3), geeft de ISH een vals negatief resultaat (zie fig. 4). Zowel vals negatieve als vals positieve resultaten kunnen leiden tot verkeerde diagnostiek en het ontzeggen van (kanker)therapieën.



Figuur 3. Kleurresultaat Her2/Neu: na 24 uur fixatie (links) en na 168 uur fixatie (rechts)



Figuur 4. Kleurresultaat HER2 ISH: positief na 24 uur fixatie (links) en negatief na 168 uur fixatie (rechts)

Standaardisatie van de fixatietijd is dus terecht een absolute prioriteit voor het laboratorium om kwaliteitsvolle IHC en ISH af te leveren. Het laboratorium rekent hiervoor op de medewerking van alle aanvragende diensten. Onze boodschap: noteer op elke aanvraag steeds de datum en uur van afname zodat het laboratorium de totale fixatietijd kan berekenen. Het laboratorium, maar vooral de patiënt zal u dankbaar zijn.

Bart De Wiest  
labo Pathologische Ontleedkunde  
T. 053 72 42 85