

# zoLarium

Jaargang 17 nr. 74 • 2019

**SAMENWERKING IN  
LIMBURG:**  
conventie pancreas-  
en slokdarmchirurgie

**DiaT1op**  
Diabetes type 1 en sport  
kunnen wel samengaan

**FUTURE HEALTH  
ZET IN OP ONDERZOEK  
EN INNOVATIE**





# HELDEN VAN HET ZOL

## WIL JIJ OOK EEN 'HELD VAN HET ZOL' WORDEN?

Zopas hebben we in het ZOL onze nieuwe wervingscampagne 'Helden van het ZOL' gelanceerd. Zes collega's staan symbool voor de 3.500 artsen, verpleegkundigen en ondersteunende medewerkers die dagdagelijks in de weer zijn met het zo goed mogelijk zorg dragen voor onze patiënten. Zij zijn onze helden.

Neem een kijkje op [www.heldenvanhetzol.be](http://www.heldenvanhetzol.be) en laat je meeslepen door hun getuigenis en hun engagement.

“

Om de toekomst mee vorm te geven, hebben we in het ZOL Future Health opgericht.

dr. Griet Vander Velpen



Dr. Griet Vander Velpen,  
Medisch directeur

# Editio

Geachte collega,

Vanaf 1 januari 2020 gebeuren complexe pancreas- en slokdarmingrepen in België nog enkel in een aantal daarvoor erkende centra. Deze toekenning van erkenningen aan specifieke ziekenhuizen, gekoppeld aan de terugbetaling van de (chirurgische) behandeling van welbepaalde pathologieën, is een opmerkelijke nieuwe wending in de organisatie van de Belgische gezondheidszorg.

Concreet betekent dit dat de overheid complexe pancreas- en slokdarmresecties, en naar de toekomst toe nog andere zorgopdrachten, toekent aan ziekenhuizen die een vooraf gedefinieerde expertise kunnen voorleggen. Het KCE heeft immers een verband kunnen aantonen tussen volume en kwaliteit. Hoe meer men iets doet, hoe groter de expertise en hoe beter de kwaliteit die men kan afleveren...

Nieuw is ook dat ziekenhuizen, om die kwaliteit te bewijzen, de zorg rond de patiënt nauwkeurig zullen moeten registreren. Ook dit is een 'game-changer' want op het vlak van registratie gebeurde er tot nu toe heel weinig in België.

Voor onze zorgverlening heeft dit verschillende consequenties. We zullen als erkend centrum, binnen en buiten ons eigen locoregionaal netwerk, goede werkafspraken moeten maken met alle ziekenhuizen uit Limburg. Daarnaast zullen we een 'data managing cel' moeten installeren die ons begeleidt bij de registraties, ook op een overkoepelend Limburgs niveau. Gelukkig beschikken we in het ZOL over een volledig geïntegreerd elektronisch patiëntendossier waarin de gevraagde data gestandaardiseerd kunnen geregistreerd worden.

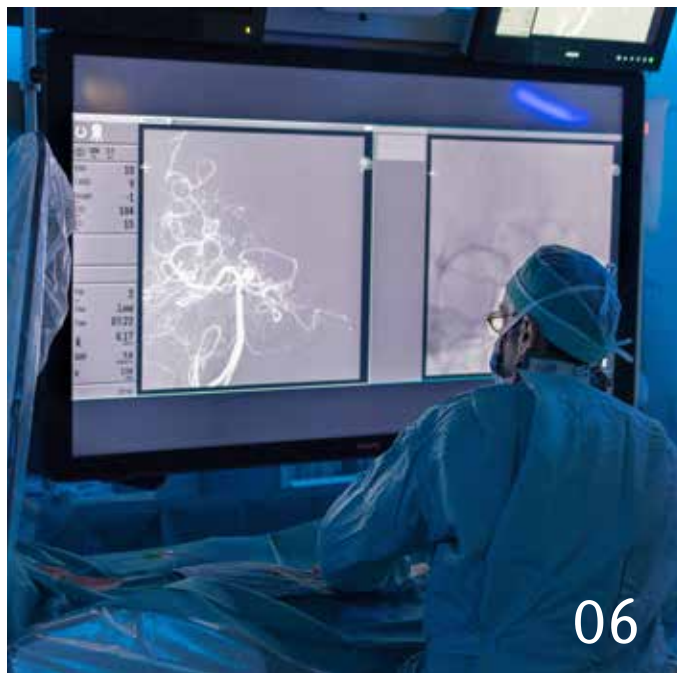
Voorgaande is maar één van de vele uitdagingen waar we als ziekenhuis voorstaan. De rol van het ziekenhuis en de manier waarop we zorg verlenen, zal sterk veranderen in de toekomst. Om die toekomst mee vorm te geven, hebben we in het ZOL het 'Future Health' platform opgericht. In dit ZOLarium kan u lezen welke initiatieven er op het vlak van klinische studies, wetenschappelijk onderzoek, innovatie en business development tot nu toe al genomen zijn binnen Future Health.

Ik wens u alvast veel leesplezier!

Met collegiale groeten  
Dr. Griet Vander Velpen

# Inhoud

- 06 Future Health**  
bereidt het ZOL voor op de toekomst
- 24 Levensloop Genk**  
Vijf ZOL-teams nemen deel
- 26 Behandeling van erectiele dysfunctie**  
Veelzijdig segment van de urologie
- 30 Symposium acute beroerte**  
Maar liefst 500 geïnteresseerden aanwezig
- 32 Centrum Pulmonale Hypertensie**  
ZOL erkend als satelliet van Leuven
- 36 ZOL-Bokonzi-Memisa**  
ZOL-Bokonzi-Memisa
- 40 Dienst Orthopedie**  
biedt oplossing voor langere wachttijden
- 50 Zeventigtal nieuwe assistenten gestart**  
Het ZOL blijft een gegeerde stageplaats voor artsen in opleiding
- 56 Dissectiekamer**  
Govard Bidloo (1649-1713)



# **BEDOELING IS STEEDS DE PATIËNTENZORG TE VERBETEREN**





Future Health is het platform waar  
klinische zorg een brug slaat met  
onderzoek, ondernemerschap  
en opleiding.

**Naast patiëntenzorg en opleiding is ook onderzoek een belangrijke taak van het ZOL. Om dit onderzoek verder te laten groeien en te professionaliseren, werd Future Health opgericht. "Future Health stimuleert en ondersteunt klinische studies, wetenschappelijk onderzoek, innovatie en business development om de patiëntenzorg - in en buiten het ZOL - te verbeteren", aldus Inge Thijs, hoofd R&D Future Health en coördinator Limburg Clinical Research Center UHasselt/ZOL.**

consolideren, maar ook om nieuwe domeinen aan te snijden", aldus Inge Thijs. "Nieuw is dat we ook synergieën zoeken



Via Future Health kunnen we inzetten op onderzoek en innovatie en de nieuwe inzichten vertalen naar de klinische zorg. Dit met de bedoeling de patiëntenzorg steeds verder te verbeteren.

**Dr. Griet Vander Velpen,**  
medisch directeur ZOL

met die 'new health industries', wat het mogelijk maakt nieuwe domeinen aan te snijden. Hierin zijn we uniek want zeker niet elke wetenschappelijke cel van een ziekenhuis houdt zich daarmee bezig."

#### **Opleiding**

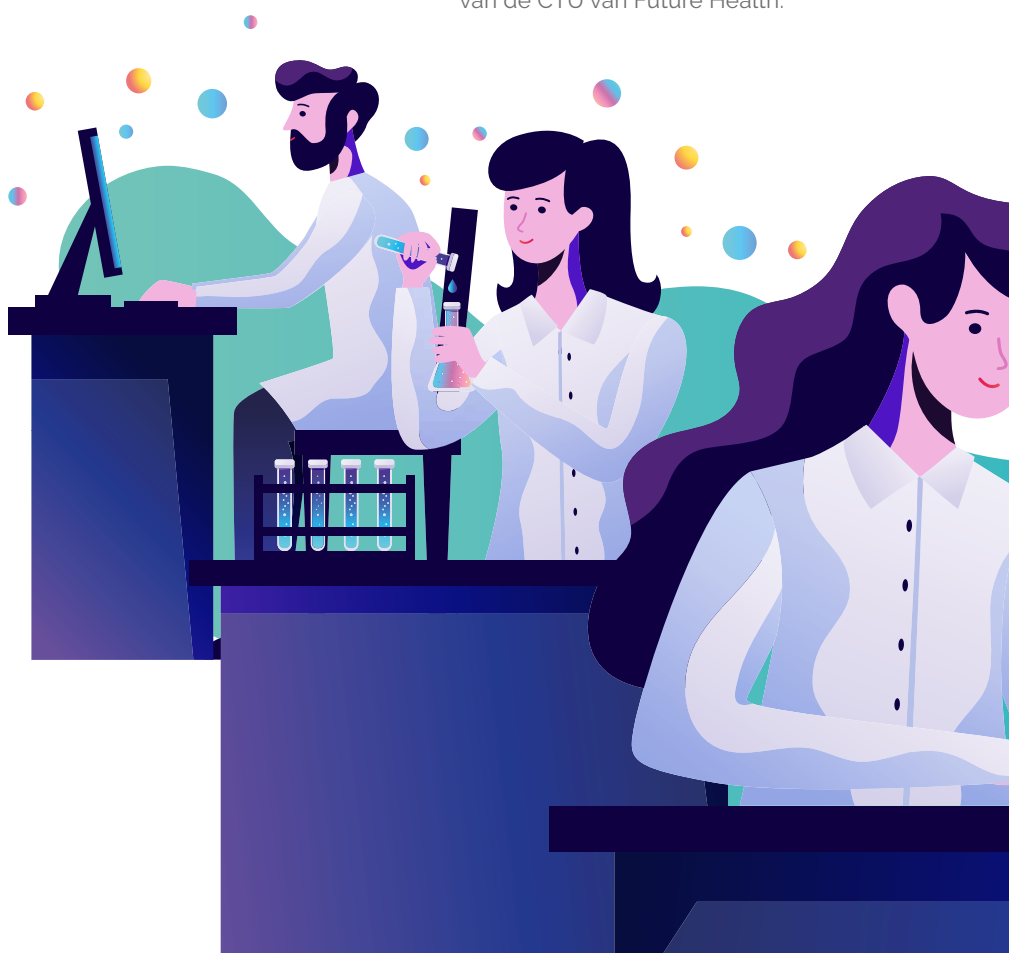
De klinische opleidingsactiviteit van het ZOL vindt plaats in nauwe samenwerking met verschillende Vlaamse, Belgische en internationale onderwijsinstellingen (UHasselt, KULeuven, UAAntwerpen, UMaastrecht, UCLL, PXL, LiZa, ...). ZOL-artsen en medewerkers nemen hierbij de rol op van docent, stagemeester of mentor en zijn een belangrijke meerwaarde voor de opleiding en praktijkervaring van studenten in de zorgsector.

#### **Nieuwe zorgpartners**

Het ZOL en de ZOL-artsen zijn verder een belangrijke partner voor de farma-, biotech- en medtech-industrie bij de uitvoering van tal van klinische studies. Deze studies vinden plaats binnen verschillende medische diensten door speciaal opgeleide studiemedewerkers, georganiseerd in een dienstspecifiek studiesecretariaat. Ook diensten zonder eigen studiesecretariaat kunnen een beroep doen op studiemedewerkers van de CTU van Future Health.

In een veranderend zorglandschap is het belangrijk dat ziekenhuizen inspelen op de nieuwste trends om relevant te blijven. Deze trends zijn intussen lang gekend: vergrijzing, meer chronische ziekten, assertievere zorgconsumenten... Daarnaast zijn er ook meer mogelijkheden om de zorg te verbeteren met nieuwe technologieën en het werken met 'big data'. "We geloven dat de spelers van wat wij de 'new health industries' noemen een belangrijke rol kunnen spelen in het 'ecosysteem' dat de zorg meer en meer is en waar ook ziekenhuizen deel van uitmaken. Het ZOL wil zich voor hen profileren als voorkeurspartner", aldus valorisatiemanager Yves Marchal.

Met Future Health wil het ZOL zich wapenen voor de toekomst. Future Health is het platform waar klinische zorg een brug slaat met opleiding, onderzoek en ondernemerschap. "Een platform als Future Health geeft de mogelijkheid om synergieën te zoeken, expertise te



# Succesverhalen Future Health Een selectie

## Spin-off FibriCheck:

app voor opsporen  
van hartritme-  
stoornissen met CE  
en FDA goedkeuring

Sinds 2017 erkend als  
eerste niet-universitaire  
CTU die financiering kan  
krijgen vanwege het KCE  
Trials Programma voor  
niet-commerciële stu-  
dies (ADVOR en Precise  
studies)

## FWO-TBM beurs voor PREMOM II:

multicenter RCT  
m.b.t. telemonitoring  
van hoog-risico zwan-  
gerschappen

## Stichting tegen Kanker-grant

voor ontwikkeling  
zorgtraject en app  
BeweegSaam

Naast deze 'klassieke zorgindustrie', zijn er nieuwe spelers actief in het zorgland- schap: starters die producten en dien- sten ontwikkelen die relevant zijn voor de zorgsector vanuit de mogelijkheden die nieuwe technologieën bieden. Daarnaast gevestigde bedrijven, zoals Microsoft, Apple en Samsung, die zich positioneren in de zorgsector maar geen specifieke medisch-technologische achtergrond hebben. Tot slot opleidings- en onder- zoeksinstellingen zoals Imec, die nood hebben aan input en ondersteuning van- uit de klinische praktijk voor ontwikke- lingen rond zorginnovatie.

Deze 'new health industries' hebben geen pasklare toegang tot klinische netwerken en zoeken naar een partner die inzichten kan geven in de klinische praktijk en die kan ondersteunen. "Future Health positioneert zich als de partner die kennis, ervaring en een klinische proeftuin ter beschikking kan stellen om aan hun noden te beantwoorden", aldus Yves Marchal.

"Dit aanbod kan zijn: toegang tot prak- tijkervaring in een klinische omgeving, mentoring, toegang tot klinische valida- tie, wetenschappelijke ervaring, klinische infrastructuur en medisch materiaal. Dit steeds in samenwerking met artsen, zorgprofessionals en patiënten."

## Wetenschappelijk onderzoek

Heel wat ZOL-artsen en -medewerkers zijn actief bezig met eigen onderzoek, ontwik- keling en innovatie. Een deel hiervan ge- beurt in het kader van het Limburg Clinical Research Center (LCRC), de structurele samenwerking tussen UHasselt, ZOL en Jessa met het oog op patiëntgericht, aca- demisch klinisch onderzoek. Het initiatief ging van start in 2011 en telt een 100-tal academische onderzoekers met research & development activiteiten in onder an- dere de domeinen cardiologie, gynaeco- logie/fertiliteit, infectieziekten, oncologie, anesthesie/neuro en orthopedie.

"Voor UHasselt zorgt LCRC voor de be- langrijke, academische onderbouwing van de huidige en toekomstige opleidin- gen in het domein van de (bio)medische wetenschappen. De ziekenhuizen zien hun topmedische zorg ondersteund door

wetenschappelijk onderzoek, waarbij ook de onderzoeksambities van hun artsen gerealiseerd worden en jonge, talentvolle artsen en wetenschappers aangetrokken en opgeleid worden", aldus Inge Thijs. Tweeëntwintig ZOL-artsen hebben momenteel een aanstelling als professor in UHasselt en doen vanuit die dubbele achtergrond aan academisch klinisch wetenschappelijk onderzoek.

“



Dat het KCE recent de coördinatie van de multicentrische studies ADVOR (hartfalen) en Precise (verlengd kritieke ziekte) aan de Clinical Trial Unit van het ZOL heeft toegewezen, toont aan dat verdere professionalisering loont, met de CTU als katalysator voor diensten met een passie voor klinische studies.

**Prof. dr. Dieter Mesotten,**  
anesthesist en voorzitter Clinical Trial Unit

Een andere structurele samenwerking is TRACE, een joint venture tussen het ZOL en de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven. In de voorbije jaren heeft TRACE zich ontwikkeld tot een translationeel centrum voor experimenteel gezondheidspsychologisch onderzoek. TRACE wil een voortrekkersrol spelen in de evidence-based gepersonali-

# Wie zijn de stake

## ZOL-MEDEWERKERS, -ARTSEN EN -ONDERZOEKERS

Voor de ontwikkeling van hun ideeën en initiatieven rond wetenschappelijk onderzoek en innovatie in de zorg, o.a. via

- vorming
- ondersteuning bij klinische studies via de Clinical Trial Unit
- ondersteuning bij opzetten en financieren van projecten
- matching met partners
- delen van best practices

## INNOVATOREN, STARTERS EN SCALE-UPS, ONDERZOEKS-INSTELLINGEN

Voor de ontwikkeling van hun ideeën en initiatieven in de zorg en validatie vanuit de klinische praktijk (klinische kennis, ervaring en een proeftuin om zorginnovaties te ontwikkelen en te testen).

seerde zorg in het domein van de psychologie in de geneeskunde.

### Toegepast onderzoek en ontwikkeling

Er wordt ook geïnvesteerd in toegepast onderzoek, vooral rond digitalisering en de inzet van technologie in de gezondheidszorg. Dit gebeurt o.a. binnen het LCRC in het Mobile Health Unit-platform. De MHU is vooral actief binnen de domeinen cardiologie, pneumologie en gynaecologie. De onderzoekers concentreren zich op nieuwe zorginnovaties binnen de mobiele wereld met als doel patiënten op te volgen in hun thuissituatie."

**Inge Thijs:** "Binnen het kader van de MHU hebben we een digitaal onderzoeksplatform ontwikkeld, nl. DHARMA, dat ons in staat stelt flexibel nieuwe projecten op te zetten die de impact van telemonitoring op gezondheidsuitkomsten, op kosten en op tevredenheid van alle betrokkenen in een specifieke patiëntengroep bestuderen. Een van die projecten is PREMOM, een telemonitoring programma voor zwangeren met (risico op) bloeddrukproblemen."

"Naast onderzoek zijn er ook eigen ontwikkelingsprojecten. Een voorbeeld van zo'n traject in opstart is BeweegSaam, een zorgtraject waarbij de oncologische patiënt via een app gestimuleerd wordt tot bewegen. BeweegSaam wordt mogelijk gemaakt door ondersteuning vanwege de Stichting tegen Kanker."

### Valorisatie

**Yves Marchal:** "Bij alle ontwikkelingen wordt de link met de industrie of de mogelijkheden tot valorisatie nooit uit het oog verloren. Het uiteindelijke doel blijft het verbeteren van de patiëntenzorg. We zorgen er dus voor dat ontwikkelingen tot in de kliniek komen. Het zijn meestal de artsen zelf die de nieuwe inzichten vertalen naar de zorg, maar we kunnen initiatieven met commercieel potentieel ook bedrijfseconomisch ondersteunen via onze netwerken."

### Data

**Noëlla Pierlet, datamanager Future Health:** "Het feit dat we via ons elektronisch patiëntendossier over een grote hoeveelheid klinische data beschikken, zullen

# holders van Future Health?

## INDUSTRIE

Centraal aanspreekpunt voor klinische studies via

- de Clinical Trial Unit
- proof-of-concept
- pilootprojecten.

## PATIËNTEN

Informatie over:

- de innovatieprojecten waaraan we werken
- wat klinisch onderzoek is en wat het betekent voor een mogelijke deelnemer
- lopende klinische studies en innovatieprojecten waarvoor we deelnemers zoeken.

## STUDENTEN, VRIJWILLIGERS EN EXTERNEN ACTIEF IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

- informatie over de mogelijkheden om klinisch-wetenschappelijk onderzoek uit te voeren in het ZOL
- aanmeldingsflow en opleidingen voor een vlotte start.

“



Future Health maakt het mogelijk om via business development linken te leggen tussen onderzoek en studies met valorisatiepotentieel enerzijds en business opportuniteiten anderzijds. Dit creëert nieuwe opportuniteiten voor de ziekenhuizen, maar ook andere spelers in de gezondheidszorg.

Erwin Bormans,  
algemeen directeur ZOL

175

publicaties in 2018 in internationale peer reviewed journals

21

LCRC doctoraten afgelegd in het ZOL

8

projectgebonden wetenschappelijke medewerkers

we in de toekomst ook verder uitspe-  
len. Uiteraard volgens de regels van de  
GDPR-wetgeving, dit wil zeggen met  
respect voor de privacy van de patiënt.  
Data zijn in het digitale tijdperk een be-  
langrijke asset om aan wetenschappe-  
lijk onderzoek te doen, om de klinische  
zorg te benchmarken, om de klinische  
validatie van innovatieve concepten mo-  
gelijk maken en natuurlijk om de zorg  
data-gedreven te verbeteren."

"Via de meest recente analyse tools zoals  
bijvoorbeeld 'Machine Learning' kunnen  
we op basis van onze data - waaronder  
ook Patient Reported Outcome Measu-  
res - innovatieve inzichten mogelijk te  
maken. Het uiteindelijke doel is deze  
inzichten te vertalen naar de praktijk om  
de zorg voor de patiënt te verbeteren."

#### **Clinical Trial Unit**

Onderzoek, ontwikkeling en valorisatie  
gebeuren steeds in een sterke interactie  
en samenwerking met de Clinical Trial  
Unit van het ZOL. Evi Theunissen, hoofd  
CTU: "Het kader waarbinnen het klinisch

wetenschappelijk onderzoek gebeurt, is  
immers steeds strenger gereguleerd en  
professionele ondersteuning bieden aan  
de artsen/onderzoekers en hun studie-  
teams is hierbij een must."

De CTU van het ZOL is trouwens erkend  
door het KCE (Federaal Kenniscentrum  
voor de Gezondheidszorg) als een van  
de eerste units buiten de universitaire  
ziekenhuizen. Hierdoor kunnen we via  
het KCE Trials Programma financiering  
verwerven voor eigen niet-commerciële  
studies. De ADVOR studie binnen hart-  
falen is de eerste KCE-studie die vanuit  
ZOL wordt gecoördineerd.

#### **Zorginnovatie**

Het Future Health-platform faciliteert  
zorginnovatie in het ZOL. Yves Marchal:  
"Door de aanwezige expertise te bun-  
delen, kunnen we eigen onderzoek alle  
kansen geven, maar ook een sterk aan-  
bod voorleggen aan externe partijen.  
Dergelijke structuur laat toe projecten  
efficiënter aan te pakken, ze te versnellen  
en te valoriseren."

"Vandaag zijn er reeds een aantal  
samenwerkingsverbanden lopende:  
LCRC, BlueHealth Innovation Center  
(BHIC), het interuniversitair zaai- en  
groeifonds QBIC, de Limburgse Zorg-  
academie (LiZa), TRACE, Imec, ... Het  
is ook via deze netwerken dat Future  
Health de projecten kan begeleiden  
om nationale en internationale fondsen  
te verwerven of om een beroep te doen  
op externe financiering. Als we deze  
partnerships verder uitdiepen, zal de  
meerwaarde vergroten."

Future Health is ook de aangewezen  
structuur om ZOL-eigen projecten te  
begeleiden rond onderzoek en ontwik-  
keling, business development en valo-  
risatie. Artsen en medewerkers van het  
ZOL worden bedrijfseconomisch onder-  
steund door valorisatiemanager Yves  
Marchal in hun ambities om innovatieve  
ideeën te onderzoeken en waar mogelijk  
een ontwikkelingstraject uit te bouwen  
zoals het opstarten van een traject of  
het uitbouwen van een onderneming.

De rol van het ziekenhuis en haar artsen  
gaat sterk veranderen in de toekomst.  
Ook de manier waarop we zorg verlenen  
zal anders zijn. Via Future Health kunnen  
we die toekomst zelf mee vorm geven  
en leren we die nieuwe spelers in de  
zorg van de toekomst goed kennen. ■

**Meer info:** [www.futurehealth.be](http://www.futurehealth.be)

# 147

ZOL-medewerkers en -artsen hebben een  
attest van Good Clinical Practice

.....

# 16

actieve doctorandi LCRC

.....

# 3

medewerkers  
werken voor de  
CTU

.....

## **WIE IS WIE?**

- **Algemeen/business development & valorisatie:** [yves.marchal@zol.be](mailto:yves.marchal@zol.be)
- **Onderzoek & ontwikkeling:** [inge.thijs@zol.be](mailto:inge.thijs@zol.be)
- **Clinical Trial Unit:** [evi.theunissen@zol.be](mailto:evi.theunissen@zol.be)
- **Data & digital:** [noella.pierlet@zol.be](mailto:noella.pierlet@zol.be)



Future Health wil het aanspreekpunt en de facilitator zijn voor grote en kleine initiatiefnemers en bedrijven binnen en buiten het ziekenhuis om technologische innovatie in de gezondheidszorg te faciliteren.

Prof. dr. Pieter Vandervoort, cardioloog en medisch coördinator Future Health

# 30%

van de studies worden door artsen van het ZOL opgezet

# 146

studenten en vrijwilligers in academiejaar 2018-2019

# 22

artsen die prof zijn aan UHasselt

# 350

studies worden momenteel uitgevoerd met medewerking van ZOL-patiënten

# 71

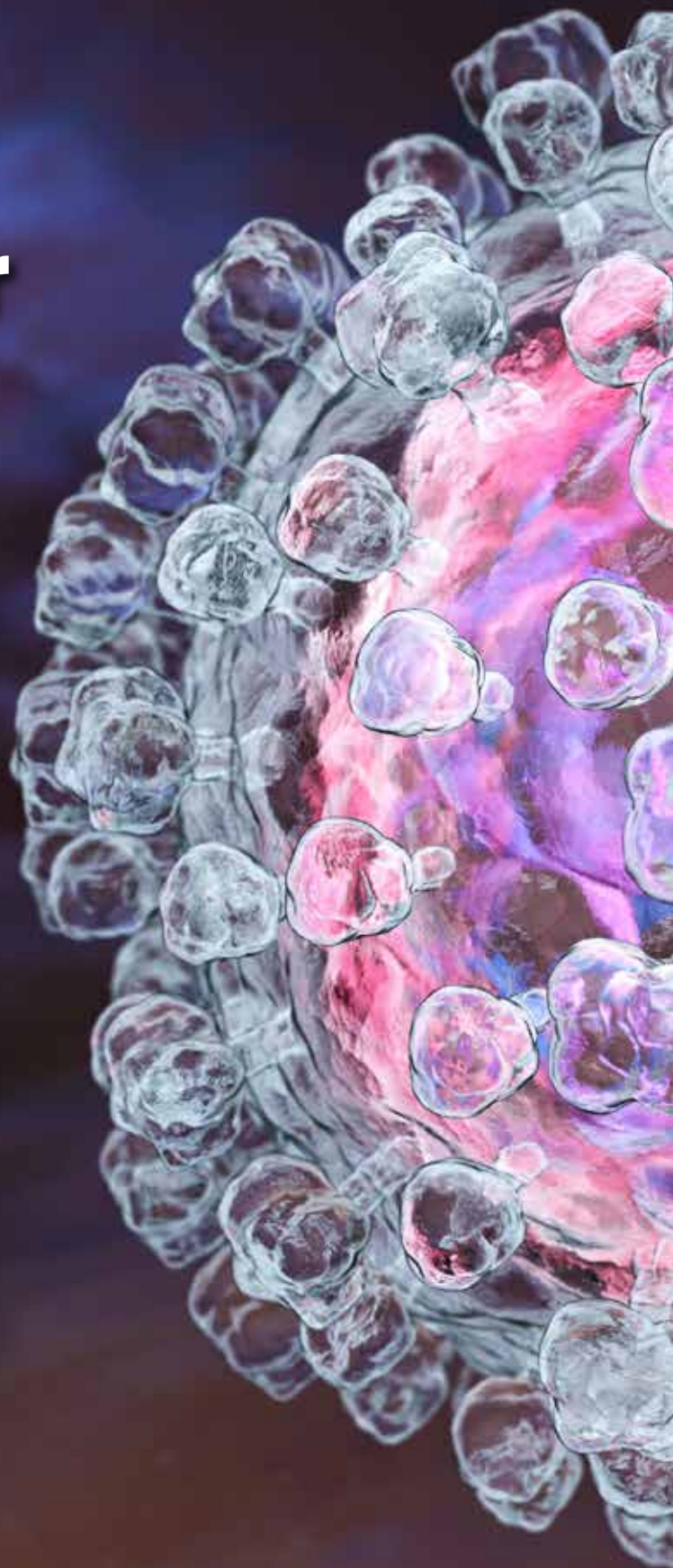
nieuwe nieuwe studies zijn aangemeld tussen januari en augustus 2019

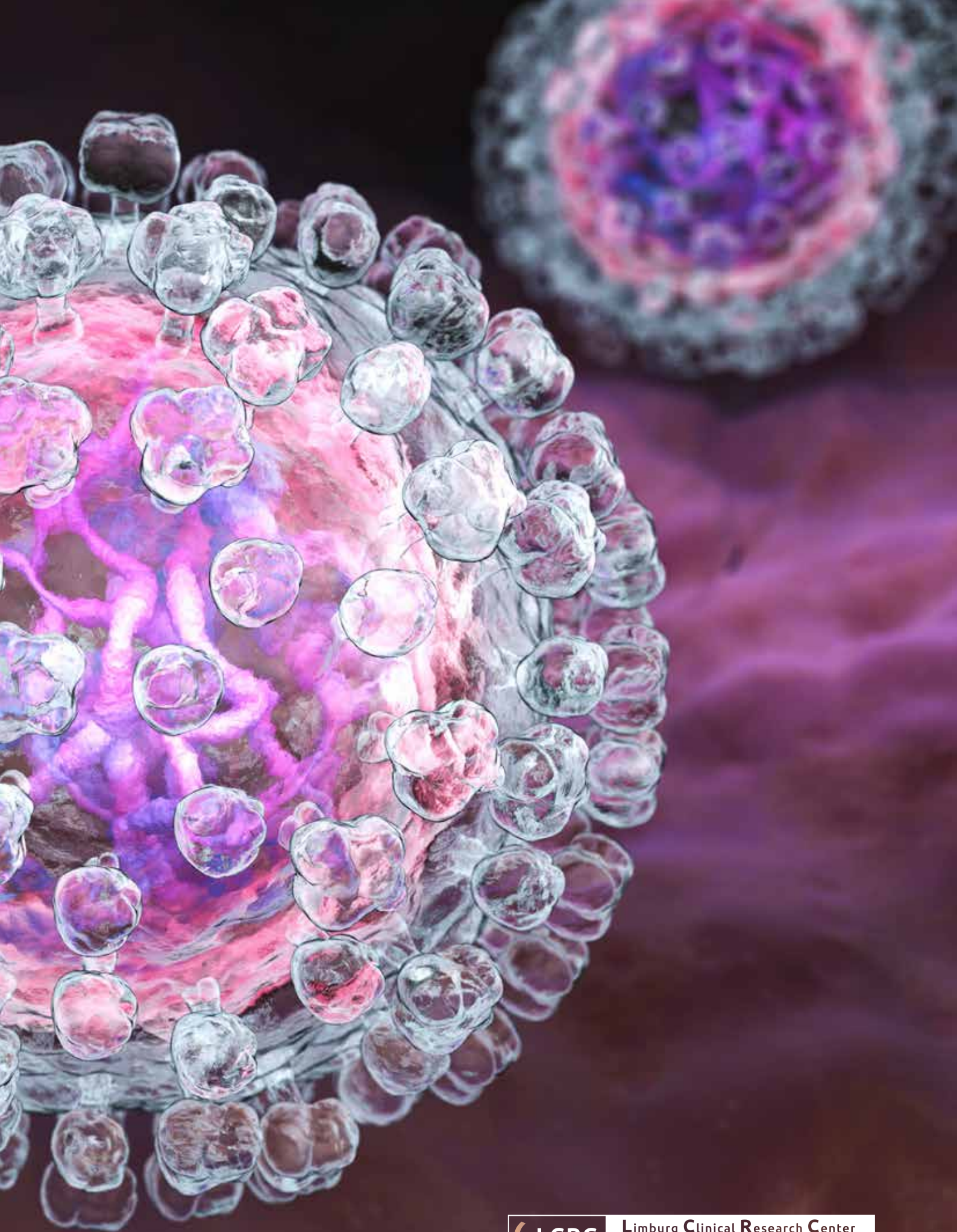
# De zorg voor hepatitis C

Hepatitis C virus (HCV)-infectie is een chronische ziekte van de lever die onbehandeld leidt tot cirrose, terminaal leverlijden of hepatocellulair carcinoma. Dankzij de ontwikkeling van direct werkende antivirale (DAA) therapie kan deze ziekte tegenwoordig genezen worden. HCV-infectie is een bedreiging voor de volksgezondheid. Daarom heeft de Wereldgezondheidszorgorganisatie doelen vooropgesteld om HCV te elimineren tegen 2030.

**H**et hepatitis C-virus wordt overgedragen door rechtstreeks contact met bloed of besmette bloedproducten. Bij een deel van de geïnfecteerden verdwijnt het virus spontaan, maar in 75 tot 80% van de gevallen wordt de infectie een chronische aandoening. Hepatitis C evolueert traag en de symptomen treden vaak op 10 tot 20 jaar na de infectie.

Er wordt geschat dat in België minstens 100.000 mensen drager zijn van HCV. De belangrijkste risicogroep voor HCV in België zijn gebruikers die drugs intraveneus toedienen (people who inject drugs: PWID). Hepatitis C komt veel meer voor bij druggebruikers (70-80%).





Limburg Clinical Research Center



# De aanpak van het hepatitis C-zorg continuüm: naar de uitroeiing van de virus-infectie

In zijn doctoraat, afgelegd binnen het Limburg Clinical Research Center (UHas-selt-ZOL), legde dr. Bielen de nadruk op de zorg voor HCV-infectie vanuit een Belgisch standpunt. In deel I werd de diagnose bestudeerd, de eerste stap van de HCV zorgcascade in de algemene bevolking. "We voerden een seroprevalentie studie uit op de dienst Spoedgevallen van het ZOL. De prevalentie van chronische HCV-infectie was 0.52%."

Dr. Rob Bielen: "Gebaseerd op onze bevindingen zouden mensen die ooit drugs gebruikt hebben, mensen die ooit in de gevangenis gezeten hebben, en mensen die geïmmigreerd zijn vanuit landen met een hoog endemisch voorkomen van HCV-infectie moeten gescreend worden. Daarnaast onderzochten we ook de huidige testpraktijken voor virale hepatitis door huisartsen in Vlaanderen." Net zoals in het buitenland het geval is, toonde deze studie duidelijk het gebrek aan van een efficiënte screeningsstrategie. Slechts 1.8% en 1.6% van de totale patiëntenpopulatie werd ooit getest voor respectievelijk hepatitis B surface antigeen en HCV-antilichamen. Als er een test werd uitgevoerd, was dit meestal bij vrouwen op reproductieve leeftijd. Bovendien werd er bij slechts 7.9% en 9.9% van de patiënten met chronisch gestegen levertesten een test voor hepatitis B surface antigeen of HCV-antistoffen afgenomen. Dit toont duidelijk aan dat er in de algemene praktijk uitgebreid dient gescreend te worden om hepatitis C bij personen met verhoogde transaminasen te detecteren.

In deel II, is de aandacht gericht op de zorg voor HCV-infectie bij gebruikers die drugs intraveneus toedienen (People who inject drugs: PWID) in België. PWID zijn momenteel de groep die het hoogste risico heeft om de infectie op te lopen in België, en bovendien hebben zij vaak moeilijker toegang tot de reguliere gezondheidszorg.

Allereerst werd de invloed van HCV-infectie op de mortaliteit van PWID onderzocht en vergeleken met een controlepopulatie

“

Onze bevindingen tonen aan dat mensen die ooit drugs gebruikt hebben, mensen die ooit in de gevangenis gezeten hebben en mensen die geïmmigreerd zijn vanuit landen met een hoog endemisch voorkomen van HCV-infectie moeten gescreend worden.

Rob Bielen

van niet-PWID met een chronische HCV-infectie. Dr. Bielen: "In beide groepen was de mortaliteit het hoogst bij patiënten met een chronische HCV-infectie. Genezing van de ziekte door therapie leidde tot betere gestandaardiseerde mortaliteitsratio's. Dit toont de voordelen van behandeling voor HCV-infectie bij PWID duidelijk aan."

"Verder bewezen we dat DAA-behandeling zowel efficiënt als veilig was voor PWID in twee retrospectieve studies. De beschikbaarheid van DAA-therapie is op zichzelf echter niet voldoende om de opname voor therapie bij PWID te verbeteren. Aldus bestudeerden we de huidige opname voor therapie bij PWID in opiaat substitutie programma's in een multicentrische, prospectieve studie. De opname voor therapie was laag, en dit bleef stabiel ondanks de beschikbaarheid van nieuwe DAA-therapie tijdens de studie." Dit was grotendeels te wijten aan de strenge terugbetalingscriteria in België. Aangezien de therapie sinds begin 2019 voor iedereen beschikbaar is geworden, is het nu het ideale moment om factoren te bestuderen die de behandeling van HCV bij PWID verhinderen. "We hebben ook de zorg voor HCV-infectie voor PWID in een opiaat substitutieprogramma in Limburg georganiseerd. Dit heeft geleid tot een hoog percentage van screening, verbinding tot de zorg, en behandeling, alhoewel dit laatste ook werd gehinderd door de terugbetalingscriteria."

"Ten slotte toonden we aan dat er nog een lange weg te gaan is om preventie, diagnose en behandeling van HCV infectie te optimaliseren in de Europese gevangenis."

*Promotor: prof. dr. Geert Robaey,  
Co-promotor: prof. dr. Nevens  
Het onderzoek werd gefinancierd door het  
Limburg Clinical Research Center*



Presentatie doctoraat door dr. Bielen

# Hepatitis C-zorg opdrijven voor personen die drugs gebruiken of intraveneus toedienen?

Door hepatitis C-screening en de behandeling te verhogen voor personen die drugs gebruik(t)en zal de evolutie naar terminaal leverlijden verminderen. Hierdoor zullen de kosten die verder gevorderde leverziekte met zich meebrengt dalen en ook de nood aan levertransplantaties in deze groep verminderen. Dat blijkt uit het doctoraatsonderzoek van Amber Arain in kader van het Limburg Clinical Research Center (UHasselt, ZOL).

“

De beschikbare behandelingen van hepatitis C zijn nu veel efficiënter en eenvoudiger in vergelijking met de behandelingen enkele jaren geleden.

**Amber Arain**

Tijdens dit doctoraat werd onderzocht via verschillende projecten hoe we de hepatitis C-zorg voor PWID in België kunnen verbeteren. Dit doctoraatsproject heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het ontwikkelen van de internationale richtlijnen rond detectie en therapie voor hepatitis C-infectie. De studies hebben aangetoond dat de meerderheid van de geïnfecteerde PWID's positief staan tegenover hepatitis C-behandeling. PWID's kunnen succesvol behandeld worden en de efficiëntie van de behandeling bij PWID's is vergelijkbaar met de niet-druggebruikers.

De beschikbare behandelingen op dit moment zijn veel efficiënter en eenvoudiger vergeleken met de behandelingen enkele jaren geleden. Het probleem is dat er te weinig druggebruikers gescreend en behandeld worden voor HCV. We moeten de HCV-



Amber Arain

zorg verbeteren tijdens elke stap van de HCV zorgcascade (van preventie tot follow-up na de behandeling). Tot nu toe zijn er vooral lokale inspanningen geweest van onderzoekers, addictie centra en hepatologen om HCV beter in kaart te brengen en de HCV-zorg te verbeteren. Er moet vanuit de overheid meer engagement zijn. ■

*Promotor: prof. dr. Geert Robaey*

*Co-promotors: prof. dr. Frank Buntinx en  
prof. dr. Catharine Mathei*

*Het onderzoek werd gefinancierd door het Limburg Clinical  
Research Center*



# Hogere blootstelling aan luchtvervuiling tijdens de zwangerschap zorgt voor hogere bloeddruk bij pasgeborenen

Pasgeboren baby's hebben een hogere bloeddruk wanneer de moeder tijdens de zwangerschap blootgesteld is aan een hogere concentratie luchtvervuiling. Dat blijkt uit het doctoraatsonderzoek van Narjes Madhloum aan UHasselt. Uit het onderzoek blijkt ook dat zelfs al op jonge leeftijd luchtvervuiling de vaatwandfunctie beïnvloedt. Voor het eerst tonen we aan dat ook bij kinderen van 4 jaar de bloedvaten minder elastisch kunnen zijn door de impact van luchtvervuiling.

"Binnen het ENVIRONAGE Geboortecohort van UHasselt, in samenwerking met het Ziekenhuis Oost-Limburg, ontrafelen we nog vóór de geboorte de impact van blootstellingen aan risicofactoren zoals luchtverontreiniging, en meer specifiek fijn stof, op de ontwikkeling en de gezondheid van kinderen", vertelt onderzoekster Narjes Madhloum. "Tijdens mijn onderzoek heb ik bij 427 pasgeborenen en 240 kinderen de impact bestudeerd van luchtverontreiniging." Deze bevindingen werden gepubliceerd in het vakblad *Environmental International*.

### Hogere bloeddruk

In een eerste studie werd de impact van luchtvervuiling op de bloeddruk van pasgeborenen onderzocht. Hier blijkt duidelijk dat pasgeborenen (ongeveer 3 dagen oud) waarvan de moeder tijdens de zwangerschap meer blootgesteld was aan luchtvervuiling een iets verhoogde bloeddruk hadden. "We zagen hier een verhoging van 2.4 mmHg. Dit kan te wijten zijn aan partikels die in de lucht aanwezig zijn en de foetus bereiken. Hier activeren ze dan een bepaald ontstekingsmechanisme, waardoor al vroeg in het leven het vasculair systeem negatief beïnvloed wordt."

Welke gevolgen dit heeft voor kinderen in hun latere leven is nog niet duidelijk. "We hebben een iets hogere bloeddruk vastgesteld bij pasgeborenen waarvan de moeder een hogere blootstelling had tijdens het derde trimester van de zwangerschap. De volgende jaren zullen we deze kinderen blijven opvolgen en kijken of hun bloeddruk hoger blijft dan bij leeftijdgenoten", zegt promotor van dit onderzoek prof. dr. Tim Nawrot. "We weten dat een kleine stijging van de bloeddruk met 2-3 mmHg op lange termijn in de algemene volwassenenpopulatie het risico op een hartinfarct en beroerte met 7 tot 10% doet toenemen. Maar we weten dus nog niet of deze hogere bloeddruk vanaf de geboorte een tijdelijk, dan wel een langdurige verandering, in de bloeddruk zal geven."

### Ook invloed op bloedvatenstelsel

Narjes Madhloum onderzocht ook de impact van luchtvervuiling op het cardiovasculaire stelsel. "Hier zagen we dat recente blootstelling aan luchtvervuiling de vaatwandfunctie beïnvloedt, ook bij

zeer jonge kinderen. We wisten dat luchtverontreiniging de bloedvaten beïnvloedt op oudere leeftijd maar bij kinderen van 4 jaar was dit nog nooit nagegaan."

De afgelopen jaren zijn er heel wat inspanningen geleverd door overheden wereldwijd om luchtverontreiniging aan te pakken. Maar het kan nog altijd beter, zeggen de onderzoekers. Tijdens de doctoraatsverdediging van Narjes Madhloum was toenmalig Vlaams minister voor Energie en Klimaat, Lydia Peeters aanwezig. ■

*... Dit onderzoek kon rekenen op de financiële steun van het FWO en een Europese ERC-grant.*

*... Promotor: prof. dr. Tim Nawrot, UHasselt*

“

We hebben een iets hogere bloeddruk vastgesteld bij pasgeborenen waarvan de moeder een hogere blootstelling had aan luchtvervuiling tijdens het derde trimester van de zwangerschap.

Narjes Madhloum



Presentatie doctoraat door Narjes Madhloum

# LimPrOn wil vrouwen met kinderwens aanzetten tot verbeteren van lichaamsconditie

Veertien jaar onderzoek naar de cardiovasculaire functie van de zwangere vrouw in het ZOL en aan de Universiteit Hasselt heeft geleerd dat zwangerschapscomplicaties zoals hoge bloeddruk, groeiachterstand of vroeggeboorte, in grote mate gerelateerd zijn aan de lichaamsconditie waarmee de vrouw aan haar zwangerschap begint.

**D**eze evidentie vindt op dit ogenblik grote weerklink in de internationale literatuur maar opent bovenal perspectieven naar preventieve interventies die reeds van vóór de conceptie de gezondheid van de toekomstige boreling bepalen.

Deze interventies aan de man – lees vrouw – brengen is dan ook de meest logische stap richting een efficiënte strategie om zoveel mogelijk baby's gezond ter wereld te brengen. Dit is het ultieme doel van het LimPrOn+ project. Dit project start eerstdaags aan de Universiteit Hasselt als een multidisciplinaire samenwerking tussen de Limburgse obstetricki die reeds bekend zijn met de huidige werking van LimPrOn, de cardiologen en nefrologen uit Jessa en ZOL, de ZOL-reumatologen, de sportfysiologen en milieubiologen van Universiteit Hasselt, de opleiding Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven, de departementen Foetomaternal Geneeskunde en Vasculair Onderzoek van het Academisch Ziekenhuis in Maastricht en huisartsen, vroedvrouwen en apothekers uit de omgeving Hasselt-Genk.

De resultaten van het pilootproject zijn alvast veelbelovend: afwijkende cardiovasculaire functies bij vrouwen met zwangerschapswens kunnen eenvoudig gemeten worden en significant verbeterd met gerichte interventies vóór de conceptie plaatsvindt. Dit maakt dat ze van bij de start van de zwangerschap

gerekend kunnen worden bij de gezonde moeders.

Bovendien laat dit project via deze samenwerking ook toe om bij vrouwen die ernstige zwangerschapscomplicaties doormaakten en zo op lange termijn een verhoogd risico lopen op cardiovasculaire ziekten, een eenvoudig opvolgsysteem uit te bouwen om deze ziektes in een vroeg stadium op te sporen en preventieve maatregelen in te stellen die ontsparing voorkomen.

Het streven naar een gezonde maatschappij begint bij diegene die de maatschappij draagt: de vrouw. Zij is de bron, letterlijk en figuurlijk, van een sterk nageslacht en draagt also gezondheid over van generatie op generatie. Dààr moet onze gezondheidszorg naar streven. ■

**Prof. dr. Wilfried Gyselaers**  
Gynaecoloog

*LimPrOn wordt gefinancierd door het Limburg Clinical Research Center*



“

Het grote voordeel van dit urineonderzoek is dat we op voorhand al zien of er wat mis gaat in het lichaam van de patiënt met hartfalen. Zo kunnen we sneller ingrijpen en een ziekenhuisopname voorkomen.

Dr. Pieter Martens



Limburg Clinical Research Center



dr. Pieter Martens & prof. dr. Wilfried Mullens

# Urinestaal voorspelt of hartfalenpatiënt binnenkort in ziekenhuis moet worden opgenomen

Door urinestalen van hartfalenpatiënten te analyseren, kunnen artsen voorspellen of een patiënt vocht zal opstapelen in zijn lichaam in de nabije toekomst en daardoor moet opgenomen worden in het ziekenhuis. Zelfs nog voor hij of zij zich subjectief slechter begint te voelen.

**D**at blijkt uit het LCRC-doctoraatsonderzoek van dr. Pieter Martens, dat hij uitvoerde aan de UHasselt en het ZOL. "In een volgende fase willen we onderzoeken of patiënten thuis ook zelf de urine-analyse kunnen uitvoeren."

"Bij hartfalenpatiënten bestaat er een verhoogd risico dat de nieren te veel zout en vocht opnemen. Dat kan leiden tot ernstige complicaties, zoals vochttopstapeling in de longen", legt dr. Pieter Martens uit. "Tijdens mijn doctoraatsonderzoek heb ik onderzocht of we beter en sneller kunnen opsporen welke patiënten moeilijker zout afscheiden en daarom vochttopstapeling zullen ontwikkelen."

"We vroegen aan 80 hartfalenpatiënten om 30 weken lang, iedere week een urinestaal in te vriezen en deze op geregelde tijdstippen naar het ziekenhuis te brengen voor een analyse. Uit die analyse konden we afleiden dat bepaalde patiënten lage hoeveelheden zout in de urine hadden. Dit is belangrijk omdat als het zout en vocht niet in de urine komen, dit mogelijk kan opstapelen in het lichaam." Nog voor de patiënt zich subjectief slechter begon te voelen of er complicaties optraden van vochttopstapeling, konden de onderzoekers al vaststellen of er in de nieren wat misliep. "Bij patiënten die zich slecht begonnen te voelen en in het ziekenhuis moesten

opgenomen worden, zagen we dat zij al weken voor de ziekenhuisopname minder zout in hun urine hadden. Hetgeen erop wees dat hun nieren te veel zout ophielden in het lichaam."

## Sneller ingrijpen

Tot nu wordt aan hartfalenpatiënten vooral gevraagd om hun gewicht in de gaten te houden. Komen zij tijdens een korte periode verschillende kilo's bij, dan is dat een alarm-signaal. "Maar eigenlijk zijn we dan al te laat in onze behandeling", zegt dr. Pieter Martens. "Dat is dan ook het grote voordeel aan dit urineonderzoek, waarbij we op voorhand al zien of er wat mis gaat in het lichaam van een patiënt. Zo kunnen we sneller ingrijpen." Ook op vlak van dieet kan het inzicht een grote hulp zijn voor de hartfalenpatiënten. Nu krijgen alle patiënten de raad om een zoutarm dieet te volgen. Dat is ingrijpend, en niet altijd nodig, want we zagen dat niet alle patiënten te maken krijgen met een verhoogde zoutopname in de nieren. "Door nauwgezet de urinestalen te analyseren, zouden we mogelijk in de toekomst enkel een zoutarm dieet kunnen aanbevelen aan patiënten die ook daadwerkelijk moeilijkheden hebben om zout uit te scheiden. Hetzelfde zien we bij het voorschrijven van plasmedicatie. Deze medicatie wordt veel aangeraden aan patiënten om zout en water uit te plassen, maar dit is waarschijnlijk niet

altijd nodig. Een analyse van urinestalen kan op die manier meer informatie prijsgeven", zegt dr. Pieter Martens.

## Thuisanalyse

Voorlopig gebeurt de analyse van de urinestalen in het ziekenhuis. "In een volgend onderzoek willen we bekijken of hartfalenpatiënten deze analyse niet zelf thuis kunnen doen met een analysestick. Die zou dan kunnen aangeven of de samenstelling van de urine aan het veranderen is waardoor de patiënt sneller gewaarschuwd wordt als er vochttopstapeling ontstaat. Maar voor we zover zijn, is er nog heel wat onderzoek nodig."

## 30ste LCRC-onderzoek afgerond

Het onderzoek van dr. Pieter Martens is het dertigste LCRC-doctoraatsonderzoek dat afgerond wordt. Het Limburg Clinical Research Center is een samenwerkingsverband tussen UHasselt, Ziekenhuis Oost-Limburg en Jessa Ziekenhuis en werd opgestart met de steun van de Provincie Limburg om het medisch-wetenschappelijk onderzoek in de regio te versterken. Dit doctoraat werd mede gefinancierd door het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (FWO). ■

*Promotor is prof. dr. Wilfried Mullens (ZOL/UHasselt).*

Ik wil aandacht vragen voor iedereen met kanker. Voor de mensen die een zware strijd voeren. En ook voor de mensen waarvan de ziekte niet zichtbaar is of de behandeling al afgelopen is. Allemaal moeten ze kunnen rekenen op onze steun.”

Dr. Natalie Put, hematoloog en meter van Levensloop Genk 2019





“

Patiënten durven nu gelukkig veel sneller spreken over hun potentieprobleem, al zijn er geregeld toch nog enkelen die aangeven dat de stap om tot de uroloog te komen zeer groot was.

Dr. Thomas De Sutter

# “De behandeling van impotentie is een uitdaging”

Onder erectieproblemen verstaan we het onvoldoende hard worden van de penis (voor penetratie) of het niet lang genoeg aanhouden van de erectie. Deze ‘erectiele dysfunctie’ (kortweg ED) is een bijzonder interessant en veelzijdig segment van de urologie. Uroloog dr. Thomas De Sutter legde zich toe op de behandeling van dit probleem.

Voorheen werden problemen rond ED onderbelicht, vooral omwille van schroom en de taboesfeer die rond het probleem hangt. Patiënten durven nu gelukkig veel sneller spreken over hun potentieprobleem, al zijn er geregeld toch nog enkelen die aangeven dat de stap om tot de uroloog te komen zeer groot was. We zien bijgevolg meer patiënten met erectieproblemen dan vroeger het geval was.

Eenvoudig samengevat berust een normale erectie op een verhoogde inflow van arterieel bloed in de penis. Hierbij vullen de zwellichamen (corpora cavernosa) zich. Doordat de druk in deze zwellichamen stijgt, worden de omliggende en drainerende venen dichtgedrukt, waardoor de outflow van bloed vermindert. Door deze combinatie ontstaat een goede en krachtige erectie.

Alle mechanismen die op dit systeem inwerken, kunnen erectieproblemen geven. Zo kan atheromatose van de aanvoerende bloedvaten een arteriële ED geven. Bezuigingsproblemen kunnen de stimulerende signalen naar de penis verminderen (neurogene ED). Er is eveneens, en veel vaker dan men zou denken, ook een psychologische component. Stress, en zeker prestatiedrang om tot een goede erectie te komen, veroorzaken immers vaak een sterke achteruitgang van de erecties. Verder

zijn er nog hormonale en medicinale oorzaken. Ook verscheidene types heelkunde kunnen erectieproblemen veroorzaken.

Het zal dan ook niet verwonderen dat erectieproblemen vaak voorkomen bij ouder wordende mannen, diabeten, rokers, enz...

“

De behandeling van erectiele dysfunctie is een uitdaging gezien vaak een combinatie van oorzaken aan de basis ligt.

Dr. Thomas De Sutter

De behandeling van erectiele dysfunctie is een uitdaging gezien vaak een combinatie van oorzaken aan de basis ligt. Le-

vensstijlaanpassingen zijn vaak cruciaal om de erecties te bewaren: vermagering, rookstop, ... Een psychogene oorzaak kan aangepakt worden door de psycholoog/seksuoloog, maar kan ook medicamenteus behandeld worden. Testosteronsubstitutie kan het libido aanzwengelen zo er sprake is van hypogonadisme. Dit is een tekort aan testosteron in combinatie met enkele typische symptomen.

Wanneer er werkelijk sprake is van een organisch probleem zijn er drie grote behandelingslijnen.

In de eerste lijn staan uiteraard de fosfodiesterase-5-inhibitoren op de eerste plaats. De 'blauwe pil'. Deze medicijnen verhogen de arteriële inflow en verbeteren dus de erectie. Het is evident dat deze medicijnen het best werken bij lichte tot matige erectieproblemen. Indien de erecties van zeer zwakke kwaliteit zijn of volledig afwezig zijn, gaat het effect uiteraard minimaal zijn. Gelukkig is de prijs van deze medicijnen de laatste jaren fors gedaald.

Vervolgens is er de penisring, die over de penis tot aan de penisbasis wordt aangebracht. Deze kan op een goedkope en efficiënte manier de erectie verbeteren door de veneuze retour of outflow te verhinderen. Het bloed blijft zo beter in de penis. Ook een vacuümpomp waarbij de penis eigenlijk in erectie gezogen wordt,



#### Wie dr. Thomas De Sutter?

Afgestudeerd als uroloog aan de KU Leuven, cum laude. In 2017 en 2018 volgde hij een fellowship in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen in de peniele reconstructieve heelkunde bij prof. De Win (urethraplastie bij urethrastrictuur; correctie van peniele kromstand, erectieprothese) alsook in de urologische oncologie bij dr. Fransis (robotisch geassisteerde radicale prostatectomie en zeer specifiek de beloftevolle Retzius sparende techniek, type Bocciardi).

**Dr. De Sutter:** “De laatste jaren van mijn opleiding werd de interesse voor de erectiele dysfunctie fel aangewakkerd. Specifiek voor wat betreft het plaatsen van de erectieprothese had ik het privilege opleiding te genieten bij ervaren prothese-chirurgen. Recent voerde ik dan ook met succes de eerste plaatsing van een erectieprothese uit in het ZOL en dit tot tevredenheid van de patiënt.”

waarna een penisring wordt aangebracht, is een eerstelijnsbehandeling. Deze vacuumpomp wordt frequent als pijnlijk ervaren en is ook prijzig.

Als deze behandelingen onsuccesvol zijn en de patiënt gemotiveerd is voor een verdere behandeling kan een tweedelijnsbehandeling gestart worden. We spreken dan over het aanbrengen van vasoactieve stoffen (veelal alprostadil of papaverine) in de zwellichamen. Het efficiëntst zijn de intracaverneuze injecties, het rechtstreeks inspuiten van medicatie in de zwellichamen. Hiervoor zijn correcte instructies zeer belangrijk en dient de patiënt (of diens partner) over enige handigheid te beschikken.

Deze producten kunnen ook in crèmevorm in de plasbuis ingebracht worden, al is het effect hierbij toch duidelijk minder sterk.

Bij al deze behandelingen (ook de fosfodiësterase 5 inhibitoren) wordt de patiënt

duidelijk gewaarschuwd voor het risico op priapisme. Dit is een erectie die langer dan 6 uur duurt. Hierbij komt er geen vers bloed meer in de penis en sterven de zwellichamen stilaan af.

Wanneer al deze behandelingen onsuccesvol zijn, kan men als laatste optie een erectieprothese plaatsen. Deze procedure kent een grote tevredenheid bij patiënten, gegeven dat zij de eerste twee behandelingslijnen doorlopen hebben. Meestal gaat het om een opblaasbare erectieprothese. Dit is een relatief invasieve behandeling waarbij een kunstmatig systeem volledig inwendig in het lichaam wordt aangebracht. Dit systeem bestaat uit drie verschillende delen: de cilinders die in de zwellichamen geplaatst worden, een reservoir in de buik, en een pompje in de balzak tussen de twee teelballen. Door op dit pompje te drukken loopt het water in het systeem van het reservoir in de cilinders en worden de artificiële zwellichamen opgepompt. Er ontstaat

zo een artificiële erectie.

Belangrijk om te vermelden is dat er geen spontane erecties meer kunnen zijn na het plaatsen van een prothese. Het is dus een zeer definitieve procedure. De patiënt dient vooraf goed geïnformeerd te worden en realistisch te zijn in zijn verwachtingen. Zo wordt de penis niet langer door het plaatsen van zo'n prothese en is de erectie zeker ook niet harder dan deze op 20-jarige leeftijd was. Bij een infectie van het systeem dient de hele prothese verwijderd te worden. Bij slijtage van het systeem, zeker bij zeer actieve gebruikers, is de kans op een revisie van het systeem in de (verre) toekomst zeer reëel.

Vóór een ingreep dient een patiënt verschillende keren op raadpleging te komen. Indien nodig wordt laagdrempelig ook een seksuologische begeleiding ingesteld. ■

**Dr. Thomas De Sutter**  
Uroloog

# DAG TEGEN KANKER

Op 17 oktober vond de Dag tegen Kanker plaats. Om onze patiënten die dag extra in de bloemetjes te zetten, organiseerden de zorgverleners en vrijwilligers heel wat activiteiten. Er waren kleine geschenkjes, plantjes, smakelijke buffetten en mocktails. En voor de gelegenheid kwamen Lisa Del Bo en Sabien Tiels op bezoek voor een gezellige babbel en patiënten een hart onder de riem te steken.



Kom op  tegen Kanker

# **SYMPOSIUM ACUTE BEROERTE**

hoe herkennen en  
(be)handelen?





Jaarlijks worden 25.000 Belgen getroffen door een beroerte. 15% van hen laat daarbij het leven. Bij vele anderen is de aangerichte schade onherstelbaar. Dit hoeft niet zo te zijn. Want bij snel en adequaat handelen, stijgen de kansen op herstel aanzienlijk.

Op 12 oktober organiseerde het ZOL, in samenwerking met het Jessa ziekenhuis en Het Belang van Limburg een symposium over beroertes, hoe te herkennen en wat te doen als iemand in uw buurt een beroerte krijgt.

Dit praktijkgerichte symposium over beroertes in de hersenen werd ingericht voor geïnteresseerden, patiënten, verpleegkundigen, ambulanciers, mantelzorgers en huisartsen. De belangstelling was enorm, ook voor de workshops waar men met een 3D-bril kon ervaren hoe het voelt om een beroerte te krijgen. Maar liefst 500 geïnteresseerden waren aanwezig! ■



“

In België zijn er naar schatting 400 patiënten met pulmonale arteriële hypertensie met nood aan specifieke medicatie. Jaarlijks komen er enkele tientallen bij.

dr. David Ruttens

# ZOL ERKEND ALS SATELLIET VAN het Centrum Pulmonale Hypertensie van UZ Leuven

Het ZOL werd begin dit jaar erkend als satelliet van het Centrum voor Pulmonale Hypertensie van UZ Leuven. Pulmonale Arteriële Hypertensie (PAH) is een ernstig invaliderende, zeldzame aandoening. Vandaar het initiatief om deze zwakkere patiënten, die vaak zuurstofnood hebben, korter bij huis te behandelen, aldus pneumoloog en superviserend PAH-arts dr. David Ruttens.

**P**ulmonale Arteriële Hypertensie of PAH is een ziekte die in elke leeftijdsgroep kan optreden. Het is een ziekte waarbij de druk in de longslagaders te hoog is, waardoor de bloedcirculatie naar de longen verhindert wordt en de druk op de rechterkant van het hart verhoogt. Symptomen zijn ademnood, vermoeidheid, adynamie, opgezwollen voeten, een vergrote lever, een opgezwollen buik...

**PAH is een zeldzame aandoening. Wie loopt het risico om de ziekte te ontwikkelen?**

**Dr. David Ruttens:** "In België zijn er naar schatting 400 patiënten met PAH met nood aan specifieke medicatie. Jaarlijks komen er enkele tientallen bij."

"Als eindstadium van long- of hartfalen komt pulmonale hypertensie vaker voor maar de op zichzelf staande vorm van de ziekte (ideopathisch) is inderdaad erg zeldzaam. We zien soms ook patiënten met chronische longembolen of patiënten die vroeger drugs of vermageringspillen genomen hebben die PAH ontwikkelen."

"Andere risicogroepen zijn patiënten met een congenitale hartafwijking en patiënten met systeemsclerose of sclerodermie die ook op de longen slaat. Daarom screenen we deze laatste groep patiënten ook steeds op longafwijkingen en PAH. Dit in samenwerking met reumatoloog/internist dr. Kristof Thevissen. De andere screenings gebeuren door een zeer goede samenwerking met de dienst Cardiologie".

**Wat behelst de behandeling van PAH?**

**Dr. David Ruttens:** "Bij de meerderheid van de patiënten wordt er gestart met orale anticoagulantia en zo nodig diuretica en zuurstof. Er wordt getest of de druk in de longvaten gereduceerd kan worden door vaatverwijders en zo ja, wat eerder zeldzaam is, wordt een goedkope calciumkanalenblokker (Adalat of Tildiem) voorgeschreven. Bij andere patiënten wordt een medicatie voorgesteld die het vermenigvuldigen van de gladde spiercellen van de kleine longslagaders tegenhoudt."

"In eerste instantie wordt een combinatie van medicatie opgestart, waaronder de

endothelinreceptor-antagonisten en de fosfodiesterase-inhibitoren de meest bekende zijn."

**PAH is een progressieve aandoening. Hoe efficiënt is de behandeling op dit moment?**

**Dr. David Ruttens:** "Zonder behandeling leven deze patiënten meestal nog 2 tot 3 jaar. We proberen de ziekte af te remmen en stabiel te houden met medicatie. We screenen onze patiënten om de drie maanden om na te gaan of er een

**Wie dr. David Ruttens?**

*Dr. David Ruttens specialiseerde zich in pneumologie aan de KU Leuven. Hij was een jaar actief als resident respiratoire revalidatie bij prof. dr. Janssens en volgde een additionele opleiding pulmonale hypertensie onder leiding van prof. dr. Delcroix.*

*In 2017 behaalde dr. Ruttens zijn PhD 'Focus op chronische rejectie na longtransplantatie' aan de KU Leuven onder leiding van prof. dr. Verleden.*

negatieve evolutie is en er op de medicatie ingegrepen moet worden. Studies tonen een verbetering maar zeker geen genezing waardoor de prognose van de patiënten nog altijd beperkt is."

"Het zijn vooral de patiënten met idiopathische PAH of chronische longembolen die baat hebben bij medicatie. Dit is in totaal maar 2 percent van de totale populatie met PAH. PAH wordt daarom bij de weesziekten gerekend."

"De meeste patiënten zijn uiteindelijk zuurstofafhankelijk. Als ze in het meest ernstige stadium terechtkomen, met veel weerslag op het hart, en de medicatie niet meer voldoende werkt, wordt gestart met intraveneuze therapie. Dit is meestal de brug naar transplantatie. Het is immers niet te verantwoorden dat je patiënten hun hele leven op intraveneuze therapie laat staan."

### Wie is allemaal betrokken bij de behandeling?

"De behandeling van PAH gebeurt multidisciplinair. Naargelang de patiënt en zijn of haar voorgeschiedenis werken we ook samen met de cardiologen die gespecialiseerd zijn in hartfalen, de pneumologen

of de reumatoloog. Ook de apotheek is betrokken omdat zij de medicatie aanleveren die de patiënt mee naar huis neemt. Ik zelf ben maar een schakel in de hele behandeling."

### Jullie zijn intussen erkend als satelliet van het centrum voor Pulmonale Hypertensie van UZ Leuven. Hoe verloopt de samenwerking?

**Dr. David Ruttens:** "Prof. Delcroix komt één keer per maand naar het ZOL om patiënten te zien. Ikzelf ga enkele keren per maand naar Leuven waar ik rechterhartkatheterisaties doe bij deze patiënten om de longbloeddrukken en het hartdebiet te meten in het kader van een diagnose. Hiernaast superviseer ik ook de raadpleging in UZ Leuven."

### PAH is een zwaar invaliderende aandoening zegt u. Welke levenskwaliteit hebben patiënten met PAH?

**Dr. David Ruttens:** "De huidige medicamenten hebben de prognose van PAH duidelijk verbeterd. In vergelijking met 10 jaar geleden zijn er veel minder PAH-patiënten die een transplantatie nodig hebben omdat we er in slagen de ziekte langer af te remmen. Dit zorgt voor een betere kwaliteit van leven. Want een

transplantatie is ook niet te onderschatten door de medicatie en immunosuppressie die hiermee samengaan. En de eventuele andere complicaties (infecties, oncologische problemen, afstoting...) die kunnen ontstaan."

### U heeft, samen met andere collega's, recent een actie gedaan in de inkomhal van het ziekenhuis om aandacht te vragen voor PAH. Wat was jullie bedoeling?

**Dr. David Ruttens:** "Patiënten met PAH worden vaak te laat gediagnosticeerd. Hun bloedvaten vernauwen en de druk verhoogt maar echte klachten ontstaan pas als het hart niet meer kan compenseren. Jammer genoeg is de ziekte dan al in een gevorderd stadium en presenteert de patiënt zich met uitgesproken klachten zoals syncopes, pijn op de borst, zwakte en kortademigheid."

"De ziekte is zo zeldzaam dat er vaak niet aan gedacht wordt, ondanks bepaalde symptomen. Belangrijk is er toch attent voor te zijn, bijvoorbeeld bij patiënten die een longembool hebben gehad en kortademig blijven. Dit wilden we met onze actie meegeven. Bedoeling was om mensen te laten ervaren wat het is om met PAH door het leven te gaan." ■



Links: dr. Kristof Thevissen en dr. David Ruttens. Centraal: hoofdverpleegkundige Pneumologie Sonja Vranken. Verder: enkele leden van de patiëntenvereniging Pulmonale Hypertensie vzw



“

Patiënten met pulmonale arteriële hypertensie worden vaak te laat gediagnosticeerd. Hun bloedvaten vernauwen en de druk verhoogt, maar echte klachten ontstaan pas als het hart niet meer kan compenseren.

dr. David Ruttens

## ZOL-BOKONZI-MEMISA

De samenwerking tussen het ZOL, het ziekenhuis van Bokonzi en de ngo Memisa in het kader van het project Ziekenhuis voor Ziekenhuis bestaat inmiddels 15 jaar. Sinds 2004 schenkt het ZOL structureel 20.000 euro per jaar aan het fonds voor Bokonzi. Via acties en schenkingen van medewerkers, artsen en sympathisanten komt daar gemiddeld 25.000 euro per jaar bij. Belangrijk initiatief is bijvoorbeeld de jaarlijkse, tweedehands boekenverkoop in de inkomhal van het ZOL.

De federale overheid doet nog eens 90 tot 100.000 euro bovenop het bedrag van het ZOL in het kader van ontwikkelingssamenwerking, zodat het totale jaarlijkse bedrag voor het ziekenhuis van Bokonzi ongeveer 150.000 euro bedraagt. Dit is een mooi bedrag, maar minder dan 1 euro per inwoner per jaar. Het blijft steeds afwegen welke gezondheidsproblemen prioritair dienen aangepakt te worden.

A photograph of three children in a wooden boat on a river. The child on the right is smiling and holding a long wooden pole. The child on the left is also smiling and holding a pole. The child in the middle is looking forward. The background is filled with tall green reeds.

# **SAMENWERKING TUSSEN HET ZOL, HET ZIEKENHUIS VAN BOKONZI EN DE NGO MEMISA BESTAAT 15 JAAR**

In het voorjaar 2019 gingen dr. Guy Coppens en zijn echtgenote op Congo-missie naar het ziekenhuis en de gezondheidsregio van Bokonzi. Dit om een bezoek te brengen aan het zopas gerealiseerde gezondheidscentrum van Bonyanga, een afgelegen gebied op 1 tot 2 dagreizen van het ziekenhuis. Maar ook om prospectie te doen en voorbereidingen te treffen voor nieuwe en op til staande projecten.

### Ziekenhuis

Dr. Coppens is één van de grote bezielers van de samenwerking 'Ziekenhuis voor Ziekenhuis' tussen het ZOL, de ngo Memisa en Bokonzi. Hij getuigt opgetogen over de staat waarin het ziekenhuis, inclusief de infrastructuur, momenteel verkeert dankzij de steun die permanent geleverd wordt door het ZOL-fonds. Een technische ploeg van 8 personen staat in voor het onderhoud. "Maar het kan altijd beter," vindt hij. "Positief is dat het paviljoen voor Pediatrie zopas gerenoveerd en opgefrist werd en voorzien van muskietennetten, met dank aan de steun van basisschool 't Paleis in Diepenbeek."

En de projecten lopen verder. Intussen zijn er plannen om houten woningen te bouwen op de ziekenhuiscampus voor de verpleegkundigen die er werken. Momenteel wonen de meesten nog in lemen hutten. Water en elektriciteit worden aangevoerd vanuit het ziekenhuis wanneer mogelijk. Dr. Coppens plant een overleg met de lokale boeren om te mogen beschikken over de vele boomstammen die her en der in de velden verspreid liggen. Zo ja moet een rollende schrijnwerkerij aangekocht worden om de bomen tot planken te zagen.

Ander belangrijk project is de implementatie en opvolging van strikte ziekenhuishygiënische maatregelen zoals handen wassen en het goede gebruik van disposable naalden, alcohol en

“

Onze projecten en studiebeurzen met betrekking tot opleiding zijn zeker succesvol. De laatste vijf jaar zijn er steeds nieuwe krachten bijgekomen die intussen allemaal actief zijn in de gezondheidszone van Bokonzi.

dr. Guy Coppens



### GEZONDHEIDSZORG

Bokonzi ligt in de provincie Sud-Ubangi (vroegere Evenaarsprovincie) in Noord-West Congo. Deze provincie is opgedeeld in verschillende gezondheidszones, waarvan Bokonzi er één is. De meeste mensen leven er nog steeds in grote armoede en hebben geen basisvoorzieningen zoals drinkbaar water, elektriciteit, vervoer en goed onderwijs.

Dankzij de goede samenwerkingen met partners zoals de ngo Memisa is de (volks)gezondheidszorg redelijk, maar 'armoedeziektes' tieren nog weelderig. Het gaat hierbij om malaria, tuberculose, melaatsheid, slaapziekte en soms zelfs nog kinderverlamming ondanks beschikbare vaccins.

In sommige streken is ondervoeding opnieuw in opmars, vooral bij kinderen onder de 5 jaar.



## BEVOLKING

De gezondheidszone Bokonzi telt 260.000 inwoners. De bevolking blijft verder aangroeien. Om een verdere bevolkingsexplosie in te dijken worden nu ook fondsen voorzien voor familieplanning.

De bevolking is zelfvoorzienend en leeft van haar velden, van de visvangst en de jacht.

Het gebied is 7.200 km<sup>2</sup> groot. Voor dit gebied zijn er vijf artsen, 1 ziekenhuis (160 bedden) en 20 gezondheidscentra.



“

**Elke keer als ik in Bokonzi ben, tonen de mensen hun dankbaarheid voor de ondersteuning die we bieden.**

**dr. Guy Coppens**

handschoenen. "Het belang hiervan wordt nu ook door de lokale zorgverleners hoger ingeschat sinds Ebola meer dan 2.000 slachtoffers gemaakt heeft in het oosten van Congo, maar ook reeds in de brede regio rond Bokonzi is opgedoken," aldus dr. Coppens.

### Beursstudenten

Via het fonds wordt ook heel wat geïnvesteerd in de opleiding van verpleegkundigen, laboranten, artsen e.a. Goede krachten worden geselecteerd in de scholen en voor opleiding naar Gemena en Kinshasa gestuurd omdat het niveau van de opleiding daar beter is. "Onze projecten en studiebeurzen met betrekking tot opleiding zijn zeker succesvol. De laatste vijf jaar zijn er steeds nieuwe krachten bijgekomen die intussen allemaal actief zijn in de gezondheidszone. Ik heb er ook vertrouwen in dat de huidige artsen in opleiding voor de continuïteit in de

komende jaren zullen zorgen. Het is vaak heel erg moeilijk om artsen te houden in Bokonzi. Wanneer ze voldoende ervaring hebben, vertrekken velen naar de steden, op zoek naar betere levensomstandigheden".

Bonyanga is een afgelegen moerasgebied in Bokonzi dat bewoond wordt door het watervolk. Met het geld van het ZOL-fonds werd er een gezondheidscentrum met kleine operatiezaal en verlichting met zonnepanelen gebouwd, ter vervanging van de kleine gezondheidspost die er was. In het nieuwe gezondheidscentrum werd één van de beursstudenten als verpleegkundige tewerkgesteld. Hij werd ook opgeleid om keizersneden uit te voeren. Dr. Coppens: "Voor dringende keizersneden is het ziekenhuis immers veel te ver weg, hetgeen vaak levens heeft gekost."

Deze verpleegkundige kan zich ook van

Bonyanga naar Maleke verplaatsen, de verste gezondheidspost in de zone van Bokonzi, nog eens 3 uur verder met prauw en motorfiets. Er is voorzien om ook in Maleke een aangepast gezondheidscentrum te bouwen. Dr. Coppens was vorig jaar al ter plaatse voor de voorbereiding van het project.

Dr. Coppens: "Elke keer als ik in Bokonzi ben, tonen de mensen hun dankbaarheid voor de ondersteuning die we bieden. Ik hoop dat ze in de toekomst meer en meer zelfstandig kunnen worden. Jammer genoeg zijn ze voor hun gezondheidszorg nog steeds afhankelijk van buitenlandse steun omdat de Congolese overheid hier ruimschoots onvoldoende voor instaat." ■

**Meer info:** [www.zol.be/bokonzi](http://www.zol.be/bokonzi)

Met de samenwerking tussen de orthopedisch chirurgen van het ZOL en het Ziekenhuis Maas en Kempen en daarnaast de start van enkele nieuwe chirurgen, zowel voor de gewrichten van de bovenste als de onderste ledematen, wil de dienst Orthopedie oplossingen bieden voor de soms lange wachttijden voor patiënten. Ook door het beter triëren van de patiëntenstromen wil de dienst meer ruimte creëren.

**D**e raadpleging Orthopedie is een drukke raadpleging waar niet alleen sportletsels maar ook degeneratieve pathologie worden behandeld. Daardoor is het vaak moeilijk om een snelle afspraak te krijgen. Door de samenwerking met de orthopedisch chirurgen van het Ziekenhuis Maas en Kempen zijn de mogelijkheden heel wat uitgebreid. De artsen van beide teams doen raadplegingen in beide ziekenhuizen en opereren ook op beide locaties. Zo kan er flexibeler op vragen worden ingespeeld omdat patiënten kunnen ingeboekt worden op de twee locaties, naargelang de beschikbaarheid.

Voor patiënten met een dringende pathologie zijn extra slots voorzien op de raadpleging, die via de huisarts kunnen ingeboekt worden. Probleem is dat die slots door de grote vraag langzaam dichtlopen en daarmee hun functie verliezen om patiënten met dringende pathologie snel op te vangen. Een oplossing hiervoor kan zijn om de patiëntenstromen beter te triëren.

Een nieuw initiatief in deze

context is de oprichting van een raadpleging voor sporters met acute sportletsels aan de knie die een snelle evaluatie en behandeling vereisen. "Bedoeling is snelle en goede zorg te bieden. Voorheen moesten deze patiënten vaak te lang wachten. Het idee om met deze raadpleging te starten, bestaat al langer maar met de recente komst van twee nieuwe kniechirurgen, nL dr. Enrico Neven en dr. Luc Vanlommel, hebben we nu ook de capaciteit om deze extra service aan te bieden," aldus dr. Jan Truijten.

De raadpleging vindt steeds plaats op dinsdagnamiddag en wordt afwisselend bemand door één van de vijf knie-artsen, afhankelijk van de beschikbaarheid.

Huisartsen kunnen bellen naar het speciale nummer T 089 32 61 21 om het probleem te duiden als ze een patiënt sturen. De raadpleging voor acute knieletsels is enkel bestemd voor acute sporttraumatologie, voor sportletsels die nog 'warm' zijn. Patiënten met andere of chronische problemen worden in andere raadplegingen ingepland.



# Dienst Ortho oplossingen wachttijden



**pedie biedt  
voor lange**

“

Voor patiënten met een dringende pathologie zijn extra slots voorzien op de raadpleging, die via de huisarts kunnen ingeboekt worden.

### **Raadpleging voor acute knieletsels**

Volgende artsen staan in voor de raadpleging voor acute knieletsels: prof. dr. Bellemans, dr. Neven, dr. Truijen, dr. Vanlommel en dr. Geukens.

Zij werken samen met gerenommeerde sportclubs en hebben al een ruime expertise opgebouwd. Dr. Jan Truijen behoort tot de medische staf van KRC Genk en Roda JC Kerkrade, dr. Leonie Geukens was tot voor kort hoofd van de medische staf van KRC Genk en is sinds jaren de vaste teamarts van de Yellow Tigers, het Belgisch damesvolleybalteam. Dr. Enrico Neven maakt deel uit van de medische staf van volleybalclub Greenyard Maaseik Belgium en prof. Bellemans tot slot is hoofd van de medische staf van het Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité.

V.l.n.r. (boven) prof. dr. Bellemans, dr. Oosterbosch, dr. Neven; (beneden) prof. dr. Truyen, dr. Geukens, dr. Vanlommel.

## 'Comfort talk' moet pijnervaring bij kinderen verbeteren

In de Week van de Pijn – die plaats vond van 23 tot 29 september – schonken de pediatrieafdelingen van 9 ziekenhuizen, waaronder het ZOL, aandacht aan 'comfort talk'. Voor een kind betekent een ziekenhuis-opname vaak pijn, angst en stress. Al deze negatieve gevoelens worden bestreden met aangepaste taal. Via transparante, positieve

communicatie kan je een kind voorbereiden op een bepaalde verpleegkundige of medische handeling. Bij 'comfort talk' ligt de focus op het benoemen van wat het kind voelt, ziet en hoort. Door de juiste woorden te kiezen, kan een verpleegkundige het vertrouwen van het kind winnen. Dit heeft een positieve impact op de pijnervaring van het kind, zo blijkt uit Amerikaans onderzoek.

# Kinderen met minder angst en pijn

## Procedurale sedatie en analgesie in het ZOL





Voor het onderzoeken en behandelen van kinderen in een ziekenhuis moet je leren omgaan met paradoxen. Enerzijds staat het comfort van het kind altijd centraal en zijn geduld en het vermijden van pijn en angst van cruciaal belang. Anderzijds hoort een procedure of behandeling binnen een aanvaardbaar tijdsbestek te slagen.

In de opleiding van zorgverleners wordt meer de nadruk gelegd op 'problem solving' dan op 'comfort providing'. In de voorbije jaren werd in het ZOL actief gewerkt om het evenwicht te herstellen in de richting van het comfort van het kind.

De eerste en voornaamste stap in dit proces is meteen de meest eenvoudige, op voorwaarde dat hij consequent door iedereen in het ziekenhuis wordt toegepast. Een connectie maken met het kind en vervolgens via 'comfort talk' of spelinteractie het vertrouwen winnen is essentieel. Uiteraard speelt het empathisch vermogen van de zorgverlener hierin een belangrijke rol, maar iedereen kan via praktische lessen leren om een 'bluetooth pairing' met een kind te realiseren. 'Bluetooth pairing' wordt door de Amerikaanse pediater Baruch Krauss omschreven als het voldoende tijd en empathie investeren bij het eerste contact met het kind om zo een connectie te maken.

Het pijnteam van de dienst Pediatrie probeert momenteel deze praktische kennis over te dragen op alle zorgverleners binnen de dienst (raadpleging en hospitalisatie) om zo in de nabije toekomst ook zorgverleners op Spoed en het dagziekenhuis mee aan boord te krijgen. Eens het vertrouwen van een kind gewonnen is, volstaat meestal eenvoudige, lokale analgesie (Emla-crème of Rapydan-pleister) om de veel voorkomende pijnlijke procedures (bloedafname, intraveneuze katheter) zonder huilen te laten verlopen.

werden ook al enkele volgende stappen gerealiseerd. Zo bestaat sinds een vijftal jaren de mogelijkheid tot sedatie met MEOPA (= Kalinox®, een equimolaire mengsel van N<sub>2</sub>O of lachgas met O<sub>2</sub>) voor beangstigende procedures (wondzorg, hechting, lumbaal punctie, eventueel zelfs het plaatsen van een katheter). Tevens kunnen sinds enkele jaren de MRI-onderzoeken zo nodig onder algemene narcose doorgaan en raakt het gebruik van TAC-gel (tetracaïne - adrenaline - cocaïne) bij hechtingen op Spoedgevallen meer en meer ingeburgerd.

Toch wachten er nog heel wat uitdagingen voor de komende jaren. Door het verdwijnen van chlooralhydraat uit het sedatiarsenaal is er, vooral voor semi-dringende, beangstigende procedures (vb. CT, MRI), een belangrijke leemte ontstaan die mogelijk kan opgevuld worden met Dexmedetomidine (intranasaal of intraveneus). Ook Fentanyl (intranasaal) zou bij pijnlijke procedures (vb. op Spoed) een belangrijke aanwinst kunnen zijn.

Hoe dan ook, de trein naar een voor kinderen zo pijn- en angstvrij mogelijk ZOL staat definitief op de rails. Het is aan alle zorgverleners om hem niet al te lang op tussenstations halt te laten houden! ■

**Dr. Francis Lemmens**  
**Dr. Elke Van Hoyweghen**  
**Dr. An-Sofie Lemmens**  
 Pediaters

Met de hulp van de dienst Anesthesie

# DiaT1op-project

## voor sporters met diabetes type 1

Eind augustus beklommen 100 sporters met diabetes type 1 een aantal hellingen in de Vogezen, inclusief de 'Planche des Belles Filles'. Bedoeling was hen te laten ervaren dat sport en diabetes perfect kunnen samengaan. Van het diabetescentrum van het ZOL namen elf patiënten, drie endocrinologen, twee diabetesverpleegkundigen en een diëtiste deel.



**D**iaT1op werd vijf jaar geleden voor de eerste keer georganiseerd door het diabetescentrum van KU Leuven. Dit jaar namen ook zeven andere centra deel, waaronder het diabetescentrum van het ZOL.

Endocrinoloog dr. Yves Kockaerts: "Veel mensen met diabetes type 1 hebben ooit in hun traject wel eens de boodschap gekregen dat 'uitdagend' bewegen voor hen niet meer mogelijk is. Wij wilden deze mensen overtuigen en laten ervaren dat sporten wel nog kan, mits een goede discipline en het vermijden van valkuilen."

Om patiënten uit te nodigen aan het educatieve sporttraject deel te nemen, werd een info-avond georganiseerd. Dr. Yves Kockaerts: "Veel mensen hebben vragen over diabetes 1 en sport. We gingen met de geïnteresseerden aan de slag en organiseerden praktische infosessies over voeding, insuline-opvolging en -aanpassingen tijdens het sporten, conditie-opbouw en het belang van een gezonde levensstijl. Daarnaast hebben we samen op regelmatige basis getraind. Dr. Kirsten Stinkens begeleidde de wandelaars, dr. Ine Lowyck de lopers en ikzelf de fietsers."

#### **Climbing for life**

Het sluitstuk van het educatieve jaarprogramma was het evenement Climbing for Life, een tweedaagse tocht in de Vogezen die plaatshad eind augustus. Dr. Kockaerts: "Wij hebben deelgenomen met een groep van 11 sporters. Ik denk dat dit project onze deelnemers veel zelfvertrouwen gegeven heeft. Het was mooi om te zien hoeveel vreugde deze mensen beleefden toen ze uiteindelijk hun doel bereikten. Velen zijn in een positieve flow terecht gekomen. Door meer aandacht te hebben voor hun suikerspiegels en te kiezen voor een gezonde levensstijl, voelen ze zich ook veel beter. En ook het contact met lotgenoten waarmee ze ervaringen konden delen en advies uitwisselen, was zeer waardevol"

Dr. Kockaerts: "Deze sessie van DiaT1op hebben wij in het ZOL gerealiseerd onder begeleiding van het diabetescentrum van UZ Leuven. Nu onze zorgverleners de opleiding achter de rug hebben, zijn we klaar om het programma zelfstandig aan te bieden. We zijn inmiddels al bezig om onze strategie voor de toekomst verder te bepalen." ■

***diaTop.sv is een project met steun van Sport Vlaanderen, #sportersbelevenmeer, waarbij acht diabetescentra samenwerken: UZ Leuven, AZ Groeninge Kortrijk, Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst, UZA, Sint-Dimpnaziekenhuis Geel, UZ Brussel, Ziekenhuis Maas en Kempen in Maaseik en het ZOL Genk. Er werd ook samengewerkt met de Diabetesliga.***



V.l.n.r. (onder) dr. Jan Matheï (Mariaziekenhuis Noord-Limburg),  
prof. dr. Gregory Sergeant (Jessa), dr. Dennis Wicherts (ZOL); (bo-  
ven) prof. dr. Kurt Van der Speeten (ZOL), dr. Bart Appeltans (Jessa)

# SAMENWERKING IN LIMBURG: conventie pancreas- en slokdarmchirurgie

Complexe pancreas- en slokdarmingrepen in België gebeuren vanaf 1 januari 2020 alleen nog in een aantal daarvoor erkende centra. Die ziekenhuizen treden voor een bepaalde periode toe tot de conventie. Bij voldoende ingrepen en goede resultaten kan die duur worden verlengd.

Ziekenhuizen die al een minimaal aantal van deze ingrepen uitvoerden, konden zich tot maart 2019 kandidaat stellen bij het RIZIV om een erkenning te bekomen in het kader van de conventie pancreas- en slokdarmchirurgie. Bij de aanvraag bestond de mogelijkheid om de eigen kandidatuur aan te vullen met één of twee andere ziekenhuizen voor respectievelijk pancreas- en slokdarmchirurgie om zo een consortium te vormen.

## Alle slokdarmchirurgie in het ZOL en alle pancreasingrepen in Jessa

In Limburg werd een samenwerking gerealiseerd voor de slokdarmchirurgie tussen het Ziekenhuis Oost-Limburg en het Jessa Ziekenhuis en voor pancreaschirurgie tussen het Ziekenhuis Oost-Limburg, het Jessa Ziekenhuis en het Mariaziekenhuis Noord-Limburg.

Voorheen vond deze complexe chirurgie nog in de drie ziekenhuizen plaats. Vanaf 1 januari worden alle slokdarmingrepen gecentraliseerd uitgevoerd in het ZOL en de pancreasingrepen in het Jessa Ziekenhuis. Deze samenwerking is complementair met de locoregionale netwerkstructuren.

## Nabehandeling dicht bij huis

In dit verhaal blijft de supraregionale samenwerking belangrijk, boven de locoregionale netwerkstructuren met alle Limburgse ziekenhuizen, namelijk het Mariaziekenhuis Noord-Limburg in Pelt, Ziekenhuis Maas en Kempen in Maaseik, Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder, Sint-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden en AZ Vesalius in Tongeren.

Patiënten die voor een slokdarmresectie verwezen worden vanuit een Limburgs

ziekenhuis dat al dan niet deel uitmaakt van het consortium, worden rechtstreeks verwezen naar het ZOL. Er werd tegelijkertijd een samenwerking voor maagtumoren op dezelfde basis afgesproken. Na hun ingreep keren ze terug naar het ziekenhuis dicht bij huis voor de noodzakelijke nabehandeling. Zo zullen ook alle patiënten die een pancreasingreep moeten ondergaan, rechtstreeks verwezen worden naar het Jessa Ziekenhuis. ■

“

Uiteindelijke bedoeling is dat de patiënt, in welk ziekenhuis hij ook binnenstapt, zeker kan zijn van kwalitatieve, geregistreerde oncologische zorg gedurende het hele zorgtraject.

Prof. dr. Kurt Van der Speeten

A large, light gray outline of a human head in profile, facing right. Inside the head, there is a large, dark blue double quote mark. The text of the quote is positioned within the head's outline.

“

Om de kwaliteit van onze zorg te meten, legt de overheid ons op om heel wat informatie rond de patiënt te registreren.

Prof. dr. Kurt Van der Speeten

# “Het centraliseren van chirurgie is een goed idee als we dit goed organiseren”

We moeten er ons van bewust zijn dat de overheid van plan is om naast slokdarm- en pancreaschirurgie ook andere zorgopdrachten toe te kennen aan vast gedefinieerde ziekenhuizen, naar het model van Scandinavië. Dit dossier met betrekking tot pancreas- en slokdarmtumoren moet een ‘confidence builder’ worden maar uiteindelijk zullen we een nieuw zorgmodel moeten ontwikkelen om de nieuwe visie in de praktijk om te zetten, aldus abdo-minaal chirurg Kurt Van der Speeten.



Prof. dr. Kurt Van der Speeten: “Ik denk dat het centraliseren van chirurgie een goed idee is. Dit betekent wel dat onze chirurgen zich naar het Jessaziekenhuis moeten verplaatsen om pancreaschirurgie uit te voeren bij de patiënten van het ZOL en andersom, maar door samen te werken, leren chirurgen van elkaar en delen ze hun ervaring. Als we dit goed organiseren, is de meerwaarde voor de patiënt en de kwaliteit van de zorg groot.”

“Uiteindelijke bedoeling is dat de patiënt, in welk ziekenhuis

hij ook binnenstapt, zeker kan zijn van kwalitatieve oncologische zorg gedurende het hele traject. Voor de chirurgie zal hij zich moeten verplaatsen naar het conventieziekenhuis maar voor kwaliteitsvolle diagnostiek, opvolging en nazorg kan hij terug naar het vertrouwde ziekenhuis in zijn omgeving.”

“We zijn er mee bezig goede werkafspraken te maken met alle regioziekenhuizen in Limburg. Chirurgie is immers maar een stukje van het verhaal. Er moet een duidelijk uitgetekend pre- en postoperatief opvolgtraject zijn voor de patiënt, inclusief ‘super-MOC’s’ om behandelplannen op maat van de patiënt op te stellen, over de ziekenhuisgrenzen heen.”

“Om de kwaliteit van onze zorg te meten, legt de overheid ons op om heel wat informatie rond de patiënt te registreren. Ziekenhuizen hebben hier voorlopig weinig ervaring mee. Ook hier staan we voor een grote uitdaging. Met Future Health en ons geïntegreerd elektronisch patiëntendossier hebben we gelukkig een goede partner en een sterke tool in huis voor registratie en extractie van data, want dit is essentieel.”

## Vorbereidingen

“In december zullen we starten met het opereren op de specifieke locaties zoals voorgeschreven in de conventie. Zo kunnen de chirurgen van de verschillende ziekenhuizen hun werkwijzen op elkaar afstemmen, worden de operatieteams opgeleid voor de nieuwe situatie en kunnen de verpleegkundige afdelingen zich voorbereiden... De impact op de zorg is groot en die puzzel willen we goed leggen.”■



# Zeventigtal nieuwe assistenten **GESTART IN HET ZOL**

**D**e afgelopen drie maanden zijn opnieuw een zeventigtal nieuwe arts-assistenten van start gegaan in het ZOL. Dat brengt het aantal assistenten op ruim 120.

Het ZOL blijft een gegeerde stageplaats voor artsen in opleiding en werd zo één van de grootste opleidingscentra voor arts-assistenten wat betreft de perifere ziekenhuizen. We danken de stagemeesters van de verschillende medische disciplines voor hun inzet en wensen de arts-assistenten heel veel succes toe.



Assistenten gestart op 1 oktober 2019



Assistenten gestart op  
1 augustus 2019

# Aankondiging



## **DR. EMILIE DUBAERE**

### *radiotherapie*

Dr. Emilie Dubaere behaalde haar artsen-diploma in 2011 aan de KU Leuven. Ze specialiseerde zich in het UZ Leuven, het Europaziekenhuis in Brussel (Ukkel), het AZ Groeninge in Kortrijk en het Sint-Elisabeth Ziekenhuis in Namen.

Van september 2016 tot september 2019 werkte dr. Dubaere in het UZ Brussel en het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis van Aalst.

Dr. Dubaere zal actief zijn op de dienst Radiotherapie van het Limburgs Oncologisch Centrum en de dienst Oncologie van het ZOL. Haar aandachtsgebieden zijn de behandeling van borst- en longkanker.

Dr. Dubaere is ook actief als consultant in het Mariaziekenhuis in Overpelt.



## **DR. LUC VANLOMMEL**

### *orthopedie*

Dr. Vanlommel behaalde zijn artsendiploma in 2010 aan het Medisch Universitair Centrum Maastricht. Zijn specialistenopleiding volgde hij in het UZ Leuven.

Na het afronden van zijn opleiding werd hij geselecteerd voor het European Knee Society Fellowship. Nadien was hij ook fellow in Nijmegen waar hij zich verder bekwaamde in revisie prothesechirurgie van de knie.

Dr. Vanlommel werkte in het Jessa Ziekenhuis van maart 2018 tot juli 2019.

In het ZOL zal dr. Vanlommel zich toeleggen op kniechirurgie (degeneratieve aandoeningen en sportletsels) en traumatologie.

Dr. Vanlommel is ook actief in het Ziekenhuis Maas en Kempen.

# NIEUWE ZOL ARTSEN

Het beheer, de directie en de artsen van het Ziekenhuis Oost-Limburg hebben het genoegen u de uitbreiding van de medische staf aan te kondigen. Volgende artsen zijn in het ZOL gestart.

---



## DR. KOEN WILLEKENS

*oogziekten*

Dr. Koen Willekens behaalde zijn artsen-diploma in 2013 aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding volgde hij in het UZ Leuven. Hij behaalde ook een master in het management en beleid van de gezondheidszorg. Dr. Willekens specialiseerde zich verder als fellow vitreo-retinale heilkunde aan de Augenklinik Sulzbach (Duitsland).

In 2017 promoveerde hij tot doctor in de biomedische wetenschappen met de scriptie 'Ocular perfusion and vitreous influence on neuroretinal pathophysiology'. Na 2017 combineerde hij medische en chirurgische retina in het UZ Leuven.

In het ZOL zal dr. Willekens werken op de dienst Oftalmologie. Daar zal hij zich hoofdzakelijk toeleveren op vitreo-retinale heilkunde en oogtraumachirurgie.



## DR. CÉDRIC VAN DIJCK

*anesthesie*

Dr. Cédric Van Dijck behaalde zijn artsendiploma in 2014 aan de KU Leuven. Hij specialiseerde zich in het UZ Leuven en het ZOL.

Vervolgens werkte hij als 'fellow of trauma care' op de spoedgevallendienst en als anesthesist in het University of Washington Harborview Medical Center in Seattle (USA). Hiervoor heeft hij alle delen van het United States Medical License Exam met vrucht afgelegd. Daarnaast was dr. Van Dijck actief in de opleiding van geneeskundestudenten van de University of Washington School of Medicine en de Advanced Trauma Life Support-opleiding van paramedici van verschillende brandweerkorpsen.

Het bijzonder aandachtsgebied van dr. Van Dijck is trauma-opvang. In het ZOL zal hij actief zijn op alle kritieke diensten, maar vooral op de dienst Spoedgevallen en in het Operatiekwartier.



**DR. STEVEN THIESSEN**  
*anesthesie*

Dr. Steven Thiessen behaalde zijn artsdiploma in 2011 aan KU Leuven. Zijn specialistenopleiding Anesthesie volgde hij in het UZ Leuven en het ZOL. Dr. Thiessen was 6 maanden actief als senior clinical fellow op de dienst Intensieve Zorgen van het Royal Brompton Hospital in Londen waar hij zich toelagde op cardiothoracale intensieve zorgen. Als opleidingsverantwoordelijke stond hij daar in voor het onderwijs op de dienst. Daarna werkte hij 6 maanden als senior clinical fellow in het St. Bartholomew's Hospital in Londen waar hij zich toelagde op cardiothoracale anesthesie.

In 2017 legde dr. Thiessen een doctoraat af over de onderliggende mechanismen en therapeutische perspectieven voor orgaanfalen op

kritieke diensten. Hij ontving een FWO Aspirant Scholarship hiervoor en werd uiteindelijk bekroond met de SIZ award van de Belgian Intensive Care Society.

Van 2017 tot 2019 was dr. Thiessen actief als post-doctorale research fellow in het laboratorium voor Intensieve Geneeskunde aan de KU Leuven.

Dr. Thiessen was board member van de European Society of Intensive Medicine van 2014 tot 2018.

In het ZOL zal dr. Thiessen actief zijn op de kritieke diensten. Zijn bijzondere interesses zijn cardiothoracale anesthesie, intensieve zorgen en het mee uitbouwen van de wetenschappelijke activiteiten.



**IN MEMORIAM**  
dr. Luc Emmery

**B**edroefd melden wij het overlijden van dr. Luc Emmery, ZOL-arts op rust. Hij overleed op 77-jarige leeftijd. Dr. Emmery was actief als pediater in het André Dumont ziekenhuis sinds 1983. Eind 2011 ging hij met pensioen.

Dr. Emmery was een zeer geliefd arts, zowel bij zijn collega's als zijn patiënten en hun ouders. Ze omschrijven hem als een arts met het hart op de juiste plaats die zeer betrouwbaar, toegewijd en geduldig was en die altijd klaar stond voor iedereen.

We wensen de familie en vrienden van dr. Emmery veel sterkte toe.

# Cardioloog Petra Nijst

## geselecteerd door de Amerikaanse hartfalenvereniging



Cardioloog dr. Petra Nijst is geselecteerd om een presentatie te geven op de 'Late Breaking Clinical Trials' sessie tijdens de 23ste, jaarlijkse wetenschappelijke meeting van The Heart Failure Society of America in Philadelphia.

De presentatie handelt over de gerandomiseerde multicenter clinical trial 'StopCRT' waarin dr. Nijst een selecte groep patiënten post-CRT (cardiale resynchronisatietherapie) met genormaliseerde cardiale functie randomiseerde naar al dan niet stoppen met hun hartfalenmedicatie.

De onderzoekers slaagden erin om 90% vd patiënten veilig van hun hartfalen medicatie af te krijgen. Slechts 8% vertoonde ongunstige remodelerende veranderingen gedurende 2 jaar, ongeacht of hun neurohormonale blokkerende medicijnen waren ingetrokken. De veranderingen vonden meestal plaats tussen jaar 1 en 2 van de follow-up. Zodra de medicatie werd herstart zag men echter opnieuw een normalisatie van de cardiale functie.

"Dit is nooit eerder gedaan en kan in deze selecte groep

schijnbaar veilig gebeuren mits strikte controle van bloeddruk, aritmie en linker ventrikelfunctie" aldus prof. dr. Mullens die de hartfalen studiegroep aanstuurt waar dr. Nijst als PhD-student deel van uitmaakt.

Dr. Petra Nijst die het afgelopen jaar assistent was op de dienst Cardiologie in het ZOL, won in 2018 op het jaarlijkse Europese Congres van Hartfalen in Parijs al de prestigieuze Young Investigators Award voor haar onderzoek naar de rol van de huid bij hartfalenpatiënten. Ze is actueel bezig om een verdere opleiding als hartfalen specialist te volmaken. Na een jaar in het AZM te Maastricht is ze nu in opleiding in de gerenommeerde Cleveland Clinic in OHIO, USA. Nadien zal ze deel uitmaken van de dienst cardiologie van het ZOL.

We feliciteren dr. Nijst met haar uitmuntende prestatie. ■



Gerard de Lairese  
door Rembrandt



Autopsie jong kind



Anatomia Humani Corporis



Anatomia Humani Corporis



Kunstzinnige en

# GOVARD BIDLOO (1649 – 1713)

Bidloo's 'Anatomia Humani Corporis' (Ontleding des menschelyken lichaams) is niet de meest accurate anatomische atlas, maar wel de artistiek meest bevlogene. Daar is zijn hang naar humor en dramatiek, én de keuze van zijn tekenaar niet vreemd aan.

**G**ovard Bidloo was een veelzijdig getalenteerd man met een flamboyante levensstijl en dito persoonlijkheid. Hij was niet enkel hoogleraar anatomie, Super-Intendant Generaal van alle legerdokters én lijfarts van de Engelse koning. Hij nam ook met volle teugen deel aan het sociale en culturele leven van Amsterdam. Hij schreef gedichten, toneelstukken en libretto's voor talrijke Nederlandstalige opera's. Later, als regent van de Amsterdamse schouwburg, maakte hij komaf met de stijve en oersaai toneelopvoeringen van weleer, en programmeerde meer liederlijke zangspelen en opera's. Zoals zijn in 1686 geschreven: 'Zonder Spys en Wyn, kan geen Liefde syn'.

## Sine Cerere et Baccho friget Venus

De Romeinse blijspeldichter Terentius heeft ooit beweerd dat Venus zou bevriezen zonder het gezelschap van Bacchus (wijngod) en Ceres (godin van de vruchtbare aarde). In het libretto van Bidloo verstijft ze inderdaad als Bacchus en Ceres zich van haar afkeren. Bovendien drukken ze hun achterban (de wijndrinkers en de landbouwers) op het hart de liefde af te zweren. Als oppergod Jupiter deze verstoring van de natuurlijke orde der dingen verneemt, ontvlamt hij in toorn. Met trompetgeschal en paukengedruis stuurt hij zijn bode Mercurius naar de aarde om Bacchus en Ceres tot rede te brengen. Daar heeft Mercurius het grootste deel van de opera voor nodig,

maar uiteindelijk lukt het, tot grote opluchting van de schaars geklede seksgodin, en de vele operaliefhebbers.

Voor de muziek koos Bidloo de jonge Amsterdamse gambist en componist, Johannes Schenck. Deze briljante musicus vertaalde de bucolische grollen in aanstekelijk gezang en schreef ook dramatisch-lyrische aria's voor de diepbeproefde Venus. Muziek, ballet en wagens die door de lucht vlogen (met behulp van een lift), dat vond het publiek geweldig. De opera werd een eclatant succes.

Voor de stokstijve (Calvinistische) leden van het kunstgenootschap Nil Volentibus Arduum (Voor hen die willen is niets moeilijk), waren Bidloo's Bacchiaanse baldadigheden echter al té libertijns (zie quote pagina 57 voor één van de kritieken). Op beschuldiging van aanstootgevende zedenverwilderding vloog de anatoom achter de tralies.

## Van bajesklant tot lijfarts

In de gevangenis rijpte het plan om een anatomische atlas uit te geven. Zo'n anatomisch prentenboek staat of valt met de kracht van de illustraties. Dat wist Bidloo van Vesalius' meesterwerk, het 'De Humani Corporis Fabrica'. En zo viel zijn keuze op een nog jonge artiest, die in zijn Amsterdamse schouwburg de decorpanelen schilderde. Samen begonnen ze eraan rond



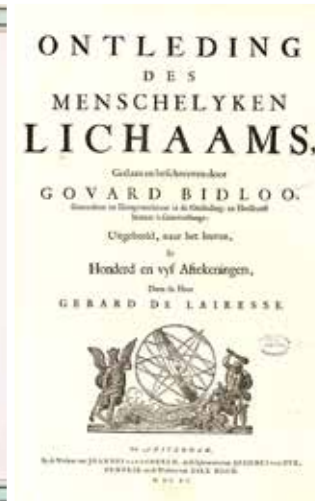
scenering



Twee guitige skeletten



Skelet foetus

Titelpagina  
Nederlandse uitgaveVerwisseling  
leverlobben

1676 en negen jaar lang versneed Bidloo lijken aan de lopende band en plaatste ze in een georkestreerde pose. Klar om vereeuwigd te worden door Gerard de Laireesse, die daar als getalenteerde schilder, nog een artistiek schepje bovenop deed. De twee theatermannen wisten immers waar de gevoelige en dramatische klepel hangt bij het publiek.

Bidloo's anatomische atlas heeft zeker bijgedragen tot zijn benoeming tot stedelijke professor in de anatomie in 's-Gravenhage. Wat ook een handje hielp, was zijn vriendschap met de stadhouder Willem III van Holland, tevens soevereine prins van het Huis Oranje-Nassau. Zo werd Govard Bidloo benoemd tot Super-Intendant Generaal van alle dokters, apothekers en chirurgijns van alle Nederlandsche militaire hospitalen en ziekenhuizen. Tijdens de oorlog tegen Frankrijk richtte hij veldhospitalen op en amputeerde ledematen. Tussendoor vond hij de tijd om het Amsterdamse theater te herstructureren en de leden van Nil Volentibus Arduum op stang te jagen.

In 1694 werd Bidloo benoemd tot hoogleraar anatomie aan de beroemde universiteit van Leiden. Toen stadhouder Willem III naar Engeland trok om er tot koning te worden gekroond, ging Bidloo mee. Hij werd zijn persoonlijke lijfarts tot aan diens schielijke dood in 1702. Die was te wijten aan een longontsteking als gevolg van een gebroken sleutelbeen na de val

van zijn paard dat gestruikeld was over een molshoop. Een gedroomd scenario om er een roman over te schrijven. En Bidloo deed het.

#### Gerard de Laireesse

In 1685 verscheen Bidloo's monumentale magnum opus in folio formaat: *Anatomia Humani Corporis centum et quinque tabulis illustrate* (De anatomie van het menselijk lichaam in 105 illustraties). De illustraties waren afkomstig van Gerard de Laireesse, een uit Luik afkomstige artiest, die na veel omzwervingen in 1665 in Amsterdam neerstreek. Aanvankelijk was hij als Franstalige niet welkom en na een straatgevecht werd hij korte tijd opgesloten in de kerkers van het stadhuis. Maar toen men lucht kreeg van zijn teken- en schilder talent, kreeg hij de volle burgerrechten. Samen met Rembrandt werd de Laireesse een van de beste en populairste schilders in Nederland in de tweede helft van de 17e eeuw. Rijke notabelen lieten de muren en plafonds

van hun riante huizen aan de Herengracht opvrolijken met allerhande allegorische taferelen. Moeders mooiste was Gerard de Laireesse niet. Dat zien we op het niets verhullende portret dat Rembrandt in 1667 van hem schilderde. Congenitale syfilis had zijn gelaat, voornamelijk zijn neus, lelijk misvormd (zadelneus). Rond zijn vijftigste trof dezelfde kwaal ook zijn ogen en werd hij blind. Gelukkig zijn veel schilderijen van hem bewaard gebleven en kan zijn geniaal teken- en schilder talent nog steeds bewonderd worden in talloze musea en natuurlijk in Bidloo's Anatomische Atlas.

#### Anatomia Humani Corporis

Govard Bidloo is een van de eerste anatomen die respect toonde voor zijn tekenaar door hem bij naam te noemen op de titelpagina. Annex het epitheton ornans: "dat groote licht der Schilders onzer eeuw". Veel tijdgenoten spraken hun bewondering uit voor deze prachtige atlas. Naast de anatomische details

“

Wilt gij een Op'ra zien van zuipen, zwelgen en brassen?  
Vol Bacchanaal spel en baldaadige grimassen?  
Gy vind het 't allerbest in Bidloo's huis verbeeld.  
Waar hij voor Bacchus, en zijn wijf voor Venus speelt.

prezen ze ook de dramatische en soms ludieke enscenering. Zoals in de twee skeletten die, blijkbaar na een nachtje zuipen, zwelgen en brassen, vrolijk in hun graftombe stappen.

Uit wetenschappelijke hoek kwam echter al snel kritiek. Zijn leermeester, de grote anatoom en preparateur van anatomische rariteiten, Frederick Ruysch, vond de bijhorende teksten nogal summier en van povere kwaliteit. De flamboyante Bidloo gaf hem onmiddellijk lik op stuk met een vinnig smaadschrift. Want schrijven kon Bidloo als dramaturg en librettist als geen ander. Ook de milder oordelende Herman Boerhaave merkte op dat de illustraties wel zeer mooi oogden, maar anatomisch verre van correct waren. Een deel van de fouten berust echter op de graveurs. Normaal moeten die van de oorspronkelijke tekening (van de Lairesse) een spiegelbeeld in de koperplaat graveren, zodat de uiteindelijke tekening (na drukwerk) weer het exacte beeld geeft als het oorspronkelijke. In enkele platen is dit om de een of andere reden niet gebeurd. Zoals op de gravure van de lever, waar de lobben links-rechts verwisseld zijn.

#### Eindeloos in eeuwigheid

Op de laatste pagina van de Anatomia spreekt Bidloo zijn lezers rechtstreeks toe en neemt afscheid van de ontdekkingsreis die ze samen hebben doorgemaakt. Zijn taal onthult zijn verwondering over de complexiteit en de schoonheid van het menselijk lichaam. En ook zijn hang naar een dramatisch slot. "Tot ziens, mijn lezer, blijf met mij hopen dat, nadat dat prachtige bouwwerk (het lichaam) en zijn aarden

mond (de stem) verdwenen zijn, de ziel het eeuwige Huis van de Schepper zal bereiken. Uitmuntende en Grote Schepper, wiens glorie eindeloos is door de eeuwigheid."

De kritiek van de meest gerenommeerde professoren uit zijn tijd heeft er uiteindelijk toe geleid dat Bidloo's magnum opus slecht verkocht. Zowel de Latijnse uitgave als de latere Nederlandstalige versie (1690) werden geen kassucces. De dikke foliant was te technisch voor kunstenaars, te inaccuraat voor chirurgen en te duur voor studenten. Maar de illustraties blijven een eindeloze lust voor een kunstzinnig oog. ■



**Dr. Johan  
Van Robays**

Anatomopatholoog

*Save the dates*

## WETENSCHAPPELIJKE RAAD PROGRAMMA 2019|20

|                               |                                                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Donderdag<br>28 november 2019 | De arts is niet langer een vrije beroeper... maar een ondernemer                 |
| Donderdag<br>19 december 2019 | Multidisciplinaire aanpak hypofyseletsels in de regio Limburg-Kempen             |
| Donderdag<br>23 januari 2020  | Multidisciplinaire aanpak van polytraumapatiënten: ook een rol voor de huisarts? |
| Donderdag<br>20 februari 2020 | Auto-immuunserologie: alles wat u altijd wilde weten maar nooit durfde vragen    |
| Donderdag<br>26 maart 2020    | Endocrino@ZOL 2020: unlimited                                                    |
| Zaterdag<br>28 maart 2020     | Symposium cardiologie                                                            |
| Donderdag<br>23 april 2020    | Behandeling van kanker... maar vergeet de pijn niet                              |
| Donderdag<br>28 mei 2020      | Penicilline-allergie en de impact op correct antibioticagebruik                  |
| Donderdag<br>25 juni 2020     | Patiënten met niet aangeboren hersenaandoeningen                                 |

# HEEFT U DE **ZOL-APP** VOOR HUISARTSEN EN SPECIALISTEN AL GEDOWNLOAD?

De app is nu beschikbaar  
voor Android-versie en iOS-versie.

Vraag uw wachtwoord aan met  
uw Riziv-nummer bij: [communicatie@zol.be](mailto:communicatie@zol.be)  
en download 'ZOL' in de  
Google Play Store of in de App Store.



## COLOFON

**Verantwoordelijke uitgever:** Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** dr. Griet Vander Velpen, dr. Johan Van Robays, Inge Thijs, Yves Marchal, Evi Theunissen, Rob Bielen, Amber Arain, Narjes Madhloum, prof. dr. Wilfried Gyselaers, dr. Pieter Martens, dr. Natalie Put, dr. Francis Lemmens, dr. Elke Van Hoyweghen, dr. An-Sofie Lemmens, dr. Thomas De Sutter, dr. Wilfried Mullens. ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Jan De Koster, dr. Eline Macken, prof. dr. Dieter Mesotten, prof. dr. Willem Ombelet, dr. Griet Vander Velpen, dr. Johan Van Robays, dr. Luc Vrielinck ■ **Foto's:** ZOL, Micha Vandormael, Marco Mertens, Boumediene Belbachir, Imapictures, Tony van Galen, Dissectiekamer: @PhotoStraka ■ **Dissectiekamer:** @PhotoStraka ■ **Lay-out:** Lisa Castelli & Liesbeth Grondelaers, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Schiepsse Bos 6, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 32 17 62 ■ [zolarium@zol.be](mailto:zolarium@zol.be) ■ [www.zol.be](http://www.zol.be) ■ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ■ Jaargang 17 nr. 74 • oktober • november • december • 2019

# Partners IN ZORG

Een kwaadaardige tumor in het hoofd-halsgebied is minder frequent dan bijvoorbeeld borst- of darmkanker. Toch krijgen jaarlijks 2.500 tot 3.000 Belgen deze diagnose. "Vaak gebeurt dit spijtig genoeg pas in een eerder laat stadium. Alertheid voor de eerste signalen is essentieel. Hoe vroeger een gezwel immers ontdekt wordt, hoe groter de genezingskansen over het algemeen zijn", zegt KNO-arts dr. Kristof Menten, gespecialiseerd in hoofd-halschirurgie en oncologie. "Om mensen hiervan bewust te maken, werken we mee aan de Europese 'make sense campagne' voor hoofd-halskanker die liep van 16 tot 20 september 2019."

"Snel reageren, is inderdaad belangrijk," zegt Paul Penders (64) uit Bilzen die in 2017 een knobbeltje in zijn nek voelde. "Ik dacht dat het een cyste was die vanzelf weer zou verdwijnen omdat ik geen pijn had, maar mijn part-

ner drong erop aan dat ik een arts zou raadplegen. Een bevriende arts die ik hierover aansprak, stuurde me naar een KNO-arts. Zij had een vermoeden dat het knobbeltje kwaadaardig kon zijn en daarom verwees ze me naar dr. Menten."

"Vanaf toen is alles snel gegaan. Na de onderzoeken kreeg ik inderdaad slecht nieuws. In april 2017 heeft dr. Menten mij geopereerd en alle halsklieren aan de linkerzijde verwijderd. Ik had geluk bij een ongeluk. De tumor was nog ingekapseld in de lymfeklier. Maar omdat de primaire tumor in de keel niet duidelijk was, moest ik nadien nog een hele reeks bestralingen krijgen. Hierdoor is mijn smaak veranderd en heb ik last van vermoeidheid maar voor de rest gaat het nu goed met mij. Ik was gestopt met roken maar door omstandigheden ben ik onlangs opnieuw begonnen. De dokter heeft er vandaag opnieuw sterk

op aangedrongen dat ik hiermee moet stoppen."

"Voor mensen die hetzelfde meemaken als ik heb ik één goede raad: geef nooit op! Even belangrijk is de betrokkenheid van de mensen rondom u. Ik ben zeer dankbaar voor de steun van mijn partner en haar ganse familie. Ook de bezoeken en schouderklopjes van mijn collega's en een paar vrienden zijn strohalmen waar ik me aan heb kunnen vasthouden."

**De zorg rond hoofd- en halstumoren wordt in het ZOL multidisciplinair georganiseerd door de diensten Keel-, Neus-, Oorheelkunde en Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde en daarnaast de oncologen en radiotherapeuten van het Limburgs Oncologisch Centrum.**

**Meer info op**  
[www.makesensecampaign.eu](http://www.makesensecampaign.eu)