

ZOLARIUM

Tijdschrift
Toelating - Gesloten verpakking
3500 Hasselt 1 - n° 12/2726

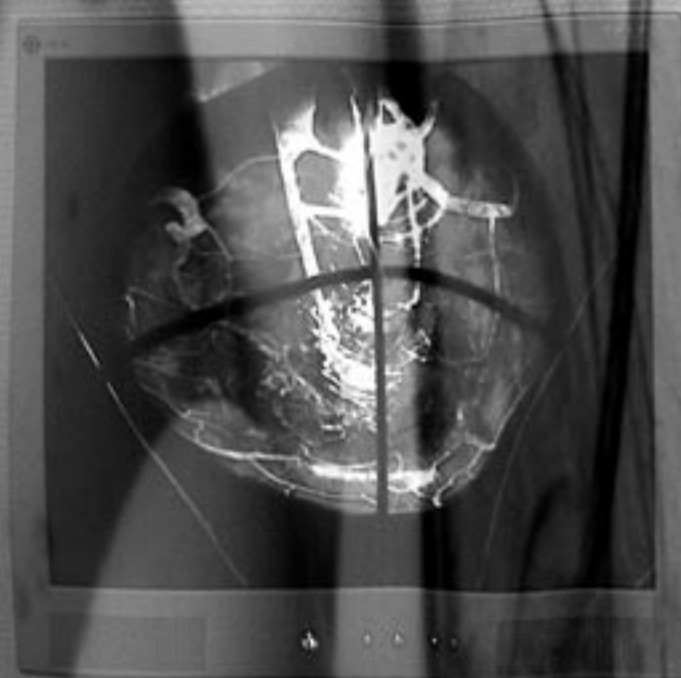
België-Belgique
P.B.
3500 Hasselt 1
12/2726

Afgifttekantoor: 3500 Hasselt 1
Toelatingsnr. P109087

Tijdschrift van de Wetenschappelijke Raad
Ziekenhuis Oost-Limburg, Schiepse Bos 6, 3600 Genk

Jaargang 5 - nr. 17 - juli / september 2005
Verschijnt driemaandelijks

'Born' in het ZOL



Colofon

Redactie en samenstelling:
Grete Bollen

Werken mee:
Dr. Hubert Vandeput
Dr. Johan Van Robays
Dr. Jan Van Nueten
Dr. Liliane Kerkhofs
Dr. Frans Indestege
Juil Bollen
Peter Dupont

Redactieadviesraad:
dr. Hubert Vandeput
dr. Jan De Koster
dr. Eric De Jonge
dr. Willem Ombelet
dr. Luc Verresen
dr. Johan Van Robays
dr. Hugo Daniëls
dr. Jef De Bie

Foto's:
Mine Dalemans
Kristien Wintolders
Alex Duyaert

Vormgeving:
ONAR

3 Editio

Draagmoederschap

4-5 Nieuw

Brachytherapie voor gelokaliseerde prostaatkanker

6-9 Wetenschappelijke Raad

Iconografie van de dermatologie
Larynxreconstructie bij tumorchirurgie

10-11 Eponiemenkabinet

James Parkinson (1755 – 1824)



12-13 ZOL Bouwt

Opening nieuwe spoed en dagklinik heelkunde SB

14-15 In de kijker

'Born' in het ZOL

16-17 Symposium

Congres 10 jaar Palliatieve Eenheid in het ZOL

18-19 Boekbespreking

De Boom van goed en kwaad

20-21 Kort

Vernieuwde liaison geriatrie
Uitbreiding Geriatriisch dagziekenhuis
Workshop MRCP

22 Dissectiekamer

De dood zoals die is

23-27 Billboard

Verantwoordelijke uitgever: dr. H. Vandeput, hoofdgeneesheer ZOL
Schiepse Bos 6 - B-3600 Genk

Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.

Draagmoederschap

NAAST het probleem zelf zouden we het evengoed kunnen hebben over de media die erin slagen één enkele casus tot een politiek hoofdprobleem te schrijven.

Terwijl de bewuste baby nog steeds volop in de belangstelling blijft en bijna dagelijks de kranten blijft halen via allerlei juridisch getouwtrek zijn er talrijke aspecten die even onze aandacht verdienen.

Het gaat hier om een probleem dat zich in zijn volle essentie slechts zeer uitzonderlijk stelt. In het infertiliteitscentrum van het ZOL komt een vraag hiervoor waarschijnlijk slechts éénmaal voor per twee jaar. De media-aandacht van de laatste weken omwille van een misgelopen situatie heeft alles zeer sterk overtrokken.

Laat ons eens door een medische bril kijken.

Er zijn een aantal mogelijke situaties denkbaar waar men aan draagmoederschap kan denken:

- Een vrouw heeft geen baarmoeder (aangeboren of geopereerd). Dit is mijns inziens ook de enige reden waar de vraag zich zou kunnen stellen.
- Een vrouw mag niet zwanger worden omwille van ziekte (bv. een hartziekte) of omwille van haar psychologische toestand. In dit geval is waarschijnlijk draagmoederschap sowieso niet aangewezen of aan de orde.
- Er is bij het aanvragende koppel geen vrouw aanwezig.

Er zijn heel wat andere problemen waarvoor er geen of slechts ten dele een juridische regeling bestaat:

- Donorinseminatie met anoniem donorsperma bestaat reeds zeer lang. Ook hieromtrent is er m.i. nog geen sluitende wetgeving.
- Eiceldonatie is meer zeldzaam maar toch vrij frequent in vergelijking met de voorliggende vraag. Vaak worden hiervoor familieleden en/of vriendinnen ingeschakeld omwille van de schaarste.
- Embryodonatie (eventueel met overtollige embryo's uit IVF-programma's) worden toegepast al of niet met medekennis of toestemming van de donoren.

In het geval van draagmoederschap zijn er meerdere varianten:

- Men kan een draagmoeder bevruchten met zaad van de man in kwestie; dan blijft het altijd niet alleen een draagmoeder maar ook genetisch een moeder. Dit is wat in de praktijk meestal zal



Dr. Vandeput.

gebeuren en ook aanleiding kan geven tot een verhoogde vraag omwille van de mannelijke holebi's. Zeker nu deze een wettelijk huwelijk kunnen aangaan.

- Men kan bij een draagmoeder een embryo inplanten met materiaal, afkomstig van zowel de vrouw als de man die vragende partij zijn. Dan is de draagmoeder een voorbijgaande 'couveuse' en een draagmoeder in zijn zuiverste betekenis.

De vraag naar het 'op voorhand juridisch afstand doen' van het kind heeft in beide gevallen een sterk verschillende betekenis.

Mogelijk is de emotionele band van de draagmoeder ook verschillend in beide gevallen.

Men mag daarenboven niet vergeten dat:

1. Er aan een zwangerschap ook heel wat risico's verbonden zijn voor de moeder. Hiermee moet men eventueel rekening houden bij het vergoeden van de onkosten. Wat van 'risicokosten'?
2. Er ook risico's zijn op een aangeboren afwijking. Wat dan? Wat indien men dan het kind niet meer wenst? Geen van beide partijen eventueel!
3. De biologische ouders tijdens de zwangerschap van de draagmoeder beide kunnen overlijden, bv. omkomen in een ongeval?
4. Er voldoende aandacht moet zijn voor de echtgenoot van de eventueel gehuwde draagmoeder? Wat van zijn toestemming en/of begeleiding?

Alhoewel wel iedereen zal overtuigd zijn dat de maatschappij de plicht heeft om in moeilijke ethische kwesties mee te denken en de klijntlijnen te bepalen waarbinnen een aantal medische behandelingen zich dienen af te spelen kan mijns inziens een wettekst nooit voldoende nuances in zich dragen om dit 'goed' te regelen.

Moet men niet proberen voor draagmoederschap een ad-hoc commissie in het leven te roepen die geval per geval beoordeelt. Men dient zowel de vragende als de dragende moeder maar ook de echtgenoot en vader van beide kanten psychologisch te testen en nadien te oordelen of er geen financiële of andere motieven meespelen. Dan dienen beide partijen onherroepelijke afspraken vast te leggen en waarschijnlijk vergeet ik nog een aantal randvoorwaarden.

Dr. Hubert Vandeput, medisch directeur

'Therapie van dichtbij'

Prostaatkanker is de meest frequente tumor bij de man. Leeftijd is de belangrijkste factor: 95% van de carcinomen worden ontdekt tussen 45 en 89 jaar. Voor gelokaliseerde prostaatkanker zijn momenteel de 2 meest gebruikte behandelingen de totale (radicale) prostatectomie en de brachytherapie (permanente zaadjesimplantatie). Sinds medio 2004 wordt deze laatste techniek in het ZOL toegepast. Er is een steeds stijgende vraag naar deze behandelingswijze.

Dr. Jan Van Nueten, uroloog

DE resultaten, verkregen met permanente zaadimplantatie, weliswaar in goed geselecteerde gevallen en met low-risk patiënten, zijn equivalent aan de resultaten verkregen via een klassieke behandeling (radicale prostatectomie of uitwendige bestraling). De geïnduceerde bijwerkingen zijn geringer.

Gezien wij jodium-125 enkel in monotherapie gebruiken, niet gecombineerd met uitwendige bestraling, hanteren we in ons ziekenhuis de strengste criteria voor deze implantaties.

Enkel de zogenaamde bovenvermelde 'low-risk groep' komt in aanmerking voor deze techniek. Dit zijn patiënten met een histologisch bevestigde T1-T2 tumor, een PSA $\leq$ 20 mg/ml en een Gleason score $\leq$ 7. Het prostaatvolume moet kleiner zijn dan 50 ml en de patiënt moet behoorlijk kunnen plassen.

Er is vanuit de dienst Urologie geopteerd om één uroloog de procedure te laten verrichten, dit om een zo groot mogelijke expertise in deze behandeling op te bouwen. De selectie van de patiënt (naar de hoger vermelde criteria) gebeurt door de drie urologen.

Wanneer de patiënt in aanmerking komt voor brachytherapie, wordt dit besproken in het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC). In deze vergadering zijn een uroloog, een medisch oncoloog, een radiotherapeut en een anatoompatholoog aanwezig. Wordt in deze vergadering de patiënt als een geschikte kandidaat weerhouden, dan wordt hem deze techniek voorgesteld.

Na een eerste gesprek worden de patiënt en zijn partner gevraagd om goed na te denken over de consequenties van de ingreep en in een volgend gesprek worden nogmaals eventuele vragen en twijfels besproken. Als de patiënt akkoord gaat, wordt de procedure gestart. Er wordt een datum voor de implantatie afgesproken met de radiotherapeut en de zaadjes worden besteld.

Zoals hoger vermeld, is brachytherapie (letterlijk vertaald is dit 'therapie van dichtbij'), een techniek waarbij de bestralingsbron (I-125) zo dicht mogelijk bij de kankercellen gebracht wordt om de celtgroei te remmen of te stoppen. Het is een zeer precieze techniek die ervoor zorgt dat er zo weinig mogelijk gezonde cellen beschadigd worden.

Jodium-125 is een radioactieve stof met een halfwaardetijd van 60 dagen en een korte penetratieafstand. Deze radioactieve bronnetjes (of zaadjes genaamd) blijven gedurende het volledige verdere leven van de patiënt in de prostaat. Hun activiteit vermindert dus progressief.

Ingreep

De ingreep zelf heeft onder algemene verdoving plaats. Tijdens de ingreep ligt de patiënt met gespreide benen in de beensteunen. Een blaaskatheter wordt ingebracht. De vorm en de positie van de prostaat worden met behulp van een echografie, via de anus, vastgelegd. Nadien worden onder endoscopische begeleiding fijne naalden door het perineum (gebied tussen de balzak en de anus) in de prostaat geprikt. Via deze holle naalden worden de radioactieve bronnetjes naar binnen geschoven. Afhankelijk van de grootte van de prostaat worden op deze manier tussen de 50 en 120 zaadjes geïmplanteerd.

De procedure is een teamprocedure. Naast de uroloog is er een radiotherapeut aanwezig, een fysicus die de dosisverdeling berekent en bijstuurt (de zaadjes worden 'on-line' geïmplanteerd waarbij er na iedere plaatsing een bijsturing wordt verricht om een zo homogeen mogelijke bestralingsverdeling te bekomen), en een operatieverpleegkundige die de zaadjes voorbehandelt. Op advies van de radiotherapeut zal de operatieverpleegkundige verschillende 'strands' van

- Brachytherapie voor gelokaliseerde prostaatkanker -



Dr. Jan Van Nueten

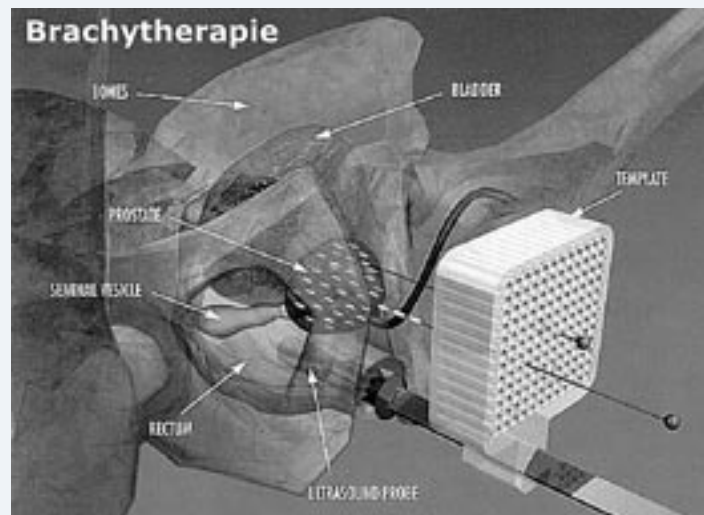
zaadjes klaarmaken. Deze worden in stalen 'strandholders' (=wings) opgeslagen. De radiotherapeut controleert deze en geeft ze aan de uroloog, die de zaadjes op de gewenste plaats zal brengen. De fysicus controleert het eindresultaat en beslist of de uroloog eventueel nog een extra zaadje moet inbrengen.

Zaadjes

Na de ingreep wordt er een controle RX genomen en worden de zaadjes geteld. De operatiezaal wordt met de geigerteller gecontroleerd op eventueel verlies van zaadjes. Van zodra het resultaat negatief is, wordt de patiënt wakker gemaakt en de operatiezaal vrijgegeven. Na de ingreep gaat de patiënt naar de hospitalisatiedienst



Er worden 50 tot 120 zaadjes geïmplant



waar men hem reeds de dag voor de manipulatie volledig heeft ingelicht op wat te letten na het verwijderen van de blaassonde. De zaalverpleegkundige heeft dan uitgelegd dat de patiënt moet plassen in een ziftje. Als er een zaadje meekomt, wordt dit met een pincet opgepakt en opgeslagen in een metalen containertje (kokertje) die de patiënt meekrijgt bij ontslag uit het ziekenhuis.

De eerste weken na de ingreep kan de patiënt bijwerkingen ontwikkelen die het gevolg zijn van de bestraling. Het is mogelijk dat hij vaker moet plassen, meer aandrang, een branderig gevoel en een zwakkere straal heeft ten gevolge van een zwelling van de prostaat. Bij de meeste patiënten zijn deze klachten verdwenen na een 3-4 maanden. Hiervoor wordt medicatie voorgeschreven.

Urine-incontinentie komt vrijwel niet voor na deze behandeling. Het kan wel zo zijn dat de potentie verandert. Ongeveer 30% van de behandelde mannen heeft een verandering van potentie ervaren maar dit percentage is beduidend lager dan na chirurgie. Deze verandering kan zijn op het vlak van de duur van de erectie en van het orgasme. Het sperma kan verkleurd zijn (bruin) als gevolg van de implantatie.

We adviseren ook de eerste 4 weken geen geslachtsgemeenschap te hebben en een condoom te gebruiken tot 6 maanden na de implantatie (voor het geval er een zaadje met het sperma meekomt). De eerste dagen na de ingreep wordt zware lichamelijke activiteit best vermeden.

Na 2 weken mag er opnieuw gefietst en gesport worden.

Wij ervaren tot nu toe een zeer grote patiëntentevredenheid over deze procedure en beschouwen ze als grote meerwaarde naast de andere technieken voor gelokaliseerd prostaatcarcinoom die hun waarde reeds vroeger bewezen hebben. •

Beeld binnen

Binnen de specialistische geneeskunde blijft de dermatologie het specialisme bij uitstek waarbij het beeld een sleutelrol speelt in de diagnose. Het fotografische geheugen van de dermatoloog bespaart soms technische onderzoeken en kan snel richtinggevend zijn voor het instellen van de behandeling en het plannen van gerichte investigaties. De morfologie bepaalt in belangrijke mate de keuze van het vehiculum voor de lokale behandeling.

Dr. Liliane Kerkhofs, dermatologe

NAARMATE de inzichten in de etiopathogenese van huidziekten groeien, blijkt ook meer en meer de complexe samenhang van huidpathologie met genetische variaties, verschillende immunologische reactiepatronen en algemeen interne en neurologische pathologieën. De huid is een orgaan van ectodermale oorsprong met een uitgebreid zenuwnetwerk, receptoren van het aangeboren immuunsysteem, met precursoren van hormonen: onder andere het pro opiomelanocortine, een voorlopermolecule van endorfines, cortisol en melanine. Het is de buitengrens van ons organisme. Naast het beeld dat we beschrijven met het ons eigen alfabet, is zeker in de patiëntenpopulatie van een groot algemeen ziekenhuis de context met voorgeschiedenis, geassocieerde pathologie en medicatie een onmisbaar gegeven om de diagnostiek en behandeling te richten.

alfabet	
efflorescenties	primaïr
	secundair
lokalisatie, rangschikking, vorm	
verspreiding	
predilectieplaatsen	
context	
klinische inlichtingen ivm voorgeschiedenis, geassocieerde pathologie en medicatie	

tabel I



Dr. Liliane Kerkhofs

Het alfabet van de dermatoloog

Voor een vlotte communicatie moet je elkaars taal begrijpen. Dit is niet altijd even evident. Dermatologisch onderzoek steunt in belangrijke mate op een eigen beeldvorming. We beschrijven de symptomen met een ons eigen alfabet. De primaire en secundaire verschijningsvormen noemen we efflorescenties (cfr tabel II-III).

Een blaar of bulla is voor dermatologen vanzelfsprekend een met helder vocht gevulde verhevenheid, duidelijk verschillend van een urtica die veroorzaakt wordt door dermaal oedeem zoals bij urticaria. Is die blaar gevuld met etter dan spreken we van een pustel.

zijn kader

Automatisch wordt hier aan een infectie gedacht. Doch niet alle pustels zijn besmettelijk: het gaat steeds om een verzameling van neutrofielen in de huid. Deze zijn niet noodzakelijk uitgelokt door infectieuze organismen zoals bijvoorbeeld een steriele pustel bij psoriasis of bij medicamenteuze rashes.

primaire efflorescenties

niet boven huidniveau verheven:	macula: bruin, rood, blauw (purpura)
boven huidniveau verheven:	compacte opbouw: papel urtica(kwaddel) nodus tumor
	niet-compacte opbouw (holten) vesikel bulla pustula

tabel II

secundaire efflorescenties

squamae (schilfering)	crustae (ingedroogd exsudaat)
erosie, excoriatie, ulceratie	fissuur
abces	litteken
sclerose	atrofie
pachydermye	dyschromie
lichenificatie	

tabel III

Als ziektebeelden en verschijningsvormen evolueren, krijgen we secundaire efflorescenties. We spreken van psoriasiforme of pityriasiforme schilfering, erosief nattend crusteus eczeem of eerder een gelichenificeerd eczeem, sclerodermiforme huidveranderingen... We spreken van herpetiforme aflijning, zosteriforme configuratie.

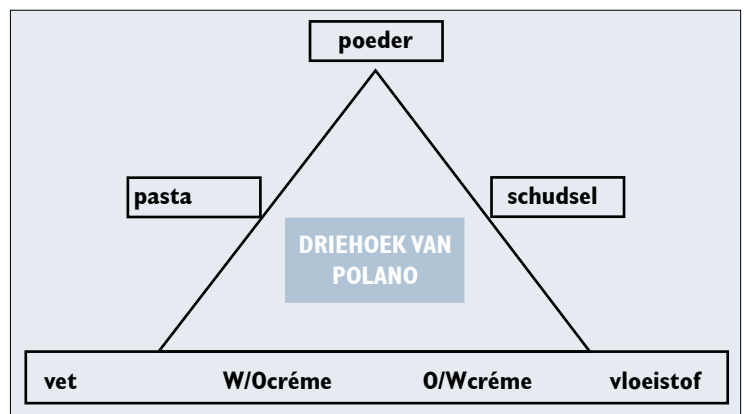
Veel termen dateren nog van in de tijd dat de dermatoloog een louter beschrijvende diagnostiek bedreef. Dermatitis Herpetiformis bijvoorbeeld heeft niets met herpes te maken. De letsels lijken wel op de blaasjes die je bij een herpesinfectie ziet maar het gaat om een auto-immuunpathologie die steeds met glutenovergevoeligheid geassocieerd is. Mycosis Fungoides betekent letterlijk schimmelinfectie met paddestoelachtige woekeringen. We weten nu dat het om een cutaan T cel lymfoom gaat en niet om een schimmelinfectie. Een Kaposi sarcoom is gekend bij een breder publiek als de opvallende afwijkingen bij AIDS patiënten - denk maar aan de film Philadelphia met Tom Hanks. We weten nog maar sinds enkele jaren dat deze afwijkingen veroorzaakt worden door een virus van de herpes familie (HHV8)...

Het verschil tussen zalf en crème

Een examenvraag... Zalf is puur vet, zoals bv vaseline, wolvet of lanoline. Vroeger werden soms ook dierlijke vetten zoals varkensvet gebruikt omwille van hun waterafwasbaarheid. Die bereidingen werden snel ranzig en zijn in onbruik gebraakt. Crème bevat vet én water, twee grondstoffen die niet spontaan bij elkaar horen, en toch gebruiken we dagelijks met zijn allen deze emulsies. Je hebt vele soorten crèmes: dagcrème, nachtcrème, crèmes voor droge en voor vette huid, voor gemengde huid, anti rimpelcrèmes, zonnecrèmes (= preventieve anti-rimpelcrèmes!).

Je kan het vergelijken met boter en room. In boter zit een beetje water: aan de binnenzijde, het vet aan de buitenzijde. We spreken van een water in olie (W/O) crème of een nachtcrème. In room net het omgekeerde: het vet is gedisperseerd in het water. We spreken van een olie in water (O/W)crème of dagcrème. In de dermatologie is het vehiculum of het excipients of de basisgrondstof erg belangrijk en op zich reeds therapeutisch. Een algemene regel is: hoe acuter de dermatose hoe natter er behandeld wordt; hoe chronischer, veelal synoniem van droog-schilferend, hoe vetter. Bij acute ontstekingen, acute eczemen en allergieën gebruiken we omslagen met kompreswaters. Uitgebreide kompressen kunnen vervangen worden door baden. Subacute dermatosen kunnen met crèmes, veelal van het O/W-type, behandeld worden. Chronische eczemen en psoriasis behandelen we 's nachts met zalven, overdag met crèmes, veelal W/O-crèmes. Uitgebreide blaren of pustels worden ingedroogd met schudfels (poeders in oplossingen die moeten geschud worden). Met pasta bedoelen dermatologen een poeder in vet. We gebruiken pasta ter indroging of ter bescherming tegen maceratie: steeds met olie te verwijderen. Behandeling van behaarde zones gebeurt met lotions, wateruitwasbare crèmes of gels. Ook op vette huid gaan we eerder gels gebruiken.

Vereenvoudigd kunnen we stellen dat we in de lokale dermatologische behandeling drie grondstoffen - namelijk vet, water en poeder - gebruiken, in verschillende verhoudingen (cfr schema driehoek van Polano). Na keuze van het juiste vehiculum gaan we, waar aangewezen, ook actieve medicatie toevoegen.



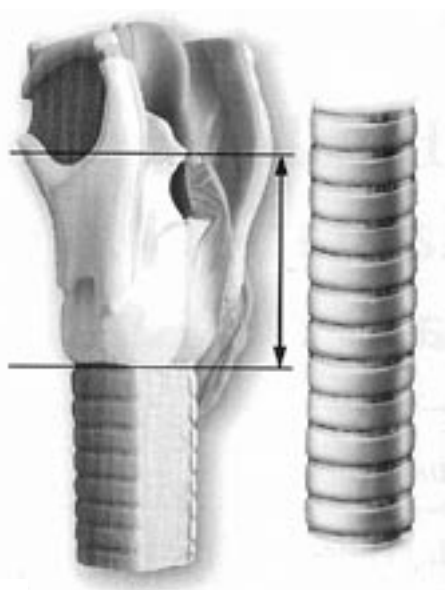
Larynxreconstructie bij tumorchirurgie

Het verwijderen van larynxtumoren betekent in de praktijk vaak het wegnemen van het hele strottenhoofd. Dit heeft voor de patiënt vrij ingrijpende gevolgen: het verlies van de normale spraak en permanente tracheostomie zijn de belangrijkste. Maar de resectie van de larynx in zijn geheel is niet altijd vereist op oncologische gronden. Vaak gebeurt een volledige resectie om chirurgisch-technische redenen. Een manier vinden om de larynxfuncties adequaat te reconstrueren, houdt de oncologische larynxchirurgen daarom al decennia bezig.

Dr. Frans Indesteege, NKO-arts

PROF. dr. Pierre Delaere, KU Leuven, ontwikkelde een manier om, via het gebruik van een stuk trachea, de resectie van een hemilarynx inclusief cricoïedkraakbeen mogelijk te maken. Dit is uniek.

Uit de tracheachirurgie weten we dat we een viertal centimeter van de trachea kunnen wegnemen en daarna 'end to end' opnieuw verbinden. Dit is net de hoogte van een gemiddeld strottenhoofd (figuur 1).



figuur 1

Het probleem dat initieel moest opgelost worden, betrof de vascularisatie van dit stuk trachea, dat bij transplantatie als vrije greffe immers necrotiseert.

Dit leidde tot een 2 stappen procedure waarbij in een eerste tijd de proximale trachea gedurende twee weken wordt gewikkeld in een gesteelde voorarmfasciaflap. In deze periode is er bloedvatvorming door inductie tot in de mucosa van de trachea. Figuur 2 illustreert hoe de fasciaflap om de trachea wordt gewikkeld en met zijn vaatsteel aan de halsvaten wordt aangesloten. In figuur 3 zien we hoe de huid wordt losgemaakt van de voorarmfascia en hoe deze op vaatsteel wordt vrij geprepareerd.



figuur 2



figuur 3

In een tweede tijd kan dit proximale stuk trachea op de vaatsteel van de voorarmflap van de distale trachea worden losgesneden, geremodelleerd worden (ongeveer de halve cilinder is nodig) en naar boven geschoven in het defect van de larynx na de tumorresectie.

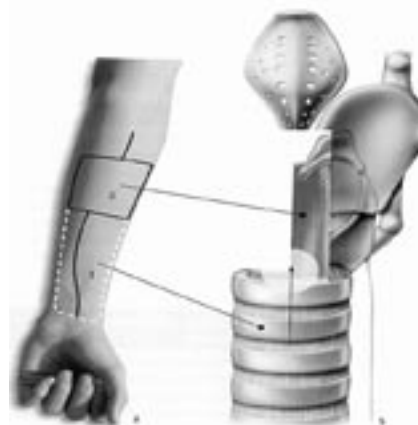
Figuur 4a toont hoe de trachea, omgeven door de fasciaflap die



Dr. Frans Indesteege

Aanpassen van techniek:

De onvoldoende functionaliteit van de greffe ter hoogte van de stemband werd aangepast door de voorarmgreffe te voorzien van een huidflap aan de bovenrand. Deze neemt de rol over van de verwijderde stemband. Deze huidflap zal immers wat buiken zodat de gezonde stemband sneller de neoglottis afsluit dan bij de cilindrische trachea het geval was. De trachea neemt de rol van subglottis over. Hierdoor verbetert de functie van de neoglottis aanzienlijk. Figuur 5 illustreert de fasciaflap met een stuk huid waar figuur 6 duidelijk aantoont dat de huidflap netjes op het niveau van de glottis zit waar hij voor betere functionaliteit zorgt. De trachea vervult de rol van subglottis.



figuur 5

gesteeld is op de halsvaten, netjes in het defect van de verwijderde halve larynx rechts wordt geplaatst. Daarna kan de vrije rand van de distale trachea een 4-tal cm opgetrokken worden en vastgehecht worden aan de herstelde larynx. Figuur 4b is een bovenaanzicht van de herstelde larynx op het niveau van de stemband: rechts de gezonde hemilarynx met mobiele stemband en links de tracheagrefe.

We bekomen dus een soortgelijke situatie als bij een unilaterale stembandverlamming waarbij stemkwaliteit en afsluiten van de luchtweg bij slikken relatief goed zijn. Toch bleek dat voor een volledige sluiting van de neoglottis de tracheagrefe, door de rigiditeit van het kraakbeen en door de cilindervorm, voor verbetering vatbaar was.



figuur 4a



figuur 4b



figuur 6

Besluit:

De indicatie voor deze techniek van larynxreconstructie is de behandeling van glottis-subglottistumoren. Hopelijk is het een eerste stap in de ontwikkeling van meer uitgebreide reconstructietechnieken zodat de totale laryngectomie in de toekomst steeds minder vaak noodzakelijk wordt. •

James Parkinson (1755 – 1824)

Het ziektebeeld dat we vandaag als ‘Parkinson’ ervaren, bestaat al veel langer dan het proefschrift *‘An Essay on the Shaking Palsy’* dat James Parkinson in 1817 publiceerde.

Het verhaal

ROND 1500 vermeldt Leonardo da Vinci in zijn notitieboekje al enkele ouderlingen die een soort onwillekeurig beven van handen en hoofd vertonen. Ze hebben ook de meeste moeite om een beweging, die ze zelf willen maken, uit te voeren. Letterlijk schrijft hij: *‘Bij die half verlamden trillen de ledematen voortdurend, zonder enige tussenkomst van de ziel. En die ziel, met al haar kracht, is blijkbaar niet in staat dit onophoudelijk beven te verhinderen.’*

Dik twee eeuwen later, in 1776, geeft de legendarische Britse anatoom, John Hunter, (Zolarium nr. 6, okt-dec 2002) te Londen een lezing over een vreemdsoortig fenomeen. Om het voor zijn studenten aanschouwelijk te maken heeft hij zo’n ‘fenomeen’ meegebracht. *‘De handen van deze Lord, beste studenten, zijn voortdurend in beweging en toch heeft hij nooit het gevoel dat zijn spieren vermoeid raken. Als hij slaapt zijn die handen perfect in rust. Maar van zodra hij ontwaakt beginnen ze geleidelijk, maar onweerstaanbaar de ganse dag door te beven.’*

Onder de aanwezigen bevindt zich een 21 jaar jonge man die alles ijverig noteert. Zo minutieus alles noteert dat zijn zoon, J.W.K. Parkinson, negen jaar na de dood van zijn vader Hunters aantekeningen publiceert onder de titel: *‘Hunterian Reminiscences.’*

In die *‘Reminiscences’* staan heel wat ziektebeelden die we vandaag moeiteloos herkennen maar in die tijd nog niet als dusdanig omlijnd waren. Zo ook de ziekte die jaren later naar die 21 jarige student zal genoemd worden.

Observatie uit een koetsraam

Hoe is het mogelijk dat John Hunter in de 18de eeuw dit geheel van symptomen niet als één ziektebeeld (h)erkende? Ook de Uomo Universale uit de renaissance, Leonardo niet, en zoveel oude Griekse heelmeesters niet. Dergelijke tremor was toch al eeuwen voor Christus in tal van medische geschriften te lezen?

Het antwoord ligt in een van de meest karakteristieke kenmerken van het syndroom: het is een sluipende ziekte. Parkinson schrijft ergens in zijn essay: *‘De eerste symptomen zijn zo subtiel, zo weinig specifiek, en evolueren zo traag in de*

tijd dat de meeste patiënten zich niet eens herinneren wanneer het ooit begonnen is.’

Een tweede reden is dat die symptomen gemakkelijk verward worden met het ‘normale verouderingsproces’. Wiens oude grootvader loopt niet krom voorovergebogen met schoffelende pas? Wiens grootmoeders hand trilt niet bij het inschenken van een kopje thee?

In zijn kort essay, amper 66 bladzijden lang, beschrijft James Parkinson zes Londenaars met het voor hem karakteristieke syndroom. Hij doet zijn ontdekking niet in zijn spreekkamer maar observeert zijn patiënten vanuit het raampje van zijn dokterskoets. Hoe hij het daar van zo verre zag, in een tijd waar van ‘dopamine’ nog geen sprake was, is een raadsel. En hoe hij die zes wist te onderscheiden van patiënten met een haast gelijkaardige symptomatologie, is een nog groter.

La Maladie de Parkinson

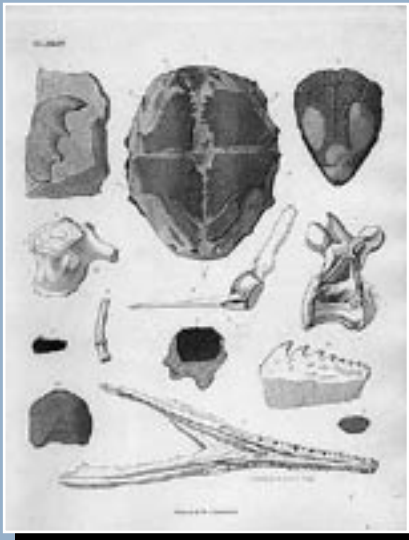
Parkinsons *‘Essay on the Shaking Palsy’* wekt na publicatie even de aandacht bij een paar collega’s maar niet voor lang. Een paar maand later ligt zijn proefschrift tussen duizenden andere in een bibliotheek te verstoffen.

Vijftig jaar later ziet de legendarische Parijse neuroloog, Jean-Martin Charcot, een aantal patiënten met bevende ledematen. Belesen als hij is heeft hij ook het *‘Essay’* van James Parkinson vanonder het stof weten te halen en vindt dat er aan de rake klinische beschrijving niets toe te voegen valt. Behalve misschien de *‘rigiditeit’*. En Charcot geeft ere aan wie ere toekomt en noemt het ziektebeeld als eerste: *‘La Maladie de Parkinson.’*

Jean-Martin Charcot introduceert ook de eerste behandeling. Het was hem opgevallen dat bij veel van die patiënten het kwijl uit de mond loopt. Als hij dat kwijlen met het speekseluitdrogend hyoscyamine behandelt vermindert als bij wonder ook het beven. En zo wordt dat de standaardbehandeling.

Tot iemand droogjes opmerkt dat een overdosis van dat hyoscyamine de patiënten: *‘Zo rood als een biet, zo droog als een bot en zo zot als een hen maakt.’*

‘In elk geval minder beneveld’ pareert Charcot *‘dan met het*



mengsel dat dokter W.R. Gowers hen doet slikken.’ Diens recept bestond immers uit een allegaartje arsenicum, Indische hennep en opium.

Politiek radicaal man

In zijn jonge jaren was Parkinson een rabiaat revolutionair en een uitgesproken criticus van de toenmalige Pitt-regering. In de nasleep van de Franse Revolutie neemt hij het in Engeland op voor de minder geprivilegieerde burger en publiceert tal van sociaal en politiek getinte pamfletten onder het pseudoniem ‘Old Hubert’. Ondermeer de ‘*Revolutions without Bloodshed*’.

Via via wordt hij lid van verschillende geheime politieke genootschappen en verzeilt zo in het beruchte ‘Pop-gun plot’. Dit plot bestond erin om koning George III tijdens een theatervoorstelling om het leven te brengen met een achtereendoelends afgeschoten giftig pijltje vanop de Bühne.

In 1794 moet James zich verantwoorden voor de ‘Privy Council’, een soort tuchtraad. Hij geeft toe dat hij lid is van genaamde geheime genootschappen en dat hij de ‘Old Hubert’ was achter die opruiende pamfletten. Ter verdediging haalt hij echter aan dat er zich in Engeland niemand bekommert om het lot van de vrouwen en kinderen van een man die beschuldigd is van hoogverraad. Maar op de vraag of hij deelnam aan het ‘Pop-gun plot’ houdt hij zijn lippen stijf.

Sociaal bewogen man

Nadat hij zich in de affaire met dat giftig pijltje haast verbrand had concentreert Parkinson zich vanaf 1795 op zijn huisartsenpraktijk. Zijn wachtkamer zit barstensvol want iedereen kent de dokter die het voor de armen opneemt en ze quasi gratis verzorgt.

Al is hij dan geen professor aan de een of andere universiteit, als zijn laatste patiënt vertrokken is schrijft hij bij kaarslicht de ervaringen van de dag op. Daaruit vloeien een paar praktische handleidingen voort die de gezondheid en het welzijn van de minder bedeelden ten goede komen. Ondermeer eentje over de jicht, waaraan hijzelf al een tiental jaar leed.

In 1801 versijnt zijn ‘*Chemical Pocket-book*’, een overzichtelijk scheikundig compendium voor studenten en leken. Met zijn ‘*Medical Admonitions to families*’ (1803) probeert hij de geneeskunde uit haar ivoren toren te halen en in een soort ‘vraag en antwoord stijl’ dichter bij de gewone mens te brengen.

Paleontoloog

Maar het meest bekend bij leven wordt James Parkinson met een publicatie die niets met geneeskunde te maken heeft. Wel alles met zijn hobby. Want in zijn schaarse vrije tijd trekt hij er met zijn gezin en vrienden op uit om oude fossiele resten te verzamelen. Thuis tekent hij die planten- en dierenresten levensecht na en vlooit er de literatuur op na. Snel ontdekt hij dat er over fossielen maar bitter weinig bekend en geschreven is. Dus doet hij het dan maar zelf en publiceert in 1804 het eerste van drie volumes over ‘*The Organic Remains of the Former World*’. In 1808 en 1811 volgen twee andere boekdelen over die ‘Organische resten uit een vroegere wereld.’

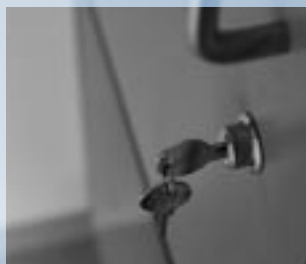
Voor dat wetenschappelijk werk, geïllustreerd met schitterende tekeningen uit eigen hand (cfr foto), ontvangt hij de gouden medaille van de ‘Royal College of Surgeons’. Het is zijn enige erkenning bij leven.

De ironie van het lot wil dat er van de man, die zoveel oude fossiele resten uit de vergetelheid rukte, vandaag geen enkel portret of afbeelding bewaard is. In 1912 vat J.G. Rowntree het zo samen: ‘*English born, English bred, forgotten by the English and the world at large, such was the fate of James Parkinson.*’

Maar ondertussen zijn we twee eeuwen verder en is de ziekte van Parkinson een van de best bekende medische eponiemen. Teveel beroemde mannen hebben er aan geleden, van de Chinese leider Deng Xiaoping tot de bokskampioen Mohammed Ali, en niet in het minst de onlangs overleden paus Johannes Paulus II.

Dr. Johan Van Robays

Nieuwe dagkliniek in



Op maandag 9 mei werd op campus Sint-Barbara de nieuwe dagkliniek in gebruik genomen. Dit is niet het eerste project dat er voltooid werd. Reeds meer dan een jaar geleden veranderde deze campus in een bouwwerf en ondertussen werden er reeds heel wat nieuwbouw- en renovatiewerken afgewerkt.

Juul Bollen

AL deze werken passen in de uitvoering van het zorgstrategisch plan, dat bij de fusie van het ZOL opgemaakt werd. Met dit ambitieuze bouwproject wordt deze campus verder klaar gemaakt voor de toekomst. Wanneer volgend jaar alle werken achter de rug zullen zijn, zal Sint-Barbara een mooie, nieuwe ziekenhuiscampus zijn waar het aangenaam werken en verblijven is. Het biedt dan op een volwaardige manier al de basisfuncties die een hedendaags regionaal ziekenhuis nodig heeft.

Grotere capaciteit

De dagkliniek is uniek wat de inrichting en uitwerking betreft en ze biedt veel mogelijkheden voor de verdere uitbouw van de dagklinische werking op deze campus. Voor verschillende medische diensten is de rechtstreekse verbinding met het operatiekwartier een grote opportuniteit. Voor de patiënten kan er een kwaliteitsvolle



zorg aangeboden worden in een moderne accommodatie. Er zijn 8 individuele kamers en 6 twee persoonskamers, maar de patiënten komen in regel pas in een bed terecht na de ingreep, zodat elk bed minimaal twee keer per dag kan gebruikt worden. Er wordt nu gewerkt met een voorbereidingsbox met 5 bedden. Hier krijgen de meeste patiënten een laatste screening en worden ze klaargemaakt voor de ingreep.

Bovendien gaat er veel aandacht naar de planning zodat nodeloze wachttijden zoveel mogelijk vermeden worden. Dat laat toe met een capaciteit van 20 bedden dagelijks meer dan 40 patiënten te behandelen. Men kan in de onmiddellijke nabijheid parkeren en ook de inschrijvingen vinden plaats in de dagkliniek zelf waardoor het traject van de patiënt zeer efficiënt wordt.

De nieuwe equipe van deze dagkliniek staat onder leiding van hoofdverpleegkundige Veerle Janssen. Tijdens de eerste week ver-

gebruik genomen



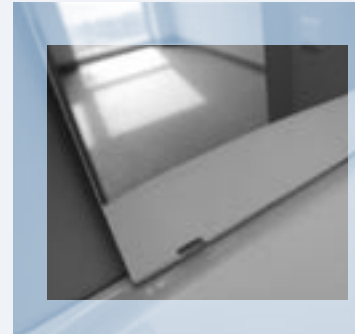
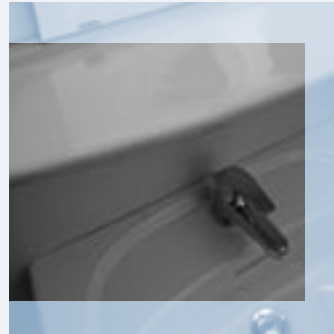
zorgden zij reeds meer dan 100 patiënten. De tweede week passeerden er nagenoeg 150 patiënten.

De dagkliniek heeft een oppervlakte 772 m². De bouwtijd nam een jaar in beslag. Samen met de nieuwbouw van de eerste opvang spoedgevallen had ze een kostprijs van 2.273.000 euro. Een belangrijk deel hiervan werd gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap, maar ook het ZOL nam een substantieel deel voor zijn rekening.

Officieel geopend

De officiële opening op vrijdag 13 mei kende ruime belangstelling.

Geneesheer-diensthoofd dr. Deghislage wees er in zijn toespraak op dat ingevolge nieuwere heelkundige technieken en de verbetering van de anesthesiologische farmaca patiënten, die nu dezelfde dag van de ingreep naar huis gaan, 20 jaar geleden minstens 2 dagen in het ziekenhuis verbleven. Bovendien is het aantal ingrepen de laatste 4 jaar



meer dan verdubbeld. Het aantal chirurgische activiteiten op campus St.-Barbara is de laatste jaren fors gegroeid.

Ook doen er steeds meer medische disciplines een beroep op de diensten van het dagziekenhuis.

Naast oftalmologie, stomatologie, orthopedie, gynaecologie, abdominale heelkunde werken nu ook de diensten neurochirurgie en plastische heelkunde in het dagziekenhuis te Lanaken.

Verwacht wordt dat op campus St.-Barbara in 2005 meer dan 8000 ingrepen zullen uitgevoerd worden.

Zorgstrategisch plan

ZOL-voorzitter Jo Vandeuren wees er in zijn openingswoord op dat de realisatie van het nieuwe dagziekenhuis kadert in het zorgstrategisch plan dat 10 jaar geleden bij het begin van de fusie werd uitgewerkt. Men koos toen voor een evolutie van drie naar twee campussen. De twee campussen in Genk worden geïntegreerd tot één campus in het Schiepse Bos. De campus in Lanaken krijgt een specifiek profiel met een uitgebreide afdeling raadplegingen (in de A-blok) en de uitbouw van het revalidatiecentrum; met een herconditionering van de ambulante revalidatie en een nieuwe verpleegafdeling voor locomotorische revalidatie.

Om de basisziekenhuisfuncties te behouden, vinden er op de afdelingen van Inwendige Geneeskunde, Chirurgie en Geriatrie een aantal belangrijke herconditioneringswerken plaats. Ook de nieuwbouw van een eerste opvang voor spoedgevallen, gericht op een aanbod overdag, in nauwe samenwerking met de Spoedgevallendienst van campus St.-Jan, past in dit kader. De parking werd dichterbij het ziekenhuis gebracht en de toegangswegen werden heraangelegd. De insluiting in de groene omgeving – het natuurlijke pluspunt van deze campus – zal optimaal hersteld worden. •

'Born' in het ZOL



De Belgische kunstenaar Koen Vanmechelen en de vruchtbaarheidsspecialist Willem Ombelet sloegen zeven jaren geleden voor het eerst een brug tussen kunst en wetenschap, 'twee moeilijk overbrugbare culturen'. Dr. Willem Ombelet vroeg de kunstenaar om de wetenschappers op zijn gerenommeerde fertiliteitscongres 'Andrology in the 90's' te trakteren op een portie kunst. Voor het eerst bracht de kunstenaar 'The Walking Egg', een installatie die later zou uitgroeien tot het symbool van hun samenwerking.

- Kunst in het Fertiliteitscentrum -



HET glazen ei op kippenpootjes, aanvankelijk een aandenken voor de congresgangers, bleek de vonk voor kunstenaar en wetenschapper. Het ei ging er spoedig met hen vandoor en kent een voorlopig hoogtepunt in de uitbouw van een uniek experiment op de dienst IVF, dat de naam 'Born' kreeg. Dit project bestaat uit zeven werken; zeven centauren die geboren werden uit de mengeling van kunst, wetenschap en filosofie. Waarbij, zoals Nietzsche het stelde, het driftmatig dierlijke (Dionysische) en het redelijk menselijke (Apollinische) met elkaar tot een twee-eenheid - tot een 'derde cultuur' - zijn vergroeid.

Koen Vanmechelens project 'Born' is een absolute wereldprimeur. Nog nooit staken kunst en wetenschap samen zover hun nek uit, verbonden door thematieken als vruchtbaarheid en kruising. Past dit in een fertiliteitscentrum van een ziekenhuis? Het doet veel meer dan dat. Het stelt vragen bij en belicht de wonderbaarlijke maar te vaak gebanaliseerde zoektocht van de mens naar zin en toekomst. Het project strekt zich uit over zeven lokalen/gangen van de vernieuwde afdeling fertiliteit.

Het eerste wat opvalt, is het reusachtige oog van de kunstenaar dat de bezoeker in de ziekenhuisgang behoedzaam aanstaart. Eens binnen wordt hij getroffen door een imposant muurwerk in de gang dat geklemd zit tussen twee foto's van broedstoven. Zij geven de ruimte warmte. In de wachtkamer tegenover het muurwerk vangen de maan (mysterie en immobiliteit) en de zon/eierdooier (energie en actie) de blik van de toeschouwer. Tussen hen in hangt het resultaat van hun wisselwerking: de eb en vloed van energie, leven en communicatie (een foto van een navelstreng, elektriciteits- en computerkabel), het tegenovergestelde van contemplatie. Iets verder, in de echokamer

hangen foto's van de nieuwe generatie van Vanmechelens kweekproject 'The Cosmopolitan Chicken': als symbool van een geslaagde bevruchting. Een lichtbundel projecteert de nieuwe generatie omgekeerd op de muur. De consultatiekamers dragen een werk waarin een blauwe neonader de hoop op ontwikkeling uitdrukken. Opnieuw wijst het op een verbinding, een link met buitenuit. De werken in de kamer van de bloedopname, zijn gemaakt van organisch materiaal van kippen: bloed, moederkoek en navelstreng. De essentiële onderdelen van het leven waarvan elke levensvorm afhankelijk is.

Het meest centrale werk van 'Born' bevindt zich in de consultatiekamer van dr. Willem Ombelet. De spanning tussen wetenschap en kunst vindt zijn vertaling in de tegenstelling tussen een boekenmuur wetenschappelijke werken aan de ene kant (kennis) en een reeks broedlampen aan de andere kant (subliminale perceptie en visie). Kennis is slechts een fragment van onze voorbewuste registratie van het leven. Een klein eitje in een kooi vertelt ons dat de kooi (het uitwendige) nodig is om het inwendige te laten groeien. Net zoals de kip nooit kan bestaan zonder de eierschaal. Dat de kooi open staat, spreekt voor zich. De kamer draagt nog een andere spanning in zich. Aan de ene kant staart het gevolg van de versmelting bewust/onbewust, kennis/visie in de vorm van een hybride haan/valk figuur naar het bureau van Willem Ombelet. Onder het bureaublad ligt 'The Battle for the egg', een reusachtige, ellipsvormige vorm, het gevecht tussen de machten die nodig zijn om het ei te doen ontstaan. Het oog, het ei en de wereld: de oervorm.

Het nieuwe fertiliteitscentrum van het ZOL wordt in het najaar officieel geopend. •



Als het einde nabij is...

De Palliatieve Eenheid van het ZOL bestaat 10 jaar. Ter gelegenheid van deze verjaardag organiseerde de dienst het tweede congres palliatieve zorg op vrijdag 22 april.

Grete Bollen

NIEUWE uitdagingen voor de Palliatieve Eenheid van het ZOL zijn onder andere de verdere bekwaaming op het vlak van pijn- en symptoomcontrole (rotatie) en de benadering van refractaire symptomen. Prof. em. Tim Hunt van Cambridge, expert in deze materie, mocht het congres openen met zijn voordracht 'Symptoomcontrole: Mythe, Feiten en Praktijk'. Hij gaf aan waarom opioïden aan te passen als de patiënt last heeft van onaanvaardbare neveneffecten of als het therapeutische effect onvoldoende is. Het aanpassen van het opioïde kan nevenwerkingen als hallucinaties, myoclonus, misselijkheid en pruritus verminderen maar heeft ook nadelen. Het nieuwe medicijn kan uiteraard andere nevenwerkingen uitlokken of zelfs de pijncontrole verminderen. Studies hierover zijn niet altijd evident omwille van ethische problemen, de veelheid van variabelen (bv. andere medicatie die de patiënt neemt), en problemen met het vinden van het juiste equivalent omdat dit niet hetzelfde is voor elke patiënt.

Prof. Hunt geeft richtlijnen voor een goede aanpassing: bekijk het volledige medicatiepakket op bijwerkingen, gebruik gekende equivalenten, bepaal strategieën voor doorbraakpijnen, vermijd verandering in andere medicatie, zorg dat de patiënt voldoende gehydrateerd is en doe een overgang geleidelijk.

Tot slot stelt prof. Hunt dat 58% van de patiënten geholpen is met een aanpassing van het opioïde, bij 18% zijn de resultaten niet duidelijk. Vandaar besluit prof. Hunt dat het aanpassen van opioïden, indien nodig, zeker de moeite waard is en zelfs almaar belangrijker zal worden in de toekomst.

David Hendrickx, verpleegkundige van het palliatief support team (ZOL), schetste het profiel van een verpleegkundige op de palliatieve eenheid. Welke deugden moet een verpleegkundige bezitten of ver-

werven om op een efficiënte manier om te gaan met stervensvragen? Hendrickx gaf een visie vanuit de 'Deugdenethiek' van Aristoteles en lichtte toe dat het onder andere draait om sensitiviteit, onderscheidingsvermogen, het juiste moment kunnen kiezen, scherpte en ernst.

Stervensvragen

Hij gaf aan dat vooral volgende items belangrijk zijn bij het omgaan met stervensvragen: wanneer stelt de patiënt een stervensvraag want deze is vaak indirect; wat is de strekking van de vraag en wat doe je ermee?

Rosa Merckx, verpleegkundige van het Netwerk Palliatieve Zorg Brussel-Halle-Vilvoorde, lichtte toe welke intermenselijke kwaliteiten de palliatieve verpleegkundige moet bezitten en hoe dit samengaat met een professionele hulpverlening.

Dat terminale patiënten vaak een delirium meemaken tijdens de laatste levensdagen, werd toegelicht door ouderenpsychiater dr. Martine Burin. Vaak wordt een terminaal delirium fout of onderge-diagnosticeerd waardoor het niet of onvoldoende behandeld wordt. Nochtans is herkenning belangrijk voor het kunnen controleren van lichamelijke en psychische symptomen en het vermijden van psychische stress bij patiënt en familie.

Maar zelfs als de onderliggende oorzaak gevonden is, blijft een terminaal delirium vaak moeilijk behandelbaar en irreversibel. Belangrijk zijn daarom onder andere praktische maatregelen om de angst en de desoriëntatie te doen afnemen zoals een rustige, goed verlichte kamer met bekende objecten en een zichtbare klok en kalender. Ook farmacologische interventies met o.a. Haloperidol, Olanzapine of Risperidone kunnen verlichting brengen. Uit onderzoek blijkt dat 10



tot 20% van de terminale patiënten met een delirium enkel kunnen behandeld worden door het bewustzijnsniveau te verlagen. Het is belangrijk hierbij te weten dat palliatieve sedatie geen levensverkortend effect heeft.

Dr. Burin ontcrachtte tot slot nog enkele controversiële standpunten als zou de behandeling van een terminaal delirium niet noodzakelijk zijn omdat het deel uitmaakt van het natuurlijke stervensproces. De zogenaamd 'aangename en vertroostende wanen en hallucinaties' kunnen immers snel omslaan naar bedreigende en angstaanjagende beelden. En een hypo-actief delier kan snel hyperactief worden.

Tot slot besluit dr. Burin dat er voor het management van een terminaal delirium geen algemene richtlijnen bestaan en dat elke casus op zichzelf moet geëvalueerd worden.

Het congres 10 jaar palliatieve eenheid ZOL was ook bedoeld om het publiek te laten delen in de ervaringen van die jaren. Zo komen op de eenheid heel wat patiënten van andere culturen. Seher



Karamis, verpleegkundige op de palliatieve eenheid en zelf moslim, gaf een toelichting over het omgaan met de Islamitische patiënt. Hierbij hanteerde zij de principes van het model van De Mönnink.

Islamitische patiënten

De familie is erg belangrijk voor Islamitische patiënten. In welke mate wensen zij betrokken te worden bij beslissingen? Afspraken in verband met de bezoeksregeling zijn vaak ook zinvol om de rust van de patiënt te verzekeren. Op fysiek vlak is het onder andere belangrijk voldoende informatie te geven bij medicamenteuze symptoombestrijding. Alles wat het maag-darmstelsel en de bloedsomloop passeert, is verboden tijdens de vasten. Morfine om de pijn te verlichten is toegestaan maar te vermijden omdat de gelovige tijdens het overlijden de geloofsbelijdenis wil uitspreken. Na het overlijden neemt de familie over en wordt de overledene ritueel gewassen: de mannen door de imam en de vrouwen door andere vrouwen. Op psychologisch vlak kan je best rekening houden met de stigma's die bestaan rond aandoeningen als aids of soa's. Daarnaast moet je op de hoogte zijn van de rituelen. Euthanasie is verboden in de islam want God is de enige die leven schept en neemt. Tot slot is het ook van belang dat de overlijdensakte snel ondertekend wordt want de meeste moslims worden nog steeds begraven in hun land van herkomst.

Els De Reuwe, psychologe van het Palliatief Support Team en de palliatieve eenheid, sloot het congres af met de voordracht 'Waarachtig aanwezig zijn bij het naderende levenseinde'. Patiënten hebben het recht wel of niet geïnformeerd te worden. Daarom is het belangrijk uit te zoeken wat de patiënten (en hun familie) willen. Maar op een eerlijke wijze omgaan met de informatie met betrekking tot de patiënt, geeft hem de kans om tot 'waarheid' te komen, zijn situatie emotioneel te verwerken, zich oprecht te gedragen en zich verbonden te voelen. Familie die 'in waarheid' omgaat met de patiënt krijgt de kans om waarachtig te zijn. Hulpverleners en artsen kunnen behandelingsbeslissingen en medische perspectieven beter bespreken. Tot slot gaf De Reuwe nog enkele aandachtspunten en tips voor hulpverleners om 'om te gaan in waarheid' en 'echt' aanwezig te zijn. •

'De boom van

Zopas verscheen bij Acco het boek 'De boom van goed en kwaad' van dr. Jan Remans, reumatoloog in het ZOL en voormalig VLD-senator. Al in de titel verradt dr. Remans duidelijk de christelijke wortels van zijn seculiere humanisme. In dit boeiende werk tackelt hij gevoelige ethische kwesties zoals experimenten met dieren en mensen, humane gentherapie, euthanasie, klonering, genetisch gewijzigde gewassen, etc.

Peter Dupont, Journalist



goed en kwaad'

TERECHT begint hij met het wijzen op de afwezigheid van het Grote Gelijk en de noodzaak van debat. Dr. Jan Remans stoelt zijn beschouwingen op twee peilers: het humanisme en het rationalisme. Hij pleit voor een ethisch liberalisme waarin pluralisme, autonomie en welzijn essentieel zijn. Hij pleit ook voor het recht van het individu om zelf ethische keuzes te maken binnen het kader van de 'morele gemeenschap'.

Remans staat voor een ethiek die in evolutie is, zich aanpast aan de veranderende maatschappij. Los van totalitair en nihilistisch denken. De biotechnologie dringt immers steeds verder door in alle maatschappelijke geledingen. Ze verleidt en belooft de mens een beter en gezonder leven. Continu ethisch sleutelen is nodig. Om de razendsnel oprukkende wetenschap en techniek en de daarmee gepaard gaande wisselende gezichten van het ethisch denken op te vangen, denkt de arts aan een erkend multidisciplinair comité dat het onderzoek in goede banen kan leiden en praktische toepassingen ervan kan beoordelen.

De auteur vertrekt daarbij van een erg optimistische visie op de menselijke natuur en maatschappij. Moraliteit, verbaal antidotum tegen het lijden, werkt enkel in rustige tijden, zo leert de geschiedenis. Evolutionair succes en vernietiging gaan bij homo sapiens altijd hand in hand, vertellen de paleontologie en de archeologie. Hoe groter de technologische capaciteiten, hoe erger de destructie. De verbeterbaarheid van de mens is een illusie, kennis maakt ons niet vrij of gelukkig, stelt de Britse filosoof John Gray.

Remans deelt zijn stelling duidelijk niet. Hij gelooft dat de mens gedeeltelijk de architect van zijn eigen toekomst kan zijn. Hij bezondigt zich daarbij deels aan antropocentrisch en etnocentrisch denken. Remans' mens is blank en westers, de kloof tussen zijn menselijk dier en andere soorten nog vrij diep. Het verschil tussen menselijk en dierlijk leven is voor hem niet absoluut maar gradueel. Hij vindt dat "de schade en het leed die aan dieren worden toegebracht in een gepaste of proportionele verhouding (moeten) staan tot het voordeel dat van de behandeling verwacht mag worden." Remans relateert de stellingen van de primatologie en de paleoantropologie, biologie en genetika die geen spaander heel laten van de vroegere definities van 'homo sapiens'. Het begrip 'mens' is in voortdurende evolutie, net



als de grens tussen soorten. De legalisering van abortus heeft, zoals Felipe Fernandez-Armesto stelt, een subhumane categorie in leven geroepen; die van de ongeboren baby. Artificiële intelligentie en genetische manipulatie maken de 'menselijke' toekomst even problematisch als zijn verleden.

De enige nuchtere manier om vooruit te gaan, is ook achteruitkijken. Niet het blind voortrollen naar een betere toekomst, wel gewapend met kennis de boel even in achteruit zetten. Durven de kwalen te herstellen die de moderne 'condition humaine' zo dubieus maken. Dat betekent bovenal 'regels opstellen voor het mensenpark, zoals de Duitse kritische filosoof Peter Sloterdijk wat scherp stelde. Om de problemen van morgen aan te pakken, moeten hun oorzaken (deels) uit de wereld geholpen worden. De overbevolking, de vervuiling, de nooit geziene vernietiging van soorten. We zullen moeten kiezen voor levensverbeterende technologieën in plaats van levensverlengende technologieën, reageert Remans dan ook terecht. Eugenetica is al lang geen vies woord meer, aldus Remans. Via humane gentherapie, waarbij erfelijk materiaal van mensen gewijzigd wordt, kunnen vele ziekten en -afwijkingen voorkomen worden. Maar wat helpen dierenklonen, humane gentherapie, transgene dieren en xenotransplantatie als de trein blijft verder denderen?

Dat de mens zijn toekomst kan sturen, is een illusie. Eens Sisyfus' rots aan het rollen is gegaan, kan niets hem tegenhouden. Ook de mens ontsnapt niet aan de fatale wet: hij is uiteindelijk wat hij is. Remans spreekt zich uit tegen nieuwe eugenetische praktijken die de menselijke waardigheid aantasten, het winstbejag van de genindustrie en biodiscriminatie. Het is nochtans net dat wat de toekomst in petto heeft. 'Doemdenken' van de andersglobalisten, noemt Jan Remans dat. Maar de geschiedenis leert dat het destructieve, menselijke dier in zijn ontembare zucht naar meer, de technologie gebruikt die hij voor handen heeft. Dat belooft weinig goeds voor de nabije toekomst. De massa laat zich niet leiden door moraliteit, maar door eigenbelang en de noden van het moment. Dat baart lijden. "Laat ons omwille van het leven het lijden bestrijden en zo mogelijk overwinnen," schrijft Jan Remans. "Net voor het einde van het 'tijdperk van het zoogdier' (E.O. Wilson) en voor het begin van het tijdperk van de 'Ereozoic Era' (het tijdperk van de eenzaamheid)". Een haast bijbelse gedachte. •

Liaison geriatrie vernieuwd



Dr. Ronny Van Loon

ER zijn meer bejaarden in het ziekenhuis dan er bedden ter beschikking zijn op de Geriatrische afdeling. "De geriater moet daarom zelf uit zijn schulp kruipen en naar de geriatrische patiënt toe gaan," zegt dr. Ronny Van Loon.

Voor de geriatrische patiënt in het ziekenhuis werd drie jaar geleden de geriatrische liaisonfunctie opgestart door dr. Anne Beyen. Omdat haar activiteiten in het dagziekenhuis toenemen (zie verder), wordt de liaisonfunctie vanaf nu overgenomen door dr. Ronny Van Loon. Verwijzers kunnen ook bij hem terecht voor de opname van geriatrische patiënten.

De liaison geriatrie in het ZOL werkt multidisciplinair, zorginhoudelijk en faciliteert de adequate doorstroming van patiënten. Doelstelling is de specifieke noden en problemen die geriatrische patiënten stellen zowel op medisch, verpleegkundig als sociaal vlak, tijdig te herkennen en eraan tegemoet te komen.

Het liaisonsteam bestaat uit de internist-geriater, de referentie-verpleegkundige geriatrie en de referentie- ontslagmanager geriatrie.

Dr. Ronny Van Loon is de internist-geriater. Hij leidt het team, beheert de overnamewachtlijst en staat in voor de strikt medische problemen.

Leen Pollaris is de referentieverpleegkundige geriatrie.

Leen adviseert bij vragen van verpleegkundige aard en vormt de brug met de paramedici.

Liesbeth Leynen is de referentieontslagmanager geriatrie. Ze staat in voor de ondersteuning van de sociale werkers bij specifieke problemen en wordt in principe ook enkel door hen gecontacteerd. Liesbeth coördineert tevens de plaatsingsaanvragen en is mede in het kader van ontslagmanagement de contactpersoon naar de eerste lijn en de extramurale zorgsector.

Afhankelijk van de inhoud van de initiële adviesvraag kan met één van de respectievelijke leden van het team contact worden opgenomen. Een eenvoudig telefoontje volstaat. De teamleden zorgen zelf voor de onderlinge afstemming. Er wordt vanuit gegaan dat elke vraag wordt gesteund door de behandelende geneesheer.

Het liaisonsteam werkt op basis van consulentenschap. De finale verantwoordelijkheid voor de patiënt blijft bij de behandelende arts en de verpleegkundigen en sociaal werker van de afdeling waar patiënt verblijft, weliswaar met de verwachting te komen tot een constructief samenwerkingsmodel. •

Dr. Van Loon, tel. 089/32 55 61, Leen Pollaris, tel. 089/32 55 15, Liesbeth Leynen, tel. 089/32 16 52.

Uitbreiding Geriatriisch Dagziekenhuis

HET idee dat elke bejaarde moet opgenomen worden in het ziekenhuis om een grondig nazicht te krijgen, moet verlaten worden. Een uitgebreide, multidisciplinaire evaluatie kan even goed ambulant gepland worden via het geriatriisch dagziekenhuis. De bejaarde kan in het dagziekenhuis terecht voor zeer uiteenlopende problemen zoals cognitieve achteruitgang, achteruitgang van de algemene toestand, transfusie en andere probleemgerichte observaties.

Ook de valkliniek is geïntegreerd in het geriatriisch dagziekenhuis. Vallen kan door zeer veel verschillende oorzaken uitgelokt worden waardoor zich de nood van een uitgebreid nazicht stelt. Om deze reden is het veel comfortabeler voor de patiënt om deze evaluatie op één dag te laten doorgaan. Naast een klinisch onderzoek worden ook de ergotherapeut en de kinesioloog betrokken bij de evaluatie. Nazicht van de cognitie en de nodige technische onderzoeken worden dan eveneens gepland.

Het dagziekenhuis was totnogtoe beperkt tot een dag per week maar wegens de grote vraag werd dit sinds kort uitgebreid tot twee en een halve dag per week. Op dinsdag en donderdag kan de bejaarde patiënt terecht in het dag-



Dr. Anne Beyen

ziekenhuis voor een geriatriische evaluatie. Vrijdagvoormiddag is vooral gereserveerd voor inwendige geneeskunde.

Het is daarbij belangrijk om vooraf goed te overleggen. Enkel zo kunnen de onderzoeken op een zinvolle manier gepland worden, aangepast aan de noden en problematiek van de patiënt.

Daarom kunnen enkel huisartsen een aanvraag tot opname doen in het dagziekenhuis. Dit kan telefonisch gebeuren via het medisch secretariaat (089/ 32 55 32) of via een aanvraagformulier dat u vindt op www.gerizol.be of telefonisch met dr. Beyen (089/32 55 62), elke voormiddag of dinsdag- en donderdagnamiddag. •

Workshop 'Psychotherapeutische technieken bij Chronische Pijnrevalidatie: van plannen tot actie'

Op dinsdag 18 oktober 2005 organiseert het Multidisciplinair Referentiecentrum voor Chronische Pijn van het Ziekenhuis Oost-Limburg een workshop voor psychologen / psychotherapeuten die actief zijn in de behandeling van chronische pijnpatiënten. Na een plenaire sessie waarbij de sprekers hun thema toelichten wordt door elk van hen een workshop ingericht waarin ze hun topic verder zullen uitdiepen.

Dr. Lance McCracken (VK), is klinisch psycholoog en sinds 2000 verbonden aan de University of Bath. Voordien is hij 12 jaar werkzaam geweest in de VS (University of Chicago). Naast een uitzonderlijke bagage aan klinische ervaring in cognitieve gedragstherapie bij chronische pijnpatiënten, toont hij zich een internationaal gerenommeerd

onderzoeker naar gedrags-, cognitieve en sociale invloeden op beperkingen en lijden. Momenteel past hij in het Pijncentrum van Bath therapeutische modaliteiten toe als Acceptance and Commitment Therapy en Mindfulness.

Prof. Dr. Johan Vlaeyen (universiteit Maastricht, Academisch ziekenhuis Maastricht), is wereldwijd bekend om de uitwerking van het fear-avoidance model en de toepassing van exposure bij chronische pijnpatiënten. Deze visie en de voorgestelde technieken blijken in de klinische praktijk zeer werkzaam en bruikbaar. •

Voor meer informatie omtrent het programma en inschrijvingen: Guido Van Hamme (Guido.vanhamme@zol.be, 089 / 32 56 81)

De dood zoals die is

NA de succesvolle TV-reeks "Het leven zoals het is", opgenomen in de spoedgevallendienst van het ZOL, kwam de cameraploeg bij mij langs.

Met een spaghetti kluwen elektrische draden en ander hoog technologisch spul installeerden ze zich in de autopsiezaal. De schijnwerpers vlamden oogverblindend op.

'Ho!, ... nogal een dooie bedoening hier', riep de regisseur teleurgesteld uit.

'Tja', krabde ik achter mijn oor, 'wat dacht u? Mijn laatste lijk dateert van acht maanden geleden. Geen mens die zich vandaag nog postuum laat ontleden.'

'Valt hier dan niks te filmen?'

Er viel een doodse stilte en iedereen keek iedereen met grote vraagtekenballonnen aan.

Ondertussen tuurde een jonge verslaggeefster in los bloesje en spannende spijkerbroek door het glas van een uitstalraam. In haar met mascara afgelijnde gazellenogen weerspiegelden zich de vele foetussen die ik daar op sterk water in weckflessen verzamelde. 'Oh kijk hier!' riep ze uit, 'zijn die niet schattig? O, moet je die garnaalvingertjes zien!'

Onmiddellijk verdrong de hele crew zich rond mijn foetenkast.

'Die zijn toch dood, neem ik aan?' vroeg de regisseur.

'Euh ... vanzelfsprekend,' zei ik naar waarheid.

Maar toen gebeurde het.

In een van mijn weckpotten kwam een foetus langzaam overeind en duwde zijn glazen deksel omhoog. Luid rinkelend dwarrelde het naast zijn bokaal en tolde in het rond. Zijn kleine kootjes omklemden de rand van de bokaal en hij sprong eruit. Hij gulpte een parabool formol uit de mond en rukte aan de deurtjes van de glazen kast.

'Eek ... Eekkk!', riep het meisje met de gazellenogen en struikelde achterwaarts over het kluwen elektrische draden.

'Take the shot!' riep de regisseur uit.

Omdat de cameraman nog met spiraalogen naar de verrijzenis van die foetus stond te staren herhaalde de regisseur zijn bevel: 'Filmen, verdomme, Karel!'

Trillend focuste Karel zijn camera op de foetenkast maar ondertussen was de lenige foet al op de autopsietafel gesprongen.

'Je hebt die shot gemist, oen!'

'Euh ... tja ... stond ook niet in het scenario ...' vergoelijkte Karel schouderophalend.

'Hebben we dan ooit een scenario gehad, sul? Blijven filmen! Of moet ik het zelf doen?'

Poeslief richtte de regisseur zich daarop tot de foetus: 'Ahum manneke, hoe heet u?'

De blote foetus staarde hem secondenlang met starre formologen aan.

'Stomme vraag', liet de langharige assistent belichting zich ontvallen terwijl een ballon kauwgum op zijn lippen ontplofte. 'Hoe kan zo'n foetus nu überhaupt een naam hebben? Hij is niet eens geboren!'



Tekening: Jitse Lemmens

'Euh ... tja, een andere vraag dan maar' Maar die kwam niet onmiddellijk in hem op. 'Stop dat filmen, Karel. Het wordt noppes.'

Toen sprong de foetus in mijn handpalm en stak zijn kleine wijsvinger omhoog: 'Dat is mijn vader.'

'Hé Karel je hebt verdomme toch dat shot?' gesticuleerde de regisseur wild.

Achter zijn camera verkleurde Karel groen.

'Hoezo uw vader?' vroeg het meisje dat ondertussen van haar eerste commotie bekomen was en terug in haar rol van 'charmante ondervraagster' zat.

De blote foetus fixeerte haar gazellenogen zooolang dat het een eeuwigheid scheen.

'Cut' geeuwde de regisseur. 'Wordt noppes.'

Ondertussen zag hij in de foetenkast een hoogst eigenaardige afwijking staan. 'Hier inzoomen, Karel.' Uit een weckpot viste hij een vrouwelijke foetus op wiens twee onderste ledematen samengegroeid waren tot een soort vissenstaart.

'Whaawhh!, bestaat een meermin dan echt?' riep de cameraman uit.

'Geen emoties Karel! Filmen!'

'Afblijven!' schreeuwde de foetus over alle kabaal heen. 'Syhra is mijn vriendin.'

'Oho?' schrok het meisje met de gazellenogen van die postume ontboezeming: 'U hebt een vriendin?'

Ondertussen wurmde zich een diklijvige foetus (het Michelin syndroom) uit zijn bokaal en balde hoog in de foetenkast zijn enorme biceps: 'Ikke Torso zijn enne jullie der afblijve van der vriendin van me beste vriend of der zwaait mot.'

Cameraman Karel zoomde onmiddellijk in op die opgeblazen dikkerd om straks niet te moeten horen dat hij het niet gedaan had.

'Nee dààr niet, Karel,' riep de regisseur wanhopig uit, 'Op die kleine hier!'

De oogleden van kleine Fritz knipperden even. 'Als jullie echt spektakel willen zien dames en heren,'

Fritz stak twee vingertjes in zijn mond en blies een hoge fluittoon. Meteen rinkelden een dertigtal deksels naast hun weckpot en tolden luidruchtig rond, glas op glas. De geluidsman moest even de meest hoogfrequente decibels dimmen.

Met een soepelheid die men van eeuwenoude formolzitters niet verwacht daalden de foeten via de elektriciteitsdraad bij bosjes naar beneden en sprongen in de spoelbak. Ze plensden wild, duwden elkaar kopje onder en meer van dat prenatale gedoe.

'Je hebt toch de shot, Karel?' riep de regisseur in alle staten uit.

'Hebbes Hugo!' keek Karel glunderend vanachter een wild zoe-mende camera.

De rest van het spektakel is vanaf december elke zaterdagavond te volgen op de 'Één', klokslag middernacht na het late nieuws.

Dr. Johan Van Robays

Wetenschappelijke raad

Programma 2005 - 2006

- 22 september 2005 Ethische vragen die ons bezig houden
Inhoudelijk coördinator: Dr. E de Jonge
Rubriek 6 – 30 NE
- 20 oktober 2005 Acute complicaties van diabetes mellitus
Inhoudelijk coördinator: Dr. Y. Kockaerts
Rubriek 2 – 20 NE
- 24 november 2005 Titel: Aanpak van morbide obesitas
Inhoudelijk coördinator: Dr. H. Verhelst
Rubriek 2 – 20 NE
- 19 januari 2006 Titel: Psychologische en ethische aspecten van gynaecologische en obstetrische zorg
Inhoudelijk coördinator: Dr. E de Jonge
Rubriek 6 – 20 NE
- 23 februari 2006 Titel: Psychogeriatric en ouderenpsychiatrie: multidisciplinaire samenwerking en netwerkvorming.
Inhoudelijk coördinator: Dr. H. Daniels
Rubriek 2 – 20 NE
- 23 maart 2006 Titel : Nieuwe invasieve technieken in de cardiologie
Inhoudelijk coördinator: Dr. M. Vrolix
Rubriek 2 – 20 NE
- 20 april 2006 Titel: Chronische pijn: van symptoomcontrole naar pijnrevalidatie
Inhoudelijk coördinator: Dr. J. Van Zundert
Rubriek 6 & rubriek 2: totaal 30 NE
- 18 mei 2006 Titel: Diabetische voet
Inhoudelijk coördinator: Dr. H. Daniels
Rubriek 2 – 20 NE
- 22 juni 2006 Titel: Minimale medische criteria inzake lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig
Inhoudelijk coördinator: Dr. R. Heylen
Rubriek 6 – 20 NE

ABSTRACTS

Titel: Brachytherapie bij het baso-en het spinocellulair epitheliom van de huid.

Verschenen in: Tijdschrift voor Geneeskunde, 60, nr.10, 2004.

Auteurs: Maes A, Garmyn M, Stas M, Van Limbergen E.

Samenvatting: Radiotherapie speelt een belangrijke rol bij de behandeling van spino- en basocellulaire epitheliomen van de huid. Deze tumoren zijn radiosensibel en bij vroegtijdige diagnose is de kans op genezing met bestraling zeer hoog. Radiotherapie, in het bijzonder brachytherapie, is vooral aangewezen voor tumoren gelegen op moeilijke plaatsen in het gelaat, zoals lip, neus, nasolabiale plooï, ooglid, mediale ooghoek, oorschelp, vestibulum nasi.

Op deze lokalisaties kan heelkunde meer verminkend zijn of ingewikkelde lapreconstructies onder algemene anesthesie vereisen, wat vooral een probleem kan zijn bij oudere, cardiaal belaste personen. Interstitiële brachytherapie met iridium-192 kan op deze lokalisaties eenvoudig uitgevoerd worden onder lokale anesthesie, met uitstekende tumorcontrole (95%) en goede cosmetische en functionele resultaten.

Title: The Medial Adiposofascial Flap of the Leg: Anatomical Basis and Clinical Applications.

Published in: Plastic & Reconstructive Surgery. 115(3):793-801, March 2005.

Authors: Heymans, Olivier M.D., Ph.D.; Verhelle, Nicolas M.D.; Peters, Stephane M.D.

Abstract: Despite recent advances in microsurgical techniques, coverage of lower leg defects by locoregional flaps remains indicated in selected cases. The interest in these types of flaps has improved because recent clinical work advocates that fascial and fasciocutaneous flaps can be well indicated for bone coverage. The anatomical study of the medial adiposofascial flap is presented in this article.

The flap is based on the rich vascular network supplied by the saphenous artery and the posterior tibial artery perforators. This flap can be harvested on the anteromedial aspect of the leg and can be mobilized to cover defects located between the patella and the heel. This multiple blood supply makes it possible to harvest this flap in various ways, so various defects can be covered. To confirm and prove the versatility and clinical value of this flap, the authors have studied a series of 22 cases in which this flap was used for coverage of lower leg defects. For these defects, especially when situated in the lower third or around the heel and ankle, coverage by a free flap is most often the only proposed solution. However, the authors have obtained excellent results in the majority of these cases, avoiding a free flap procedure. Moreover, in this way, the option of using a free flap remains possible if needed. There is minimal donor-site morbidity and a high functional and aesthetic outcome, making this flap a first-choice flap in selected cases of lower leg defects.

Title: Liposuction in benign symmetric lipomatosis: sense or senseless?

Published in: Aesthetic Plast Surg. 2003 Jul-Aug;27(4):319-21.

Authors: Verhelle NA, Nizet JL, Van den Hof B, Guelinckx P, Heymans O.

Abstract: Benign symmetric lipomatosis is a rare form of typical fat distribution in the shoulders, the arms, and the neck that can compromise the respiratory, nutritional, and psychological status of the patient. Alcoholism, malignant tumors of the upper airways, endocrine tumors, hypothyroidism, diabetes, and hypertriglyceridemia are often associated with its occurrence. Surgical removal via lipectomy or liposuction can give good cosmetic results, although recurrences often occur. Liposuction has become the first choice to treat this disorder in patients with smaller masses. We have operated on four such cases in which liposuction failed and surgical excision had to be performed. We present a summary of the clinical characteristics of all four patients and discuss the different treatment options.

Title: The gracilis free muscle flap is more than just a "graceful" flap for lower-leg reconstruction.

Published in: J Reconstr Microsurg. 2004 Feb;20(2):143-8.

Authors: Vranckx JJ, Misselyn D, Fabre G, Verhelle N, Heymans O, Van den Hof B.

Abstract: In 60 consecutive cases, a gracilis free muscle flap was used to reconstruct defects in the lower extremity. Although the harvest of the gracilis free flap is straightforward, the flap is not frequently considered as a valid option for reconstruction because of its "gracile" shape. Hence, it is not considered voluminous enough to cover defects of significant size in the lower leg. However, once the epimysium is separated, the muscle flap spreads out and covers a large surface area,

large enough to reconstruct wide rectangular wounds or extended spindleshaped defects. Especially in young patients, the volume of the gracilis muscle is much larger than expected from its descriptive but misleading name. Often it is precisely this patient population that gets involved in motorcycle accidents or traumas caused by contact sports. For the treatment of Gustilo type III open tibia fractures with moderately large-sized soft-tissue defects and for chronic lower leg defects with osteomyelitis, the gracilis muscle flap is an excellent choice. Fifty-nine out of the 60 flaps in long-term follow-up (minimally 3 years) fully healed. The pedicle can be more than 7 cm in length when the final dissection under the long adductor muscle is carried up to the origin at the deep femoral vessels. The functional and aesthetic outcomes at the donor site at the inner thigh are minimal, compared to alternative transfers for such defects, while the reconstructive features of the gracilis muscle flap are excellent.

Title: IDO and interferon-alpha-induced depressive symptoms: a shift in hypothesis from tryptophan depletion to neurotoxicity.
Published in: Mol Psychiatry. 2005 Jun;10(6):538-44.
Authors: Wichers MC, Koek GH, Robaey G, Verkerk R, Scharpe S, Maes M.

Abstract: Studies show that administration of interferon (IFN)-alpha causes a significant increase in depressive symptoms. The enzyme indoleamine 2,3-dioxygenase (IDO), which converts tryptophan (TRP) into kynurenine (KYN) and which is stimulated by proinflammatory cytokines, may be implicated in the development of IFN-alpha-induced depressive symptoms, first by decreasing the TRP availability to the brain and second by the induction of the KYN pathway resulting in the production of neurotoxic metabolites. Sixteen patients with chronic hepatitis C, free of psychiatric disorders and eligible for IFN-alpha treatment, were recruited. Depressive symptoms were measured using the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Measurements of TRP, amino acids competing with TRP for entrance through the blood-brain barrier, KYN and kynurenic acid (KA), a neuroprotective metabolite, were performed using high-performance liquid chromatography. All assessments were carried out at baseline and 1, 2, 4, 8, 12 and 24 weeks after treatment was initiated. The MADRS score significantly increased during IFN-alpha treatment as did the KYN/TRP ratio, reflecting IDO activity, and the KYN/KA ratio, reflecting the neurotoxic challenge. The TRP/CAA (competing amino acids) ratio, reflecting TRP availability to the brain, did not significantly change during treatment. Total MADRS score was significantly associated over time with the KYN/KA ratio, but not with the TRP/CAA ratio. Although no support was found that IDO decreases TRP availability to the brain, this study does support a role for IDO activity in the pathophysiology of IFN-alpha-induced depressive symptoms, through its induction of neurotoxic KYN metabolites. *Molecular Psychiatry* (2005) 10, 538-544. doi:10.1038/sj.mp.4001600 Published online 19 October 2004.

Title: Multiple exercise induced syncopal episodes in a young woman due to arrhythmogenic right ventricular dysplasia.
Published in: Europace (2005) 7, 154-157.
Authors: Mullens W, Pison L, Vandervoort P, Eerdeken J, De Vusser P.

Abstract: A case of a young woman with multiple exercise induced syncopal episodes due to arrhythmogenic right ventricular dysplasia is described. The report emphasizes the importance of exercise induced syncope and the management is described.

Title: Early increase in vegetative symptoms predicts IFN-alpha-induced cognitive-depressive changes.
Published in: Psychol Med. 2005 Mar;35(3):433-41.
Authors: Wichers MC, Koek GH, Robaey G, Praamstra AJ, Maes M.

Abstract

Background: The vegetative symptoms of depression resemble the symptoms of malaise associated with activation of the inflammatory response system (IRS), and can be regarded as an expression of a cen-

tral motivational state that resets the organism's priorities to promote recovery from infection. Early vegetative symptoms, however, may also contribute to the high rates of depression seen later in the course of immune activation. We hypothesized that the onset of vegetative-depressive symptoms early in the treatment with the pro-inflammatory cytokine IFN-alpha in chronic hepatitis C patients would increase the risk for subsequent depressive cognitions.

Method: Sixteen patients eligible for IFN-alpha treatment and free of psychiatric disorders were recruited. The DSM-IV, the Multidimensional Fatigue Inventory, and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) were administered at baseline and 1, 2, 4, 8, 12 and 24 weeks after treatment was initiated. Cognitive-depressive and vegetative-depressive symptom clusters were constructed. **RESULTS:** Fatigue and depression scores increased significantly during IFN-alpha treatment. Depression scores were highest at week 8 of treatment. First week increase in vegetative-depressive symptom score predicted cognitive-depressive symptom score at week 8 and at week 24.

Conclusions: During IFN-alpha treatment, vegetative symptoms of depression appear earlier than, and are predictive of, their cognitive counterparts. This finding suggests that low mood state may in part be driven by the increase in early vegetative-depressive symptoms in the course of IFN-alpha-induced immune activation.

Title: Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences.
Published in: Epidemiol Infect. 2005 Feb;133(1):127-36.
Authors: Mathei C, Robaey G, van Damme P, Buntinx F, Verrando R.

Abstract: The prevalence of hepatitis C and related risk factors in drug users were compared in two geographic regions in Belgium, the city of Antwerp and the mixed urban-rural area of Limburg. All 310 participants were surveyed and screened for hepatitis B, hepatitis C and HIV. Prevalence rates of anti-HCV, anti-HBc and anti-HIV were 71, 62 and 4% in Antwerp and 46, 21 and 0% in Limburg respectively. Injecting drug use, duration of injecting drug use, work as a commercial sex-worker, originating from Turkey or Northern Africa, marginalization and anti-HBc positivity were identified as independent predictors for hepatitis C infection. In this study an important difference in HCV seroprevalence among drug users in a methadone maintenance programme across two geographic regions in Belgium was demonstrated. This was explained not only by variations in drug-related risk behaviour, but also by differences in sexual risk behaviour and socio-economic status.

Title: Methadone and buprenorphine maintenance therapies for patients with hepatitis C virus infected after intravenous drug use.
Published in: Acta Gastroenterol Belg. 2005 Jan-Mar;68(1):81-5.
Authors: Verrando R, Robaey G, Mathei C, Buntinx F.

Abstract: Heroin addiction is a chronic relapsing disease that is difficult to cure, but stabilisation and harm reduction can importantly increase the life time expectancy and the quality of life of the patient, his immediate vicinity and society in general. Currently, no proven effective pharmacological interventions are available for cocaine addiction, and treatment has to rely on existing cognitive behaviour therapies combined with contingency management strategies. Substitution therapy, however, is effective in caring for heroin addicts. Methadone is a synthetic opioid that counteracts withdrawal symptoms of heroin. Buprenorphine is a derivative of the morphine alkaloid, thebaine, and is a partial opioid agonist at the micro opioid receptor in the nervous system. A substitution treatment program effectively reduces and often eliminates heroin injection behaviour, rendering patients more socially stabilised. Reduction in the number of viral co-infections can be observed. Methadone undergoes oxidative biotransformation in the liver, but is also stored in the liver and released into the blood in unchanged form. The usual dose can be continued in patients with stable chronic liver disease, including advanced cirrhosis. In acute liver disease or acute decompensation of chronic liver disease, close clinical observation for signs of narcotic overdose or withdrawal is necessary. A modest alteration in methadone dose may be appropriate for some

patients. Buprenorphine can cause liver dysfunction after sublingual and even more after intravenous administration. It is advised to follow the liver function during buprenorphine treatment and to warn the clients for intravenous use of buprenorphine. Neither methadone nor buprenorphine do influence the effect of interferon and ribavirin during the treatment of chronic hepatitis C patients. It may be necessary to increase the dosage of methadone during interferon treatment.

Title: Hepatitis C, interferon alpha and psychiatric co-morbidity in intravenous drug users (IVDU) : guidelines for clinical practice.
Published in: Acta Gastroenterol Belg. 2005 Jan-Mar;68(1):68-80.
Authors: De Bie J, Robaey G, Buntinx F.

Abstract: The evidence regarding the co-morbidity of chronic hepatitis C, psychiatric illness and intravenous drug abuse is reviewed from the literature. Also the occurrence and the treatment of psychiatric side effects during treatment with interferon in patients with a history of drug abuse are reviewed. There is insufficient evidence for a specific hepatitis C induced depression or fatigue, but a direct link between hepatitis C and cerebral dysfunction is not excluded. Immune system activation rather than drug use may explain cerebral symptoms. In HCV positive substance users anxiety and depression are more prevalent than in HCV negative substance users. During treatment with regular or pegylated (PEG) interferon depression is a frequent side effect (ca 30%) and occurs independently from pre-existing psychiatric disorders or drug abuse. A history of drug abuse per se does not increase the risk of depression as a side effect of interferon treatment. It is extremely important to monitor symptoms of depression in the early weeks of treatment and to start antidepressant treatment as early as possible. Antidepressants should be continued throughout the interferon treatment period. There are insufficient data to assess these situations in which preventive antidepressant treatment should be started before interferon treatment. Clinical judgement can, however, lead to preventive antidepressant treatment, even at subclinical levels of depression. A cut off score of > 10 on the Beck Depression Inventory before interferon treatment is associated with a higher risk of depression during treatment. Both selective serotonin reuptake inhibitors and other classes of antidepressants can be used.

Title: Treatment of hepatitis C viral infections in substance abusers.
Published in: Acta Gastroenterol Belg. 2005 Jan-Mar;68(1):55-67.
Authors: Robaey G, Buntinx F.

Abstract

Aims: To examine the evidence for excluding chronic hepatitis C (CHC) patients with substance abuse from treatment with interferon (IFN) and ribavirin.

Methods: We reviewed clinical trials focussing on the treatment of chronic hepatitis C of patients with substance abuse between 2001 and 2004. Ten clinical trials concerning antiviral treatment in substance abusers were described of which six were controlled ones. There were no randomised trials. There was one controlled multi-centre trial. One trial used pegylated IFN. Results: In the total group of substance abusers the sustained viral response (SVR) and the adherence was not different from control groups. In former drug users, active drug users and patients taking substitution therapy for opioid dependence the sustained viral response and adherence was not different from control populations. However, non-substituted active drug users seemed more likely to be lost to follow-up. Discontinuation of treatment occurred most frequently during the first 8 weeks of therapy. Neurobehavioural changes leading to depression started in the first 8 weeks of treatment. Although follow-up periods after SVR were short, the currently described re-infection rate occurring in active intravenous drug users remains low.

Conclusions: There is no evidence to withhold antiviral treatment against HCV in active substance abusers. It seems important to advise to start substitution therapy in non-substituted active drug users, increase substitution therapy dose in substituted patients and treat depression as early as possible. More prospective controlled trials on HCV treatment in active and difficult-to-reach substance users are needed.

Title: The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium.
Published in: Acta Gastroenterol Belg. 2005 Jan-Mar;68(1):50-4.
Authors: Mathei C, Robaey G, Van Ranst M, Van Damme P, Buntinx F.

Abstract: In industrialised countries, injecting drug use is currently the most important risk factor for infection with hepatitis C, resulting in high prevalence rates of hepatitis C among injecting drug users. To contain the hepatitis C epidemic major efforts should be done to prevent new infection among injecting drug users. Monitoring infection rates are crucial as it may provide feedback on the effectiveness of interventions. In this article the epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium is briefly reviewed. More specifically the prevalence of anti-HCV antibodies, the prevalence of co-infections, the proportion of chronic HCV carriers, the distribution of genotypes and preventive measures among injecting drug users in Belgium are discussed and compared to the situation elsewhere in Western Europe.

Title: Substance use in Belgium: prevalence and management.
Published in: Acta Gastroenterol Belg. 2005 Jan-Mar;68(1):46-9.
Authors: Robaey G, Mathei C, Van Ranst M, Buntinx F.

Abstract: Substance use is emerging in Belgium. The 'typical user' starts at a young age. Polydrug use has become very common. Cannabis and alcohol are the most frequently used substances among the school population. Heroin and cocaine are the most frequently injected drugs. Sharing of injecting material and paraphernalia is reported to happen in half of the subjects injecting drugs. Substance use causes a lot of adverse organic, social and psychiatric events. Management of substance use consists of information, drug-free treatment and harm reduction, including substitution and maintenance programs. The management of care in Belgium differs between the regions.

Title: Frequency of the CCR5-Delta32 mutant allele is not increased in Belgian hepatitis C virus-infected patients.
Published in: Viral Immunol. 2005;18(1):232-5.
Authors: Thoelen I, Verbeeck J, Wollants E, Maes P, Robaey G, Mathei C, Buntinx F, Nevens F, Van Ranst M.

Abstract: A 32-base pair deletion in the CC-chemokine receptor 5 gene (CCR5), associated with resistance to human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection, has recently been suggested to act as an adverse host factor in hepatitis C virus (HCV) infection. To examine this hypothesis, we determined the CCR5-Delta32 allele frequency by polymerase chain reaction in a Belgian cohort of 163 HCV-infected patients and 310 healthy control subjects. The resulting CCR5-Delta32 allele frequencies were 0.080 and 0.119 for the patient group and control group, respectively. In contrast with a previous study, we could not show a statistically significant difference between the CCR5-Delta32 allele frequencies in HCV patients and controls. Moreover, genotype distributions in both populations were in agreement with Hardy-Weinberg equilibrium. Our results do not support the hypothesis that the CCR5-Delta32 mutant allele is a risk factor for hepatitis C virus infection.

Title: Epidurale corticosteroïden in het Failed Back Surgery Syndroom.
Verschenen in: Pijn info 2004/nr.3.
Auteurs: J. Van Zundert, K. Vissers, M. Puylaert, R. Heylen.

Synopsis: De epidurale toediening van corticosteroïden is een minimaal-invasieve behandeltechniek voor het subacute, lumbaal-radiculaire syndroom.

De beschikbare literatuurgegevens wijzen erop dat bij patiënten met het Failed Back Surgery Syndroom (FBSS) de epidurale ruimte het best onder röntgenologische controle via de transforaminale weg benaderd kan worden. Er is geen plaats voor epidurale toediening van

corticosteroïden in de behandeling van, al dan niet chronische, lage-rugpijn zonder dat er sprake is van ischialgiforme radiculair uitstraling. De epidurale toediening van corticosteroïden in het stapsgewijze behandelingschema van patiënten met ischias moet een plaats hebben in een multidisciplinaire en multimodale aanpak. De inspanningen die mementeele geleverd worden voor een verfijning van de patiëntenselectie zullen mogelijk tot betere behandelresultaten leiden. Daarnaast moet men streven naar een gestandaardiseerde registratie van de patiëntengegevens en follow-up, zodat de resultaten van verschillende onderzoeken vergeleken kunnen worden, bijvoorbeeld in een meta-analyse.

Titel: Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes (IKED). Rapport resultaten 2003-2004.

Gepubliceerd in: IPH/EPI Reports Nr. 2005-02.

Auteurs: D. Ballaux, N. Debacker, K. Decochez, J.C. Libeer, C. Mathieu, F. Nobels, A. Scheen, L. Sourdeau, J. Tits, P. Van Crombrugge, H. Vandenbergh, L. Van Gaal.

Titel: Guidelines for the management of chronic hepatitis C in patients infected after substance use.

Published in: Acta Gastroenterol Belg. 2005 Jan-Mar;68(1):38-45.

Auteurs: Robaey G, Buntinx F, Bottieau E, Bourgeois S, Brenard R, Colle I, De Bie J, Mathei C, Mulkay JP, Van Damme P, Van Ranst M, Verrando R, Michielsen P, Bourgeois N, Brenard R, de Galocsy Ch, Delwaide J, Henrion J, Horsmans Y, Michielsen P, Reynaert H, Robaey G, Sprengers D.

Titel: Samenvattingen Symposium: 'Het zit niet tussen mijn oren, dokter', MPC ZOL Genk, 15 april 2004.

Verschenen in: Neuron, 2005, vol. 10 nr 2.

POSTERS

Titel: Accuracy of World Health Organisation's 2002 and 2003 criteria to strat HAART in absence of CD4 count.

Presented at: 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Rio de Janeiro, 27-27 July 2005.

Auteurs: Thai S, De Munter P, Jacques G, Van den Ende J, Schrooten W, Lynen L.

Abstract

Introduction: WHO had published guidelines for the use of HAART in resource poor settings in 2002 and 2003. We want to assess the sensitivity (Se), the specificity (Sp) and the accuracy of the WHO guidelines based on clinical and simple laboratory criteria to start up HAART when compared with the criteria that include the CD4 count.

Methods: We did a retrospective study using the HIV-patient cohort data of SHCH, Phnom Penh. Se and sp for clinical criteria (+/- total lymphocyte count) compared to CD4 count criteria to start HAART are calculated. Confidence intervals for Se and Sp are estimated using the Wilson score method without continuity correction. Accuracy is measured by the sum of the true positives and negatives divided by the sum of all categories, considering the prevalence.

Results: Data are available for 542 patients. The 2002 clinical criteria (stage 4 disease) to start HAART have a Se of 0.64 (CI: 0.59-0.68) and a Sp of 1 (CI: 0.97-1) in our cohort. The overall accuracy is 72% when compared to the 2002 guidelines including CD4 measurement. The 2003 criteria using only clinical criteria (stage 3 and 4 disease) have a Se of 0.96 (CI: 0.94-0.97) and a Sp of 0.63 (CI: 0.53-0.72). Compared to the 2003 guidelines including CD4 measurement, the overall accuracy is 90%. Adding the TLC as a parameter to the clinical criteria increases the Se (0.78 vs. 0.64) and the accuracy (83.4% vs. 72%) of the 2002 criteria, but not of the 2003 criteria (91.3 vs. 90%).

Conclusions: Passing from the 2002 to the 2003 guidelines, results in a shift from high specificity to high sensitivity. The overall accuracy

improves in this setting due to the predominance of advanced disease. TLC does not offer an additional benefit with the use of the 2003 guidelines to identify patients needing HAART.

Titel: WHO stage defining clinical conditions associated with underestimation of the need to start HAART in WHO 2002 and 2003 guidelines when using only clinical criteria.

Presented at: 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, Rio de Janeiro, 27-27 July 2005.

Auteurs: Thai S., De Munter P, Arnould L, Jacques G, Huyst V, Van den Ende J, Schrooten W, Lynen L.

Abstract

Introduction: WHO has published guidelines for the use of HAART in resource poor settings in 2002 and 2003. Clinical criteria in 2002 lacked sensitivity to detect patients needing HAART (many false negatives). Sensitivity increased considerably with the 2003 WHO criteria. Which stage defining conditions are associated with false negative results when using clinical criteria alone as compared to CD4 count criteria to start HAART in each guideline?

Methods: We did a retrospective study using HIV patient cohort data from the SHCH. False negatives were defined for the 2002 guidelines as a clinical stage 1, 2 or 3 but CD4 < 200, and for 2003 guidelines clinical stage 1 or 2 but CD4 < 200. Results were analyzed with SPSS, using Pearson Chi2.

Results: Data were available for 542 PHA. The median CD4 was 60, the mean age 34 years and the sex-ratio 1/1. Following the 2002 criteria to start ARV, we found 150/542 (27.7%) false negatives. The stage defining conditions significantly associated with false negatives were: chronic diarrhoea, fever >1 month, oral candidiasis, oral hairy leukoplakia, pulmonary TB, severe bacterial infections and weight loss > 10% (p<0.001 for each). With the 2003 guideline we found only 18 (3.3%) discordant results. The stage defining conditions associated with false negatives were herpes zoster and weight loss < 10% (p<0.001).

Conclusions: Including WHO stage 3 in the clinical criteria to start HAART (2003 guideline) removed most of the discordance between clinical criteria and CD4. The exclusion of patients with stage 2 based on herpes zoster and weight loss < 10% may not be justified. If the extensive multi-dermatome herpes zoster, frequently seen in our cohort, would be considered a stage 3 condition, the sensitivity of the 2003 clinical criteria would approach 100% in our setting.

LEZINGEN

Titel: Is de sperma DNA fragmentatie index een goede voorspeller voor de zwangerschapskans?

Voorgesteld: Voorjaarsvergadering van de Vereniging voor Fertilitestsstudie te Antwerpen, UZA, 15/04/2005.

Auteurs: M. Nijs, A.Cox, M. Janssen, E. Bosmans, M. La Fromboise, C. De Jonge, W.Ombelet.

Abstract

Introductie: Sperma met gefragmenteerd DNA draagt bij tot dysgenesie in het embryo en uiteindelijk ook in een verlaagde implantatiekans van dit embryo. De Sperm Chromatine Structure Assay (SCSA) wordt gebruikt om de graad van DNA fragmentatie index in het sperma staal te bepalen. Verschillende studies gebruiken deze index om de zwangerschapskans te voorspellen. Zo bepaalden zij een DFI grenswaarde van 30% waarboven de patiënten hoogstwaarschijnlijk geen zwangerschappen zullen bekomen. Deze grenswaarde wordt gehanteerd tijdens de counseling van de patiënten voor het al dan niet gebruik van donorsperma voor het vervullen van hun kinderwens. Deze retrospectieve studie heeft tot doel het zwangerschapsresultaat van IVF/ICSI pogingen te toetsen aan de DFI waarde van de spermastalen van deze IVF/ICSI patiënten.

Materiaal en methode: Aan 212 patiënten die een hormonale stimulatie ondergingen voor hun IVF/ICSI poging werd aan de partner gevraagd een spermastaal te produceren (na 2 dagen onthouding) 5 tot 7 dagen voor de echte IVF/ICSI poging. De stalen werden geanalyseerd voor concentratie, beweeglijkheid en normale morfologische

vormen volgens de Kruger strict criteria. De rest van het staal werd ingevroren en vervolgens verstuurd naar het RMC (USA) voor de SCSA analyse. Het percentage spermacellen met DNA fragmentatie werd bepaald voor elk spermastaal (DNA fragmentatie index-DFI). Het IVF en ICSI resultaat werd genoteerd alsook de zwangerschapsratio (ZR) en aantal doorgaande zwangerschapsratio (DZR). De gegevens werden statistisch gevalideerd dmv niet-parametrische lineaire regressie, ROC analyse, Shapiro Wilk test, Chi-square test en de Fisher's exact test.

Resultaten: Een significant negatieve correlatie werd gevonden tussen de DFI en drie sperma parameters: totale concentratie, beweeglijkheid en morfologie ($p < 0.0001$). Er kon geen verband aangetoond worden tussen de leeftijd van de patiënt (gemiddelde leeftijd van 35,7 jaar (25-56) en hun DFI. 210 patiënten van de 212 hadden een embryo transfer (1,67 embryo's per transfer). 98 patiënten werden zwanger (ZR 46,6%) waarvan 62 van en gezonde baby bevielen (29,5% DZR). Er kon geen statistisch verband aangetoond worden tussen de DFI en de zwangerschapsgeschiedenis: een DZR van 28% werd opgetekend voor patiënten met een DFI $\geq 30\%$ alsook een DZR van 28% voor patiënten met een DFI $15 < 30\%$. 30% van de patiënten met een DFI $< 15\%$ hadden een baby thuis. Zevenenveertig mannen (22,2% van alle patiënten) hadden een DFI $\geq 30\%$ en bij 19 van hen kon een zwangerschap bekomen worden. Zelfs bij één patiënt met een DFI van 78% werd een zwangerschap genoteerd. Het percentage miskramen was vergelijkbaar voor alle DFI groepen.

Conclusie: Deze retrospectieve studie toont een duidelijk verband aan tussen de DNA Fragmentatie Index en concentratie, beweeglijkheid en de morfologie van een spermastaal, en dit voor patiënten die een IVF/ICSI behandeling ondergaan. Deze studie bevestigt echter de bevindingen van andere studies niet: een verhoogde DFI ($\geq 30\%$) geobserveerd in spermastalen van IVF/ICSI patiënten resulteerde niet in een significante afname van de zwangerschapskans. DFI kan dus niet als een 'voospeller' voor een zwangerschapskans gebruikt worden.

Title: Comparison of the sperm gradient centrifugation technique and the Zech-selector® for sperm preparation.

Presented at: 7th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility, Athens, 13-17 april 2005.

Authors: Steiner, E.; Nijs, M.; Janssen, M.; Klerkx, E.; Cox, A.; Stevens, D.; Bosmans, E.; Zech, J.; and Ombelet, W.

Abstract: Semen preparation techniques for assisted reproduction, including intrauterine insemination (IUI), are used to isolate and concentrate motile morphologically normal spermatozoa. This prospective randomised study evaluates the performance of two sperm preparation techniques: the sperm gradient centrifugation (SG) and the Zech-selector® technique (ZS) for 102 diagnostic semen samples on the same sample. Total count, motility, morphology, viability and nuclear maturity were evaluated. Statistical analysis included non-parametric linear regression and Student t-test. Preparation of 39 normal semen and 53 subfertile samples with SG and ZS resulted in a high number of morphological normal living spermatozoa with mature nuclei ($p < 0.005$). For normal samples ZS resulted in significantly better recovery of grade A and B motile spermatozoa (mean of 86 106 vs. 83 106 sp/ml, $p < 0.05$). After GS the number of morphological normal spermatozoa was significantly higher as compared to the ZS (mean of 22% vs. 18% normal spermatozoa, $p < 0.005$). For subfertile samples no significant difference was observed between GS and ZS in concentrating grade A+B motile spermatozoa or morphological normal spermatozoa. Preparation of 10 OAT samples (mean fresh concentration of 3.57 106 sp/ml) by SG and ZS resulted in a very low sperm count (< 0.265 106 sp/ml mean concentration).

The Zech selector® method is a valid alternative for sperm preparation in an IUI/IVF program. The ZS method is a motility selector whereas the GS is a better selector for morphologically normal spermatozoa for normal semen samples. Both techniques failed to perform in the sperm preparation of OAT samples.

Title: Prophylactic medical treatment of patent ductus arteriosus with ibuprofen is not indicated.

Presented at: 31.annual meeting of the society 'Neonatology and Pediatrics intensive medicine', June 17th 2005, Dresden.

Author: dr. C. Theyskens.

LEZERSBRIEF

Title: Transforaminal Epidural Corticosteroid Injection: Rational Evidence-Based Practice.

Published in: Regional Anesthesia and Pain Medicine, Vol 30, No2 (March/April), 2005: pp206.

Referring to: Huntoon and Martin: Paralysis after transforaminal injection and previous spinal surgery, in: Reg. Anesth Pain Med 2004;29:494-495.

Authors: Harney DF, Shaikhani J, Van Zundert J, Van Kleef M.

We read with interest about the devastating complication of paralysis after transforaminal epidural injection in the case report by Huntoon and Martin. The benefit of performing transforaminal lumbar epidural steroid injection in selected patients with contained disc herniations has been described. In the editorial by Rathmell and Benzon, efficacy of this technique was claimed, but the actual article they referred to, by Karppinen et al., was a randomized controlled trial with a negative outcome. However, subanalysis by Karppinen et al. illustrated the benefits of transforaminal lumbar epidural steroid injection in contained versus extruded herniated discs. Previous reports that have accounted for paraparesis after lumbar transforaminal epidural steroid injection have involved patients who have undergone surgical procedures before epidural injection. A prominent conjecture is that distortion of anatomy occurs after spinal surgery. Patients with chronic intractable neuropathic pain secondary to failed-back-surgery syndrome are not ideal candidates for transforaminal approach to the epidural space with corticosteroids.

Interestingly, Kurunlahti et al. have evaluated lumbar blood flow in patients with sciatica at 1 and 3 years and have illustrated an association between stenosis of lumbar arteries and patient estimated physical ability. Newly formed stenoses were associated with a history of low back pain in the preceding year. Thus, vascular anomalies appear to occur even in nonoperated patients with low back pain. Baker et al. described intra-arterial injection of contrast into a cervical radicular artery before attempting to perform a C6-C7 left-side transforaminal injection of corticosteroids.

The operator in this case successfully identified intra-arterial injection of contrast, and the procedure was abandoned with the patient suffering no ill effects. The operator utilized digital subtraction real-time fluoroscopic imaging to reveal that a radicular artery supplying the cord directly had been penetrated. The authors in this case could not conclude whether the needle was in the artery or the artery had only been punctured by the needle, and contrast from the surrounding tissues was forced through an artery via an open puncture. This case further reiterates that negative aspiration is not very sensitive and will not reveal whether the needle has been placed in an artery. The benefit of (digital subtraction) real-time fluoroscopic imaging cannot be underestimated in patients after injection of contrast. Physicians who perform lumbar transforaminal injections should be aware that serious complications can occur with this procedure. The incidence of serious complications has not been quantified, because complications have only been recognized in the past few years. One must obtain the prevalence of these complications, and quantify the exact complication rate, as compared with neurovascular complications of operative interventions on the spine. Only at this juncture will we be in a position to advise patients and allow them to make an informed choice based on the knowledge of the risks versus benefits of undergoing transforaminal injection of steroids. In the meantime, we do not want to deny patients the benefits of epidural corticosteroids delivered in the most efficacious manner for the management of lumbar radicular pain. Physicians must be cognizant of the risks in performing such procedures and, accordingly, must inform patients of the possibility of severe neurovascular complications, even though such complications, fortunately, are rare.



Ziekenhuis Oost-Limburg

Schiepse Bos 6

B-3600 Genk

Tel. redactie: 089/32.17.62

E-mail: zolarium@zol.be