

ZOLARIUM

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

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

Afgiftkantoor: 3500 Hasselt 1
Toelatingsnr. P109087

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

Jaargang 6 - nr. 20 - april / juni 2006
Verschijnt driemaandelijks



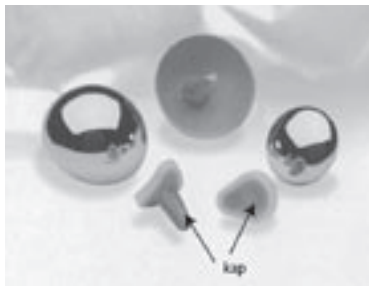
Uitbreiding
revalidatiecentrum



Ziekenhuis Oost-Limburg

INHOUD

- 3 Editio**
- VERFRISSEND en NIEUW (... bij ons!)
- 4-13 Nieuw**
- Diepe hersenstimulatie bij de ziekte van Parkinson
- Peritoneale metastasen: the final frontier?
- Nieuwe afdeling locomotorische en neurologische revalidatie
- 14-24 In de kijker**
- In goede handen
- Interculturele bemiddeling: onze zorg
- Schouderchirurgie, een tak van de orthopedie in volle vlucht ...



- 25 Kwaliteit**
- Beleidsplandag Patiëntveiligheid

- 26-27 Eponiemenkabinet**
- Paul Broca (1824-1880)



- 28-29 Wetenschappelijke Raad**
- Percutane coronaire en vasculaire interventies

- 30-31 De Dissectiekamer**
- Na nano

- 31 Kort**
- The Walking Egg: 'Born'
- Nieuwe geneesheren

- 32-35 Billboard**

Colofon

Redactie en samenstelling: Grete Bollen

Werken mee:

Dr. Hubert Vandeput
Dr. Johan Van Robays
Dr. Nicolas Verhelle
Dr. Bert Van den Hof
Dr. Diederik Peuskens
Dr. Pieter Viaene
Dr. Kurt Van der Speeten
Dr. Richard Witvrouw
Dr. Jo Dens
Dr. Luc Stockx
Patricia Vrancken

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
ZOL

Vormgeving:

ONAR

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.



Dr. Vandeput

VERFRISSEND en NIEUW (...bij ons!)

DE geneeskunde evolueert razendsnel. Nieuwe technologieën maken nieuwe technieken mogelijk. De grens tussen heelkundige en interne disciplines vervaagt steeds meer. Het gebruik van moderne beeldvorming en endoscopische en endovasculaire technieken brengt een aardverschuiving teweeg binnen het domein van zowel de heelkunde als de interne geneeskunde. Algemeen wordt gesteld dat hierdoor ook veiliger en efficiënter kan gewerkt worden. Maar is dit wel zo?

In het kader van 'Kwaliteit in de ziekenhuizen' is er een hele weg afgelegd sinds het kwaliteitsdecreet en het invoeren van een kwaliteitshandboek. Maar komen daar wel de juiste of de meest relevante thema's aanbod?

We registreren MKG, MVG, MFG, MPG. Binnenkort MZG. Deze bepalen een groot deel van onze ziekenhuisfinanciering. Controle bestaat er nauwelijks. Wel instrumenten om deze te 'optimaliseren'. Moet er nog een tekening bij?

Vorige week organiseerde het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U. Leuven een symposium over "Het meten van medische kwaliteit in ziekenhuizen". Voor en door artsen.

Vanuit beschikbare data wordt vastgesteld dat er een immens groot verschil bestaat in praktijkvoering tussen de verschillende ziekenhuizen. Dit zowel wat het verbruik van medicatie als van medische beeldvorming en laboratoriumgegevens betreft. Dus ook het aanwenden van financiële middelen. Er zijn daarentegen weinig valabele gegevens bekend over 'medische outcome' en dit terwijl er in het buitenland reeds volop aan 'ranking' van ziekenhuizen wordt gedaan.

Nu wordt voorgesteld om vanuit de basis, de artsen zelf, door hen gedragen kwaliteitsindicatoren voor te stellen op basis waarvan in multidisciplinaire werkgroepen kwaliteitsstandaarden kunnen vastgelegd worden.

Dit is de juiste weg, dit is het juiste thema.

De zeer talrijke aanwezigheid van artsen getuigt van het enthousiasme waarmee het initiatief is onthaald.

Ook al is er nog veel werk aan de winkel, toch verwachten we hier heel veel van. We zijn dan ook erg blij met dit verfrissend en bij ons nieuw netwerkinitiatief!

Dr. H. Vandeput, medisch directeur Ziekenhuis Oost-Limburg

NIEUW



Figuur 1: Het basiskader wordt onder plaatselijke verdoving gefixeerd in de buitenste laag van de schedel

Nieuwe kans voor 'uitbehandelde patiënten'

Diepe hersenstimulatie bij de ziekte van Parkinson

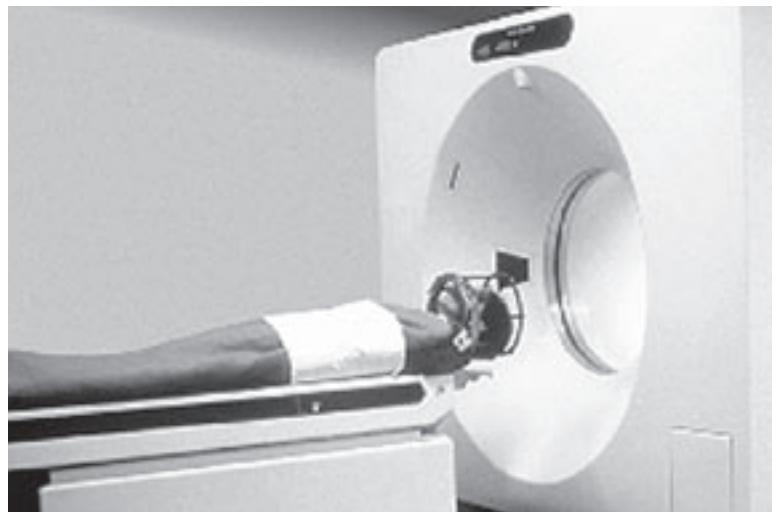
Diepe hersenstimulatie is een van de nieuwere technieken in de behandeling van sommige degeneratieve neurologische aandoeningen. Vooral bij de ziekte van Parkinson lijkt deze techniek zijn vruchten af te werpen. Het ZOL kreeg recent als enige Limburgse ziekenhuis een erkenning voor het uitvoeren van de ingreep

DE ziekte van Parkinson komt over de hele wereld voor in alle etnische groepen, ongeveer evenredig verdeeld onder mannen en vrouwen maar met een lichte predominantie bij mannen. De prevalentie neemt exponentieel toe met de leeftijd tussen 65 en 90 jaar. Ongeveer 0,3% van de wereldbevolking en ongeveer 3% van de mensen ouder dan 65 jaar heeft de ziekte van Parkinson.

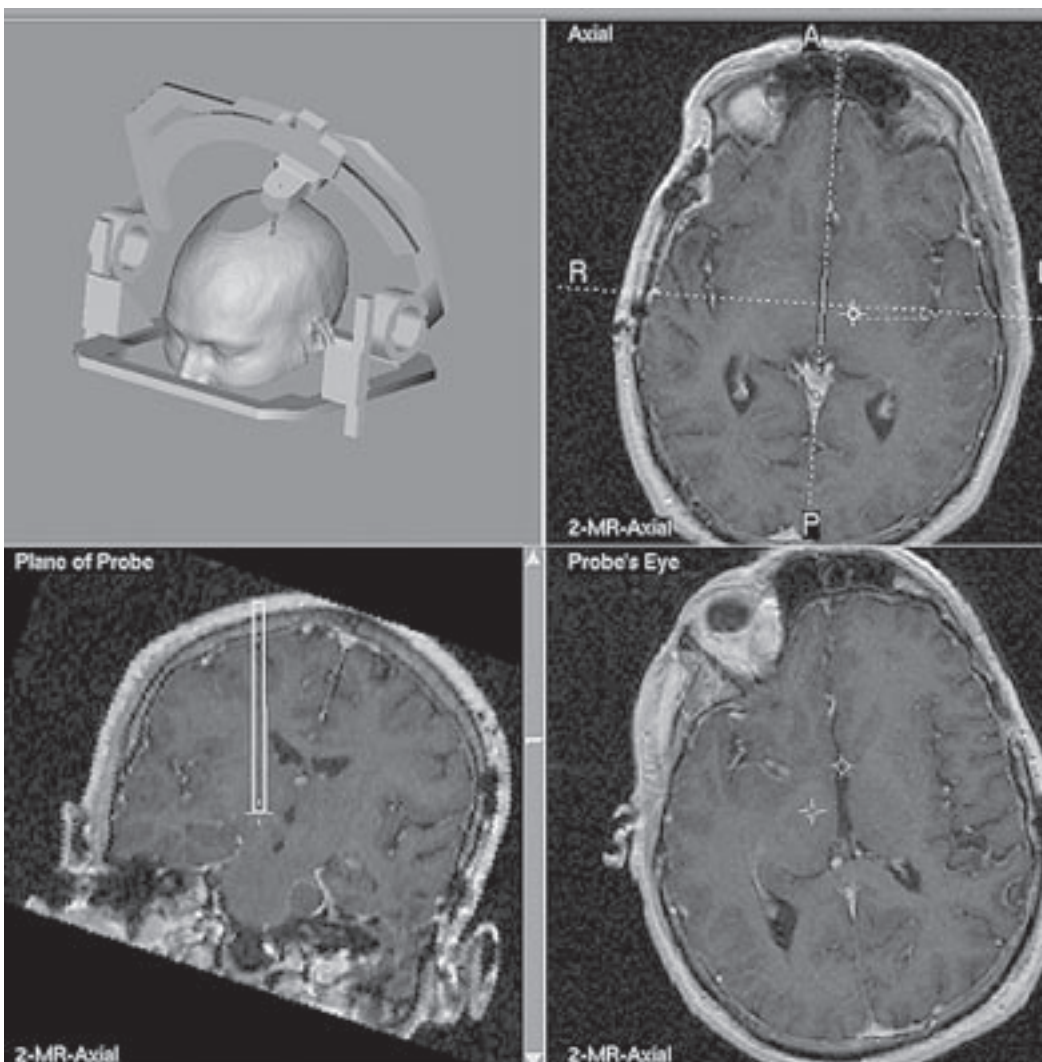
De huidige behandeling van de ziekte van Parkinson is een complexe en veeleisende opdracht gezien de toenemende behandelingsmogelijkheden. De patiënt presenteert zich met problemen die te maken kunnen hebben met de ziekte zelf of de behandeling ervan.

De symptomen van de ziekte zijn vaak goed met medicatie onder controle te brengen gedurende verschillende jaren. De medicatie moet meestal gradueel verhoogd en aangepast worden. Na jarenlang medicatiegebruik wordt het therapeutisch venster vaak erg nauw: de medicatie werkt korter, onvoorspelbaar of zelfs niet meer. Vele patiënten ontwikkelen bovendien onwillekeurige bewegingen (dyskinesieën). Voor deze zogenaamd 'uitbehandelde' patiënten, die men vroeger weinig te bieden had, is er momenteel de mogelijkheid tot 'diep brain stimulation'.

Een genezende behandeling voor de ziekte van Parkinson is er vooralsnog niet. Ook diepe hersenstimulatie is dit niet.



Figuur 2: Het referentiekader wordt gefixeerd op de basisring, vervolgens wordt een hersenscan uitgevoerd



Figuur 3: In de planningssoftware wordt het doelwit geïdentificeerd en het verloop van de elektrode precies nagekeken.



Figuur 4: Op de basisring wordt het positioneringssysteem ingesteld dat de elektrode in de hersenen zal geleiden

Maar door bilaterale elektrische stimulatie van bepaalde diepe hersenkernen (vooral de nucleus subthalamicus) via geïmplanteerde elektroden, is men in staat de klok in het verloop van de ziekte verschillende jaren terug te draaien. Of het stimuleren van de hersenkernen ook de ziekte-evolutie afremt, is niet bewezen en vermoedelijk niet het geval. Elektrische stimulatie van de nucleus subthalamicus via de ingeplante elektrode zorgt voor verbeterde mobiliteit, stabiliteit en vermindering van de parkinsonmedicatie. Bij de populatie patiënten die in het UZ Gasthuisberg Leuven werden geopereerd tussen 1999 en 2004 en met 3 jaar opvolging, zag men een reductie van de motorische 'OFF' time met 48%, een reductie van de dyskinesieën met 77% en een reductie van de levodopa-equivalent dosis van 52%. Voor de patiënt en de familie is dit vaak een revolutionair gegeven: de patiënt is plots opnieuw zelfstandiger en minder zorgbehoevend.

De procedure tot implantatie start met een nauwgezette selectie van patiënten. Een goede selectie lijkt essentieel in de kansen op succes omdat niet elke patiënt geschikt is voor deze techniek en omdat de kosten voor de therapie hoog oplopen. Het moet weldegelijk gaan om patiënten die 'medicamenteus uitbehandeld' zijn en dus met medicatieaanpassing niet meer te verbeteren zijn. De kandidaten doorlopen een hele procedure met onder andere cognitieve testen, psychiatrische evaluatie, cerebrale beeldvorming en het klinisch testen van de patiënt met en zonder medicatie. Een strikte leeftijdsgrens voor de ingreep is er niet. De gemiddelde leeftijd van de kandidaten voor de ingreep is ongeveer 60 jaar.

Patiënten met majeure psychiatrische problemen of een dementie komen niet in aanmerking.

Uiteindelijk wordt elk geval voorgelegd voor een speciale commissie van het RIZIV die al dan niet beslist tot terugbetaling van de ganse procedure en het materiaal. Het implanteren van diepe hersenelektroden mag in België enkel worden uitgevoerd in centra met specifiek erkende multidisciplinaire teams. In het team van het ZOL zitten onder andere dr. Peuskens en dr. Wuyts als neurochirurgen en dr. Viaene en dr. IJsewijn als neurologen.

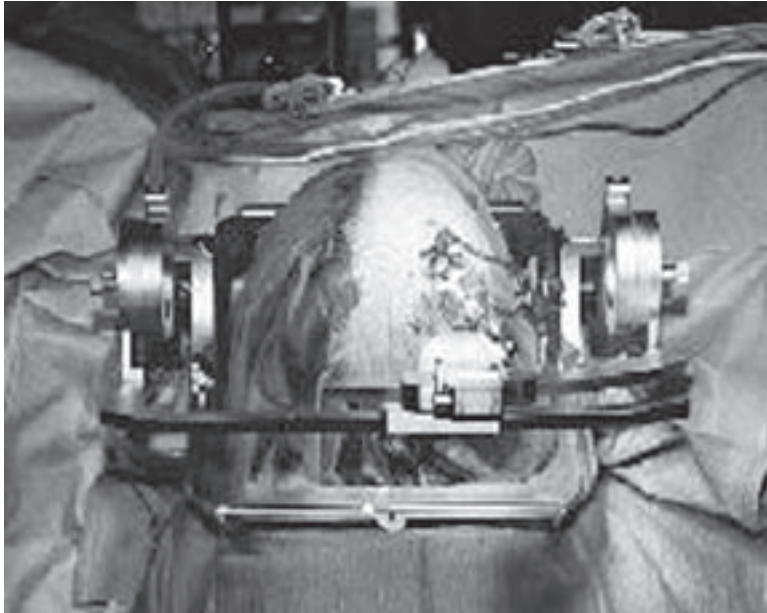
Operatietechniek voor diepe hersenstimulatie

Het plaatsen van elektroden voor diepe hersenstimulatie moet gebeuren in stereotactische omstandigheden. Precieze plaatsing is immers van uiterst groot belang voor het klinisch resultaat.

Stereotaxie is de meest nauwkeurige methode om gebieden binnen de hersenen te bereiken die diep liggen, zeer klein zijn of wanneer het onverantwoord is met een grotere operatie doorheen het omliggende kwetsbare hersenweefsel te dringen.

Bij stereotaxie wordt gebruik gemaakt van een extern kader dat vooraf aan het hoofd van de patiënt wordt bevestigd. Dit kader is zichtbaar op CT en MRI en creëert een driedimensionaal coördinatenstelsel (X, Y en Z coördinaten) zodat elke structuur in de hersenen precies bepaald kan worden ten opzichte van het kader door middel van een aangepast computerprogramma.

De ingreep vindt meestal onder een lichte sedatie plaats. Wanneer specifieke gebieden van de hersenen



Figuur 5: Intraoperatief zicht met het systeem ter plaatse, het gelaat van de patiënt blijft onder plaatselijke verdoving steeds vrij en zichtbaar

getest, gestimuleerd of uitgeschakeld moeten worden, is het belangrijk dat de patiënt wakker is, zodat alle hersenfuncties continu beoordeeld kunnen worden. De sedatie kan worden opgevoerd volgens noodzaak.

Een basisring wordt door middel van vier kleine schroefjes gefixeerd in de buitenste laag van de schedel (figuur 1). De patiënt ervaart hiervan een kortdurend drukkend gevoel, dat verdwijnt eens de schroeven vastzitten. Het referentiekader wordt nadien op de basisring aangebracht (figuur 2).

Vervolgens wordt een CT of MRI-scan van de hersenen gemaakt waarvan de gegevens worden doorgestuurd naar het planningsstation. Meestal wordt op deze beeldvorming de gezochte regio herkend en geeft de software de coördinaten van deze regio ten opzichte van het stereotactisch kader weer (directe targeting). Bepaalde targets zijn echter niet goed zichtbaar en worden aan de hand van anatomische atlanten en gegevens in de literatuur bepaald (indirecte targeting). Het intredepunt en het ganse traject van de te plaatsen elektrode worden gesimuleerd met als doel belangrijke hersengebieden te sparen en bloedvaten te vermijden. De zo bekomen informatie wordt gebruikt om het traject te berekenen waarlangs de elektrode tijdens de operatie via een boorgat naar precies de juiste plaats wordt geleid (figuur 3).

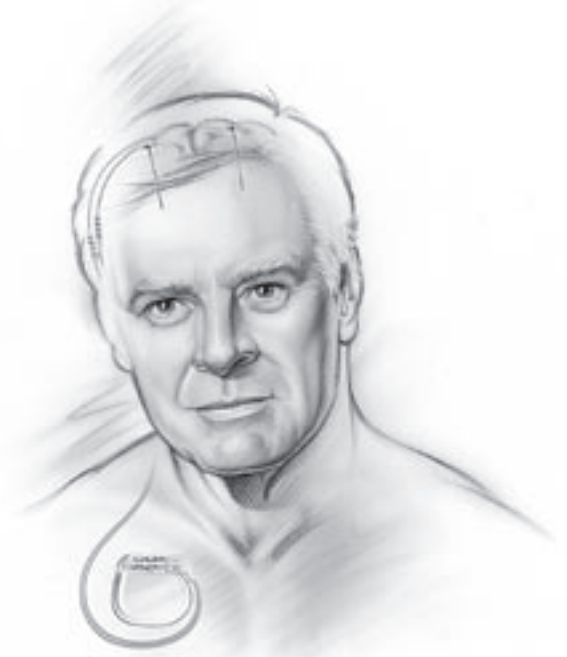
Tijdens de operatie wordt op de basisring een steriel kader gefixeerd dat ingesteld wordt met de berekende coördinaten (figuur 4 en 5). Via een beperkte incisie wordt een boorgat aangelegd, waarna een vijftal micro-elektroden gelijktijdig ingebracht worden, enkele millimeters rond

het berekende elektrodetraject. Hiermee kan de neuroloog tijdens de ingreep door metingen de verschillende hersendelen identificeren op basis van neurofysiologische kenmerken. Dit is nodig omwille van de individuele variatie in ligging en de kleine omvang van de hersenkernen. Deze gegevens dienen om het juiste doelwit niet alleen structureel maar ook functioneel te herkennen.

Waar vroeger vooral letsels werden aangebracht, wordt momenteel geopteerd om via elektrische stimulatie de betrokken hersenkernen te beïnvloeden. Dit heeft als voordeel dat de effecten grotendeels omkeerbaar zijn en aanpasbaar aan de noden van de patiënt.

De definitieve elektrode wordt ingebracht in de hersenen met de actieve pool ter hoogte van het doelwit en wordt verankerd aan de schedel. Via een subcutane geleidingsdraad wordt de elektrode verbonden met een puls-generator die in de infraclaviculaire regio wordt geïmplanteerd (figuur 6).

In de postoperatieve fase herstellen de patiënten vlot gezien de ingreep weinig belastend is. Wel wordt gedurende de eerste week na de operatie de juiste instelling van de stimulator gezocht en wordt de antiparkinson medicatie afgebouwd om een optimaal resultaat te bekomen.



Figuur 6: De intracerebrale elektroden worden gekoppeld aan een stimulator via een geleidingsdraad

“Door bilaterale elektrische stimulatie van bepaalde diepe hersenkernen (vooral de nucleus subthalamicus) via geïmplanteerde elektroden is men in staat de klok in het verloop van de ziekte verschillende jaren terug te draaien.”

Dr. Diederik Peuskens, neurochirurg
Dr. Pieter Viaene, neuroloog



NIEUW

Revolutionaire ontwikkelingen in de

Peritoneale metastasen:



In het ZOL werd een kankerpatiënt met uitzaaiingen in het buikvlies succesvol behandeld met chemotherapie via een kijkoperatie.



chemotherapeutische behandeling

the final frontier?

ZOPAS werd in het ZOL een kankerpatiënt met uitzaaiing in het buikvlies succesvol behandeld met chemotherapie via een kijkoperatie. Het behandelen met lokale chemotherapie bij buikvliesuitzaaiingen gebeurt al een vijftal jaar via ingrijpende, open operaties. De laparoscopische toediening werd enkele maanden geleden voor de eerste keer beschreven bij varkens in het wetenschappelijk tijdschrift *Gynecologic Oncology*. In het ZOL werd deze techniek voor de eerste keer toegepast op mensen.

Tot voor kort stond de aanwezigheid van peritoneale metastasen bij abdominale tumoren gelijk aan het starten van een palliatieve behandeling. Ruim 20 % van alle tumoren in het abdomen geven in de loop van hun natuurlijke evolutie aanleiding tot uitzaaiingen ter hoogte van het buikvlies. Dergelijke peritoneale metastasen worden het meest frequent gezien bij colon-, maag-, pancreas- en ovariumtumoren.

Er bestaan ook enkele zeldzame tumoren die hun origine hebben ter hoogte van het peritoneum; het zijn met andere woorden primaire maligniteiten van het peritoneum. Een voorbeeld is het peritoneaal mesotheliom dat net als zijn tegenhanger ter hoogte van de pleura gerelateerd is aan asbestblootstelling van de patiënt.

Afhankelijk van het type tumor stond de diagnose van peritoneale metastasen voor de patiënt tot voor enkele jaren gelijk aan een mediane overleving van amper 3 tot 12 maanden met bovendien een barslechte resterende levenskwaliteit.

Revolutionaire ontwikkelingen in de chemotherapeutische behandeling hebben de laatste jaren die mediane overleving kunnen verbeteren tot bijvoorbeeld 16 tot 18 maanden voor een peritoneaal gemetastaseerd coloncarcinoom. De levenskwaliteit blijft echter slecht. Bovendien geeft de klassieke chemotherapeutische behandeling geen enkel uitzicht op genezing, enkel palliatie.

Shift in het paradigma

Tot eind jaren tachtig werden peritoneale metastasen beschouwd als systeemmetastasen; met andere woorden als laatste stap van een sequens: primaire tumor – lymfovasculaire verspreiding – secundaire tumorlokalisatie op afstand. Een aantal onderzoeksgroepen en

vooral deze rond Paul Sugarbaker (Washington Cancer Institute) begonnen zich openlijk af te vragen of peritoneale metastasen wel voldeden aan dit paradigma. Zij postuleerden een nieuw mechanisme van tumorverspreiding: exfoliatie. Wanneer de primaire tumor voldoende groot en invasief geworden was, konden tumorcellen afschilferen of exfoliëren in de peritoneale holte volgens Sugarbaker en zich verspreiden via het peritoneale vocht naar andere lokalisaties in de buik waar ze zich gaan nestelen als peritoneale meta's. Peritoneale meta's zijn met andere woorden geen systeemmetastasen maar een loco-regionale uitbreiding van de ziekte. Uitgebreid experimenteel onderzoek bracht heel wat argumenten aan die deze hypothese ondersteunen.

Wijziging in de behandelingsstrategie

Wie bovenstaande hypothese aanvaardt, ziet ook onmiddellijk de implicaties naar de behandeling. Een loco-regionale ziekte kan men immers ook loco-regionaal behandelen. Zo ontstond het idee van de gecombineerde debulking en Hypertherme Intraperitoneale Peroperatieve Chemotherapie (HIPEC). Dit is een in opzet curatieve operatie waarbij het eerste deel van de procedure er in bestaat alle zichtbare tumor (zowel primaire tumor als peritoneale meta's) chirurgisch te verwijderen. Een zogenaamde R1-resectie moet beoogd worden. Het is duidelijk gebleken dat als men bij het begin van de procedure ziet dat men dit niet kan realiseren en er macroscopisch meer dan 1 cm3 tumor zou overblijven, de procedure geen curatief opzet kan hebben en dus best ook niet uitgevoerd wordt.

Het tweede gedeelte van de procedure omvat het lokaal in de buikholte toedienen van cytostatica aan hoge temperatuur. Dit heeft tot doel de resterende microscopische tumorcellen uit te schakelen. Het is een logische gedachte dat de cytostatica best toegediend worden waar de tumor zit; met name in de buikholte. Dit vermijdt de omweg via de bloedbaan en stelt de patiënt ook veel minder bloot aan systeemnevenwerkingen van cytostatica.



“Het is een logische gedachte dat de cytostatica best toegediend worden waar de tumor zit; met name in de buikholte.”

Dr. Kurt Van der Speeten over de behandeling van peritoneale metastasen.

► Door een juiste keuze van cytostatica (hoog moleculair gewicht) wordt vermeden dat een grote hoeveelheid cytostaticum 'lekt' naar de bloedbaan. Hierdoor kan op zijn beurt de toegediende dosis flink verhoogd worden (tot 10-15 maal de dosis die normaal als lethaal zou beschouwd worden bij intraveneuze toediening). Het bijkomend opwarmen van de chemotherapeutica heeft een dubbel doel: enerzijds is temperatuur tussen 41.5-43° op zich reeds tumoricid; anderzijds versterkt de hoge temperatuur het tumordodend effect van sommige cytostatica (een zogenaamd synergistisch effect).

Via een rollerpomp-systeem (cfr hartlongmachine) wordt de chemo op deze manier gedurende 30 tot 90 minuten aan een constante temperatuur verspreid over het abdomen. De totale procedure kan tot 14 uur in beslag nemen.



Resultaten

Zonder onmiddellijk aanleiding te geven tot euforie, kunnen de resultaten van deze techniek toch op zijn minst bemoedigend genoemd worden. Een driejaars-overleving van 65.4% voor peritoneaal gemetastaseerd coloncarcinoom zoals D. Elias publiceerde, is toch een flinke vooruitgang. Deze resultaten blijken ook duidelijk reproduceerbaar. Bovendien blijkt een aantal patiënten behandeld te zijn met een tumorvrije overleving > 5 jaar in de groep waar een R-I resectie kan bekomen worden. Ook voor ovarium-, en in mindere mate maagtumoren zijn deze resultaten in dezelfde lijn. Enkel pancreastumoren met peritoneale metastasen zijn een slechte indicatie gebleken voor deze behandeling.

Het gevaar bij een dergelijke bemoedigende ontwikkeling, is dat ze onmiddellijk tot de nieuwste wondertechniek verheven wordt, zonder zin voor enige nuance. Het moet van meet af aan duidelijk zijn dat enkel geselecteerde patiënten in aanmerking komen voor HIPEC. Indien de patiënt bijvoorbeeld long- of levermetastasen heeft, synchroon met zijn peritoneale metastasen, is hij per definitie geen kandidaat voor de techniek. Bovendien is het ook logisch dat een ingreep die potentieel 14 uur duurt en ook niet complicatievrij is, alleen kan toegepast worden bij patiënten die nog in een goede algemene toestand verkeren en geen majeure comorbiditeiten vertonen.

ZOL-ervaring

Sinds we met deze techniek in 2001 in het ZOL startten, zijn meer dan 50 patiënten behandeld met de HIPEC techniek in al zijn varianten. De resultaten zijn vergelijkbaar met de literatuur. Het vertrouwen van de verwijzende collega's is dan ook duidelijk gegroeid. De implementatie van deze techniek heeft een niet te

onderschatten inspanning gevraagd van heel wat diensten binnen het ziekenhuis.

Er werd geopteerd voor een systematische en voorzichtige opstart. De ervaring werd progressief opgebouwd en onderworpen aan kritische evaluatie. Deze aanpak heeft recent geresulteerd in het feit dat we als eerste centrum ter wereld erin geslaagd zijn om bij een patiënte met zeer beperkte peritoneale metastasen van een appendixcarcinoom de debulking en HIPEC techniek uitvoeren via laparoscopie.

Het ganse behandelingsprogramma voor peritoneale metastasen is bij uitstek een multidisciplinair project gebleken. Een toegewijde verpleegstaf in het OK; de gespecialiseerde hulp van de cardioperfusionisten, meticuleuze anesthesiologische en intensivistische behandeling, extra aandacht van de verpleging op de afdeling: alle zijn ze strikt noodzakelijk wil men een dergelijk project met enige kans op slagen opzetten. De chirurg is wel de kapitein op het schip in dit geval, maar zonder goede stuurliu en machinisten gaat de boot onherroepelijk de dieperik in. De leercurve die ieder centrum doormaakt, bestaat dan ook vooral in het coachen en opleiden van alle hoger genoemde partners. Het siert de directie van het ZOL dat dit project van in het begin gesteund werd, ondanks de belangrijke financiële repercussies voor het ziekenhuis, zonder dat er maar enige vorm van nomenclaturering of tegemoetkoming van de overheid voor materiaaloonkosten tegenover staat.

Terecht wordt gesteld dat indien het ziekenhuis de ambitie heeft om op een aantal domeinen een expertfunctie te vervullen binnen de regio, dergelijke projecten de nodige steun en aanmoediging verdienen.

Aangezien het aantal patiënten dat voor deze techniek in aanmerking komt al met al toch beperkt is, hebben we actief meegeijverd binnen de chirurgische gemeenschap om de wetenschappelijke data te poolen van de deelnemende centra. Het groepje van actieve centra is mede door de investering aan tijd en middelen die hiermee gepaard gaat eerder beperkt. Binnen Vlaanderen is dit bijvoorbeeld alleen UZ Gent en het ZOL; UZ Gasthuisberg zit in een opstartfase. Gelukkig is er geen concurrentie en kunnen mooie initiatieven zoals de recent gestarte 'multicentral trial' rond HIPEC en peritoneaal gemetastaseerd coloncarcinoom op de enthousiaste inbreng van alle centra rekenen.

Dr. Kurt Van der Speeten



Nieuwe afdeling locomotorische en neurologische revalidatie

“Werken met de handen op de rug”

In mei wordt de splinternieuwe klinische revalidatieafdeling sp-locomotorische geopend. Het gaat om een volledig aangepaste, rolstoeltoegankelijke afdeling met 22 bedden. De afdeling maakt deel uit van het ambulant en klinisch revalidatiecentrum op campus Sint-Barbara, waar heel wat therapie- en oefenruimten ter beschikking zijn.

Na de fusie van Sint-Barbara, André Dumont en Sint-Jan tot het Ziekenhuis Oost-Limburg 10 jaar geleden en de kanteling van de organisatie waren de verschillende revalidatiedisciplines in het ZOL verspreid over de verschillende campussen en patiëntenprogramma's. Op de diverse diensten werkten paramedici die vanuit het verleden telkens een andere invalshoek, achtergrond en leiding hadden. Er was nood aan één transparante visie en een structuur met één centraal aanspreekpunt.

Om hieraan te kunnen voldoen, werd een nieuw, campusoverschrijdend revalidatieconcept uitgewerkt. Een kwalitatieve zorgverlening garanderen voor elke revalidatiepatiënt van opname tot ontslag, en indien nodig ook nadien, was een van de basisdoelstellingen van de nieuwe structuur. In de meeste gevallen gaat het om patiënten die binnengebracht worden na een ongeval, een hersenbloeding, een infarct of met respiratoire problemen.



Het revalidatieconcept is gebaseerd op verschillende peilers: cardiale revalidatie, respiratoire revalidatie en locomotorische en neurologische revalidatie zijn op dit ogenblik de belangrijkste.

De cardiale revalidatie bestond vroeger al in André Dumont maar werd enkele jaren geleden naar Sint-Barbara overgebracht en verder uitgebouwd met de medische ondersteuning van dr. Prihadi (cardioloog-revalidatiearts). De respiratoire revalidatie is de recentste realisatie en ook deze discipline wordt in Sint-Barbara uitgebouwd met de medische ondersteuning van dr. Daenen (pneumoloog-revalidatiearts).



► Nieuwe afdeling

De locomotorische en neurologische revalidatie, zowel klinisch als ambulant, werd reeds vroeger aangeboden in Sint-Barbara. De infrastructuur van destijds werd enkele jaren geleden grondig vernieuwd en uitgebreid. In mei gaat ook de nieuwe klinische afdeling met 22 erkende revalidatiebedden open, onder de medische leiding van dr. Bovens (fysisch geneesheer-revalidatie-arts).

Binnen het revalidatieprogramma wordt multidisciplinair aandacht besteed aan de beperkingen of handicap van de revalidant en dit op het somatisch vlak, in de ADL, op maatschappelijk en psychologisch vlak en op vlak van de communicatie. De revalidatiearts heeft als taak om de medische toestand en het revalidatieproces te bewaken. Hij staat ook in voor de coördinatie van het revalidatieprogramma.

Dr. Bovens: “Het is heel belangrijk om de patiënten achteraf, nadat hun specifieke problemen zijn opgelost, in hun totaliteit te bekijken. Hoe functioneren ze? Onze medewerkers werken bij manier van spreken met de handen op de rug. Onze patiënten hebben functionele defecten of maatschappelijke invoegingsstoornissen. Je moet de dingen niet in hun plaats doen maar hen begeleiden, zodat ze opnieuw zo zelfstandig mogelijk worden.”

Het einddoel van de revalidatie is de revalidant zo goed als mogelijk te integreren in de samenleving. Het revalidatiecentrum van het ZOL heeft een bijzondere aandacht voor de sociale reïntegratie maar ook voor de arbeidsreïntegratie van de revalidant. Zo wordt er sinds 2003 met goede resultaten meegewerkt aan het Interreg III neurologisch arbeidsreïntegratieprogramma (zie poster).

PILOOTPROJECT 2003 - 2006
neurologisch arbeidsreïntegratieprogramma
 meer kans op arbeid voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel



Doelstellingen:

- assessment
- trajectbegeleiding/ casemanagement
- geïndividualiseerd arbeidsrevalidatieprogramma
 - mentaal/fysieke duurbelastingstraining
 - probleeminzicht en compensatiestrategieën
 - arbeidsvaardigheidstraining
 - competentiegerichte begeleiding
- jobcoaching - bemiddeling werkgever



Inclusie criteria:

- zowel mannen als vrouwen kwamen in aanmerking
- personen tot 55 jaar werden toegelaten
- de patiënten dienden werk te hebben of niet langer dan 5 jaar geleden nog gewerkt te hebben. Ook schoolverlaters, die niet meer leerplichtig waren en niet langer dan 5 jaar geleden de school verlaten hadden, kwamen binnen het project in aanmerking voor integratie in een loonvormende arbeidspositie.
- op basis van de fysieke en psychische mogelijkheden van betrokkene oordeelden de revalidatiearts en zijn multidisciplinair team of een arbeidsreïntegratie (volledig of partieel, op het vroegere of op een ander niveau) tot de mogelijkheden behoorde.

Arbeidsreïntegratie - resultaten van het ZOL:

Momenteel zijn er 35 reïntegratiedossiers actief:

- 40% tewerkstelling gerealiseerd (normaal arbeidscircuit)
 - waarvan 76% behoud van functie bij bestaande werkgever
- 48% traject nog lopende
- 12% ongunstige prognose

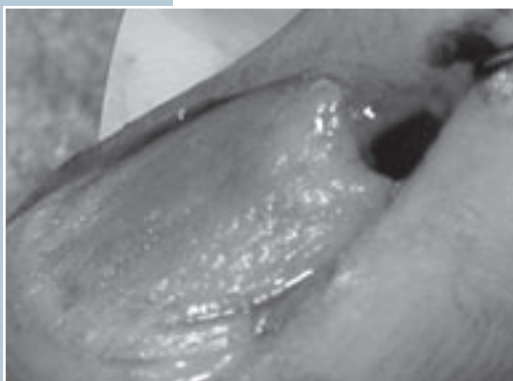


Fig 1a: Glomus tumor. Een kleine, pijnlijke tumor, dikwijls onder de nagel gelokaliseerd. Residuele holte na verwijdering van de tumor.



Fig 2: Gevolgen van meningokokkensepsis aan het bovenste lidmaat.



Fig 1b: De verwijderde glomustumor.

In goede handen

HANDCHIRURGIE is de discipline die zich bezighoudt met de behandeling van de aandoeningen van de hand en het bovenste lidmaat. Dit kan al dan niet heelkundig zijn. In die zin is de term handchirurgie wat misleidend, gezien een groot deel van de handpathologie conservatief (niet-chirurgisch) wordt behandeld.

De behandeling van handaandoeningen bestaat in de eerste plaats uit het herstellen van het ontstane functieverlies. Om tot een goed resultaat te komen, is een grondige kennis van de anatomie van de hand en de biomechanica een absolute noodzaak.

Bij heelkundige interventies dient de chirurg in staat te zijn kleine vaten van minder dan 1 millimeter aan elkaar te zetten, evenals botdefecten te herstellen, waarvoor de basiskennis van de osteosynthese eveneens een vereiste is. De behandeling zal eveneens afhangen van het geslacht, de leeftijd, het werk en de hobby's van de patiënt(e).

Op basis van een persoonlijke en eventuele familiale anamnese, een klinisch onderzoek, en eventuele technische onderzoeken (echografie, RX, CT, NMR, EMG, nucleair onderzoek,...) wordt een diagnose gesteld.

De behandeling kan heelkundig of niet-heelkundig zijn, gevolgd door een tijdelijke immobilisatie of net het tegenovergestelde, bijvoorbeeld een onmiddellijke,

gecontroleerde mobilisatie onder leiding van een fysiotherapeut.

De aandoeningen van de hand worden opgedeeld in verworven aandoeningen en aangeboren aandoeningen. De verworven worden opgedeeld in de posttraumatische, infectieuze, vasculaire (micro- en macrovasculaire), oncologische (postchirurgische) en degeneratieve aandoeningen. Daarnaast bestaan de aangeboren of congenitale aandoeningen van de hand.

De posttraumatische zijn vooral bot- en wekedelensletsels, opgelopen bij het werken met zaag, schaaf-, frees- en boormachines. Daarnaast kennen we de crush- en avulsietrauma's, de amputaties en de brandwonden, naast talrijke andere letsels.

Bij de infectieuze noemen we bijvoorbeeld: het panaritium, paronychium, abscessen, tenosynovitis en osteomyelitis. Tevens kunnen necrotiserende fasciitis en infecties met hemolytische streptokokken voorkomen aan de hand.

De Vasculaire aandoeningen delen we op in micro- en macrovasculaire, waarbij de ziekte van Raynaud en het voorkomen van vasculaire malformaties voorbeelden zijn.

Oncologisch kunnen verschillende bot- en wekedelentumoren voorkomen, die bij resectie een reconstructie van de functie (en eventueel de morfologie) van de hand vereisen.



Fig 3a: Arthrosecystecyste.

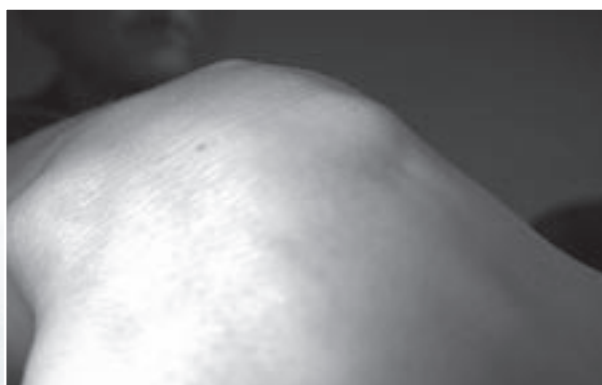


Fig 3b: Polscyste.



Fig 4: Wekedelentumoren aan de basis van de vinger.

Fig 5b:
Radiografische opname
van de polydactylie.

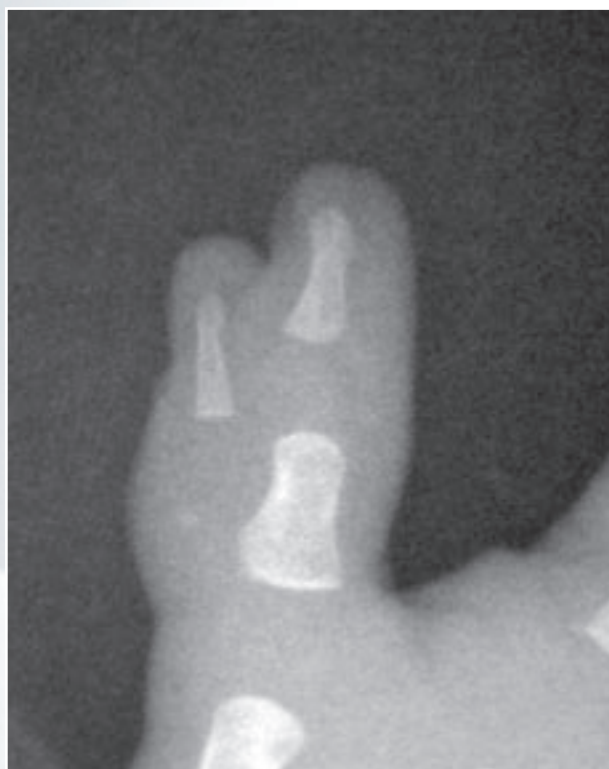


Fig 5a: Polydactylie.



Onder de degeneratieve aandoeningen plaatsen we vooral de reumatoïde artritis.

Er zijn verschillende aandoeningen, die gemengde oorzaken hebben, zoals meningokokken sepsis, die op basis van een infectieuze pathologie een gemengde stollings- en bloedingsneiging veroorzaakt, waardoor microthrombi kleine bloedvaten occluderen en necrose ontstaat.

Daarnaast bestaat de ziekte van Dupuytren, waarbij een verlittekening van de palmaire fascia (palmaire en dorsale) noduli, intrekking van de huid en flexiecontracturen van de vingers ontstaan. De oorzaak van deze aandoening is niet gekend, doch er zijn vermoedens dat

zowel traumatische, microvasculaire (roker) als degeneratieve aandoeningen aan de basis van deze pathologie liggen.

Tevens kennen we de verschillende compressie-syndromen, waarvan het carpaaltunnelsyndroom met compressie van de nervus medianus het meest gekende is.

Het ontstaan van een triggervinger (verbreding van de pees en/of vernauwing van de peesschede) wordt zowel toegeschreven aan degeneratieve als posttraumatische aandoeningen.

De aangeboren of congenitale aandoeningen van de hand worden opgedeeld in verschillende types. ►



Fig 6a: Dupuytren; preoperatief. Met extensiedeficiet door de verlittekende, samengetrokken fascia.



Fig 6b: Dupuytren; preoperatief. De te exciseren, verlittekende fascia is op de huid afgetekend.

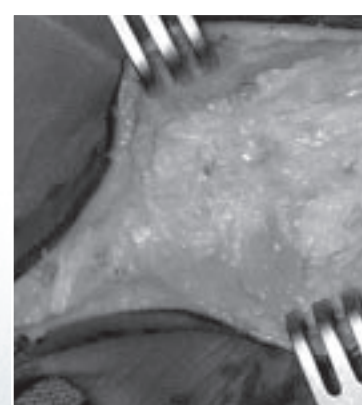


Fig 6c: Dupuytren; peroperatief.

- 1. De groep van de niet-gevormde onderdelen (agenesis).

Deze groep vertegenwoordigt onder andere de afwezigheid van de clavicula, de afwezigheid van metacarpalen, hypoplastische duim, afwezigheid van de voorarmbeenderen, de cleft hand (typisch deficiëntie type) en atypisch (synbrachydactylie).

2. Anderzijds onderscheidt men de afwezigheid van differentiatie (scheiding van de delen). Hierin vinden we als meest gekende de syndactylie die simpel (zonder beenderige component) complex (met beenderige component), volledig (de ganze vinger) of onvolledig (beperkt over de lengte van de vinger) kan zijn.

3. De congenitale tumorale abnormaliteiten :

- van het vasculair systeem (waaronder de haemangiomen).
- van het neurologisch systeem (waaronder de neurofibromatosis).
- van het bindweefsel of het beenderige type.

4. De duplicaties, waarbij de polydactylie de meest gekende is.

Tevens zijn er de overgroei van de arm, hand of vinger, bijvoorbeeld de macrodactylie.

De beperkte groei van het ganze of delen van het bovenste lidmaat.

Constrictiesyndromen waarbij door intra-uteriene constricties van amniotische banden de vascularisatie naar bepaalde delen kan afgesloten worden met foetale necrose en intra-uteriene amputatie tot gevolg.

5. Gegeneraliseerde syndromen, waarbij de hand een deel van de veralgemeende pathologie vormt. Hieronder kennen we het Apert-syndroom en andere vormen van craniosynostosis.

Enkele frequent voorkomende aandoeningen zijn: de ziekte van Dupuytren; het carpaal tunnel syndroom; triggervingers; het voorkomen van cysten en (meestal goedaardige) tumoren; de (poly)-syndactylie;....

De ziekte van Dupuytren

Deze aandoening werd in het in 1831 (hoewel reeds vroeger vermeld) voor het eerst geopereerd en uitvoerig beschreven door baron Guillaume Dupuytren (chirurg van Lodewijk de XVIII-e en Karel de X-e) in Parijs.

De aandoening is gekenmerkt door het ontstaan van fibreuze knobbels en banden met retractie van de huid van de handpalm. De fibreuze koorden die tot in de toppen van de vingers kunnen reiken, veroorzaken dikwijls functionele stoornissen door webspacevernuwing en flexiecontracturen van de vingers.

Tevens kan een gecombineerde verlittekening van de

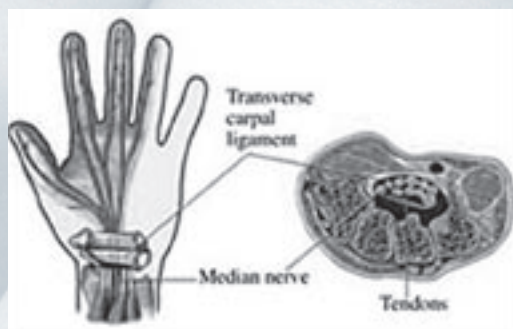


Fig 7a: Carpaal tunnel: anatomische structuren en de ligging van de nervus medianus.



Fig 7b: Carpaal tunnel: heelkundige techniek om de druk op de nervus medianus te verminderen.

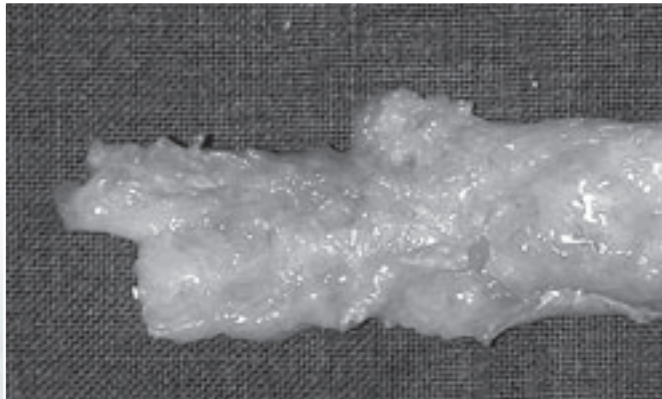


Fig 6d: Dupuytren; peroperatief. De verwijderde fascia.



Fig 6e: Dupuytren; postoperatief. Het resultaat na fysiotherapie (normale flaxie en volledige extensie).

voetzoolfascia en scheefstand van de penis (peyronie) voorkomen.

Ze komt vooral voor bij blanke mannen en vindt haar oorsprong in de scandinavische landen (Vikingen). De ziekte komt dikwijls bilateraal voor.

De oorzaak van deze ziekte is nog steeds niet bekend. Er is melding van een relatie (geen bewijs) met trauma, roken, epilepsie,...

Het verloop van de ziekte van Dupuytren is zeer variabel en kan snel evolueren tot een contractuur of jaren aanwezig blijven als verharde knobbels zonder verdere functionele weerslag. Hoewel de meeste patiënten geen snel postoperatief recidief vertonen, blijft een voorzichtige houding aangewezen bij de indicatiestelling tot heelkunde. Bij een niet functioneel storende aandoening (als de hand nog vlak op de tafel kan gelegd worden) en/of afwezigheid van pijnlijke noduli is een conservatieve, afwachtende houding aangewezen.

De chirurgie

De primaire doelstelling bij een operatieve ingreep is het herstellen van de handfunctie. Men kan de ziekte niet genezen, maar men kan wel de contractie wegwerken.

De incisies verlopen loodrecht op een gewrichtsplooi en worden onderbroken door Z-plastie's.

Bij de fasciotomie worden de fibreuze strengen door-gesneden.

Bij de fasciectomie wordt het 'verziekte' deel van de fascia weggesneden.

De verlittekening van de palmaire fascia veroorzaakt regelmatig een verplaatsing van de anatomische structuren (zoals de neurovasculaire bundels). Het is belangrijk hiermee rekening te houden bij de heelkundige correctie.

Hierop kan de wonde opengelaten worden (open hand techniek), primair gesloten worden (dikwijls met behulp van Z-plasties waarbij het transversale deel van de incisie's open blijft voor drainage, of er kan een greffe geplaatst worden indien de huid mee verwijderd werd (dermofasciectomie).

Bij ernstige recidiven, complicaties of ver gevorderde contracturen moet rekening gehouden worden met een mogelijke amputatie van de desbetreffende vinger. ►

Fig 8b: Triggervinger: een verdikking van de pees en/ of vernauwing van de peesschede is de oorzaak van de triggervinger.



Fig 8a: Triggervinger: anatomische structuren en (pees en peesschede met de pulley's).



IN DE KIJKER



Fig 9a: Syndactylie: preoperatief met aftekening van de flapjes voor de reconstructie.



Fig 9b: Geassocieerde polysyndactylie van de tenen.



Fig 9c: Syndactylie: preoperatief.

- Postoperatief worden de vingers in extensie in een splint geplaatst die gedurende 1 week aan blijft. Daarna mag gestart worden met mobilisatie en wordt de hand zo nodig enkel 's nachts geïmmobiliseerd in een splint.

Eventueel zullen de mobilisatieoefeningen onder leiding van een kinesist (met kennis van handrevalidatie) verder gezet worden. Het is de bedoeling de flexiecontracturen zoveel mogelijk te corrigeren en de herwonen functie zoveel mogelijk te behouden.

Tevens is het van belang recidieven te voorkomen.

Het carpaal tunnelsyndroom

De nervus medianus verloopt van de onderarm naar de handpalm via een tunnel die wordt gevormd door de handwortelbeentjes en een stevig peesblad aan de handpalmzijde van de pols. Door die tunnel lopen ook de buigpezen van de vingers. Door zwelling van het bindweefsel (waardoor de druk in de tunnel toeneemt) ontstaat druk op de zenuw waardoor initieel gevoelstoornissen en later ook functionele stoornissen kunnen ontstaan.

De klachten die ontstaan zijn voornamelijk een tintelend gevoel in de duim, de wijsvinger en de middelvinger. Progressief neemt dit tintelend gevoel toe wat overdag weinig stoort gezien men met de handen bezig is. Later wordt het meer storend en wordt de patiënt 's nachts wakker van de storende tintelingen.

Daarnaast kan er pijn zijn die mogelijk uitstraalt naar de pols voorarm, elleboog of nog hogerop.

De zenuw voorziet eveneens enkele kleine spiertjes in de hand. Wanneer de aandoening evolueert kan door druk op deze spiertakken de kracht in de hand verminderen.

De combinatie van gevoelsstoornissen en krachtsvermindering kunnen een erg storend effect hebben op de normale dagdagelijkse handelingen.

De diagnose wordt gesteld bij het klinisch onderzoek en bevestigd door een Electromyografisch Onderzoek (EMG) dat geleidingsstoornissen aantoont in de nervus medianus. De behandeling bestaat erin de zenuw meer ruimte te geven. Dit gebeurt enerzijds door de ligamen-

taire structuren die het kanaal aan de palmaire zijde begrenzen door te snijden, en anderzijds door het 'jasje' dat de zenuw zelf omsluit (het epineurium) onder sterke vergroting en volgens de richting van de fijne zenuwbundels (fasciculi) door te snijden, zonder de zenuw zelf te beschadigen.

Deze ingreep gebeurt meestal onder loco-regionale anesthesie (enkel de arm wordt verdoofd) en in daghospitalisatie. Bij deze ingreep dient men vooral voorzichtig te zijn om de gevoelstak, verantwoordelijk voor een deel van het gevoel van de handpalm, niet te beschadigen. Tevens is voorzichtigheid geboden bij het vrijleggen van de motorische tak die op variabele locaties van de nervus medianus kan aftakken.

Op het einde wordt enkel de huid gesloten en wordt tijdelijk een stevig verband of gipsatella aangelegd. Daarna worden mobilisatieoefeningen aanbevolen zonder te forceren.

Over het algemeen treedt er onmiddellijk postoperatief een verbetering op van de gevoelstoornissen. De recuperatie van de normale gevoeligheid is in regel echter gekoppeld aan de periode sinds het ontstaan van de klachten. Hoe langer de klachten aanwezig zijn (= hoe ernstiger het zenuwletsel), hoe langer de recuperatie kan duren.

Hoewel het een (technisch gezien) relatief kleine ingreep betreft, kan het een hele tijd duren voor de kracht terug is. Niettegenstaande wordt een zo normaal mogelijk gebruik van de hand aanbevolen.

De triggervinger

De triggervinger is een vinger waarvan de buigfunctie ernstig bemoeilijkt (of onmogelijk) wordt door zwelling van de buigpees op een specifieke localisatie en/of vernauwing van de peesschede waardoor deze pees verloopt. De aandoening kan ontstaan na een trauma, ten gevolge van een degeneratieve aandoening en kan ook voorkomen als congenitale (aangeboren) aandoening. Dikwijls is er geen directe oorzaak aantoonbaar.

In het beginstadium kan de vinger met wat moeite door de obstructie getrokken worden. Hierdoor ont-



Fig 9d: Syndactylie: peroperatief: de vingers zijn gesplitst en gereconstrueerd volgens de preoperatief afgetekende flapjes en greffen.



Fig 9e: Syndactylie: postoperatief.



Fig 9f: Syndactylie: postoperatief.

staan echter beschadigingen die de pees verder doen zwellen en de tunnel verder vernauwen, waardoor het probleem verergert. Dan kunnen de vingers met moeite in flexie gebracht worden waarna ze gebogen blijven staan. Het opnieuw strekken van deze geblokkeerde vingers is meestal zeer pijnlijk. Wacht men nog langer, dan gaan de vingers in flexie of extensie blijven staan en ontstaan ernstige functiestoornissen van de hand.

De plaats van vernauwing van deze tunnel is variabel, doch meestal ziet men problemen 1,5 – 2 cm voor het begin van de vinger (net distaal van de distale palmaire plooi).

De behandeling bestaat erin de tunnel op de plaats van de vernauwing in lengterichting door te nemen. In de meeste gevallen kan men de verdikking van de pees tijdens de ingreep zien en is er onmiddellijk na de ingreep resultaat (voor zover men de vinger al kan bewegen).

De ingreep gebeurt meestal onder loco-regionale (de voorarm verdoofd), of lokale anesthesie (enkel de plaats van de incisie en de peesschede verdoofd). De ingreep gebeurt in daghospitalisatie (zelfde dag thuis) of ambulant.

Syndactylie

Syndactylie is een aangeboren afwijking, waarbij twee of meer vingers en/of tenen met elkaar vergroeid zijn. De afwijking kan geïsoleerd of in het kader van een syndroom voorkomen.

Syndactylie ontstaat tijdens de ontwikkeling in de baarmoeder. Tussen de 38ste en de 46ste dag in de zwangerschap scheiden de vingers en tenen van elkaar. Bij syndactylie gebeurt dit niet of onvolledig. Dikwijls gaat de aandoening gepaard met de aanwezigheid van (een) extra vinger(s)/te(e)n(en).

In dat geval spreken we van polysyndactylie

Dikwijls is alleen de huid geheel of gedeeltelijk vergroeid (dit type wordt simpel of eenvoudig genoemd). Het is echter ook mogelijk dat het bot is vergroeid (in dit geval spreken we van complexe syndactylie). Gezien de vergroeiing van of afwezigheid van gewrichten, kapsels en ligamentaire structuren is het probleem van

instabiliteit/ functionele stoornissen groter in deze groep.

De oorzaak kan een verandering in het erfelijk materiaal zijn. In mindere mate wordt de aandoening vastgesteld na de heelkundige behandeling van diepe brandwonden aan de handen. De oorzaak ligt hier in de retractie van het littekenweefsel. De diagnose wordt (voor de congenitale vormen) bij de geboorte gesteld en is een reden tot verder grondig onderzoek om gecombineerde aandoeningen uit te sluiten.

De behandeling is heelkundig. De vingers worden meestal operatief gescheiden. Dit is noodzakelijk wanneer er functionele stoornissen zijn of wanneer het zicht van de misvormde hand een ernstige psychologische hinder betekent (wat voor kleine kinderen zelden het geval is). Is er geen functionele last, dan kan men rustig afwachten tot het kind wat ouder is vooraleer over te gaan tot heelkunde. Het is echter best de vingers voor schoolleeftijd gescheiden te hebben.

Dit gebeurt volgens bepaalde technieken. Het volgens de lengterichting klieven van de tussenruimten leidt onherroepelijk tot recidief (=herval door littekenvorming).

Bij het heelkundig herstel is er in de meeste gevallen extra huid nodig. Deze extra huid wordt gevonden ter hoogte van de lies, in de elleboogplooi of van verwijderde overtollige vingers (in het geval van polysyndactylie).

Er is zelden een reden om syndactylie aan de tenen heelkundig te behandelen.

Na de ingreep blijft het verband +/- 1 week dicht om de huidgreffen te laten ingroeien.

Daarna worden mobilisatieoefeningen onder leiding van een kinesist voorgeschreven.

Dr. Nicolas Verhelle en dr. Bert Van den Hof
plastische chirurgie



"...de anesthesie zal gebeuren met een epidurale, zodat u geen pijn zal hebben." Paniek bij de allochtone patiënt, want hij hoort 'anesthesie' en 'spiralen' en vooral 'pijn'. Hij spreekt dan ook geen Nederlands, maar verstaat het wel... een beetje. Hulp gewenst dus.

Interculturele bemiddeling: onze zorg

DE dienst Patiëntenbegeleiding omvat drie grote blokken: sociaal werk en ontslagmanagement, intercultureel werk en opvolgen van het vrijwilligerswerk. Er werken sociaal werkers en intercultureel bemiddelaars. Zij werken voor het ZOL.

De intercultureel bemiddelaars worden ook ingeschakeld bij interventies in psychiatrische instellingen zoals het Kinderpsychiatrisch Centrum en het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis in Rekem. De sociaal verpleegkundigen richten zich vooral naar patiënten en hun familie met 'problemen' die voortspruiten uit de ziekenhuisopname. Door het principe van het ontslagmanagement toe te passen bijvoorbeeld, kan heropname en institutionalisering voorkomen worden. Voor vele patiënten is een ziekenhuisopname en vooral het ontslag uit het ziekenhuis niet vanzelfsprekend.

In dit artikel willen we het intercultureel werk belichten.

Op deze dienst werken 4 vrouwelijke intercultureel bemiddelaars: twee van Turkse origine, één van Italiaanse en één van Marokkaanse afkomst. Er is ook een Italiaanse mannelijke bemiddelaar in dienst. De taken van de bemiddelaars zijn tolken, overleg plegen en tot slot, vorming en voorlichting geven.

1. Tolken

Patiënten die de taal niet goed beheersen, kunnen een beroep doen op de bemiddelaars om te tolken en medische informatie verstaanbaar te maken voor de patiënt.

Niet alle patiënten echter willen een beroep doen

op een intercultureel bemiddelaar. Ze hebben daarvoor bijvoorbeeld naar eigen zeggen te veel respect voor de geneesheer. Patiënten hebben soms ook angst dat hun privacy geschonden wordt en vinden dat een buitenstaander niets te maken heeft met hun gezondheidssituatie. Daarom laten sommige patiënten liever hun eigen kinderen vertalen.

Nochtans zijn de geneesheren zeer tevreden over het intercultureel bemiddelingswerk, omdat ze weten dat hun boodschap juist en volledig wordt overgebracht door de bemiddelaars. De bemiddelaars hebben een professionele opleiding (interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg) gevolgd en houden zich strikt aan het beroepsgeheim.

Op de dienst zijn er bemiddelaars voor drie doelgroepen, namelijk Turks, Marokkaans en Italiaans. Aangezien één van de bemiddelaars ook de Spaanse taal beheerst en zich verdiept heeft in de Spaanse cultuur, kan ook deze groep geholpen worden. De andere taalgroepen, die veel minder vaak voorkomen of waar de culturele verschillen minder groot zijn, worden uiteraard niet aan hun lot overgelaten.

Voor Russisch, Pools en Oekraïens kan men een beroep doen op een externe Wit-Russische intercultureel bemiddelaar. Hetzelfde geldt voor Griekse patiënten. Voor de andere talen doen we een beroep op vrijwillige of freelance vertalers/tolken (tolkenboek) of werken we samen met het PRIC (Provinciaal Integratiecentrum). In mindere mate wordt ook samengewerkt met telefonische tolken.

Via het FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, volgen de intercultureel



bemiddelaars momenteel terminologielessen in Brussel. Zo wordt de kennis van medische termen in hun moedertaal verruimd.

2. Overleg

De interculturele bemiddelaars zetelen in diverse werkgroepen (senioren, transculturele psychiatrie, Jeugd en Welzijn, Provinciale Gezondheidsraad,...). Op deze manier kunnen ze een zo groot mogelijk publiek begrijpen en bereiken.

Er vinden jaarlijks teamvergaderingen plaats op de dienst en de bemiddelaars komen driewekelijks samen om hun activiteiten en opdrachten op elkaar af te stemmen. Sommige bemiddelaars zijn ook aanwezig tijdens een SIT, PAO of andere overleg met betrekking tot de organisatie van de thuiszorg na het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Jaarlijks wordt een overlegmoment georganiseerd voor de allochtone gemeenschappen en dit in nauw overleg met de integratiedienst van de stad Genk. Uiteraard, indien er individuele, patiëntgerichte interventies gebeuren, zal dit steeds in overleg zijn met de hulpverlener (arts, verpleegkundige, sociaal werker,...).

3. Vorming en voorlichting

Nieuwkomers krijgen in groep een rondleiding in het ziekenhuis. Deze rondleidingen worden verzorgd door de bemiddelaars. Ook voor bepaalde scholen worden rondleidingen georganiseerd. Hierbij staan de gewoonten van de Belgische cultuur op de voorgrond. Ook tijdens individuele bemiddelingsgesprekken is het nodig dat de bemiddelaar aan de allochtoon uitlegt waarom en

welke ongeschreven regels belangrijk zijn. Dit catalogeren we onder 'voorlichting'.

Met de afdeling voor diabetici werken de bemiddelaars nauw samen. Er werd een film gemaakt over suikerziekte. Deze film werd vertaald in het Turks, Marokkaans en Italiaans.

Op de campus in Waterschei wordt werk gemaakt van geheugentraining en ergotherapie voor Italiaanse patiënten.

Verscheidene scholen plannen het onderwerp 'intercultureel bemiddelen in het ziekenhuis' in hun lessenspakket. Zo zorgen onze bemiddelaars voor presentaties bij het VTI, Regina Mundi, PHL en de Khlim. Hierbij wordt steeds ingegaan op stereotiepen met betrekking tot de allochtone culturen en kunnen interpretaties uitgeklaard worden.

Voor het verplegend personeel van het ZOL worden interculturele dagen georganiseerd en verscheidene groepen verpleegkundigen namen deel aan een tocht door multicultureel Genk.

Voor de eigen dienst werd een interculturele 'Stormdag' georganiseerd.

Bij deze initiatieven staan de gewoonten van de allochtonen op de voorgrond en spreken we eerder van vorming dan van voorlichting.

De bemiddelaars doen dus meer dan enkel vertalen. Vaak geven ze aan de hulpverlener de culturele achtergrond mee, zodat er geen misverstanden ontstaan tijdens de communicatie. Door de aanwezigheid van de bemiddelaar, ontdekt de allochtoon de belangrijkheid van de Nederlandse taal, en wordt hij aangemoedigd om zelf de taal te leren.

De intercultureel bemiddelaar fungeert als sleutelfiguur tussen de allochtone patiënt en de hulpverlener van het ziekenhuis. De boodschap van en naar de patiënt moet vertaald worden, rekening houdend met de culturele achtergrond van de patiënt.

De uitdagingen waar de dienst Patiëntenbegeleiding naar streeft:

- Opnieuw een intercultureel gebeuren organiseren voor het personeel van het Ziekenhuis.
- Ervoor zorgen (vb. met pictogrammen) dat iedereen zijn weg weet te vinden in het ziekenhuis.
- Interpreteerbare folders ontwikkelen voor iedereen.

“De intercultureel bemiddelaar fungeert als sleutelfiguur tussen de allochtone patiënt en de hulpverlener van het ziekenhuis.”

**Patricia Vrancken, diensthoofd
Patiëntenbegeleiding**



Schouderchirurgie, een tak van de orthopedie in volle vlucht...

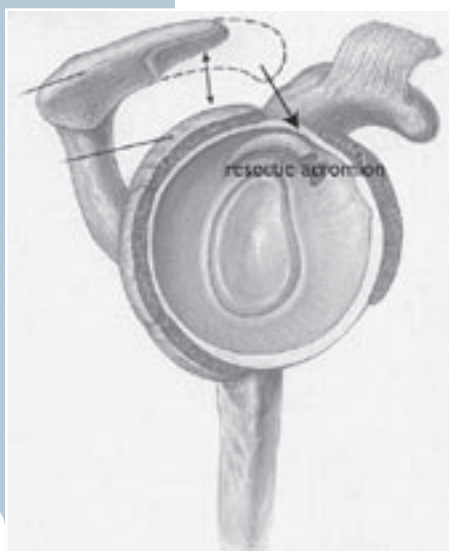


Foto 1

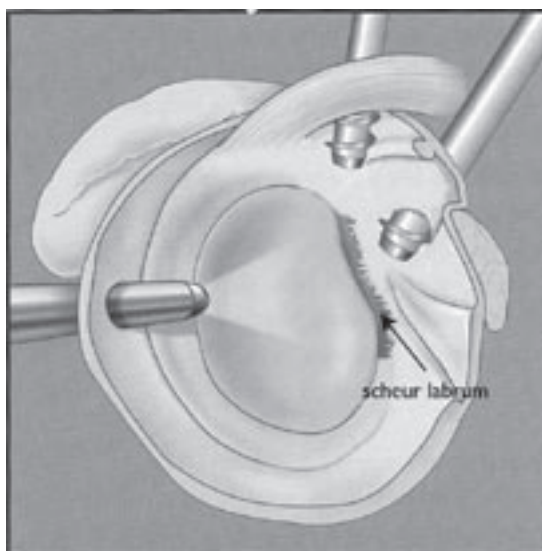


Foto 2a

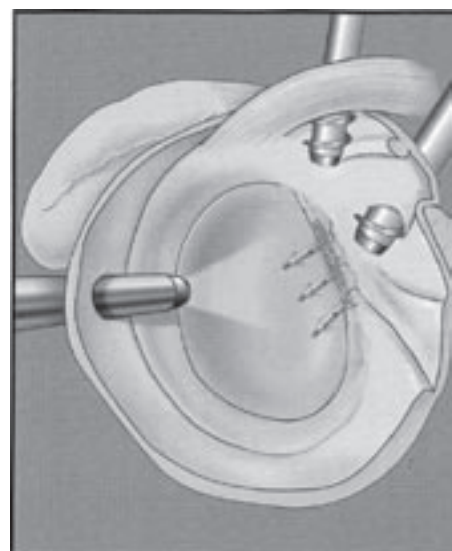


Foto 2b

NAAST de veel voorkomende heup- en kniepathologie en de daaruit volgende chirurgie, heeft ook de schouder een mooie plaats veroverd in de dagdagelijkse orthopedische praktijk. In de dienst Orthopedie van het ZOL leggen we ons met vier collega's op de schouderpathologie toe.

Waar slechts een klein deel van de schouderheelkunde nog gebeurt via een open procedure, staat momenteel vooral de arthroscopie op de voorgrond. Het grote voordeel van deze laatste techniek bestaat uit de mogelijkheid een volledig inzicht te verkrijgen in de schouderanatomie en de verschillende pathologieën. Daarenboven is de arthroscopie een minimaal invasieve methode: door het maken van kleine portal-incisies is de techniek atraumatisch voor de Deltoid musculatuur, wat een zeer positief effect heeft op de postoperatieve pijn. Hierdoor kan vrijwel onmiddellijk na de ingreep reeds gestart worden met fysiotherapie. Dit versnelt uiteraard de revalidatie.

Ook de per- en postoperatieve anesthesische zorgen zijn mee geëvolueerd. De postoperatieve pijn kan

tegenwoordig perfect onderdrukt worden met behulp van een éénmalige scalenusinjectie of een verblijfcatheter waarbij analgetica via pompinfuus worden toegediend. Schouderarthroscopie gebeurt voor 95% onder algemene narcose gezien peroperatief voldoende hypotentie noodzakelijk is. Opereren onder bloedleegte is in de schouder uiteraard niet mogelijk. Bij hoge bloeddruk wordt de kwaliteit van het arthroskopisch zicht dus heel wat minder. Open procedures zijn hiervoor heel wat minder gevoelig.

Schouderproblemen kunnen voorkomen bij een zeer gevarieerd publiek met verschillende activiteitsniveaus. De vier belangrijkste klachten zijn pijn, instabiliteit, krachtverlies en een verminderde bewegingsamplitudo. Het schouderletsel kan van een traumatische aard zijn. Meestal wordt het echter veroorzaakt door repetitieve microtraumata.

Een juiste diagnose van schouderletsels vereist een nauwkeurig klinisch onderzoek. Daarnaast kan uiteraard een beroep gedaan worden op een aantal technische onderzoeken zoals radiografie, echografie, arthro-CT en

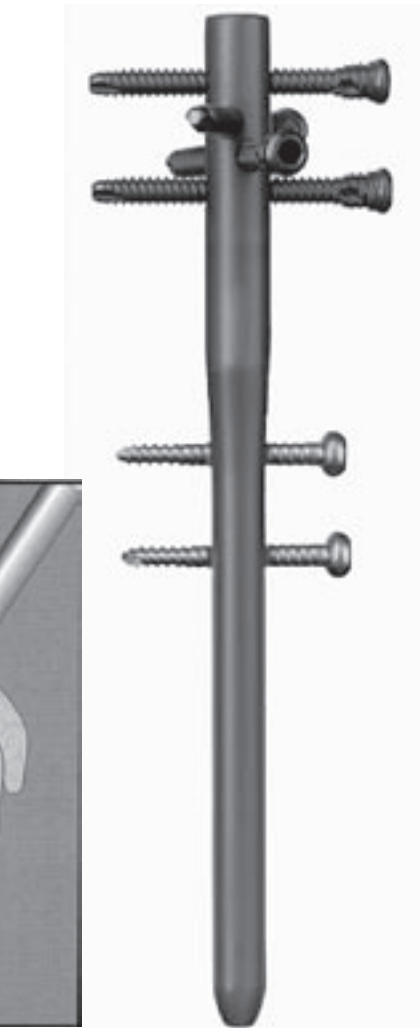


Foto 3



Foto 4

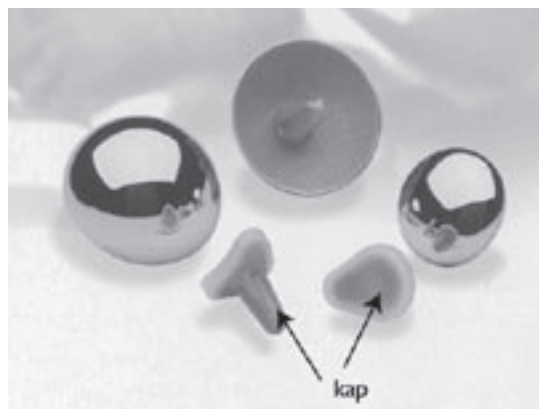


Foto 5

Foto 6



(arthro-)MRI. Ook de waarde van arthroscopie in de diagnose is niet te onderschatten.

Schouderarthroscopie kan naar gelang de voorkeur van de chirurg in zijlig of in strandstoelpositie worden uitgevoerd. De arthroscoop wordt standaard via een posterieure toegang ingebracht. Daarnaast kunnen bijkomende 'working portals' worden gemaakt voor het inbrengen van instrumenten. Het schoudergewricht wordt opgeblazen met fysiologisch vocht. De intra-articulaire druk wordt met een externe pomp constant gehouden.

De arthroscopische subacromiale decompressie is de meest frequent uitgevoerde procedure. Hierbij gaan we impingement of aanbotsen van de rotator-cuff tegen het voorste gedeelte van de coraco-acromiale boog ongedaan maken, door de onderzijde van het acromion af te vlakken en het coraco-acromiaal ligament te sectioneren (foto 1). Tegelijkertijd kunnen we zowel de onder- als bovenzijde (articulaire en subacromiale zijde) van de cuff beter beoordelen. Kleine scheuren kunnen in dezelfde tijd hersteld worden. Zo nodig kan een degeneratief acromio-claviculair gewricht gedebrideerd

of gereseceerd worden. De procedure laat eveneens toe calcificaties in de rotator-cuff op te sporen en te needlen. Grotere kalkhaarden dienen met de curette verwijderd te worden. Het resterende partiële diktedefect in de rotator-cuff kan dan arthroscopisch gesloten worden.

De arthroscopie heeft ons een enorme schat aan informatie opgeleverd wat betreft de pathologie van het labrum. De schouder is één van de meest laxa gewrichten van het lichaam. Onder laxiteit verstaat men de fysiologische graad van translatie van humeruskop ten opzichte van het glenoid. Schouderstabiliteit wordt bekomen door een samenwerking van de kapsels (statische stabiliteit) en de omliggende spieren (dynamische stabiliteit).

In geval van blijvende instabiliteit na een doorgemaakte schouderluxatie (traumatische instabiliteit) wordt vaak een avulsie van het antero-inferieure labrum ten opzichte van het glenoid gezien (bankart letsel). De kijkoperatie laat ons toe het labrum te herfixeren en superieurwaarts te shiften om zo de schouderstabiliteit te herstellen.

“Een juiste diagnose van schouderletsels vereist een nauwkeurig klinisch onderzoek.”

► Hierbij wordt gebruik gemaakt van metalen of bio-resorbeerbare ankertjes die in het beenderige glenoid worden geplaatst. Doorheen deze ankers verlopen draden waarmee dan het labrum-kapsel complex tegen het glenoid kan worden geknoopt (foto 2 a en b).

Ook een avulsie van het bicepsanker (SLAP-laesie) kan arthroskopisch op een gelijkaardige manier worden hersteld. Bij de atraumatische instabiliteit is er sprake van een toegenomen kapselvolumen, labruminsufficiëntie, een vlak glenoid of een neuro-musculair onevenwicht. Hier richt de behandeling zich op het kapsel zelf waarbij getracht wordt het kapselvolumen te verkleinen door middel van een kapselplacatuur.

Van frozen shoulder of adhesieve capsulitis spreken we bij een ernstige mobiliteitsbeperking van de schouder door een inflammatoire verdikking en verschrompeling van het kapsel. Waar we met een schoudermobilisatie onder narcose eigenlijk op een ongecontroleerde wijze trachten de schoudermobiliteit te herstellen, kunnen we nu ook arthroskopisch op een meer gecontroleerde manier het kapsel van binnenuit losmaken met gebruik van een warmte-hook elektrode.

De grootste doorbraak in de schouderchirurgie heeft de laatste jaren plaatsgevonden in de rotator-cuff chirurgie, waarbij tegenwoordig zowel kleine als massieve scheuren arthroskopisch kunnen worden behandeld. Betere ankers, handige instrumenten om de cuff te hechten en te knopen maken ons het leven veel aangenamer. Geretraheerde en verkleefde scheuren kunnen losgemaakt en gefixeerd worden.

De meest recente vooruitgang in de arthroskopische schouderchirurgie situeert zich op het vlak van de bicepspees-pathologie. Bij bicepspees tenosynovitis is het momenteel immers mogelijk ook op arthroskopische wijze een tenodese van de pees in de bicipitale groeve te verrichten.

Schouderfracturen nemen de laatste jaren in frequentie toe. De vergrijzing van de bevolking, de hiermee gepaard gaande osteoporose en de toename van de high energie activiteiten bij jongeren zijn hier niet vreemd aan. In het verleden werden twee- en driedelige breuken zonder ernstige verplaatsing vaak conservatief behandeld. Immobilisatie gaf frequent aanleiding tot kapselverstijving met moeizame revalidatie en minder goede functionele resultaten als gevolg. Tegenwoordig beschikken we over een heel gamma endomedullaire humerusnagels die toelaten de fractuur op een oefenstabiele wijze te stabiliseren waardoor vroegtijdige actieve en passieve mobilisatie is toegelaten (foto 3). De ontwikkeling van passieve mobilisatie-apparatuur type 'Kinetec' heeft een belangrijke bijdrage geleverd in de revalidatie na fractuurbehandeling.

Zelfs in geval van 4-delige fracturen waarbij meestal een belangrijke fractuurverplaatsing aanwezig is, gaat onze voorkeur nog uit naar osteosynthese. Naast de humerusnagel beschikken we eveneens over hoekstabiele

peri-artculaire platen. Door het feit dat de hoekstabiele schroeven niet enkel in het bot maar ook in de plaat gefixeerd worden, kan een stevigere constructie bekomen worden.

Wanneer de humeruskop volledig gedislodgeerd is, met grote kans op ontwikkeling van een avasculaire necrose (afsterven van de humeruskop ten gevolge van gecompromitteerde bloedtoevoer), biedt de humerus fractuurprothese een oplossing. Hierbij trachten we de beide verplaatste tuberkels mooi rond de fractuurprothese te reduceren en te fixeren. Het behoud van de tuberkels is van groot belang voor de functie gezien de rotator-cuff hierop insereert (foto 4).

Tegenwoordig gaan er stemmen op om zelfs claviculafracturen met ernstige verkorting of diastase meteen operatief te behandelen om een optimaal resultaat te bekomen. Laattijdige pseudarthrosen van het sleutelbeen leveren immers een grotere morbiditeit en langdurigere revalidatie op. Ook ernstige acromio-claviculaire luxaties worden bij jonge en/of actieve patiënten aangepakt met directe repair.

Ten slotte is er nog de electieve behandeling van omartrose (vervorming van het schoudergewricht omwille van arthrose). Bij jonge patiënten beschikken we tegenwoordig over een cementloze resurfacing-prothese van de humeruskop, naar analogie bij de heupprothesechirurgie (foto 5). Hier wordt de originele beenderige kop bekleed met een metalen kap. De humerusdiaphyse blijft onaangevoerd, hetgeen uiteraard voordelig is bij eventuele latere revisiechirurgie.

Bij ernstig kraakbeenlijden met een intacte rotator-cuff wordt een totale schouderarthroplastie uitgevoerd. Zowel het glenoid als de humeruskop worden vervangen. Indien er arthrose bestaat in aanwezigheid van een afwezige cuff, nemen we onze toevlucht tot een totale schouderprothese van het omgekeerde type (foto 6). De functie wordt dan verzekerd door een goede deltoidfunctie. Met deze omgekeerde schouderprothese wordt in de meeste gevallen een zeer goede pijnverlichting en functie bekomen. Op lange termijn (12 tot 15 jaar) moeten we echter wel met de mogelijkheid van loslating van de glenoidcomponente rekening houden. Vandaar dat deze prothese vooral aan de oudere populatie wordt voorbehouden.

Zoals U kan zien, is de schouderchirurgie op verschillende domeinen flink geëvolueerd en zullen er beslist nog nieuwere technieken hun opwachting maken. We kijken ernaar uit.

(V.l.n.r.) Dr. Richard Witvrouw, dr. Jan Truijten, dr. Jan Oosterbosch en dr. Ludo Oprins
Dienst Orthopedie ZOL Genk





Beleidsplandag patiëntveiligheid

IN 2005 is in het ZOL het 5-jarenproject patiëntveiligheid gestart. Als start van het tweede werkjaar werd op 3 februari 2006 een beleidsplandag georganiseerd. "In het eerste jaar is al een hele weg afgelegd," aldus dr. Vandeput, medisch directeur.

Er werd geopteerd voor een vijfjarenplan "omdat een dergelijk project tijd vraagt, omdat een systematische aanpak vele stappen veronderstelt en omdat alle gelegingen in het ziekenhuis moeten gemobiliseerd worden," aldus dr. Vandeput.

Het ZOL wil op termijn op een zichtbare manier een veiligere zorg aanbieden aan de patiënten. Als start werd een voltijds geneesheer, dr. Ward Schrooten, aangesteld, is een ziekenhuisbrede cultuurmeting gebeurd en is patiëntveiligheid in de beleidsplannen van alle patiëntenprogramma's opgenomen. Wekelijks is er een werkgroep actief en werden al heel wat inzichten verworven.

Ondertussen werden de toepassingen gestart. De vele projecten zullen zichtbaar gemaakt worden en als voorbeeld dienen voor de rest van het ziekenhuis.

Tijdens de beleidsplandag kwamen geneesheren, verpleegkundigen, apothekers en de directie hun verhaal brengen. De wil en de ideeën om tot goede resultaten te komen, zijn sterk aanwezig.

Het programma zag eruit als volgt:

1. Inleiding: dr. H. Vandeput, medisch directeur.
2. Situering van patiëntveiligheid: Johan Hellings, algemeen directeur.
3. Systeemanalyse in een niet-bestrafende cultuur: dr. Ward Schrooten, medisch beleidsadviseur.
4. Verpleegkundig-paramedisch departement, Solange Indenkleef, verpleegkundig-paramedisch directeur.
5. Clinical pharmacy: Luc Vandorpe, hoofd apotheek.
6. Spoedgevallen en patiëntveiligheid: Diane Niesten, verpleegkundig coördinator Spoed.
7. Patiëntveiligheid in een opleidingsziekenhuis: dr. P. Lemkens, NKO.
8. Preventie van fouten bij chemotherapie: dr. M. Thomeer, pneumologie.
9. Safety First in perioperatieve geneeskunde: dr. R. Heylen, anesthesie.
10. Patiëntveiligheid: beschouwingen vanuit cardiologisch perspectief: dr. M. Vrolix, cardiologie.
11. Patiëntveiligheid en laboratorium: dr. G. Coppens, klinische biologie.
12. Clinical risk management: project in gynaecologie, dr. E. De Jonge, gynaecologie.
13. Synthese en aanzet tot projecten, dr. Ward Schrooten, medisch beleidsadviseur.

Paul Broca (1824-1880)



VANDAAG weten we dat het horen, het zien, de taal en zelfs het genot in welomlijnde plekje in de hersenen liggen, maar in de 19de eeuw was dit niet zo. Paul Broca was de eerste die een welbepaalde functie in een anatomisch welomschreven hersengebied situeerde: het motorisch spraakcentrum van Broca.

Eerste speculaties

Een van de eersten die het verband tussen functie en hersenplekje begint te vermoeden is de neuro-anatomicus Franz Joseph Gall (1758-1828). Het valt hem op dat studenten die vrij goed zijn in taal, vaak uitpuilende ogen hebben. Daaruit besluit hij dat die 'taalknobbel' ergens vlak achter de ogen moet liggen. Anders zouden ze niet uit.

Nochtans was Gall niet de eerste de beste onderzoeker. Terecht beschouwde hij de hersenen als het substraat van intellectuele vermogens, gevoelens en stemmingen. Maar hij gaat zijn boekje te buiten als hij ook abstracte kwaliteiten als 'hoop' en 'sublimiteit' een specifieke plaats in de hersenen geeft.

Bouillaud & schoonzoon

Een leerling van hem, Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881) gaat op die eerste vermoedens door maar test het een en ander meer 'evidence-based' uit. Zo ziet hij dat bij veel rechtzijdig verlamde patiënten iets niet in orde is met de spraak. Bewijzen kan hij niet voorleggen maar voelt toch ergens een verband tussen een lichamenteel gebrek en een afwijking in de hersenen. Het artikel dat hij daar in 1825 over publiceert wordt als onzin onthaald maar toch weet hij één iemand te overtuigen, een leerling van hem en tevens zijn schoonzoon, Ernest Aubertin.

Aubertin geeft op 4 april 1861 een lezing in het door Broca pas opgerichte Société d'Anthropologie. Daar verdedigt hij met verve en veel klinische correlatie de stelling dat het centrum van de gesproken taal ergens in de hersenen moet liggen, én linkszijdig. Hij besluit zijn voordracht: 'Ik ben bereid mijn theorie op te geven als jullie me één geval kunnen aanwijzen van spraakverlies zonder letsel in de frontale kwab.' Als voorzitter van de Société d'Anthropologie luistert Paul Broca aandachtig toe, en neemt de uitdaging aan.

Mijnheer Tan

Toevallig wordt Broca een week later bij een zekere mijnheer Leborgne geroepen wiens rechter onderbeen

zwart ziet van het gangreen. Blijkt dat die 51 jarige man al 30 jaar rechtzijdig verlamd is en al even zolang niet meer kan spreken. Het enige woord dat hij mits heel wat tong- en lippenspel uitbrengt is 'tan ...' en dat herhaalt hij dan gewoonlijk twee keer: 'tan ... tan.' Toch is die mijnheer Tan, zoals hij al jaren in het Hôpital Bicêtre genoemd wordt, geen debiel en verstaat alles wat hem gezegd wordt. Alleen kan hij het niet 'uitspreken'.

Chirurg Paul Broca kan het gangreneuze been niet redden en mijnheer Tan sterft op 17 april 1861. Hij doet een hersenautopsie en ziet aan de linkerkant, meer bepaald ter hoogte van de derde frontale winding, een serieuze ravage, waarschijnlijk veroorzaakt door een oude hersenbloeding.

Mijnheer Lelong

In november van hetzelfde jaar doet Broca een autopsie op een tweede patiënt die ook al jaren geen deftig woord meer over de lippen krijgt. Hij ziet afwijkingen in net dezelfde regio en is met verstomming geslagen. Dit kan geen toeval zijn.

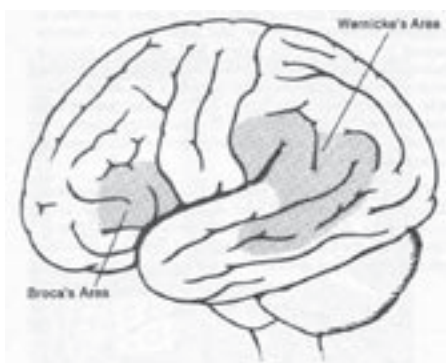
Toch durft hij uit deze twee waarnemingen nog geen grote conclusies trekken maar in 1865 is hij zeker van zijn zaak: het centrum voor de gesproken taal zit, althans bij rechtshandigen, aan de linker zijde in de frontale kwab. 'Nous parlons avec l'hémisphère gauche.'

In een artikel daarover: 'Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole)' noemt hij die plaats de: 'circonvolution du langage' en is daarmee de eerste die een hard anatomisch bewijs levert voor een welbepaalde hersenfunctie. Die plaats wordt later door David Ferrier (1843-1928) herdoopt tot 'Broca's area'.

Van chirurg tot antropoloog

Aanvankelijk studeert Paul voor chirurg en klimt, na het behalen van talrijke eerste prijzen, snel op tot de hoogste academische kringen. Naast een getalenteerd chirurg is hij ook een harde werker. Zo laat Paul Reclus zich ooit ontvallen: 'Aucun pays ne montre un chirurgien ayant produit à trente ans des travaux de pareille valeur.'

Maar al snel gaat Broca's interesse uit naar de antropologie. Een eerste aanleiding daartoe zijn de opgravingen in het cimetière des cordeliers in 1847. Als lid van de commissie die daarover report moet uitbrengen, ziet hij schedels van alle formaten en vormen. Met meters en passers legt hij zich toe op de studie van de craniologie (schedelmeetkunde) en de etnologie (rassenstudie).



Een hybride beest

Een tweede vonk tot de antropologie komt er als een veefokker hem op een dag een kruising toont tussen een wilde haas en een tam konijn. Broca beseft onmiddellijk de onmogelijkheid van zo'n beest en presenteert die 'léporide' aan een schare biologen. Geschokt schuiven ze hun binocle dieper op de neus en kijken stomverbaasd toe: nee, een kruising tussen een wild en een tam ras, ... dat kan niet! Dit beest is een regelrechte aanfluiting van het wetenschappelijk fatsoen.

Één jaar voordat Charles Darwin zijn 'Origin of Species' de wereld instuurt, geeft Broca een lezing over die léporide: 'Sur l'hybridité animale en générale et sur l'hybridité humaine en particulier.' Onmiddellijk breekt een academische rel uit. Want als het klopt wat Broca beweert, en zijn léporide geen wereldvreemd monster is, is meteen het dogma de grond ingeboord dat zegt dat een ras onveranderlijk is, en voor altijd zuiver blijft.

Tja, en als Broca en Darwin nu eens gelijk hebben, klinkt het in de wandelgangen ... wat moet het dan als een wilde bosjesman straks ... euh ... met een Française in bed kruipen?

Frankrijk fronsht haar wenkbrauwen

Ondertussen richt Broca met enkele vrijdenkers in 1859 de 'Société d'Anthropologie' op, de eerste ter wereld. In hun vergaderingen debatteren ze ondermeer over Darwin's bewering die zegt dat een kruising tussen rassen niet enkel mogelijk is maar, evolutionair gezien, zelfs krachtiger is dan inteelt.

Uiteraard krijgt het Ministerie van Algemeen Welzijn daar lucht van en ontwikkelt zich een drukke –en geheime– briefwisseling tussen de bevoegde minister en de prefect politie te Parijs. In alle discretie wordt een politiemans in burger naar die vergaderingen gestuurd om te zien of daar niets gezegd wordt dat indruist tegen de belangen van de gemeenschap, de staat of de godsdienst.

Want ook de hoge clerus voelt ondertussen natigheid en probeert die subversieve vergaderingen te dwarsbomen. Wat bijvoorbeeld te denken van het voorstel van die vrijbuiters om de opvoeding van vrouwen los te koppelen van de Kerkelijke instellingen? In hoogsteigen persoon komt Bisschop Félix-Antoine-Philibert

Dupanloup's (1802-1878) tussenbeide om nog eens goed te benadrukken dat er maar één eerbare scholing van vrouwen is, namelijk 'sur les genoux de l'église.'

Veelzijdig bevrologed man

Broca wordt niet enkel de eerste voorzitter van die 'subversieve' Société maar publiceert in 1872 ook een maandblad, de 'Revue d' anthropologie'. Daarin verschijnen van zijn hand zo'n 200 artikels over antropologie, etnologie en alles wat daarmee te maken heeft. Zo ondermeer de 'formule van Broca', die zegt dat het ideale gewicht van een volwassen man, in kilogrammen uitgedrukt, gelijk is aan het aantal centimeters dat hij langer is dan één meter.

Later wordt Broca Vice-president van de 'Assistance Publique' en schrijft een aantal boeken over kindersterte, demografie in Frankrijk en medische verzorging in het Franse leger. Onder het bewind van de Commune riskeert hij op een dag zelfs zijn leven als hij de kas van de 'Assistance Publique', zo'n 75 miljoen frank, in veiligheid probeert te brengen. Hij stopt het geld in zakken en verbergt het onder een stapel aardappelzakken op een boerenkar waarmee hij –met de daver op het lijf– door de door Commune-leden zwaar bewaakte stadspoorten van Parijs rijdt.

Senator Broca

Twintig jaar later klinkt in Parijs het woord 'antropologie' niet langer als een vloek en heeft het nieuwe bewind in Frankrijk de vele verdiensten van Broca ingezien. Als eerbetoon wordt hij in 1880 tot senator van de Franse republiek benoemd. Voor het leven.

Zijn talrijke vrienden richten een groot banket aan en in zijn dankwoord spreekt Broca de profetische woorden uit: «Je suis trop heureux! Tous les rêves d'ambition, qu'un homme qui a consacré sa vie à l'étude aurait pu faire, se sont réalisés pour moi et si j'étais aussi superstitieux que les anciens, je considérerais ma nomination au Sénat comme le présage d'une grande catastrophe, peut-être comme un présage de mort.»

En zijn voorgevoel komt uit. Tijdens de senaatzitting van 8 juli van ditzelfde jaar voelt hij plots een hevige pijn in de schouder. Thuis vlijt hij zich op de sofa neer en rond middernacht grijpt een verstikkend gevoel hem naar de keel. Hij sterft, amper 56 jaar oud.

Paul Broca was de eerste die een welbepaalde functie in een anatomisch welomschreven hersengebied situeerde: het motorisch spraakcentrum van Broca.

Dr. Johan Van Robays



Percutane coronaire en vasculaire **interventies**

DE laatste 10 jaar hebben de percutane coronaire en vasculaire interventies een hoge vlucht genomen. In 2005 werden in het ZOL bijna 1.500 coronaire stenting procedures uitgevoerd. Dit jaar zal de 50.000ste coronarografie en/of interventie gebeuren sinds de opstart van het Hartcentrum Limburg. Qua vasculaire interventies zit de terugbetaling van de carotisstenen in de lift. Dit, samen met de recente uitbreiding van de staf interventiecardiologie, zet het Hartcentrum Limburg en het Limburgs Vaatcentrum ertoe aan een symposium te organiseren op zaterdag 6 mei in de aula van het ZOL.

Interventiecardiologie: vooruitgaan met vallen en opstaan

De eerste stappen in interventiecardiologie werden gezet door Charles Dotter en Andreas Grüntzig. Deze pioniers maakten eind jaren '70 hun eigen dilatatiekatheters om endovasculaire en coronaire vernauwingen te 'dotteren' of te dilateren. De eerste coronaire interventie werd verricht door Andreas Grüntzig in 1977. De eerste ballonkatheters waren enkel bruikbaar voor proximaal gelegen letsels: zij werden niet over een draad ingebracht, hadden een slecht profiel en waren weinig flexibel.

Al gauw bleken er, afgezien van materiaalproblemen, twee tekortkomingen: enerzijds het optreden van dissectie en klontvorming met acuut afsluiten van het bloedvat en anderzijds het terugkomen van de vernauwing of restenosis. Twee Zweden, Wallsten (een uitvinder) en Senning (een vasculair chirurg), zochten een oplossing voor het probleem van dissectie en ontwikkelden de eerste stent, een metalen netwerk dat de dissectieflap tegen de wand kon duwen. De eerste stent werd door J. Puel in een patiënt geïmplantéerd in 1986.

Met het implanteren van stents verscheen ook een nieuw probleem, namelijk stentthrombosis. De medische strategie ter preventie van deze acute complicatie moest nog oppunt gesteld worden. De incidentie nam daarvoor af van een onaantoonbare 25 % (!) met subcutane Heparine naar 5–10 % met Heparine i.v. en coumadines, en vervolgens naar 0,5–2 % door combinatie van Aspirine en Ticlopidine of Clopidogrel.

Gigantische budgetten werden gespendeerd om het andere probleem – restenosis – te bestuderen en te kunnen voorkomen. De resultaten met systemisch toegediende preparaten waren erg ontgoochelend.

De eerste stap werd gezet door het systematisch gebruik van stents – in de jaren '90 – waardoor de inci-

dentie van restenosis kon teruggedrongen worden van $\pm 30\%$ tot minder dan 20% .

Sinds 2000 worden bepaalde stents bekleed met medicatie, de zogenaamde 'drug eluting stents', waardoor de incidentie van restenosis minder werd dan 10% . In België zijn momenteel 3 types DES beschikbaar: Cypher® Cordis (sirolimus-eluting-stent), Endeavor® Medtronic (ABT578-eluting-stent) en Taxus® Boston Scientific. Terugbetaling voor deze duurere stents is enkel voorzien voor patiënten met diabetes mellitus. Striktere en langere anti-aggregerende therapie is noodzakelijk om de incidentie van stentthrombose lager dan 2% te houden.

Door verbeterde technologie en materiaal zijn de indicaties voor percutane coronaire interventies enorm uitgebreid. Daar waar in de jaren '80 enkel ééntaks- of tweetaksziekte met eenvoudige, korte letsels bij patiënten met stabiele angor werden behandeld, zijn instabiele patiënten met acuut coronair syndroom, meertaksziekte en slechte linkerventrikelfunctie eveneens een doelgroep geworden. Zeker in deze moeilijker populatie is de ondersteunende en tijdig opgestarte farmacotherapie belangrijk in het voorkomen van thrombotische complicaties.

In Europa werden 733 000 percutane coronaire interventies verricht in 2003, waarvan 23 000 in België. In het ZOL werden vorig jaar 1.460 coronaire stentprocedures verricht. Dit jaar passeren we de 50.000ste coronaire procedure. De dienst Cardiologie, samen met de dienst Vasculaire Heelkunde, wensen dit in het zonnetje te zetten met een mini-symposium op 6 mei 2006. Hierbij zullen live 2 cases gedemonstreerd worden om ons enthousiasme op u te mogen overbrengen.

Prof. dr. J. Dens, namens het
Hartcentrum Limburg





Carotisvernauwing: endarterectomie of stenting

Beroerte is de derde doodsoorzaak in de westerse wereld. Een vernauwing van de halsslagader is in ongeveer 25% van de gevallen de oorzaak van het optreden van een beroerte. Begin de jaren 90 hebben grote studies (NASCET, ECST, ACAS) dan ook het nut van carotischirurgie onder vorm van endarterectomie bewezen in het voorkomen van een beroerte. Symptomatische patiënten, bij wie reeds cerebrale symptomen zoals amourosis fugax, een TIA of CVA is opgetreden, hebben een significant voordeel van deze ingreep indien de graad van vernauwing meer dan 70% bedraagt. Dit voordeel treedt bij asymptomatische patiënten, bij wie een vernauwing van de halsslagader toevallig tijdens een screeningsonderzoek wordt vastgesteld, slechts op bij een vernauwingsgraad van 80%.

Ondanks deze uitstekende resultaten zijn er echter aan carotisendarterectomie ook welbepaalde verwickelingen gerelateerd, zoals het krijgen van een beroerte of zelfs het overlijden van de patiënt. Ook kunnen bepaalde omstandigheden zoals ernstig cardiaal of pulmonaal lijden, een voorafgaande chirurgische ingreep (bv. bij een recidief stenose na een vroegere endarterectomie) in de hals of een vernauwing, veroorzaakt door lokale radiotherapie, het risico van deze ingreep verzwaren.

Een endovasculaire behandeling van een carotisvernauwing door het uitvoeren van een ballondilatatie en de plaatsing van een stent zou vanuit theoretisch standpunt uit bekeken een minder invasief en dus veiliger alternatief kunnen betekenen. Een dergelijke behandeling wordt immers uitgevoerd onder lokale verdoving en ook wordt zo chirurgische insnede in de hals vermeden. Maar ook deze ingreep heeft zijn eigen risico. Dit bestaat in het tijdens de manipulatie veroorzaken van een embolus dat naar boven schiet en hierdoor een tak van de hersencirculatie afsluit waardoor een beroerte ontstaat.

Om dit te voorkomen wordt op dit ogenblik carotisstenting onder cerebrale protectie uitgevoerd. Hierbij wordt vooraleer de stent geplaatst en het bloedvat gedilateerd wordt een klein filtertje voorbij de vernauwing gebracht en ontplooid. Dit filtertje gaat tijdens de manipulatie van het lestel de eventuele ontstane embolen opvangen en zo voorkomen dat deze naar de hersenen schieten. Het bloed kan echter gedurende de hele ingreep doorheen de mazen van de filter naar de hersenen blijven stromen. Op het einde van de ingreep wordt de filter verwijderd. Andere methoden zoals het tijdelijk afsluiten van de circulatie door een ballonnetje op te blazen distaal of proximaal van het lestel is een andere, weliswaar minder gebruikte techniek. Recente studies (SAPPHIRE) hebben aangetoond dat de endovasculaire behandeling welke bestaat uit stenting onder cerebrale protectie de voorkeursbehandeling is voor patiënten met een hoog chirurgisch risico. Nog andere grote studies die endarterectomie met carotisstenting vergelijken (ICSS, SPACE, CREST,...) zijn aan de gang en hebben de bedoeling de waarde van deze nieuwe veelbelovende techniek aan te tonen.

Op dit ogenblik is er in België nog geen financiële vergoeding voor stent en cerebraal protectiesysteem voorzien. De overheid is echter bezig met de goedkeuring van een protocol waarbinnen in bepaalde geaccrediteerde centra deze ingreep zal worden vergoed.

Het mini-symposium vindt plaats op zaterdag 6 mei in de aula van het ZOL. Toegang is gratis. Inschrijven kan bij het secretariaat hartcatherisatie bij Hilde Gielen. Tel. 089/32 71 61, e-mail hilde.gielen@zol.be.

Dr. Luc Stockx, namens het Limburgs Vaatcentrum



Na nano

VAN zo'n experimentele nano-behandeling voor LDVD moet men nu ook niet alles verwachten. Amper twee maanden na het uitschroeien van mijn kwalijke 'hot spot' in dat peperduur magneetveld (ZOLarium 19) begon mijn gezwel, ik bedoel de hunker naar Manuela, weer overal in me te woekeren. Ze was, zoals men dit in tumorjargon uitdrukt: uitgezaaid.

Vooreerst in mijn andere hersenhelft, de linker. Zonder veel erg aldaar. Want daar huist zoals iedereen weet de rede, het verstand. Maar ze zaaide ook uit naar organen die daar totaal niet op voorbereid waren, mijn longen en botten.

Om in topvorm door een zompig bos te joggen, zijn gezonde longen en botten nu echt een 'must'. Dus werd het daar een gesukkel van jewelste en schoot bij elke fluim en beenkramp de gedachte aan Manuela weer pijnlijk naar boven. Bovendien kreeg ik na 12 kilometer een infernale trappistendorst.

'Geen Bolleke meer?' vroeg Manuela, (die ik via mijn metastasen opnieuw herkende). 'Geen Koninckje meer?' spotte ze. 'Geen rozerood Antwerps biertje dat aan 2.20 euro op mijn bierkaart staat?' draaide ze het mes nog dieper in de wonde.

Hoe kon ze zo hard zijn? Zo bikkelhard na al het moois wat we beleefd hadden en voor zo weinig sterfelingen weggelegd was? Met een blik die niets aan de verbeelding overliet, keek ik haar smachtend in de ogen. 'Toe nou Manuela! Hou je nog van me?'

Hautain flipperde ze haar met mascara aangelijnde wimpers omhoog maar het waren niet meer de betoverende gazellenogen van weleer. Het waren de gespleten irissen van giftige serpente. Met een smak plantte ze twee trappisten voor me: 'Hier heb je ze.'

Dood van de dorst ledigde ik de twee kelken tot op de bodem en putte daar kracht uit: 'Je hebt tijdens mijn nano-behandeling toch niet zitten aanpappen met ... die bejaarde pijproker?'

Flipperende wimpers: 'Nee.'

Kordate ontkenning. Eerlijk antwoord. Opluchting. Maar onmiddellijk sloegen mijn gedachten over naar de tweede minst verdachte, de dikbuikige biljarter. Als naar gewoonte lag die in een onmogelijke anatomische positie over het groene laken zijn ivoren ballen in scherpe haken dooreen te meppen.

'Nee, ook die niet.'

Oef! En meteen bestelde ik een nieuwe trappist om helder en fris, in een soort deductieve Hercule Poirot-



stijl, het hele verdere rijtje verdachten af te lopen. 'De ex-wielrenner ...?'

'Heeft het geprobeerd maar die heb ik opgezadeld.'

Aha! Een eerste aanwijzing. Hét bewijs dat er tijdens mijn nano-behandeling toch iets gebeurd was. Niemand, zelfs geen psychiater, kon me nu nog verdenken van paranoia of waanideeën.

Verder deductief doordenkend viel mijn oog op de man wiens palmares al sinds mensenheugenis volstond met ..., nee, één goddeloze aaneenrijging was van overspel, schuinschaatsen en andere dwalingen. 'Jouw ... ex-tennisleraar ...?'

'Oh ... die?'

O die twee woorden! Die twee simpele woorden! Twee woorden die van alles konden betekenen. Dus viseerde ik Manuela's wangen of zich daar een bos ontwikkelde of niet. Verscheen die, dan verborg ze iets. Verscheen die niet, dan was ze onschuldig. De bos verscheen uiteindelijk niet. Dus was mijn volgende logische vraag: 'Hou je dan niet van ... mannen?'

Waarop ze haar blonde lokken in een wulpse ruk achterwaarts sloeg en me recht in de ogen keek. 'Sjonge, hoe is het toch mogelijk Johan? Is dit het enige waar jij dagdagelijks aan denkt?'

'Nee, elk uur, elke minuut, elke seconde denk ik aan jou Manuela, ... jij bent zo ...'

En toen kreeg ze het pas in de mot dat ik al de hele tijd in haar decolleté had liggen staren waarop ze enigszins verward, haar knoopjes fatsoeneerde.

Miljaarde, nonde ..., gedverde ik in mezelf. Waarom

KORT

heeft God ooit Zijn mooiste schepsel op me afgestuurd om me in vuur en vlam te zetten, en zijn schitterend Scheppingsplan in mij, en ik in haar te voltooien ... om dan ... tja ...?

'Nog trappist?' frustelde ze nog steeds aan die onnozele knoopjes.

'Nee, een Mort Subite en nu meteen.' Want ik had er plots genoeg van. Wat had ik aan twee ogen als die niet mochten kijken? Wat had ik aan twee handen als die niet mochten strelen? Wat had ik aan twee lippen als die enkel maar haar trappist mochten proeven? En wat had ik tenslotte aan dat ene, onpare en eenzame, door God zo welgeschapen orgaan dat bij eender welke aanblik van Manuela Nee, niks dus.

Even stoicijs als Socrates eeuwen geleden zijn gifbeker gedronken, had sloeg ik die 'Mort Subite' pal achterover en klopte even later aan de hemelpoort aan. Daar ontweek ik de administratieve beslommingen waarmee Sinte Pieter kwam aanzetten en flipte onder zijn dik lastenboek onmiddellijk door naar de spotlicht waarin Gods Troon baadde.

Daar knielde ik zo vroom als mogelijk neer maar sloeg onmiddellijk mijn ogen op: 'Waarom hebt U, o Almachtige Hemelse Vader, het mij op aarde zo aarts-moeilijk gemaakt? Waarom gaf U aan het mooiste schepsel dat U ooit creëerde, nooit het vuur dat U zo razend in mij liet branden? Was Uw Goddelijke vonk in mij dan maar een ... Darwinistisch experimentje?'

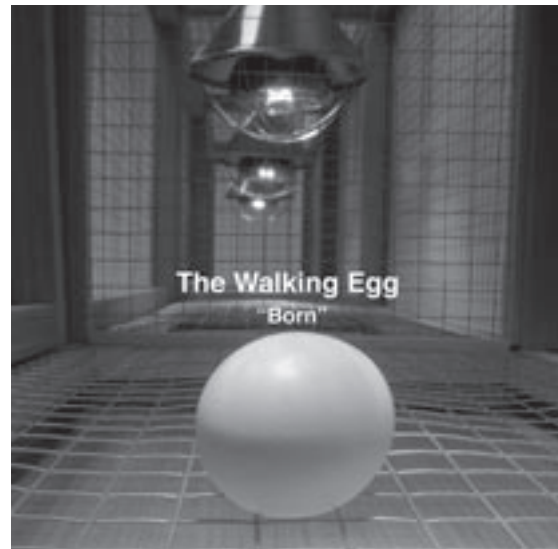
In Zijn Almachtige Wijsheid gaf God daarop geen antwoord.

Even vervloekte ik mijn vermetelheid om Gods aarts-rivaal in de schepping, Charles Darwin, zomaar vlakaf bij naam te noemen, maar gelukkig ontstak Hij niet in Bijbelse Toorn. Rustig raketten Hij in zijn eeuwenoude baard en keek me een minuut lang enigszins vertederend aan. Tot er op Zijn lippen een aanzet tot glimlach verscheen die twee seconden later uitbarstte in een regelrechte schaterlach. En met Hem, schaterde de hele schare engelen en Heiligen die Hem omringden het in koor uit.

En toen begreep ik pas de mop. Ik was de zoveelste sterveling die door Manuela, of hoe je zo'n aardse verleiding ook mag noemen, op de proef gesteld was.

Dr. Johan Van Robays

P.S. Die beproeving wordt vervolgd.



Het nieuwe fertiliteitscentrum van het ZOL wordt officieel geopend op zaterdag 10 juni, in de voormiddag wordt een symposium georganiseerd in de aula, in de namiddag vindt een opendeur plaats.

Meer info: ingrid.jossa@zol.be

Nieuwe geneesheren



Dr. Robert Dion,
cardiochirurg



Dr. Nathalie Houben,
oftalmologe

Wetenschappelijke Raad

- Nieuwe trends in de aanpak van chronische rugpijn: van symptoomcontrole naar pijnrevalidatie: donderdag 20 april om 20.30 uur, aula ZOL
- Psychogeriatric en ouderenpsychiatrie: multidisciplinaire samenwerking en netwerkvorming: donderdag 18 mei om 20.30 uur, aula ZOL
- Minimale medische criteria inzake lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig: donderdag 22 juni om 20.30 uur, aula ZOL

CONGRESSEN

- Mini-symposium Percutane coronaire en vasculaire Interventies: zaterdag 6 mei 2006, aula ZOL Genk.
- Gerizol: 19 en 20 oktober 2006
- Voormiddagsymposium 'Uitdagingen voor een Vlaamse Gezondheidszorg' door het Vlaams Artsen Syndicaat, zaterdag 20 mei, golfhotel (residentie Stiemerheide) te Genk

PUBLICATIONS

Title: Similar compliance and effect of treatment in chronic hepatitis C resulting from intravenous drug use in comparison with other infection causes.

Authors: Geert Robaey, Hans Van Vlierberghe, Catharina Matheï, Marc Van Ranst, Liesbeth Bruckers and Frank Buntinx on behalf of the members of the BASL Steering Committee and the Benelux Study Group.

Published in: European Journal of Gastroenterology & Hepatology 2006, 18:159-166.

Abstract:

Objectives: There is some reluctance to treat intravenous drug users (IVDUs) with chronic hepatitis C (CHC) because of presumed lower compliance and response to antiviral therapy. We intended to evaluate the compliance and response to antiviral treatment for CHC in IVDUs compared with non-IVDUs.

Methods: A retrospective cohort study - secondary analysis of the results of a treatment trial - was performed in Belgium and The Netherlands. A total of 406 previously untreated CHC patients, including 98 (24%) IVDUs, were studied for compliance (presentation at the end of treatment), complete response (alanine aminotransferase within normal limits and serum hepatitis C virus polymerase chain reaction negative) at the end of therapy and sustained virological response (SVR).

Results: Non-compliance (8.2%) in IVDUs was not different from non-IVDUs (6.8%) (relative risk = 1.20; 95% confidence interval = 0.55-2.62). Complete response after controlling for hepatitis C virus was similar (relative risk = 1.19; 95% confidence interval = 0.89-1.60). Controlling for treatment arm, age, sex, presence of cirrhosis or hepatitis C virus viral load before treatment did not change these results. There was a marginally significant difference in the sustained virological response between IVDUs (46.6%) and non-IVDUs (34.6%) (relative risk = 1.35; 95% confidence interval = 1.00-1.81), also disappearing after adjusting for genotype. No difference in compliance or sustained virological response was found between active and nonactive IVDUs or between IVDU patients in or without a methadone maintenance program.



Conclusions: In this group of Benelux patients, IVDUs showed similar compliance and response to treatment with interferon and ribavirin compared with other patients with CHC infection. Therefore, it is no longer justifiable to withhold treatment to chronic hepatitis C patients who use intravenous drugs.

ABSTRACTS

Title: Is there a relationship between age and DNA fragmentation in human spermatozoa?

Authors: Martine Nijs, Annemie Cox, Mia Janssen, Eugene Bosmans, Marie Lafromboise, Christopher De Jonge and Willem Ombelet.

Accepted for: 31st Conference of the American Society of Andrology, van 8 tot 11 april 2006 in Chicago, Illinois, USA.

Introduction: In the human testis, aging results in reproductive hormonal and cellular changes. These changes may influence the quality of the sperm parameters (motility, concentration and morphology), ultimately resulting in a reduced fertilizing capacity and a longer 'time to pregnancy' for aging men. Whether these possible changes also include an increase in DNA fragmentation in the spermatozoa is not clear.

Objectives: The aim of the study was to investigate the influence of male age on motility, concentration, morphology and fragmentation of human sperm DNA in semen samples produced after a fixed period of 2 days abstinence. The study also investigated the influence of age on the fertilizing capacity, the pregnancy rate and the take home baby rate.

Methods: 278 patients entering the IVF/ICSI program were asked to produce a semen sample with 2 days of abstinence and this within 5-7 days before their actual IVF/ICSI attempt. The age of the patients ranged from 25 to 56 years (mean age of 35.1). Sperm samples were evaluated for concentration, motility and morphology according to the WHO and Kruger strict criteria. The remainder of the sample was frozen within 30 minutes and shipped to RMC (USA) for SCSATM analysis. The percentage of sperm with DNA fragmentation (DNA Fragmentation Index –DFI) was determined for each sperm sample. Fertilization rate was recorded as well as the pregnancy (PR) and take home baby rate (THB) of the IVF/ICSI cycles. Statistical analysis included non-parametric linear regression and Chi-square test.

Results: The age of the patient had no influence on motility, concentration and morphology of the semen sample. No correlation was found between the age of the patient and the percentage of sperm cells with fragmented DNA (minimum age of 25 with DFI of 44.4%, maximum age of 56 with 15.6% DFI, mean DFI 23.1%) The age of the male patient had no influence on the fertilization rate (mean of 66.4%). Of the 278 patients, 275 patients had an embryo transfer, 125 patients became pregnant (PR=45.4%) of which 79 patients delivered (THB=28.7%). No correlation could be found between age and miscarriage rate and outcome of pregnancy.

Conclusions: The data demonstrate no direct correlation between age and the three sperm parameters: sperm concentration, motility and morphology. Moreover, no correlation could be found between the age of the patient and DFI, the percentage of spermatozoa with DNA fragmentation as measured by the SCSATM technique. Elevated age did not result in lower fertilization rates nor in a significant decrease in term pregnancies.

To our knowledge, this is the first study to investigate the relationship between age of and DNA fragmentation in spermatozoa in semen samples produced after a standardized period of 2 days of abstinence.

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

Authors: C. Theyskens, P. Vandervoort, E. Bruneel, R. Van Hoestenbergh, S. Vanhaesebrouck

Presented at: Hot topics in Neonatology, '4-6 December 2005, Washington DC.

Abstract:

Introduction: Patent ductus arteriosus (PDA) is still one of the most common problems found in preterm infants, often complicating the clinical course of preterms and increasing mortality and morbidity. Controversy as to the appropriate indications and means for treatment of PDA continues to be in literature.

Aim of the Study: High closure rate after conservative treatment by means of adapting ventilation and fluid restriction prophylactic use of Ibuprofen in closure of PDA is indicated?

Methods:

1. retrospective study from January 1st 1999 till December 31st 2004
2. 108 newborns $\leq$ 30 weeks' gestational age ventilated and requiring surfactant
3. none received Ibuprofen or Indomethacin
4. clinical significant PDA treated conservatively with fluid restriction and adapting ventilation

Results:

1. Spontaneous PDA closure 72%
2. Closure rate after conservative R/94%
3. No more major complications
4. Closure rate after medical treatment in literature 80-90%
5. Ductal ligation 6%

Conclusion:

Closure of PDA without prophylactic Ibuprofen treatment is as effective as prophylactic Ibuprofen treatment without more major complications and without potential side-effects of Ibuprofen.

Therefore we postulate that prophylactic medical treatment of PDA with Ibuprofen is not indicated.

Large prospective double-blind randomised studies are mandatory.

Title: Belgian multicenter randomised study: interim analysis of comparison of one year peginterferon alfa-2b (Pegintron)[®] plus ribavirine (Rebetol)[®] versus no treatment in patients with chronic hepatitis C and persistently normal ALT levels.

Authors: L. Lasser, Ph. Langlet, M. Adler, J.P. Mulkey, C. de Galocsy, N. Boon, G. Robaey, I. Colle, H. Louis, Caucheteur, A. Reeckmans, H. Van Vlieberghe, A.M. Denys, E.M. Talib.

Presented at: Belgian Week for Gastroenterology, 9-11 February 2006

Background/aims:

- About 25 to 30 percent of patients with chronic hepatitis C have persistently normal ALT levels.
- Several studies showed that 20 to 25 percent of patients with normal transaminases have significant fibrosis.

	Gender	Median Age	Viral load (000) IU/mL	Genotype	Metavir score
Study population (n=43)	23 F/19 M I NC	44,7 y	>850 : 21 (49%) <=850 : 11 (25,5%) UNK : 11 (25,5%)	G1 : 16 (37%) G2,3 : 5 (12%) G4 : 11 (25,5%) UNK : 11 (25,5%)	F0 : 4 (9%) F1 : 19 (44%) F2 : 12 (28%) UNK : 8 (19%)
Treatment Group (n=20)	9 F/10 M I NC	45,6 y	>850 : 10 (50%) <= 850 : 4 (20%) UNK2 : 6 (30%)	G1 : 8 (40%) G2,3 : 2 (10%) G4 : 7 (35%) UNK : 3 (15%)	F0 : 0 F1 : 6 (30%) F2 : 7 (35%) UNK : 7 (35%)
Control Group (n=23)	14 F/9 M	44 y	>850 : 11 (48%) <= 850 : 7 (30%) UNK : 5 (22%)	G1 : 8 (35%) G2,3 : 3 (13%) G4 : 4 (17%) UNK : 8 (35%)	F0 : 4 (17%) F1 : 13 (57%) F2 : 5 (22%) UNK : 1 (4%)

NC = Not Completed UNK = Unknown

- In a recent published large multicentric study the response rates with pegylated IFN alfa-2a and ribavirine combination therapy in patients with normal transaminases are comparable to patients with elevated transaminases.
- This treatment is now available and reimbursed in several European countries, with the exception of Belgium, to treat those patients.

Methods: A prospective Belgian multicenter randomised open trial was designed and is still ongoing.

- Naïve chronic HCV patients with persistently normal ALT levels (defined as at least three assays within normal range over a minimum of 6 months) are randomised between treatment arm (peginterferon alfa 2b 1.5 µg/kg/week plus ribavirine 800,1000 or 1200 mg/day) and control arm (no treatment).
- Proportion of end of treatment and sustained virological response rates are determined.
- Histological evolution will be assessed by a liver biopsy at screening and 2 and 5 years after randomisation.

Results: Currently, 43 patients have been included, 20 were randomised in the treatment arm and 2 (10%) never started the treatment. (cfr. Tabel)

3 patients were included recently and no data are available at this moment.

Until now 15 patients (with a majority of genotype non 2,3 and high viral load) completed a complete course of 48 weeks. Of those 15 patients, 6 patients had positive PCR at week 24

and stopped treatment. One patient had negative PCR at week 24 but presented a breakthrough afterwards. Another patient stopped treatment because of adverse events. So 7 out of the 15 patients completed 48 weeks of treatment and had an End of Treatment response (ITT: 41%, PP: 50%). Follow-up of 24 weeks is now completed in 5 of those patients and all of them showed a Sustained virological response (ITT: 33%, PP : 42 %).

Concerning transaminases, it was interesting to see that ALT values divided by the ALT Upper Limit value (lab dependent) times 100, were lower for the F1 grade (66,5) compared to the F2 grade (81,0), but the difference was not statistically significant. Only two patients in the treatment group presented a very moderate flare up with ALT levels staying below two times upper limit of normal. Concerning histology moderate fibrosis F2 was found in 12 patients (28%) at baseline. 7 of them were randomised in the treatment group. At this moment not enough results on histological evolution are available.

Conclusion:

- In our difficult to treat group of patients with chronic HCV and persistently normal transaminases combination therapy with peginterferon alfa-2b plus ribavirin seems to be safe and beneficial regarding end of treatment and sustained virological response.

- A positive but non significant correlation was found between ALT values and stage of fibrosis.

- Final results have to be awaited and should be confirmed in a larger sample of patients



Ziekenhuis Oost-Limburg

**Schiepse Bos 6
B-3600 Genk
Tel. redactie: 089/32.17.62
E-mail: zolarium@zol.be**

