

ZOLARIUM

Tijdschrift van de Wetenschappelijke Raad

Ziekenhuis Oost-Limburg, Schiepse Bos 6, 3600 Genk

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

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

Afgeefkantoor: 3500 Hasselt 1
Toelatingsnr. P109087

Jaargang 8 - nr. 29, juli/augustus/september 2008
Verschijnt driemaandelijks



Ethiek in de kliniek

Gehandicapt geboren

Gezondheidszorg in de toekomst

Screening op vroeggeboorte



Nieuw 4-5

- Ethiek in de kliniek

Dossier 6-14

- 10 jaar Limburgs Perinataal Centrum
- Jan werd gehandicapt geboren
- Screening naar het risico op vroeggeboorte: de fibronectine-test

Eponiemenkabinet 15-17

- Van Leeuwenhoek

In de kijker 18-23

- TEPSI: van crisisopvang tot nazorg

Symposium 24-27

- Gezondheidszorg in de toekomst?

In de wachtkamer 28-30

- Whiplash wetenschappelijk bekeken vanuit het multidisciplinair pijncentrum

De dissectiekamer 31-33

- Nominatie

Billboard 34-35

“Uit vele levens gegrepen”

Van 10 juni tem 13 juli liep in het ZOL de In-fusion tentoonstelling, een kleurrijk erfgoedproject dat rond tien Vlaamse en Brusselse ziekenhuizen reist.

Op diverse plaatsen in het ziekenhuis werden luisterkasten geïnstalleerd die patiënten en bezoekers confronteren met de culturele diversiteit in ziekenhuizen. Er werden verhalen uitgewerkt rond de thema's begin en einde - kinderen en ziekte/gezondheid - ouderen en ziekte/gezondheid - zien en begrijpen - ziel en lichaam - dag en nacht - pijn en medicijn. Meer info over Infusion vindt u op www.in-fusion.be.



COLOFON

Redactie en samenstelling: Grete Bollen

Werken mee:

Peter Beks
Dr. Inge Dierickx
Dr. Wilfried Gyselaers
Dr. Martine Puylaert
Dr. Hubert Vandeput
Dr. Johan Van Robays
Dr. Herman Schroe

Redactieadviesraad:

Dr. Jef De Bie
Dr. Jan De Koster
Dr. Willem Ombelet
Dr. Hubert Vandeput
Dr. Johan Van Robays
Dr. Luc Verresen

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. Hubert Vandeput

Interdisciplinaire samenwerking

Weerom brengen wij u aan het begin van deze vakantie een nieuw nummer van ZOLarium, ons tijdschrift met bijdragen exclusief van medewerkers van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Weerom bezorgen wij u hiermee actuele informatie over een aantal medische onderwerpen en de manier waarop deze aangepakt worden bij ons. De artikels spreken voor zichzelf en we gaan dan ook in ons edito hierop niet in. Toch wensen we deze keer een uitzondering te maken omwille van de bijdrage van Prof. Torfs in het MKA debat waar hij het heeft over multidisciplinair overleg. Een bijdrage over een actueel onderwerp in de geneeskunde maar nu eens behandeld vanuit een totaal andere hoek.

Het heeft lang geduurd in ons vak vooraleer de grote rijkdom is ontdekt van het confronteren van mensen en ideeën met een zelfde probleem vanuit verschillende invalshoeken. Traditioneel immers was de geneesheer een individualist, een expert in zijn eigen domein maar met het grote gevaar van het overzicht en meer nog de vaak aanwezige vele nuances en mogelijkheden uit het oog te verliezen.

Tijdig doorverwijzen, interdisciplinair samenwerken en multidisciplinaire aanpak zijn recente fenomenen die stormenderhand opgang maken en dit in een tijdperk waar subspecialisatie volop aan de orde is. Waarschijnlijk heeft juist deze subspecialisatie positief gewerkt, immers de deelspecialist is zich bewust van de begrensdheid van zijn domein.

De trend is ingezet, artsen overleggen in steeds nieuwe domeinen meer en meer met mekaar. De volgende onvermijdelijke stap zal nu zijn dat de geneeskunde de confrontatie aangaat met andere disciplines. Ingenieurs en chemici, om er maar enkele te noemen, hebben immers veel te bieden in de diagnose en behandeling van een aantal specifieke aandoeningen.

Vanwege de redactie van ZOLarium wensen we u een welverdiende vakantie waarin u de batterijen kan opladen, misschien ook eens kan overdenken waarmee u allemaal bezig bent en de zin hiervan, om na het verlof met veel moed en goede ideeën opnieuw van start te gaan.

Dr. Hubert Vandeput



Ziekenhuis Oost-Limburg

Ethiek in de kliniek

Dr. Eric De Jonge, voorzitter Ethisch Comité

HET Ethisch Comité van het ZOL is recent gestart met 'Ethiek in de kliniek'. Concreet betekent dit dat enkele vertegenwoordigers ziekenhuisafdelingen bezoeken en reflecteren en discussiëren met artsen en verpleegkundigen over ethische kwesties op de werkvloer. "Uiteindelijk willen we ethische problemen bespreekbaar maken," aldus dr. Eric De Jonge, voorzitter van het Ethisch Comité

Een Ethisch Comité in een ziekenhuis heeft 2 opdrachten. Een eerste is het evalueren van de protocols en studies in het ziekenhuis. Een tweede het beantwoorden van vragen in verband met ethische problemen die zich stellen op de werkvloer. Dr. Eric De Jonge: "Vaak is casuïstiek hier een vorm van benadering maar uiteraard koppelen we hier ook visie-ontwikkeling aan. Zo formuleerden we bijvoorbeeld al adviezen in verband met euthanasie, DNR-problematieken en bloedtransfusies bij Jehova-getuigen."

Waarom zijn jullie gestart met 'Ethiek in de kliniek'?

Dr. Eric De Jonge: "Omdat we vinden dat er vandaag nog weinig evolutie is in de vragen die we als Ethisch Comité krijgen, besluiten we om meer pro-actief te gaan werken en zelf de kliniek in te stappen. Men ziet immers dat veel klinische situaties met een zware, ethische achtergrond meer en meer in wetgeving worden gegoten. Denk o.a. maar aan de 'rechten van de patiënt', de wetten rond experimenten op de menselijke persoon. Zorgverleners worden er dus vanzelf meer mee geconfronteerd. Ze kunnen het niet meer naast zich neerleggen, moeten erop reageren."

Is het geen publiek geheim dat ethische kwesties nog steeds moeilijk bespreekbaar zijn?

Dr. Eric De Jonge: "Inderdaad, en dat de afstand tussen artsen en verpleegkundigen daar groot blijft. Hoewel beiden geconfronteerd worden met patiëntgerichte,

"Het is niet onze bedoeling om conflictsituaties op te lossen. We willen ethische problemen bespreekbaar maken op de werkvloer."

ethische problemen. Maar op onze vraag aan zorgverleners op de afdelingen hebben we toch duidelijke reacties gekregen: er is behoefte aan het bespreekbaar maken van ethische kwesties. Uiteindelijk hebben we op basis van de reacties een inventaris opgemaakt van de verschillende vragen, ingedeeld volgens de patiëntenprogramma's. Met deze lijst is 'ethiek in de kliniek' van start gegaan."

Wat staat er concreet op de lijst?

Dr. Eric De Jonge: "Er zijn veel vragen over het levenseinde, therapeutische hardnekkigheid enz...maar ook over kleine dagdagelijkse dingen zoals bijvoorbeeld verantwoordelijkheid opnemen ten opzichte van elkaar, eerlijkheid, openheid, transparantie... Ook slecht nieuwsgesprekken komen aan bod. Zijn deze niet te veel op conservatieve leest geschoeid, durven we echt met de patiënt praten of draaien we maar wat rond de problematiek heen?"

"Het is moeilijk om openlijk over de medische kwesties te spreken als je die dingen in het verleden altijd maar voor je uit geschoven hebt. We worden vandaag meer en meer met ethische kwesties geconfronteerd en als we er niet beter meer leren omgaan, blijft dat proces haken."

Wat is de bedoeling van 'Ethiek in de kliniek'?

Dr. Eric De Jonge: "Het is niet onze bedoeling om conflictsituaties op te lossen. We willen ethische problemen bespreekbaar maken op de werkvloer. Als ethisch comité kan je technieken en tips aanreiken om zo'n gesprekken mogelijk te maken. We wilden dit niet doen via een symposium. Dat is te onpersoonlijk, te ex cathedra. We willen mensen bij elkaar brengen, dialoog uitlokken. We wensen dat op afdelingsniveau te doen, binnen de vertrouw-

de omgeving. Ook omdat vele afdelingen unieke situaties hebben, denk maar aan de bufferafdeling, oncologie, neonatologie, spoedgevallen, ..."

"We zijn zelf naar de afdelingen gestapt, ook met de bedoeling mensen duidelijk te maken dat ze ethisch denken en erover discussiëren ook zelfstandig kunnen. Je moet daar niet voor gestudeerd hebben maar het aanvoelen, kunnen luisteren, gevoelens kunnen verwoorden, .. In wezen zijn wij immers allemaal ethische wezens, ieder van ons draagt waarden en normen in zich."

Jullie willen dat ethiek tot de dagelijkse praktijk gaat behoren, maar gelijk zijn jullie adviezen vrijblijvend. Hoe rijmen jullie dit?

Dr. Eric De Jonge: "We vinden inderdaad dat we als Ethisch Comité niet helemaal goed kunnen functioneren als de ethische reflectie geheel vrijblijvend is, terwijl ze een belangrijk aspect is in de kwaliteit van de zorg. We hebben ons ook gerealiseerd dat het niet onze taak is om die zaak op gang te brengen, om het omgaan met ethiek structureel in de organisatie in te bouwen. Daarom hebben we een advies naar de medische directie gestuurd om ethische reflectie in de opdrachtverklaring van het ziekenhuis duidelijk te benoemen. Op dit ogenblik is dit nog niet zo."

"We wensen met 'ethiek in de kliniek' het ethisch denken op afdelingsniveau te brengen en zorgverleners vertrouwd te maken met de technieken die je ervoor kunt gebruiken. Zodanig dat ethisch overleg op de afdeling, als deel van de opdrachtverklaring, niet meer vrijblijvend is maar deel uitmaakt van de interne opdracht. Hoe dit precies kan gebeuren moeten we nog uitwerken maar het is alvast onze visie dat dit deel moet uitmaken van dagdagelijkse zorg. We willen dat mensen zich bewust realiseren dat ze niet alleen met verzorging bezig zijn maar dat er ook andere belangrijke aspecten aan bod komen."

Grete Bollen

10-jarig bestaan van het Limburgs Perinataal Centrum

Perinatalogie anno 2008:

“Waar zijn we mee bezig?”

OP zaterdag 24 mei jongstleden vond, naar aanleiding van het 10-jarig bestaan van het Limburgs Perinataal Centrum (LPC) in het Ziekenhuis Oost Limburg (ZOL) te Genk, een symposium plaats, getiteld: “Perinatalogie anno 2008: waar zijn we mee bezig?”

In zijn inleidende toespraak belichtte dr. Hubert Vandeput, hoofdgeneesheer, gynaecoloog en actieve grondlegger van dit centrum, in het kort de geschiedenis van de wetgeving rond de oprichting van de P-centra in België, en de impact hiervan op de oprichting van de Neoantale Intensieve Zorgen (NIZ) en Maternal Intensive Care (MIC) in het ZOL.

Het symposium zelf bestond uit 3 grote delen.

In het eerste deel werden de huidige activiteiten binnen het ZOL toegelicht.

Dr. Mesens, die als perinatologe pas is toegetreden tot het team, besprak de foetaal fibronectine test als predictor voor vroeggeboorte. Het voorspellen van vroeggeboorte is nog steeds één van de uitdagingen in de perinatalogie. Verschillende voorspellende parameters, zoals verloskundige voorgeschiedenis, demografische factoren of cervixlengte, zijn in het verleden naar voor geschoven, maar bleken onvoldoende performant. Foetaal fibronectine, een glycoproteïne dat in cervicovaginale secreties wordt vrijgezet wanneer de extracellulaire matrix van chorion-decidua interface wordt onderbroken, blijkt echter een sterke onafhankelijke voorspeller te zijn. De resultaten van een pilotstudie werden bevestigd in de Preterm Prediction Study, die aantoonde dat de negatieve predictieve waarde van een negatieve fibronectine test meer dan 99% bedraagt voor partus binnen 14 dagen! Bovendien reduceert deze test de kosten van de behandeling van preterm arbeid met ongeveer 50% (o.a. door reductie in gebruik van tocolyse). Voor het ZOL, waar deze test op korte termijn ingevoerd zal worden, wordt geschat dat

dit een kostenbesparing van 30.000 euro op 4 jaar zal opleveren.

Dr. Van Holsbeke, die binnenkort haar thesis over echografische beoordeling van adnexiale pathologie zal verdedigen, belichtte de ovariële massa's tijdens de zwangerschap. Waar de diagnose van een ovariële massa vroeger een rariteit was, wordt heden de incidentie ervan tijdens de zwangerschap geschat op 1-2%: 75% hiervan is een simpele cyste, doch 2-3% is een maligne gezwel. Temeer omdat het gebruik van tumormarkers (CA 125 en alfaFP) tijdens de zwangerschap niet zinvol is, becommentarieerde de spreker via enkele prachtige illustraties dat het correct afwegen van de risico's op basis van echografische eigenschappen cruciaal is. Expert echografisten slagen er vrij accuraat in benigne en maligne massa's te onderscheiden (sensitiviteit 92%, specificiteit 91%), hoewel een aantal echografische overeenkomsten blijven bestaan tussen specifieke benigne en maligne massa's. Meestal is een afwachtende houding tot na de partus gerechtvaardigd, ook bij borderline tumoren. De belangrijkste indicatie tot chirurgie in de zwangerschap is torsie. Torsie komt het meest frequent voor bij teratomen, corpus luteum cysten, infarctisatie en paratubale cysten en dit meestal tussen 10-17 weken.

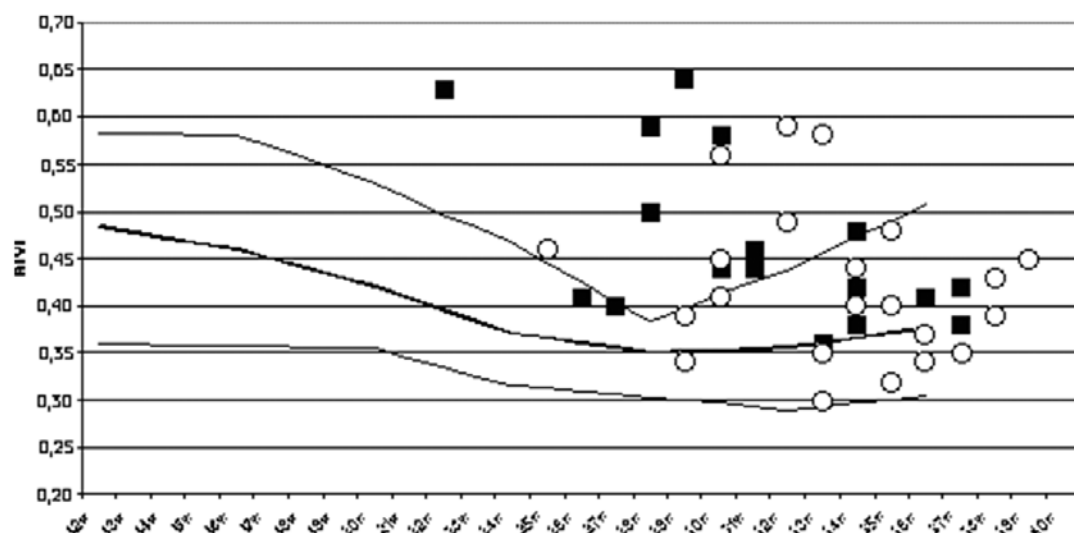
De voordracht werd rijklijk geïllustreerd met beelden van enkele ovariële massa's met karakteristieke eigen aan de geassocieerde zwangerschap. Hiervan onthouden we vooral dat de onschuldige luteoma's en decidualisatie van endometrioma's of mucieuze tumoren toch regelmatig aanleiding geven tot chirurgisch ingrijpen tijdens de zwangerschap omwille van hun echografisch sterk verdacht beeld. Ten slotte werd nog aangehaald dat men bij het voorkomen van een theca luteïne cyste steeds bedacht moet zijn op een molazwangerschap of trofoblasttumor.

Dr. Gyselaers toonde de eerste resultaten van een unieke studie over maternale

veneuze Dopplers. Na een korte inleiding over de achtergrond en de methodiek, illustreerde hij hoe het meten van de Impedantie Index van de Renale Interlobaire venen, fysiologisch wordt beïnvloed door de normale cardiovasculaire maternale adaptaties, de anatomische interrenale verschillen en de druk van de groeiende zwangere baarmoeder. Bij preëclampsie evenwel zijn de Dopplermetingen totaal verschillend (Fig 1), en gerelateerd aan maternale cardiovasculaire maladaptatie. De combinatie van de renale Dopplers met het maternale ECG laat toe deze abnormale meetwaarden te beschouwen als een parameter voor de preëclampsie-gerelateerde verhoogde vasculaire tonus. Deze bevinding opent uitermate interessante perspectieven naar het toepassen van de Dopplertechniek in de research naar de onderliggende mechanismen van preëclampsie, en het zoeken naar klinische toepassingen hiervan.

Dr. Vanrykel illustreerde mooi de goede samenwerking tussen het LPC in Genk en de verwijzende Limburgse ziekenhuizen, aan de hand van een zeldzame casus over trombose van een foetale varix umbilicalis. De diagnose werd reeds vermoed bij de structurele echografie op 20 weken door een verbrede diameter van de umbilicale vene. Op 32 weken onderging mevrouw een urgente sectio omwille van preëclampsie. De neonatale opvang werd verwikkeld door een uitgesproken DIC en thalamische infarcten bij de baby. Dankzij de multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende diensten stelt de pasgeborene het heden goed. Uit de beperkt beschikbare literatuur (92 casussen beschreven, waarvan slechts 1 met DIC) weerhouden we dat deze aandoening steeds moet doen denken aan een onderliggende chromosomale aandoening (30%), bijkomende echografische afwijkingen geassocieerd zijn met een slechtere foetale outcome en DIC een belangrijke complicatie van deze aandoening is.





Figuur 1.

Voorbeeld van abnormaal hoge waarden van veneuze impedantie-index (RIV) thv (linker) Renale Interlobaire Venen bij 40 zwangeren met ernstige (■) of milde (○) preeclampsie. Deze metingen werden geplot tov de 5^{de}, 50^{ste} en 95^{ste} percentielewaarden, bekomen bij 20 zwangerschappen met ongecompliceerd verloop. Zoals getoond zijn de verhoogde waarden vooral aanwezig vroeg in het derde trimester (uit Gyselaers et al., Hypertension in Pregnancy, in press).

In het tweede deel kwamen vertegenwoordigers van elke Vlaamse universiteit de huidige stand van zaken toelichten van de Perinatale Zorg in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de preventie en incidentie van perinatale morbiditeit en aangeboren handicap.

Professor Jacquemyn uit Antwerpen besprak de resultaten van Eurocat, een in 1979 opgestart Europees netwerk van population based registers voor de epidemiologische opvolging van congenitale afwijkingen (www.eurocat.ulster.ac.uk). Via 39 registers in 19 Europese landen (Henegouwen en Antwerpen in België) worden zo ongeveer 25% van alle Europese geboorten geregistreerd. De incidentie van congenitale afwijkingen bedraagt 2.25%. De goede perinatale zorgontwikkeling en registratie in Vlaanderen is er hoogstwaarschijnlijk mede voor verantwoordelijk dat de genoteerde incidentie in Antwerpen iets hoger ligt dan gemiddeld, namelijk 2.53%. Onderzoek uit deze databank heeft o.m. kunnen aantonen dat het wonen binnen een straal van minder dan 3 km van een stortplaats voor gevaarlijk afval 33% meer kans geeft op aangeboren afwijkingen.

Prof. Vanhaesebroeck uit Gent besprak de resultaten van een recente audit van de 8 Vlaamse P-centra. Hieruit blijkt dat 70% van de perinatale overlijdens te wijten zijn aan infecties, extreme vroeggeboorte (<26 weken, <750g), asfyxie en congenitale afwijkingen. De uitstekende werking van de Vlaamse P-centra werd geïllustreerd door de hoge overlevingskans (>90%) in Vlaanderen van een prematuur van >1000g (>28 weken). Bovendien blijkt de perinatale

sterfte in België beduidend lager dan in Nederland (6.6 versus 10.3 per 1000). Hij sloot zijn voordracht af met het statement dat de meest gunstige effecten op de perinatale gezondheid waarschijnlijk kunnen bereikt worden met het verlagen van de maternele leeftijd bij de eerste partus.

Professor Cools uit Brussel besprak de aspecten van de perinatologie rond de leefbaarheidsgrens. In de inleiding werd aangehaald dat de leefbaarheidsgrens van 26 weken in de jaren 80 ondertussen is verschoven naar 23 weken, waarbij echter een ethische beschouwing over al dan niet behandelen steeds moet afgewogen worden tegen een achtergrond van perinatale sterfte en te verwachten disability van de pasgeborene. Vooral bij een zwangerschapsduur < 23 weken of > 26 weken, wordt de richting van deze beslissingen duidelijk aangegeven door de medische prognose. Voor de grijze zone tussen 23 – 26 weken is het een uitdaging, en een morele plicht, voor de medewerkers van een P-centrum om te komen tot een gezamenlijke beslissing, rekening houdend met de belangen en wensen van de ouders en de perceptie van het behandelende team.

Ten slotte besprak Professor Naulaers uit Leuven de impact van enkele foetale chirurgische ingrepen. Onderzoek heeft ondertussen aangetoond dat het toepassen van laserbehandeling voor Twin to Twin Transfusion Syndrome duidelijk een lagere mortaliteit en morbiditeit heeft dan de vroeger toegepaste amnioreductie. Ook werden de recente ontwikkelingen in de behandeling van hernia diafragmatica, shunting bij een hydrothorax en low uri-

nary tract obstruction en exit-procedures besproken.

De algemene conclusie van het tweede deel was zonder meer dat, ondanks de alomteverwachtte verbeterende perinatale zorg in Vlaanderen, zoals in de rest van de Westerse wereld, perinatale morbiditeit en/of aangeboren handicap nog niet meteen op het punt staan te verdwijnen. Dit gegeven impliceert dat, voor de huidige Vlaamse gynaecoloog of pediatr, met bijzondere interesse voor Perinatologie, er zonder meer een nood is aan opleiding ter optimalisering van de opvang, begeleiding en maatschappelijke integratie van kinderen met aangeboren aandoeningen en hun ouders.

Dit werd in het derde luik van het symposium mooi geïllustreerd door de heer Bart Cortoos, journalist en eindredacteur van het VRT-journaal, wiens persoonlijke verhaal over zijn eerste kind met een handicap iedereen beroerde in de ondertussen muistil geworden aula. De manier waarop deze geboren verteller erin slaagde zijn leven te verrijken mét, en ook dankzij zijn gehandicapte zoontje, samen met de ontelbare ludieke flitsen uit zijn verhaal, vormden de perfecte afsluiter van dit bijzondere congres.

Dr. Inge Dierickx,
assistente
Gynaecologie-
Verloskunde





Jan werd gehandicapt geboren

7 jaar geleden werd onze zoon Jan geboren. Nog voor de navelstreng werd doorgeknipt, vermoedden mijn vrouw en ik al dat hij het syndroom van Down had. Helaas zijn we die eerste uren en dagen bijzonder slecht opgevangen binnen het ziekenhuis, en is de onzekerheid en twijfel over de toekomst uitgedraaid op een nachtmerrie. Eenzaam en gekwetst waren we, gechoqueerd.

Toen gynaecoloog Wilfried Gyselaers me enige tijd geleden vroeg om over die ervaringen van destijds te getuigen op het symposium perinatologie anno 2008 wilde ik daar graag op ingaan. Niet uit rancune of frustratie, maar omdat ik geloof dat het met een klein beetje moeite en bewustwording zo anders kan. Dat het beter kan voor aanstaande ouders die ook geconfronteerd worden met de diagnose: uw kind is gehandicapt.

Dag mama, dag papa, dag broer, dag zus. Dankuwel.

HET verhaal begint in het voorjaar van 2001. En uit de hele zwangerschapsperiode pik ik één weekend: een ontspannen 3-daagse in de Moezel.

Een weekendje weg, dat hebben we al zo vaak gedaan. Gezellig met zijn tweeën, mijn vrouw en ik. En voor het eerst is er een derde kloppend hartje bij. Nog heel klein, en veilig weg verscholen in de warmte van mama's buik. We zijn blij, want we hebben al jaren geprobeerd zwanger te geraken, en uiteindelijk is het gelukt, met een duwtje in de rug van de medische wetenschap, met kunstmatige inseminatie.

Anders dan andere weekendjes weg, zullen we weinig wandelen, want het buikje, of beter nog, wat er in zit, wéégt, en maakt een eindje wandelen voor mijn vrouw ontzettend zwaar. We weten nog niet of het een jongen of een meisje wordt, maar namen hebben we wel al. Het wordt Hanne voor een meisje, Jan voor een jongen. Hanne omdat we het mooi vinden, Jan omdat we hem willen noemen naar mijn schoonvader, die een jaar geleden een strijd tegen leverkanker had verloren. Een fragment uit ons reisdagboekje van dat weekend:

Dag kleine Jannehanne, daar diep in mama's buik,

Laat me toe u te vertellen hoe het er hier aan toe gaat. Terwijl mama alweer voor de spiegel in de badkamer naar haar buikje staat te kijken, met een brede glimlach en een prettige fonkeling in haar ogen, ontferm ik mij over de schaal mandarijntjes, die onze hele hotelkamer naar sinterklaas laten ruiken. We zijn voor drie dagen met vakantie in Traben-Trarbach. Wees gerust: we zijn niet gek van Duitsland: we eten wél graag lekker. Maar het is dichtbij en de omgeving is zo mooi.

Dan volgt een beschrijving van de omgeving, een mijmering over het gemis aan mijn schoonvader in ons leven, de onvergetelijke skivakanties die we altijd samen met de familie deden, de opa die zijn eerste kleinkind nooit heeft kunnen zien, de menukaart die bij het gastronomische weekend hoort en Chris veel te zwaar valt, enzovoort. En dan een reflectie over mijn zoon of dochter die zal komen.

Waarom, of voor wie schrijf ik dit. Om het over enkele jaren opnieuw te lezen? Vast en zeker wel. Of hoop ik dat jij dit ooit zal lezen? En op basis van dit schrift misschien ooit het weekendje overdoet? Neen, dat durf ik niet te geloven. Ik zou het zelf misschien stom vinden, of zal het jij het stom vinden, zoals je zoveel van je ouders stom zal vinden. Zo gaat dat met alle opgroeiende kinderen. Misschien zal het tussen ons helemaal niet klikken. (...) Ach, we weten het nu al, je bent – hoe klein ook – een eigen individu, dat stamp, mama's eetlust bederft en papa laat dromen... Wie je ook wordt, en wat je ook van je eigen leven maakt, we houden van je! Trouwens, vandaag heb ik je voor het eerst zien stampen in mama's buik. Huik buik stulpte uit, een bultje van je voetje of je elleboog? Vertel het me later wat het was, goedenacht lieve baby.

Twee weken later vul ik het schriftje nog aan met deze passage:

Nu weten we, Jan, dat jij een jongen bent. Je piemeltje is 25 mm lang. Vanmiddag hebben we je hartje nog eens horen kloppen, tijdens een routinecontrole bij de dokter. Alles was OK, prima hartslag, prima groei, alles OK. "Doe zo voort," zei ik tegen de dokter. "Blijf maar zeggen dat het allemaal OK is."

In het eerste weekend van de krokusvakantie 2001 vertrekt op zaterdagochtend de

hele schoonfamilie voor een weekje skiën. Zaterdagavond komen de eerste weeën duidelijk regelmatig opzetten.

Uiteindelijk, zondagochtend 25 februari om 10u12 wordt Jan geboren. Ik wist dat pasgeboren baby's er niet echt aantrekkelijk uitzien, en Jans geboorte bevestigde dat meteen. Mijn vrouw zag de pasgeborene en zei bij vrijwel de eerste aanblik: "dat is een mongooltje". Even snel kwam de repliek van de vroedvrouw: "maar mevrouw, ge hebt te veel boekskes gelezen".

Onze vaste gynecoloog was niet bij de bevalling aanwezig. Het was zondagochtend, en ook hij had een week vakantie. De pediater die plots in de verloskamer verschenen was, zei geen woord. De jonge, vrouwelijke arts, nam Jan terzijde bekeek hem van boven en van onder, prevelde wat tegen de verpleegkundige, en verliet de kamer zonder een woord te zeggen. Ook al kregen wij van de achtergebleven vroedvrouw en verpleegkundigen enkel sussende geluidjes te horen, mijn vrouw was meteen zeker. Ook al zou de twijfel nog meer dan een dag onze wanhoop blijven doorkruisen, zij voelde dat er 'iets' was, en dat leidde ze onder meer af uit het feit dat niemand, maar dan ook niemand nog in de verloskamer haar in de ogen durfde te kijken bij het uiten van die geruststellende geluidjes.

Voor het eerst sinds maanden werd de roze wolk een donkere wolk. Een donderwolk, zeg maar. En niemand die wat zinvols zei, niemand die wilde luisteren naar onze angstige vragen, niemand die op deze zondagochtend in de dichte mist wilde helpen zoeken naar het licht.

Plots was onze vaste gynaecoloog er wel. Hij kwam maar even langs, wellicht opgeroepen door de ploeg om toch maar eens



een kijkje te komen nemen. Hij was de eerste die zei dat downsyndroom niet uit te sluiten viel. Dat Jan de morfologie van downsyndroom had. Dat een test uitsluitend zou geven. En dat hij nu met zijn gezin op vakantie vertrok. We gunden het hem, echt. Misschien dankbaar om het eerste eerlijke antwoord dat we kregen, en te geschrokken om veel andere dingen over zijn afwezigheid te voelen.

We werden naar een gewone ziekenhuiskamer gebracht, en, het moet gezegd zijn, er was één verpleegkundige die even tijd heeft genomen om met ons te praten. Om naar ons te luisteren vooral. Om te zeggen dat de pediater – een andere dan die van vanmorgen, een echt ervaren dokter – straks wel zou komen en meer uitleg zou kunnen geven. Maar de hele dag lang is niemand meer dan het strikt noodzakelijke komen doen in de kamer. Uit angst voor onze vragende blikken, uit onvermogen om om te gaan met ouders die niet door vreugde, maar door leed getroffen worden. Dat is de enige verklaring die ik kan verzinnen.

We wilden in zekere zin ook alleen zijn: nog geen familie of vrienden ontvangen. We bezwoeren mijn familie aan de telefoon dat we uitgeput waren door de nacht, en mijn schoonfamilie die samen op skivakantie in Oostenrijk was, hetzelfde. Dat ze zeker niet naar huis moesten komen, en van hun skivakantie genieten.

Van het medisch personeel hadden we wel wat verwacht. Maar ze waren niet aan te

spreken in die sneltreinvaart waarmee ze de kamer in en uit raasden, als ze al binnenkwamen. Urenlang heerste stilte op de gang. Mijn vrouw moest 's avonds zelf vragen om uiteindelijk wat gewassen te worden na de bevalling. Dat was nog altijd niet gebeurd.

En Jan lag daar zichzelf te wezen in dat plexi bedje. Heel rustig, met een wat scheve kaak die er nog uit zou groeien, werd beloofd.

Wat stond ons te wachten? Kregen wij een kamerplant in plaats van een blozende baby mee naar huis? Zouden we zelf nog kunnen leven met een gehandicapt kind? Zouden we nog kunnen gaan werken? Zou Jan wel blijven leven? En zo ja, zullen we ooit contact hebben met hem?

Mijn kennis van gehandicapten beperkte zich tot enkele indrukken die ik hier en daar had opgedaan, zoals toen ik als kleine jongetje in de kapel van de basiliek van Scherpenheuvel vol ontzetting naar de hoge muur keek, waar afgedankte prothesen en krukken waren opgehangen. Of van een groep gehandicapten, samen op wandel in Bokrijk. Kwijlende mensen, starende ogen, rolstoelen, krukken met handgrepen in grijs of huidskleur.

Af en toe keken we naar Jan, en hij deed zo'n immens appél op ons, hij straalde vertrouwen uit dat we wel voor hem zouden zorgen. En natuurlijk gingen we dat doen. Al moesten we de wereld er voor op zijn kop zetten. Wat achteraf bekeken

zo geweldig moeilijk was, was dat we met dat gevoel volledig alleen zaten. Niemand anders in het ziekenhuis leek zich om zijn of ons lot te bekommeren. Alsof onze baby minderwaardig was.

Uiteindelijk, het moet na 10 uur geweest zijn, kwam de pediater binnen, met grote zware passen en duidelijk bijzonder krachtadig van inborst. Het onderhoud was veel te kort. We zouden morgen al het resultaat hebben van de bloedproef, die een chromosoomafwijking al dan niet zou bevestigen. We hingen eigenlijk als kinderen aan zijn broekspijpen met de vraag, "maar zeg ons toch iets, wat denkt u? U moet toch een idee hebben met al uw ervaring". Pas na herhaaldelijk aandringen en enigszins gerustgesteld door onze belofte dat we hem niet zouden 'pakken' op een foute gissing, zei hij: "99% kans dat het downsyndroom is. 99% kans. Goeienavond", en weg was hij.

De nacht was geen nacht. Ik sliep slecht door nachtmerries over onoplosbare puzzels, op mijn bed van plooi-kussens op de grond, want het was niet voorzien dat een vader zou blijven slapen. *Maar ja, als ik het echt nodig vond, kon het natuurlijk...*

Een telefoontje 's morgens naar Oostenrijk – dit keer met de mededeling dat Jan gehandicapt was – deed daar meteen iedereen van de schoonfamilie de koffers pakken, die nog maar een dag geleden waren uitgepakt. Het zou duren tot zij binnenkwamen op het eind van die dag, vooraleer iemand wat positiefs over Jan zei. Iets

hartverwarmends. Vooraleer hij door iemand anders dan onszelf met warmte werd bekeken.

Het andere memorabele gesprek dat we die dag 2 hadden, was met de pediater. Om te vermijden dat hij deze keer weer in en uit zou lopen en ons zou achterlaten met hopen vragen, hadden we een strategie bedacht.

1. als de dokter binnenkwam, zou ik meteen achter hem gaan staan, bij wijze van spreken om de weg naar de deur voor hem blokkeren.

2. we hadden alle vragen op een lijstje geschreven, en we zouden meteen zeggen: we hebben acht vragen. Zo zouden we er zeker van zijn dat we ze alle acht konden stellen.

Het gesprek was onbevredigend, afstandelijk, medisch. Voelde hij het zelf aan? Hij zou een sociaal assistent met ons laten komen praten. En het is een huizengroot cliché, maar die kwam praten over verhoogd kindergeld. En over andere praktische dingen. Ik heb het originele foldertje van toen nog. Maar ze had het in het geheel niet over het downsyndroom, over de opvoeding, over moeilijkheden, over medische aspecten, ... laat staan over onze gevoelens hoe we hiermee omgingen, hoe we het verlies van onze verwachtingen aanpakten.

In ons reisdagboek van maanden ervoor had ik geschreven over onze verwachtingen, over dat kleine wezentje dat ons kind zou worden. Ik vroeg me af of ons kind het verslag ooit zou lezen, van alles wat we gedaan en gezien hadden in de Moezelstreek, of hij misschien dezelfde reis zou ondernemen om in onze voetsporen te treden, of net niet. Of hij ons stom zou vinden. Dat wat hij ook van zijn eigen leven zou maken, we altijd van hem zouden houden.

Hoe triest was het nu allemaal. Hij zou helemaal nooit mijn mijmeringen kunnen lezen, laat staan alleen reizen of écht zijn leven in eigen handen nemen. Ik had me kunnen inbeelden dat hij schrijver of advocaat zou worden, havenarbeider of godbetert gynaecoloog. Maar ik had er geen rekening mee gehouden dat hij gehandicapt zou zijn, en er was niemand, maar dan ook helemaal niemand in het ziekenhuis die mij of mijn vrouw wilde of kon vertellen dat ook kinderen met downsyndroom mensen zijn, met beperkte mentale capaciteiten, maar niet minder mens dan u en ik.

Weet u wat de pediater vertelde? Dat we hard ons best moesten doen de eerste vijf jaren. Want die kinderen leren tot 5 jaar, en ze zouden na die leeftijd nooit nog op een hoger ontwikkelingsniveau komen. En dat we maar snel met kinesitherapie moesten beginnen. En, dat was misschien nog wel het belangrijkste: mongooltjes kunnen heel koppig zijn, en moeten bijzonder streng opgevoed worden. En wij zagen Jan daar liggen: 2 dagen oud, met de stress om de eerste 5 jaar alles te leren wat er te leren viel, waarvan al 2 dagen voorbij waren, klaar voor de kine. En met recht op verhoogd kindergeld. Maar hij zou geen kik moeten geven, want we zouden streng zijn.

Gelukkig zijn we de dagen erna goed opgevangen door familie en vrienden. Een buurman die zei: *proficiat met uw zoon, het maakt onze hele buurt zoveel rijker*. Het raakte mij tot in mijn ruggenmerg. Vrienden waar we aan gevraagd hadden ons nog even met rust te laten, kwamen ongevraagd en hartverwarmend met geschenken de kamer binnen. Al snel werd duidelijk dat Jan de oogappel van velen zou worden, en dat is vandaag de dag nog altijd zo.

Mijn vrouw is door een donkere tunnel gegaan na de zwangerschap. Ik had het als vader misschien wat makkelijker: ik heb drie weken getreurd om Jans syndroom, maar was daarna bereid te delen in het gevoel van Jan: hij vond het leven zalig en pakte het gretig aan. Ik zou dat ook doen. Mijn vrouw raakte in een depressie verzeild, waar ze met psychiatrische hulp pas uit kwam, 9 maanden na de bevalling. Ik vraag me af in welke mate de absoluut ontoereikende opvang die eerste dagen in het ziekenhuis heeft bijgedragen tot de depressie. Ik vraag het mij af.

In de loop der jaren zijn er eigenlijk maar 3 mensen geweest die ons na de eerste levensmaanden van Jan nog gekwetst hebben. Twee buiten het ziekenhuis, één in het ziekenhuis. Die buiten het ziekenhuis waren een lelijke tante van mij, die zei dat we niemand nog moesten zeggen dat Jan gehandicapt is, want je kan het toch niet zo goed zien, en een collega die vroeg wanneer we Jan nu eigenlijk zouden 'plaatsen'. De derde persoon die ons nog kwetste, was de dokter die we zagen toen we na een jaar terugkeerden naar het ziekenhuis voor een nieuwe kunstmatige inseminatie. We hadden Jan bij in zijn kinderwagen,

hij sliep rustig. De dokter, weinig sociaal zoals altijd, ging meteen met zijn pen voor ons dossier zwieren. *En, tweede kindje? Ja. Tevreden van het eerste? Ja hoor. Het heeft overigens downsyndroom*. De dokter keek verschrikt op, maar dat kan niet! Dat heb ik nog nooit geweten bij kunstmatige inseminatie! Natuurlijk niet, dacht ik, als je geen follow up doet, kan je dat ook niet weten. Maar de dokter voelde zich als een goeie vakman wel betrapt op een schoonheidsfoutje in zijn afgeleverde werk. Hij verzekerde ons: *Oei, dan gaan we zeker zien dat we dat niet opnieuw voorhebben...* Zijn afwijzing van Jan als onvolwaardig mens raakte ons diep. Het is toch aan de ouders om in te schatten welk risico's zij nemen bij het willen van nog een kind.

We besloten voor de opvolging van die tweede zwangerschap die volgt op de inseminatie niet langer een voet in het ziekenhuis te zetten waar Jan was geboren, maar naar een universitair ziekenhuis te gaan.

Laat ik u vertellen dat de zwangerschap eindigt in een premature partus op 22 weken. Een zwangerschapsonderbreking was het einde van het leven van ons dochttertje Lotte, na heel turbulente weken van onze kerheid en twijfel over het goede verloop van de zwangerschap. De oorzaak was niets genetisch, maar een technisch defect ten gevolge van een oorspronkelijke tweeling-zwangerschap.

Dat was inтриest, zo'n dochttertje verliezen. Maar we zijn deskundig en op elk moment van de zwangerschap eerlijk geïnformeerd door dokters en professoren die ondanks hun functie en verantwoordelijkheid voldoende tijd namen om met ons te praten. Dat was in een universitair ziekenhuis, een zogenaamd grote fabriek, waar volgens kwatongen patiënten nummers zouden zijn. Ik durf niet te zeggen dat er een oorzakelijk verband is, maar mijn vrouw – en evenmin ikzelf – hielden een depressie over aan deze traumatische ervaring. Lotte is niet doodgeboren, maar haar hartje stopte pas na twee uur met kloppen in onze handen. Inтриest, maar we hebben afscheid kunnen nemen, heel mooi en warm ondersteund door zoveel mensen in dat grote ziekenhuis.

Voor de derde zwangerschap, weer een jaar later, gingen we opnieuw naar de dokter die al twee keer een zwangerschap had kunnen bewerkstelligen. Maar het ging zoals je een taart gaat kopen bij een uitstekende,



Jan, met broer Louis en zus Helena.

maar onvriendelijke bakker: je gaat in de rij wachtenden staan, vraagt waar je voor komt, en denkt er niet aan zelf vriendelijk te zijn. Een zakelijke deal. *U biedt, ik betaal.* Voor de opvolging van deze zwangerschap keerden we opnieuw naar de vertrouwde handen van het universitair ziekenhuis, waar andermaal uitstekend werd omgesprongen met onze delicate voorgeschiedenis. Helena werd geboren en nog geen twee jaar later, voor de vierde zwangerschap, hadden we niemand meer nodig. De natuur ging voor het eerst vanzelf aan het werk, en dat wonder heet bij ons Louis.

Ik rond hier mijn verhaal af. Oorspronkelijk had ik nog getuigenissen van andere ouders opgenomen, maar geloof me, ze draaien vaak om hetzelfde gegeven: ouders worden doorgaans héél erg slecht op de hoogte gebracht van een diagnose (bijvoorbeeld alleen aan de vader, of in aanwezigheid van bezoek), ze worden slecht geïnformeerd over de handicap, ouders worden gemeden, of verkeerd doorverwezen. Medisch personeel is niet geschoold of getraind om om te gaan met ouders die 'slecht nieuws' te verwerken krijgen. Dokters denken niet na over hoe ze zelf geïnformeerd zouden willen worden. Ik zal het u verklappen hoe het moet: heel eerlijk en correct, dat is hoe mensen in een ziekenhuis behandeld willen worden.

Ben ik nu een vervelende patiënt? Zo'n mondige ouder die het de medici alleen maar moeilijk maakt, terwijl zij toch zoveel doen, zoveel mensenlevens redden en met heel hun overtuiging hun medische kennis ten dienste stellen van al die ouders die hun kinderwens vervuld willen zien? Die zelfs met foetale chirurgie kleine levens redden, of heel erg premature baby's uit de klauwen van de dood houden?

Natuurlijk ben ik de medici en de medische wetenschap dankbaar. Ik ben blij in deze samenleving te leven, waarin wetenschap zo dicht bij de mensen kan staan. Zonder alle wetenschappelijke kennis en kunde die we op onze weg zijn tegengekomen... hadden we misschien helemaal geen gezin gehad. Ik klaag ook geen wantoestanden aan die het leven op aarde onmogelijk maken.

Maar ik hoop dat het verhaal van onze Jan en de mensen uit mijn directe omgeving genoeg anekdotes bevat om te kunnen besluiten: een klein beetje meer moeite en aandacht kan het krijgen van een gehandicapt kind en het verwerken van die informatie voor de patiënt een wereld van verschil maken. Zo'n gesprek hoeft geen uren te duren, maar laat toe dat emoties een plaats hebben in zo'n gesprek, realiseer de impact van de diagnose... En als u het

zelf niet kan, om welke reden dan ook, laat het dan doen.

En ik hoor u al zeggen, ja, maar de sector van de hulpverlening is zo versnipperd... de variatie aan problemen en handicaps is ook zo groot, en er zijn zoveel verenigingen, instellingen en organisaties die elk een deel van de hulpverlening voor hun rekening nemen, en - dat mag ook gezegd worden - mekaar soms beconcurreren.

Onthou dan maar één naam: de dienst thuisbegeleiding, een dienst door de overheid gesubsidieerd, die een koepel vormt en heel breed en neutraal hulp kan bieden. Een luisterend oor en deskundige informatie. De dienst is jarenlang van groot belang geweest voor ons gezin, en sporadisch kloppen wij er nog eens aan met opvoedkundige vragen. De dienst thuisbegeleiding hoort wekelijks nog van eigenlijk ontoelaatbare situaties zoals ik hier heb geschetst.

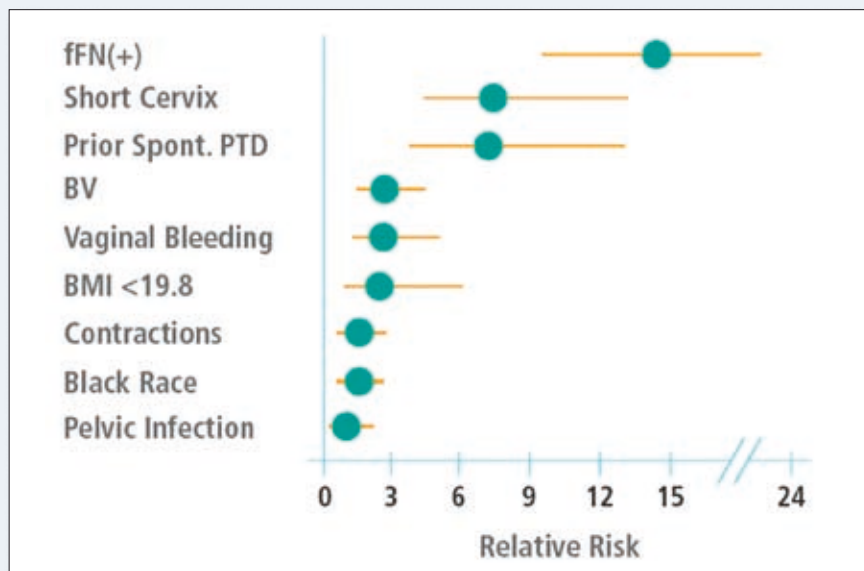
En als u mij nu wilt excuseren: u hebt een receptie voor de boeg, en ik moet thuis in de tuin tenten gaan opzetten voor het feest dat we morgen geven. Voor de eerste communie van onze Jan. Met zijn logopedist heeft hij weken geoefend om verstaanbaar te kunnen zeggen: *Dag mama, dag papa, dag broer, dag zus. Dankuwel.*

Screening naar het risico op vroeggeboorte: de fibronectine-test

NAAR aanleiding van de recente media-heisa rond preventie van aangeboren handicaps werd onlangs in de pers veel aandacht besteed aan de introductie van de Fetale Fibronectine - test in het ZOL. De onderhandelingen tussen ziekenhuis en firma zijn hiervoor inderdaad in een eindfase, en daarmee zou het ZOL het eerste centrum zijn in Vlaanderen zijn dat deze test gaat gebruiken in het beleid van premature arbeid en dreigende vroeggeboorte.

Zoals uitgebreid besproken op het symposium (zie verslag) is de detectie in het vaginale slijm van het fetale fibronectine - de "kleefstof" tussen vliezen en baarmoederwand - op dit ogenblik de meest gevoelige parameter om echte van valse voorweeën te onderscheiden (zie figuur). De belangrijkste informatie die deze test echter geeft is het negatieve resultaat (geen aanwezigheid van fetaal Fibronectine in het vaginale slijm): een negatief predictieve waarde van 99% betekent dat met 99% zekerheid kan worden voorspeld dat een bevalling niet binnen de eerste 2 weken zal optreden. Dit gunstige resultaat werd in meerdere, vooral Amerikaanse, publicaties beschreven. Daarnaast werd in een recent symposium te Frankfurt een Europese studie gepresenteerd, waaruit bleek dat 96% van de zwangeren met een negatief resultaat níet beviel voor 34 weken en 88% zelfs voorbij de 37 weken ging. In de meeste studies is de test negatief bij ca. 3 op 4 vrouwen, die zich aanbieden met premature weeën. De test biedt dus klinisch heel relevante en bruikbare informatie.

In het recente verleden is in Genk een studie verricht naar de resultaten van het huidige beleid rond preventie van vroeggeboorte en het gebruik van weeenremmers. Wanneer we onze resultaten



Figuur 2.

Van alle gekende risicofactoren op vroeggeboorte, afzonderlijk beschouwd, is het foetale fibronectine de belangrijkste.

vergelijken met deze uit de Amerikaanse fibronectine-studies, schatten we dat we op dit ogenblik in ca. de helft van de gevallen 'te vlug' weeenremmers gebruiken. Dit gebeurt gewoon uit voorzichtigheid omdat het met de klassieke methodes zo moeilijk is te voorspellen wie de zwangeren zijn met échte voorweeën, en wie diegenen met valse voorweeën. Op deze wijze zorgen we er in elk geval voor dat we niet 'te laat' komen en de mensen effectief vroegtijdig bevallen zonder dat we geprobeerd hebben dit te voorkomen. Wanneer we de test in gebruik gaan nemen, zouden we wél veel beter het onderscheid kunnen maken tussen de echte en valse voorweeën, en zou het onnodig medicatiegebruik en het aantal hospitalisaties voor dreigende vroeggeboorte kunnen worden teruggedrongen. Dus ook het RIZIV en de ziekenfondsen zouden met behulp van deze test belangrijke kosten kunnen uitsparen.

Zoals foutief in de krant "De Morgen" werd geciteerd is deze test niet in Genk ontwikkeld. De methode is immers reeds jaren in gebruik in Amerika, waar deze door de

Food and Drug Administration (FDA) is erkend en voor klinisch gebruik toegelaten. Op dit ogenblik probeert men overal in Europa deze test te introduceren, maar in de meeste landen, zoals ook in België, stuit men op het probleem van "verzekerbaarheid en terugbetaling". In het ZOL lossen we dit probleem op door de besparing, bekomen door een verminderd gebruik van weeenremmers, te besteden aan het gebruik van de test.

Het spreekt voor zich dat we in het eerste jaar na introductie van de test nauwkeurig gaan registreren wat de effectieve resultaten voor onze kliniek concreet zullen betekenen.

Dr. Wilfried Gyselaers
Gynaecoloog



Antoni Van Leeuwenhoek (1632 - 1723)

In de geschiedenis van de geneeskunde zijn het niet altijd hoogopgeleide wetenschappers geweest die grote ontdekkingen op hun naam geschreven hebben. Ook ongeschoolde leken die een speciaal talent voor observatie hadden. Zo iemand was de Nederlandse lakenverkoper en wijnroeier Antoni Van Leeuwenhoek...

Op 24 oktober 1632 wordt Antoni te Delft geboren als zoon van een mandenvlechter en een moeder die uit een geslacht van bierbrouwers stamt. Amper zes jaar oud sterft zijn vader. Zijn moeder hertrouwt maar ook zijn stiefvader sterft voortijdig. Na zijn middelbare studies stuurt een oom hem naar Amsterdam waar hij bij de Engelse lakenhandelaar William Davidson het vak leert. Om de kwaliteit van de textielvezels te onderzoeken gebruikt men een vergrootglas. Al vergroot het ding slechts 3 maal, Antoni is er onmiddellijk door gefascineerd.

Terug in Delft huwt hij Barbara de Meij die hem vijf dochters zal schenken. Samen openen ze een winkel in linnen, garen en band. Om de vele mondjes te voeden, klust hij nog wat bij in de gemeente. Hij wordt generaalwijkmeester, landmeter en kamerbewaarder van het schepencollege. In zijn functie van executeur-testamentair is hij betrokken bij het failliet van zijn stadsgenoot, de schilder Johannes Vermeer. Daarnaast is hij ook wijnroeier. Alle spiritualiën en wijnen die de stad Delft binnenkomen moeten gekeurd op kwaliteit en de vaten geijkt. Al die klusjes leveren hem het niet onaardige salaris van 800 gulden per jaar op. Daarnaast ontvangt hij giften in natura zodat zijn wijnkelder volgens een tijdgenoot: "niet kwalijk gevuld was."

Een vliegenmepper

Tot dan toe wijst niets erop dat Antoni Van Leeuwenhoek de wetenschappelijke wereld van de zeventiende eeuw met verstomming zal slaan. Hij heeft geen enkele wetenschappelijke opleiding genoten, geen enkele universiteit bezocht en verstaat geen woord Latijn. De enige taal die hij spreekt is het Delfts dialect. Maar hij heeft een excentrieke hobby. In een ach-



Antoni Van Leeuwenhoek

terkamer van zijn huis blaast en slijpt hij glas. Uit dit glas maakt hij lenzen van een nooit geziene kwaliteit en vergrotingsfactor. Met die lenzen bouwt hij eigenaardige microscopen. Geen twee-lenzige zoals de ontdekker ervan, Zacharias Jansen (1595). Ook geen samengestelde kokervormige waarmee Robert Hooke in 1665 'cellen' in een kurk ontdekte. Zijn microscopen lijken eerder op een kleine vliegenmepper. Tussen twee plaatjes messing of koper plaatst hij centraal een kleine lens. Achter dit lensje brengt hij met twee schroeven het te onderzoeken staal in focus. Waar de microscoop van Hooke tot 20 x vergroot, vergroot zijn onorthodox exemplaar tot 250 maal. Over de fabricatie van zijn lenzen lost hij zijn leven lang niets. "Het is een geheim dat ik alleen voor myself houde". Onderzoek op de tientallen bewaard gebleven exemplaren toont aan dat hij de meeste lenzen geslepen heeft. Maar andere lenzen zijn blijkbaar gemaakt door een glazen bol te blazen en de dikke glazen druppel die onderaan blijft hangen, eruit weg te breken.

Een wondere wereld

Met zijn wondere lenzen onderzoekt Van Leeuwenhoek alles wat hij maar vinden kan. Sloopwater, tandplak, etter, varkenshaar, paardendrollen, mieren, allerlei zaden, vleugels van vlinders, luizen, copulerende libel-

len tot zijn eigen sperma. In het sloopwater ontdekt hij duizenden levende beestjes, die hij kleine diertkens noemt. Om ze te ver-
eeuwiggen laat hij ze natekenen door een artiest. Vandaag herkennen we die micro-organismen nog als raderdiertjes, foraminifera, vorticella, infusoria en algen.

Over tandplak schrijft hij: "Mijn gewoonte is des morgens myn tanden te vryven met zout, en dan myn mont te spoelen met water, en wanneer ik gegeten heb, veeltijts myn kiezen met een tandstoker te reinigen. In de gezeide materie waren veele zeer kleine diertkens aanwesig, die daar zeer aardig beweegden." En er waren er nogal wat: "... en datter meerder diertkens inde vuyligheyt inde mond van een mensch syn, als er menschen in een gantsch Koninkryk leven, en voornamentlyk in die geene die hun mond niet en reinigen."

Elke dag gaat hij op zoek naar nieuw onderzoeksmateriaal. Zo ontdekt hij in de huishoudelijke azijn allerlei kristallen maar ook een soort kleine algen. Dit tot grote consternatie van zijn vrouw en dochters: "Ik heb verscheyde juffrouwen in myn huys die begeerig waren de aaltgens in den asijn te sien, van dewelke enige soo een tegenheyd hadden, dat sy voornamen noyt nog asijn te nuttigen."

Voorloper

Op 3 maart 1682 ontdekt Van Leeuwenhoek de rode bloedcellen in een zalm. Zonder het te beseffen beschrijft hij daarbij als eerste de celkern. "Want eenige [rode bloedcellen] schenen my van binnen in een kleine spatie beslooten te hebben, een rond bolletje of een globule, ... die ick eenigsints met fig.5 heb aangewesen." In bijgeleverde figuur 5 is dat rond bolletje onmiskenbaar een celkern. Het zal nog 156 jaar duren eer Matthias Schleiden en Theodor Schwann, respectievelijk in planten en in dieren, de cel en de celkern herontdekken. En zoals in ZOLarium 23 te lezen viel was dit het uitgangspunt voor de Cellulaire Pathologie van Rudolf Virchow.

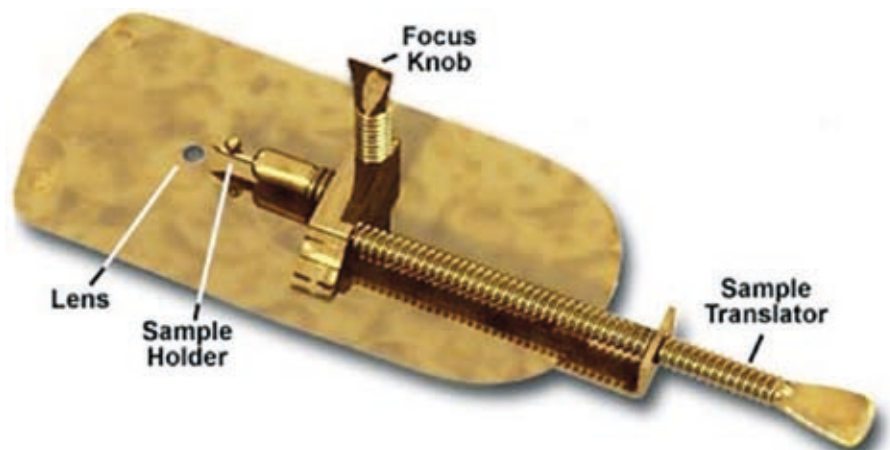
Met zijn onorthodox microscoop is Van Leeuwenhoek ook de wegbereider van Louis Pasteur. Op een dag schraapt hij etter uit

een wonde en ziet er levende diertjes in. Lang voor ze als dusdanig erkend worden -en hun connectie met besmettelijke ziekten beschreven wordt- ontdekt hij de bacteriën. Van Leeuwenhoek is geen arts en legt het verband niet tussen die diertjes en besmettelijke ziekten. Maar ook geen enkele medicus of wetenschapper uit zijn tijd komt op dit idee. Het zal nog tot in de laatste helft van de 19de eeuw duren eer Pasteur het bestaan van die micro-organismen in verband zal brengen met gisting en rotting. Maar ook Pasteur is geen geneesheer. Hij is chemicus. De man die uiteindelijk de fameuze link tussen infectieziekten en micro-organismen zal leggen, en met zijn antisepsis honderdduizenden mensenlevens zal redden, is de Engelse chirurg Joseph Lister (ZOLarium 27).

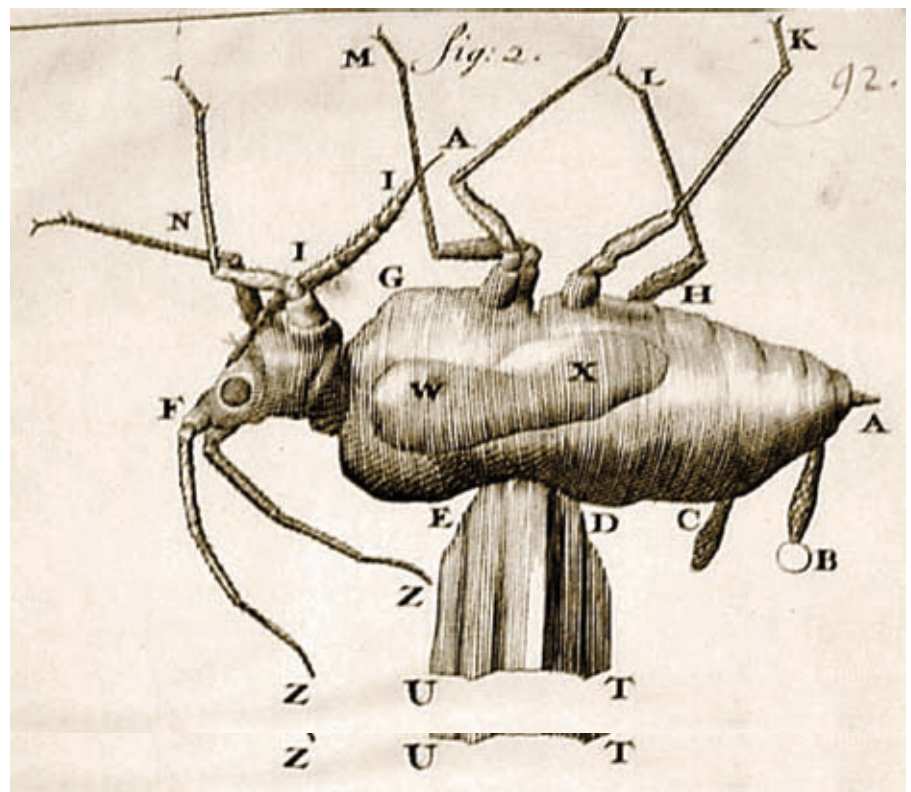
In zijn eigen sperma ziet Antoni van Leeuwenhoek in 1667 ontelbaar veel diertjes rondspartelen. Om niet van zelfbelevlekking beticht te worden vermeld hij dat het om gemorst zaad ging tijdens een geslachtsgemeenschap met zijn eigen, wet-tige echtgenote. Terwijl hij gefascineerd naar die ontelbare zweepdiertjes zit te staren beseft hij dat geen mens hem zal geloven die ze niet gezien heeft. Daarom huurt hij een tekenaar in die de kopjes en de zweepstaarten van de spermatozoa natuurgetrouw natekent.

The Royal Society

Ontdekkingen doen is mooi maar ze gepubliceerd krijgen is wat anders. Antoni is het Latijn niet machtig en er bestaat in die tijd niet zoiets als het "Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde". Gelukkig woont in Delft een jonge arts die onlangs internationale bekendheid verworven heeft door zijn ontdekking van de eikel in het ovarium (de Graafse follikel). Reinier de Graaf is lid van de Royal Society in Londen en is goed bevriend met de secretaris van dit achtbaar wetenschappelijk gezelschap, Henry Oldenburg. Twee maand voor zijn zelfmoord in 1673 schrijft Reinier de Graaf een brief aan Henry Oldenburg met de vraag of hij die wondere ontdekkingen van Antoni Van Leeuwenhoek wil opnemen in hun tijdschrift, de 'Philosophical Transactions'.



"Van Leeuwenhoek's wondere microscoop"



"Aalbes luis, gemonteerd op de microscoop pin"

Zeer onder de indruk van wat ze te zien krijgen, vragen de geleerde heren van de Royal Society om meer. Omdat Reinier de Graaf ondertussen zelfmoord gepleegd heeft in een stom dispuut over wie nu de eigenlijke ontdekker van de eikel is -hij of Jan Swammerdam- is Van Leeuwenhoek zijn vertaler kwijt. Geen erg. De connectie Delft-Londen is ondertussen gelegd. Veel te nieuwsgierig naar meer vraagt Henry Oldenburg hem om zijn nieuwe waarnemingen gewoon in het Nederlands op te sturen. De Society zal ze wel vertalen. Zo

begint Antoni van Leeuwenhoek aan een indrukwekkend aantal publicaties. Maar als hij in een druppel slootwater wel "tien honderdduizend kleine diertjes" beschrijft die "tesamen nog niet zoveel ruimte innemen als één kleine zandkorrel" fronsen de leden hun wenkbrauwen. Om hun prestigieus tijdschrift - te vergelijken met de 'Nature' van vandaag- niet te vullen met charlataneske onzin vraagt Oldenburg om het een en ander te laten verifiëren door enkele Hollandse geleerden die uit hoofde van hun beroep er niet van beticht kunnen

worden fantasie uit te kramen. Daarop toont Antoni van Leeuwenhoek zijn preparaten aan enkele predikanten en juristen uit Delft. Nadat die heren met hun eigen ogen de microscopisch kleine dierkens gezien hebben, ondertekenen ze gezamenlijk een akte van geloofwaardigheid. Samen met dit attest stuurt van Leeuwenhoek zijn volgende brief op.

Beroemd

Vijftig jaar lang spijs Antoni de Philosophical Transactions met in totaal 375 brieven en wordt wereldberoemd. Zó beroemd dat een brief geadresseerd aan 'van Leeuwenhoek Holland' in de 17de eeuw correct bezorgd werd. Uit alle landen komen nieuwsgierigen naar Delft afgezakt om een blik door zijn fameuze microscopen te werpen. Niet enkel artsen, biologen of plantkundigen. Ook filosofen, schrijvers, staatsmannen tot zelfs koningin Mary van Engeland en tsaar Peter de Grote van Rusland. Maar beroemd zijn heeft zijn keerzijde. In een van zijn brieven laat van Leeuwenhoek zich ontvallen dat hij veel liever in alle rust en vree zou verder werken. Dagelijks valt er immers nog zoveel te ontdekken in het microscopisch heelal van de natuur. De nieuwsgierige wetenschappers die hem het geheim van zijn lenzen willen ontfutselen vangen bot. Voor geen goud ter wereld lost hij er iets over. Zijn microscopen zijn ook niet te koop of te huur. De wetenschappers die uit jaloezie zijn gebrek aan opleiding aansmeren, dient hij kordaat van antwoord: "Ik ben me bewust dat mijn ontdekkingen niet overal in goede aarde vallen. Dat sommigen zeggen dat ik iets toon wat niet bestaat en dat zelfs universitaire professoren niet geloven dat er in het mannelijk zaad levende wezens rondspartelen. Maar ik heb ze gezien. En dus bestaan ze. Ik heb gelijk."

Uit erkenning voor zijn maandelijkse bijdrage aan hun wetenschappelijk tijdschrift wordt van Leeuwenhoek in 1680 tot Fellow van de Royal Society benoemd. Een hele eer voor een simpele lakenhandelaar die geen woord Engels of Latijn verstaat en nooit een van hun bijeenkomsten zal bijwonen. Als vreemde eend in de bijt zal hij



“De zaadcellen van Van Leeuwenhoek”

ook nooit zijn waarnemingen systematisch ordenen in een boek. Zijn bijdrage aan de wetenschap blijft beperkt tot de 375 brieven waarin hij, chaotisch door elkaar, alles wat voor zijn lenzen komt, beschrijft en illustreert. Maar zijn ontdekkingen zijn zo spectaculair dat er later toch een honderdtal brieven verzameld worden in een Latijnse en Nederlandse editie.

In 1716 eert de universiteit van Leuven hem met een eredoctoraat. Omdat de inmiddels 84-jarige van Leeuwenhoek een reis naar Leuven niet meer ziet zitten, laat hij de decaan de medaille van uitzonderlijke verdienste per postkoets opsturen. In die bronzen medaille staat gedrukt: 'In tenui labor, at tenuis non gloria' (In het kleine ligt zijn werk, maar klein is niet zijn roem). Tot op de hoge leeftijd van 90 jaar blijft Antoni van Leeuwenhoek actief. De dag voor zijn overlijden, op 26 augustus 1723, schrijft hij op zijn sterfbed nog een laatste brief aan de Royal Society. Niet meer over "dierkens" die in slootwater rondzwemen maar over een eigenaardige ziekte die hem al maandenlang aan bed gekluisterd houdt. Heel gedetailleerd beschrijft hij de pijn in het middenrif en de moeilijkheden bij het ademen. Zó gedetailleerd dat er tot op vandaag geen nauwkeuriger beschrijving bestaat van die uiterst zeldzame kwaal van het middenrif die men nu de 'Van Leeuwenhoek ziekte' noemt.

Onder grote internationale belangstelling wordt hij in de Oude kerk van Delft ten grave gedragen. Na de uitvaartplechtigheid beheert zijn enige overlevende dochter, Maria, zijn erfenis. Twee jaar na haar dood, in 1747, worden de ongeveer 500 microscopen van haar vader geveild. Veel guldens brengen ze niet in het laatje tenzij drie exemplaren die op hun gewicht aan goud gewogen worden.

Postume erkenning

Ter herdenking van die grote Nederlandse vorser stelt de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) in 1877 een wetenschapsprijs in: 'de Leeuwenhoekmedaille'. Sinds 1979 organiseert de Royal Society van Londen een jaarlijkse erelezing over recente ontdekkingen in de microbiologie: 'The Leeuwenhoek Lecture'. Tijdens de verkiezing van de 'Grootste Nederlander Aller Tijden' in 2004 eindigde Antoni Van Leeuwenhoek op de vierde plaats.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog

Toxicomanie-eenheid voor psychiatrische spoedinterventie

Van crisisopvang tot nazorg

OM personen in een acute middelengerelateerde crisis op te vangen, werd in 2001 in het ZOL het TEPSI-project opgestart. De Toxicomanie-Eenheid voor Psychiatrische Spoed-Interventie beschikt over 4 crisisbedden en leunt nauw aan bij de Spoedgevallendienst. Zopas werd er een nieuwe visietekst geschreven om de therapeutische aanpak op de dienst verder te verfijnen.

Het was de bedoeling te komen tot een éénduidige en duidelijke afdelingsvisie waarbij de verslavingsproblematiek benaderd wordt vanuit een psycho-dynamische invalshoek. De uitdaging in de visie was niet alleen de TEPSI-eigenheid maar tegelijkertijd ook de integratie met de PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) en de dagkliniek psychiatrie tot uitdrukking te brengen.

Het TEPSI-project

De afdeling is gelegen in het ZOL, campus St.-Jan. De afdeling leunt nauw aan bij zowel de algemene spoedgevallendienst als de PAAZ. Conform haar opdracht om op provinciaal niveau te voorzien in een crisiseenheid beschikt de TEPSI over 4 crisisbedden. Deze bedden staan 24u/24u en 7 dagen op 7 ter beschikking van de provincie. De eenheid verleent hulp aan een specifieke populatie, namelijk personen die in een acute middelengerelateerde medisch-psychiatrische crisis verkeren. Hierbij wordt de crisis begrepen als een tijdelijke toestand van desorganisatie, waardoor de egosterkte van de persoon is ingeperkt. De aard en de complexiteit van de crisis wordt bepaald door het gedrag en de beleving van de patiënt. De inschatting en de beoordeling van de ernst van de crisis is van essentieel belang en gebeurt door de psychiater op de algemene spoedgevallendienst. Hier kan de psychiater dan beslissen of een opname

aangewezen is voor de TEPSI en zinvol is voor de patiënt in kwestie. Voorbeelden van dergelijke middelengerelateerde crisissen zijn:

- (poli)intoxicaties (overdosis alcohol, medicatie, mix van verschillende drugs)
- gecompliceerde ontwenningen
- middelengebonden psychische stoornissen van acute aard
- een zich plots manifesterende psychosociale crisis, primair gerelateerd aan middelengebruik waarbij een korte timeout en het creëren van emotionele rust de nodige bijsturing kan faciliteren
- ...

Zonder afbreuk te doen aan de principes van laagdrempeligheid en toegankelijkheid zijn gebruikende opnames (uit huis gezet, ...) en opnames louter in afwachting van een opname elders tegenaangewezen.

De doelstelling van het TEPSI-project is tweevoudig. Ten eerste is het de bedoeling om een herstel en indien mogelijk versterking van het autonome functioneren van de patiënt te bewerkstelligen en ten tweede de opbouw van een werkrelatie met oog op motivering van patiënt om in een aangepaste setting verder te werken aan zichzelf.

Deze doelstellingen worden nagestreefd binnen een maximumduur van 5 dagen. Het vast team bestaat uit een psychiater, psychologen, psychiatrische verpleegkundigen en case-managers. Daarnaast maken zowel de ergo- als PMT-therapeuten (Psychomotorische Therapie) partieel deel uit van het team.

1. Therapeutisch kader

Uit voorgaande is duidelijk dat de TEPSI-afdeling, in tegenstelling tot de PAAZ, zich toespitst op middelenproblemen in de brede zin van het woord. Naast dit verschil is er ook de overeenkomst dat zowel de PAAZ als de TEPSI werken met mensen

in crisis. Beide uitgangspunten zullen hun stempel drukken op de visie en de werking van de afdeling, naast de roots die de afdeling heeft vanuit het psychoanalytisch werken op de PAAZ.

Hierbij verwijzen we naar de visietekst die door dr. Bruno Remans is geschreven in 1993. In de inleiding geeft Remans reeds aan dat er weinig gepubliceerd is rond het psychoanalytisch gedachtegoed op een crisisinterventie-unit. Als er vanuit psychodynamische hoek toch iets geschreven wordt in verband met het werken met psychiatrische patiënten in een algemeen ziekenhuis, wordt het belang van een supportief milieu (C. Janzing & J. Lanssen, 1985; P. Jongerius & R. Rylant, 1989) sterk naar voor geschoven. De specifieke karakteristieken van de TEPSI-afdeling dwingen er ons wel toe om de analytische principes te herdenken.

Een eerste specifieke karakteristiek is het crisisaspect: dit wil zeggen dat de TEPSI in eerste instantie een opname-functie heeft voor patiënten in crisis. De afdeling neemt het als het ware even over van de patiënt, wanneer deze patiënt samen met zijn omgeving faalt in het handhaven van een voldoende dagdagelijks functioneren. De afdeling heeft een moederlijke functie. Zij gaat als substituut functioneren voor de tijdelijk uitgevallen egofuncties en tegelijkertijd gaat zij de patiënt beschermen tegen interne of externe bedreigingen (J. Le Roy, 1993). Deze functie kan ingevuld worden door het invoeren van structurerende en ingrenzende maatregelen.

Een tweede karakteristiek is de korte opnameduur: de opnameduur op de TEPSI-afdeling ligt gemiddeld tussen de 2 à 3 dagen. De maximale opnameduur is 5 dagen. Dit is extreem kort. Het noopt ons ertoe om onze doelstellingen te beperken. Verder leidt de korte opnameduur tot de noodzaak om snel te kunnen verwijzen naar andere voorzieningen (Remans, B., 1993).



Op het individuele vlak kunnen korte interventies en eenmalige sessies vaak wel nog voor een therapeutische ervaring zorgen: namelijk door het opbouwen van een werkkrelatie en het creëren van een spreekcultuur. Zo kunnen frustraties, moeilijkheden en conflicten uitgesproken worden en is het mogelijk om voor de patiënten een mentale ruimte te creëren waar gedacht en gevoeld kan worden. Patiënten met een pre-oedipale problematiek beschikken over weinig ruimte om belevingen te mentaliseren. Meltzer (1975) noemt dit tweedimensioneel functioneren. Frustraties, e.d. worden direct uitgeageerd.

Vervolgens is er de sterke link met het medische: Hierbij zijn we er ons van bewust dat elke medische behandeling en elk onderzoek regressiebevorderend is en de patiënt bezet met overdrachten. Om deze regressie zoveel mogelijk onder controle te houden is er op de TEPSI net als op de PAAZ (Remans, B., 1993) alles aan gedaan om zo weinig mogelijk medische apparatuur op de afdeling te hebben, er worden geen witte schorten gedragen en onderzoeken op andere locatie worden besproken met de psychiater. Net als op de PAAZ wordt er gestreefd naar een minimaal en goed overwogen gebruik van medicatie.

Ten slotte is er nog de middelengerelateerde problematiek, die erg specifiek is. De boeken "Zuchtigheid en Afhankelijkheid: In hun Relatie met Middelenmisbruik" (Kinet, M., 2006), "Bouwen aan een basis: Aspecten van behandeling bij middelengebruikers" (Hebbrecht, M., 1997) en het hoofdstuk van R. Vandermeeren (2002) "Psychotherapiegroepen voor alcoholisten" uit het Handboek Groepstherapie zijn enkele pogingen in het Nederlandstalige psychoanalytische veld om een analytische visie uit te werken met betrekking tot deze problematiek. Langs de andere kant wordt middelengebruik in verschillende middens als contra-indicatie voor psychoanalytische therapie beschouwd. Bijvoorbeeld Malan (1979) beschouwde chronisch alcoholisme of druggebruik als contra-indicatie voor psychotherapie op analytische basis. De verschillende visies met betrekking tot middelenaafhankelijkheid kan men terugvinden in het overzichtshoofdstuk van Hebbrecht, M. in het bovengenoemde boek van Kinet.

"Afhankelijkheid en zuchtigheid kunnen langs verschillende zijden belicht worden: erfelijkheid, neurobiologische mechanismen, leerprocessen, maatschappelijke omgeving en ook de betekenis van gebruik."

De psychoanalytische visies zullen we hieronder nog even voorstellen.

Visie en organisatie op onze TEPSI-afdeling

Met betrekking tot de visie op onze TEPSI-afdeling hebben we ons in belangrijke mate gebaseerd op bovenstaande visie en het hoofdstuk 'De ontweningsafdeling als levensschool' (Pype & Vanacker, 2007). Afhankelijkheid en zuchtigheid kunnen langs verschillende zijden belicht worden: erfelijkheid, neurobiologische mechanismen, leerprocessen, maatschappelijke omgeving en ook de betekenis van gebruik. In verband met dit laatste wensen we ons te verlaten op de psychoanalytische denkwijze. Hierbij trachten we de persoon te begrijpen vanuit zijn eigenheid. We stellen ons de vraag welke functie het middel of een bepaald gedrag voor deze persoon met zijn onbewuste, karakteristieke psychologische structuur, zijn verleden, innerlijke wereld en binnen zijn functioneren in zijn sociaal netwerk vervult.

Hebbrecht (2007) zegt dat de basis van zuchtig gedrag ligt in een tekort, een defect in de persoon zelf. Dit tekort ontstaat door vaak vroege, negatieve omgevingsinvloeden. Deze veroorzaken een bemoeilijking van de representatiefunctie, verarmd fantasielevens, alexithymie, neiging tot operatorisch denken, affectdysregulatie, onstabiel zelfwaardegevoel,... Deze zaken kan men dan ook klinisch terugvinden. De verslaafde laat zich vaak zien als een infantiele organisatie die gekenmerkt wordt door primitieve wijzen van functioneren: gebrekkige affectcontrole (agressiviteit, lage frustratietolerantie, discontinu gedragspatroon, ...), verhoogde compulsiviteit (onmiddellijke en totale behoeftebevrediging,...), gebrek aan cognitieve generalisatie en creativiteit, zwak mentalisatievermogen, beperkt empathisch vermogen, primitieve defensiemechanis-

men (projectie, splitsing en omkering) en hoge aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen binnen verschillende modi (zie Pype en Vanacker, 2007).

Het 'gezonde Ik' en het 'verslaafde Ik'

In de literatuur wordt gesproken van een dubbele modus van functioneren. Zo ontwikkelt zich parallel aan het 'gezonde Ik' het 'verslaafde Ik'. Hierdoor krijgt de persoonlijkheid een dubbele structuur. Dit is iets wat je vaak hoort in gesprekken met patiënten en hun omgeving. "Als ik gedronken heb, ben ik een duiveltje, maar nuchter doe ik geen vlieg kwaad", "Als hij niet drinkt, is hij de beste man die ik me kan voorstellen, maar als hij gedronken heeft, kan je er geen land mee bezeilen", "Als zij drinkt, herken ik haar niet meer, alsof ze iemand anders is". De overgang tussen beide modi gebeurt voor de patiënt meestal plots en impulsief. Als de verslaving chronisch wordt, wordt de splitsing tussen de beide 'Ikken' meer definitief.

Pype & Vanacker (2007) beschouwen het installeren van deze dubbele structuur als bepalende factor voor psychologische afhankelijkheid aan het middel.

Verslaving en regressie (Pype & Vanacker, 2007)

• De ineenstorting van het subject:

Misbruik van verslavende middelen leidt tot een stagnatie van de psychische ontwikkeling en ten slotte tot regressie naar een infantiel stadium. De vitale interactie tussen individu en realiteit wordt door het continue op zoek gaan naar de roes, stilgelegd. De interpersoonlijke contacten, ordening en begrenzing van tijd en ruimte, het mentaliseren en het spreken - wat de essentiële bouwstoffen zijn voor de psychologische ontwikkeling - worden afgesneden van de zuchtige persoon. Hierdoor keert de verslaafde patiënt terug naar het 'presubject stadium', waarbij het subject meer en meer gaat capituleren met als gevolg een toenemend risico op de 'ineenstorting'.

• Primitieve herhaling en sensorieel genot

Het functioneren van de verslaafde komt overeen met de meest primitieve



vorm van menselijk ervaren (de symbiose). Herhaling van sensorieel genot primeert. Hierbij functioneert het middel niet als transitioneel object, maar eerder als een autistisch object dat een barrière vormt voor de interactie met de realiteit. De verslaafde zit dus vast in een eindeloze herhaling van sensaties zonder betekenissen, een puur sensorieel genot.

- De thanatonale dynamiek

Bij verslaafden wordt het realiteitsprincipe vervangen door het lustprincipe. De libido, de drijvende kracht van het verlangen wordt opgegeven voor de thanatos, die staat voor loslaten en blijvend rusten, kortom 'niet-leven'. De roeservaring verwijst dan naar de thanatonale ervaringsmodus. Het oceanische rustgevoel alles te kunnen loslaten, niet meer te hoeven denken en voelen. Het gevaar zit erin dat de verslaafde niet meer in staat is of niet meer wil teruggaan naar een meer vitale interactiemodus (libidinale ervaringsmodus) met de realiteit. Als de vlucht voor de frustrerende reali-

teit een chronisch karakter krijgt, wordt het subject in zijn bestaan bedreigd.

Bij langdurig middelenmisbruik wordt men geconfronteerd met toenemende autodestructieve neigingen. Het zoeken naar grenzeloos genieten in de roes eindigt paradoxaal in een steeds dwingend verlangen naar zelfvernietiging en naar de dood.

Nu we onze visie op afhankelijkheid en zuchtigheid meer gepreciseerd hebben kunnen we de accenten met betrekking tot de organisatie van de TEPSI-afdeling presenteren.

2. Organisatie van de afdeling

De TEPSI-afdeling dient als een instantie die veiligheid biedt, die de patiënt in crisis opvangt en die zorgt voor het herstel van de zelfcontrole. Een tijdelijke externe begrenzing (beveiliging) wordt bekomen door het invoeren van een aantal structurerende maatregelen: afdelingsafspraken en een huishoudelijk reglement; controle van bagage; fixatie/isolatie-beleid, dagstructuur (programma, vaste tijdstippen om te

eten, slapen, bezoek en roken). Ook de gesloten deur is van belang: naast een toezichtsfunctie, heeft deze een beschermende grensfunctie die de patiënt even afschermt van de buitenwereld. De patiënt voelt zich veilig en moet tijdelijk geen weerstand bieden aan externe dreigingen zoals het aanbod van alcohol in winkels en café's, drugs, medicatie... . Daarnaast is het verbod op het gebruik van alcohol, drugs en medicatie die niet door de arts voorgeschreven is erg belangrijk. Op deze manier trachten we de negatieve spiraal van de regressie te doorbreken. Door het 'verslaafde Ik' niet meer te voeden, krijgt de patiënt zicht op de schade en de groeimogelijkheden van het 'gezonde Ik'. Nuchter blijven wil zeggen dat de patiënt de opdracht krijgt om te leren leven met een 'gemis'. Het zich leren aanpassen aan de frustrerende realiteit is dan ook een hoofdzaak om psychisch in leven te kunnen blijven en zich verder te ontwikkelen.

Een ander cruciaal aspect van de afdeling is het leefklimaat. De patiënt moet zich 'psychisch' veilig voelen, om zichzelf te kunnen

zijn en om zijn verhaal te brengen. Om dit te bereiken dient de basisattitude uitnodigend, empathisch, aanvaardend en open te zijn. Hierbij proberen we een spreekcultuur op de afdeling te stimuleren, met als bedoeling de patiënt een klimaat aan te bieden om het tweedimensioneel functioneren (Meltzer) te doorbreken en te leren mentaliseren. Centraal staan het respect en het begrip voor de patiënt en zijn eigen keuzes. De patiënt wordt gezien als een persoon met eigen mogelijkheden en capaciteiten, maar die tijdens de opname steun en hulp nodig heeft, om deze ten volle te kunnen benutten.

Vanwege het TEPSI-team wordt een houding aangenomen, die het evenwicht vormt tussen ondersteuning en containing van de patiënt enerzijds, en de activering van zijn autonomie anderzijds. Een opname op zich bevordert de regressie. De patiënt in crisis laat de zorg en controle over aan de afdeling: hij krijgt medicatie, bedrust, een dag- en nachtritme, vaste tijdstippen om te eten en te roken, een luisterend oor wanneer nodig, begeleiding in hygiëne en verzorging, enz... De patiënt wordt in een afhankelijke positie gezet, wat de ontkenning van zijn autonomie impliceert. Dit brengt enerzijds een keldering van de eigenwaarde met zich mee, gepaard met schaamte- en schuldgevoelens. Anderzijds kan dit ook het externaliseren doen toenemen, gedrag dat typerend is voor mensen met een middelenproblematiek. De patiënt erkent het eigen aandeel in zijn probleem niet, en laat de oplossing ervan compleet over aan de anderen (familie, huisarts, hulpverleners,...).

Om beide gevolgen tegen te gaan, wordt tegelijk een begrenzend houding aangenomen. Er wordt niet op elke behoefte van de patiënt ingegaan: maximaal verblijf van 5 dagen, geen extra medicatie op vraag, niet roken buiten vaste tijdstippen,... Ook wordt de autonomie van de patiënt gestimuleerd en de eigen verantwoordelijkheid aangesproken. De patiënt wordt gemotiveerd om het eigen aandeel in zijn problematiek te zien. Tegelijk trachten wij het competentiegevoel te versterken en de patiënt ervan te overtuigen dat hij zelf over de



mogelijkheden beschikt om dit op te lossen. Mogelijke hulpverleningsalternatieven worden aangeboden en besproken (opname PAAZ, langdurig residentieel, ambulantly, huisarts,...), waarbij de keuze aan de patiënt zelf wordt overgelaten. Hij zal na ontslag zijn eigen leven terug in handen hebben en zelf de beslissing nemen of hij hierin begeleid wil worden of niet.

Enkel in uitzonderlijke gevallen, als blijkt dat de patiënt in kwestie niet in staat is om zelf beslissingen te nemen en verantwoordelijkheid te dragen, zal een collocatieprocedure opgestart worden, in samenspraak met de familie en de huisarts. Net zoals het langdurige herstelproces bij

patiënt fasisch (Pype & Vanacker, 2006) verloopt, verloopt ook de crisis fasisch. Dit is ook de reden waarom we ervoor kiezen om fasegericht te werken. In de praktijk lopen fases vloeiend in elkaar over en is het niet steeds mogelijk om een duidelijk afbakening te maken. We zullen de opname indelen in eigenlijke crisisinterventie, de geïndividualiseerde zorg en verder hulpverleningstraject. De eerste twee fases vinden plaats vanaf het eerste moment op spoed tot het moment van ontslag. De laatste fase start vanaf het moment dat de patiënt de afdeling verlaat. Hieronder vindt u de verschillende methodieken en instrumenten die in de verschillende fases gebruikt worden. (Zie kader)

Multidisciplinaire aanpak

Bovenstaande proberen we waar te maken door middel van een multidisciplinaire aanpak. Waarbij elke discipline de ruimte krijgt om vanuit haar deskundigheid mee te denken en haar specifieke rol in te nemen. Hierbij is het van belang dat de visie die heerst op de afdeling gedragen wordt door elk lid van het team. Structureel worden hiervoor de multidisciplinaire briefings, de casusbesprekingen en het zorgoverleg voorzien. Verder wordt er veel geïnvesteerd in vorming.

Net zoals bij elk symptoom wil de patiënt alleen verlost worden van de last die het met zich meebrengt. De patiënt wil eigenlijk niet veranderen. Ook met middelengebruik is dit het geval. Een opname komt er eerder onder druk van de omgeving dan vanuit de interne motivatie van de patiënt. Omdat agressieve confrontatie en feedback vaak leiden tot een negatieve overdrachtsrelatie en slechts een tijdelijke aanpassing van de patiënt (Pype & Vanacker, 2006), willen we ons bij de therapie baseren op motivationele gespreksvoering (Miller, 1991). Het doel van deze techniek is mensen te helpen om een zicht te krijgen op hun problemen en hen te bewegen er iets aan te doen. De therapeut creëert hierbij een open, veilig en constructief werkklimaat.

Op de TEPsi-afdeling zijn de psycho-educatieve groepsessies structureel in de crisisopvang ingewerkt. De objectieve infosessies bieden de patiënt steun, veiligheid, maar vooral hoop op verandering. Ze bieden ook een tegengewicht voor de schuldgevoelens, zelfoverschatting, minimalisering en ontkenning van de verslaafde. Inhoudelijk wordt er in deze sessies aandacht gegeven aan de medisch-psychiatrische gevolgen van gebruik (psychiater), plaats van alcohol, drugs, medicatie in onze samenleving, risico's van gebruik en motivatie, hervalpreventie en verandering van persoonlijk functioneren.

Ook de omgeving (partner en gezinsleden) van de patiënt is belangrijk met betrekking tot de crisisopvang. De crisis voltrekt zich meestal ook bij hen. Bij middelengebruik zijn zij ook meestal diegene die druk uitoefenen

tot opname. Anderzijds is het symptoom van middelengebruik ook een deel geworden van de gehele omgeving. Vaak gaan zij mee in de afhankelijkheid en leven ze net als de patiënt in een zekere ambivalentie ten opzichte van het middel. Het gebruik kan anderzijds ook traumatiserend zijn voor partners, kinderen of naasten.

Daarom nodigen we op indicatie mensen uit de omgeving van de patiënt uit om op gesprek te komen. De doelstelling is het geven van informatie met betrekking tot afhankelijkheid, het afstemmen met betrekking tot hulpverlening, het bieden van ondersteuning, het aanreiken van middelen om voor zichzelf en de andere gezinsleden voldoende veiligheid te creëren. Het belangrijkste is echter het openen van de communicatie tussen de partners en/of gezinsleden.

PMT-sessies en ergotherapeutische sessies hebben als therapeutisch doel patiënten op een constructieve manier te laten nadenken over de lichamelijke of motorische achteruitgang die door het middelgebruik werd ontlokt. Hierbij wordt de patiënt op een constructieve wijze met deze achteruitgang geconfronteerd. Dit maakt deel uit van het motivationeel inzichtelijk proces dat we willen op gang brengen bij de patiënt. Anderzijds willen deze therapieën de patiënten ook de mogelijkheid geven om hun gedachten en gevoelens op een creatieve wijze uit te drukken.

Een belangrijk deel van de werking van Tepsi is ook de casemanagementfunctie. Binnen de afdeling nemen de casemanagers deel aan het opstarten van een motivationeel inzichtelijk proces bij de patiënten. Hierbij ligt de klemtoon op het bespreekbaar maken van hulpverlening na de opname op de afdeling. Verder wordt er via de casemanagementfunctie een nauwe samenwerking met familie, huisarts en bestaande hulpverlening verzekerd. Bij verwijzing voor nazorg trachten zij een soepele doorstroming en continuïteit mogelijk te maken tussen de verschillende regionale zorgvoorzieningen. Kortom zij zijn voor de afdeling de schakelfiguur tussen Tepsi en alle andere voorzieningen binnen de verslavingszorg.

Fasegericht werken

Fase 1.

De eigenlijke crisisinterventie

1. Lichamelijke stabilisatie
2. Inventarisatie problematiek, leefsituatie, HV
3. Opvang en begeleiding patiënt

Fase 2.

Geïndividualiseerde zorg

1. Psychiatrische diagnostiek
2. Gesprekstherapie
3. Informeren rond middelengebruik, HV
4. Mobilisatie systeem/directe omgeving
5. Opstarten motivationeel proces
6. Organisatie efficiënte nazorg

Fase 3.

Het verdere hulpverleningstraject

CASEMANAGER

1. Als aanspreekfiguur patiënt in HV-traject
2. Als verbindingsfiguur tussen patiënt en HV
3. Als aanspreekfiguur samenwerkende partners

Peter Beks,
Klinisch psycholoog



Gezondheidszorg

NEEN, samenwerking is geen inbreuk op de professionele autonomie maar of alle arts- en tandartsenpraktijken in de toekomst groepspraktijken zullen zijn, is zeer de vraag. Dat vinden alvast de toehoorders van de vorige sessie van 'Implantaten voor Dummies' na het betoog van kerkjurist Rik Torfs en trendwatcher Herman Konings. De toekomst zal uitwijzen wie gelijk krijgt.

De vorige sessie van 'Implantaten voor Dummies', opnieuw gemodereerd door Alain Coninx, handelde over het belang van interdisciplinaire samenwerking. Samenwerking is immers duidelijk en direct aan de orde

bij implantaatbehandelingen. Vergissingen of tekortkomingen in de planning resulteren vaak in ongewenste gevolgen voor de patiënt. Het vergt daarna veel moeite om problemen te wijten aan slechte of onvolledige planningen op te lossen.

Een opmerkelijke bijdrage werd deze keer geleverd door **prof. Rik Torfs**. Hij begon met kerkelijk recht om uiteindelijk te komen tot een pleidooi voor interdisciplinaire samenwerking om complexe problemen op te lossen.

Trendwatcher **Herman Konings** veroorzaakte heel wat commotie bij het publiek met zijn kijk op de toekomst. Hij voorspelt

het einde van de solopraktijken en gelijk een groei van luxueuze therapieën.

Doorverwijzen

"Van implantaten weet ik niets maar dat is met de meeste onderwerpen waarover ik spreek," startte prof. Torfs zijn betoog. Hij had meteen de hele zaal op zijn hand. Hij verklaarde in vier onderdelen waarom multidisciplinair overleg en doorverwijzen nuttig kunnen zijn.

I. Volgens Torfs zou een doorgedreven manier van samenwerken onder meer kunnen betekenen dat mensen in staat zijn om hun eigen functioneren te 'dedra-



in de toekomst

matiseren'. Dat heeft niets te maken met lichtzinnigheid of met het niet meer naar behoren kunnen uitoefenen van de job. Mensen zullen het gevoel krijgen dat niet meer alles op hun schouders rust. Dat ze niet meer alleen staan en alle knopen moeten doorhakken. Torfs: "Ik ben trouwens een fervent tegenstander van het doorhakken van knopen. Je blijft immers achter met twee losse eindjes. Een knoop is er om ontward te worden. Dat kan je best doen met iemand die je begrijpt en die tegelijk een andere specialiteit heeft. Knopen doorhakken is een destructieve zaak die haar oorsprong vindt bij Alexander de Grote. Hij hakte

de gordiaanse knoop door nadat hij er niet in slaagde deze te ontwarren. Dit vergeten vele managers vandaag."

2. "Uiteindelijk leidt samenwerking tot een duidelijke verheldering van wat je zelf wil," was het tweede argument van prof. Torfs pro multidisciplinair overleg. Je moet immers goed je eigen positie in kaart brengen wanneer je met anderen samenwerkt. Daarnaast zal je er met eindeloze vaagheden niet geraken. Dit idee verduidelijkte prof. Torfs met een voorbeeld uit de kerkelijke sfeer. Hij verwees naar het 'mentaliteitsverschil' tussen de theoloog en de kerkjurist. "De

theoloog vindt dat oude ideeën die met nieuwe worden geconfronteerd een 'verrijking' zijn. Een jurist zal een concrete vraag stellen: waar kies je voor, wat is het basisconcept?" Moeten beiden samenwerken, dan zal de theoloog ook een stelling moeten innemen, een keuze moeten maken," zei Torfs. Samenwerken betekent dat je ook helder moet zijn over je eigen positie en goed moet inschatten waar je mee bezig bent.

3. Vervolgens is het belangrijk dat ieder zijn eigen rol speelt in het overleg aldus prof. Torfs. "Neem als voorbeeld de nietigverklaring van een kerkelijk huwelijk.





Daar zal de pastor die de zaak initieert, kiezen voor een benadering waarin de gehele mens tot uiting komt en de persoon bijvoorbeeld laten uithuilen. Wanneer de zaak moet worden beslecht, beslist de kerkelijke rechtbank of de nietigverklaring al dan niet wordt uitgesproken. De kerkelijk rechter zal zich net andersom opstellen. Hij zal proberen het huwelijk nietig te verklaren zonder daarbij in het leven van de persoon door te dringen als deze dat niet wil. "In deze zaak is het doorverwijzen op het juiste moment erg belangrijk," aldus prof. Torfs. "Probeert de pastor rechter te spelen, dan legt hij te veel beslag op de persoon die recht heeft op een zakelijke benadering in de juridische fase."

4. Torfs besloot zijn betoog met de vraag of doorverwijzen impliceert dat je je competentie begrenst tot een beperktere speelruimte. "Ik ben hier niet van overtuigd. Om op een bekwaame manier door te verwijzen, moet je minstens een gezond oordeel hebben over wat de andere kan betekenen," klonk het standpunt. Doorverwijzen vergt een zekere feeling voor multidisciplinariteit.

Het publiek was het uiteindelijk eens met de stellingen van prof. Torfs. Op zijn vraag of doorverwijzen een aanslag is op de professionele autonomie antwoordde de meerderheid 'neen'.

Glazen bol

Meer commotie veroorzaakte het betoog van psycholoog en trendwatcher Hermans Konings. De man met de glazen bol, hij die kan kijken in de toekomst. Wat kunnen we verwachten in 2028?

Herman Konings: "Hierover is weinig te vertellen omdat vooral de snelheid van de

"De kern van de zaak is dat we moeten beseffen dat we veeleer kinderen zijn van onze generatie dan kinderen van onze ouders."

verandering verandert. Terugkijkend stellen we vast dat er de afgelopen 100 maanden enorm veel veranderd is. Je kan je niet meer voorstellen hoe het in 2000 was of 5 jaar na de democratisering van de gsm. Op dat moment had 32% van de bevolking boven de 18 jaar een mobiele telefoon. Drie jaar later is het aantal gebruikers boven 18 jaar gestegen tot 73%. Vandaag is dit 92%."

"Het is pas de laatste vijf jaar dat de consumententechnologie ons volledig in zijn greep heeft, en deze koop je tegenwoordig zelfs in het grootwarenhuis. We zijn naar een totaal analoge, digitale samenleving geëvolueerd. Er is een gigantische ontwikkeling gaande die nauwelijks te volgen is. De verpakkingindustrie moet niet meer om de 7 maar om de 2 jaar een nieuwe verpakking creëren. Kledingketen H&M heeft ons in de jaren 90 geleerd dat je niet meer om de 4 maanden maar om de 6 weken een nieuwe collectie moeten introduceren. Maar concurrent Zara heeft later aangetoond dat je niet meer om de 6 maar om de 2 weken een nieuwe collectie moet aanbrengen. En Zara verkoopt beter dan H&M."

"Let dus op: ga niet comfortabel zitten in uw huidige professionele situatie en denk 'ik zal mijn tijd wel uitzitten'. De technologische ontwikkelingen zullen sneller deel uitmaken van uw wereld dan u zal vermoeden of hopen."

Nieuwe generaties

"Als we over 2028 spreken, hebben we het in realiteit over 2014. De kern van de zaak

is dat we moeten beseffen dat we veeleer kinderen zijn van onze generatie dan kinderen van onze ouders. Zo eenvoudig is dat. En er dienen zich elke 20 jaar nieuwe generaties aan."

"Zo zal binnen 5 jaar het aanzien van onze gepensioneerden totaal veranderen. 75% van onze gepensioneerden nu, de senioren generatie, is voor-oorlogs. Zij staan op een sobere, stoïcijnse manier in de wereld. Maar binnen 5 jaar (2013) is het de beurt aan de na-oorlogse of in-oorlogse gepensioneerden. Deze generatie noemen we de medioren. Ze zijn nu tussen de 50 en de 60 en nog professioneel actief.

Hun aanzien zal helemaal anders zijn. Ze zijn de sex, drugs en rock 'n roll generatie. Zij zullen veel meer aandacht hebben voor de uiterlijke verschijningsvorm. En dit is voor mensen die implantaten, plastische chirurgie en botox verkopen natuurlijk een enorme kans. Want deze gepensioneerden zullen tijd en 3 keer meer vermogen hebben dan hun voorgangers. We noemen deze generatie - samen met de babyboomers die na hen komen - ook wel eens de SKI-generatie. SKI staat voor 'spending their kids inheritance'. De generatie medioren is een generatie die jong wil sterven, maar liefst zo laat mogelijk. En dit is belangrijk wanneer het over schoonheid en esthetiek gaat."

Hogere levensverwachting

"Hun kinderen, de generatie van 25 tot 40 jaar heeft het heel wat moeilijker. We noemen hen de generatie 'Kloof' of de verdoemde generatie. Zij zijn hoger opgeleid (40%) en worden geconfronteerd met een zeer duur leven. Hun kinderen kunnen ook niet naar de grootouders - want de medioren zijn nog aan het werk - en dus moeten ze zwaar betalen voor de naschoolse opvang. Daarbij hebben ze niet alleen het nadeel dat hun ouders zwaar uitgeven maar



ook nog 7 jaar langer zullen leven dan de senioren generatie.”

“Sterker nog: de 7 toegevoegde jaren betekenen dat ze veel meer met ziekenzorg gaan te maken krijgen. Nog meer belangstelling dus voor artsen omdat het niet anders kan. En de medische wetenschap is perfect in staat, zoals jullie weten, om voor deze mensen te zorgen.”

Netwerking

“De kinderen van de generatie ‘Kloof’ zijn de Sunshine Kinderen, de digitale inboorlingen die op hun tweede jaar geconfronteerd zijn met computers en ICT. Zij zullen het verschil maken, ze zijn de toekomst. Kern van de zaak hier is dat wij bang zijn dat het sociaal engagement, netwerking en teamwork verloren zouden kunnen gaan en zij alleen nog met digitale virtuele werelden zouden te maken krijgen. Bestuderen we de iets oudere tieners, dan zien we integendeel een zeer optimistische generatie die veel moeite en tijd steekt in sociaal engagement en niet alleen op een digitaal niveau. Zij leren in teams te werken. De traditionele jeugdbeweging, sub-politieke bewegingen... e.a. zijn nooit zo sterk gegroeid.”

“Netwerking vinden ze belangrijk en dat wordt ook duidelijk in hun sociaal gedrag. Zij steken de handen uit de mouwen. Natuurpunt Vlaanderen bijvoorbeeld heeft vandaag meer dan ooit jonge mensen onder de 20 jaar actief. Meer dan ooit doen mensen aan sociale cohesie: we gaan massaal naar open bedrijvendagen, open monumentendagen, open kasteeldagen... Er zijn nog nooit zoveel mensen naar flikkendag in Gent geweest, nog nooit zoveel mensen collectief gaan joggen in ‘start to run’-activiteiten. Het gaat goed met de sociale structuur.”

BRIC-landen

“Trendanalysten vandaag die bezig zijn

“Trendanalysten vandaag die bezig zijn met sociologie en psychologie benadrukken dat teamwerking cruciaal is in de toekomst.”

met sociologie en psychologie benadrukken dat teamwerking cruciaal is in de toekomst. Dit geldt zeker voor Europa waar we geconfronteerd worden met globalisatie. Als we niet snel leren om in team te werken, talenten rondom ons te zoeken, dan zullen we platgewalst worden door de BRIC-landen (Brazilië, Rusland, Indië en China). Waarom is het in Europa nog steeds de gewoonte om onze kinderen die afschrijven op school te straffen? We zouden ze moeten belonen want dan zijn ze rondom zich talenten aan het zoeken om mee samen te werken. Kijk naar Japan en Zuid-Korea: daar heeft men al lang en met succes het principe van de collectieve examens ingevoerd. Je kan niet snel genoeg met teamwerking beginnen.”

Stelling

Vraag is nu: bestaat de klassieke solo-praktijk nog over 20 jaar of een significant aantal jaren in de toekomst? Gaan we mensen met aanvullend talent niet samenbrengen in 1 groepspraktijk? Gaan we niet evolueren naar een samenleving waar ook dentale experts in groepspraktijken werken? Het publiek raakte er alvast niet uit. Ongeveer de helft stemde vóór de groepspraktijk. Anderen zegden resoluut ‘neen’ of onthielden zich.

Tot slot: Wat met de patiënt? Hij kiest toch zijn eigen zorgverlener?

Herman Konings: “Hou er rekening mee dat de actieve man/vrouw in België met een steeds kleiner vrije tijdsbudget te maken

krijgt. De laatste 20 jaar is dit budget al met 7 volle uren per week afgenomen. Vele mensen kunnen niet meer tijdens de traditionele openingsuren naar de tandarts. Er zal behoefte zijn om op een andere moment naar een expert te gaan. En het principe is en blijft: de consument/patiënt heeft altijd gelijk. U weet toch dat de consument tegenwoordig de ‘professionele’ consument wordt genoemd? Hij heeft de meeste macht op dit ogenblik. En wij moeten verder kijken dan onze neus lang is.”

Symposium

Tandarts Luc Hertweg liet een sterk staaltje zien over hoe hij het probleem van zijn patiënte heeft opgelost. Of hoe een vaste wil tot interdisciplinaire samenwerking zelfs de meest complexe problemen kan bedwingen tot tevredenheid en dankbaarheid van de patiënten.

MKA-antwoord

Dr. Luc Vrielinck liet tot slot het MKA-Genk antwoord zien op de nieuwe uitdaging. Het betreft de werkgroep plan2smile, die op basis van interdisciplinair overleg poogt om voor elke patiënt een ideaal behandelingsplan op te stellen. De verwijzende tandarts wordt steeds uitgenodigd om dit overleg bij te wonen. De ultieme bedoeling van plan2smile is een tevreden patiënt te bekomen, die na extensieve uitleg duidelijk geïnformeerd is. En hierdoor beter in staat is de voor hem of haar meest geschikte prothetische oplossing te kiezen.

Hilde Wahlen tot slot, vertegenwoordiger van de Unie voor dentaaltechnische bedrijven bij EU, verduidelijkte hoe Europa over de schouders meekijkt in de tandartspraktijken.”

Whiplash,

wetenschappelijk bekeken vanuit het multidisciplinair pijncentrum

DE term 'Whiplash', letterlijk vertaald 'zweepslag', wordt vaak gebruikt om het syndroom aan te duiden dat gepaard gaat met een versnellings-vertragings-trauma. Het klinisch klachtenpatroon dat naderhand kan ontstaan wordt omschreven als Whiplash Associated Disorder of Whiplash Syndroom.

De kop-staartaanrijding is het meest frequente trauma dat aanleiding geeft tot nekklachten en een hele reeks andere begeleidende symptomen die de levenskwaliteit van de patiënt ernstig beïnvloeden. In België zijn er naar schatting ongeveer 10 000 whiplash patiënten. Het relatief hoge aantal patiënten, het complexe klinische beeld van dit syndroom en de impact ervan op de levenskwaliteit van de patiënt waren voldoende redenen om hier een wetenschappelijke avond aan te wijden in het ZOL.

Drie sprekers belichtten een onderdeel van het probleem elk vanuit hun standpunt, dr. Jaap Patijn, neuroloog en coördinator van het Pijnkenniscentrum van het Academisch Ziekenhuis Maastricht besprak de diagnostiek van Whiplash associated disorders (WAP). Dr. Martine Puylaert gaf een overzicht van de therapeutische mogelijkheden en dr. Karoline Vangronsveld, postdoctoraat onderzoekster Örebro Universiteit, Center for Health and Medical Psychology, Zweden gaf een overzicht van het onderzoek naar het pijncatastrofen en de bewegingsvrees bij patiënten met nekpijn na een auto-ongeval.

Er zijn een aantal definities van Whiplash Associated Disorders de meest gebruikte is deze van de Quebec Task Force ADDIN EN.CITE "Whiplash is een acceleratie-deceleratiemechanisme van energie-overdracht naar de nek. Het kan veroorzaakt worden door kop-staart of zijdelingse aanrijdingen, maar ook door duikongevallen en andere accidenten."

Het Nederlands Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO publiceerde eerder dit jaar een richtlijn Diagnostiek en



Drie sprekers belichtten een onderdeel van het probleem elk vanuit hun standpunt.

V.l.n.r. dr. Martine Puylaert, dr. Jaap Patijn en dr. Karoline Vangronsveld

Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II².

De I/II refereert naar de classificatie van WAD in vijf graden:

- Graad 0: geen nekkklachten, geen fysieke tekenen
- Graad I: enkel stijfheid of pijn in de nek, geen fysieke beperkingen
- Graad II: nekkklachten en musculoskeletale tekenen (beperking van de Range of Motion (ROM) en drukgevoelige punten ter hoogte van de spieren)
- Graad III: nekkklachten met neurologische tekenen
- Graad IV: majeure pathologie ter hoogte van de wervelkolom waaronder fracturen, luxaties en dislocaties

Het WAD syndroom wordt meestal onderscheiden als zijnde acuut tijdens de eerste drie maanden na het ongeval. Men spreekt van een vroege fase tussen 3 en 6 maanden en van een late fase wanneer het ongeval meer dan 6 maanden voordien plaatsvond. Epidemiologische studies toonden aan dat ongeveer 65% van de patiënten herstelt binnen de twee maanden. Na 6 maanden heeft 30% nog last terwijl ongeveer 15% chronische klachten hebben die langer dan 1 jaar duren.

Biomechanisch observeert men in eerste instantie een abnormale S-curveduur van

de cervicale wervelkolom. Door de impact zal eerst een flexie van de onderste cervicale wervelkolom optreden gevolgd door een hyperextensie van het bovenste deel van de cervicale wervelkolom.

Studies

Alle pathofysiologische studies omtrent de oorzaken van WAD zijn post-mortem uitgevoerd, zowel de in Australië als in Zweden uitgevoerde onderzoeken tonen een gelijkaardig spectrum letsels aan. Deze zijn echter vaak niet visualiseerbaar door middel van de huidige beeldvormingstechnieken. De mogelijke bronnen van cervicale pijn zijn: musculo-ligamentair, de zenuw-wortel en de wervel.

Ter hoogte van de wervel kunnen verschillende structuren aangetast zijn namelijk: de discus, de annulus fibrosus, het facetgewricht, de intervertebrale en de anterieure en posterieure longitudinale ligamenten. Deze letsels zijn in de meerderheid van de gevallen minimaal en herstellen spontaan.

Na een whiplashtrauma kunnen patiënten een brede waaier symptomen melden. Meer dan 90% van de patiënten hebben cervicale klachten, 71% heeft hoofdpijn, ongeveer de helft heeft schouderpijn en een derde heeft lage rugpijn. Daarnaast rapporteren

**Abnormale Sormige
curvatuur van de
cervicale wervelzuil**

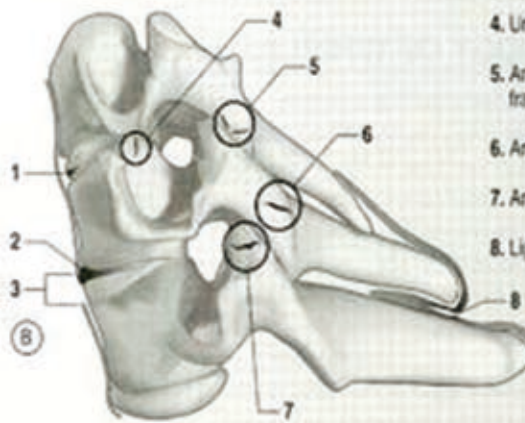
**Flexie van de onderste
CWZ**

**Extensie van de
bovenste delen van de
CWZ**



Areas of injury

The rapid motion of the neck during a crash can result in a number of injuries – many of which are impossible to see on x-rays or MRI. Here are some of the injuries that have been shown after whiplash crashes



1. Rim lesions
2. Endplate avulsions
3. Tears of the anterior longitudinal ligament
4. Uncinate process
5. Articular subchondral fractures
6. Articular pillar
7. Articular process
8. Ligament tear

WAD-patiënten een aantal neurologische tekenen zoals duizeligheid, geheugenverlies, concentratiestoornissen, problemen met verbale uitdrukking, overgevoeligheid voor geluid en licht. Depressie, emotionele en mentale instabiliteit, libidoverlies, zweeten en posttraumatisch stress syndroom alsook vermoeidheid en slaapproblemen komen frequent voor.

Bij acute whiplashklachten zal navraag gedaan worden naar de omstandigheden van het ongeval. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de locatie van de pijn. Nekklachten kenmerken zich door een beperkte mogelijkheid om het hoofd te buigen en te draaien, bij het bepalen van de actieve en passieve ROM zijn beperkingen vast te stellen voor beide.

RX kan een lokale kyfose aantonen, deze bevinding heeft echter geen meerwaarde. Ook de functionele radiologie geeft geen additionele nuttige informatie aangezien de duidelijke extensiebeperking ook bij acuut radiculair syndroom aanwezig is. Het onderzoek is bijgevolg aspecifiek. De betrokkenheid van het ligamentum alare werd in 75% van de WAD-patiënten vastgesteld. Het evalueren van dit letsel door middel van MRI is nochtans zeer aspecifiek aangezien het ligament omringd is door bloedvaten en vet waardoor het visualiseren moeilijk wordt.

Post-Whiplash schouderpathologie is voornamelijk terug te brengen naar het acromioclaviculair gewricht. Op MRI wordt hier frequent intra-articulair vocht genoteerd. Tevens werden sleutelbeenfracturen geconstateerd na een whiplashtrauma, mede ten gevolge van de autogordel. De vestibulaire klachten moeten door de aangepaste neurologische en oculaire onderzoeken geëvalueerd worden.

Radiografie

Bij acute gevallen van whiplashtrauma, zal door middel van een radiografie van de cervicale wervelkolom een fractuur of dislocatie uitgesloten worden door middel van een radiografie van de wervelkolom. Bij ernstige neurologische tekenen zal mogelijk hersen, hersenstam en ruggenmergletsels uitgesloten worden door middel van neurologische testen en MRI. Deze ernstige vormen van WAD vergen onmiddellijke aangepaste behandeling.

Bij patiënten met acuut whiplash trauma graad I of II moet uitleg worden gegeven over wat gebeurd is met de spieren en ligamenten. De overdistensie is de oorzaak van het pijnlijke onaangename gevoel. Analgetische medicatie kan voorgeschreven worden voor een kortdurend gebruik. Daarnaast moet de patiënt gestimuleerd worden om zo vlug mogelijk de normale

activiteiten te hervatten. Er wordt aandacht besteed aan een goede houding gepaard met actieve oefentherapie. Passieve oefentherapie en het dragen van een halskraag wordt afgeraden aangezien dit het herstel vertraagt. Een belangrijke boodschap voor de patiënt is zich te fixeren op wat wel kan en niet op de beperkingen.

Het risico voor overgang tot chroniciteit werd recent beschreven. Er is geen evidentie dat persoonlijke factoren zoals geslacht, leeftijd, opleiding en comorbiditeiten predisponerend zijn voor chronisch WAD. De psychologische factoren, zoals angst en posttraumatische depressie, bewegingsangst en neiging tot catastrofen, daarentegen zijn wel indicatief voor chroniciteit. Alhoewel vaak wordt gezegd dat de zogenaamde voordeelsgebonden factoren, zoals bijvoorbeeld een rechtzaak een negatieve invloed hebben op de evolutie van deze aandoening kon dit niet aangetoond worden. De omstandigheden van het ongeval hebben een invloed op de ernst van de letsels. Bij ernstig letsel is de kans op chroniciteit uiteraard groter.

Er zijn weinig studies die de effectiviteit van de verschillende farmacologische behandelingen bestudeerden bij patiënten met WAD. De aanbevelingen hieromtrent zijn dus een extrapolatie van de bevindingen bij lage rugpijn.

Bij graad I en II WAD zal in de eerste plaats een beroep gedaan worden op de niet narcotische analgetica (paracetamol) of de niet-steroidale anti-inflammatoire geneesmiddelen. Voor deze laatste categorie wordt mede omwille van de mogelijke bijwerkingen de behandeling in de tijd beperkt. Wanneer een neuropathische pijncomponent aanwezig is kan het gebruik van adjuvante analgetica zoals de tricyclische antidepressiva en de anti-epileptica overwogen worden al dan niet gecombineerd met de analgetische middelen. De spierrelaxantia hebben wel een gunstige invloed op de slaap maar hun effectiviteit op spiertonus werd niet aangetoond. Dit geldt ook voor magnesium. Ook voor het gebruik van middelen tegen spierspasmen is er weinig evidentie. Opiaten kunnen overwogen worden bij patiënten met WAD III gedurende een korte periode (maximaal 3 weken) voornamelijk met het doel om het hernemen van de normale activiteiten te bevorderen. Gedurende de eerste drie weken na het ongeval kunnen passieve therapieën zoals ijs, warmte, ultrasound en massage overwogen worden. Wanneer de patiënt 8 weken na het ongeval nog steeds pijn en bewegingsbeperkingen heeft wordt mobiliserende therapie aangeraden.

Interventionele behandeling

Interventionele pijnbestrijdingstechnieken worden slechts overwogen wanneer de patiënt onvoldoende verbetering heeft van de symptomen na maximale conservatieve behandeling gedurende minimaal 1 jaar. Alvorens een interventionele behandeling te overwegen, is vooraf een psychologisch advies zeker zinvol. Dankzij de multidisciplinaire setting op het pijncentrum zijn wij in de mogelijkheid de patiënt te laten bekijken door een pijntherapeut, kinesist, psycholoog en pijnverpleegkundige. Na een multidisciplinair overleg waarbij de huisarts wordt uitgenodigd, wordt een beste behandelingsplan besproken.

Slechts een beperkt aantal problemen kunnen met invasieve behandeling geholpen worden. Facettaire pijnproblemen en radiculaire pijn kan door middel van deze technieken behandeld worden.

Vooreerst gebeurt er een diagnostische blokkade door middel van verdoving van een specifieke anatomische structuur met een lokaal anestheticum bv de innervatie

“Zoals bij de meeste chronische pijnsyndromen speelt de bewegingsangst en het catastroferen een belangrijke rol”

van het facetgewricht. Indien dit een belangrijke reductie oplevert van de klachten, kan het effect hiervan worden verlengd door gebruik te maken van radiofrequente stromen.

Zoals bij de meeste chronische pijnsyndromen speelt de bewegingsangst en het catastroferen een belangrijke rol. Na een acuut trauma wordt pijn ervaren. De patiënt die geen angst heeft, hervat vrij snel de normale activiteiten en het letsel herstelt. De angstige patiënt daarentegen kan zijn pijnervaring catastroferen. Hij vreest dat beweging opnieuw een letsel en pijn zal veroorzaken. Enerzijds wordt beweging gemeden en anderzijds zal er een vermijdende houding aangenomen worden. Door de abnormale houding en de bewegingsbeperking kan de patiënt in depressie vervallen waardoor er opnieuw pijn ervaren wordt en opnieuw angst bestaat voor bewegen. Zo komt de patiënt in een vicieuze cirkel terecht. Het is dus belangrijk om dit catastroferend gedrag te erkennen en te behandelen alvorens andere invasieve behandelingsopties te overwegen.

Patiënten met chronische neklachten en hoge niveaus van catastroferen en bewegingsangst worden blootgesteld aan de bewegingen die hun angst bezorgen om zo hun negatieve gedachten over deze beweging bij te stellen.

De patiënt wordt gevraagd om aan de hand van een aantal illustraties van mogelijk pijnlijke bewegingen een rangschikking te maken naargelang de graad van angst die zij hebben om deze beweging uit te voeren. Nadien worden onder begeleiding de verschillende bewegingen doorgenomen, te beginnen met die bewegingen waarvoor de minste angst bestaat. De negatieve gedachte wordt uitgedaagd: “Gaaf er wel iets stuk in je lichaam als je deze beweging doet?” Er wordt een ergonomisch voorbeeld gegeven: “Hoe correct deze beweging uitvoeren?” en vervolgens wordt de patiënt gestimuleerd om zelf de beweging uit te voeren

en zo vast te stellen dat er niets mis gaat. Het proces kan in 4 fasen onderverdeeld worden. Ten eerste de uitgangswaarden waarbij hevige pijn ervaren wordt, mede ten gevolge van het catastroferen en de bewegingsangst. Ten tweede zien we na de uitleg een voorbijgaande verbetering optreden. Ten derde treedt een progressieve verbetering op tijdens de behandelingsfase en vervolgens tijdens de vierde fase met de nodige follow-up van de patiënten worden de resultaten geconsolideerd.

Samenvatting

Whiplash trauma komt frequent voor en kan aanleiding geven tot een variëteit aan symptomen, vandaar dat de correcte benaming het “Whiplash Syndroom” of “Whiplash Associated Disorders”(WAD) is. Het klinisch onderzoek dat het best geschikt is om klachten toe te schrijven aan WAD is de gecombineerde actieve en passieve range of motion. Aanvullende beeldvorming en neurologische testen zijn voornamelijk bedoeld om fracturen, dislocatie en hersen- en ruggenmergletsels uit te sluiten. De behandeling van chronische WAD bestaat bij voorkeur uit een multimodale aanpak waarbij psychologische evaluatie en aangepaste oefentherapie gepaard gaat met medicamenteuze en indien nodig interventionele pijnbestrijdingstechnieken.

Referenties

- 1 Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Durand J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining “whiplash” and its management. *Spine* 1995; 20:1S-73S.
- 2 Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Whiplash. In: CBO Kvdg ed. Utrecht: Nederlandse vereniging voor neurologie, 2008: HYPERLINK “http://www.cbo.nl” www.cbo.nl.
- 3 Carroll LJ, Holm LW, Hogg-Johnson S, Cote P, Cassidy JD, Haldeman S, Nordin M, Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G, Peloso PM, Guzman J. Course and prognostic factors for neck pain in whiplash-associated disorders (WAD): results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008; 33:S83-92.

Dr. Martine Puylaert,
pijntherapeut



Nominatie

NA de zesde scheppingsdag laste God een rustdag in om zich te bezinnen over alles wat Hij geschapen had. Vanuit het firmament keek Hij neer op de blauwe aardbol en zoomde in op een plekje dat Hem zeer dierbaar was: het aards Paradijs. Daar had Hij wolken, bergen, valleien, planten en dieren, tot ten slotte de mens geschapen. Een ecologisch broei-nest vol leven.

Kakelend kondigde de haan een nieuwe dag aan. In hun zalige slaap verstoord ontwaakten Adam en Eva en strekten geeuwend hun armen uit. Zonder badpak, badmuts of snorkel namen ze een frisse duik in de Eufraat en lieten zich nadien drogen in de zon. Zo rond een uur of tien (plaatselijke tijd) scharrelde Adam een koppel eieren bijeen en sloeg er een omelet uit.

“Lekker die eieren Adam! Waar haal je die?”

“Van die bruine beesten daar,” wees Adam naar enkele kakelende beesten op de mesthoop.

“Beesten, beesten Adam! Is alles wat hier rondloopt dan ‘beest’? Is die gevlekte steltloper daar met zijn lange nek een beest? En dat monster ginds met die kegel op zijn neus? En die mollige hier, die met zijn gewoel ons paradijselijk gazon om zeep helpt? Zijn dit allemaal ... beesten?”

“Tja”, trok Adam zijn schouders op. “Ik zie nergens naamkaartjes hangen.”

“Goed, als God ze geen naam gegeven heeft, kunnen wij dat dan niet doen?”

Schitterend idee, vond Adam.

Op dit moment kwam uit de bananenboom een beest naar beneden geklauterd dat qua fysionomie en andere antropologische details niet zo bijster veel van Adam verschilde. Tenzij op het vlak van beharing die bij dit dier wel overvloedig mocht genoemd worden. “Laat ons dit beest ‘Aap’ noemen,” stelde Eva voor.

Schitterend idee, vond Adam. Geniaal zelfs. Inwendig dankte hij zijn Schepper dat hij

op een vrouw gevallen was die niet enkel mocht gezien worden, maar ook vanboven fris van geest was. En het meest geniale, vond Adam, was dat ze ‘Aap’ met de beginletters van het alfabet begonnen was. Zo bleven er nog een hele reeks letters over om de rest van de beesten te benoemen. Want in Zijn oneindige scheppingsdrift had God er wel bijzonder veel op de wereld gezet.

Ondertussen danste de aap als in een circustent rond. ‘Ik heet aap! Ik heet aap!’ caramboleerde hij enkele salto’s in de lucht. Zó verrukt was hij over zijn naam. Bij het zien van die apentoeren klommen andere beesten uit de bananenboom en liepen naar Eva.

“Hoe heet ik?” vroeg een zwartharige.

“Euh ... **Bonobo**.”

“En ik?”

“Jij heet ... **Chimpansee**.”

“Hola, hola!” kwam Adam tussen. “Je verspilt letters, Eva! Straks zitten we aan de ‘Z’ van Zombie en krioelt ons aards paradijs van de aap-achtigen.” In haar vrouwelijke intuïtie gekrenkt werd Eva heel boos: “Doe het dan zelf!”

Op dit moment daalden twee grijswit gevleugelde beesten uit de hemel neer. “Hoe heten wij?” koerden ze nieuwsgierig naar hun naam. Vertederd keken Adam en Eva naar de twee tortels die zoveel harmonie, liefde en dons uitstraalden. “Zeg jij het maar” zei Eva, nog steeds op haar tenen getrapt. “Nee, doe jij het maar.” probeerde Adam het weer goed te maken. “Goed dan ... **Duif**!”

In de wolken over hun mooie naam fladderden de twee duiven meteen het astraal blauw zwerk in. Op thermiek (of was het liefde?) zweefden ze hoger en hoger tot ze de cumulus stratosferuswolk passeerden waarop de Heilige Geest in al Zijn Alwetende Wijsheid gezeten was. Dit keer stak Hij Zijn alom gevreesd wijsvingertje niet in de lucht. Vertederd door de aanblik van die twee tortels dacht Hij: “Als Ik ooit

op aarde mocht nederdalen lijkt me zo’n duif de perfecte vermomming.”

Balkend kwamen twee grijsgrauwe hoefdieren aanstappen en vroegen Eva of zij ook een naam voor hen had. “Wat doen jullie en wat kunnen jullie?” vroeg Eva, kwestie van achtergrondinformatie op te doen. “Wij zijn taai, niet koppig en qua proviand geenszins veeleisend. Met een wortel komen we al heel ver. Bovendien is onze rug breed en sterk. Kortom, wij zijn de meest perfecte lastdieren.”

“**Ezel**” zei Eva.

Dol van vreugde balkten de ezels tot driemaal toe.

“Mag ik uit jullie curriculum vitae concluderen,” richtte Adam zich tot de ezels, “dat jullie een soort taxi zijn die ons overal naartoe kunnen brengen?”

“Als het maar niet te ver is”, bonden de ezels al meteen de actieradius in. “Noordpoolexpedities bijvoorbeeld, doen wij niet.”

“En het meer van Galilea?”

Ze keken elkaar heel even in onderling overleg aan: “Oké, dat zijn dan vier wortels elk. Acht in het totaal dus”.

Zo trokken Adam en Eva en de twee ezels de volgende dag op vakantie. Twee dagreizen verder zag Adam aan de oever van het meer een rij rooskleurige pluimbeesten op stelten staan. Eigenlijk maar op één poot. “God, hoe doen die acrobaten dat zonder omver te vallen?”

“Dit zijn geen acrobaten, Adam, het zijn **Flamingo’s**.”

“Goed, flaminkoos ... maar hoe onthouden we ... ik bedoel ... hoe spel je zo’n naam zodat onze kinderen en achterkleinkinderen er ook wat aan hebben? Met haar lange nagels sneed Eva een kleitablet uit het slib en kraste er de letters ‘f-l-a-m-i-n-g-o’ in. Adam las de letters en keek haar vol bewondering aan. “Eva” sprak hij, “Jij ben niet enkel de meest aantrekkelijke vrouw uit het paradijs, je bent ook een droom van een secretaresse.”

Luid gierend klapwiekten op dit moment twee vogels van weinig verzorgd pluimage boven hun hoofd. Spiraalsgewijs daalden ze naar beneden en stonken uren in de wind. “Eeeek!”, dook Adam in Eva’s schoot “die beesten hebben het op ons gemunt.”

“Zijn geen beesten, Adam! Dit zijn **Gieren**.”

“Oké, maar als die mortuariumvogels denken dat ze hier een lekkere kluiw aan ons hebben vergeten ze wel dat wij onsterfelijk zijn. En dat WIJ de heersers over de dieren zijn en niet andersom.” Met veel vertoon van biceps en borsthaar joeg Adam dit stinkend canaille terug het zwerk in.

Een poos later kwam een meute bespottelijke begrafenisseesten op hen af. “Heb je ergens een toepasselijke naam Eva?” kneep Adam zijn neus dicht, “ene die met ‘H’ begint?”

“**Hyena’s**.”

“Harakiri, Harakiri! Hoepel op Hyena’s!” schalde Adam de eerste krachtterm door het aards paradijs. Twee seconden later trilde de aarde en verduisterde de hemel. Tussen Adam en de zon kwam een monsterlijk groot beest te staan. Minstens twintig meter hoog, acht meter breed en vijf ton zwaar. Geschrokken keek hij omhoog. “Eva, we moeten hier weg! Roep de ezels.” Maar Eva riep de ezels niet. Ze deed iets eigengereids, iets alternatiefs. In hypnotische suggestie stak ze haar armen in de lucht en keek het fabelachtig groot beest recht in de ogen. “Dino, Dino Donker Duister Dier,” sprak ze in allitererende Yin en Yang-taal, “vlei je neer en ik geef je de allermooiste dinosaurusnaam ... **Iguanodon**.” Het duurde drie volle seconden tot—via meter-slange neuronale banen—die naam tot de hersenen van dit kolossale beest doordrong en het ten slotte in trance neerzeeg. “Dat werd tijd”, sprak Adam opgelucht. “Als dit Ikwanodonbeest niet was gaan liggen, zou ik hem vierkant in zijn bakkes gezegd hebben dat hij in ons licht stond en dus op staande voet kon ophoepelen.”

De volgende dag stond de zon al vroeg aan de hemel en was Eva er als de kippen bij. Na een frisse duik in de Eufraat

keek ze vol ongeduld uit naar het eerste beest dat zich ter nominatie zou aandienen. Lang hoefde ze niet te wachten. Uit het lange gras kwam een bruin beest met ferm ontwikkelde achterpoten aangehuppeld. “O kijk hier Adam,” zei Eva met kloppend moederhart, “zie dat klein boeleke in de buidel.” Ze streelde het embryonaal wezentje over zijn kopje: “Oeleke Boeleke Kielewiele Kangoeroe ..., jij heet ...”

“Je bent de ‘J’ vergeten, Eva,” merkte Adam op.

“Ja, maar! Je kunt dit lief boeleke toch geen **Jakhals** noemen?”

Op dit moment klonk een oorverdovend trompetgeschal door het aards paradijs. “Tetteretèèèèè,” kondigden twee dikhuiden met lange slurf een indrukwekkend lange stoet beesten aan. Achter de twee trompetters (Eva noemde ze Olifant) huppelden springerige beesten (Herten en Reeën), gevlekte steltlopers met lange nek (Giraffen), eeltige viervoeters met borsten op hun rug (Kamelen) en verder Neushoorns, Nijlpaarden, gewone Paarden, Gembokken en dieren van allerlei slag en pluimage. Druk in de weer om elk beest bij naam te noemen en alles boekhoudkundig bij te houden op haar kleitablet, ging het dierencafeet onverdroten door. Na de Okapi’s pronkten twee beesten met hun waaierstaart (Pauwen), krulden knorrig aardwroeters hun belachelijk staartje (Varkens), staken schichtige mormels hun snoet in de lucht (Muizen) en volgde een nasleep van nog kleiner gedierte (Rupsen en Duizendpoten).

“Eva, Eva, je klutst de letters dooreen ...”

“BroowaaAA” klonk het toen luid uit de opengesperde muil van een beest met lange manen. “U vergeet de koning der dieren!,” brulde het beest. “Hebt u een passende naam voor mij en mijn gemalin?”

“O ja ... euh ...”, plukte Eva een nog ongebruikte letter uit het alfabet: “**Leeuw**”

“BroowaaAA” brulde de leeuw, en knikte vol instemming naar zijn gemalin, de leeuwin.

Zo had ieder dier —op het einde van de

dag— een naam en bliezen de olifanten ‘Tetteretèèèèè’ de aftocht. Maar die nacht kon Eva de slaap niet vatten. Woelend op haar slaapmat wist ze intuïtief dat er in de rest van het aards paradijs nog tal van dieren rondwaalden zonder naam. Bij het krieken van de volgende dag ontwaakte in haar een missionaris-instinct en trommelde ze Adam op. Twee dagreizen verder kwamen ze in het middelpunt van Gods Walhalla aan. Adam bond de ezels aan een boom en zag daar rode appeltjes hapklaar boven zijn hoofd hangen. Hij stak er een hand naar uit ... “Afblijven! Niet in bijten mens!” klonk ergens een stem. Geschrokken keek Adam omhoog maar zag nergens iets bewegen. “Wie zit daar in de appelboom?”

Na veel geritsel van bladeren en takken kwam een bontgeschakeerde vogel aan-gevlogen: “Ikke.”

“Verdomde schrikvogel! Zijn die appels dan niet koosjer? Vergiftigd?”

“Nee, maar het is verboden fruit. Als je er in bijt word je wel heel slim maar dan is het hier gedaan met jullie luilekker leventje!”

“Komaan beest! Wie bent u dan wel die dit alles zo goed weet?” vroeg Adam gepikeerd. “Of in wiens naam spreekt u? Trouwens, hebt u al een naam?”

“Wind je zo niet op,” sprak Eva, “dit is een **Papegaai**.”

“Pardon mevrouw, ik ben geen papegaai! Ik ben een paradijsvogel. En in mijn paradijselijke vederdracht ben ik de woordvoerder van Zijne Heiligheid, de Heilige Geest. Als ik uit Diens naam spreken mag, voorspel ik u de grootste rampspoed als jullie van de Boom der Kennis eten.”

“Kennis ...?”, keek Adam met spiraalogen naar Eva. “Kennis, Eva ...? Wetenschap ...? alles weten ... de aller ... allerhoogste wijsheid bezitten!?”

“En nog veel meer,” kwam een lang en geschubd beest lispelend uit de appelboom gekronkeld.

“Serpent” zei Eva.

“Nee, ‘**Slang**’” verbeterde het serpent. “En luister niet naar die papegaai, Adam.” sprak ze met radde tong. “Als je in die appel bijt zal zich een wereld openbaren



© Tekening Rudi Bagusat

die veel groter is dan dit stukje paradijs hier. Een wonder universum van Kennis en Wetenschap dat zich uitstrekt tot het verste melkwegstelsel."

In één ruk plukte Adam een appel uit de boom en nam er een flinke hap uit. Meteen verduisterde de hemel en trilde de aarde. Te vierklauwen vluchtten alle dieren weg. De apen in hun apebroodboom, de konijntjes in hun hol en de nijlpaarden log zwabberend richting Eufraat. Trillend van angst keken ze allen toe, hoe uit het donker zwerf plots een hel verlichtte wolk naar beneden kwam. "Verdwij ...!" richtte de aartsengel Manuela haar vlamvend zwaard op Adam en Eva. "Verdwij uit het Paradijs, o ijdel mensenras, en laat jullie hier nooit meer zien!"

Na de uitdrijving uit het aards paradijs kwamen Adam en Eva in een onherbergzame brousse van distels en ongedierte terecht.

"Jij met je hang naar kennis!" sloeg Eva een zwerm steekvliegen van zich af. Mep, mep. "Zielig die beesten! Zie je nu wat er van komt?"

"Zijn geen beesten maar ploovleugelwespen van het geslacht Vespidae. Daarin vallen twee onderfamilies te onderscheiden namelijk de papierwespen (Vespinae) en de leemwespen, ook wel metselwespen of Eumeninae genoemd. Die mooie naam hebben ze te danken aan het papje dat ze maken om hun nest te bouwen. Een soort leem van gekauwde houtvezel en hun eigen speeksel."

"Potverdorie Adam! Wat maakt het uit hoe die beesten heten of wat ze speeksel? En kijk hier naar de blaren op mijn benen! Vervloekt onkruid!"

"Is geen onkruid, Eva. Dit zijn brandnetels van het geslacht Urtica dioica. Zoals de naam het zegt is het een tweehuizige

plant die brandt, maar ook bloedzuiverend werkt en heilzaam is bij jicht en gewrichtsontstekingen."

"Miljaarde Adam! Hou nu asjeblieft op met die krankjorumme onzin."

"Is geen onzin, Eva! Is Wetenschap!"

En zo ontstond de eerste echtelijke ruzie.

Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog



Abstracts

• **Titel: Vakantie in de Bergen: altijd gezond?**

Auteurs: Van Acker J, Daenen M, Thomeer M

Gepubliceerd in: Tijdschrift voor Geneeskunde, 64, nr. 11, 32008

Samenvatting: Vakanties op grote hoogten worden steeds populairder. Dit overzicht wil een inzicht geven in de fysiologische aanpassingen van het menselijk lichaam op grote hoogten en ook in de daarmee samenhangende ziektebeelden. Een casus waarin een jongeman ziek wordt in de bergen wordt voorgesteld.

Hoogteziekte is een verzamelnaam voor een spectrum van ziektebeelden zoals acute bergziekte, longoedeem, en hersenoedeem. Concrete adviezen inzake preventie en therapeutische mogelijkheden van acute bergziekte bij reizen naar grote hoogten worden geboden.

• **Titel: Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer.**

Auteurs: Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, Paladini D, Van Calster B, Vergote I, Van Huffel S, Valentin L. Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospitals KU Leuven, Leuven, Belgium.

Gepubliceerd in: Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Jun;31(6):681-690

Abstract:

Objective: To derive simple and clinically useful ultrasound-based rules for discriminating between benign and malignant adnexal masses.

Methods: In a multicenter study involving nine centers consecutive patients with persistent adnexal tumors underwent transvaginal gray-scale and Doppler ultrasound examination using a standardized examination technique and standardized terms and definitions. Information on 42 gray-scale ultrasound variables and six Doppler variables was collected and entered into a research protocol. When developing simple ultrasound-based rules to predict malignancy (M-rules) we chose the ultrasound variable or the combination of ultrasound variables that had the highest positive predictive value (PPV) with regard to malignancy; when developing simple rules to predict a benign tumor (B-rules) we chose the ultrasound variable or the combination of ultrasound variables that had the lowest PPV with regard to malignancy. We selected ten rules that were in agreement with our

clinical experience and were applicable to at least 30 tumors and then tested them prospectively on 507 tumors examined in three of the nine centers.

Results: 1066 patients with 1233 adnexal tumors were included. There were 903 benign tumors (73%) and 330 malignant tumors (27%). In 167 patients the tumors were bilateral. We selected five simple rules to predict malignancy (M-rules): (1) irregular solid tumor; (2) ascites; (3) at least four papillary structures; (4) irregular multilocular-solid tumor with a largest diameter of at least 100 mm; and (5) very high color content on color Doppler examination. We chose five simple rules to suggest a benign tumor (B-rules): (1) unilocular cyst; (2) presence of solid components where the largest solid component is < 7 mm in largest diameter; (3) acoustic shadows; (4) smooth multilocular tumor less than 100 mm in largest diameter; and (5) no detectable blood flow on Doppler examination. These ten rules were applicable to 76% of all tumors, where they resulted in a sensitivity of 93%, specificity of 90%, positive likelihood ratio (LR+) of 9.45 and negative likelihood ratio (LR-) of 0.08. When prospectively tested the rules were applicable in 76% (386/507) of the tumors, where they had a sensitivity of 95% (106/112), a specificity of 91% (249/274), LR+ of 10.37, and LR- of 0.06.

Conclusion: Most adnexal tumors in an ordinary tumor population can be correctly classified as benign or malignant using simple ultrasound-based rules. For tumors that cannot be classified using simple rules, ultrasound examination by an expert examiner might be useful.

• **Titel: Imaging of gynecological disease (3): clinical and ultrasound characteristics of granulosa cell tumors of the ovary.**

Auteurs: Van Holsbeke C, Domali E, Holland TK, Achten R, Testa AC, Valentin L, Jurkovic D, Moerman P, Timmerman D. Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospitals KU Leuven, Leuven, Belgium.

Gepubliceerd in: Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Apr;31(4):450-6.

Abstract:

Objectives: To describe the clinical and ultrasound characteristics of granulosa cell tumors (GCTs) of the ovary, and to define the ultrasound appearance of GCTs based on pattern recognition.

Methods: Databases of four gynecological ultrasound centers were searched to identify patients with histologically proven GCTs who had undergone a standard preoperative ultrasound examination. Results: A total of 23 women with confirmed GCT were identified. Twelve (52%) women were postmenopausal, nine (39%) were of fertile age and two (9%) were prepubertal. Clinical symptoms were abdominal distension (7/23, 30%), pain (5/23, 22%) and irregular vaginal bleeding (6/23, 26%). Seven patients (30%) were asymptomatic. Endometrial pathology was found in 54% (7/13) of the patients from whom endometrial biopsies were taken. On ultrasound scan 12/23 (52%) masses were multilocular-solid, 9/23 (39%) were purely solid, one mass (4%) was unilocular-solid and one mass was multilocular (4%). Multilocular and multilocular-solid cysts typically contained large numbers of small locules (> 10). The echogenicity of the cyst content was most often mixed (6/16, 38%) or low level (7/16, 44%). Papillary projections were found in only four women (17%). The GCTs were large tumors with a median largest diameter of 102 (range, 37-242) mm and manifested moderate or high color content at color Doppler examination (color score 3 in 13/23 tumors (57%); color score 4 in 8/23 tumors (35%)).

Conclusions: At ultrasound examination, most GCTs are large multilocular-solid masses with a large number of locules, or solid tumors with heterogeneous echogenicity of the solid tissue. Hemorrhagic components are common and increased vascularity is demonstrated at color/power Doppler ultrasound examination. The hyperestrogenic state that is created by the tumor often causes endometrial pathology with bleeding problems as a typical associated symptom.

• **Titel: Discrimination between benign and malignant adnexal masses by specialist ultrasound examination versus serum CA-125.**

Auteurs: Van Calster B, Timmerman D, Bourne T, Testa AC, Van Holsbeke C, Domali E, Jurkovic D, Neven P, Van Huffel S, Valentin L.

Department of Electrical Engineering, ESAT-SISTA, Katholieke Universiteit Leuven, Belgium.

Gepubliceerd in: J Natl Cancer Inst. 2007 Nov 21;99(22):1706-14.

Abstract:

Background: Subjective evaluation of gray-scale and Doppler ultrasound findings (i.e.,

pattern recognition) by an experienced examiner and preoperative serum levels of CA-125 can both discriminate benign from malignant adnexal (i.e., ovarian, paraovarian, or tubal) masses. We compared the diagnostic performance of these methods in a large multicenter study.

Methods: In a prospective multicenter study--the International Ovarian Tumor Analysis--1066 women with a persistent adnexal mass underwent transvaginal gray-scale and color Doppler ultrasound examinations by an experienced examiner within 120 days of surgery. Pattern recognition was used to classify a mass as benign or malignant. Of these women, 809 also had blood collected preoperatively for measurement of serum CA-125. Various levels of CA-125 were used as cutoffs to classify masses. Results from both assays were then compared with histologic findings after surgery.

Results: Pattern recognition correctly classified 93% (95% confidence interval [CI] = 90.9% to 94.6%) of the tumors as benign or malignant. Serum CA-125 correctly classified at best 83% (95% CI = 80.3% to 85.6%) of the masses. Histologic diagnoses that were most often misclassified by CA-125 were fibroma, endometrioma, and abscess (false-positive results) and borderline tumor (false-negative results). Pattern recognition correctly classified 86% (95% CI = 81.1% to 90.4%) of masses of these four histologic types as being benign or malignant, whereas a serum CA-125 at a cutoff of 30 U/mL correctly classified 41% (95% CI = 34.4% to 47.5%) of them. Pattern recognition assigned a correct specific histologic diagnosis to 333 (59%, 95% CI = 54.5% to 62.8%) of the 567 benign lesions.

Conclusion: Pattern recognition was superior to serum CA-125 for discrimination between benign and malignant adnexal masses.

• **Titel: Imaging of gynecological disease (2): clinical and ultrasound characteristics of Sertoli cell tumors, Sertoli-Leydig cell tumors and Leydig cell tumors.**

Auteurs: Demidov VN, Lipatenkova J, Vikhareva O, Van Holsbeke C, Timmerman D, Valentin L.
Federal Governmental Institution Science Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of Russian Medical Technologies, Moscow, Russia.
Gepubliceerd in: Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Jan;31(1):85-91.

Abstract:

Objective: To describe the clinical history and ultrasound findings in women with ovarian Sertoli cell, Sertoli-Leydig cell and Leydig cell tumors.

Methods: Women with a histological diagnosis of Sertoli cell tumor, Sertoli-Leydig cell tumor or Leydig cell tumor who had undergone preoperative ultrasound examination were identified from the databases of each of three participating ultrasound centers. The tumors were characterized on the basis of ultrasound images, ultrasound reports and research protocols (when applicable) using the terms and definitions published by the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. In addition, all images were reviewed and described using pattern recognition.

Results: Of 22 patients identified, 15 had Sertoli-Leydig cell tumors, two had Sertoli cell tumors and five had Leydig cell tumors. Four patients were postmenopausal, one 48-year-old woman had undergone hysterectomy, 16 were of fertile age and one was a 4-year-old girl. Most patients (82%, 18/22) had endocrine symptoms, the most common being bleeding disturbance (64%, 14/22) and hirsutism (32%, 7/22). Twenty-two (96%) of 23 tumors (one woman had bilateral tumors) contained a solid component; 16 (70%) were purely solid. Pattern recognition showed that the Leydig cell tumors were small solid tumors (four of five had a largest diameter of 1-3 cm) and the two Sertoli cell tumors were somewhat larger solid tumors (4 cm and 7 cm); the Sertoli-Leydig cell tumors were either small (3-4 cm) or medium-sized (6-7 cm) solid tumors, or multilocular solid tumors of any size (3-18 cm) with purely solid areas mixed with areas of innumerable closely packed small cyst locules.

Conclusions: On the basis of endocrine symptoms, the woman's age and ultrasound findings, it should be possible to suggest a correct preoperative diagnosis of Sertoli cell, Sertoli-Leydig cell or Leydig cell tumors in many cases.

• **Titel: Disseminated Mycobacterium tuberculosis infection in a non-HIV-infected patient.**

Auteurs: M. Van Gyse, M. Thomeer, A. Vankeerberghen, H. De Beenhouwer, L. Stessens, E. Oris, G. Coppens
Gepubliceerd in: Clinical Microbiology Newsletter, Volume 29, Issue 8, Pages 62 - 64

Posters

• **Incidence of arterial hypoxemia in the peri-operative course of neurosurgical patients**

T. Degryse, C. De Deyne, F. Weyns, E. Vandermeersch, R. Heylen
Eur J Anaesth, 2008, 25 (suppl. 44): 7AP3-6.

• **Postoperative blood glucose concentration in neurosurgical patients receiving high dose corticoids**

C. Lebrun, C. De Deyne, J. Wuyts, E. Vandermeersch, R. Heylen
Eur J Anaesth, 2008, 25 (suppl. 44): 7AP3-7.

• **Early complications after brain tumor surgery: comparison between early awakening or long-term sedation**

K. Vaninbrouckx, C. De Deyne, M. Vander Laenen, F. Weyns, R. Heylen
Eur J Anaesth, 2008, 25 (suppl. 44): 7AP3-8.

• **Use of standing orders for the management of postoperative arterial hypertension after elective brain tumor surgery.**

K. Aerts, C. De Deyne, M. Vander Laenen, J. Wuyts, R. Heylen
Eur J Anaesth, 2008, 25 (suppl. 44): 7AP3-9.

• **Prognostic value of extracellular cerebral glutamate, measured by peroperative cerebral microdialysis during cerebral aneurysm surgery**

V. Vanassche, C. De Deyne, J. Wuyts, M. Vercauteren, R. Heylen
Eur J Anaesth, 2008, 25 (suppl. 44): 7AP6-10.



Ziekenhuis Oost-Limburg

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