

ZOLarium

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Jaargang 14 nr. 50 | okt • nov • dec 2013

HIP-UNIT VOOR ELK HEUPPROBLEEM

DIENT MKA BREIDT
MEDISCH AANBOD UIT

TWEE JAAR EBUS-ERVARING
IN HET ZOL

RUG- EN NEKREVALIDATIE
IN HET NIEUW



VOORUITBLIKKEN NAAR 2014

Heeft u ook zo genoten van de prachtige zomer die achter ons ligt? Hopelijk heeft de zon ook uw batterijen weer voldoende opgeladen om enthousiast verder te gaan.

Traditioneel blikken we in de herfst al vooruit naar het volgende jaar. We doen dat aan de hand van beleidsplannen.

Accreditering

Wat in 2014 veel aandacht en energie zal vergen, is zeker het accrediteringstraject. Ons ziekenhuis bereidt zich immers voor op een internationale en ziekenhuisbrede accreditering via Joint Commission International. 2013 was het jaar waarin tal van procedures werden uitgewerkt of aangepast, nieuwe werkmethoden werden geïntroduceerd, veel geïnvesteerd werd in opleiding en sensibilisering van medewerkers en waarin gestart werd met het uitvoeren van interne audits. 2014 wordt het jaar van de implementatie op de werkvloer en de finalisering.

Bouwwerken

2014 is ook het jaar waarin een aantal grote bouwwerken afgewerkt en in dienst genomen worden. We denken dan vooral aan de K- en de N-blok zodat op het einde van het jaar campus André Dumont naar campus Sint-Jan kan verhuizen, maar ook aan tal van andere projecten zoals de interne verbouwingen van campus Sint-Jan.

De projecten die momenteel in de steigers staan, zijn een weerspiegeling van het dynamisch karakter van ZOL. Maar er wordt echter niet enkel gebouwd omwille van de groei. We willen onze patiënten kunnen verzorgen in een eigentijdse omgeving die aangepast is aan de actuele verwachtingen en eisen. Belangrijk zijn ook de start van de bouwwerken voor de Limburgse Zorgacademie en het nieuwe gebouw van het Kinderpsychiatrisch Centrum.

Medische diensten

Ook onze medische diensten zullen we verder blijven uitbouwen, en dit zowel in de basis- als in de expertfuncties. Bij deze verdere uitbouw moet zeker aandacht zijn voor de evolutie in het zorglandschap waar de chronische en multidisciplinaire zorgen steeds belangrijker worden.

Daarnaast blijven we de nadruk leggen op het belang van klinisch wetenschappelijk onderzoek en stimuleren we onze artsen om mee te werken aan zorg-innovatieve projecten. Binnen het SALK-plan wordt de continuïteit van het Limburg Clinical Research Program voorzien, hetgeen kan betekenen dat de projecten voor minstens 3 jaar kunnen verdergezet worden.

Samenwerking

Samenwerking en netwerking blijft een essentiële doelstelling voor het ZOL. Enerzijds willen we onze rol als regionaal ziekenhuis in relatie met onze verwijzers, onze patiënten en andere voorzieningen zoals woon- en zorgcentra en de thuiszorg verder versterken. Anderzijds willen we onze supraregionale rol als derdelijnsziekenhuis verder opnemen voor de ondersteuning van kwalitatieve zorgverlening in onze netwerkziekenhuizen in hun regio.

Het zijn maar enkele speerpunten die ik u meegeef, het spreekt voor zich dat er nog tal van andere zaken op ons afkomen. We zullen er trouwens op toezien dat we dit alles realiseren vanuit een financieel gezond beleid. In deze tijden waarin de budgetten zwaar onder druk staan is het immers van het allergrootste belang dat we waakzaam blijven en kostenefficiënt blijven werken.

Dr. Griet Vander Velpen,
medisch directeur

INHOUD

- 4 Doorgelicht
- 5 Bouw Limburgse Zorgacademie van start
- 6 HIP-unit behandelt alle heupproblemen op spiersparende wijze
- 12 Flame
- 14 Rug- en nekrevalidatie in het nieuw

Eponiemenkabinet

- 16 Pierre Fauchard

Dossier MKA

- 19 De medische tandheelkunde in opmars
- 20 Razende tandpijn, 2 uur 's nachts. Wat nu?
- 23 Le MKA nouveau est arrivé
- 24 Een mooie glimlach in één dag
- 28 Opleiding tandheelkunde KULeuven
- 29 Hoe veilig of gevaarlijk is een bevalling?
- 30 Tien jaar 'Ik heb een maatje'
- 31 Leven na borstkanker
Dokter Johan 'Vesalius' Van Robays
Kinderpsychiatrisch Centrum verhuist
- 32 EBUS in het ZOL: 2 jaar ervaring
- 35 Waving at the heart

Dissectiekamer

- 36 De heilige Apollonia
- 38 Billboard

06 HIP-UNIT VOOR ELK HEUPPROBLEEM



Elke patiënt met heupproblemen kan in de HIP-unit terecht. Dit kan gaan van de jonge adolescent met heupdysplasie tot de geriatrische patiënt met een heup- of bekkenfractuur. Het zwaartepunt ligt in de spiersparende technieken die toegepast worden voor de operaties zodat spierschade wordt voorkomen en de revalidatie geoptimaliseerd.

12 MKA BREIDT UIT



Het team MKA werd uitgebreid met twee nieuwe stafleden. Laatstejaars van de opleiding tandheelkunde doen vanaf dit schooljaar hun klinische stage in het ZOL. De behandelmogelijkheden werden hiermee sterk uitgebreid.

20 EBUS BRENGT STRUCTUREN RONDOM DE LUCHTWEGEN IN BEELD



Medio 2011 is de dienst Pneumologie begonnen met EBUS-TBNA. EndoBronchial Ultra-Sound is een vernieuwende endoscopische techniek, waarbij met behulp van een speciale 'echo-bronchoscoop' de structuren rondom de luchtwegen in beeld gebracht worden.

28 RUG- EN NEKREVALIDATIE BIEDT NIEUWE MOGELIJKHEDEN



De opening van het nieuwe Multidisciplinaire Pijncentrum en de aanpassingen in de nieuwe RIZIV-conventie chronische pijn, hebben ook voor de Rug- en Nekrevalidatie nieuwe mogelijkheden gecreëerd op vlak van multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van chronische pijnpatiënten.



DOORGELICHT

Onze dienst Medische Beeldvorming heeft een nieuwe digitale detector in dienst genomen. Zoals u ziet met verbluffend resultaat en bovendien met meer dan een halvering van de dosis. Dit beeld werd gemaakt op onze dienst Neonatologie.

BOUW LIMBURGSE ZORGACADEMIE VAN START

Op 25 september 2013 legde Vlaams minister Jo Vandeuren de eerste steen van de Limburgse Zorgacademie (LiZa) op de zorgcampus Schiepse Bos in Genk. LiZa is een gezamenlijk project van de Katholieke Hogeschool Limburg (KHLim), HBO Verpleegkunde Genk en ZOL. Het gaat niet alleen om de bouw van een nieuwe campus voor 1400 studenten, maar ook om de verdere realisatie van een unieke, innovatieve visie op zorgopleidingen van de twee (hoge-)scholen samen met het ZOL.

Het bouwproject vertegenwoordigt een investering van 14,7 miljoen euro, en is daarmee een van de grootste bouwprojecten in de provincie. LiZa opent de deuren aan de start van het schooljaar 2015-2016.

Op de achtergrond van de foto ziet u de nieuwe K-blok van het ZOL waar eind 2014 onder andere de verpleegafdelingen van campus André Dumont zullen gehuisvest worden.





Dr. Kristoff Corten: "We krijgen op onze workshops jaarlijks ruim 150 internationale chirurgen. Zij komen bij ons moderne technieken zoals de 'Direct Anterieure Benaderingswijze' leren. Deze techniek werd op punt gesteld door onderzoek in het kader van mijn doctoraat en wordt binnen onze dienst toegepast voor alle heupprotheseoperaties."

HIP-UNIT BEHANDELT ALLE HEUPPROBLEMEN OP SPIERSPARENDE WIJZE

Met de komst van dr. Kristoff Corten werd in het ZOL de HIP-Unit opgericht. De dienst Orthopedie gelooft zeer sterk in het uitbouwen van gewrichtsspecifieke behandelingseenheden waarin de verschillende specialisten zeer intens samenwerken om een maximale kwaliteit van zorg te kunnen aanbieden. Op deze manier is er aandacht voor de optimalisatie en standaardisering van de zorg in al zijn aspecten.

Dr. Corten, dr. Driesen en dr. Oprins vormen samen de HIP-Unit. Elke patiënt met heupproblemen kan bij hen terecht. Dit kan gaan van de jonge adolescent met heupdysplasie tot de geriatrische patiënt met een heup- of bekkenfractuur. Het zwaartepunt van elke behandelingsmethode ligt in het spiersparende aspect van de operaties zodat spierschade wordt voorkomen en de revalidatie kan worden geoptimaliseerd.

Dr. Corten en dr. Driesen specialiseerden zich in de spiersparende techniek. De expertise die zij hebben opgebouwd laat toe om het volledige armantarium aan moderne behandelingen van heupproblemen aan te bieden. Het zwaartepunt van de HIP-unit ligt in de spiersparende prothesiologie met daarnaast de Young Adult Hip-unit waar vooral dr. Corten expertise heeft

opgebouwd en de Trauma-unit waar dr. Driesen het meest ervaren is. Patiënten kunnen altijd bij één van beide chirurgen terecht omdat er steeds op een gestandaardiseerde manier gewerkt wordt, zowel voor primaire als voor revisiechirurgie.

Hip centre of expertise

Dr. Corten: "We willen ons centrum profileren als 'centre of excellence'. Onze HIP-Unit is immers een unit van chirurgen met een zeer groot jaarlijks volume aan ingrepen waardoor we veel expertise opdoen. Bovendien spreken we als het ware dezelfde taal, op welke manier dan ook. We volgen dezelfde filosofie voor al onze patiënten, of het nu jonge, oude, prothese- of traumapatiënten zijn. We werken volgens

gestandaardiseerde protocols om de verschillende problemen aan te pakken. Het is in de filosofie van de Hip-Unit belangrijk om dusdanig een goede, efficiënte en een zo reproduceerbaar mogelijke geneeskunde te kunnen bedrijven. Deze filosofie trekt onze dienst overigens door naar andere gewrichtsregio's."

"Complexe casussen worden samen besproken en indien nodig zelfs samen behandeld. Daarnaast dragen we training hoog in het vaandel. We leiden assistenten op maar we krijgen op onze workshops jaarlijks ook ruim 150 internationale bezoekers over de vloer. Deze chirurgen komen bij ons de moderne technieken van de heupchirurgie leren. We zijn als spreker aanwezig op heel wat congressen om onze



Wie is dr. Kristoff Corten

Dr. Corten is in juli 2008 afgestudeerd als orthopedisch chirurg aan de KU Leuven en dit onder de leiding van prof. dr. Johan Bellemans. Om zich verder te specialiseren in de heupchirurgie heeft hij van juli 2008 tot juli 2009 een doorgedreven training in de reconstructieve heup- en kniechirurgie gevolgd aan de University of Western Ontario, Canada, onder leiding van prof. dr. Robert Bourne en prof. dr. Steven MacDonald, beiden lid van the American Hip Society. Daarna genoot hij een opleiding onder supervisie van prof. dr. Arlen Hanssen in de Mayo Clinic in Rochester, Minnesota die een van de meest gerenommeerde en vooruitstrevende centra ter wereld is in de orthopedie. Deze opleidingen richtten zich voornamelijk op de behandeling van problemen met heupprothesen zoals revisie heupprothesen en infectieproblemen.

Dr. Corten heeft de eerste 3 jaren van zijn carrière in de dienst Orthopedie van het UZ Pellenberg onder de leiding van prof. dr. Johan Bellemans gewerkt. Hij heeft daar zeer nauw samengewerkt met prof. dr. Jean-Pierre Simon op de heupafdeling. Het vruchtbare resultaat van deze schitterende samenwerking heeft geleid tot het opstarten van tal van onderzoeksprojecten die ze samen gepubliceerd en gepresenteerd hebben in tal van wetenschappelijke tijdschriften en wetenschappelijke congressen over gans de wereld. Bovendien is prof. Simon de promotor van het doctoraatsonderzoek van dr. Corten dat in januari 2014 zal verdedigd worden.

resultaten en technieken toe te lichten. We besteden veel aandacht aan research omdat we op een evidence-based wijze aan geneeskunde willen doen. Het is voor ons immers belangrijk om onze eigen resultaten en technieken op een kritische wijze te bekijken en te zoeken naar verdere optimalisatie. Het is dan ook in dit kader dat de dienst Orthopedie een onderzoeks-eenheid heeft opgericht. Onze dienst vindt het belangrijk dat we dankzij het verzamelen van wetenschappelijke data in staat zijn onze resultaten te evalueren en te analyseren zodat we onze zorg verder kunnen optimaliseren. Dit doen we overigens ook in samenwerking met andere diensten van ons ziekenhuis, zoals met onze collega's van de dienst Anesthesie."

1. Prothesechirurgie

Dr. Corten en dr. Driesen zijn gespecialiseerd in het uitvoeren van alle soorten van protheseoperaties. Belangrijk is dat zij steeds werken via een spiersparende techniek, ook wel de 'Direct Anterieure

Benaderingswijze' genoemd.

Dr. Corten: "Deze techniek werd op punt gesteld door onderzoek in het kader van mijn doctoraat en wordt binnen onze dienst nu toegepast voor al onze heupprothese-operaties. We hebben zeer veel expertise opgebouwd die ons toelaat om deze techniek te gebruiken voor de standaard, complexe operaties maar ook de revisie heupprothese operaties. Dit brengt zeer veel voordelen voor de patiënten met zich mee."

Standaard Totale Heup Prothesen.

Het maximaal bewaren van de weke delen enveloppe rondom het heupgewricht kan van groot belang zijn voor het herstel van de patiënt. Hiervoor wordt gewerkt via de Direct Anterieure Benaderingswijze (DAA). Samen hebben beide chirurgen al meer dan 1.000 van dergelijke operaties uitgevoerd.

Bij deze innovatieve, spiersparende techniek gaat de chirurg langs de voorzijde het gewricht benaderen wat toelaat de spieren rondom het gewricht volledig te vrijwaren.

Er wordt gebruik gemaakt van het interval tussen twee spiergroepen, namelijk de musculus tensor fascia lata en de musculus rectus femoris. Er wordt aangenomen dat deze procedure tijdens het leerproces van de chirurg technisch moeilijker is. Onderzoek van dr. Corten heeft aangetoond dat er echter tal van voordelen zijn aan de techniek zoals het geringe bloedverlies van gemiddeld 250 cc. Gevolg is dat de transfusienood zeer miniem geworden is. Bovendien wordt de accuraatheid van de component positionering hoger doordat de patiënt in rugligging ligt. De gemiddelde ligdagduur bij een normale vitale populatie is 3 tot 4 post-operatieve nachten. Nationaal is de gemiddelde ligdagduur meer dan 7 nachten.

Dr. Corten: "Klassiek benadert men het heupgewricht langs opzij of langs achter. Uit de literatuur blijkt dat bij deze klassieke methodes 1,5 tot 3 percent van de patiënten problemen kunnen hebben zoals ontwrichting van het gewricht, een beenleng-



teverschil of postoperatieve calcificaties rond het heupgewricht. Spierdeficiëntie met manken kan eveneens optreden. Vaak hebben patiënten die geopereerd werden via de klassieke technieken ook residuele pijn aan de grote trochanter.”

In het doctoraatsonderzoek van dr. Corten heeft ganganalyse aangetoond dat na de operatie via de DAA-techniek manken nog nauwelijks voorkomt en dat het gangpatroon 3 maanden post-operatief reeds in heel wat facetten opnieuw quasi normaal is. Dr. Corten: “Mijn onderzoek heeft bovendien ook aangetoond dat slechts 2 op de 868 onderzochte patiënten een ontwrichting van de totale heup arthroplastiek (THA) gehad hebben. Dit betekent dat we een luxatierisico van slechts 0,2% hebben, hetgeen extreem weinig is. Hiermee is aangetoond dat de DAA-techniek op punt staat maar ook dat onze patiënten geen enkele restrictie hebben na de operatie. De patiënten mogen daags na de ingreep stappen en volledig steunen en mogen ook op hun

zijde slapen zonder dat er risico is voor ontwrichting. Dit is voor vele patiënten een verademing vermits het niet makkelijk is om bijvoorbeeld zes weken enkel op de rug te slapen zoals klassiek werd aangeleerd. Bovendien weten we dat 60 percent van de patiënten geen enkele residuele last heeft rond de heup na 1 jaar in tegenstelling tot 1 op 4 (25%) patiënten na de klassiekere operatiemethodes. De patiënten hebben wat we noemen een ‘forgotten hip’: de patiënt weet achteraf als het ware niet meer aan welke kant hij of zij geopereerd is omdat er geen enkele pijn meer kan opgewekt worden. Dit onderzoek werd uitgevoerd door drie geblindeerde onderzoekers wat de objectiviteit van het onderzoek onderstreept. We beschouwen deze bevindingen als een zeer grote stap voorwaarts in het herstel en de resultaten van onze heupprothese patiënten. Reeds vroeg na de operatie hebben we een zeer voorspelbare functionaliteit. Vanzelfsprekend heeft het onderzoek ook aangetoond dat er nog werkpunten zijn waar we verder aan de

optimalisatie moeten timmeren. Onze analyses laten een zeer mooie en interessante trend zien maar kritische evaluatie is steeds noodzakelijk om hiaten op te vullen of te optimaliseren. Daar willen we zeker onze ogen niet voor sluiten.”

Complexe en revisie Totale Heup Prothesen

Dr. Corten: “De DAA-procedure is technisch moeilijker waardoor sommige chirurgen beweren dat de indicaties beperkt zijn. In onze HIP-Unit zijn de indicaties echter onbeperkt mede omwille van onze grote ervaring en de optimalisatie van de techniek. Wij hebben voor een primaire THA geen contra-indicaties om de operaties te doen. Maar dit geldt ook voor meer complexe procedures en voor revisie-operaties. Meer nog, we stellen vast dat er zelfs tal van voordelen zijn aan deze techniek wanneer een tweede, derde of zelfs vierde revisie-operatie wordt uitgevoerd. Ten eerste is het zo dat deze patiënten meestal wat ouder zijn waardoor een snelle revali-



Figuur A: Patiente met een bilaterale THA geplaatst via de DAA met liesplooï incisie na 6 weken. Beide incisies zijn 8 cm lang en reeds mooi geheeld na 6 weken.



Figuur Z

datie cruciaal is om co-morbiditeiten zoals doorligwonden, pneumonieën en andere problemen te voorkomen. Ten tweede is het voordeel van de lage kans op ontwikking zeer duidelijk. De literatuur geeft aan dat de kans op luxatie na revisie operaties kan oplopen tot meer dan 10%. In onze ervaring stellen we vast dat we tot op heden 2 luxaties hebben gehad bij 85 revisie operaties via de DAA. Dit is een luxatie ratio van 2,4% wat een zeer grote vooruitgang is in de resultaten van deze soms moeilijke behandelingen. Bovendien is het ook zo dat onze patiënten vlotter en sneller het ziekenhuis kunnen verlaten, ook na complexe ingrepen."

Bilaterale operaties

Innovatief is ook dat de heupchirurgen indien nodig beide heupen tegelijk kunnen opereren. "Het is voor ons een zeer bewuste keuze om binnen onze HIP-unit bilaterale procedures aan te bieden (figuur A). Op deze manier zijn we ervan overtuigd dat we de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren want patiënten hoeven dan maar eenmaal

een revalidatie te ondergaan. De DAA-techniek laat dit overigens perfect toe. We verliezen immers weinig bloed en kunnen heel gemakkelijk van de ene kant van de tafel naar de andere gaan en daar de tweede prothese plaatsen. Dit biedt de patiënt de mogelijkheid slechts eenmaal een ingreep te moeten ondergaan en dus ook sneller terug aan het werk te gaan. Het ziekenhuis verblijf is niet veel langer dan een unilaterale ingreep en de revalidatie wordt zelfs vlotter aangezien beide heupen opnieuw normaal kunnen functioneren. Aanvankelijk schrikken de patiënten er een beetje van maar achteraf zijn ze zeer gelukkig dat ze maar een keer door de zure appel moeten bijten."

2. Young Adult Hip Unit

Dr. Corten heeft zich verdiept in de behandeling van heupproblemen die specifiek bij jonge volwassenen, adolescenten en sporters kunnen voorkomen. Hiervoor heeft hij een gespecialiseerde opleiding gevolgd bij de grondleggers van deze behandelingsmethoden, nl. prof. dr. Reinhold Ganz en dr.

Michael Leunig, PD in de Schulthess Clinic, Zurich, Zwitserland. Dr. Corten heeft bij hen de technieken geleerd van de peri-acetabulaire osteotomie, de open chirurgische dislocatie en de heuparthroscopie (kijkoperatie van de heup). Deze technieken laten toe om de jonge patiënt (+ 16 jaar) met een heupprobleem te behandelen zonder het gebruik van een heupprothese. We noemen dit 'heupsparende' operaties. Het zwaartepunt bij deze behandelingen ligt eveneens op het spiersparende aspect maar ook op het verbeteren van de mechanica van het gewricht zonder dat er significante spierschade wordt toegebracht. Het uitvoeren van de peri-acetabulaire osteotomie is een technisch zeer moeilijke operatie wat ook verklaart dat dr. Corten in België hieromtrent een unieke expertise heeft opgebouwd.

Dr Corten: "De osteotomie zorgt ervoor dat het dysplastische acetabulum volledig losgemaakt wordt en kan worden gekanteld zodat de drukverdeling over het kraakbeen veel gunstiger wordt (figuur Y). Hierdoor is de pijn minder of zelfs afwezig maar ook op



Figuur Y/1



Figuur Y/2



Figuur Y/3



Figuur X



Figuur Z: Vrouwelijke patiënte 6 weken na een primaire totale heupprothese geplaatst via de direct anterieure benaderingsweg met een liesplooï incisie.

Figuur Y (1): Patient met een hooguitstekende trochanter ten gevolge van een pediatrie aandoening. (2) Er werd door middel van een open chirurgische dislocatie een relatieve verlenging van de nek uitgevoerd om de biomechanica van het gewricht te verbeteren. (3) Vervolgens werd een peri-acetabulaire osteotomie waarbij het acetabulum over het femur gekanteld werd om de druk op het kraakbeen gelijkmatiger te verdelen.

Figuur X: PAO via liesplooï incisie na 6 weken.

lange termijn weten we dat 60% van de patiënten na 20 jaar nog steeds geen prothese nodig hebben. De osteotomie was aanvankelijk niet volledig spiersparend maar is nu ook verder op punt gesteld en wordt door een liesplooï-incisie volledig spiersparend uitgevoerd (figuur X). Dit maakt het mogelijk dat de revalidatie wordt verbeterd maar ook dat de patiënt minder pijn heeft. Bovendien zijn 80% van de patiënten vrouwen en meisjes voor wie het esthetisch litteken van de liesplooï-incisie een belangrijke psychologische impact heeft."

De kijkoperaties laten toe in het gewricht te kijken en daar scheuren van het labrum te behandelen en overtollig bot te verwijderen. Dit bot veroorzaakt de scheuren en de pijn. De open chirurgische dislocaties laten ten slotte toe om uitgebreide ingrepen in en rondom het heupgewricht uit te voeren (figuur Y). In samenwerking met de dienst Medische Beeldvorming van het ZOL werd eveneens een specifiek radiologisch protocol voor deze specifieke jonge populatie met heupproblemen opgesteld.

Spijtig genoeg hebben veel jonge mensen reeds te verregaande slijtage van het gewricht waardoor een spiersparende heupprothese toch noodzakelijk wordt. Dr. Corten: "Jonge patiënten hebben des te meer voordelen van de spiersparende techniek omdat ze op termijn een revisie-operatie kunnen verwachten. Daarnaast is het ook de bedoeling onze jonge patiënten zo weinig mogelijk te stigmatiseren. We willen dat ze zo snel mogelijk het normale dagelijkse leven opnieuw opnemen. Daarom stimuleren we hen om wanneer mogelijk de krukken weg te laten en verder alle bewegingen toe te laten die ze normaal ook doen. Bovendien weten we dat zeker bij jonge, vrouwelijke patiënten het litteken toch ook een belangrijke psychologische rol speelt. Daarom hebben we de liesplooï-incisie op punt gesteld. Deze incisie heelt zeer mooi in de liesplooï waardoor ze quasi onzichtbaar wordt. Bovendien verdwijnt de incisie onder de slip of onder het badpak zodanig dat jonge vrouwen toch weinig esthetische hinder ondervinden (Figuur Z). Voorwaarde blijft evenwel dat de prothese

correct geplaatst kan worden. Vandaag is de liesplooï-incisie onze standaard incisie bij elke standaard heupprothese."

3. Bekken- en heupfracturen

Alle patiënten met een heupfractuur die een prothese nodig hebben komen in de HIP-unit terecht. De chirurgen voorzien zo een continuïteit in de zorg van patiënten die een heup prothese nodig hebben. De zorg voor de oudere patiënt gebeurt eveneens in goede samenwerking met de gerieters.

Dr. Driesen heeft een enorme ervaring opgebouwd in de behandeling van bekkenfracturen. Onder zijn leiding worden deze bekkenfracturen opgenomen en behandeld. Dr. Driesen: "Wij geloven dat in onze dienst dergelijke specifieke pathologie door vakdeskundigen moet behandeld worden. Daarom ook proberen we in alle gewrichtsregio's dit systeem door te trekken. Bovendien zijn de expertises van bekken osteotomie en bekken fractuur behandeling zeer compatibel wat wederom het gamma aan behandelingsmogelijkheden vergroot." ■



FLAME

Deze geschiedenis is begonnen in Burkina Faso op 13 oktober 2003, nadat er een ongeluk gebeurde tijdens een militaire manifestatie met fakkels. 200 tot 250 mensen zijn die nacht verbrand en hadden ernstige brandwonden. Velen van hen waren kinderen.

De lokale hulpdiensten konden de ramp niet aan en deden een beroep op landen zoals Frankrijk en België, die materiaal en militaire artsen stuurden. Omdat dr. Van den Hof werkte in het Brandwondencentrum van het Militair Hospitaal in Neder-Over-Heembeek, werd hij voor een verdere opvolging van deze patiënten gevraagd mee te komen opereren in Bobo Dioulasso.

Er ontstond een team dat op regelmatige basis sequellen van zware brandwonden, vooral bij kinderen, ging behandeling in Burkina Faso.

Anesthesist dr. Lieven Buysse en verpleegster Lien Ceyssens

hebben tevens deelgenomen aan verschillende van deze missies.

De activiteiten kregen structuur in de NGO FLAME, die een overlappende NGO werd tussen België en Burkina Faso.

Momenteel loopt het project om een eigen ziekenhuis te bouwen aan het Dispensarium dat tot op vandaag gebruikt werd en dat momenteel gerenoveerd wordt. Bedoeling is het project te beëindigen over een jaar nadat de medische zorgen ginder nog verder uitgebouwd zijn en de opleiding van de lokale mensen nog verbeterd.

Dit alles gebeurt onder het wakend oog van kolonel en legerarts dr. Jean Diallo, die er ter plaatse op toeziet dat er geen geïnvesteerde middelen verloren gaan. Iets wat hem tot op de dag van vandaag zeer goed is gelukt. ■

februari 2010
... - Dr. Bakker
H.G.
... - Dr. Bakker
...
16.8.34 → 16.8.36



A photograph of three healthcare professionals standing in a modern clinical setting. On the left, a man with glasses and a dark sweater over a light blue shirt stands with his arms crossed. In the center, another man with glasses and a blue checkered shirt stands with his arms crossed. On the right, a woman with short brown hair, wearing a blue and white patterned top and bright green pants, stands with her arms crossed. They are all smiling at the camera. The background shows a bright, modern interior with large windows and a wooden door. A green semi-transparent box is overlaid on the bottom left of the image, containing the title and a paragraph of text.

RUG- EN NEKREVALIDATIE IN HET NIEUW

De opening van het nieuwe Multidisciplinaire Pijncentrum (MPC) in Lanaken en de aanpassingen in de nieuwe RIZIV-conventie chronische pijn, hebben ook voor de Rug- en Nekrevalidatie binnen het MPC nieuwe mogelijkheden gecreëerd op vlak van multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van chronische pijnpatiënten. Zo is er niet alleen sprake van een uitbreiding van de behandelcapaciteit binnen het 'David Back'-rugprogramma, maar zijn we volop bezig met het ontwikkelen van allerlei nieuwe behandelmodules voor de meer complexe pijnpatiënten.

Het gros van de patiënten die een revalidatie in het MPC volgen doen dat binnen het 'David Back'-concept, een specifiek programma met krachttoestellen voor nek- en rugrevalidatie. Deze patiënten worden geïndiceerd via de revalidatiearts. Voornaamste indicaties voor dit programma zijn aspecifieke mechanische cervicagieën of dorsolumbalgieën langer dan 6 weken bestaand, discushernia zonder ischialgie, degeneratieve veranderingen van de wervelzuil en post-operatieve patiënten binnen drie maanden na een corrigerende wervelzuilchirurgie.

Het programma zelf is een groepsgebeuren waarbij mensen zich twee keer per week aanmelden voor therapiesessies van telkens 2 uur, in totaal 4 uur per week en dit gedurende 6 maanden.

Inhoudelijk steunt het programma op twee pijlers:

Enerzijds intensieve oefentherapie: niet alleen gerichte tonificaties of specifieke krachttraining van de belangrijkste rugondersteunende spieren, maar ook stabilisatie-oefeningen, een cardiovasculair reconditioneringsprogramma en relaxatie-oefeningen maken deel uit van het actief gedeelte.

Anderzijds is er de rugschool waarbij de nadruk ligt op rug(re)educatie door het aanleren van specifieke hef- en tiltechnieken maar ook psycho-educatie rondom thema's als pijnmedicatie en bewegen ondanks de pijn.

Wekelijks vinden er multidisciplinaire teamvergaderingen plaats waarbij het behandel-

team terugkoppeling geeft aan de revalidatiearts over de evolutie van de patiënt.

Het behandelteam bestaat uit een kinesist en een ergotherapeut die de groepen van dichtbij aansturen en opvolgen, maar ook onze sociale dienst en psycholoog zijn nauw betrokken voor onder andere arbeidstrajectbegeleiding en hoe omgaan met chronische pijn.

De overstap naar het MPC in Lanaken, waar we beschikken over gloednieuwe infrastructuur (ruimtes en apparatuur in een prachtig groen kader), betekent een gefaseerde uitbreiding van de oorspronkelijke capaciteit van 8 groepen van 8 personen per week naar op termijn 19 groepen van 8 personen per week, ofwel een behandelcapaciteitsuitbreiding van 128 naar 320 patiënten per jaar, meer dan een verdubbeling dus (zie tabel).

Naast het klassieke David Back-programma dat zich voornamelijk richt op chronische pijnpatiënten met een duidelijk organisch substraat, zijn we volop bezig met het opzetten van nieuwe behandelmodules, individueel en in groep gericht op personen met een chronisch pijnprobleem waarvan de origine in ruimere zin dient bekeken te worden.

Wanneer de algoloog-anesthesist of revalidatiearts een biopsychosociale causaliteit vermoedt van een chronisch pijnprobleem, is er de mogelijkheid om de patiënt te laten screenen door een multidisciplinair paramedisch team dat een gericht advies formuleert wat betreft aanknopingspunten voor verdere behandelingsmogelijkheden intra- of extramuraal.

Deze multidisciplinaire screenings hebben een triagefunctie binnen de grote bulk aan aspecifieke pijnproblematiek die op ons afkomt en zorgen ervoor dat er duidelijke indicaties en contra-indicaties gerespecteerd worden voor het opstarten in een van onze behandellijnen.

Bio-psycho-sociale oorzaak

Heel vaak zien we dat chronische pijn, al of niet gekoppeld aan deconditionering in ruimere zin, een inadequate coping is van hoe iemand omgaat met niet alleen een lichamelijk letsel of een ziekte, maar ook stressoren van psychosociale origine.

Een multidisciplinair team met een holistische kijk op al deze mogelijke, beïnvloedende factoren is essentieel om niet alleen de juiste diagnostiek te stellen maar tevens de aanzet te geven naar de verdere aanpak van deze vorm van chronische pijn.

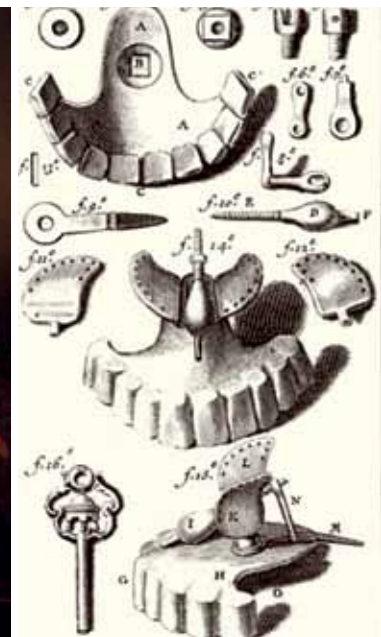
Het is als het ware de sleutel vinden om de negatieve spiraal van gedachten, gedragingen en copingstrategieën die eraan gekoppeld zijn te doorbreken en handvaten aan te reiken om constructief met de pijn om te gaan.

Met andere woorden, de belangrijkste vraag die wij de patiënt stellen is: "Bent u bereid om niet langer te streven naar het wegnemen van de pijn, maar om de pijn een plaats te geven en weer te gaan functioneren ondanks de pijn?"

Dr. Peter Hallet
Revalidatiearts

Evolutie Rug- en Nekrevalidatie

Andre-Dumont: 2012	Sint-Barbara: vanaf september 2013
8 groepen van 8 patiënten = 128 patiënten/jaar	19 groepen van 8 patiënten = 320 patiënten/jaar
Onderhoudsgroep	Onderhoudsgroep
Gemiddeld 4 patiënten/groep = 64 patiënten/jaar	Gemiddeld 4 patiënten/groep = 160 patiënten/jaar
wachttijd = 65 patiënten	Wachttijd weggewerkt
Gemiddelde wachttijd +/- 6 maanden na consult revalidatie-arts	Wachttijd weggewerkt



PIERRE FAUCHARD 1678 – 1761

Zeer lange tijd was tandheelkunde pure barbarij. Primitief materiaal. Geen anesthesie. Geen regels en geen wetten. Iedereen die een tang kon vasthouden, kon een tand trekken. Iedere tandentrekker ontwikkelde zijn eigen techniek en hield die angstvallig geheim. En iedereen geloofde dat tandbederf veroorzaakt werd door kleine wormpjes. Tot Pierre Fauchard op het toneel verscheen.

Zonder al teveel opleiding schreef de 15 jaar jonge Pierre zich in bij de Franse zee-macht, meer bepaald bij de infirmerie. Hij kwam onder het gezag van scheeparts Alexandre Poteleret, die gespecialiseerd was in ziekten van de mond. Tijdens lange zeereizen waren die schering en inslag. Door vitamine C tekort (scheurbuik) ontstonden er mondbloedingen. Periapicale abscessen en nukkige wijsheidstanden veroorzaakten tandpijn. In vechtpartijen werden tanden uitgeklopt en soms brak een matroos een kaakbeen. Slechte hygiëne en mismeestering door charlatans verergerden de zaak nog. Zo werd de zee een prima leerschool voor Pierre Fauchard.

Na drie jaar verliet hij de zeemacht en vestigde zich als zelfstandige tandarts in Angers. Hij had heel wat praktische ervaring opgedaan maar om zijn theoretische kennis bij te spijkeren, zocht hij een goed

standaardwerk. Hij vond er geen. Wat er over tanden en tandziekten bekend was, stond hier en daar verspreid in chirurgieboeken zoals dit van Ambroise Paré. Tandartsen schreven blijkbaar geen boeken en Fauchard zag snel in waarom. Niet omdat ze geen tijd of geen schrijftalent hadden, maar omdat ze hun geheime technieken en recepten niet wilden delen met anderen. Puur uit vrees patiënten te verliezen.

Om zich in de fijnere operatietechnieken te bekwamen, ging Fauchard in de leer bij een uurwerkmaker. Daar leerde hij omgaan met kleine plaatjes en vijsjes. Bij een goudsmid leerde hij de kunst van het goudsmelten en het emaileren. Dit alles incorporeerde hij in zijn tandartsenpraktijk en verrijkte het met tal van nieuwe uitvindingen. In tegenstelling tot de zelfverklaarde tandentrekkers die samen met kermisattracties van voor tot voor trokken, bouwde Fauchard een wetenschappelijk eerlijke praktijk uit in Angers. Het duurde niet lang vooraleer zijn bekwaamheid opgemerkt werd en zijn reputatie als een lopend vuurtje door Frankrijk trok.

Zoals in tal van domeinen kan iets eeuwenlang stagneren tot plots iemand opdrukt die de zaak in een stroomversnelling brengt. Galileo, Copernicus, Vesalius, Hubble en Einstein waren zo'n mannen. Fauchard was

er ook zo een. Op korte tijd realiseerde hij ontzettend veel. Vooreerst maakte hij brandhout van het eeuwenoude geloof dat tandbederf ontstond door kleine wormpjes. Onder zijn microscoop zag hij er geen enkel. Fauchard beklemtoonde ook het verband tussen tandbederf en suiker en adviseerde om zoetigheden te beperken. Instrumenten van horlogemakers en juweliers paste hij aan om tandheilkundige ingrepen uit te voeren. Hij was ook een voorstander om na het boren van de tanden de holtes op te vullen, wat in zijn tijd niet zo gebruikelijk was. Fauchard ontwikkelde zijn eigen vulmateriaal en zijn eigen prothesen en liet er geen geheimen over bestaan. Ook het comfort van de patiënt verbeterde hij. In zijn tijd legden de tandartsen de patiënt op de vloer en gingen op diens borstkas zitten om een tand te trekken. Of ze haalden er een helper bij die het hoofd van de patiënt tussen de beide knieën klemde. Fauchard adviseerde om de patiënt in een zetel te plaatsen en hem van opzij of van langs achter te behandelen. Dit was veel comfortabeler en boezemde de patiënt tevens minder schrik in.

Maar Fauchard's belangrijkste bijdrage tot de tandheelkunde kwam later in zijn leven en op het hoogtepunt van zijn carrière. Twintig jaar nadat hij in Angers gestart



was, verhuisde hij naar Parijs en installeerde zich in de Rue des Cordeliers als 'chirurgien-dentiste'. Het was de eerste tandarts die deze titel gebruikte. Parijs was dan wel bekend als het epicentrum van de 18de eeuwse Verlichting, maar in de medische bibliotheek zag hij geen enkel tekstboek over tandheelkunde liggen. Dus schreef hij er zelf een: *Le Chirurgien Dentiste, ou Traité des dents*. In meer dan 800 pagina's vatte hij zijn kennis en rijke ervaring samen en had er geen moeite mee die te delen met zijn collega's tandartsen en de studenten.

In zijn boek begon Fauchard bij de anatomie en de ontwikkeling van de tanden. Daarna beschreef hij 103 verschillende ziekten die hij in de loop der jaren met succes had behandeld. Één ervan, de pyorrhea, beschreef hij zo grondig dat het in zijn tijd de ziekte van Fauchard genoemd werd. In het laatste gedeelte behandelde hij de chirurgische instrumenten en de prothesen. Het boek verscheen in 1728 en werd verlicht met talrijke instrumenten die hij gebruikte en prothesen die hij ontwikkeld had. Met 'Le Chirurgien Dentiste' werd Frankrijk het toonaangevende wereldcentrum van de tandheelkunde en werd Fauchard de grondlegger van de moderne odontologie genoemd. Of zoals de Fransen het zeggen:

'père de l' art dentaire moderne'.

Veel van wat Fauchard in zijn boek schreef is vandaag nog relevant. Hij was sterk gekant tegen het trekken van de primaire molaren. Dit zou de permanente tandontwikkeling verstoren. Hij maande ook voorzichtigheid aan bij het werken met boren. Niet zelden brak er een stuk van af en werd dit dan accidenteel ingeslikt door de patiënt die daar niet voor verzekerd was. Voor de vullingen adviseerde hij amalgamen als lood, tin of soms goud. Met zijn inventieve geest verbeterde Fauchard ook sterk de gangbare palatale prothesen die toen veel gebruikt werden voor het dichten van een syfilitisch gat in het verhemelte. Zijn prothesen waren vervaardigd van keramiek of ivoor en voorzien van metalen 'vleugels' om de zaak vast te zetten. Voor de kunsttanden gebruikte hij tanden van mensen, ossen of nijlpaarden. Ook het ivoor van olifanten en walrussen. In zijn boek wees Fauchard er tenslotte op dat een mondziekte nooit op zichzelf gezien mag worden maar deel kan uitmaken van een meer globaler ziekteproces.

Het enige wat vandaag een beetje de wenkbrauwen doet fronsen is zijn advies om bij beginnend tandbederf de mond te spoelen met urine. Volgens Fauchard bestond er geen beter, en ook geen goedkoper middel.

Waar het heilzame effect vandaan kwam, wist hij niet maar vandaag weten we dat het vermoedelijk het toen nog niet bij naam bekende ammonia zal geweest zijn.

Met de publicatie van *Le Chirurgien Dentiste*, had Fauchard zijn doel bereikt. Hij had een standaardwerk op de markt gebracht dat alle facetten van de tandheelkunde omvatte. Van de ontwikkeling van de melktanden tot de meest gesofisticeerde prothesen van dit moment. Zijn boek bracht ook een verandering teweeg in de mentaliteit van de tandartsen. Als bij wonder begonnen ze zowaar onderling informatie uit te wisselen. Het boek spoorde hen ook aan om hun eigen behandelingen en ervaringen met materialen zelf neer te schrijven. Zo heeft Fauchard op zijn eentje een kleine omwenteling teweeggebracht in de tandartsenij en de tandheelkunde.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog



Dr. Luc Vrielinck: "Er zijn heel wat medische situaties die kunnen interfereren met de normale tandheelkundige behandelingen."

DE MEDISCHE TANDHEELKUNDE IN OPMARS

Op de dienst MKA zien we de laatste jaren een toename van medisch gecompromitteerde patiënten die een dringende tandheelkundige of MKA-behandeling nodig hebben. Vaak gaat het om patiënten die omwille van hun opname in het ziekenhuis niet bij hun huistandarts kunnen geraken, of integendeel patiënten met acute aandoeningen waarbij bijvoorbeeld binnen het bestek van een paar dagen een dringende chirurgische ingreep wordt voorzien zoals bijvoorbeeld een hartklepoperatie.

Deze patiënten dienen binnen een korte termijn te worden nagezien ter uitsluiting van tandpathologie, parodontale aandoeningen, focale infecties enz. Indien er infecties aanwezig zijn, wordt er zo snel mogelijk een behandeling uitgevoerd.

Er zijn heel wat medische situaties die kunnen interfereren met de normale tandheelkundige behandelingen. Bijvoorbeeld: ontregelde diabetes, hypertensie, hartziektes met inname van digitalis preparaten, longaandoeningen met inname van theofylline preparaten, inname van steroïden, hematologische afwijkingen (leukocytose, aandoeningen van de bloedplaatjes, trombocytopenie, stollingsstoornissen ten gevolge van de inname van anticoagulantia), leveraandoeningen zoals cirrose, aandoeningen van botmetabolisme (inname van bisfosfonaten!), HIV-aandoening, nierfunctiestoornissen met chronische dialyse.

Daarnaast zijn er ook de revaliderende

patiënten die ook dentale of MKA-problemen kunnen vertonen: patiënten na CVA, met aneurysmata, pacemakers, diepe katheters, na coronaire bypass, na vervanging van één of meerdere hartkleppen, na diepe veneuze trombose enzovoort.

Ook tijdens de zwangerschap kunnen er dentale of infectieuze problemen ontstaan die een relatief dringende aanpak vergen.

Anderzijds zijn er soms ogenblikken waarop de verwijzende tandarts of huisarts niet goed weet wat er moet gebeuren. In welke situaties moeten er profylactische antibiotica worden voorgeschreven bij een tandheelkundige of MKA-behandeling? Moeten anticoagulantia al dan niet worden gestopt?

In deze omstandigheden is het een groot pluspunt om binnen de ziekenhuisomgeving zeer snel advies te kunnen bekomen van om het even welk medisch specialisme.

De dienst MKA wenst zich toe te leggen op deze problematiek van de medisch gecompromitteerde patiënt en kan ook instaan voor verwezen patiënten waarbij de tandarts verkiest deze patiënt door te verwijzen naar een ziekenhuisomgeving voor verdere tandheelkundige aanpak.

Het is ook in dit kader dat er een samenwerking met de Katholieke Universiteit in Leuven, School voor Tandheelkunde, is ontstaan om stagiairs tandheelkunde (laatste jaar opleiding) vertrouwd te maken met deze medisch gecompromitteerde patiënten. De stagiairs tandheelkunde zullen steeds onder medische supervisie hun tandheelkundige behandelingen kunnen uitvoeren (meer hierover op pag. 28).

Dr. Luc Vrielinck
MKA-chirurg

RAZENDE TANDPIJN, 2 UUR 'S NACHTS. WAT NU?

Een patiënt met zeer hevige tandpijn zal zich normalerwijze eerst aanbieden bij zijn eigen tandarts, of de wachtdienst tandheelkunde. Maar soms biedt een patient met hevige tandpijn zich ook aan bij de huisarts of midden in de nacht op de dienst Spoedgevallen.

Indien we zo eenvoudig mogelijk tot een goede diagnose kunnen komen en het probleem snel kunnen aanpakken, dan kan soms de nachtrust van de patiënt (en de behandelaar) gered worden.

In deze tekst zullen we ons beperken tot pijn van tand-origine met uitsluiting van pijn van andere oorsprong zoals sinusitis, kaakgewrichtspijnen, pijn van de speekselklieren, trigeminus neuralgie enz.

De bedoeling van de acute interventie is om de patiënt te verlichten totdat hij zich kan aanmelden bij de tandarts of de kaakchirurg.

De meeste problemen kunnen worden geïdentificeerd door de anamnese en het klinisch onderzoek, zonder dat er gesofisticeerde medisch-technische onderzoeken aan te pas komen. Verschillende tandaandoeningen hebben typische symptomen met verschillende soorten pijn.

M.a.w. het type van de pijn geeft al een goede indicatie van de diagnose en de behandeling (zie figuur 3).

Anamnese en klinisch onderzoek

De anamnese bij tandpijn dient te focussen op de locatie van de pijn, het type pijn, de frequentie en de duur van de pijn, hoe het gestart is, de reactie op warme en koude dranken en ten slotte de ernst en de zone van uitstraling van de pijn. Het klinisch onderzoek gebeurt best op systematische wijze:

- Intraoraal: Het intraorale onderzoek moet nauwkeurig gebeuren om zeker te zijn dat de pijn van dentale origine is met exclusie van pathologie t.h.v de tong, de buccale mucosa, de mondvloer, het palatum, de tonsillen, en de bovenste luchtwegen.
- T.h.v gelaat: onderzoek van de speekselklieren, de oren en de palpatie t.h.v de kaakgewrichten.
- T.h.v de hals: palpatie van de lymfeklieren in de hals.

Welke onderzoeken?

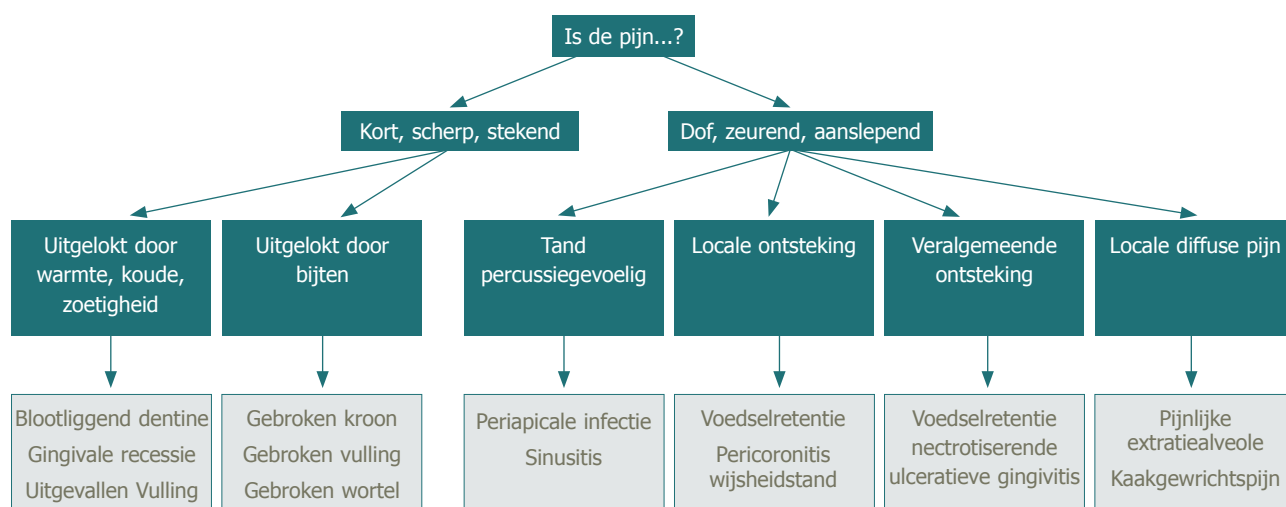
Verschillende eenvoudige onderzoeken zijn mogelijk die kunnen helpen bij de diagnose van tandpijn, maar zijn niet steeds mogelijk in een acute opvangsituatie bijvoorbeeld op de dienst Spoedgevallen of bij de huisarts van wacht.

Pulpagevoeligheidstest

Er kan droog ijs ter hoogte van het onderste 1/3de van de tandkroon worden geplaatst. Wanneer de patiënt een koudegevoeligheid waarneemt, dan wordt hiermee aangetoond dat de tandzenuw (pulpa) in staat is om zenuwimpulsen door te geven. Afwezigheid van koudegevoeligheid wijst op pulpanecrose.

Percussie test

Een bijkomende eenvoudige test is om met het handvat van een instrument op de tandkroon te tikken. Een pijnlijke reactie suggereert een periapicale ontstekingsreactie.



Figuur 3

Sonderen

Voorzichtig sonderen van de gingivale sulcus rondom een tand laat toe om de gezondheid van de gingivale weefsels vast te stellen. Wanneer bij voorzichtig sonderen de gingiva begint te bloeden, wijst dit op een gingivitis.

Mobiliteitstest

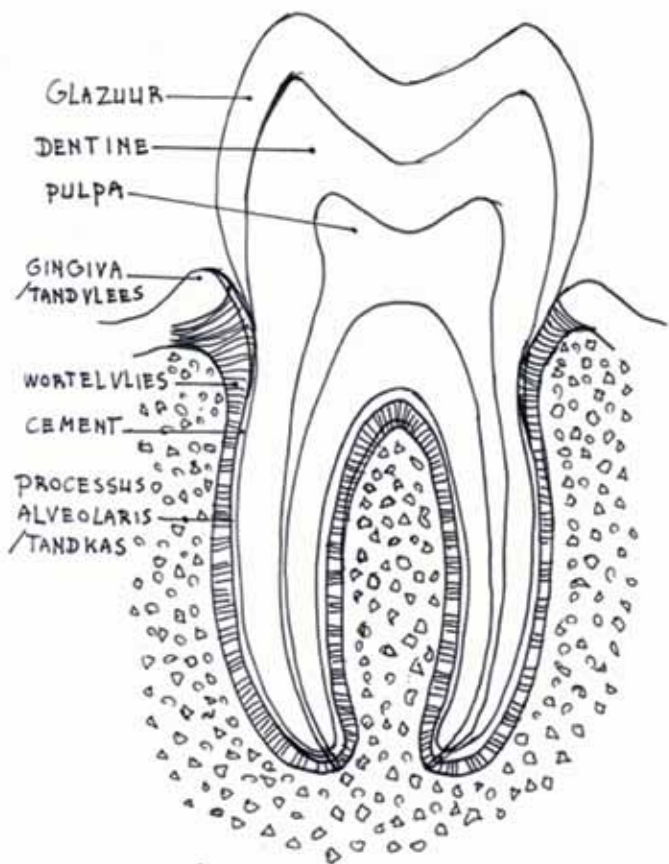
Wanneer we een tand stevig vastnemen tussen de vingers t.h.v de buitenzijde (wang) en t.h.v de binnenzijde van de tand, kunnen we de beweeglijkheid van een tand beoordelen. Alle tanden hebben een beperkte beweeglijkheid; maar wanneer deze beweeglijkheid opvallend is toegenomen, wijst dit op botverlies t.h.v de wortels van de tand, compatibel met parodontitis.

Palpatie

Een zorgvuldige palpatie t.h.v de pijnlijke zone kan een zwelling aantonen en kan een indicatie geven over de omvang van een infectieuze zwelling. Een omvangrijke zwelling is een medische urgentie!

Radiografisch onderzoek

Indien het mogelijk is om een screenings-radiografie zoals een orthopantomogram te vervaardigen (OPG), kan dit helpen bij de diagnosestelling en lokalisatie van de oorzaak van de pijn. De radiografie dient nauwkeurig de apicale en periapicale structuren (wortel van de tanden) weer te geven. Op deze opname kan eveneens de relatie tussen de wortel van de boven-molaren t.o.v. de bodem van de maxillaire sinus worden beoordeeld. De radiografieën kunnen ook aangeven welke tanden door tandcariës of periapicale infecties zijn aangetast.



Figuur 1: doorsnede doorheen de eerste molaar in de onderkaak

Wat zijn de meest voorkomende vormen van tandpijn?

Vaak voorkomende oorzaken van orofaciale pijnen, die aanleiding opzoeken van spoedeisende hulp worden weergegeven in figuur 3. Het karakter van de pijn zet ons op weg naar de diagnose.

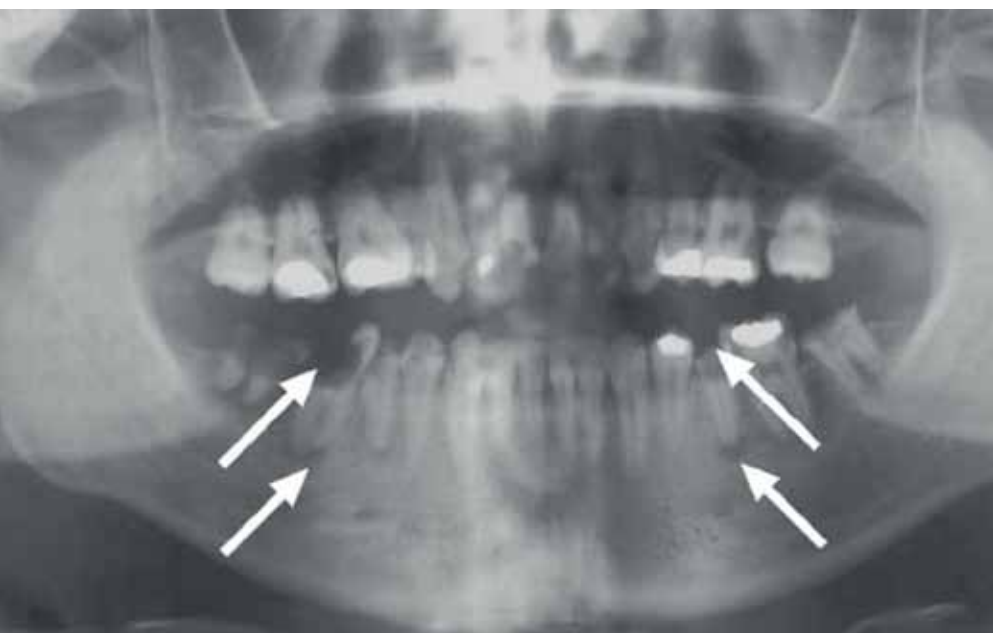
De behandelingen bij:

Korte, scherpe, stekende pijn

Een wortelovergevoeligheid kan behandeld worden met specifieke tandpasta. Een vermindering van zuur in het dieet (cola, frisdranken) zal de symptomen eveneens gunstig beïnvloeden. Het gebruik van een mondspoeling met hoog fluoridegehalte kan ook helpen. In het geval van een tandcariës, een verloren vulling, of een breuk t.h.v de tandkroon dient het blootliggende dentine afgedicht te worden met een tijdelijke vulling. Dit zal de klachten doen verdwijnen.

Doffe, zeurende en aanslepende pijn

Behandelingen van de aangetaste tanden omvat ofwel een wortelkanaalbehandeling ofwel een extractie van de tand indien hij niet meer te redden valt. Bij sommige patiënten kan een periapicale ontsteking leiden tot cellulitis t.h.v het gelaat, wat gekenmerkt wordt door een snelle verspreiding van de bacteriën en hun afvalproducten in de omgevende weefsels. Dit veroorzaakt een omvangrijk oedeem en een zwelling van de weefsels samen met een uitgesproken pijn. Indien er systemische tekenen van infectie aanwezig zijn, zoals bvb koorts, malaise, zwelling en mogelijk trismus, dan vormt dit een chirurgisch spoedgeval. Antibioticatherapie alleen is in deze situatie niet afdoende en wordt niet als enige behandelingsmodaliteit geadviseerd (zie kadertje). Indien er pus aanwezig is, dan



Figuur 2: Een orthopantomogram opname (OPG) die de aanwezigheid aan toont van uitgebreide tandcariës (radioluenties in de tandkronen) t.h.v verschillende tandelementen (bovenste rij pijlen), en eveneens de aanwezigheid van abscesvorming (radio-luenties) t.h.v de wortels van verschillen-de gebitselementen (onderste rij pijlen).

dient dit gedraineerd te worden en dient de oorzaak te worden verwijderd (bvb extractie van de tand). De eigen afweerreactie van de patiënt wordt bijkomend ondersteund door antibiotica. Het microbiële spectrum omvat meestal grampositieve bacteriën en anaeroben. Geschikte antibiotica zijn dan ook penicilline, of eerste gene-

ratie cefalosporine gecombineerd met metronidazole in ernstige gevallen. In geval van penicilline allergie kan clindamycine worden overwogen.

Bij de initiële behandeling van tandpijn wordt paracetamol voorgeschreven ofwel een NSAID.

Pericoronitis

Pericoronitis van een ingesloten of half ingesloten wijsheidstand vereist snelle verwijzing naar een tandarts of kaakchirurg.

Acute necrotiserende ulceratieve gingivitis

Aangezien deze infectie veroorzaakt wordt door hoofdzakelijk anaerobe bacteria, is een eerste aanpak chirurgisch met oppervlakkig debridement, gebruik van chloorhexidine mondspoelingen en een behandeling met Metronidazole. Deze patiënten dienen vaak opgenomen te worden omdat orale voeding niet goed mogelijk is.

Pijnlijke extractie alveole

Dit wordt behandeld door grondig spoelen van de tandkas. Ook achteraf dient de patiënt zelf de wonde regelmatig uit te spoelen (bijvoorbeeld m.b.v. een meegegeven spuit met een botte naald). Medicamenteuze behandeling bestaat uit analgetica. Antibiotherapie is niet aanwensen. De patiënten dienen ingelicht te worden dat de pijn 7-10 dagen na de extractie kan aanhouden. ■

Moeten antibiotica worden voorgeschreven bij tandpijn?

Antibiotica zijn zeer waardevol bij de behandeling van bepaalde infecties van dentogene oorsprong; zij zijn echter niet geïndiceerd indien de pijn afkomstig is van inflammatoire (niet-infectieuze) of neuropathische mechanismes. De mate waarin een patiënt pijn heeft is geen betrouwbare indicator voor de acutheid van een infectie van dentogene oorsprong.

Er is evidentie dat (tand)artsen op empirische gronden vaak antibiotica voorschrijven voor klachten van tandpijn, dit bij gebrek aan een nauwkeurige diagnose van de oorzaak van een tandpijn. De meeste spoedeisende consulten o.w.v tandpijn hebben te maken met een acute ontsteking van de tandpulp of de periapicale weefsels. Het voorschrijven van antibiotica in deze situatie zal de oorzaak van het probleem niet wegnemen en evenmin worden hierdoor de bacteriën in een tand uitgeroeid.

Antibiotica zouden beperkt moeten blijven tot die patiënten die een malaise vertonen, koorts hebben, gezwollen lymfeklieren hebben bij palpatie, een verminderd of gecompromitteerd immuunsysteem hebben of een cellulitis vertonen. Snel evoluerende infecties zijn eveneens een indicatie voor antibiotherapie.

LE MKA NOUVEAU, EST ARRIVÉ

Recent zijn in de dienst MKA twee nieuwe collegae van start gegaan: dr. Frans Willem ten Broek en dr. Joeri Meyns. Beide collegae zullen werkzaam zijn in het ZOL met consultatie activiteit, poliklinische activiteit en behandelingen onder narcose.

Voorstelling van de nieuwe teamleden:

Dr. Frans Willem ten Broek werkte onder andere in het Academisch Ziekenhuis van Utrecht en Maastricht. Zijn opleiding tandheelkunde, geneeskunde en specialisatie maxillofaciale heelkunde volgde hij in Utrecht. Zijn bijzondere interesse gaat uit naar de hoofd/hals oncologie, waarvoor hij in Nederland geregistreerd is, en de esthetische chirurgie. Voor de behandeling met Botuline Toxine en Fillers volgt hij in Nederland de eerste officiële opleiding van de Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde.

Dr. Joeri Meyns (°1979) werd erkend in 2010 als stomatoloog en in 2011 als Mond- Kaak- en Aangezichtschirurg.

Dr. Meyns is ook deeltijds stafid in het Academisch Ziekenhuis van Maastricht, waar hij zich verder bekwaamt in de hoofd-hals oncologie en reconstructieve heelkunde.

Naast de algemene kaakchirurgie en hoofd-hals oncologie is zijn belangrijkste interessegebied de orthognatische heelkunde.



Dr. Frans Willem ten Broek



Dr. Joeri Meyns

Naam	Activiteit
Dr. Luc Vrielinck (diensthoofd)	Algemene MKA, implantologie, zygoma implantaten
Dr. Serge Schepers	Algemene MKA, oncologie, orthognatische heelkunde, Schisis
Dr. Sarah Van Slycke	Algemene MKA, narcodontie
Dr. Frans Willem ten Broek	Algemene MKA, oncologie, esthetische chirurgie
Dr. Joeri Meyns	Algemene MKA, oncologie, orthognatische heelkunde, reconstructieve heelkunde
LTH Marc Pauwels	Endodontie
LTH Benjamin Vaninbrouckx	Endodontie, narcodontie
Msc Yi Sun	Oral Imaging Engineer
LTH, Msc, Jimoh Agbaye	Wetenschappelijk onderzoek, publiceren
Dr. Guido Heijsters	Assistent MKA 5e jaar
Dr. Judith de Rycker	Assistent MKA 2e jaar
3 stagiairs tandheelkunde	i.s.m. school voor Tandheelkunde KULeuven

Het MKA team tot uw dienst

De dienst MKA bestaat nu uit vijf MKA chirurgen, twee tandartsen en twee wetenschappelijke medewerkers.

Daarenboven zijn er twee MKA-assistenten in opleiding en een rotatie van drie stagiairs tandheelkunde.

T MKA 089/32 61 60 of 089/32 61 62



EEN MOOIE GLIMLACH IN ÉÉN DAG

De implantologische behandelingen evolueren. Een mooie illustratie van de moderne aanpak is de All-on-4 methode. Het grote voordeel van deze aanpak is dat de patiënt geen uitneembare prothese meer krijgt maar onmiddellijk voorzien wordt van een vaste prothesebrug, die aanvoelt en functioneert zoals eigen tanden. Daarbij kan de volledige behandeling op één dag gerealiseerd worden.



Figuur 1: Verdeling van de implantaten bij een All-on-4 in de bovenkaak



Figuur 2: Verdeling van de implantaten bij een All-on-4 in de onderkaak

Tandeloze patiënten worden sinds vele jaren geholpen met uitneembare tandprothesen. In de 15e eeuw bestond reeds de techniek om een volledige prothese te vervaardigen. Men gebruikte een houten vorm, die handmatig met beitels en vijlen eerder min dan meer passend werd gemaakt. Beroemd is de tandprothese van George Washington, gemaakt uit ivoor en menselijke tanden, die deze Amerikaanse president zijn karakteristieke, prognate uiterlijk verleende.

Sinds de jaren 70 van vorige eeuw werden de implantaten op punt gesteld door prof. Brånemark. Waar in de beginperiode heel veel aandacht uitging naar de chirurgische aspecten van het implanteren, zijn de implantaatchirurgen nu ook steeds meer en meer bekommerd om de behandelingen nauwkeuriger en voorspelbaarder uit te voeren en met groter comfort voor de patiënt, zodat in sommige situaties de volledige behandeling zelfs binnen één dag kan gerealiseerd worden.

Vier op een rij

De **All-on-4 methode** is een mooie illustratie van de moderne aanpak in de implantologische behandeling. Bij deze methode worden

de implantaten op een specifieke manier in de kaak geplaatst. De prothesebrug wordt, zoals de naam All-on-4 al aangeeft, vastgeschroefd op vier implantaten en kan dezelfde dag als de tandimplantaten worden geplaatst.

De patiënt hoeft niet weken zonder tanden te lopen

Het grote voordeel van deze behandeling is dat de patiënt geen uitneembare prothese meer krijgt maar onmiddellijk voorzien wordt van een vaste prothesebrug, die aanvoelt en functioneert zoals eigen tanden. Bijkomend pluspunt is dat het geheel niet meer bedekt wordt. Hierdoor wordt zelfs de smaak weer zoals vroeger! En wat dacht u van zoenen?! Een ander groot voordeel is dat binnen twaalf uur na het plaatsen van de implantaten de noodbrug wordt geplaatst. De patiënt hoeft dus niet weken zonder tanden te lopen.

Jarenlange ervaring

Deze ingenieuze methode is ontwikkeld door de Portugese implantoloog Paolo Malo, die daarmee bekendheid over de hele wereld heeft verworven. Ervaren teams kunnen met deze techniek de patiënten een buitengewone service verlenen: 's morgens binnen op de dienst aankomen met

vervallen gebitselementen of een slecht zittende prothese en 's avonds terug naar huis gaan met de nieuwe tanden vastgeschroefd op vier implantaten. Heel vaak is dit een overrompelende ervaring voor de patiënten. Geen wonder dus dat patiënten die deze behandeling hebben ondergaan er razend enthousiast over zijn.

De patiënt kan dezelfde dag weer onder de mensen komen

Voorbereiding van de behandeling met Computer Guided Surgery

Bij Computer Guided Surgery draait alles om voorbereiding. Er wordt een CT-scan van de kaak gemaakt die op de computer wordt omgezet in een driedimensionaal beeld. Via dit 3D-beeld kan de chirurg precies vaststellen waar de implantaten, bijvoorbeeld qua botbreedte en -hoogte, het beste kunnen worden aangebracht. Zo bereidt de implantoloog de chirurgische behandeling helemaal van tevoren tot in detail voor.

De planning dient als basis voor het maken van een boormal waarin bevestigingspunten en openingen voor de implantaten worden gemaakt. Zo wordt de virtuele computerplanning nauwkeurig overgezet van het computerscherm naar de mond van de patiënt. De



Figuur 4: Postoperatieve radiografie na plaatsen van de implantaten, de abutments en de eerste brug t.h.v de bovenkaak



Figuur 5: Typische All-on-4 brug t.h.v de bovenkaak bij dezelfde patiënt als hiernaast

geplaatste implantaten functioneren als een stevige basis voor de brug die op de implantaten wordt verschroefd. De brug kan dan in het tandtechnisch laboratorium worden vervaardigd en kan zeer snel na de implantaatbehandeling worden geplaatst.

De behandeling zelf

Na een plaatselijke verdoving wordt de boormal met enkele schroefjes aan de kaak vastgezet. Vervolgens worden de gaatjes rechtstreeks in de kaak geboord en de

implantaten geplaatst, waarna de boormal wordt verwijderd. Na het plaatsen van de nodige abutments wordt er eerst een afdruk genomen, waarna de brug enkele uren later kan geplaatst worden. Het is soms zelfs mogelijk om een bestaande prothese in goede occlusie en articulatie in enkele uren om te bouwen tot vaste brug. In ieder geval kan na een paar uur de behandeling beëindigd worden en kan de patiënt met een mooie glimlach de praktijk verlaten. Het betreft in deze vlotte aanpak

telkens een tijdelijke brug. Dit laat toe om de genezing van alle omliggende weefsels vlot te laten verlopen. Na ongeveer een jaar kan een vaste brug met een meer definitief karakter gemaakt worden. Dankzij de eerste brug kan de patiënt steeds rekenen op maximaal comfort en kauwvermogen wat door de patiënten erg op prijs gesteld wordt.

De voordelen van een All-on-4

- Mooi en heel natuurlijk eindresultaat.
- Direct na de behandeling stapt de patiënt met nieuwe vastzittende tanden naar buiten.
- Nauwelijks zwelling en pijn.
- Smaak en gevoel zijn weer als vroeger.
- De patiënt kan er meteen mee eten en drinken.
- Korte en zeer comfortabele behandeling.

Wat kan de patiënt verwachten tijdens de behandeling?

Hoelang duurt het implanteren?

Een all-on-4-behandeling vraagt circa 2 uur behandeltime. Alle implantaten worden geplaatst onder plaatselijke verdoving. Meestal worden de tanden binnen de 12 uur geplaatst en kan de patiënt meteen daarna probleemloos kauwen en smakelijk eten.

Hoe groot is de kans op slagen?

Vele factoren spelen een rol. De hoeveelheid en kwaliteit van het bot zijn doorslag-

Een tandje bijsteken?

Onze taal is doorspekt met spreekwoorden die gaan over tanden, bijten, kauwen, eten. Onze tanden vormen een belangrijk deel van onze mond en vormen vaak een visitekaartje. Aanwezigheid van tanden is vaak een teken van gezondheid, vitaliteit en succes. Vulliehaan en peirdentaan meugen noeijs stilstaan. (Vrouwenhanden en paardentanden mogen nooit stilstaan).

Het verlies van tanden daarentegen heeft de connotatie van tegenslag en minderwaardigheidsgevoel.

Op zijn tandvlies zitte (=uitgeput zijn); Zun bakkus is net un afgebraand durup (=hij heeft een mond vol slechte tanden), net de veemarkt hier en daar een paaltje (=slecht gebit).



Figuur 3: op basis van de CT-scan of de Cone beam-scan wordt de anatomie van de patiënt bestudeerd en wordt een planning van de implantaatpositie uitgevoerd.

gevend. De keuze van de implantaten en componenten spelen eveneens een belangrijke rol. Maar zeker zo belangrijk is de ervaring van het behandelingsteam dat de chirurg, de behandelende tandarts en het tandtechnisch team omvat. Hoe beter het team op elkaar is ingespeeld hoe vlotter de behandelingen lopen en hoe beter de slagingskansen van de behandeling zijn.

Wanneer lukt het niet om implantaten te plaatsen?

Als er te weinig bot is, kan er geen implantaat worden geplaatst. Een voorbehandeling met botopbouw maakt dit echter meestal wel mogelijk. Daarnaast kunnen er medische problemen zijn die een implantaatbehandeling bemoeilijken of tegenaangewezen maken: instabiele diabetes mellitus, inname van bisfosfonaten, voorafgaandelijke radiotherapie ter hoogte van de te behandelen kaak.

Wat zijn de kosten?

Implantaten zijn nu eenmaal kostbaar. Een All-on-4 behandeling wordt niet door de Belgische mutualiteiten of de Nederlandse zorgverzekeraars vergoed en de behandelingskosten vallen ten laste van de patiënt. De procedure met All-on-4 waarbij de volledige behandeling in slechts één dag wordt gerealiseerd betekent een meerprijs van ongeveer 40 percent ten opzichte van een

conventionele implantaatbehandeling met een zelfde eindresultaat. Bij een conventionele therapie echter ligt de totale behandelingsduur tussen 6 maanden en één jaar.

Voordelen?

Vaak gaat een patiënt ook om professionele redenen kiezen voor de 'snelle' All-on-4 behandeling omdat deze behandeling kan gerealiseerd worden binnen één werkdag, terwijl het tijdsverloop voor de conventionele behandeling 4 tot 8 maanden in beslag neemt.

Eind goed al goed?

De slagingskansen van de All-on-4 behandeling bedraagt ongeveer 98%. Patiënten denken soms dat wanneer de behandeling beëindigd is, er geen verdere behandelingen meer nodig zijn. Het is inderdaad correct dat de brug of de implantaten zelf geen tandcariës zullen ontwikkelen, maar een te kort schietende mondhygiëne zal gingivitis en botverlies rond de implantaten kunnen veroorzaken. Indien het botverlies matig uitgesproken is, kan hiervoor een chirurgische behandeling worden uitgevoerd om verder botverlies te voorkomen. Indien het botverlies erg uitgesproken is, kan dit leiden tot verlies van de implantaten en de verschroefde brug. Hoewel dit laatste erg zeldzaam is, blijft het belangrijk de patiënt er steeds op te wijzen dat regelma-

tig nazicht van de implantaten en de brug bij de implantoloog of behandelende tandarts noodzakelijk is. Op die manier zal de patiënt vele jaren kunnen genieten van zijn 'vaste' tanden.

Even kort samengevat

Het All-on-4 systeem is een zeer goede manier om patiënten met een prothese of met een vervallen dentitie snel en efficiënt aan hernieuwd kauwvermogen te helpen. De patiënten zijn bijzonder enthousiast bij afloop van de behandeling en nog lang daarna. Op 1 dag wordt er een nieuwe en comfortabele 'eetkamer' aangemeten en dat heeft naast het verbeterde kauwvermogen vooral een grote sociale en psychologische impact. Het gebit als visitekaartje, het wordt vaak onderschat. Om dit tot een goed einde te brengen als behandelbaar is vooral een goede voorbereiding en een wel geolied, ervaren team onontbeerlijk. Met dit concept kunnen nog veel patiënten snel en efficiënt geholpen worden en genieten van een mooie glimlach.

Dr. Luc Vrielinck
MKA-chirurg

Tom De Wit
LTH

‘Tandheelkunde KULeuven laaft zich aan de vijver van het ZOL’

STAGEOVEREENKOMST TUSSEN ZOL EN OPLEIDING TANDHEELKUNDE KULEUVEN

De opleiding Tandheelkunde van de KULeuven biedt de laatstejaarsstudenten Tandheelkunde (2e master Tandarts) de gelegenheid om hun klinische stage deels extern te doen in het AZ Sint-Jan in Brugge of op één van de 6 Erasmus uitwisselingslocaties. Om het aanbod aan externe stageplaatsen te verruimen werd nu ook een overeenkomst afgesloten met het ZOL.

Ook buiten de kliniekomgeving van de UZLeuven is het goed dat de student zoveel mogelijk verschillende klinische ervaringen opdoet. Daarbij moeten studenten ook accenten kunnen leggen tijdens hun opleiding (een aanbeveling trouwens die recent geformuleerd werd door de onderwijsvisitatie commissie).

De stageplaats ZOL (Zintuigenplatform: tandheelkunde, oftalmologie, MKA, KNO) biedt een gevarieerd aanbod van klinische activiteiten, waaronder intake, behandelingsplanning, orale & medische beeldvorming, kleine chirurgie, maxillofaciale chirurgie hoofd en hals, narcodontie, endodontie, rehabilitatie met implantaten, kaakgewrichtspathologie, behandeling van de medisch gecompromitteerde patiënt, pluri-

disciplinaire raadplegingen, ... Dit alles speelt zich af in zowel het ziekenhuis in Genk als op de geaffilieerde locaties (Bree, Maaseik en Genk-Centrum). De studenten worden ook betrokken in de urgentie tandheelkunde en de wachtdienstverlening.

De externe stage van 7 weken in Genk wordt netjes ingepast in 3 periodes voor het tweede semester van dit academiejaar 2013-2014. Per periode wordt dit jaar gestart met telkens maximaal 3 studenten. Na een jaar volgt een evaluatie en wordt gekeken of dit al dan niet uitgebreid wordt.

Door de stageplaats ZOL wordt een instructie-map opgesteld waarin alle praktische richtlijnen zijn opgenomen onder de vorm van een huishoudelijk reglement. Ook voor het logement van de stagestudenten in de ziekenhuis-setting (Lodewijkssite) wordt gezorgd.

De nodige schikkingen worden getroffen om het elektronische logboek ook vanuit het ZOL via internet beschikbaar te stellen. Hierin kunnen alle klinische activiteiten van de studenten digitaal geregistreerd worden en elektronisch beoordeeld en gevalideerd worden. Zo kunnen ook deze prestaties

definitief meetellen in de te behalen minima-behandelingen gedurende hun opleiding en vormt dit deel van hun eindbeoordeling.

Studenten krijgen op de stageplaats ook de gelegenheid om met het tandheelkundig elektronisch dossier te werken, hetgeen hen voorbereidt op het daaropvolgend stagejaar algemeen tandarts.

Ook op de ZOL Genk stagelocatie kunnen studenten hun portfolio aanvullen met een interessante klinische casus waarbij zij geparticipeerd hebben.

Het ZOL heeft ook een aantal tandartsassistenten in opleiding en 2 tandartsassistenten in dienst hetgeen de studenten tandarts toelaat het concept van ‘4-handed dentistry’ te beoefenen.

Prof. dr Paul Lambrechts
programmadirecteur
Tandheelkunde KULeuven

Prof. dr. Dominique Declerck
departementsvoorzitter
Tandheelkunde KULeuven

3% VAN BEVALLINGEN IS BELASTEND VOOR BABY

Zowat één baby op 36 (2,8%) ondervindt bij de geboorte hinder van het geboorteproces zelf. Dat is de conclusie van een studie in een totaal van 6.600 bevallingen, uitgevoerd in het ZOL onder leiding van prof. dr. Gyselaers. Deze uitkomst geldt zowel voor keizersnedes als voor vaginale bevallingen, en doet zich vooral voor bij premature geboortes of bij verwikkelingen zoals tweeling-zwangerschap, suikerziekte, hoge bloeddruk...

Belangrijk is echter dat 59 baby's (0,9%) moesten worden opgenomen op de afdeling Neonatologie ter behandeling van symptomen van 'zuurstofgebrek', wat een gekend risico is op blijvende hersenschade of handicap. Dankzij de goede opvang bij de geboorte en de uitstekende medische zorg van de neonatologen en kinderartsen bleef deze complicatie gelukkig beperkt tot slechts twee baby's (1/3.300 bevallingen). Deze twee baby's werden geboren na een normale, voldragen zwangerschap, waarna deze uitkomst op geen enkel moment te voorspellen was. Dit illustreert dat ook normale, ongecompliceerde zwangerschappen kunnen geconfronteerd worden met een onverwacht slechte uitkomst voor de baby, zelfs als alles in het werk wordt gesteld om de bevalling in goede banen te leiden. Daarmee wordt de discussie over de veiligheid van de geboorteplaats meteen met concrete cijfers gestoefd. Om de onverwacht slechte uitkomst van de baby zo goed als mogelijk te kunnen opvangen en behandelen, adviseren gynaecologen en pediaters om de geboorte bij voorkeur te laten plaatsvinden in een medisch goed uitgeruste omgeving, zoals een verloskamer in het ziekenhuis.

In het ZOL wordt sedert 2010 systematisch bij elke geboorte het navelstrengbloed onderzocht op tekens van 'verzuring' als gevolg van zuurstofgebrek tijdens de bevalling. Op deze wijze kan men maatregelen identificeren die het bevallingsproces veiliger kunnen maken. Uit een analyse van 6.600 geboortes over 3 jaar blijkt nu dat 187 (2,8%) baby's last ondervond van het geboorteproces, wat zich uitte in een verzuring van het navelstrengbloed. De meerderheid van deze baby's hadden slechts een lichte vorm van verzuring

('respiratoire acidose'): deze situatie is vergelijkbaar met de toestand waarin een volwassene komt wanneer de adem enkele minuten wordt ingehouden. Bij 59 baby's (0,9%) ging het echter om een ernstige vorm van verzuring ('metabole acidose'), waarvoor een behandeling met zuurstof en medicatie nodig was om blijvende hersenschade te voorkomen. Een systematische follow-up tot minstens 6 maanden na de bevalling gaf aan dat blijvende symptomen van hersenverlamming aanwezig bleken bij slechts 2 van deze baby's (1/3.300 of 3/10.000 bevallingen). Dit gunstige resultaat kan maar worden verklaard door een goede opvang bij de geboorte en de uitstekende zorgen van neonatologen en kinderartsen.

Deze gegevens sluiten ook heel nauw aan bij de registraties van het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE): in 2012 werden in Vlaanderen 468 baby's opgenomen ter behandeling van zuurstofgebrek tijdens de geboorte, en 41 hiervan waren voldragen baby's, bij wie je deze verwikkeling normaal niet verwacht. Op een totaal van 62.382 voldragen zwangerschappen betekent dit dus dat 1 bevalling op 1.500 onverwacht wordt geconfronteerd met een slechte uitkomst voor de baby en een risico op blijvende handicap. Wanneer slechts de helft van deze baby's blijvende letsels zou overhouden na de geboorte, zijn deze gegevens vergelijkbaar met de Genkse studie.

Dit concreet cijfermateriaal verklaart meteen het verschil in perceptie tussen zelfstandige vroedvrouwen en gynaecologen over de veiligheid of risico's van een bevalling. Een vroedvrouw, met 100 à 150 bevallingen per jaar, wordt om de 10 à 15 jaar met dergelijke onverwachte uitkomst geconfronteerd, terwijl

gynaecologen dit al vlug om de 4 à 5 jaar meemaken. "Op een totaal van zowat 8.000 bevallingen die ik tot nog toe begeleidde, heb ik het zelf ook al enkele keren meegemaakt," zegt prof. dr. Gyselaers. "Het gevoel betrokken te zijn bij de geboorte van een mogelijk gehandicapt kind wil je niemand toewensen, in de eerste plaats niet de jonge ouders of het kind zelf, maar ook niet je collegae of de vroedvrouwen. Ieder meelevend mens ligt hier menige nacht van wakker."

Om deze onverwachte problemen bij de pasgeborene zo goed als mogelijk te kunnen opvangen en behandelen, pleiten gynaecologen en pediaters er voor om de geboorte te laten plaatsvinden in een omgeving waar alles voorhanden is om de baby naar behoren te kunnen reanimeren. "Koppels die absoluut thuis wensen te bevallen, moeten de mogelijkheid hebben zich hierin te laten begeleiden door bekwame vroedvrouwen. Het is evenwel belangrijk dat ze door alle partijen correct en juist geïnformeerd worden over de mogelijke onverwachte complicaties bij een bevalling, zodat dit hen toelaat een gefundeerde keuze te maken over de plaats van geboorte van hun kind. Als leidraad kan worden gesteld: 97% van de geboortes is sowieso veilig, maar in aanwezigheid van een goed op elkaar ingespeeld team en gepaste uitrusting bedraagt dit 99,97%."



Prof. dr. Wilfried Gyselaers
Gynaecoloog

TIEN JAAR 'IK HEB EEN MAATJE'

De Opvoedingswinkel van Genk en het ZOL organiseren al tien jaar 'Ik heb een maatje'. Dit zijn cursussen en sessies om kinderen met overgewicht en hun ouders met raad en daad bij te staan. Vijftien medewerkers van de Stad Genk reisden naar Zuid-Frankrijk om de legendarische Mont Ventoux op te fietsen. De sponsoring voor deze tocht wordt integraal geschonken aan het project.



Overgewicht bij kinderen is een toenemend probleem. Onderzoek van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, gecoördineerd door de provincie Limburg, heeft aangetoond dat overgewicht (BMI > 25) in Limburg voorkomt bij 13,3% van de kleuters, bij 17,9% van de lagere schoolkinderen en 18,9% van de leerlingen uit het secundair onderwijs. In Genk lopen deze cijfers nog hoger op tot respectievelijk 15,8%, 23,5% en 22,0%. Het betreft hier cijfers van het schooljaar 2009-10.

In 2003 startte het project 'Ik heb een maatje', op initiatief van de opvoedingswinkel in Genk en in samenwerking met het ZOL. Voor dit project werd inspiratie gevonden bij professor Caroline Braet van de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie van de Universiteit Gent. Voorheen was zowel vanuit de klinische praktijk als uit onderzoek gebleken dat individuele behandeling of begeleiding van het kind met overgewicht meestal in vele gevallen redelijk frustrerend was. Ook de laatste jaren onderstreept onderzoek vanuit onder andere de VS en Nederland het belang van het multidisciplinair karakter van de aanpak

van kinderen met overgewicht.

Het doel van 'Ik heb een maatje' is om te werken aan gedragsverandering en op die manier te komen tot gezonde eet- en bewegingsgewoonten in het gezin. De voedings-, bewegings- en gedrageducatie worden verzorgd door een diëtiste, een kinesitherapeute en een opvoedingsconsulente.

'Ik heb een maatje' startte als groepstraject voor kinderen met overgewicht van 8 tot 12 jaar, samen met hun ouder(s). Voor kinderen die ouder of jonger waren, werd een individueel traject voorgesteld, met kindvriendelijke consultaties bij de diëtiste en de opvoedingsconsulente. Ook kinderen van 8 tot 12 jaar konden in afwachting van de start van het groepstraject in dit individueel traject stappen, evenals kinderen van wie ouders niet wensten te kiezen voor de groepsbijeenkomsten.

De bekendmaking van het project gebeurt via de opvoedingswinkel en via het ZOL. De doorverwijzing vindt meestal plaats via het CLB, de huisarts, de kinderarts, de kinderpsychiater of via de opvoedingswinkel. Een groep voor ouders en hun kinderen van 8 tot 12 jaar start in principe bij voldoende aanmeldingen. In een eerste fase gebeurt een uitgebreide anamnese door de mensen van het team. Daarna wordt besloten of het kind en zijn ouder kunnen deelnemen aan de groepstrainingssessies, dan wel of ze eventueel verder individueel worden begeleid of worden doorverwezen voor bijvoorbeeld een residentiële behandeling zoals in het Zeepreventorium in Den Haan.

Er worden tien groepsbijeenkomsten georganiseerd, ongeveer om de twee weken. Behalve de kookbijeenkomsten en een

meer uitgebreide bewegingsactiviteit met het pedagogische bewegingsproject De Uitdaging van de stad Genk, hebben de bijeenkomsten een terugkerend patroon.

Voor de kinderen is er één uur beweging onder begeleiding van de kinesitherapeute en één uur voedings- en gedrageducatie voorzien; voor de ouders één uur voedings- en gedrageducatie. Voor, tijdens en na de sessies vinden er individuele gesprekken plaats ter bijsturing en evaluatie.

Indien er vraag is van de deelnemers worden eventuele vervolgsessies georganiseerd, hetzij in groep, hetzij individueel.

In de afgelopen 10 jaar zijn er 11 groepen geweest met in totaal 68 kinderen. 107 kinderen stapten in het individuele traject, 5 werden slechts eenmalig gezien. Van de 144 kinderen waarvan er opvolggegevens bekend zijn, waren er 71 kinderen die gewicht verloren of een gewichtsstagnatie bekwamen, 73 bleven in gewicht bijkomen. Er zijn diverse redenen waarom niet het gewenste resultaat bereikt werd bij bepaalde kinderen, doch vooral multi-problematiek en kwetsbaarheid van de gezinnen speelden hier een rol.

Voor de nabije toekomst plannen we groepssessies voor ouders van jongere kinderen (<8 jaar), waarin het voedings- en het opvoedingsgedeelte aan bod komen.

Dr. Jan de Koster
Pediater

Meer info: www.overgewicht.org/onderzoeksprojecten/kinderen.



LEVEN NA BORSTKANKER... LEVE BRA-DAY !

Op woensdag 16 oktober vond de internationale BRA-day plaats. Deze dag was gewijd aan de voorlichting en sensibilisering van vrouwen die een borstreconstructie overwegen na de gedeeltelijke of volledige amputatie van een borst. Ook in het ZOL besteedden we aandacht aan deze problematiek.

Op vrijdag 18 oktober organiseerden de plastisch chirurgen dr. Nicolas Verhelle en dr. Bert Van den hof een symposium. De bedoeling was voornamelijk om algemene informatie te geven over borstreconstructies en alles wat er bij komt kijken zodat borstkankerpatiënten een beter zicht hebben op de mogelijkheden na de vaak mutilerende ingreep die noodzakelijk is om het gezwel te verwijderen.

Het topic borstreconstructies blijft zeer actueel. De Belgische Vereniging voor Plastische Chirurgie ijvert voor betere terugbetalingsmodaliteiten, zodat dat ingewikkelde technieken die vaak kostelijk zijn voor de patiënte (met of zonder hospitalisatieverzekering) bereikbaar worden voor iedereen.



DOKTER JOHAN 'VESALIUS' VAN ROBAYS

In 2014 wordt de Belgische wetenschapper Vesalius herdacht. Vesalius schreef het eerste volledige boek over de menselijke anatomie. Hij wordt dan ook terecht de vader van de anatomie genoemd. Ter nagedachtenis van deze grote wetenschapper kruipt onze anatomopatholoog dr. Johan Van Robays in de huid van zijn illustere voorganger. Dr. Van Robays neemt u mee op een reis door de tijd en serveert op informatieve wijze de levensloop van Vesalius. Uiteraard overgoten met een humoristisch sausje.

De voorstelling vindt plaats op dinsdag 26 november om 20u in de aula van campus Sint-Jan. Wil u er bij zijn, stuur dan snel een mailtje naar communicatie@zol.be.

KINDERPSYCHIATRISCH CENTRUM VERHUIST



Op 11 oktober stelde KPC zijn nieuw gebouw voor op de zorg-campus van het ZOL. Het gebouw is mooi geïntegreerd in het landschap. De leefgroepen van de kinderen en jongeren beschikken elk over een eigen tuin en aangepaste leefomgeving.

Het nieuwe kinderpsychiatrisch centrum is opgericht in functie van de zorgprocessen die KPC over de afgelopen jaren heeft mogen ontplooiën, en zal de zorg in de toekomst verder ondersteunen. KPC zal in de dagelijkse werking nauw verbonden blijven met het ZOL omdat enkele logistieke en facilitaire processen gedeeld blijven verlopen.

Kinderpsychiatrisch Centrum Genk vzw is een ziekenhuisassociatie die op 16 november 2011 opgericht werd door vier ziekenhuizen: ZOL, Asster, Mariaziekenhuis Noord-Limburg en OPZC Rekem. Langer dan 10 jaar heeft KPC gebruik kunnen maken van de gebouwen van het ZOL, in afwachting van de mogelijkheden om een eigen, apart gebouw op te richten. Met ondersteuning van VIPA en de Federale overheid is in 2012 gestart met de werkzaamheden.



EBUS IN HET ZOL: 2 JAAR ERVARING

Medio 2011 is de dienst Pneumologie in het ZOL begonnen met EBUS-TBNA. EBUS (EndoBronchial UltraSound) is een vernieuwende endoscopische techniek, waarbij middels een speciale 'echo-bronchoscoop' de structuren rondom de luchtwegen in beeld gebracht worden.

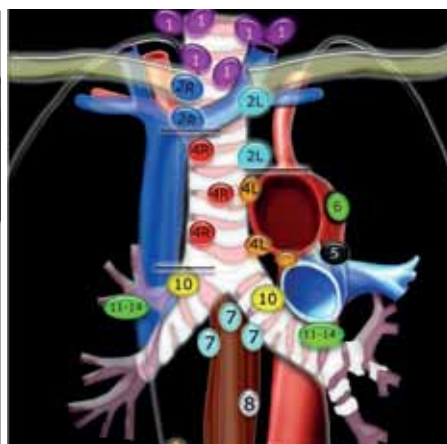
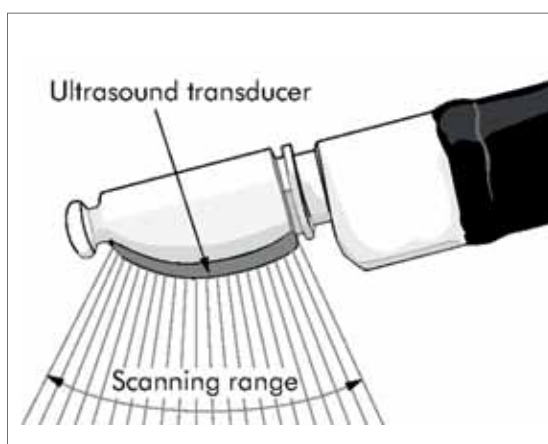
Zo kunnen echogeleide transbronchiale puncties (TBNA, TransBronchial Needle Aspiration) uitgevoerd worden, en kunnen anatomicopathologische stalen bekomen worden van mediastinale, hilaire en zelfs intrapulmonale klieren. De procedure wordt meer en meer gebruikt, vooral bij diagnose en stadiëring van (long)carcinoma, en kan in een aantal gevallen de klassieke mediastinoscopie vervangen. In vergelijking met de mediastinoscopie is de EBUS patiëntvriendelijker (op ambulante basis, geen narcose nodig, minder invasief); anderzijds zijn de bekomen stalen

kleiner dan bij mediastinoscopie, wat in sommige gevallen de anatomicopathologische diagnostiek kan bemoeilijken.

In de afgelopen (ruim) twee jaar verrichtten wij in het ZOL 138 EBUS-procedures. In 7 procedures kon om diverse (technische) redenen (klier echoscopisch niet visualiseerbaar, voorliggende bloedvaten,...) geen TBNA-punctie gebeuren. Bij de 131 EBUS-procedures waarbij wél TBNA gebeurde, werd in 60% van de gevallen een maligne diagnose bevestigd. In 25% van de geval-

len kon het vermoeden van maligniteit niet bevestigd worden. En in 15% van de gevallen werd de (goedaardige) diagnose van sarcoïdose gesteld. Details van de diagnoses zijn te vinden in de tabel.

In functie van de klinische vraagstelling en de medische beeldvorming (PET-CT) kunnen één of meerdere klierstations aangeprikt worden tijdens de procedure. Bij onze 131 EBUS-TBNA-procedures werden in totaal 184 klierstations aangeprikt, dus gemiddeld 1,4 klierstation per procedure.



Het is belangrijk (kwaliteitscontrole, diagnostische kracht) om te weten of deze negatieve resultaten ('geen maligniteit in onderzochte mediastinale klieren') met de waarheid stroken. Hiervoor is strikt genomen een mediastinoscopie nodig, doch dit gebeurde niet bij elke 'EBUS-negatieve' patiënt. Op basis van onder andere klinische follow-up kon bij de meeste patiënten echter toch een gefundeerde uitspraak over 'al-dan-niet-maligniteit' gedaan worden. Bij vier patiënten bleef evenwel onduidelijkheid bestaan. Op deze manier bekeken, bleek het in onze reeks in ongeveer één derde van de negatieve gevallen om een vals-negatief EBUS-resultaat te gaan, in ongeveer twee derde van de gevallen bleek het negatief EBUS-resultaat correct (cfr. tabel).

De berekende NPV (Negatief Predictieve Waarde) is in onze reeks ergens tussen 61% en 73% gelegen. Dit is compatibel met gegevens uit de literatuur. Dit betekent ook dat een negatief EBUS-resultaat bij voorkeur bevestigd dient te worden met een mediastinoscopie. De Sensitiviteit in onze populatie bedraagt tussen 82 en 87%; ook dit is compatibel met de literatuur.

Gezien de behandeling van longcarcinooma in de toekomst in toenemende mate gebaseerd zal zijn op basis van genetische gegevens, is het belangrijk dat de genomen stalen voldoende materiaal bevatten voor deze aanvullende genetische testen. Tegenwoordig wordt bij een diagnose van grootcellig 'non-squamous' longcarcinooma op de biopsiestalen al systematisch EGFR-mutatatieanalyse en ALK-translocatie getest, omdat voor patiënten met deze mutaties

'targeted therapy' voorhanden is. Sommigen vrezen dat EBUS-TBNA-stalen – in tegenstelling tot mediastinoscopische biopsies – hiervoor onvoldoende materiaal zullen geven. In onze reeks hadden we meestal voldoende staal voor deze aanvullende analyses, doch in 7 van de 30 stalen (23%) was er te weinig staal hiervoor, en werd in sommige gevallen een bijkomende biopsie verricht. Dit blijft dus inderdaad een punt van aandacht.

De EBUS-procedure gebeurt in ons centrum altijd op ambulante basis, in de broncho-

scopiesuite, onder lokale anesthesie en lichte sedatie. Er werden tot op heden nog geen significante complicaties genoteerd.



Dr. Marc Daenen
Pneumoloog

MALIGNE	n= 79 (60,3 %)
SCLC (kleincellig longcarcinooma)	n=16 (12,2 %)
NSCLC (grootcellig longcarcinooma), spino	n=19 (14,5 %)
NSCLC (grootcellig longcarcinooma), adeno	n=26 (19,8 %)
NSCLC, NOS (ongedifferentieerd)	n=10 (7,6 %)
Varia* maligne	n=8 (6,1 %)
NIET-MALIGNE	n=33 (25,2 %)
Negatief (niet-maligne, niet-specifiek), vals	n=9 (6,9 %)
Negatief (niet-maligne, niet-specifiek), onduidelijk	n=4 (3,0 %)
Negatief (niet-maligne, niet-specifiek), echt	n=20 (15,3 %)
SARCOIDOSE	n=19 (14,5 %)
NB. Varia maligne diagnosen: metastasen van: 1x melanoom, 1x zegelringcelcarcinooma, 1x hypernefroom, 2x Non-Hodgkin Lymfoom, 1x borstcarcinooma, 1x angiosarcoma, 1x coloncarcinooma.	



Dr. Lars Grieten: "De studenten hebben een X-box Kinect – een eenvoudig toestel dat aanwezig is in elke huiskamer waar kinderen spelen - geherprogrammeerd en zijn er zo in geslaagd om bepaalde bewegingen te beschrijven en hier een actie aan te koppelen in het beeldverwerkingspakket van de hartcatheterisatiezaal."

WAVING AT THE HEART

Robin Agten en Bart Suelze, twee studenten industriële ingenieurswetenschappen van de Universiteit Hasselt, ontwikkelden een manier waarop artsen tijdens X-rays van het hart de beelden die ze bekijken zelf kunnen sturen tijdens een procedure waarbij ze volledig steriel moeten blijven.

Tot nu toe moesten cardiologen bij katheterisatie van patiënten met hartklachten een beroep doen op een assisterend verpleegkundige die de juiste beelden of frames weergaf. De cardioloog moest zelf immers volledig steriel blijven. De studenten herprogrammeerden de software van Windows Kinect, een 'spel-camera' die je in veel huiskamers samen met Xbox terugvindt. Dankzij Windows Kinect kan de arts de beelden gewoon zelf sturen terwijl hij volledig steriel blijft. Het project van Bart en Robin draagt de naam 'Waving at the heart'.

Steeds hulp van verpleegkundige nodig

Robin Agten en Bart Suelze, twee studenten industrieel ingenieur – elektronica en ICT van de UHasselt - hebben tijdens hun bachelorproject een oplossing gevonden voor een praktijkprobleem waar cardiologen in de hartkatheterisatie-zaal vaak mee te maken krijgen.

Van patiënten met hartklachten die een hartkatheterisatie moeten ondergaan, worden vaak X-ray opnames gemaakt. Op die manier kunnen de artsen de katheters in het hart en de kransslagaders correct positioneren en de situatie evalueren. Tijdens zo'n procedure worden meerdere X-ray filmpjes gemaakt (cineloops) die

herbekeken kunnen worden om bepaalde situaties en handelingen beter in te schatten en uit te voeren.

Omdat de cardioloog steriel gekleed moet zijn, moest hij tot nu toe steeds een beroep doen op een assisterende verpleegkundige om de juiste beelden weer te geven. Vaak was het niet erg makkelijk om de juiste aanwijzingen te geven. In de toekomst zullen ook alle andere chirurgen of verpleegkundigen die in de operatiekamer livebeelden nodig hebben deze toepassing kunnen gebruiken.

Kinect-camera

Om dit pijnpunt aan te pakken werd het project 'Waving at the Heart' opgestart, waarbij de steriele cardioloog de vrijheid krijgt om zelf zijn beelden te bedienen en te navigeren zonder hiervoor een beroep te moeten doen op een verpleegkundige. Robin en Bart maakten hiervoor gebruik van een Windows Kinect, ook vaak gelinkt aan de populaire Xbox. Door de software die ze ontworpen hebben, zijn ze in staat om de bediening van de beeldverwerkingssoftware over te nemen. Op die manier kunnen de beelden gestuurd worden door voorgeprogrammeerde (intuïtieve) bewegingen uit te voeren (bv. door te zwaaien met de linkerhand naar rechts wordt het volgende filmpje afgespeeld).

Daarnaast voegden de studenten ook spraakcommando's in. Zo kan de cardioloog de beelden met zijn stem bedienen, wanneer hij zijn handen even niet vrij heeft. Dr. Pieter Vandervoort, cardioloog: "Het is een beetje oefenen maar eens je het gewend bent, lijkt het systeem goed te reageren op de commando's."

Samenwerking

Dit studentenproject zet een nieuwe project-gebaseerde samenwerking op tussen het ZOL, de faculteit industriële ingenieurswetenschappen van de UHasselt, de Mobile Health Unit van de UHasselt en het innovatiecentrum Microsoft Innovation Center Vlaanderen. Intussen werken al 6 nieuwe ingenieursstudenten van de UHasselt aan projecten in samenwerking met het ZOL (binnen het Limburg Clinical Research Program). Dit academiejaar zullen nog 6 masterstudenten van andere UHasselt-opleidingen projecten starten in samenwerking met het ZOL.

Dr. Lars Grieten

Post-doctoraal onderzoeker

Meer info: <http://www.zorgandervstb.be/reportages/waving-at-the-heart/>



George Washington



wachtkamer tandarts



martelares Apollonia



record kraakbeen



nooit te vroeg

DE HEILIGE APOLLONIA

Een van de meest gruwelijke tandextracties aller tijden dateert van het jaar 249 na Christus, waar Apollonia van Alexandrië op een plank vastgebonden werd en de rest ziet u zelf. Met een trektang van meer dan een meter lang en zonder verdoving werd haar mond leeggehaald inclusief tandvlees en stukjes kaakbeen. Niet door tandartsen, maar door beulen. Wat had Apollonia misdaan? Wel, in het heidense land Egypte had ze een beetje teveel reclame gemaakt voor het christelijke geloof en daarom werd ze nu aan de tand gevoeld. Het schilderij van Jean Fouquet toont slechts het eerste gedeelte van haar gruwelijke marteling. Na de tandextractie waren de beulen van plan om haar levend (en alweer zonder verdoving) op de brandstapel te gooien maar Apollonia was ze te snel af. Ze sprong zelf in het vuur.

Door deze verbeterde daad van christelijk geloof werd Apollonia heilig verklaard. Bidprentjes en plaasteren beelden tonen haar met een palmtak en trektang. De palm-

tak verwijst naar haar status als martelares. De trektang-met-tand naar het marteltuig. Maar dankzij haar spectaculaire tandextractie is ze de patrones van de tandartsen geworden. Bij tandpijn wordt ze door vrome zielen vandaag nog steeds aanroepen. Haar naamfeest valt op 9 februari.

Minder vrome zielen zien meer heil in medicijnen en vooral als daar een dosis cocaïne in zit. Drijft het de pijn niet weg, dan zijn de pillenslikkers ondertussen zo stoned, dat ze zich er niets meer van aantrekken. Bij de plaatselijke drogist zonder voorschrift te verkrijgen vanaf de leeftijd van 6 jaar. 15 dollarcent per doosje.

Het beroep van tandarts is een van de mooiste ter wereld. Het is adembenemend confronterend, uitdagend en idyllisch. In de intieme sfeer van een meestal niet zo groot kabinet, waar slecht één zetel staat die met een simpele knop elektrisch tot een ligbed kan uitgeschoven worden, zijn de mogelijkheden enorm. Orale conversa-

tie is dan wel beperkt door de slurpende speekselstofzuiger en het oorverdovende gejam van de boor. Maar in deze voorovergebogen flexietoestand kunnen twee gestrekte vingers wonderen doen. En niet enkel in de mond.

Niets is zo heerlijk als, na het automatisch zoemend openzwaaien van de voordeur, ontvangen te worden in een stijlvolle en warm aangeklede wachtkamer. Kraakwitte zitjes, tandvleeskleurig behang, mondvloertapijt, en op de achtergrond het geklater van een gorgelfonteintje. Aan de muur geen Pirelli kalenders maar tanden die er uitzien zoals die er hadden kunnen uitzien indien u vanaf uw peutertijd tot vandaag ze dagelijks driemaal geschrobd en geflost had. Utopische prenten dus die net zoals de Pirelli-meisjes waarschijnlijk langs alle kanten gephotoshopt zijn.

Vandaag zijn de patiënten niet meer bang van de tandextractie op zich, maar wel van de initiële verdovingsspuit. Die wordt, hoe paradoxaal het ook mag klinken, zonder



atletische tandarts



doe het zelf



Heilige Apollonia



tweedehands prothese



rekruteringsposter



cocaine tegen tandpijn

verdoving gegeven. Dit is waarschijnlijk een van de redenen waarom er naast de tandarts altijd zo'n verleidelijk mooie assistente staat. Als zij de paradoxale verdovingsspiet op de juiste plek weet te etaleren, verdwijnt meestal alle prikangst meteen.

Wereldrecord tandtrekken aller tijden staat op naam van een verder anoniem gebleven Italiaanse wonderdokter van rond het jaar 1700. In één zwaai acht tanden uit de mond rukken is nadien nooit meer herhaald. Het publiek vond het geweldig. Maar als we goed toekijken zitten die tanden vast op een onderkaakbeen. En als we nog beter toekijken, is deze trofee geen kaakbeen van een mens, maar ergens een van een geit of een schaap. Puur boerenbedrog dus.

In de lange geschiedenis van de tandheelkunde zijn ontzettend veel manieren uitgeprobeerd om de patiënt een tand en een pak centen lichter te maken. Hier een bijzonder atletische versie. Achter de atleet

fluistert een assistent de volgende patiënte moed in met zalvende woordjes en een flacon sterke brandewijn.

Overall heb je doe-het-zelvers en dat is in de tandartsenij niet anders. Die diehards vertikken het om 1 eurocent uit te geven of de Heilige Apollonia aan te roepen. Liever nemen ze het lot in eigen hand. In dit geval hier een speer. Hoe ze nadien het gat opgevuld krijgen is niet bekend maar gezien het doe-het-zelvers zijn, kan men zich aan van alles verwachten.

Als omzeggens alle tanden weggerot zijn en het spreken een wauwelen wordt, kan men zich een vals gebit aanmeten. Vandaag wordt het uit velerlei kunststoffen vervaardigd maar dit van de voormalige Amerikaanse president George Washington werd nog geslepen uit real stuff : de ivoren tanden van een nijlpaard.

Minderbedeelde tandeloze burgers waren vroeger al heel blij met dit soort tweedehands kauwapparaat. Het bestond uit een

hoefijzervormig gezaagd stuk hout opgevuld met menselijke tanden, afkomstig uit diverse plaatsen. Ze kwamen van oude kerkhoven en van slagvelden waar altijd veel jonge soldaten sneuvelen.

Zo komen we tenslotte bij het instrument dat bij uitstek geschikt is om de Heilige Apollonia nooit te moeten aanroepen, de tandenborstel. Stop die zo vroeg mogelijk in de mond van uw kleuter en laat hem maar schuren en schrobben. Het is ook altijd een goede evenwichtsoefening.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog

WETENSCHAPPELIJKE RAAD>

Aula, campus Sint-Jan (tenzij anders vermeld)

Donderdag 21 november 2013 20.30 uur

Diabetesvoetproblematiek

Rubriek 2 – 2 CP

Donderdag 19 december 2013, 20.30 uur

Een bolletje in de hals, wat nu?

Rubriek 2 – 2 CP

Donderdag 16 januari 2014, 20.30 uur

Dokter, ik heb speen

Rubriek 2 – 2 CP

Donderdag 20 februari 2014, 20.30 uur

Steriliteit en hygiëne in het operatiekwartier

Rubriek 2 – 2 CP

Donderdag 20 maart 2014, 20.30 uur, Limburghal Genk

Endocrinologie, van kop tot teen

Rubriek 2 – 2 CP

Lezingen in kader van het tweedaags congres

Endocrinozol op 20 en 21 maart 2014.

Donderdag 24 april 2014, 20.30 uur

Aangezichtspijn

Rubriek 2 – 2 CP

Zaterdag 26 april 2014, 9 tot 12.30 uur, Euroscoop Genk

Symposium: Cardio ZOL 2014

Rubriek 2 – 2 CP, Rubriek 6 – 1 CP

Donderdag 15 mei 2014, 20.30 uur

Op het kruispunt van eerste en tweede lijn: de beroerte-eenheid

Rubriek 2 – 2 CP

Zaterdag 7 juni 2014, 9 tot 12 uur

Pathologie ZOL 50 jaar

Rubriek 2 – 3 CP

Donderdag 19 juni 2014, 20.30 uur

Keuzes in de gezondheidszorg: ethiek of economie?

Rubriek 6 – 2 CP

PENTALFA>

Aula, campus Sint-Jan

Donderdag 7 november 2013, 19.55 uur.

Cardio-Brain Management na out-of hospital cardiaal arrest (OHCA)

Donderdag 14 november 2013, 19.55 uur

IgG4-gerelateerde ziektebeelden

Donderdag 28 november 2013, 19.55 uur

Frequente voet- en enkelproblemen

Donderdag 9 januari 2014, 19.55 uur

Endometriose

Donderdag 30 januari 2013, 19.55 uur

Complicaties in het eerste trimester van de zwangerschap



Colofon

Verantwoordelijke uitgever:

Dr. G. Vander Velpen
Hoofdgeneesheer ZOL

Redactie en samenstelling:

Grete Bollen

Werken mee:

Dr. Kristoff Corten
Dr. Marc Daenen
Dr. Jan De Koster
Dr. Ronald Driesen
Prof. dr. Wilfried Gyselaers
Dr. Lars Grieten
Dr. Peter Hallet
Dr. Peter Lemkens
Dr. Johan Van Robays
Dr. Bert Van den Hof
Dr. Griet Vander Velpen
Dr. Luc Vrielinck

Redactieadviesraad:

Dr. Marc Daenen
Dr. Jan De Koster
Dr. Willem Ombelet
Dr. Griet Vander Velpen
Dr. Sven Van Poucke
Dr. Johan Van Robays
Dr. Luc Verresen
Dr. Luc Vrielinck

Foto's:

ZOL
Mine Dalemans
Cover: Marco Mertens
Dissectiekamer en
eponiemenkabinet:
@PhotoStraka

Lay-out:

Montana bvba

Redactie:

Schiepse Bos 6
B 3600 Genk – Belgium
www.zol.be
T +32 (0)89 32 17 62
zolarium@zol.be

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

PARTNERS



Tommy Kuppens (45) werd geboren met Common Variable Immunodeficiency (CVID) en Agammaglobulinemie, een zeldzame aandoening waarbij de patiënt geen immunoglobuline aanmaakt en dus geen antistoffen tegen bacteriën en virussen.

Als kind had hij erg vaak luchtweginfecties, maar deze werden nooit verder onderzocht. Nadat hij tien jaar geleden herhaaldelijk ziek werd, veel antibiotica moest slikken en uiteindelijk een aantal keren met een longontsteking in het ziekenhuis belandde, trof hij bij een spoedopname pneumoloog dr. Daenen die besliste de immuniteit van zijn patiënt te onderzoeken.

Er werd een therapie opgestart waarbij Tommy elke maand immunoglobulinen toegediend kreeg via een infuus in de dagkliniek van het ZOL. Dr. Daenen: "Deze behandeling verbeterde de situ-

atie van Tommy maar tegen het einde van de maand werd hij toch opnieuw ziek omdat de toegediende antistoffen dan opgebruikt waren."

Tommy nam anderhalf jaar geleden zijn behandeling zelf in handen en kon overgaan naar thuis therapie. Nu dient hij zichzelf elke week gedurende anderhalf uur via een subcutane prik zijn medicatie toe. Dit geeft hem meer comfort omdat hij niet meer naar de dagkliniek moet maar ook zijn immunoglobuline-spiegel is stabiel waardoor hij minder ziek wordt.

"Ik ben erg tevreden. Ik vind het prikken geen probleem en ben het laatste jaar niet meer ziek geweest. Ook mijn kinderen en partner zijn dit intussen gewoon en mijn werkgever is tevreden dat ik niet meer vaak afwezig ben wegens ziekte."