

zOLarium

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Jaargang 16 nr. 62 | oktober • november • december • 2016



DR. BERNARD BYNENS: "MET DE ROBOT
KAN JE VEEL PRECIEZER OPEREREN."

VULVARAADPLEGING
VAN START

KINDEREN
MET OVERGEWICHT

UNIFORM BELEID ROND
VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING



WERKEN NAAR 2017

De kranten stonden er de afgelopen weken vol van: uit een nieuwe financiële doorlichting van de bank Belfius blijkt dat 1 op 3 algemene ziekenhuizen verlies maken. Daarnaast kondigt minister De Block aan dat ze 902 miljoen euro zal besparen in de gezondheidszorg, waarvan 100 miljoen euro in de ziekenhuizen. Het wordt steeds moeilijker voor de ziekenhuizen om een sluitende begroting op te maken. Tegelijkertijd werkt minister De Block aan een verandering van het ziekenhuislandschap. Hierin zullen netwerken, samenwerken en onderling afspraken maken in het kader van algemene, gespecialiseerde en referentiezorgfuncties centraal staan. Deze recente evoluties hebben een belangrijke impact op het medisch beleid in 2017. Ik zal hierbij ingaan op enkele speerpunten.

Onze netwerken met de eerste lijn en de partnerziekenhuizen versterken is door de maatschappelijke veranderingen meer dan ooit belangrijk. De toegenomen vergrijzing, de verschuiving van acute naar chronische zorg en de toegenomen samenwerking over de disciplines en ziekenhuisgrenzen heen, brengen nieuwe uitdagingen met zich mee. Als derdelijns-ziekenhuis zullen wij hier zeker onze rol in spelen en onze verantwoordelijkheid opnemen.

De verdere ontwikkeling van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier, inclusief een patiëntenportaal en een portaalsite voor huisartsen, is ook een belangrijke focus in ons beleid. Het EPD zal ons helpen om de communicatie rond de zorg en de interdisciplinaire en transmurale samenwerking verder te verbeteren.

In 2017 willen we daarnaast verder inzetten op een ander facet van onze corebusiness als derdelijnsziekenhuis, namelijk het uitbouwen van expertfuncties en het stimuleren van innovatie. Onze medische diensten werkten de afgelopen jaren een toekomstvisie uit op lange termijn waarbij concreet in 2017 enkele speerpunten zullen verwezenlijkt worden zoals onder andere de uitbouw van een sportmedisch centrum, een hip-spine-unit, een hypofysekliniek en een bekkenbodembekliniek. Daarnaast focussen we ook op de uitbouw van de Cardio-CT en de opstart van de PET-CT.

Ook aan de valorisatie van onze zorginnovaties zal verdere aandacht besteed worden. We werken met de uitbouw van een zorgstad aan ons eigen 'eco-systeem' voor het aantrekken en valoriseren van nieuwe, innovatieve initiatieven. Het Future Health Project, opgezet voor het ontwikkelen, faciliteren, testen en implementeren van zorginnovaties, wordt verder uitgebouwd in 2017. Ook het Limburg Clinical Research Program blijven we uitbouwen, in samenwerking met UHasselt en het Jessaziekenhuis, om onze rol als expert- en innovatiecentrum verder te concretiseren.

We zullen er in 2017 samen voor gaan!

Dr. Griet Vander Velpen,
Medisch directeur

INHOUD

- 5 Dag tegen Kanker
- 6 Dr. Bernard Bynens over robot-geassisteerde operaties
- 12 Prof. dr. Hadzic over grensverleggende orthopedische anesthesiologie
- 14 Vulvaraadpleging van start

EPONIEMENKABINET

- 18 Kinderen met overgewicht
- 20 Casemanagement voor patiënten met HCV
- 24 Behandeling van de ziekte van Dupuytren
- 27 Uniform beleid rond vroegtijdige zorgplanning
- 30 ZOL opent nieuwe dienst Gastro-enterologie
- 33 Symposium neurochirurgie en orthopedie

DISSECTIEKAMER

- 36 Nieuwe ZOL-artsen
- 38 Billboard
- 40 Partners in zorg

06 DIENST UROLOGIE BOUWT ERVARING OP IN ROBOT-GEASSISTEERDE OPERATIES



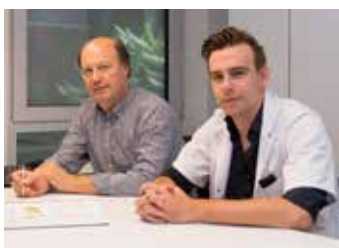
In 2014 startte de dienst Urologie met robot-geassisteerde operaties. Intussen werden er reeds meer dan 180 robotoperaties uitgevoerd door de urologen van het ZOL. Uroloog dr. Bernard Bynens specialiseerde zich in robotchirurgie, voornamelijk bij oncologische aandoeningen.

14 MULTIDISCIPLINAIRE VULVARAADPLEGING VAN START



Zopas ging de multidisciplinaire vulvaraadpleging van start waarbij de patiënten tegelijkertijd door een dermatologe en een gynaecologe worden gezien. Bedoeling is vrouwen met huidproblemen in de intieme zone te helpen. Indien nodig wordt ook een seksuologe betrokken.

20 CASEMANAGEMENT VOOR PATIËNTEN MET HCV



Om extra begeleiding te bieden aan patiënten met een Hepatitis C-Virusinfectie (HCV) startte doctorandus dr. Rob Bielen (UHas-selt/ZOL) een project als casemanager. Hierdoor worden niet alleen meer patiënten bereikt en opgevolgd maar ontstaat er ook meer overzicht op de populatie met HCV en op wie er intussen wel of niet gescreend is.

27 UNIFORM BELEID ROND VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING



Op een moment in het traject van een patiënt kan het nodig zijn om te spreken over zorg op het einde van het leven. Dit kan zowel gebeuren door specialisten in het ziekenhuis, als door huisartsen in hun praktijk. Samen met de eerste lijn werd een werkgroep opgericht. Doelstelling is om uiteindelijk te komen tot een uniform beleid rond vroegtijdige zorgplanning.

NIEUWE MRI-TECHNIEKEN BIJ DETECTIE PROSTAATKANKER

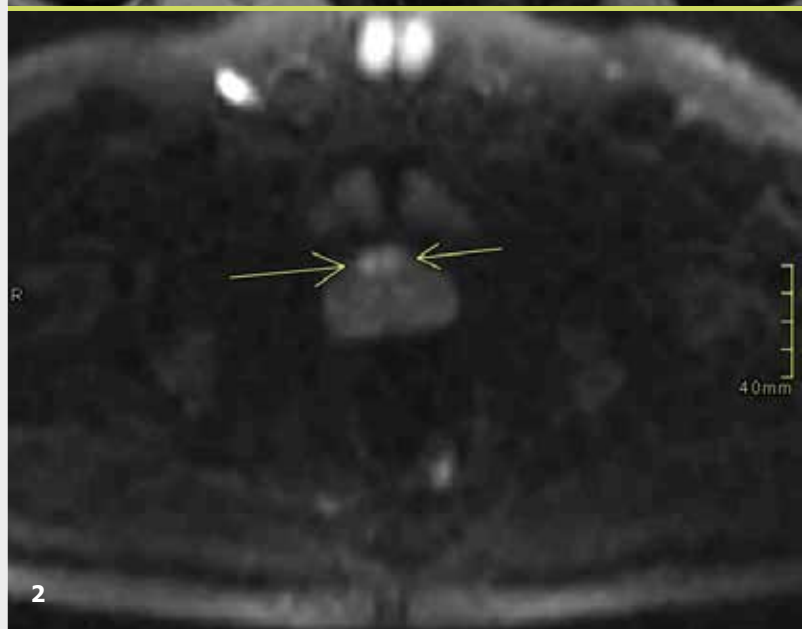
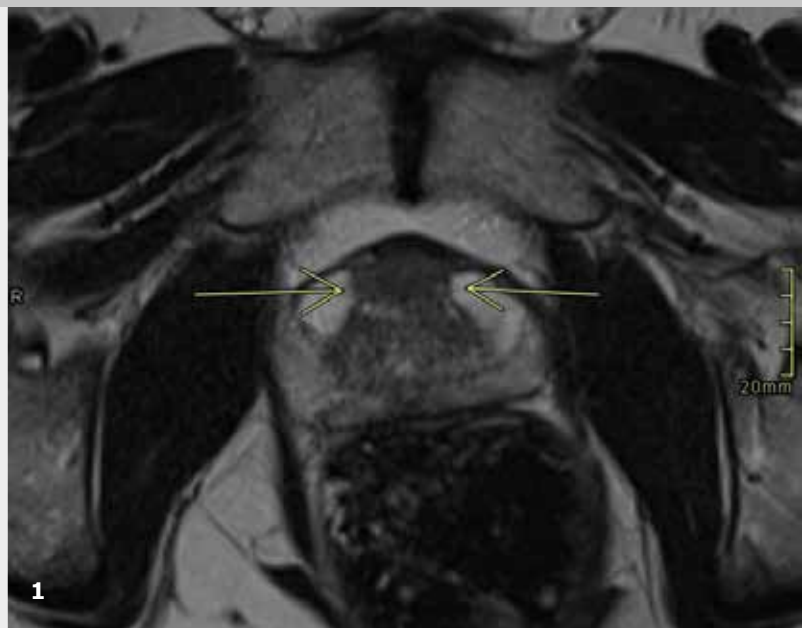
Nieuwe MRI-technieken kunnen helpen bij de detectie en het pre-therapeutisch in kaart brengen van de uitgebreidheid (staging) van prostaatkanker. Samen met de klinische en biochemische analyse helpt het MRI onderzoek om 'op maat' van de patiënt in kwestie de juiste behandelingskeuze te maken.

De huidige wetgeving over het MRI-landschap kan wachttijden met zich meebrengen, maar zou geen barrière mogen zijn om dit onderzoek te vermijden. Het aantal publicaties die het voordeel van deze techniek aantonen, stijgt maandelijks. Dit kan ons alleen maar aanmoedigen om de techniek ten volle te omarmen en deel te laten uitmaken van het medisch traject van de patiënt met prostaatkanker.

Een voorbeeld hiervan zien we op de afbeeldingen. Het betreft hier een patiënt met een kleine tumor, die volledig ventraal in de prostaat gelegen is. Hierdoor is deze niet voelbaar bij palpatio per anum en is de kans om deze via transrectale echografie op te pikken eveneens erg klein.

Het letsel heeft een typisch lage intensiteit op de T2 gewogen opnamen (IMA 1) en vertoont zg. 'diffusierestrictie' zichtbaar als een sterk verhoogd signaal op de DWI sequentie (IMA2) en correlatieve signaaldrop op de ADC map (IMA3). Op de T2 opname (IMA 2) is tevens zichtbaar dat deze tumor niet doorheen het prostaatkapsel is gebroken, wat belangrijke implicaties heeft voor de strategie bij de behandeling.

Dr. Geert Verswijvel
Radioloog





DAG TEGEN KANKER

Op donderdag 20 oktober was het de Dag tegen Kanker. Het is de dag bij uitstek waarop we onze verbondenheid tonen met kankerpatiënten en hun naasten. Om hun solidariteit te betuigen droegen talrijke medewerkers het gele lintje dat die dag verdeeld werd in het ziekenhuis. Daarnaast werden in het ZOL tal van activiteiten georganiseerd zoals massages, muziekvoorstellingen, culinaire verwennerijen en lotgenotencontacten om onze kankerpatiënten extra in de watten te leggen.

Foto: Sabine Van De Castele en Patrick Stijven, oncocoaches



Dr. Bernard Bynens: "Er sterven nog altijd jonge patiënten aan prostaatkanker omdat ze zich pas aanmelden bij een ver gevorderde of uitgezaaide prostaatkanker. Hoe jonger de patiënt, hoe agressiever de tumor en hoe moeilijker te behandelen."

ALS WE BESLISSSEN OM PROSTAATKANKER TE OPEREREN, MOETEN WE 100 PERCENT VOOR HET ONCOLOGISCHE GAAN

In 2014 startte de dienst Urologie met robot-geassisteerde operaties. Intussen werden er zo'n 180 robotoperaties uitgevoerd door de urologen van het ZOL. Uroloog dr. Bernard Bynens specialiseerde zich in robotchirurgie, voornamelijk bij oncologische aandoeningen. "Sinds we prostatectomieën op een minimaal invasieve manier behandelen hebben de patiënten de neiging om de ingreep te minimaliseren. Ze herstellen immers zeer snel en hebben weinig complicaties."

Wat is urologie? Soms bestaat er wel wat onduidelijkheid

Dr. Bernard Bynens, uroloog: "Een definitie van urologie is inderdaad niet zo gemakkelijk. Eerst en vooral zijn urologen chirurgen. We behandelen de nieren, de urinewegen, de blaas, de prostaat en de mannelijke geslachtsorganen. Vooral de chirurgische aandoeningen van deze organen, maar ook bijvoorbeeld problemen waarvoor je niet altijd hoeft te opereren, zoals incontinentie. Nierstenen kunnen we ook niet-operatief behandelen door niersteenvergruizing."

"We doen dus ook een heel aantal niet-chirurgische behandelingen. Ik denk dat we zo-wat 30 percent van onze tijd opereren, de andere 70 percent werken we op de raadpleging. Dit is omdat wij onze patiënten zelf recruter en ook opvolgen. Het leuke van urologie is dat wij weinig van andere specialisaties afhangen. Wanneer een patiënt bij ons komt met bepaalde klachten kunnen wij zelf echografieën en cystoscopieën doen. In bijna 90 percent van de gevallen komt de patiënt naar ons met een specifieke klacht en gaat hij naar huis met een diagnose en eventueel een afspraak om verder behandeld te worden."

Met welke andere disciplines in het ziekenhuis werken jullie nauw samen?

"De meest nauwe samenwerking is er met de nefrologen, die de nierziekten behandelen. Soms hebben ze patiënten op hun raadpleging die voor een chirurgische of andere behandeling doorgestuurd worden naar ons."

Waarom hebt u voor urologie gekozen?

"Omwille van de mooie balans tussen heelkunde en patiëntencontact, en de relatief rustige wacht. Mijn vader was vaatchirurg en als kind zag ik hem niet veel. Hij had een druk beroepsleven omwille van de vele urgenties waarvoor hij opgeroepen werd en de talrijke dringende, nachtelijke operaties. Als uroloog is er misschien wat meer ruimte om een goed sociaal leven uit te bouwen."

Urologie is ook een typische manendiscipline?

"Ook dit is aan het veranderen. Sinds 1 september werk ik tien jaar in het ZOL en in al die jaren heb ik twee mannelijke assistent-urologen in opleiding gehad. De vrouwelijke uroloog doet meer en meer haar intrede."

De uroloog is nochtans een manendokter. Vrouwen gaan toch naar de gynaecoloog?

"We behandelen inderdaad onder andere de mannelijke geslachtsorganen maar dit is maar een klein stukje van de urologie. Vrouwen hebben ook nieren, urinewegen en een blaas. De 'female urology', met incontinentieproblemen, verzakkingen enz., is enorm in opmars. Daarnaast is er de kinderurologie. Hierbij gaat het meestal om afwijkingen aan de teelballen of penis bij kinderen. Het zijn vaak de vrouwelijke urologen die zich toeleggen op deze subspecialismen."

Waar heeft u zich op toegelegd?

"Ik doe vooral – daar ben ik destijds ook voor aangenomen – de minimaal invasieve behandelingen, de kijkoperaties. Deze bestaan voor een groot stuk uit oncologische chirurgie. Hierbij gaat het hoofdzakelijk om volledige of gedeeltelijke nefrectomieën en prostatectomieën."

"De (radicale) prostatectomie, die we met de operatierobot doen en niet meer via laparoscopie, is de meest voorkomende ingreep. Dat is een hele tijd wat minder geweest omdat het Kenniscentrum een aantal jaren ge-



leden stelde dat PSA-screening (Prostaat Specifiek Antigeen) voor de detectie van prostaatkanker weinig nut had."

"Daar zit partieel een waarheid in omdat er vroeger misschien te veel prostaatkankers behandeld werden. Kankers die op een natuurlijke manier zouden evolueren, zonder te veel schade aan te richten. Maar ze komen terug van dat advies omdat we nu vaker verder gevorderde prostaatkankers zien op de raadpleging."

Betekent dit dat er een aantal mensen onderbehandeld geweest zijn?

"Dit is een heel moeilijke vraag. Ik denk dat er misschien een bepaalde periode te weinig naar prostaatkanker gekeken is."

Bent u voor of tegen screening?

"Ook dat is een moeilijke vraag. At random bij elke bloedname de PSA screenen zoals vroeger gebeurde, is inderdaad niet nodig. Ik zou het sowieso niet bij elke patiënt doen. Enkel bij patiënten die er echt om

vragen, bij patiënten met een verontrustende zwelling of knobbeltje en bij patiënten met erfelijke aanleg."

"Men slaagt er blijkbaar niet in om een methode te vinden om de jonge patiënten er uit te halen. Als je iedereen gaat screenen moet je echt heel veel screenings doen om die ene patiënt te vinden en dat vindt de regering veel te duur. Het is dus nog een beetje balanceren op een slappe koord. Je moet een gulden middenweg vinden en dat is niet altijd gemakkelijk."

"De huisarts kan meestal wel al een beeld vormen van een patiënt bij wie de screening nodig is: als hij al wat prostaatklasten heeft, bloed bij de urine, of bij een erfelijke belasting. Bij afwijkende waarden verwijst de huisarts naar ons."

Voorspellingen zeggen dat het voorkomen van prostaatkanker gaat verdubbelen in de komende 20 jaar.

"De levensverwachting stijgt en we weten

dat een prostaat door de natuur 'geprogrammeerd' is om te verkankeren. Dit is misschien wat kort door de bocht maar er zijn studies gebeurd waarbij men de prostaat onderzocht heeft van overledenen, die om een of andere reden opnieuw opgegraven werden. Bij het merendeel van de 80- en 90-plussers werden kwaadaardige cellen gevonden in de prostaat."

"Dus een prostaat gaat sowieso kwaadaardige cellen ontwikkelen bij het ouder worden. Het komt er op aan die patiënten er tussen uit te halen bij wie dit op vroege leeftijd gebeurt. En een behandeling te starten op het moment dat de kanker nog gelokaliseerd is en nog niet uitgezaaid is."

Er leeft ook wel het idee bij de bevolking dat je niet kan sterven aan prostaatkanker. Is dit juist?

"Dit idee-fixe is inderdaad ontstaan door de media-aandacht van enkele jaren geleden rond PSA-screening maar dit is absoluut niet waar. Er sterven nog altijd jonge patiënten aan prostaatkanker omdat ze



Dr. Bernard Bynens: "De levensverwachting stijgt en we weten dat een prostaat door de natuur 'geprogrammeerd' is om te verkankeren."

zich pas aanmelden bij een ver gevorderde of uitgezaaide prostaatkanker. Hoe jonger de patiënt, hoe agressiever de tumor en hoe moeilijker te behandelen."

"Prostaatkanker op zich geeft eigenlijk ook geen klachten. Dat is het vervelende. En daarom is de PSA-bepaling ook een groot geschenk voor ons geweest. Niet alleen bij de diagnose van prostaatkanker maar ook bij de opvolging. Zelfs bij behandelde patiënten met prostaatkanker is een PSA-bepaling een heel goede tool. Als je ziet dat de PSA na een operatie niet verdwijnt, weet je dat er lokaal nog iets achtergebleven is of dat er een uitzaaiing is."

In hoeverre speelt het taboe een rol?

"Het taboe is heel veel verminderd tegen vroeger. Het is al lang heel normaal dat de vrouw in de beensteunen gaat bij de gynaecoloog. Intussen is ook de drempel voor een groot percentage van de mannen overwonnen om naar de uroloog te gaan. En mannen die zich op hun ongemak voe-

len, kan ik met een kwinkslag snel geruststellen. Het onderzoek stelt immers weinig voor."

In de media lees ik dat 1 op 2 mannen van plus 40 jaar problemen heeft met de urinewegen. 1 op 10 zou zelfs incontinent zijn. Is dat niet enorm veel?

"Als je ouder wordt, krijg je rimpels, word je grijs maar gaat ook de prostaat groeien of zwellen. Waardoor de plasbuis plat wordt geduwd, de plaskracht vermindert, de blaas niet meer volledig leeg geplast wordt, er soms wat druppels nakomen en er 's nachts enkele malen geplast moet worden. Dat zijn inderdaad de eerste klachten van prostaatvergroting."

"Ik denk dat inderdaad de helft van de mannen van plus 45 jaar toch wel enige vorm van plasklachten zal hebben. Dat kan gaan van een keer moeten opstaan 's nachts, een druppeltje verliezen na het plassen tot herhaaldelijk moeten opstaan 's nachts en uiteindelijk niet meer kunnen plassen."

4 op 5 van de mannen met klachten kunnen geholpen worden?

"Dat is inderdaad realistisch. We beginnen met een medicamenteuze behandeling die de plasbuis opnieuw opent waardoor de straalkracht verbetert. Zo wordt de druk in de blaas ook minder zodat men minder frequent moet gaan plassen en er een betere blaaslediging is. Als dat niet meer helpt is een operatieve ingreep nodig om de prostaat transurethraal te verwijderen zodat er een nieuwe tunnel kan ontstaan."

Bezorgdheden van mannen met prostaatkanker zijn 'niet meer intiem kunnen zijn' en 'ziek zijn'. Pas op de derde plaats maken ze zich zorgen dat ze misschien wel gaan sterven, zo blijkt uit onderzoek. Ervaart u dit ook?

"Sinds we prostaatkanker op een minimaal invasieve manier behandelen - ofwel via kijkoperatie ofwel via robotchirurgie - komen de patiënten naar het ziekenhuis met het idee dat de operatie weinig voorstelt. Ze revalideren inderdaad ook heel snel, hebben weinig pijn



en kunnen na twee of drie dagen al naar huis. Ze maken zich wel zorgen over wat er na de ingreep komt. Je hebt immers altijd kans op complicaties als bijvoorbeeld urineverlies of erectieproblemen."

"We proberen uiteraard de bekkenbodem en de neurovasculaire bundels zoveel mogelijk te sparen tijdens de ingreep maar dit mag niet ten koste van de oncologie gaan. Als je bepaalde stukjes gaat sparen, kan het zijn dat er

"Er is inderdaad een artikel hierover verschenen in The Lancet, een van de meest toonaangevende journals wereldwijd. Het Kenniscentrum heeft zich op dit artikel gebaseerd en dit gebruikt om robotchirurgie opnieuw aan te vallen."

"De studie zou aantonen dat de robot veel voordelen heeft in de directe post-operatieve periode – minder pijn, sneller herstel, minder complicaties en minder bloedverlies - maar dat de langetermijnresultaten met

"Prof. Mottrie heeft vastgesteld dat de robotingrepen gebeurden door een jonge chirurg die 200 ingrepen had gedaan. De open ingrepen werden gedaan door een ervaren chirurg die al 1.500 ingrepen had gedaan. Een jonge chirurg vergelijken met een meer ervaren chirurg is op zijn minst dubieus te noemen. Er zijn namelijk heel wat retrospectieve studies met grote patiëntengroepen waaruit blijkt dat erectiele functie en continentie beter worden naargelang de ervaring van de chirurg."

Dr. Bernard Bynens: "Samenwerken is alleen maar toe te juichen, het verbetert de kosten-baten analyse en verschillende chirurgen kunnen ervaring uitwisselen."

kapsel blijft liggen waardoor de patiënt achteraf nog bestraald moet worden en dat is niet echt de bedoeling. Als we de beslissing nemen om prostaatkanker te opereren moeten we 100 percent voor het oncologische gaan. De bedoeling van zo'n operatie blijft in de eerste plaats het genezen van de patiënt. En met de komst van de robot zijn onze continencijfers, maar ook de erectiele functie, sterk verbeterd."

Onderzoek zou dit tegenspreken. De post-operatieve resultaten van robot-geassisteerde chirurgie zouden niet beter zijn?

betrekking tot erectiele functie en continentie gelijklopend zijn."

"Als je het artikel goed onder de loep neemt, zijn er toch wel wat bedenkingen te maken. Onder andere prof. Mottrie, die een opleidingscentrum heeft voor robotchirurgie in Melle, is het artikel verder gaan analyseren en heeft recent een recht van antwoord gepubliceerd. Het blijkt om een Scandinavische gerandomiseerde studie te gaan waarbij 300 patiënten werden bekeken. 150 patiënten werden via open chirurgie geopereerd en de andere 150 via robotchirurgie."

De kritiek op laparoscopie was destijds ook groot. Kent vernieuwing niet altijd tegenstanders?

"Inderdaad, maar als je ziet dat drie vierde van de prostaatkankeroperaties in de geïndustrialiseerde landen met behulp van een Da Vinci robot worden uitgevoerd, is dit natuurlijk niet te danken aan een goed gelukte promotiestunt van de firma. Dat wil zeggen dat er belangrijke voordelen zijn, anders is dit onmogelijk."

"Ook de andere medische diensten in het ZOL zien de voordelen van robot-geassisteerde chirurgie. Ook de vaatchirurgen, de cardiochirurgen, de abdominaal chirurgen en de gynaecologen maken gebruik van de robot. En het zal blijven toenemen. En met de stijging van het aantal ingrepen wordt de kosten-baten analyse ook steeds beter."

"Daarnaast merken we dat ons rekrutingsgebied voor patiënten en de aantallen steeds groter worden sinds we met de robot opereren, hoewel we nooit actief reclame gemaakt hebben. Dat hebben we



Dr. Bynens (derde van links) met zijn operatieteam

natuurlijk ook te danken aan onze goede resultaten."

Gaan jullie ook samenwerken met de collega's van onze partnerziekenhuizen?

"Wij zijn met de da Vinci robot gestart medio 2014 en zijn nu inderdaad klaar om samen te werken met anderen. We hebben al gesprekken met de collega's van de ZOL-netwerkziekenhuizen. Samenwerken is alleen maar toe te juichen."

"Voordeel in het ZOL is dat we een dubbele console hebben waarbij er twee chirurgen samen kunnen opereren of waarmee een chirurg kan opgeleid worden. Ik hoop dat we binnenkort met de urologen van de andere ziekenhuizen kunnen samenwerken."

Waar heeft u uw opleiding gevolgd?

"Voor de minimaal invasieve operatietechnieken en laparoscopie ben ik opgeleid in Nijmegen en Leipzig. Voor laparoscopie is de leercurve heel traag. Je moet echt al veel ingrepen doen om dat goed onder de knie te hebben."

"Robotchirurgie is als het ware een vereenvoudiging van de laparoscopie. Het is eigenlijk opereren op dezelfde manier, met een driedimensioneel zicht, maar de bewegingen worden afgezwakt. Voor mijn opleiding robotchirurgie ben ik in Dusseldorf, in Rotterdam, in Mons en in Brussel geweest. En bij de aankoop van een robot wordt ook altijd een training voorzien in het opleidingscentrum van prof. Mottrie in Melle waarbij je gedurende een aantal dagen

operatietechnieken leert op varkens, op echt levende wezens dus."

Heeft u ook veel gegamed om de handcoördinatie te leren?

"Te weinig eigenlijk. Ik denk dat er na mij een hele generatie van artsen zal komen die de manier van bedienen meer in de vingers heeft omdat dit hun al met de paplepel ingegeven is."

Gaat de laparoscopie op termijn verdwijnen?

"Neen, heel zeker niet. Voor ablatieve chirurgie zoals nefrectomieën waarbij de nieren volledig verwijderd worden, heeft de robot weinig voordelen en is hij in feite te duur. De robot heeft vooral een meerwaarde voor ingrepen met een reconstructieve fase. Dit omwille van de 360 graden wendbaarheid van de robotarmen, in combinatie met het 3D-beeld."

Gaan er in de toekomst zelfstandige robots komen?

"Dat denk ik niet en zeker niet voor prostaats-operaties. Elke prostaat is immers anders en vraagt werk op maat: de anatomie van de prostaat, van de zaadblaasjes, de zaadleiters, hoe ze ingekapseld zijn... Dat zijn allemaal varianten die moeilijk te integreren zijn in een systeem. Maar je weet natuurlijk nooit hoe snel de evolutie gaat."

Krijgt u veel reacties van patiënten?

"Patiënten zijn zeer positief. Ze komen speciaal naar ons voor een robotingreep. Het voordeel is dat we met de robot zeer veel lymfeklieren kunnen wegnemen. Hierdoor zijn we vaak een uur tot anderhalf uur langer aan het werk. Een prostatectomie duurt daarom toch

drie tot vier uur. En de dag nadien zit de patiënt al rechtop in zijn bed om te eten. Dat is heel positief voor de patiënt die daardoor de ingreep minimaliseert maar niet altijd beseft dat het operatieteam echt wel lang en hard gewerkt heeft om het goede resultaat te behalen."

Grete Bollen

Communicatieadviseur

Op 24 november vindt een lezing van de Wetenschappelijke Raad plaats over Robotica in de urologie.

De urologen van het ZOL zullen spreken over hun klinische ervaring met de robot. Prof. dr. Mottrie, pionier in de robotchirurgie met een trainingscentrum voor robotchirurgie in Oost-Vlaanderen, zal een lezing geven waarin hij de voordelen van robotchirurgie toelicht en de standpunten van het Kenniscentrum mbt robotchirurgie weerlegt.

PROF. DR. HADZIC DEMONSTREERT PRINCIPES VAN GRENsverleggende ORTHOPEDISCHE ANESTHESIOLOGIE



Op 8 september leidde anesthesioloog prof. dr. Admir Hadzic met zijn team (drs Catherine Vandepitte, Dimitri Dylst en Jeroen Melkebeek) een live transmissie vanuit het operatiekwartier van het ZOL naar de jaarlijkse bijeenkomst van de European Society of Anesthesiologists.

Dr. Hadzic is een wereldwijde autoriteit op vlak van loco-regionale anesthesie. Zijn team demonstreerde tijdens de transmissie de principes van grensverleggende orthopedische anesthesiologie en de standaarden die hij in zijn New Yorkse School voor Loco-regionale Anesthesie ontwikkelde om de toekomstige generatie van anesthesisten op te leiden.

In het ZOL bouwde prof. dr. Hadzic het 'Centre for Research, Education and Enhanced Recovery after Orthopedic Surgery' uit. CREER werd al snel erkend als centre of excellence, er worden studies opgezet en fellows van over de hele wereld komen naar het ZOL voor trainingen en bootcamps in loco-regionale anesthesie.

Loco-regionale anesthesie vermindert immers het risico op complicaties na orthopedische chirurgie. Daarnaast zorgt het voor een betere pijnbestrijding zonder het gebruik van morfine-producten, meer comfort voor de patiënt en een significant snellere revalidatie.





Dr. Hilde Stals (dermatologe) en dr. Nathalie Dhont (gynaecologe): "Op de vulvaraadpleging kunnen we de puur orgaanspecifieke benadering overstijgen en streven we naar een totaalaanpak."

VULVARAADPLEGING VAN START

Zopas ging de multidisciplinaire vulvaraadpleging van start waarbij de patiënten tegelijkertijd door een dermatologe (dr. Hilde Stals) en een gynaecologe (dr. Nathalie Dhont) worden gezien. Bedoeling is vrouwen met huidproblemen in de intieme zone te helpen. Indien nodig wordt ook een seksuologe betrokken.

Wat zijn de meest voorkomende problemen op de vulvapoli?

Dr. Nathalie Dhont, gynaecologe: "De aandoeningen die we zien, zijn heel divers. Meestal gaat het om een chronisch huidprobleem ter hoogte van de vulva waarvoor de patiënte reeds verschillende behandelingen kreeg zonder verbetering. Soms zien we ook vulvovaginale infecties of -wat niet zelden voorkomt - een combinatie van een infectie en een huidprobleem. Een andere veel voorkomende aandoening is vulvodynie waarbij patiënten chronische pijn hebben aan de vulva zonder aanwijsbare pathologie."

Vanwaar de behoefte aan een multidisciplinaire raadpleging?

Dr. Nathalie Dhont, gynaecologe: "Eigenlijk kwam de vraag vanuit onze groep gynaecologen. We worden heel vaak met huidproblemen in de vulvaire regio geconfronteerd. Als gynaecoloog zijn we minder onderlegd in de diagnostiek van diverse huidaandoeningen. We zijn ook iets minder vertrouwd met de zalfjes en de bereidingen die dermatologen vaak gebruiken. In plaats van mensen naar een dermatoloog te sturen, leek het veel nuttiger om samen een raad-

pleging te organiseren. In Nederland bestaan dergelijke multidisciplinaire raadplegingen ook en dit inspireerde ons bij ons initiatief."

Dr. Hilde Stals, dermatologe: "Wij zagen op onze raadpleging dermatologie veel patiënten die al bij verschillende gynaecologen geweest waren maar die een puur dermatologisch probleem hadden waar nooit een correcte diagnose voor was gesteld. Daarnaast zien wij soms mensen bij wie wij verder willen gaan dan een louter dermatologische aanpak. Het is dan ook een grote meerwaarde om samen met de gynaecologen een raadpleging te kunnen organiseren omdat je zo ook de link kan leggen naar de bekkenbodembiotherapeut, de seksuologe, ... Op deze manier kunnen we veel verder gaan dan de puur orgaanspecifieke benadering en streef je naar een totaalaanpak."

Hoe kijkt de patiënt hiernaar?

Dr. Nathalie Dhont, gynaecologe: "Ook de patiënten zijn met deze aanpak geholpen. Vrouwen weten vaak niet waar ze terecht kunnen met hun probleem. Vaak hebben ze reeds verschillende zorgverleners geraadpleegd en een arsenaal aan behandelingen

gehad. Op de multidisciplinaire raadpleging bekijken we het probleem vanuit verschillende hoeken zodat er sneller een oplossing kan gevonden worden."

Indien nodig betrekken jullie ook een seksuologe. Hoe gaat dit in zijn werk?

Dr. Nathalie Dhont, gynaecologe: "Omdat vulvaproblemen vaak ook een seksuologische achtergrond hebben of seksuele problemen kunnen veroorzaken, is het goed om daar ook een gesprek over te hebben. Want vaak zijn er pijnklachten en vrouwen die pijn hebben bij het vrijen gaan zich opspannen en komen in een vicieuze cirkel terecht. Dermatologie en gynaecologie zorgen dat de pijnklachten en irritatie verdwijnen. Maar daarmee is de cirkel nog niet doorbroken. Door middel van één of soms meerdere gesprekken kan de seksuologe helpen om de draad opnieuw op te nemen, opnieuw te leren ontspannen en andere aspecten van seksualiteit te leren ontdekken."



De jonge von Baer



De oude von Baer



Standbeeld von Baer - Blastoderm eigeel

KARL ERNST VON BAER (1792 - 1876)

Een belangrijke mijlpaal in de geschiedenis van de embryologie is het boek, 'Über die Entwicklungsgeschichte der Thiere, Beobachtung und Reflexion' (1828). Zoals het een goed wetenschapper past, keek de Estlandse arts Karl Ernst von Baer eerst goed rond (Beobachtung) en dacht nadien daarover na (Reflexion). Zo ontdekte hij het menselijke ei en beschreef als eerste het notochord.

Jeugd

Karl Ernst von Baer moet een slimme jongen geweest zijn. Omdat hij één van de tien was uit het bloedverwant huwelijk tussen Magnus Johann Baer en diens nicht Juliane Baer werd hij om reden van plaatsgebrek bij een kinderloze oom geplaatst. Daar leerde hij niks maar leefde zich uit in hun tuin en in de natuur. Na zeven jaren was er opnieuw plaats bij zijn ouders en werd zijn leerachterstand in lezen en schrijven snel ingehaald met enkele privé-leraars. In zijn autobiografie vertelt von Baer hoe hij samen met zijn drie jongere zussen leerde lezen maar omdat hij aan de tegenovergestelde zijde van de gemeenschappelijke tafel zat, en de leraar het leesboek nooit naar hem omdraaide, leerde hij even snel ondersteboven lezen als normaal. Na het privé-onderwijs studeerde hij drie jaar aan de militaire eliteschool in Reval (nu: Tallinn), maar paardrijden en wapengekletter interesseerden hem niet. Hij wou de geheimen van de natuur bestuderen en het immense planten- en dierenrijk.

Student

Voor zijn verdere studies trok de jonge Karl Ernst niet naar een Duitse universiteit maar naar de dichtbij en pas geopende universiteit van Dorpat, het huidige Tartu. In 1810 schreef hij zich in en werd bijzonder geboeid door de lessen fysiologie van professor Karl Friedrich Burdach (1776-1847). Voor de rest was het medisch onderwijs in dit provinciestadje weinig interessant en na zijn diploma in 1814 trok hij naar Berlijn en Wenen.

In het grote ziekenhuis van Wenen hoopte hij de nodige klinische ervaring op te doen om later een bekwaam arts te worden, maar dat viel dik tegen. In zijn autobiografie lezen we: "Professor Franz Xaver Hildenbrand erschien mit einem grossen Schwarme von Studirenden, der ihn wie ein Kometenschweif umgab." Die kometenstaart was zo groot dat de jonge Karl Ernst haast geen kans zag om tussen al die studenten het ziekbed van de patiënt te zien. Om dezelfde reden waren ook de operaties weinig interessant. Bij professor Rust zag hij dan wel veel interessante ziektebeelden maar die waren zo zeldzaam dat een gewone arts er in zijn verdere leven niets aan had. Toen Karl Ernst zag dat alle professoren de 'expectatieve methode' toepasten (afwachten om te zien of de patiënt vanzelf geneest of doodvalt), gaf hij er de brui aan. Hij wou aan zuivere wetenschap doen.

1816

Een cruciaal jaar in zijn leven was 1816. Aan de universiteit van Würzburg studeerde hij vergelijkende anatomie bij een van de meest gerenommeerde anatomen en fysiologen uit

die tijd, Ignaz Döllinger (1770-1841). Döllinger onderwees hem ondermeer in een vak dat toen nog in zijn kinderschoenen stond, de embryologie. Hij gaf de jonge student de opdracht de embryonale plaat (blastoderm) bij kippen te bestuderen. Voor wie regelmatig een spiegelei bakt, is dit de kleine witte vlek op de gele eierdooier. Maar omdat Karl Ernst niet de nodige geldelijke middelen bezat om een dure broedmachine aan te schaffen, gaf hij de opdracht door aan een vriend die hij nog uit Dorpat en Berlijn kende, Christian Pander. De van huis uit vermogende Pander bestudeerde de embryonale plaat en gaf in 1817 al een vage beschrijving van wat men nu de primaire kiemlagen noemt, ectoderm, mesoderm en entoderm.

In hetzelfde jaar 1816 vroeg zijn vroegere leraar uit Dorpat, Karl Friedrich Burdach, of hij naar de universiteit van Königsberg wou komen om er de leerstoel anatomie en zoölogie te bekleden. In deze Pruisische stad die nu in Rusland ligt en Kaliningrad heet, werd Karl Ernst professor en stichtte er een Zoölogisch Museum en een gezin. Op de eerste dag van het jaar 1820 huwde hij Auguste von Medem en verwekte zes kinderen, vijf zonen en een dochter.

Tussen 1820 en 1834 werkte Baer het kiemlaag-concept van Christian Pander verder uit en onderzocht, bij wijze van vergelijkende embryologie, de kiemlaag ook bij vissen, amfibieën, reptielen en zoogdieren. Daarbij beschreef hij de blastula als de cyste waarin al een eerste afscheiding te zien valt tussen de cellen die de foetus zullen vormen en de cellen die instaan voor de moederkoek.



Champagne doop



Leraar Friedrich Burdach

Het ei van Baer

In een ontegenwoordig lang verleden tijd werd er over de bevruchting veel onzin verteld. In volksverhalen luidde het dat men zwanger werd door het eten van fruit (mango, citroen) of door het per ongeluk inslikken van kraanvogelpoep. En dat de kinderen uit koolgewassen kwamen. Toen men het eindelijk door had dat bevruchting iets met copulatie te maken had, was de volgende logische stap dat het mannelijk ejaculaat daar een rol in speelde. Sperma was immers het enig visueel waarneembare resultaat van de geslachtsgemeenschap. In de vijfde eeuw v. Chr. meende Hippocrates, de grondlegger van de geneeskunde, dat bevruchting het resultaat was van het samenkomen van twee 'zaden', het sperma van de man en het menstratiebloed van de vrouw.

Een van de eersten die iets meer wetenschappelijks wist te vertellen over de voortplanting was William Harvey (1578-1657), de ontdekker van de bloedsomloop. Als proefdieren nam hij de vele herten die op het uitgestrekte landgoed van de Engelse koning Karel I rondliepen. Na de copulatie werd de hinde geschoten en inwendig onderzocht. William Harvey sneed de baarmoeder open en zocht naar eitjes en zaad maar vond er tot zijn grote ontgoocheling niks zaad, niks menstratiebloed en ook geen ei.

In 1707 dacht Martin Naboth het menselijk ei gevonden te hebben in de kleine cysten van de baarmoederhals. Fier over zijn ontdekking, noemde hij ze 'ovula Nabothi' maar later bleken het gewoon retentiecystjes te zijn, gevuld met endocervicaal slijm. In de 18de eeuw richtten meerdere Nederlandse onderzoekers (Van

Hoorn, Swammerdam en Reinier de Graaf) hun blik naar een olijfgroot geelachtig orgaantje tussen de baarmoeder en de eileider en sneden het doormidden. Daar troffen ze kleine waterklare cystjes aan en na een bitse strijd wie nu de eerste was die ze ontdekt had, werden ze de Graafse follikels genoemd. Dit moest de 'vormende substantie' zijn, het menselijk ei, al bestond het schijnbaar enkel uit vocht.

Rond 1825 kwam van Baer na veel 'Beobachtung und Reflexion' op het idee de loopse teef van zijn leraar Burdach voor de wetenschap op te offeren. Hij sneed haar eierstokken door en hevelde heel voorzichtig het vocht uit enkele Graafse follikels naar een horlogeglas om het onder zijn microscoop te bekijken. "Onmiddellijk", zo schreef hij in zijn autobiografie, "werd ik als door de bliksem getroffen en achteruit geworpen, want ik zag duidelijk een klein en goed omlijnd dooiertje. Ik moest even bekomen eer ik de moed had om opnieuw te kijken en te zien of het geen fantoom was. Nee, ik zag een eitje. Het is toch wonderlijk dat het zien van wat je had verwacht, je toch zo doet schrikken als het er is."

Entwicklungsgeschichte

In 1826 publiceerde van Baer zijn baanbrekende ontdekking in 'De Ovi Mammalium et Hominiis genesi' waarin hij het pas ontdekte zoogdieren ei beschreef. Elk zoogdier dat ontstaat uit de copulatie van een mannetje en vrouwtje, zo schreef hij, is ontwikkeld uit een ei en niet uit een zogezegde 'vloeibare vormende substantie'. Dit geldt voor alle zoogdieren, inclusief de mens. In zijn werk besprak hij verder de kiembladen theorie en zag een gelijkaardige ontwikkeling ervan in verwante species. Hij beklemtoonde ook

dat kleine embryo's van verschillende zoogdierenrassen grote gelijkenis onder elkaar vertonen maar was het niet eens met Johann Friedrich Meckel, die dacht dat embryo's ook in latere, meer volwassen stadia op elkaar geleken.

Door zijn vergelijkende studies begon van Baer mettertijd 'verwantschappen' te zien tussen de verschillende dierenrassen onderling en werkte deze 'Entwicklungsgeschichte' verder uit na zijn benoeming tot professor aan de Academie voor wetenschappen in Sint Petersburg. In Engeland kwam rond die tijd een andere wetenschapper van een halve wereldreis terug thuis en baseerde zijn 'evolutietheorie' op heel andere observaties en nog diepgaandere reflecties. U hebt het geraden, het was Charles Darwin met zijn baanbrekend boek 'On the origin of Species'.

Na nog enkele embryologische ontdekkingen, waaronder het notochord (cfr dissectiekamer artikel), kwam van Baer na 30 jaar naar Dorpat terug en kreeg er na zijn dood een levensgroot standbeeld. Als eerbetoon aan hun illustere voorganger wassen de pas afgestudeerde medische studenten op Walpurgisnacht jaarlijks zijn hoofd met champagne.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog

KINDEREN MET OVERGEWICHT

Overgewicht en obesitas is, ook bij kinderen, een groeiend probleem in onze westerse wereld, in ons land, in onze provincie. Vaak gaat het gepaard met nogal wat frustratie bij de kinderen, de ouders en ook bij de hulpverleners. Niet zelden wordt er relatief laat hulp gezocht.



Dr. Nele Reynaert, kinderendocrinologe in het ZOL, licht de medisch-endocrinologische oorzaken van overgewicht en obesitas toe. Wanneer is doorverwijzing naar een kinderendocrinoloog aangewezen?

Wat is de definitie van obesitas en overgewicht?

Dr. Nele Reynaert: "Obesitas en overgewicht betekenen het hebben van een teveel aan vet. Het vetpercentage kan bepaald worden met behulp van een densitometriemeting (onderwaterweging), een DEXA-scan, een MRI of CT-scan of een bio-elektrische impedantie analyse. Het normale vetpercentage bij kinderen hangt af van de leeftijd en van het geslacht. Er bestaan curves en tabellen om na te gaan of er te veel aan vet is of niet."

Welke methode wordt aanbevolen?

"Probleem is dat voorgaande methodes duur, omslachtig en tijdrovend zijn en niet altijd beschikbaar. Daarom is men overgegaan naar de body-mass index (BMI)-meting die handiger en makkelijker toepasbaar is in de klinische praktijk."

"Volgende variabelen zijn hiervoor nodig: het geslacht, de leeftijd, de accurate lengte en tot slot het gewicht van het kind. Nadeel is dat er via deze meting slechts een indirecte correlatie is met de hoeveelheid vet. BMI overschat het lichaamsvet bij zeer gespierde kinderen en onderschat het lichaamsvet bij spierverlies. Daarnaast is er variatie met ras en etniciteit. Vandaar dat het belangrijk is bij een definitie op basis van BMI om niet op het absolute cijfer af te gaan, maar de BMI te plotten op een correcte vlaamse BMI-curve

en zo te oordelen over al dan niet overgewicht of obesitas.

"Andere mogelijke methodes zijn de huidplooidikte meting en de buikomtrek. Hiervoor bestaan er tevens ook referentiecurves op basis van geslacht en leeftijd waarop je kan afleiden of het kind overgewicht heeft of niet. Het probleem met deze methodes is dat de huidplooidiktemeting niet makkelijk en soms onmogelijk is bij obesen. En de buikomtrek kan variabel zijn: het kind trekt soms de buik in en de positie van de lintmeter moet altijd exact zijn."

Vormt obesitas of overgewicht een probleem bij Belgische kinderen?

"Heel zeker. Eén op zes tot één op vier kinderen heeft overgewicht."

Wat is de oorzaak van obesitas of overgewicht?

"De oorzaak hiervan is, algemeen beschouwd, een onevenwicht tussen energie-opname en verbruik. Niet-medische factoren die hierin meespelen zijn een sedentaire levensstijl, gepaard met een hoge calorische intake. Ook socio-economische factoren en omgevingsfactoren spelen een rol. Hierbij gaat het om een lage socio-economische status, maternale obesitas, zwangerschapsdiabetes, prematuriteit of laag geboortegewicht en het aantal uren slaap per nacht."

Zijn er ook medische oorzaken?

"Medische redenen voor overgewicht en obesitas zijn uiterst zeldzaam. Vaak liggen hormonale of genetische oorzaken aan de grondslag. Alarmtekens zijn een toename in gewicht maar geen toename in lengte, een klein gestalte en zeker indien onder doelgebied, psychomotore retardatie of ontwikkelingsvertraging en tot slot dysmorphe kenmerken. Daarbij moet je alert zijn voor geassocieerde aandoeningen zoals epilepsie, cardiopathie, doofheid en oftalmologische problemen."



Wat zijn de mogelijke gevolgen?

"Obesitas kan verschillende gevolgen hebben. Een (te) vroege puberteit en (te) vroege pubarche zijn mogelijke endocrinologische gevolgen. Daarnaast is er een hoger risico op hyperandrogenisme en polycystisch ovariumsyndroom. Mogelijke metabole gevolgen zijn dan weer insuline-resistentie, type 2 diabetes, metabool syndroom, hypertensie, slaapapneu e.a."

Wanneer wordt een kind met obesitas best doorverwezen naar de kinderendocrinoloog?

"Overgewicht en obesitas zijn belangrijke problemen bij kinderen. Kinderen met overgewicht kunnen opgevolgd worden door de huisarts, eventueel in samenwerking met een kinesist, diëtist en psycholoog maar in een aantal gevallen of bij alarmtekens is doorverwijzen aangegeven. Dit bijvoorbeeld bij een kleine gestalte, een afbuigende curve of groei onder het doelgebied. Ook bij extreme obesitas of afwijkende biochemische waarden kan best doorverwezen worden."

"Doorverwijzen is ook nodig bij een vermoeden van syndromale obesitas, psychomotore retardatie of dysmorphe kenmerken en bij het optreden van geassocieerde afwijkingen zoals epilepsie, nystagmus, skeletafwijkingen of gehoorsafwijkingen."

De dienst pediatrie van het ZOL, Huisartsenkring Prometheus en de Opvoedingswinkel organiseerden op 16 juni een symposium met als thema 'Het Kind met overgewicht'. Sprekers waren dr. Nele Reynaert, kinderendocrinologe in het ZOL; dr. Sylvie Latour, huisarts en sportarts in Genk; Marie-Paule Stulens, opvoedingsconsulente van de Opvoedingswinkel en Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

ZORGPAD VOOR HET KIND MET OVERGEWICHT

Obesitas en zwaarlijvigheid bij kinderen komen vaak voor en worden soms laatijdig vastgesteld. Vaak is de follow-up en behandeling ook ongestructureerd," zegt dr. Sylvie Latour, huisarts in Genk. Zij maakt deel uit van de werkgroep met CLB-artsen, huisartsen en kinderartsen die een zorgtraject voor het kind met overgewicht uittekende.

De rol van de huisarts is het probleem bespreken met de ouders van het kind, op basis van de eventuele informatie van de CLB- of CB-arts. Het is ook de huisarts die meet en weegt, tips geeft en de ouders en het kind motiveert om iets aan het probleem te doen. Eventueel worden een diëtiste, een kinesist of een psycholoog betrokken.

De huisarts koppelt terug naar de verwijzer, zeker bij afhaken. Bij een 'niet plus'-gevoel is verdere medische oppuntstelling aangewezen op basis van een urinestaal, een bloedafname en een echo van de bijnier. Indien nodig verwijst de huisarts naar de kinderarts of kinderendocrinoloog.

GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN OVERHEID

Overgewicht en obesitas komen almaar meer voor. "Op de preventieconferentie van december 2016 zullen voeding en beweging daarom als een van de gezondheidsdoelstellingen naar voor gebracht worden," aldus minister Jo Vandeurzen.

De overheid werkt samen met verschillende partners om deze doelstellingen te realiseren. Hierbij het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie VZW, Kind en Gezin, de Huizen van het Kind en eetexpert.be.

IK HEB EEN MAATJE

In samenwerking met de Opvoedingswinkel en de stad Genk organiseert het ZOL een multidisciplinair programma met groepsbijeenkomsten en thuisopdrachten voor kinderen van 8 tot 12 jaar met overgewicht en hun ouders. Nadruk ligt op het geven van voedingsadviezen, bewegen, opvoedingsaanpak en psycho-educatie.

Kinderen worden toegelaten tot de sessies op basis van een medische screening door dr. Nele Reynaert, kinderarts en kinderendocrinoloog, en een individuele screening met voedingsanamnese, psychologische anamnese, exploratie opvoedingsaanpak en bewegingsanamnese.

Uit gegevens, geregistreerd van 2004 tot 2015, blijkt dat kinderen die het programma volgden zich beter voelen in hun vel en een positiever zelfbeeld hebben. Ze worden ook veel actiever, hebben meer sporthobby's en sluiten zich sneller aan bij een sportclub. Daarbij komt door het installeren van nieuwe huisregels - met bijvoorbeeld afspraken rond tussendoortjes en frisdranken - meer rust in de thuissituatie.



Dr. Rob Bielen, casemanager (ZOL/UHasselt): “De begeleiding door een casemanager is belangrijk en verklaart onze goede resultaten: waar we vroeger maar 10% van de patiënten bereikten voor screening, hebben we het afgelopen jaar 80% van de patiënten getest op Hepatitis C-Virusinfectie. Bovendien volgen we de patiënten nadien ook op.”

Dr Rob Bielen, casemanager (links) en prof dr. Geert Robays, gastro-enteroloog.

CASEMANAGEMENT VOOR ONDERSTEUNING VAN MOEILIJK TE BEREIKEN POPULATIES

Om extra begeleiding te bieden aan patiënten met een Hepatitis C-Virusinfectie (HCV) startte doctorandus dr. Rob Bielen (UHasselt/ZOL) een project als casemanager. Hierdoor worden niet alleen meer patiënten bereikt en opgevolgd maar ontstaat er ook meer overzicht op de populatie met HCV en op wie er intussen wel of niet gescreend is.

Hepatitis C-Virusinfectie (HCV) is een belangrijk wereldwijd gezondheidsprobleem. Onbehandeld kan het op lange termijn tot ernstige leverproblemen leiden, zoals cirrose bij 5% en bij 1-2% van de patiënten ook leverkanker. Een van de voornaamste problemen van de chronische infectie is dat je vaak weinig tot geen symptomen hebt, en dus niet weet of je al dan niet besmet bent.

Het virus zelf wordt overgedragen via contact met besmet bloed. De voornaamste risicogroepen zijn mensen die vóór de jaren '90 een bloedtransfusie ondergingen, mensen die behandeld zijn in niet-steriele omgevingen, homoseksuele mannen met HIV en ten slotte mensen die drugs inspuiten via de aders en de naalden en het mengmateriaal delen.

In deze laatste groep is het voorkomen van HCV zelfs zeer hoog, 60-80% van de mensen is ooit in aanraking geweest met het virus. Indien we al deze mensen onbehandeld zouden laten, zou er op termijn een enorme stijging optreden in het aantal patiënten met ernstige leverschade, met zelfs noodzaak tot levertransplantatie. Om dit te vermijden, is actieve screening van deze doelgroep op HCV belangrijk.

Deze mensen hebben echter vaak meer dan één probleem naast HCV. Buiten hun verslavingsproblematiek, heeft deze kansarme groep vaak financiële, sociale, en psychiatrische problemen, en ontbreekt vaak een netwerk dat hen kan ondersteunen. Aldus dient de gezondheidszorg extra begeleiding te bieden. Hierbij kunnen we casemanagement aanbieden.

In dit project wordt casemanagement nog iets gespecificeerd naar de noden van de populatie op zich. Enerzijds worden er taken uitgevoerd zoals de case manager ze elders ook uitvoert:

patiënten individueel aanspreken, en vanaf dan begeleiden in het hele traject dat zij zullen moeten doorlopen tussen diagnose en genezing.

Enerzijds is de planning van de zorg voor iedere patiënt en het opvolgen van de afspraken een belangrijk deel van het werk van de casemanager. Anderzijds wordt het betrekken van probleemgenoten mede gestimuleerd. In onze setting rekenen we ook op de sociale assistenten en begeleiders van het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen zelf. Wat onze methode uniek maakt, is niet de individuele begeleiding, maar wel het overzicht. Het doel van de 'casemanager' of 'hepatitis C-manager' is om ieder individu van de gehele cohorte van patiënten aan te spreken, en indien mogelijk te screenen voor HCV. Door vanuit de cohorte te vertrekken, bewaar je het overzicht, weet je wie wel en niet gescreend zijn, wie je nog moet aanspreken, wanneer wie op de raadpleging komt, en kan je efficiënt een gerichte screening uitvoeren.

De begeleiding is belangrijk en verklaart onze goede resultaten: waar we vroeger maar 10% van de patiënten bereikten voor screening, hebben we het afgelopen jaar 80% van de patiënten getest op HCV. Bovendien volgen we de patiënten nadien ook op: zo hadden we 66% van de patiënten kunnen behandelen met chronische HCV-infectie. Helaas zijn we op dit moment nog gebonden aan de terugbetalingsvoorwaarden voor behandeling van HCV – het beschikbare budget wordt voorbehouden voor de mensen in een verder gevorderd stadium waardoor een groot aantal patiënten op dit moment nog niet behandeld wordt. Als je weet dat de nieuwe medicatie bijna 100% van de mensen geneest, hadden we een serieuze vermindering van de HCV-prevalentie kunnen

veroorzaken op één jaar tijd, zoals blijkt uit recente gegevens. Door binnen een groep de geïnfecteerde personen snel na elkaar te behandelen, ziet men een snelle en efficiënte daling van het voorkomen van HCV. We zullen onze inspanningen dan ook continueren, en de volgende jaren blijven inzetten om te zien of dit effect op opname naar screening en behandeling toe kan volgehouden worden.

Casemanagement

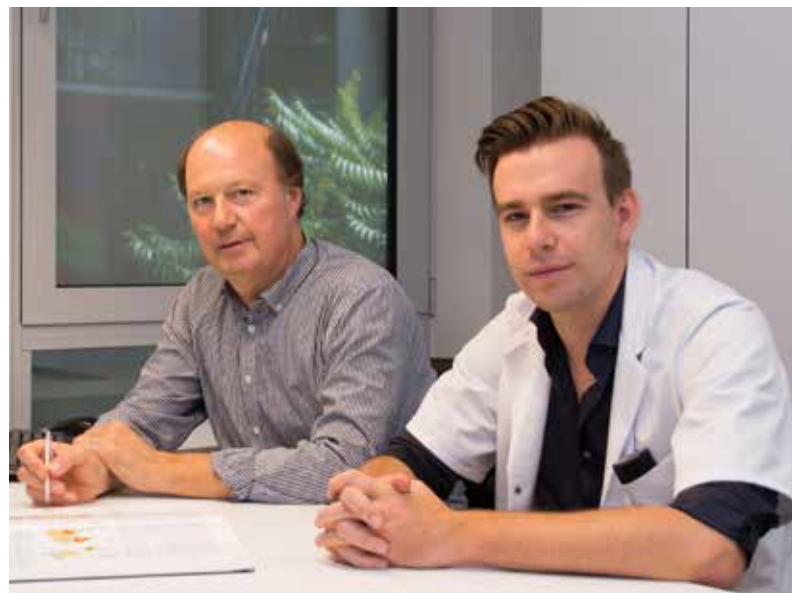
Vandaag wordt casemanagement vooral gebruikt in de chronische zorgsetting in de Verenigde Staten van Amerika, maar het is ook al getest in de HIV-setting. Casemanagement wordt door de 'Case Management Society of America' (CMSA) gedefinieerd als: "Casemanagement is een collaboratief proces van inschatten, plannen, zorg-coördinatie, evaluatie en uitzoeken van opties en diensten om aan de gezondheidsnoden van een individu en zijn/haar familie tegemoet te komen, en door middel van communicatie en de beschikbare bronnen kwaliteitsvolle en kosteneffectieve uitkomsten te promoten" (CSMA, 2010, p.8).

De filosofie van casemanagement is dat alle individuen geschikt zijn voor casemanagement diensten, ongeacht leeftijd, cultuur of de mogelijkheid om te betalen voor de diensten. Casemanagement gebeurt trouwens op vrijwillige basis, dus toestemming krijgen van het individu, de familie en andere hulpverleners is noodzakelijk. Medewerking van iedereen is noodzakelijk om het zorgplan te kunnen uitvoeren en positieve resultaten te halen. Een belangrijk aspect is het inschatten van een patiënt zijn kennis, motivatie en attitude ten opzichte van de zorg om zo de therapietrouw te kunnen beïnvloeden.

Dr. Rob Bielen
casemanager

Wat doet de casemanager concreet?

1. Patiënten aanspreken en informeren rond HCV.
2. Screenen dmv bloedname ter plaatse op het CAD indien akkoord.
3. Transporteren van bloedstalen naar labo.
4. Opvolgen van de resultaten, communiceren van de resultaten naar de patiënt.
5. Indien HCV-positief: afspraken plannen voor verder nazicht van de lever: fibroscan/labo/echo: raadpleging hepatologie + verwittigen dag van afspraak.
6. Opvolgen van afspraken: aanwezigheid?
7. Indien behandeling: opvolgen vervolgafspraken, contact hoe het gaat.
8. Na behandeling: informatie over veilig injecteren (bij eventueel herval): reïnfectie voorkomen is de boodschap!



Prof dr. Geert Robaey, gastro-enteroloog en dr Rob Bielen, casemanager.

WERKEN MET EEN CASEMANAGER: EEN GROTE STAP VOORUIT

Personen die geïnfecteerd zijn door het hepatitis C-virus (HCV) krijgen niet altijd de zorg die ze nodig hebben. Vandaag beschikken we nochtans over heel efficiënte medicatie die bij bijna iedereen op drie maanden tijd het virus kan klaren en het mogelijk maakt om het voorkomen van hepatitis C bij risicogroepen te doen dalen.

Een besmetting met HCV heeft heel wat risico's voor de gezondheid en het welzijn in het algemeen. Ook de kosten voor de gezondheidszorg kunnen oplopen. Levercirrose vereist op lange termijn een transplantatie en leverkanker een aangepaste, zware behandeling. Dit kan vermeden worden door mensen die nu geïnfecteerd zijn te behandelen. Maar in Europa blijkt het budget dat uitgetrokken wordt, beperkt. We hopen dat de groep die in aanmerking komt voor een behandeling, wordt uitgebreid vanaf 1 januari 2017.

Is de kans op herinfectie groot? We weten uit de literatuur dat de kans op herinfectie behoorlijk lager ligt dan de kans om oorspronkelijk geïnfecteerd te worden. Veel mensen ervaren het ziek zijn als iets zeer ingrijpends wat ze geen tweede keer willen meemaken. Ze zijn meestal zeer sterk gemotiveerd om een behandeling goed

af te werken en herinfectie te vermijden. Het kunnen werken met een casemanager is een grote meerwaarde. Onze resultaten zijn duidelijk beter dan deze van de periode voorheen. Het lijkt een hele stap vooruit te zijn en dit wordt ook bevestigd op andere gezondheidsterreinen. Casemanager dr. Rob Bielen heeft zopas een abstract hierover ingediend voor een Amerikaans congres voor leverlijden en dit is aanvaard.

Bedoeling van ons project is een totale, optimale zorg te bieden aan iedere patiënt in het substitutiecentrum die geïnfecteerd is met HCV. Dit betekent dat we mogen hopen dat het voorkomen van HCV in de risicogroep zal dalen. Casemanagement levert een belangrijke bijdrage om de groep at risk te bereiken en op te volgen.

Het casemanagementproject is ontwikkeld voor druggebruikers maar niets belet, als de resultaten goed blijven, om dit ook uit te breiden naar andere risicogroepen en naar de andere patiënten met HCV-infectie die moeilijk te bereiken zijn.

Prof. dr. Geert Robaey,
gastro-enteroloog

MOEILIJKER TE BEHANDELEN SOORTEN HEPATITIS C KOMEN MÉÉR VOOR BIJ DRUGGEBRUIKERS IN WEST-EUROPA

Bij injecterende druggebruikers komen moeilijker te behandelen soorten Hepatitis C-Virusinfectie (HCV) significant méér voor. Dat blijkt uit een studie van de Universiteit Hasselt en het ZOL. "De verschillen tussen die zogenaamde HCV-genotypes beïnvloeden nog steeds de kans op een succesvolle behandeling", aldus de onderzoekers. De resultaten werden onlangs gepubliceerd in het toonaangevend wetenschappelijke tijdschrift 'Journal of Hepatology'.

Wereldwijd zijn naar schatting 85 miljoen mensen geïnfecteerd met het Hepatitis C Virus (HCV). In het Westen komen nieuwe infecties vooral voor bij mensen die drugs inspuiten. Gemiddeld is 65% van de intraveneuze druggebruikers en meer dan 80% van de personen die langer drugs gebruik(t)en, geïnfecteerd met HCV. Na 20 jaar evolueert 15% van de druggebruikers naar cirrose en wordt een levertransplantatie vaak het laatste redmiddel. "Sinds enkele jaren is HCV relatief eenvoudig te behandelen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wil de verspreiding van Hepatitis C tegen 2030 dan ook met 90% reduceren", zegt doctorandus Rob Bielen (UHasselt/ZOL).

Grote verschillen

HCV kent verschillende ondersoorten of 'genotypes'. "Die classificatie is gebaseerd op het genetisch materiaal in het ribonucleïnezuur (RNA) van het virus. In totaal zijn er zeven HCV-genotypes bekend, waarvan er vijf ook nog eens subtypes (a/b) hebben. In Europa en de VS komen vooral de HCV-genotypes 1 a/b, 3a en 4 voor," aldus prof. Dr. Geert Robaey (gastro-entoloog in het ZOL en professor aan de UHasselt). Omdat die ondersoorten verschillend reageren op therapie, is het vooralsnog onmogelijk gebleken om één succesvol vaccin te ontwikkelen.

"Tot voor kort was het bovendien zeer moeilijk om chronische HCV-infectie te behandelen. Met de huidige therapie is er snel vooruitgang geboekt in de strijd tegen HCV, maar de keuze van het medicatieschema blijft afhankelijk van het genotype."

Om na te gaan welke HCV-genotypes nu precies voorkomen bij de belangrijkste risicogroep bekeek een UHasselt/ZOL-team data van recent gepubliceerde artikels uit meer dan 48 landen. Dr. Bielen: "Een

vergelijking van al die gegevens met een eerdere publicatie rond de aanwezigheid van genotypes onder de algemene bevolking, wees op grote verschillen." Zo kwamen de HCV-genotypes 1a en 3 – die moeilijker te behandelen zijn – opmerkelijk méér voor bij mensen die drugs inspuiten (PWID). "Het gemakkelijker te behandelen HCV-genotype 1b kwam dan weer minder frequent voor in deze groep. Met andere woorden: ondanks de bestaande – zeer effectieve – antivirale behandelingen zijn er nog steeds verschillen in uitkomst al naargelang het HCV-genotype", aldus de onderzoekers.

Toekomstig onderzoek

"Het zo vroeg mogelijk stellen van de diagnose van HCV is enorm belangrijk om ernstig leverlijden te voorkomen. Ons onderzoek draait dan ook rond het gericht screenen van risicopopulaties om met zo weinig mogelijk middelen, zo efficiënt mogelijk te kunnen werken en zo de doelstellingen van de WHO te kunnen helpen realiseren", besluit prof. dr Geert Robaey.

LCRP

Dit onderzoek kadert onder andere binnen het Limburg Clinical Research Program, een initiatief van de UHasselt, het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) en het Jessa Ziekenhuis.

Meer info via www.journal-of-hepatology.eu. Het bewuste wetenschappelijke artikel vindt u hier: Global genotype distribution of hepatitis C viral infection among people who inject drugs. Geert Robaey, Bielen Rob, Darush Ghezel Azar, Homie Razavi, Frederik Nevens. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.07.042>. Publication stage: In Press Accepted Manuscript. Published online: August 9, 2016

Prof. dr. Geert Robaey, gastro-enteroloog
Dr. Rob Bielen, doctorandus

BEHANDELING VAN DE ZIEKTE VAN DUPUYTREN

De ziekte van Dupuytren werd voor het eerst beschreven door de Parijse chirurg dr. Guillaume Dupuytren in 1831. Deze ziekte wordt gekenmerkt door het ontstaan van harde knobbels in de handpalm, die uit kunnen groeien tot strengen die de vingers gebogen houden. Dr. Duerinckx, orthopedisch chirurg, legde zich toe op de behandeling van deze afwijking.

De afwijking ontstaat doordat de aponeurose van de handpalm verlittekt en krimpt. De aponeurose is een netwerk van vezels dat net onder de huid ligt en de huid van de handpalm haar stevigheid geeft. De ziekte van Dupuytren is progressief, wat betekent dat het strektekort van de vingers steeds erger wordt.

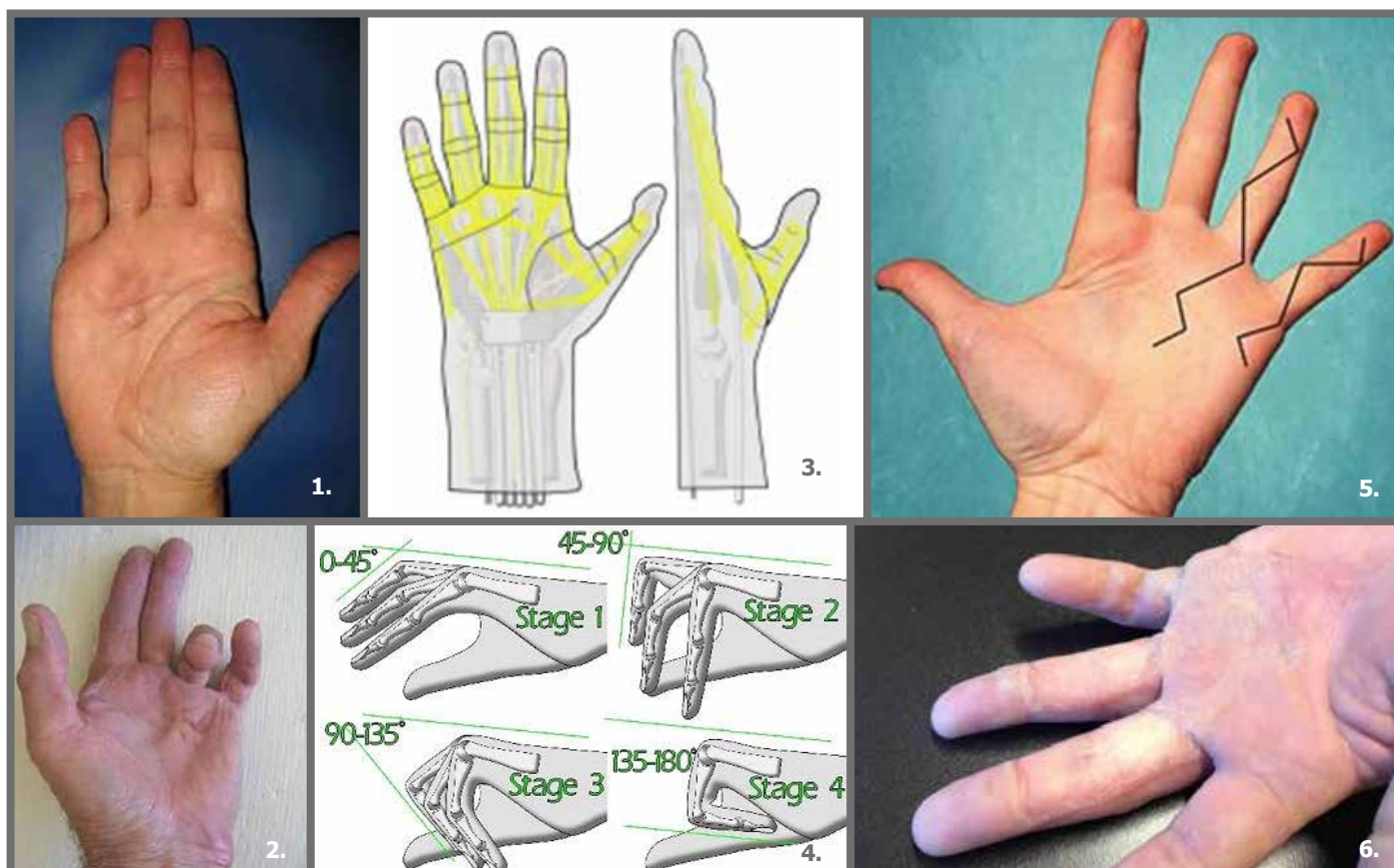
Uiteindelijk is normaal gebruik van de hand niet meer mogelijk. Meestal zijn de ringvinger of de pink aangetast. Er moet onderscheid gemaakt worden met bepaalde peesaandoeningen die ook tot een gefixeerde plooiestand van de vingers leiden zoals springvinger, boutonnière en een sagittale bandruptuur.

De oorzaak van de ziekte van Dupuytren is nog steeds niet gekend. Wel weten we dat er een genetische aanleg is die ervoor zorgt dat bepaalde mensen deze ziekte ontwikkelen. Daarom zien we dat Dupuytren frequent in familiaal verband voorkomt en bijna uitsluitend bij het blanke ras. De hoogste incidentie wordt waargenomen in de Scandinavische landen, zodat het ook de 'vikingziekte' of de 'Keltische klauwhand' wordt genoemd.

Er wordt geschat dat in Vlaanderen 32 percent van de bevolking deze aandoening heeft, maar dat dit slechts bij 8 percent van de bevolking evolueert naar een strektekort van de vingers. Dupuytren ontwikkelt zich meestal bij mannen en dit vanaf middelbare leeftijd. Dezelfde aantasting wordt soms ook gezien ter hoogte van de voetzolen (ziekte van Ledderhosen) en ter hoogte van de penis (ziekte van Peyronie).

Gezien de erfelijke oorsprong kan de ziekte van Dupuytren niet worden 'genezen'. Behandeling is nodig om het strektekort van de vingers te verbeteren. Ook na succesvolle therapie blijft later recidief mogelijk, zodat herhaling van de behandeling soms noodzakelijk is.

De meeste patiënten tolereren een fors strektekort vooraleer ze hinder ondervinden en de hulp van een arts invoeren. Toch is behandeling reeds aangewezen bij een beginnend strektekort. Bij forse en langdurige klauwstand zullen de vingergewrichten immers mee verstijven en de buigpezen van de vingers verkorten waardoor volledige correctie soms niet meer mogelijk is. De eenvoudigste test om een strektekort van de vingers vast te stellen is door te kijken of de handpalm nog plat



1. Een knobbel in de handpalm kan wijzen op beginnende Dupuytren aantasting., 2. Gevorderde ziekte van Dupuytren met strengvorming in de handpalm en strektekort van enkele vingers., 3. Schematische voorstelling van de aponeurose van de handpalm die progressief verlittekt bij de ziekte van Dupuytren., 4. Tubiana classificatie van het strektekort van de vingers bij de ziekte van Dupuytren., 5. Klassieke zig-zag incisie voor heelkundige aponeurectomie voor de ziekte van Dupuytren., 6. Resultaat na plaatsen van een huidgreffe ter hoogte van middenvinger en ringvinger links na verscheidene vroegere operaties. Volledige correctie.

op tafel kan worden gelegd. Verdere classificatie gebeurt met de Tubiana-stadiëring door het aantal graden strektekort van de verschillende vingergewrichten op te tellen.

De efficiënte behandelingen tot op heden zijn:

1. Chirurgie.
2. Percutane naaldaponeurotomie.
3. Collagenase injecties.

Chirurgie

Bij een operatie wordt het samengetrokken dupuytrenweefsel verwijderd (aponeurectomie). Meestal volstaat dit om de vingers opnieuw te kunnen strekken. Bij belangrijke contracturen kan een bijkomende verlenging van de huid of de gewrichtskapsels nodig zijn. Bij recidief na vroegere chirurgie met verlittekte huid in de handpalm wordt deze vervangen door een huidgreffe (dermo-aponeurectomie). Dit vermindert de kans op wondgenezingsproblemen en lokaal recidief. Deze ingrepen gebeuren gewoonlijk via daghospitalisatie onder locoregionale (plexus) verdoving. Na de ingreep wordt de geopereerde hand gedurende enkele dagen

geïmmobiliseerd. Daarna mogen de vingers opnieuw worden bewogen. De operatiewonde dient dagelijks aseptisch te worden verzorgd tot een 10-tal dagen na de ingreep, waarna de hechtingen worden verwijderd. 's Nachts worden de vingers gestrekt gehouden in een op maat gemaakte spalk. Zo nodig wordt kinesitherapie opgestart. De totale revalidatie bedraagt enkele maanden.

Percutane naaldaponeurotomie

In veel gevallen is als alternatief een niet-operatieve behandeling mogelijk. De percutane naaldaponeurotomie is een minimaal invasieve behandeling voor de ziekte van Dupuytren waarbij met een fijne naald de harde strengen onder de huid worden doorgenomen. Hierdoor kan de streng zich onder de huid verlengen zodat de vinger onmiddellijk opnieuw gestrekt kan worden. Deze behandeling gebeurt onder lokale anesthesie en kan op de raadpleging of via een dagopname in het operatiekwartier worden uitgevoerd. Immobilisatie nadien is niet nodig en de hand kan onmiddellijk gebruikt worden. De bedoeling is om de vingers zo recht mogelijk te krijgen met een minimum aan ongemak voor de patiënt en een minimum aan littekenvorming.



7. Infiltratie van de Dupuytrenstreng met Xiapex, 8-9. Klauwstand van midden- en ringvinger, 10-11. Resultaat na vier weken XIAPEX behandeling

Deze ingreep kan daarom probleemloos worden herhaald, mocht het later nodig zijn. De techniek werd ruim 30 jaar geleden ontwikkeld door dr. Lermusiaux. Dr. Duerinckx heeft als een van de weinige handspecialisten in België deze techniek geleerd bij zijn team in het Hôpital Lariboisière in Parijs. Het is essentieel dat deze behandeling door een goed opgeleide specialist wordt uitgevoerd. Dan is het een veilige techniek met een minimum aan complicaties.

Collagenase injecties

'Collagenase Clostridium histolyticum' werd recent op de markt gebracht onder de naam Xiapex. In België is Xiapex onder strikte voorwaarden terugbetaald sinds eind 2012. De voornaamste criteria voor terugbetaling zijn dat de Dupuytrenstreng goed voelbaar is en

dat het strektekort van de vinger(s) minstens 20° bedraagt. Xiapex is dus niet terugbetaald voor knobbels in de handpalm die de vinger-mobiliteit niet beperken.

Xiapex wordt in de Dupuytrenstrengen ingespoten waardoor deze verweken. Het inspuiten gebeurt via daghospitalisatie onder locoregionale verdoving (zie fig. 7).

Nadien wordt een dik wattenverband aangelegd om de vingers tijdelijk te immobiliseren. De behandeling is meestal heel comfortabel, maar er dient rekening te worden gehouden met mogelijk tijdelijke pijn, zwelling en verkleuring van de hand, jeuk en gezwollen okselklieren. Deze ongemakken zijn binnen de week verdwenen. In de dagen na de inspuiting kan de streng op de raadpleging worden doorbroken en de vinger gestrekt. Wanneer er een

fors strektekort van de vingers of veel eeltvorming is, kan de huid bij het strekken soms een scheurtje vertonen dat nadien lokale wondzorg behoeft. Na deze behandeling is onmiddellijk gebruik van de hand toegestaan. Bij forse strektekortten wordt een strekspalk van de vingers voor 's nachts voorgeschreven.

De resultaten zijn tot op heden zeer gunstig en doorstaan de vergelijking met een operatieve behandeling goed (zie fig 8-11).

Dr. Duerinckx heeft expertise in deze drie behandelingsmogelijkheden. Na een onderzoek op de raadpleging kan worden bepaald welke behandeling de meest aangewezen is.

Dr. Joris Duerinckx
Orthopedisch chirurg

UNIFORM BELEID ROND VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

Op een moment in het traject van een patiënt kan het nodig zijn om te spreken over zorg op het einde van het leven. Dit kan zowel gebeuren door specialisten in het ziekenhuis, als door huisartsen in hun praktijk. Samen met de eerste lijn werd een werkgroep opgericht. Doelstelling is om uiteindelijk te komen tot een uniform beleid rond vroegtijdige zorgplanning. De eerste stappen werden intussen al gezet.

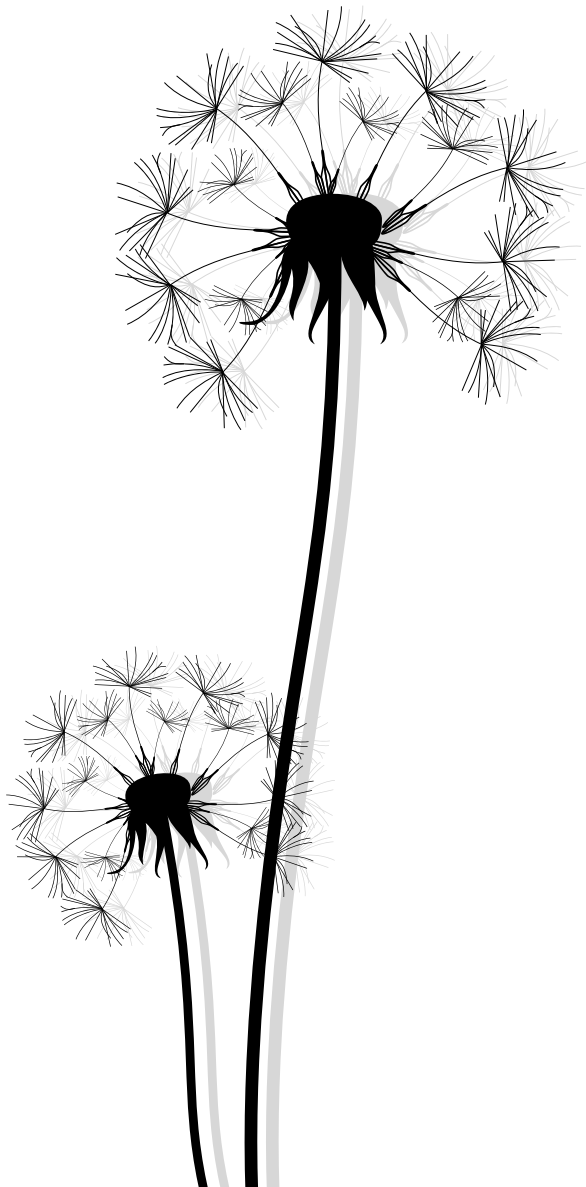
Het is niet eenvoudig om bij sommige patiënten een gesprek over het einde van het leven te starten, om tot conclusies te komen, de bekomen gegevens te noteren en tot slot de desiderata van de patiënt op een gemakkelijke manier te laten heen en weer gaan tussen huisartsen en specialisten.

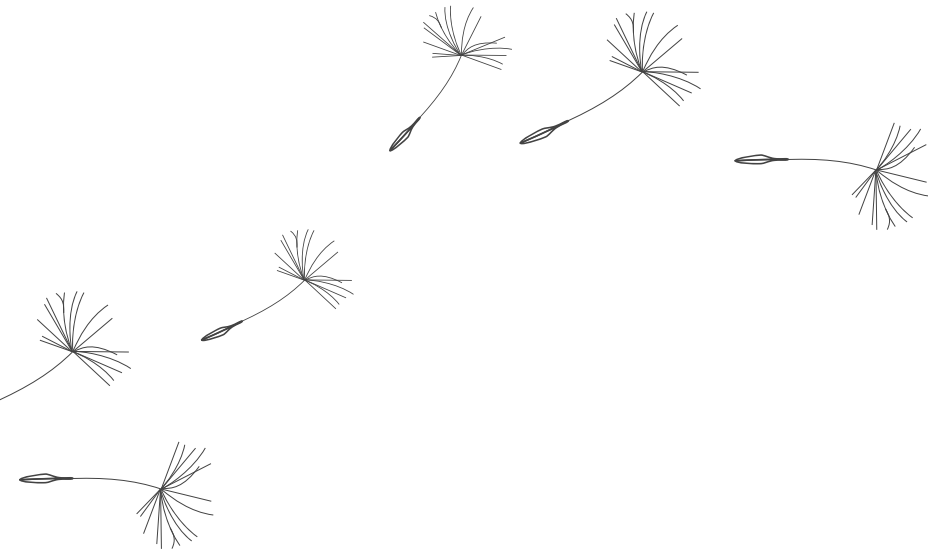
Vanuit deze bekommernis werd twee jaar geleden een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van huisartsen en het ziekenhuis. Enkele enthousiaste en constructieve vergaderingen verder mondde dit uit in het document 'Vroegtijdige Zorgplanning'. Het document werd erg goed onthaald, en wordt nu al gebruikt in meerdere rusthuizen en in de praktijken van huisartsen. In het ZOL wordt het document ondertussen ook verspreid. De diensten die hiermee in aanraking komen krijgen begeleiding van het Comité Medische Ethiek. Het voeren van dergelijke gesprekken is immers niet voor de hand liggend wanneer de expertise hiervoor ontbreekt.

Het is de bedoeling van dit document om wensen van de patiënt - die van belang kunnen zijn om het beleid van een patiënt te bepalen - op te pikken op een informele wijze. Deze wensen worden genoteerd in het dossier. Op deze manier maken zij een feitelijk en juridisch geheel uit van het dossier, en kunnen en mogen zij een medische beslissing beïnvloeden.

Op lange termijn is het de bedoeling dat een gesprek over vroegtijdige zorgplanning vroeger gestart wordt dan tot op heden het geval is. De aldus bekomen wensen van de patiënt worden dan genoteerd in het elektronisch patiëntendossier, hetzij door de specialist in het ziekenhuis, hetzij door de huisarts in zijn praktijk. Op die manier heeft iedereen op elk moment deze gegevens ter beschikking. Voorlopig werken we nog met een papieren versie, die als kopij wordt meegegeven met de patiënt wanneer hij opgenomen wordt of ontslagen wordt in het ZOL. Er wordt gewerkt aan een webapplicatie die toelaat dit document op een eenvoudige en veilige manier in te vullen en/of te raadplegen door bevoegde personen.

Dr. Patrick Noyens
Voorzitter Comité Medische Ethiek





VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING: EEN MOEILIJK ONDERWERP

Hoe omgaan met het levenseinde in het ziekenhuis, thuis of in het woonzorgcentrum? Wat met vroegtijdige zorgplanning? Is er een wilsverklaring? Het Comité Medische Ethiek van het ZOL organiseerde op 23 juni een symposium over zorgplanning en DNR.

Eerste spreker was **dr. Marc Desmet**, arts en actief op de palliatieve dienst van het Jessa Ziekenhuis. Dr. Desmet noemt vroegtijdige zorgplanning een 'moeilijk onderwerp'. Immers 1 op 2 overlijdens wordt beïnvloed door medische beslissingen. Het is dus belangrijk tijdig na te denken over wat men wel of niet meer wil bij het levenseinde, zodat ook de arts hier rekening mee kan houden bij het nemen van beslissingen.

Voor het levenseinde omschrijft dr. Desmet vier mogelijke scenario's. Deze zijn: plotse dood, kanker, orgaanfalen (COPD, nierfalen en hartfalen...) en het lijden aan neurodegeneratieve aandoeningen (kwetsbare en oude mensen). "Mensen leven langer, kwalitatiever, ... maar sterven ook langer. Soms sterven ze eerst een sociale dood. Alzheimerpatiënten bijvoorbeeld raken geïsoleerd maar zijn toch nog ver van de biologische dood. Vandaar het belang van zorgplanning," aldus Desmet.

Het 'ziekenhuis' beschouwt Desmet als een complexe organisatie met heel wat actoren en veel veranderingen, personeelsswissels en verhuizingen. "Het is niet eenvoudig om vroegtijdige zorgplanning binnen deze context te organiseren," stelt hij vast.

Wat is vroegtijdige zorgplanning?

"Vroegtijdige zorgplanning is een breed proces waarbij patiënten samen met hun naasten, met de arts en andere zorgverleners de belangrijkste doelen en wensen vastleggen voor hun toekomstige zorg. Dit proces kan leiden tot een CBT (Codes Beperking Therapie)- of DNR (Do Not Reanimate) -code of een wilsverklaring," aldus Desmet. Zorgverleners krijgen veel vragen van patiënten: 'Wat kan ik op papier zetten', 'wat wil ik op papier zetten', 'wat betekent mijn papier'... In samenwerking met de sociale dienst werd in het Jessa Ziekenhuis een werkinstrument uitgewerkt om zo goed mogelijk op de vragen in te spelen en eventueel te onderzoeken of er nood is

aan vroegtijdige zorgplanning. De ervaring leert ook dat het invullen en ondertekenen van een officieel document niet eenvoudig is.

Dr. Desmet: "Papieren zijn slechts een middel, geen doel op zich. Maar ze kunnen wel aanleiding zijn tot een breder gesprek of uitloper zijn van een gesprek. Individualisering is erg belangrijk."

Dr. Desmet besluit: 'De transitie (naar vroegtijdige zorgplanning) vroeger maken heeft niet alleen effect op hoe mensen sterven, maar mogelijk ook op waar ze sterven' (Boyd & Murray, 2010). Onderzoek suggereert immers dat vroege integratie van palliatieve zorg in het oncologisch traject zorgt voor een betere levenskwaliteit, minder depressieve klachten en een langere mediane overlevingstijd. Daarnaast geeft betrokkenheid van gespecialiseerde palliatieve zorg meer kans om te sterven binnen de normale verblijfplaats, bijvoorbeeld thuis of in het woonzorgcentrum.

Dr. Gert Ghijsebrechts, huisarts en Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) van woonzorgcentrum Hoge Vijf, belichtte DNR en zorgplanning vanuit zijn ervaring. "Zorgplanning heeft veel voordelen. Je respecteert de wil van de patiënt, je kan consequent zijn in je aanpak, er bestaan goede afspraken en de familie is mee in het beslissingsproces. Daarbij brengt dit rust in het team en kan je goede zorg bieden tot op het einde van het leven."

Om het zorgproces te begeleiden, kan gebruik gemaakt worden van volgende werkinstrumenten, aldus Ghijsebrechts: Codes Beperking Therapie (CBT) of Do Not Reanimate (DNR): hierin wordt bepaald welke zorgen niet meer toegediend mogen worden. Deze benadering is sterk medisch georiënteerd.

Dr. Ghijsebrechts: "Vroegtijdige zorgplanning (VZP) gaat over de zorg die we wel nog leveren met betrekking tot de beperkingen van de

persoon. Deze benadering is sterk zorggeoriënteerd. Het is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverlener(s). Hierbij worden toekomstige zorgdoelen besproken en gepland en de waarden en voorkeuren van de patiënt over zijn toekomstige zorg geëxpliciteerd.

Ghijsebrechts maakt een onderscheid tussen een instrumentele en een doelgerichte benadering. "De instrumentele benadering vertrekt van de wilsverklaring en is in feite een samenvatting van de verschillende wettelijke beslissingsmogelijkheden. Een doelgerichte benadering is er op gericht comfortzorg te leveren en de functies van de patiënt zo lang mogelijk te behouden."

Hoe wordt vroegtijdige zorgplanning toegepast? Als er in de huisartsenpraktijk over gesproken wordt, gaat het vaak over 'visie' en is de dood meestal nog veraf, aldus Ghijsebrechts. Maar bij snel evoluerende oncologische pathologie of chronische pathologie met orgaanfalen of dementie is een gesprek over beslissingen rond het levenseinde noodzakelijk. Dit start best zo vroeg mogelijk en zeker bij veranderingen van de gezondheidstoestand of bij palliatieve situaties. De patiënt verwacht vaak dat de zorgverlener de gesprekken opstart en deze maakt er dan best ook uitgebreid tijd en ruimte voor, besluit Ghijsebrechts.

Dr. Mouloud Kalaai, spoedarts, gaf een toelichting over vroegtijdige zorgplanning in de islam. "Je kan niets zeggen over vroegtijdige zorgplanning in de islam zonder ook iets over de islam te weten," aldus Kalaai. "In de islam wordt de dood gezien als spiritueel, het begin van een nieuw leven. Daarbij is de dood een vorm van barmhartigheid en een zegen van God voor de gelovige. De hoop mag niet opgegeven worden, zelfs niet op het sterfbed."

"In de islam is euthanasie gelijk aan zelfmoord. Het is geen oplossing voor problemen of pijn en leidt integendeel tot eeuwig lijden. Anal-

gesie of sedatie zijn wel toegelaten op voorwaarde dat de intentie tijdelijk is. Palliatieve sedatie om de dood in te leiden is verboden. Een DNR-protocol tot slot is toegelaten maar moet goed gemotiveerd zijn door de artsen. Het is enkel toegelaten bij een uitbehandelde patiënt en moet casus per casus bekeken worden."

Karla Briers, zorgcoördinator en lid van het Comité Medische Ethiek, gaf een toelichting bij de ervaringen rond vroegtijdige zorgplanning in het ZOL. Er werd recent een formulier ontwikkeld in samenwerking met de huisartsen van Prometheus dat ter beschikking gesteld werd aan patiënten op de dienst Hemodialyse. Na vier weken werd reeds 15 percent van de formulieren ingevuld terugbezorgd.

Het formulier bevat een bevraging van de persoon zelf over wat hij wil weten over zijn gezondheidstoestand, wat hij belangrijk vindt in zijn leven, welke zorgen hij wel of niet wil en of er wettelijke regelingen getroffen zijn (wilsverklaring).

Ingevulde formulieren worden toegevoegd aan het patiëntendossier. Tijdens de verdere behandeling van de patiënt wordt dieper ingegaan op de formulieren en de geformuleerde wensen. In het najaar wordt het document ter beschikking gesteld van andere diensten in het ziekenhuis.

Dr. Philip Exelmans, lid van de huisartsenkring Prometheus, gaf tot slot een overzicht van de initiatieven die in de regio genomen worden om aan sensibilisatie te doen rond vroegtijdige zorgplanning bij burgers en zorgverleners in de eerste lijn. Voor de woonzorgcentra werd samen met het ZOL een document ontwikkeld waarin aspecten van VZP en DNR geïntegreerd zijn. Bedoeling is dat het ook een transferdocument wordt wanneer de patiënt naar het ziekenhuis gaat. Zo gaat informatie met betrekking tot keuzes van de patiënt bij het levenseinde niet verloren.



Prof. dr. Philip Caenepeel: "In het ZOL worden jaarlijks ruim 10.000 endoscopies uitgevoerd, waarvan de helft coloscopies. Bij twee procent van de coloscopies, of een honderdtal patiënten per jaar, wordt darmkanker als diagnose gesteld."

Het team van de dienst Gastro-enterologie (enkele medewerkers ontbreken op de foto).

ZOL OPENT NIEUWE DIENST GASTRO-ENTEROLOGIE

Begin juli werd de gerenoveerde dienst Gastro-enterologie in gebruik genomen. De vernieuwde dienst streeft ernaar de best mogelijke zorg te verstrekken, op een efficiënte manier in een context die rust uitstraalt. De basis hiervoor ligt bij de nauwe samenwerking tussen het secretariaat, de verpleegkundigen en de artsen.

Jullie beschikken nu over de meest moderne apparatuur voor de opsporing van darmkanker?

Medisch diensthoofd prof. dr. Philip Caenepeel: "In het ZOL worden jaarlijks ruim 10.000 endoscopies uitgevoerd, waarvan de helft coloscopies. Bij twee procent van de coloscopies, of een honderdtal patiënten per jaar, wordt darmkanker als diagnose gesteld. Met onze vernieuwde endoscopie-infrastructuur, die zeer performant is en een zeer hoge resolutie heeft, zijn we perfect uitgerust om darmkanker in een vroegtijdig stadium op te sporen. Dit is ook het doel van het colonkanker screeningsprogramma van de overheid."

"Op basis van cijfers uit het Belgisch kankerregister weten we dat onze vijfjaarsoverlevingscijfers (2009-2013) overeen komen met die van Vlaanderen en België: ongeveer 90-95 % voor stadium I, 85-90 % voor stadium II, 70 % voor stadium III en 20 % voor stadium IV (gemetastaseerde darmkanker)."

De gerenoveerde afdeling straalt rust uit zodat de patiënt zich veilig en op zijn gemak voelt.

"Alles hier is opgebouwd rond efficiëntie en tegelijk rust, privacy en tegelijk strikte monitoring. We streven naar een uitstraling van professionaliteit en sereniteit."

Hoe is de nieuwe afdeling ingericht?

"De nieuwe afdeling is heel wat groter dan de oude en bestaat uit vijf endoscopiezalen, een desinfectie-eenheid of wasstraat, een dagziekenhuis, raadplegingsruimtes, wachtruimtes en een secretariaat."

De nieuwe endoscopiezalen en de wasstraat voor de endoscopen zijn echt wel het neusje van de zalm!

"Onze vijf endoscopiezalen zijn ingericht als operatiezalen. Samen met het ziekenhuisbeheer werd ook geïnvesteerd in hoog performant endoscopiemateriaal. De aanwezigheid van dubbele monitoren verbetert de samenwerking tussen verpleging en artsen. In de toekomst zullen de endoscopische beelden opgeslagen worden in het elektronisch patiëntendossier. Van elk endoscopisch onderzoek wordt onmiddellijk een uitgebreid verslag geschreven."

"De desinfectie-eenheid is high-tech ingericht met een duidelijk gescheiden vuile en propere kant. Het traject van de endoscopen is volledig traceerbaar. De droogkasten zorgen voor een prima bewaring van de gedesinfecteerde endoscopen."

Is er veel aandacht voor het comfort van de patiënt?

"De endoscopen zijn van de nieuwste soort en zijn veel flexibeler, dunner en dus pijnlozer voor de patiënt."



"In het dagziekenhuis Endoscopie wordt gestreefd naar een evenwicht tussen privacy, met afgescheiden uitruimtes, en continue, centrale monitoring. Om dit mogelijk te maken, wordt verpleegpermanentie voorzien."

Ook de raadplegingsruimten werden volledig vernieuwd?

"De raadplegingsruimtes zijn modern en functioneel ingericht. Onze zes gastro-enterologen kunnen elke pathologie aan maar subspecialisatie maakt ook de behandeling van zeldzame ziekten mogelijk. In onze dienst zijn er de subspecialisaties hepatologie, functionele maag-darm ziekten, inflammatoire darmziekten, therapeutische endoscopie en gastro-intestinale oncologie, gelijklopend met de consulentschappen in het UZ Leuven. Een aantal van onze artsen zijn ook nauw verbonden met Universiteit Hasselt voor lesopdrachten en wetenschappelijk werk."

Hoe proberen jullie de wachttijden voor patiënten tot een minimum te beperken?

"Het secretariaat helpt bij een efficiënte organisatie van de patiëntenstroom met als doel de wachttijden tot een minimum te beperken. Het systeem van urgentieraadplegingen zorgt ervoor dat verwijzende huis-

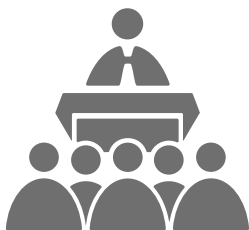
artsen op dezelfde dag een dringende raadpleging voor hun patiënten kunnen bekomen. Hierdoor vermindert ook de druk op de dienst Spoedgevallen."

Jullie werken ook samen met een heel aantal diensten uit het ziekenhuis?

"De aanpak van darmkanker is multidisciplinair en vergt een professionele samenwerking tussen de diensten Gastro-enterologie, Abdominale Heelkunde, Anesthesie, Oncologie-Radiotherapie, Anatomopathologie, het dagziekenhuis, verpleegeenheden, oncocoaches ..."

Hoe zien jullie de toekomst?

"In de toekomst is het de bedoeling om de therapeutische endoscopie verder uit te bouwen. We specialiseren ons in ingewikkelde echo-endoscopische procedures, ingewikkelde galweg-pancreas procedures (ERCP), de behandeling van bloedingen en in stentprocedures. We rekenen het immers tot onze opdracht om, als ziekenhuis met ruim 800 bedden, derdelijns pathologie adequaat te behandelen. Ook deze behandelingen vereisen trouwens een multidisciplinaire aanpak en een goede samenwerking met de diensten Anesthesie, Abdominale Heelkunde en Interventionele Radiologie."



SYMPOSIUM

NEUROCHIRURGIE EN ORTHOPEDIE

Op zaterdag 21 januari organiseren de diensten Neurochirurgie en Orthopedie een symposium. Topics zijn locomotorische problemen bij ouderen, de positie van de hedendaagse arts in het juridische landschap en innovatieve concepten binnen neurochirurgie en orthopedie.

In de voormiddag wordt het locomotorisch, multidisciplinair traject toegelicht. Deze raadpleging richt zich op oudere mensen met gangmoeilijkheden en wordt opgestart in 2017. Zowel de diensten neurochirurgie, orthopedie, fysische geneeskunde als geriatrie zijn hierbij betrokken.

"Mensen worden minder mobiel en hebben pijn bij het lopen: waarom? Is dat omwille van hun heup of knie, of omwille van hun rug. En hoe kunnen we dit het best aanpakken?" verduidelijkt neurochirurg dr. Weyns. "Bedoeling is dat de huisartsen ons feedback geven over de noden, over wat we wel en niet moeten doen en hoe we de samenwerking met de eerste lijn best kunnen organiseren."

's Middags is er een tussensessie over juridische aspecten, accreditering, het informed consent en het Fonds Medische Ongevallen (FMO). Dr. Weyns: "Zowel huisartsen als specialisten hebben hier altijd veel vragen over. Vandaar dat we ook mr. Dewallens, specialist gezondheidsrecht, en Mia Honinckx, directeur FMO, uitgenodigd hebben."

In de namiddag zijn er parallelle workshops voor zowel orthopedisch chirurgen als neurochirurgen. Dr. Weyns: "Orthopedie omdat er de laatste jaren heel wat artsen bijgekomen zijn die nieuwe technieken toepassen. En neurochirurgie omdat er met onder andere de peroperatieve CT-scanner ook hier heel wat nieuwigheden zijn."

Aan Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren is gevraagd om het standpunt en de initiatieven van de overheid toe te lichten.

Meer info en inschrijvingen: www.zol.be/symposia

RICHTLIJN PALLIATIEVE SEDATIE



Het Comité Medische Ethiek van het ZOL werkte een richtlijn en een checklist uit voor de toediening van palliatieve sedatie. De policy is gebaseerd op de richtlijn palliatieve sedatie van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.

Palliatieve sedatie is een bijzondere vorm van comfortzorg met als doel het lijden te verlichten door het bewustzijn te verlagen. Omdat er gebruik gemaakt wordt van sedativa is palliatieve sedatie in principe ook omkeerbaar. Het is geen levensbeëindigende handeling.

Bij patiënten in hun laatste levensfase is comfort uiterst belangrijk. Lichamelijke, emotionele, sociale en/of spirituele onge-

makken kunnen door een goede palliatieve zorg verholpen worden. Echter soms kunnen bepaalde ongemakken moeilijk of niet onder controle gehouden worden ondanks toediening van medicatie. Deze ongecontroleerde ongemakken worden refractaire symptomen genoemd.

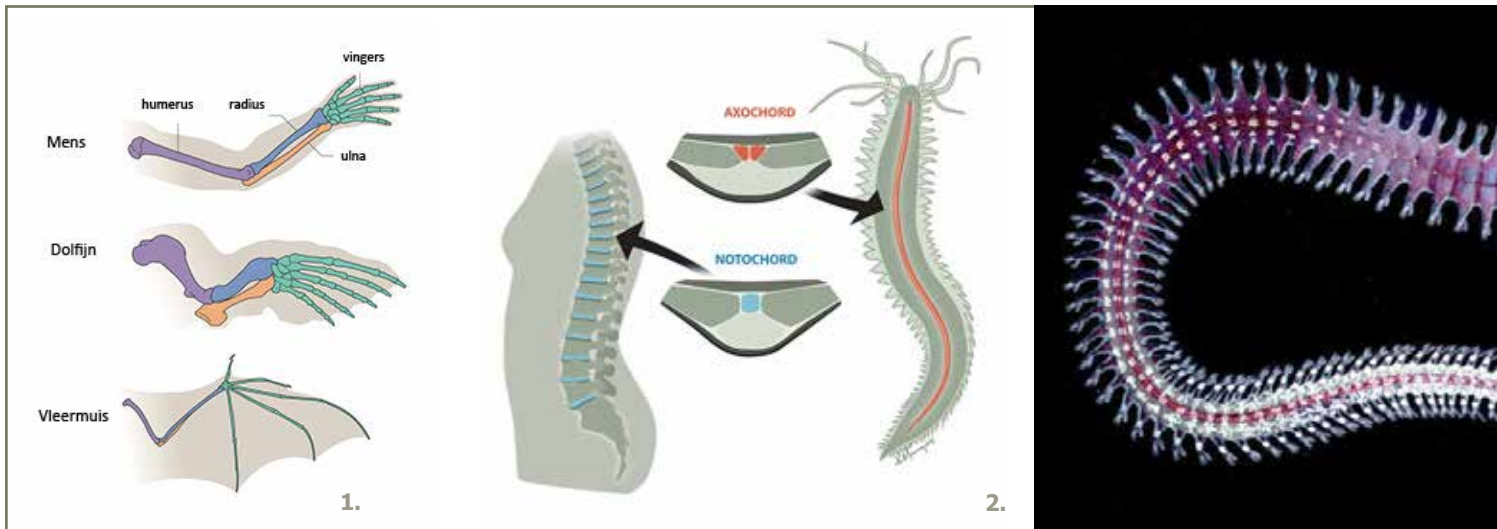
Het toedienen van palliatieve sedatie is een medische beslissing. Voor de arts tot deze beslissing kan overgaan, dient hij of zij eerst de uitgebreide checklist te doorlopen zodat voldaan is aan alle vooropgestelde indicaties en voorwaarden. Dit om de zorgvuldigheid en zorgzekerheid te garanderen.

De arts kan in overleg met de patiënt en zijn naasten overgaan tot palliatieve sedatie. Hierbij wordt het bewustzijn van de patiënt

verlaagd met behulp van medicatie zodat het lijden wegvalt.

Palliatieve sedatie kan enkel opgestart worden als de patiënt een ongeneeslijke ziekte heeft en ondraaglijk lijdt owv refractaire symptomen. Daarbij moet de patiënt zich in een terminale levensfase bevinden en zijn geïnformeerde toestemming geven. Als de patiënt niet meer wilsbekwaam is, kan ook de wettelijk vertegenwoordiger toestemming geven.

Voor gestart wordt met palliatieve sedatie dient te worden afgesproken welke diepte en duur van sedatie juist zal worden nagestreefd. Deze beslissing wordt genomen in overleg met de patiënt of zijn vertegenwoordiger. Hierbij wordt uiteraard rekening gehouden met de specifieke symptomen en de comfortbehoeften.



HET NOTOCHORD

Wie aan bed gekluisterd ligt met een fameuze hernia kan misschien troost vinden bij de lange evolutionaire geschiedenis van het notochord die aantoont dat er een verband bestaat tussen de menselijke tussenwervelschijf en een spiertje in een ongewervelde borstelworm.

Homologie

Op het eerste gezicht vertonen de arm van een mens, de vin van een dolfijn en de vleugel van een vleermuis weinig gelijkenis maar als men ze anatomisch analyseert, ziet men net hetzelfde bouwplan. Vanuit het schoudergewricht vertrekt een lang been (humerus), daarna komt een gewricht (elleboog), daarna volgen twee lange beenderen (radius en ulna), dan een cluster van kleine botjes (handwortelbeentjes) en ten slotte vijf kleine lange beenderen (vingers).

Tot dit inzicht kwam de Britse onderzoeker Richard Owen (1804-1892) na jarenlang vergelijkende studie van de anatomie bij mens en dier. In 1843, dat is 16 jaar voordat Charles Darwin *The Origin of Species* publiceerde, bedacht hij daarvoor de term 'homologie'.

De lengte en de vorm van de diverse botten kunnen aardig wat verschillen, maar het patroon is hetzelfde. Dit ongeacht of het schepsel daarmee vliegt, zwemt of een boek schrijft.

Notochord

Onlangs bestudeerde Detlev Arendt, bioloog aan het European Molecular Biology Laboratory Heidelberg, een ietwat vergeten embryonale structuur in ons lichaam, het notochord. Het is een lange kraakbenige staaf die zich aan de rugzijde van het menselijke embryo ontwikkelt en voor het eerst beschreven werd door Karl Ernst von Baer (zie eponiemenkabinet).

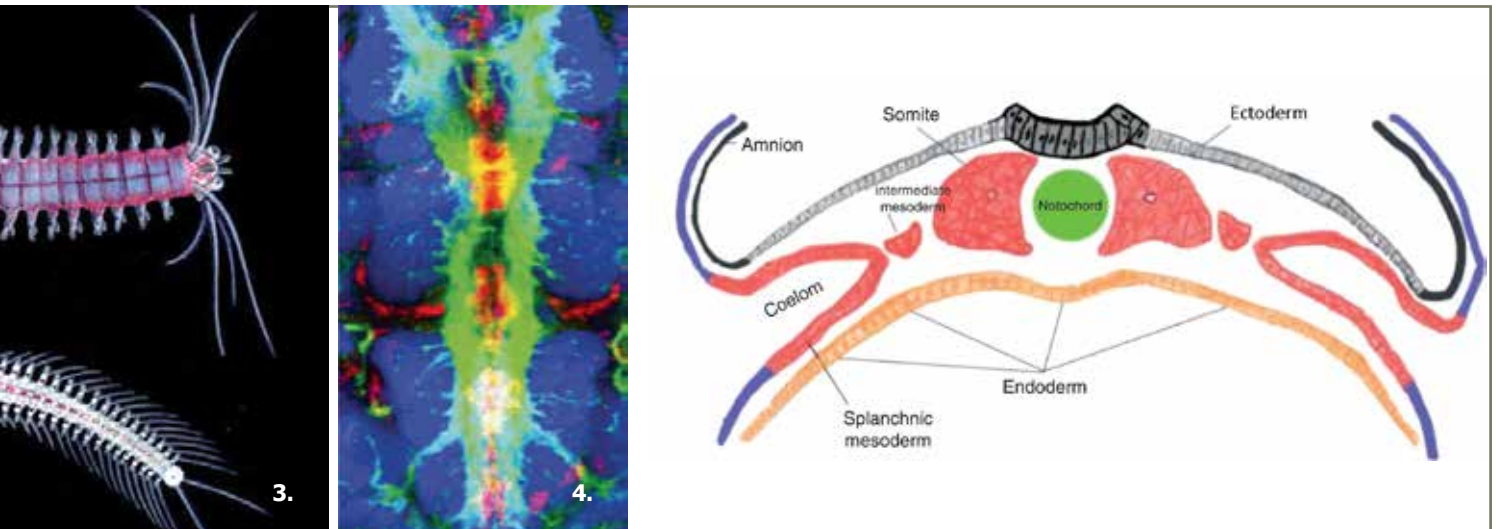
Niet alleen mensen ontwikkelen een notochord maar ook vogels, reptielen, amfibieën en vissen. Alle dieren die embryologisch een notochord ontwikkelen behoren tot dezelfde groep: de 'Chordatae' of chordadieren. Het moet zowat 550 miljoen jaar geleden zijn dat het notochord in de chordadieren verscheen. In tegenstelling tot de andere chordatae behouden lancetvisjes (onze meest nabije ongewervelde verwanten)

deze embryonale structuur levenslang als enige 'ruggensteun'. Bij de anderen nam de ruggengraat de steunende functie over maar de notochordcellen doen nog méér. In het embryo van de gewervelde dieren sturen ze chemische signalen uit die de omringende cellen instructies geven om te ontwikkelen tot zenuwen, bloedvaten of kraakbeen.

De oorsprong van het notochord

In Heidelberg vroegen Detlev Arendt en zijn collega's zich af, hoe en wanneer het notochord ontstond. Inktvissen hebben er geen en ook mosselen, kakkerlakken of vogelspinnen niet. Waar komt het notochord, dat zo uniek is voor de chordadieren, dan vandaan? Ontstond het uit het niets tijdens het evolutionaire begin van de chordadieren, of was het zelf geëvolueerd uit een structuur uit een nog dieper verleden?

Om daarop een antwoord te vinden beslisten de wetenschappers om de genetische structuur van de notochordcellen in een embryo te ontrafelen. Meteen vonden ze dat de notochordcellen een zeer specifieke combinatie van genen inschakelen. De volgende vraag was dan of die specifieke genetische signatuur van het notochord, ook in niet-chordadieren aanwezig was. Bijvoorbeeld in organismen met een week lichaam zoals aardwormen, pieren of borstelwormen die men in het schoon Latijn platynereis noemt. Arendt en zijn collega's voegden aan hun



1. Homologie; Zimmer and Emlen, Evolution: Making Sense of Life., 2. homologie tussen axochord en notochord; Lauri et al, Science 2014, 3. borstelworm: de zee worm platynereis., 4. borstelworm met spier (rood) die op dezelfde plaats verschijnt als het notochord (blauw).

larven fluorescerende stoffen toe die specifiek zouden oplichten als ze ergens de genetische signatuur van notochordcellen vertoonden. Al hadden ze het heimelijk verwacht, toch waren ze blij verrast toen hun kleine borstelwormpjes fluoresceerden. En nog meer verrast toen daar een patroon in zat. Het was een soort kerstboomachtige structuur die van kop tot staart liep en overeenkwam met een laag spieren waarmee ze rondkroten. Ze noemden die lange spierlijn het 'axochord'.

Enig nut voor de mens?

Mensen en borstelwormen delen een 700 miljoen jaar oude gemeenschappelijke voorouder die een kop, lichaam en staart had, en een onderscheiden linker- en rechterkant. Omdat ze bilateraal symmetrisch waren, werden ze 'bilateria' genoemd.

Hoe zagen de eerste bilateria er nu uit en hoe ontwikkelden ze zich in de loop der tijden tot zo'n caleidoscoop van organismen? Een van de grote verrassingen in de geschiedenis van de biologie is de ontdekking dat de genen die instaan voor de bouw van bilateria onderling sterke gelijkenissen vertonen. Het oog van een mens en van een vlieg ziet er helemaal anders uit maar de bouw ervan berust op eenzelfde constellatie van genen. Ook de genen die instaan om de voor- en achterkant uit elkaar te houden, zijn nagenoeg dezelfde.

Transformatie

Uit het genetisch onderzoek van Detlev Arendt blijkt dat de eerste bilateria een voorloper van ons notochord bezaten, het axochord. Het ligt op dezelfde plaats in het embryo en ontwikkelt zich verder tot een langwerpige spier waarmee ze konden kruipen. Hun nakomelingen vertakten zich in verschillende lichaamsvormen en in enkele takken transformeerde (muteerde) het axochord tot een structuur die er vandaag helemaal anders uitziet, zoals de tussenwervelschijf bij mensen.

Het onderzoek van Detlev Arendt suggereert dat de signalen die de notochordcellen ontvingen lichtjes veranderd zijn ten opzichte van deze die vroeger het axochord instrueerden en dat die structuur omschakelde van spier naar kraakbeen. Dit is niet onmogelijk en is eenvoudiger dan gedacht. Voor het ontstaan van een Fibrodysplasia ossificans progressiva (FOP) bijvoorbeeld, een ziekte waarbij bindweefsel geleidelijk overgaat in kraakbeen en dan in botweefsel, is er slechts één mutatie nodig.

FOP is een uiterst zeldzame ziekte, dit in tegenstelling tot een ziekte die rechtstreeks in verband staat met onze tussenwervelschijf, de gevreesde discus hernia (lumbago of het vershot). Ongeveer één op de drie mensen krijgt er in zijn leven last van. Het is het gevolg van de transformatie van het axochord

naar het notochord en de daarop volgende evolutie van notochord tot de kraakbenige tussenwervelschijven. En blijkbaar zijn die kraakbenige stootkussens niet opgewassen tegen het rechtop lopen van de homo sapiens, die in deze positie bierbakken of nog zwaardere voorwerpen probeert op te tillen.

Dus als u aan bed gekluisterd ligt met een lumbago, steek de schuld dan niet op die bierbak maar denk aan de miljoenen jaren lange evolutionaire geschiedenis van uw broze discus.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog



AANKONDIGING NIEUWE ZOL ARTSEN

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



Dr. Gwendolyn de Bruyn, pediatrie en kinderneurologie

Dr. de Bruyn behaalde haar artsendiploma in 2007 aan de KU Leuven. Haar specialisatie-opleiding in de kindergeneeskunde volgde ze in AZ Damiaan Oostende, AZ Sint-Jan Brugge en UZ Leuven.

De specialisatie kinderneurologie volbracht ze in UZ Leuven. Dr. de Bruyn volgde ook een bij-

komende opleiding voor de behandeling van epilepsie gedurende één jaar als fellow in Cleveland Clinic Epilepsy Center in de Verenigde Staten.

Dr de Bruyn zal zowel actief zijn in het ZOL als in UZ Leuven.

In het ZOL zal dr. de Bruyn zich voornamelijk toelleggen op kinderneurologie met een bijzondere interesse voor epilepsie.

Dr. Lore Lambrichts, ouderenspsychiatrie

Dr. Lore Lambrichts behaalde in 2011 haar artsendiploma met onderscheiding aan de KU Leuven. Ze volgde haar specialisatie-opleiding psychiatrie in UZ Leuven, UPC Kortenberg en P.K. Alexianen Tienen. Daarnaast behaalde ze een postgraduaat in de gedragstherapie aan de KU Leuven.

Dr. Lore Lambrichts zal zich in het ZOL toelleggen op ouderenspsychiatrie, dit in nauwe samenwerking met de dienst Geriatrie. Haar activiteiten zullen hoofdzakelijk bestaan uit diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen bij ouderen, inclusief differentieel diagnostiek van cognitieve stoornissen en dit op de afdeling Psychogeriatrie, de raadpleging ouderenspsychiatrie en liaison ouderenspsychiatrie.



Dr. Ben Van Bylen, anesthesie

Dr. Ben Van Bylen behaalde zijn artsdiploma in 2011 aan de KU Leuven. Zijn specialisatie-opleiding in de anesthesie volgde hij aan UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Marc Van de Velde en aan het ZOL onder leiding van dr. René Heylen.

Dr. Van Bylen zal deel uitmaken van de medische staf van de dienst Anesthesie van het ZOL. Hij zal voornamelijk actief zijn in het operatiekwartier waar hij bijzondere interesse heeft voor cardioanesthesie. Daarnaast zal hij werken op de dienst Spoedgevallen en op de dienst Intensieve Zorgen.



Dr. Astrid Van Lantschoot, anesthesie

Dr. Astrid Van Lantschoot behaalde haar artsdiploma in 2010 aan de UGent. Haar specialisatie-opleiding anesthesie volgde ze aan UZ Gent bij prof. dr. Wouters en in het ZOL.

Ze was één jaar fellow kinderanesthesie aan het UMC Radboud in Nijmegen. Het afgelopen jaar was ze actief als resident in het Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) van het ZOL.

Intussen specialiseert ze zich verder in de behandeling van chronische pijn.

Dr. Van Lantschoot zal deel uitmaken van de staf anesthesie en werken in het operatiekwartier, het MPC, op Intensieve Zorgen en op de dienst Spoedgevallen.



Dr. Bob Bloemendaal, abdominale heelkunde

Dr. Bob Bloemendaal behaalde zijn artsdiploma in 2005 aan de Universiteit van Utrecht. In 2010 beëindigde hij zijn doctoraatsthesis 'Staphylococcus aureus transmission: clinical and molecular aspects'.

Zijn specialisatie-opleiding in de abdominale heelkunde volgde dr. Bloemendaal aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht onder leiding van prof. dr. I.H.M. Borel Rinkes en aan het Meander Medische Centrum in Amersfoort onder leiding van dr. A. J. Van Overbeeke.

In 2014 en 2015 was hij actief als fellow Pelvic Floor & Colorectal Surgery en in 2015 en 2016 werkte hij als senior fellow Inflammatory Bowel Diseases (IBD) & Colorectal Surgery, beide in de Oxford University Hospitals in het Verenigd Koninkrijk.

In het ZOL zal dr. Bloemendaal actief zijn op de dienst Abdominale Heelkunde. Hier zal hij zich toeleggen op algemene abdominale heelkunde en daarnaast in het bijzonder op colorectale chirurgie, bekkenbodembchirurgie, IBD-chirurgie, proctologie en minimaal invasieve chirurgie.



WETENSCHAPPELIJKE RAAD > PROGRAMMA 2016-2017

Aula (G9.10)

campus Sint-Jan (tenzij anders vermeld)

- Donderdag 27 oktober 2016 | van 20.30 tot 22.30 uur
**Het maligne melanoom;
diagnose en behandeling**
Rubriek 2 – 2 CP
- Donderdag 24 november 2016 | van 20.30 tot 22.30 uur
Robotica in de urologie
Rubriek 2 – 2 CP
- Zaterdag 26 november 2016 | van 8.30 tot 12.30 uur
24ste Regionaal symposium LOC
(Limburgs Oncologisch Centrum)
Rubriek 2 – 2 CP

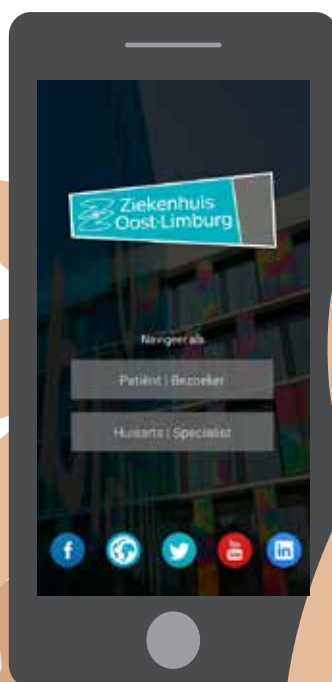
Locatie: Jessa ziekenhuis; campus Salvator
- Donderdag 22 december 2016 | van 20.30 tot 22.30 uur
One track for hip-spine problems in the elderly
Rubriek 2 – 2 CP
- Donderdag 26 januari 2017 | van 20.30 tot 22.30 uur
Coloncarcinoom: personalized treatment
Rubriek 2 – 2 CP
- Donderdag 23 februari 2017 | van 20.30 tot 22.30 uur
**Hematurie en proteïnurie bij kind & volwassene,
een uitdaging voor huisarts & specialist**
Rubriek 2 – 2 CP
- Donderdag 23 maart 2017 | van 20.30 tot 22.30 uur
De geneugten van alcohol?
Rubriek 2 – 2 CP
- Zaterdag 22 april 2017 | van 9 tot 12.30 uur
Symposium Cardiologie 2017
Rubriek 2 – 3 CP
Locatie: Eurocoop Genk
- Donderdag 27 april 2017 | van 20.30 tot 22.30 uur
Neuropathische pijn: een draak met veel koppen
Rubriek 2 – 2 CP
- Zaterdag 6 mei 2017 | van 9 tot 12.30 uur
**Psychologie in het ziekenhuis:
de black box ontrafeld**
Rubriek 2 – 3 CP

Trace: Wetenschappelijke inzichten rond behandeling
van frequent voorkomende psychologische klachten
- Donderdag 18 mei 2016 | van 20.30 tot 22.30 uur
Endocarditis, multidisciplinaire aanpak een must!
Rubriek 2 – 2 CP
- Donderdag 22 juni 2017 | van 20.30 tot 22.30 uur
De multidisciplinaire aanpak van vulva pathologie
Rubriek 2 – 2 CP

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

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

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



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever:

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur ZOL

Redactie en samenstelling:

Grete Bollen

Werken mee:

Dr. Rob Bielen
Dr. Joris Duerinckx
Jurgen Ritzen
Dr. Geert Robaeyns
Dr. Patrick Noyens
Dr. Griet Vander Velpen
Dr. Johan Van Robays

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
Shutterstock
Micha Vandormael
Els Verbakel
Marco Mertens
Dissectiekamer: @PhotoStraka

Lay-out:

Lisa Castelli &
Liesbeth Grondelaers,
dienst Communicatie

Redactie:

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

www.zol.be

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

PARTNERS IN ZORG



Dr. Bernard Bynens, uroloog en Ludo Schiphorst

Omdat hij diabetes heeft, laat Ludo Schiphorst (62) uit Rekem om de drie maanden zijn bloed onderzoeken via zijn huisarts. De huisarts liet ook zijn PSA-waarden mee bepalen en hieruit bleek dat Ludo prostaatkanker had.

Ludo Schiphorst: "De huisarts verwees me naar de uroloog en zo kwam ik uiteindelijk bij dr. Bynens terecht. Ik was erg geschrokken van de diagnose. Ik had immers geen klachten en geen pijn. Dr. Bynens, een erg fijne man, heeft me haarfijn uitgelegd hoe hij me met een joystick en pedalen zou opereren. Hij heeft me helemaal gerustgesteld. Ik heb hem gevraagd of ik eerst nog op vakantie kon in Oostenrijk. Dat was geen probleem."

"Ik wilde zeker geopereerd worden met een operatierobot. Vrienden van mij hadden me gezegd dat dit veel voordelen heeft. En ze maken maar vijf kleine gaatjes in je buik, een heel verschil met een grote snee zoals bij een klassieke operatie."

"Vlak voor de operatie is dr. Bynens nog bij me geweest. Hij heeft me helemaal op mijn gemak gesteld. Toen ze me de operatiezaal binnen brachten, dacht ik dat ik in een sciencefiction film beland was. Ik lag

daar op een bedje met 5 of 6 personen rond me, vlakbij die grote robot. Magnifiek allemaal, maar dan doen ze je in slaap en is het filmpje weg."

"De operatie heeft lang geduurd zei de dokter. Zowat 3 uur, omdat naast de prostaat ook de lymfeklieren werden weggenomen. In de recovery had ik het zo koud dat ik een verwarmd dekentje kreeg waar ze warme lucht onder bliezen. Ze hebben echt hun best gedaan om goed voor me te zorgen. Voor de pijn kreeg ik medicatie, niets op aan te merken. Ik ben tiptop verzorgd, ook daarna op de afdeling."

"Gisteren ben ik voor de eerste keer uit bed gekomen en morgen mag ik al al naar huis, één dag vroeger dan gepland. Met goede afspraken voor thuisverpleging komt dat wel in orde. En ook bij mijn huisarts kan ik altijd terecht. Alles is te regelen. Ik zal ook oefeningen moeten doen bij een kinesist om mijn bekkenbodemspieren te versterken. Het is mij allemaal heel goed uitgelegd."

"Als alles goed gaat, kan ik met Kerstmis al terug naar Oostenrijk. Ik ga daar al 40 jaar naartoe, het is mijn tweede thuis, ik heb er goede vrienden. Ik heb er alle vertrouwen in, dr. Bynens brengt me wel terug op de been."