

ZOLarium

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Jaargang 17 nr. 63 | januari • februari • maart • 2017



PROF. DR. W. MULLENS: "ZORG VERBETEREN DOOR INZETTEN VAN HARTFALEN CAREGIVERS."

ROBOTCHIRURGIE
IN HET ZOL

NIEUWE BEHANDELINGEN
BIJ BEKKENBODEMKLACHTEN

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK
BIJ BEDPLASSEN



VAN ZIEKENHUIS NAAR ZORGNETWERKEN

Het nieuwe jaar is intussen al een maand opgeschoten. Toch houd ik eraan om u en uw dierbaren alsnog een gezond en warm 2017 toe te wensen. Het zal u niet verbazen dat we in het ZOL reeds volop gestart zijn met het uitvoeren van de plannen die we voor dit jaar uitgetekend hebben. We zullen daarbij onze rol als toonaangevend derdelijns referentieziekenhuis blijven opnemen en inzetten op onze corebusiness, namelijk het stimuleren van innovatie en het uitbouwen van expertfuncties en van multidisciplinaire raadplegingen.

Nieuwe expertfuncties die in de startblokken staan zijn onder meer de uitbouw van lymfchirurgie bij borstreconstructies en de uitbouw van echo-endoscopische gastro-enterologische interventies. Ook willen we in 2017 nieuwe artsen aantrekken voor respectievelijk laparoscopische leverchirurgie en voor oncologische oftalmologie.

En we kunnen er niet omheen: het zorglandschap in Vlaanderen is drastisch aan het wijzigen. We evolueren stilaan van ziekenhuizen naar zorgnetwerken. We zullen nog meer moeten samenwerken, nog meer moeten denken en handelen vanuit netwerken. En net zoals we dat op medisch vlak doen, zo trachten we ook op organisatorisch, operationeel en strategisch vlak een voortrekkersrol te spelen.

Vandaar dat we recent een bijkomende dimensie gegeven hebben aan onze samenwerking met het Mariaziekenhuis van Overpelt, een samenwerking die perfect kadert binnen deze visie. We zullen in 2017 naartoe verder werken om ook de rest van het ziekenhuis- en zorglandschap in Noord-Oost Limburg nauw bij dit netwerk te betrekken. Want een samenwerking die transparant en op het vlak van communicatie uniform verloopt, daar plukt iedereen de vruchten van. De ziekenhuizen, de patiënten, maar zeker ook de huisarts die een schakel wordt in het zorgproces en veel minder een doorgeefluik van informatie tussen ziekenhuizen waarnaar zijn patiënt wordt doorverwezen. Bovendien is het aangenaam voor de huisarts dat zijn patiënt in een ziekenhuis dicht bij huis behandeld wordt terwijl hij er toch zeker van kan zijn dat de zorg die zijn patiënt te beurt valt de best mogelijke is.

Netwerken en samenwerken zijn dus codewoorden om proactief het hoofd te bieden aan de wijzigende situatie in de ziekenhuissector. We blijven daarop inzetten, zowel met de eerste als met de tweede lijn. Het vormen van netwerken wil echter niet zeggen dat de keuzevrijheid van de patiënt of van de huisarts als doorverwijzer beknot mag worden. Ziekenhuizen mogen nooit een exclusieve claim leggen op burgers of professionals die naar gespecialiseerde medische zorg op zoek zijn. Niet om netwerkredenen, niet om geografische redenen en niet om eender welke andere reden. Wij blijven ervan overtuigd dat de intrinsieke en aantoonbare kwaliteit van zorg de trigger moet blijven waarom patiënten voor ons ziekenhuis kiezen en in uitbreiding het netwerk waarvan wij deel uitmaken.

Dr. Griet Vander Velpen,
Medisch directeur

INHOUD

- 4 Nieuwjaarsreceptie voor huisartsen en ZOL-specialisten
- 6 Prof. dr. Wilfried Mullens over de heropnamegraad van hartfalenpatiënten
- 12 Rode Neuzendag
- 14 Interventionele Radiologie

EPONIEMENKABINET

- 20 Live a Life
- 21 Robotingrepen in het ZOL
- 25 MPC ontvangt Vlaamse Pijnliga op nationale patiëntendag
- 26 Bekkenbodemplachten
- 30 Van raadpleging bedplassen naar multidisciplinaire aanpak
- 32 Voet-ortheses
- 36 Islam en ethische kwesties in de gezondheidszorg

DISSECTIEKAMER

- 40 Samenwerking Mariaziekenhuis en ZOL
- 41 Nieuwe ZOL-artsen
- 44 Partners in de zorg

06 HEROPNAMEGRAAD VAN HARTFALENPATIËNTEN DAALT MET 300% DOOR INNOVATIEVE AANPAK



De behandeling van hartfalen is de laatste tien jaar erg geëvolueerd, zowel in het ziekenhuis als erbuiten. Waar hartfalen werd beschouwd als een snel evolutieve ziekte kunnen we de ziekte in het ZOL nu vaak goed controleren dankzij de innovatieve en unieke aanpak binnen een multidisciplinair kader en in nauw overleg met de eerste lijn.

14 SAMENWERKING ZOL EN JESSA VOOR INTERVENTIONELE RADIOLOGISCHE BEHANDELINGEN



Het Ziekenhuis Oost-Limburg en het Jessaziekenhuis werken sedert 2 augustus 2016 samen op het vlak van interventionele radiologische behandelingen. Bedoeling van de samenwerkingsovereenkomst is een samenwerking opzetten waarbij beide partijen afspraken maken over welke activiteit gecentraliseerd wordt in het ZOL en welke aangeboden wordt op beide vestigingsplaatsen.

21 ROBOTINGREPEN IN HET ZOL



Het ZOL beschikt sinds 26 maart 2014, als eerste Limburgse ziekenhuis, over een operatie-robot. Met de Da Vinci SI Xi wil het ZOL de dienstverlening aan haar patiënten verder optimaliseren. De ultramoderne robot wordt op dit ogenblik gebruikt door de diensten Abdominale Heelkunde, Cardiologie, Gynaecologie, Urologie en Vaatheelkunde. Zij hebben de afgelopen jaren al heel wat ervaring opgebouwd. Andere diensten zullen wellicht volgen.

28 DR. BOB BLOEMENDAAL OVER BEKKENBODEMKLACHTEN



"Maar al te vaak zie ik vrouwelijke patiënten die al jaren bekkenbodemplachten hebben", zegt dr. Bob Bloemendaal. "Dit is vaak omdat ze zich schamen voor hun problemen en zich pas bij een arts melden als de toestand al vergevorderd is. Bovendien zijn te veel patiënten onderbehandeld. De laatste jaren zijn er heel wat nieuwe behandelmogelijkheden bij gekomen maar veel artsen zijn hier nog niet mee vertrouwd."

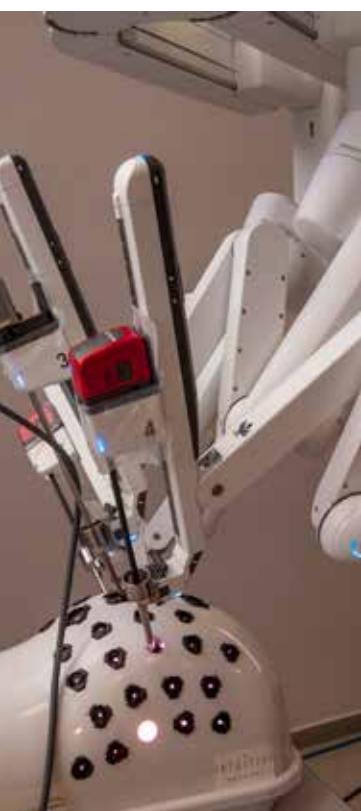
Nieuwjaarsreceptie voor huisartsen en ZOL-specialisten

In het ZOL vinden we een goede samenwerking met de huisartsen belangrijk. En omdat het een goede gewoonte is om aan het begin van het jaar, op een informele en ontspannende manier onder collega's van gedachten te wisselen, organiseerden we op 20 januari een nieuwjaarsreceptie voor huisartsen en ZOL-specialisten.

Deze vond plaats in het nieuwe atrium op campus Sint-Jan in de G-blok. Geïnteresseerden werden rondgeleid in de nieuwe raadplegingen van de diensten Pediatrie, Neurochirurgie, Neurologie, Urologie, Medische Beeldvorming en Gastro-enterologie. We konden rekenen op een talrijke opkomst.

Bedankt aan alle artsen voor hun aanwezigheid!





Prof. dr. Wilfried Mullens, cardioloog: "Omdat het concept van de 'hartfalen caregiver' goed werkt in het ziekenhuis zijn we samen met het Centrum voor Huisartsgeneeskunde in Leuven en de Belgische Werkgroep van Hartfalen een pilootproject gestart waarbij de caregivers van het ZOL naar de huisartsenpraktijk gaan."



"DOOR ONZE INNOVATIEVE AANPAK IS DE HEROPNAMEGRAAD VAN ONZE HARTFALENPATIËNTEN GEDAALD MET 300 PERCENT"

De behandeling van hartfalen is de laatste tien jaar erg geëvolueerd, zowel in het ziekenhuis als erbuiten. Waar hartfalen werd beschouwd als een snel evolutieve ziekte kunnen we de ziekte in het ZOL nu vaak goed controleren dankzij de innovatieve en unieke aanpak binnen een multidisciplinair kader en in nauw overleg met de eerste lijn.

Een van de hoekstenen is de nauwe opvolging van de patiënten door zogenaamde 'hartfalen verpleegkundigen' of 'hartfalen caregivers' zowel in het ziekenhuis, over de grenzen van de cardiologie-afdeling heen tot ook in de thuissituatie. Recent is er een pilootproject gestart waarbij deze hartfalen caregivers de patiënten opvolgen in de huisartsenpraktijk, samen met de huisarts. Het pilootproject werd opgestart met het Centrum voor Huisartsgeneeskunde binnen de Belgische Werkgroep van Hartfalen en zal binnen zes maanden geëvalueerd worden. Prof. dr. Wilfried Mullens, cardioloog in het ZOL en hoofddocent aan UHasselt, heeft het traject voor hartfalenpatiënten mee uitgebouwd: "Bedoeling is de zorg voor hartfalenpatiënten verder te verbeteren, hun klachten te verminderen, en nieuwe episodes van hartfalen of opnames in het ziekenhuis te vermijden."

Waarom heeft u destijds voor cardiologie gekozen?

Prof. dr. Wilfried Mullens: "Ik wist aanvankelijk zelf niet wat ik wou studeren. Ik ben op de dag van de inschrijvingen naar de universiteit gegaan, niet wetende wat ik zou kiezen. Ik ben daar aangekomen met het idee om voor scheikunde te gaan maar ik heb me uiteindelijk voor geneeskunde ingeschreven."

Geneeskunde was dus geen roeping voor u?

"Niet in de zin dat ik als kind al wist dat ik 'dokter'

wilde worden. In de opleiding waren er twee vakken die me heel erg interesseerden, nl. de fysiologie van nierziekten en van hartziekten. Ik heb uiteindelijk voor hartziekten gekozen."

U bent gespecialiseerd in hartfalen. Hoe bent u hierbij gekomen?

"Hartfalen vond ik fysiologisch het meest interessante. En het geeft op menselijk gebied het meeste voldoening. Mensen komen naar ons met een slechte hartpomp en heel veel klachten. Met medicatie, eventueel een technisch hulpmiddel en aanpassingen in de levensstijl kunnen wij hun leven verlengen op een kwalitatief zinvolle manier. Dit zijn evoluties van vooral de laatste tien jaar. Vroeger konden we hartfalenpatiënten veel minder goed behandelen."

"Het meest aangename van ons werk is het intense en langdurige contact met patiënten. Speciaal vind ik ook dat we mensen in erg acute situaties snel beter kunnen maken. Daarna blijven we hen ook opvolgen. Een hartziekte draag je immers je hele leven mee. We hebben daarom een hele nauwe band met onze patiënten. Cardiologie lijkt een erg technische discipline maar we hebben echt wel veel menselijk contact."

Hartfalen neemt epidemische vormen aan. Volgens voorspellingen zal dit verder toenemen. Hoe komt dit?

"Hartfalen komt voor bij twee procent van de bevolking en is daarmee heel prevalent.

Dat heeft te maken met onze westerse levenswijze die maakt dat onze kans op hart- en vaatandoeningen, vooral artherosclerose, groter geworden is."

"Daarnaast is er de groep van patiënten die een hartinfarct gehad heeft. Vroeger stierven deze mensen maar nu blijven ze dankzij de goede behandelingsmogelijkheden in leven, meestal wel met een beschadigd hart en uiteindelijk hartfalen."

Zijn er nog andere oorzaken van hartfalen?

"Er zijn nog een aantal andere vormen van hartfalen die snel toenemen in frequentie. Mensen met kanker bijvoorbeeld overleven langer maar de behandelmethoden zijn vaak zeer agressief. Zo kan chemotherapie soms hartfalen uitlokken."

"Een andere groeiende populatie is de groep met congenitaal hartlijden die de volwassen leeftijd bereikt dankzij betere ingrepen op jongere leeftijd. Dit gaat om mensen met aangeboren aandoeningen die ook vaak tot hartfalen leiden op latere leeftijd."

"Tot slot hebben we nog de mensen met gedilateerde cardiomyopathie. Deze patiënten hadden vroeger een hele slechte prognose maar dankzij betere behandelingsmethoden en defibrillatoren is hun levensverwachting veel gunstiger."



Dr. Matthias Dupont en prof. dr. Wilfried Mullens, hartfalsenpecialisten

"Hartfalen is ook vaak maar een van de vele ziektes die de meeste van onze patiënten hebben. Velen hebben ook comorbiditeiten; nier- en longproblemen... die onze job uitdagend maar des te boeiender maken."

Is hartfalen een 'miskende' ziekte?

"Er zijn verschillende doelstellingen die we met de Belgische werkgroep voor hartfalen willen verwezenlijken. Een van die zaken is meer 'awareness' voor hartfalen bij de bevolking maar ook bij huisartsen en cardiologen."

Dr. Wilfried Mullens, cardioloog: "Patiënten zijn bereid en in staat om hun levensstijl aan te passen als we ze uitleggen waarom dit moet gebeuren, hoe dit moet gebeuren en als ze we ze voldoende individueel begeleiden."

Ook de terugbetaling van levensreddende therapieën kan beter?

Absoluut. Zo streven we al jaren voor de terugbetaling van de BNP-bepaling (Brain Natriuretic Peptide). Dit gaat om een eenvoudige bloedtest waarmee we bij mensen met gede-compenseerd hartfalen snel de differentiële diagnose kunnen maken: is de kortademig-

heid het resultaat van hartfalen of gaat het om een longziekte?"

"Daarnaast zijn er een aantal behandelingsmethoden die pas in een laatstadium worden terugbetaald in België, of soms zelfs helemaal niet. Denk bijvoorbeeld aan 'eplerenone', een van de drie belangrijkste medicamenten voor de behandeling van hartfalen. Of aan defibrillatoren die terugbetaald worden volgens een enveloppesysteem, dit wil zeggen met een budget

dat niet mag overschreden worden. Een defibrillator beschermt mensen met een slechte hartpomp nochtans tegen plotse dood. Nog een ander voorbeeld is het niet terugbetalen van cardiale revalidatie aan ambulante hartfalenpatiënten."

"Ten slotte is het aanbevolen deze patiënten

met chronische ziekten en vele comorbiditeiten op te volgen binnen een multidisciplinair kader waarin de hartfalen caregiver een essentiële rol speelt. Jammer genoeg is er in België ook voor deze professionals geen terugbetaling. Toch slagen we er in het ZOL in om vier van deze mensen bij ons op de werkvloer te hebben omdat we als dienst sterk inzetten op kwalitatief hoogwaardige zorg."

Wat verwacht u van de besparingen van minister De Block?

"Het is normaal dat de overheid maar een bepaald bedrag kan uitgeven aan gezondheidszorg en dat dit zo efficiënt mogelijk moet gebeuren. De vraag is natuurlijk of de keuzes die gemaakt worden de juiste zijn. Als artsen vrezen wij vooral dat onze therapeutische vrijheid aan banden gelegd wordt. Terwijl wij er nu in dit zeer innovatieve ziekenhuis in slagen elke patiënt alle nodige zorgen te geven."

Vindt u dat er onderscheid moet gemaakt worden voor mensen die zich niet houden aan de voorgeschreven levensstijl? In de media wordt hier soms over gediscussieerd.

"Wij leggen onze patiënten met man en macht uit welke levensstijlaanpassingen nodig zijn en waarom. Maar als ze zich hier niet aan houden, leggen wij ons daar uiteindelijk bij neer. Iedereen heeft zijn zonde. Als we straks te snel naar huis rijden, hebben we ook een fout gemaakt. Stoppen met roken is ook niet voor iedereen



Evert Luwel en Jan Vercammen, hartfalen caregivers

even gemakkelijk. Als de vraag is of we naar een apart financieringsstatuut moeten voor deze mensen dan vind ik van niet."

Zijn wij in België niet redelijk verwend?

"Wij hebben in België absoluut een van de beste gezondheidszorgsystemen ter wereld. Daarbij is ons systeem niet duurder dan dat van de omliggende landen. Dit is mogelijk omdat elke gezondheidswerker - gaande van arts, verpleegkundige, fysiotherapeut, secretaresse enz tot en met de poetsvrouw - keihard werkt om die zorg te verlenen. De betaling per service is uitermate laag. Ik wil hierbij dan ook iedereen in het ZOL bedanken voor zijn voortdurende inzet en zorgzaamheid voor onze patiënten."

"We zijn inderdaad wat verwend met onze goede gezondheidszorg maar we willen deze ook houden en zeker niet veranderen."

Welke verantwoordelijkheid heeft de patiënt zelf?

"Het is bewezen dat een verandering in levensstijl uitermate belangrijk is om nieuwe episodes van hartfalen en nieuwe opnames in het ziekenhuis te vermijden. Belangrijk zijn onder andere de medicatie, het houden aan een zoutarm dieet en het volgen van een revalidatieprogramma..."

"Wij volgen onze patiënten actief op via onze zorgprogramma's, in nauwe samenwerking

met de eerste lijn. Dat heeft er toe geleid dat onze heropnameratio met 300 percent gedaald is over de laatste acht jaar. Terwijl mensen met hartfalen elders vaak 3 à 4 keer per jaar in het ziekenhuis opgenomen werden met een nieuwe episode van hartfalen zien we dat dit nog nauwelijks bestaat in het ZOL. We hebben onze manier van werken ook uitgebreid gepubliceerd. Dit heeft naast vele internationale spreekbeurten door alle actoren van ons zorgprogramma ook geleid tot vele bezoeken van zorgverleners van andere centra om te zien hoe ons uniek zorgprogramma ook bij hen kan worden toegepast."

Dus patiënten kunnen hun levensstijl actief veranderen?

"Patiënten zijn bereid en in staat om hun levensstijl aan te passen als we ze uitleggen waarom dit moet gebeuren, hoe dit moet gebeuren en als ze we ze voldoende individueel begeleiden. Dit gebeurt met het hele team in het ziekenhuis en in nauwe samenwerking met de eerste lijn die de zorg buiten het ziekenhuis verder zet."

Hoe belangrijk is revalidatie?

"Het multidisciplinaire revalidatieprogramma is een hoeksteen van de behandeling van patiënten met hartfalen. De meeste patiënten volgen dit programma en zijn uitermate tevreden. Revalidatie draagt immers bij tot het zich beter voelen, een betere compliance en minder vasculaire

problemen. Zoals eerder aangehaald is het echter zeer sneu dat in België deze behandeling enkel is terugbetaald voor korte tijd en dit uitsluitend voor patiënten met een voorafgaandelijke opname voor hartfalen."

Jullie werken actief met hartfalen caregivers die jullie zelf opgeleid hebben?

"Toen wij hier enkel jaren geleden begonnen zijn met de zorg voor hartfalen te veranderen was het geven van de beste zorg aan onze patiënten onze eerste doelstelling. Naast een team van cardiologen waren hier gespecialiseerde verpleegkundigen voor nodig. Wij hebben deze hartfalen caregivers intensief opgeleid en hen alles geleerd over medicatie, revalidatie, devices en echocardiografie bij hartfalen. Zo kunnen zij mee de zorg voor onze patiënten bewerkstelligen. Ze zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor de hartfalenpatiënt op onze dienst."

Intussen is de rol van de hartfalen caregivers verder uitgebreid?

"Onze hartfalenpatiënten komen uiteraard niet alleen op de afdeling Cardiologie terecht. We zorgen ervoor dat zij die op een andere afdeling opgenomen worden ook daar de nodige zorgen krijgen. De hartfalen caregiver zal naar de patiënt toe gaan, onafhankelijk van waar hij in het ziekenhuis ligt, om ervoor te zorgen dat er geen



Pacemaker

nieuw probleem met hartfalen ontstaat.”

“Om te weten of er patiënten van ons opgenomen zijn, hebben we het elektronisch medisch dossier zo gemaakt dat we weten of er zich een patiënt met hartfalen in het ziekenhuis bevindt, op eender welk moment van zijn of haar hospitalisatie. Dat is uniek en heeft er mee voor gezorgd dat de rehospitalisatiegraad van onze patiënten zeer laag is.”

Ook buiten het ziekenhuis is een goede opvolging van een hartfalenpatiënt belangrijk?

“We willen dat de hartfalenpatiënt ook buiten het ziekenhuis goed opgevolgd wordt door de huisarts. We geven voortdurend op verschillende manieren bijscholing aan de huisartsen maar ook aan (thuis)verpleegkundigen en andere mantelzorgers. Maar we willen verder gaan. Omdat het concept van de hartfalen caregiver goed werkt in het ziekenhuis zijn we samen met het Centrum voor Huisartsgeneeskunde in Leuven en de Belgische Werkgroep van Hartfalen een pilootproject gestart waarbij de caregivers naar de huisartsenpraktijk gaan. Ze zijn het aanspreekpunt voor de huisarts en onderzoeken de noden en de medicatiecompliance

van de hartfalenpatiënt in de huisartsenpraktijk, uiteraard steeds in overleg.”

“Het project wordt uitermate positief onthaald door huisartsen en hartfalenverpleegkundigen. Na zes maanden zullen we het evalueren wat betreft onze einddoelen. Een hiervan is de verbetering van het medicaal beleid. Als we kunnen aantonen dat door het bezoek van de hartfalen caregiver de zorg kan verbeterd worden, stellen we het project voor aan de overheid om hopelijk een terugbetaling van de hartfalenverpleegkundige buiten het ziekenhuis mogelijk te maken.”

“We zijn daarom ook gestart met een opleiding voor hartfalenverpleegkundigen, samen met de Limburgse Zorgacademie (Liza). Vijfentwintig hartfalenverpleegkundigen uit Vlaanderen hebben zich hiervoor ingeschreven. Het is een uniek opleidingsconcept dat erkend is door de overheid en de terugbetaling van erkende, opgeleide hartfalenverpleegkundigen mogelijk moet maken.”

Jullie volgen hartfalenpatiënten buiten het ziekenhuis ook op via telemonitoring?

“Het gaat om een duizendtal patiënten. Deze patiënten met een speciale pacemaker of defibrillator hebben een gsm-module onder hun bed die elke dag contact

maakt met een server in het ziekenhuis om gegevens door te sturen. Onze hartfalen en/of elektrofysiologie verpleegkundigen kijken de gegevens elke dag na en als er een alarm is, zullen zij de patiënt contacteren om na te gaan wat er aan de hand is om daarna de zorg te coördineren via de huisarts. Vaak gaat het om alarmen voor cardiale problemen die de patiënt nog niet gevoeld heeft en kunnen we vroegtijdig afwijkingen contacteren, voor het tot ernstige klachten of een opname komt.”

U bent ook actief op Universiteit Hasselt in de opleiding geneeskunde. Bent u vooral clinicus of onderzoeker?

“Mijn hoofdactiviteit en –interesse is het klinische werk. Maar ik haal ook veel voldoening uit het lesgeven op de faculteiten Geneeskunde en Levenswetenschappen. Daarnaast doen we ook veel onderzoek in het ZOL. We hebben de afgelopen zes jaar een zeventigtal peer reviewed publicaties naar buiten gebracht. Er zijn heel wat nieuwe innovatieve projecten gestart hierdoor. We hebben drie doctoraatsstudenten voor hartfalen waarvan er twee met een FWO-mandaat (Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek) werken. Omdat we vaak gevraagd worden om op internationale con-



Team hartfalen ZOL

Het hartfalenteam in het ZOL bestaat uit twee cardiologen en vijf 'hartfalen caregivers'. Beide cardiologen zijn gespecialiseerd in hartfalen. De 'hartfalen caregivers' zijn verpleegkundigen die een doorgedreven specialisatie volgden met betrekking tot medicatie, revalidatie, devices en echocardiografie bij hartfalen. Zo kunnen zij mee de zorg voor de patiënten bewerkstelligen. Ze zijn vaak ook het eerste aanspreekpunt voor de hartfalenpatiënt op de dienst.

Cardiologen

Dr. Matthias Dupont
Prof. dr. Wilfried Mullens

Hartfalenverpleegkundigen of 'hartfalen caregivers'

Wendy Ceyssens
Linda Jacobs
Rozette Reyskens
Jan Vercammen
Evert Luwel

gressen te spreken, wordt ons onderzoek uitgedragen over heel de wereld."

Heeft u veel stress door uw werk?

"Het meeste stress geeft mij de combinatie van werk en gezin. Ik heb vier fantastische kinderen en de beste vrouw van de wereld, maar slaag er niet altijd in om voldoende thuis te zijn voor hen."

Hoe gaat u om met het verlies van patiënten?

"Elk verlies doet pijn omdat wij onze patiënten goed kennen en we hen volgen van hun diagnose tot aan de dood. We maken ons ook sterk dat we dat zo willen houden.... Mensen rekenen daar ook op. Aan de andere kant zijn er veel mooie momenten. Als we mensen voor de eerste keer zien, zijn ze meestal zeer ernstig ziek. We kunnen hun leven vaak op een kwaliteitsvolle manier verlengen. Patiënten zijn daar zeer dankbaar voor."

Vindt u het moeilijk om slechtnieuws-gesprekken te voeren?

"Soms wel, zeker als ik emotioneel betrokken ben. Maar mensen worden niet van de ene op de andere dag slechter, het is een proces dat over jaren gaat. Velen voelen het einde aankomen en in nauw overleg met hen

geven we meestal aan wanneer wij of zij het niet meer nodig vinden om nog nieuwe behandelingen op te starten."

Zijn er bepaalde patiënten die u onthouden heeft?

"Talloze. De meeste patiënten kennen we echt goed."

Ligt u soms wakker?

"Ja, toch wel. Vooral als er iets misgaat. Als procedures niet lopen zoals ik ze voorzien had en er complicaties optreden. We leggen altijd goed uit aan onze patiënten wat de risico's zijn en zij begrijpen dat. Maar er ontstaat toch altijd wel een bepaald schuldgevoel als je niet kan voldoen aan het verwachtingspatroon. Ik zie hetzelfde bij mijn collega's. Ook zij hebben het zeer moeilijk als iets niet loopt zoals gepland. Ik prijs me gelukkig dat ik mag werken in een fantastisch team van cardiologen. Ze zijn niet enkel allemaal topexperten op hun eigen domein, maar ook allemaal zeer goede 'dokters' die op een zeer collegiale, vaak vriendschappelijke manier met elkaar omgaan."

Grete Bollen

EEN WARM GEBAAR VOOR RODE NEUZENDAG



In het kader van **Rode Neuzendag** hebben **400** medewerkers en studenten van Zorgcampus Schiepse Bos het Kinderpsychiatrisch Centrum (KPC) op donderdag 1 december letterlijk omarmd.

Iedereen van de campus werd opgetrommeld om, eventueel met een Rode Neus op de snoet, een cirkel rond het KPC te vormen en zo de kinderen en jongeren een hart onder de riem te steken. Het KPC had, in samenwerking met vzw Het Steger, gezorgd voor een gepersonaliseerde goodiebag en een warm onthaal voor alle omarmers. Onze keuken zorgde voor een heerlijke kop warme soep.

In totaal werd met de verkoop van Rode Neuzen zowel door het ZOL, LiZa, KPC als Wombat **€ 2.525** opgehaald.







Dr. Luc Stockx, interventioneel radioloog: "Wij kunnen altijd met twee en soms zelfs met drie artsen aan de angiotafel staan wat de kwaliteit van de behandeling ten goede komt."

Foto (v.l.n.r.): prof dr. Sam Heye, dr. Luc Stockx, dr. Thierry Boulanger

ZOL EN JESSA WERKEN SAMEN VOOR INTERVENTIONELE RADIOLOGISCHE BEHANDELINGEN

Het Ziekenhuis Oost-Limburg en het Jessa Ziekenhuis werken sedert 2 augustus 2016 samen op het vlak van interventionele radiologische behandelingen. Bedoeling van de samenwerkingsovereenkomst is een samenwerking opzetten waarbij beide partijen afspraken maken over welke activiteit gecentraliseerd wordt in het ZOL en welke aangeboden wordt op beide vestigingsplaatsen.

De interventionele radiologen van de beide ziekenhuizen zullen in het kader van de samenwerking als één team werken dat samen de wachtdiensten 24/7 voor acute stroke organiseert in Limburg, in nauwe samenwerking met de Limburgse partnerziekenhuizen en eventueel ook buiten Limburg. Ingrepen voor deze patiënten kunnen in de beide ziekenhuizen plaatsvinden.

De endovasculaire behandeling van aneurysmata of bloedvatuitstulpingen in de hersenen evenals van de andere bloedvataandoeningen in de hersenen blijft enkel plaatsvinden in het ZOL, aangezien de specifieke expertise met betrekking tot interventionele neuroradiologische behandelingen daar gecentraliseerd is. De perifere interventionele radiologische ingrepen worden verder ontwikkeld in beide ziekenhuizen.

De samenwerking kadert in de overeenkomst die ZOL en Jessa afsloten op 1 juli 2011 om hooggespecialiseerde expertfuncties samen uit te bouwen. Daarnaast komen beide ziekenhuizen met de overeenkomst tegemoet aan de vraag van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block om via netwerking en samenwerking te komen tot een efficiëntere benutting van de beschikbare middelen. ZOL en Jessa engageren zich om dit ook in de toekomst te blijven doen.

In de praktijk ging de samenwerking reeds van start begin 2016. Het betreft een overeenkomst van onbepaalde duur.

Tijdens een rondetafelgesprek verduidelijken de radiologen hoe zij de samenwerking invullen. Voor het ZOL zijn dit dr. Martijn Grieten, diensthoofd Medische Beeldvorming, dr. Luc Stockx en dr. Thierry Boulanger, interventioneel radiologen. Voor het Jessa Ziekenhuis gaat het om dr. Geert Souverijns, diensthoofd Radiologie en prof. dr. Sam Heye, interventioneel radioloog.

Waarom is deze samenwerking belangrijk en een meerwaarde voor de patiënt?

Dr. Souverijns (Jessa): "Minister De Block dringt er in haar hervormingsplannen van de gezondheidszorg op aan om de zorg efficiënter te organiseren en meer in te zetten op netwerking. Dat is een belangrijke evolutie. In Limburg zijn er twee netwerken van ziekenhuizen die georganiseerd zijn rond enerzijds het Jessa Ziekenhuis en anderzijds het ZOL."

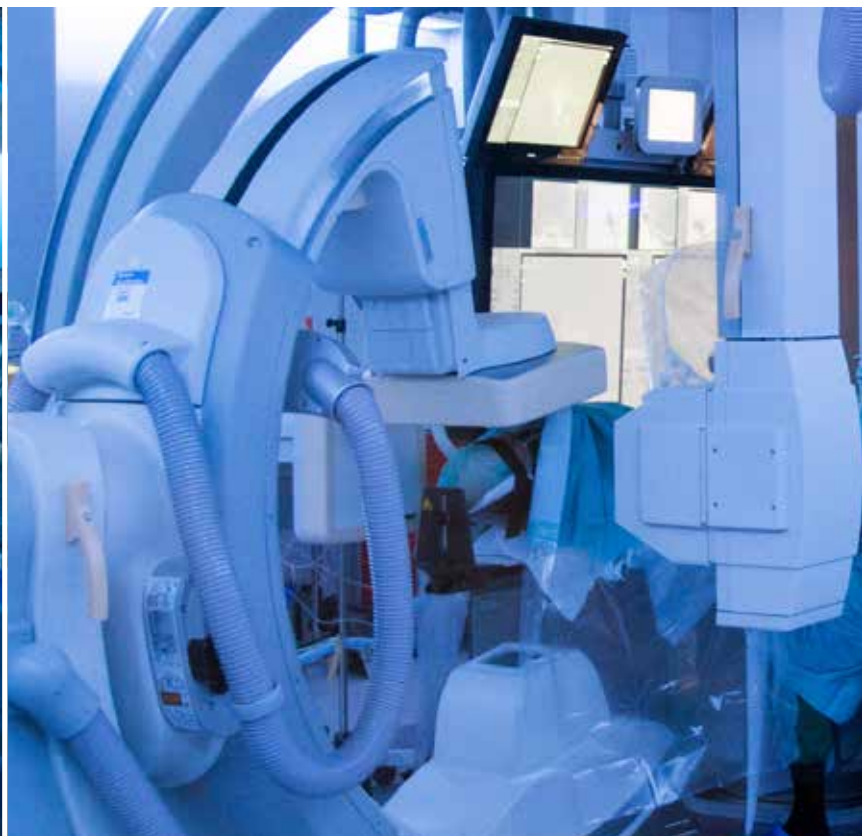
"Maar er blijven functies bestaan die zelfs binnen deze netwerken moeilijk te organiseren zijn omdat ze zodanig gespecialiseerd zijn en 24/7 wachtdiensten vereisen. We hebben met de interventionele radiologen toenadering gezocht over de netwerken heen omdat we deze hooggespecialiseerde zorg zo goed mogelijk willen invullen, in één groot

interventioneel centrum dat gelokaliseerd is op twee sites."

Dr. Luc Stockx (ZOL): "Het belangrijkste van de samenwerking is inderdaad de concentratie van expertise want enkel zo is een efficiënte en optimale behandeling mogelijk voor elke patiënt."



Foto (v.l.n.r.): dr. Luc Stockx, dr. Geert Souverijns, prof. dr. Sam Heye, dr. Martijn Grieten, dr. Thierry Boulanger



Hoe wordt de zorg concreet ingevuld?

Dr. Luc Stockx (ZOL): "Wat de interventionele radiologie betreft zijn er groepen van ingrepen. Ten eerste is er de endovasculaire behandeling van acute stroke. Patiënten die een beroerte krijgen door een klontertje in een bloedvat van de hersenen. Deze behandeling gebeurt op de sites van Genk en Hasselt. Want 'time is brain'. We willen geen tijd verliezen met het verplaatsen van de patiënt. Het is beter dat hij onmiddellijk wordt behandeld op de site waar hij binnenkomt."

"We zijn momenteel met een team van drie experts die deze behandeling kunnen uitvoeren en instaan voor de wachtdienst. Op ieder ogenblik kan 1 van deze 3 artsen zich naar de desbetreffende site begeven en ter plaatse de ingreep uitvoeren. Daar winnen we belangrijke tijd mee. En we zijn ook zeker dat de behandeling gebeurt door een expert. Moesten we ons als afzonderlijke centra organiseren dan moesten we ook een beroep doen op artsen met minder ervaring waardoor de uitkomst voor de patiënt minder is."

"Ten tweede zijn er de perifere radiologische interventies. Dit zijn endovasculaire of percutane interventies van aandoeningen van perifere organen zoals bv. galwegaan- doeningen, levertumoren en slokdarmva-

rices. Ook deze ingrepen zullen op de beide sites blijven gebeuren en verder ontwikkeld worden. Hier werken we op dit ogenblik onafhankelijk van elkaar, maar toch in overleg en volgens dezelfde gestandaardiseerde procedures. Met de komst van prof. Heye in Hasselt hebben we er een expert bijgekregen die een belangrijke boost kan geven aan de ontwikkeling van bijvoorbeeld chemo-embolisaties en radio-embolisaties van levertumoren."

"Ten slotte zijn er de niet-ischemische neuro-radiologische interventies. Dit zijn de behandelingen van bloedvatafwijkingen in de hersenen, zoals een gescheurd of toevallig gevonden intracranieel aneurysma, een arterioveneuze malformatie of durale arterioveneuze fistel. Meestal gaat het om zeer complexe ingrepen. Sinds onze samenwerking hebben we de mogelijkheid om deze ingrepen steeds met meerdere operatoren te kunnen uitvoeren; er staan tenminste twee experts samen aan tafel. Tijd speelt hier minder een rol. Hier hebben we de ruimte om de patiënt, na stabilisatie, naar het gespecialiseerde centrum te transporteren."

"Deze patiënten blijven we enkel in het ZOL behandelen. Deze expertise is hier reeds lange tijd aanwezig en ook beschikken we met het nieuwe interventioneel centrum over de nieuwste

faciliteiten om deze patiënten te behandelen. Het is niet efficiënt deze activiteit op te splitsen en op beide sites te gaan ontwikkelen."

Zijn er ook samenwerkingsverbanden met de andere Limburgse ziekenhuizen?

Dr. Grieten (ZOL): "Zowel ZOL als Jessa hebben eigen geaffilieerde ziekenhuizen. Het is de logica zelfde dat we nauw met hen samenwerken op dit vlak. Met deze supraregionale samenwerking bedienen we de hele provincie Limburg maar behandelen we ook patiënten over de provinciegrenzen heen."

Hoe ver staat de overheid met de erkenning van centra voor strokebehandeling?

Dr. Stockx (ZOL): "Dit is nog in bespreking, er ligt nog niets vast. Daaraan gekoppeld is dit ook een behandeling die wij momenteel gratis verlenen, samen met de materialen die we daarbij gebruiken. Op dit ogenblik zitten we in de laatste onderhandelingsronde met de overheid wat betreft de terugbetaling van de materialen. Ook wat het honorarium van de act betreft, zijn er besprekingen, maar hier is momenteel weinig over geweten."

Wat zijn de eerste ervaringen van de samenwerking?

Dr. Grieten (ZOL): "Ik denk dat de eerste resultaten vrij spectaculair zijn. We hebben



de afgelopen twee jaar een zeer sterke toename gezien van de stroke-interventies. Er is ook een meer systematische aanpak waarbij er een volledig pad uitgetekend is voor de behandeling van acute stroke. We zien dus niet alleen een toename van de behandelingen, maar ook zeer goede resultaten. Dat we die enorme groei op een zeer kwalitatieve manier hebben kunnen opvangen is, denk ik, het eerste resultaat van deze samenwerking. Dit bewijst dat de weg die we gekozen hebben ook de weg is die we moeten verderzetten."

Dr. Stockx (ZOL): "2015 is inderdaad een kanteljaar geweest voor de behandeling van acute stroke met endovasculaire technieken door de publicatie van de MR CLEAN trial en nog andere studies. Hier werd immers aangetoond dat de endovasculaire behandeling de gouden standaard is voor de behandeling van acute stroke, op voorwaarde uiteraard dat de patiënt beantwoordt aan de criteria. We zijn zowel in Hasselt als in Genk begin 2016 actief met die behandeling gestart."

"Wat het resultaat van de samenwerking betreft: sinds prof. Heye naar Hasselt gekomen is, hebben wij de samenwerking wederzijds op punt gesteld. Hij werkt momenteel ook één dag per week mee met de neuro-interventies in Genk. Vandaar dat wij altijd met twee en

soms zelfs met drie artsen aan de angiotafel kunnen staan, wat de kwaliteit van de behandeling ten goede komt."

"Ook de wachtdiensten verzekeren we samen. Dat maakt dat er 24/7 een expert van wacht is in Hasselt zowel als in Genk. Dit is vrij uniek in België: er is steeds een ervaren neuro-interventieradioloog beschikbaar voor het uitvoeren van een endovasculaire behandeling bij een acute stroke, daar waar het moet. Deze wachtdienst loopt sinds begin 2016 en heeft bewezen te werken."

Dr. Grieten (ZOL): "Intussen wordt het team ook ondersteund: naast dr. Stockx, dr. Boulanger en prof. Heye is er ook nog een fellow die onder supervisie fulltime bezig met interventionele radiologie. Daarnaast zijn er nog twee andere artsen die interventies doen. Dus eigenlijk bestaat het team uit zes artsen."

Beschikken jullie ook over gespecialiseerde verpleegkundige teams?

Dr. Souverijns (Jessa): "We juichen toe dat onze verpleegkundigen die minder ervaring hadden met complexe ingrepen de mogelijkheid gekregen hebben om een opleiding te volgen bij dr. Stockx en zijn team. Niet alleen de artsen zijn immers belangrijk, ook een goede verpleegkundige omkadering is cruciaal."

Hoe kijken jullie persoonlijk naar de samenwerking?

Prof. Heye (Jessa): "Ik kan alleen maar beamen wat hier al gezegd is. Persoonlijk vind ik het zeer aangenaam om op een open en constructieve manier samen te werken."

Dr. Boulanger (ZOL): "Ik vind de samenwerking en de groep enig in België. Dit type van samenwerking is een grote meerwaarde voor de kwaliteit van de zorg. Voor een veilige behandeling van de patiënt met specialisten die samen aan de tafel staan."

Dr. Souverijns (Jessa): "De samenwerking was misschien niet evident om op te zetten. Het is positief dat we nu op een efficiënte manier kunnen verdergaan en het centrum verder uitbouwen, zoals de radiotherapeuten in het LOC. Dit is een mooi, nieuw voorbeeld van samenwerking over de netwerken heen."

Grete Bollen



Doyen scheidt de tweeling



Tang van Doyen



Radica en Doodica na scheiding



Madame Doyen door Giovanni Boldini 1910

EUGÈNE DOYEN (1859 - 1916)

Eind 1901 streek in Parijs het Amerikaanse Circus Barnum & Bailey neer. Naast goochelaars en wilde dieren kon men in 'The Greatest Show on Earth' ook enkele zogezegde 'phenomènes humains' bewonderen. Tussen dwergen, reuzen, bebaarde vrouwen en een homme-éléphant, bevond zich ook een aan elkaar gegroeide tweeling, twaalf jaar oud. Los van hun handicap, waren Doodica en Radica twee bevallige meisjes. Ze waren afkomstig uit Orissa (Engelstalig Indië), waar hun vader, Kitro Neik, hen had verkocht aan Captain Colmann, een impresario die daar toevallig langskwam. Begin april 1902 werden de 'siamese tweelingen' (eigenlijk: 'xiphopagen' omdat ze op het 'os xiphoideum' aaneengegroeid waren) in allerijl overgebracht naar l'hôpital Trousseau. Bij Doodica was immers de diagnose van buiktuberculose gesteld. Om het leven van de minder aangetaste Radica te redden begon dokter Guinon al zijn messen te slijpen maar Mme Colmann, de voogdes van de tweeling, besliste er plots anders over. Ze zouden gescheiden worden in de privé kliniek van dokter Eugène Doyen. We weten niet of de meest beroemde chirurg uit die tijd op deze operatie heeft aangedrongen en Mme Colmann ervoor heeft betaald. In elk geval was het voor Doyen een droomgelegenheid om deze spectaculaire ingreep onder de schijnwerpers van het mondaine Parijs en van de hele medische wereld te brengen. Voor de verzamelde pers zei hij het wat laconieker: "Mme Colmann, qui est la tutrice légale des deux fillettes, m'a prié de les recevoir dans ma maison de santé, afin que

les petites malades, qu'elle aime beaucoup, soient mieux soignées et puissent échapper à des examens répétés, comme il est d'usage dans les hôpitaux. »

Op een zondagnamiddag had Doyen alle messen, scharen en de krachtige dubbel-tang, die naar zijn naam de tang van Doyen genoemd werd, klaarliggen om aan de scheiding van de tweeling te beginnen. Bewust van het feit dat zo'n zeldzame operatie de annalen van de geschiedenis zou halen, sprak hij een van de pioniers van de cinematografie aan, mr. Clément-Maurice.

Doodica en Radica werden op hun rug gelegd zodat het membraan dat hen nog verbond uitgerekt werd wat het doorsnijden vergemakkelijkte. Op wenk van de cameraman nam Doyen het mes in de hand en sneed met zijn legendarische vingervlugheid de huid doormidden. Daarna de spieren, wat kraakbeen en de overige weefsels. Er vloeide amper bloed. Op het rammelend geluid van de voortrollende filmband na, was het muisstil in de operatiezaal. Af en toe keek Doyen achterom om te vragen hoeveel tijd er nog restte. Want hij wist perfect dat er slechts tien minuten film op de pellicule zat. Het was een race tegen de tijd maar hij haalde het. Binnen de tien minuten was de tweeling gescheiden en beide wonden dichtgenaaid.

De uren nadien was het bang afwachten of de twee meisjes het zouden overleven. Technisch gezien was de scheiding een succes

maar Doyen had een handicap: «L'opération que j'ai dû pratiquer d'urgence aujourd'hui a été entreprise dans des conditions exceptionnellement défavorables, puisqu'il s'agissait de séparer deux sujets tuberculeux, l'un plus gravement atteint et presque mourant. »

Op de foto van net voor hun scheiding is duidelijk te zien dat de onderbenen van Doodica een flink maatje dunner zijn dan die van Radica. Doodica woog dan ook slechts de helft van haar tweelingzusje, een luttele 12,5 kilogram. Enkele dagen na de operatie stierf Doodica. Om te bewijzen dat ze niet overleden was aan een chirurgische fout, nam Doyen haar een tweede maal onder het mes. Onder grote belangstelling van collega dokters, assistenten, journalisten en zelfs de politiecommissaris van het 16de arrondissement, verrichte hij een autopsie waarbij voor iedereen duidelijk werd dat niet enkel haar beide longen aangetast waren maar ook een tuberculeus proces opengebarsten was rond de appendix. Radica overleefde de scheiding en werd overgebracht naar een sanatorium aan de Franse Riviera. Daar stierf ze anderhalf jaar later aan een uitgezaaide tuberculose.

Doyen chirurg

In een tijd waar anesthesie nog uit ether en chloroform bestond, en postoperatieve reanimatie en kunstmatige beademing niet bestonden, was het belangrijk snel te opereren. Begiftigd met een uitzonderlijke oog/ hand coördinatie was Doyen een zeer behendig chirurg. Om de operatietijd nog



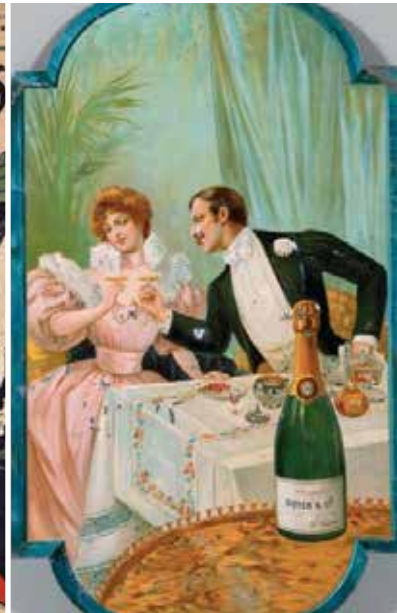
Eugène Doyen



Radica en Doodica affiche Barnum



Karikatuur Ecorcheur (vilder)



Champagne Doyen

verder in te korten vond hij een groot aantal precisie-instrumenten uit. Als geen enkele dokter was hij onderlegd in de wiskunde, fysica, elektriciteit en fotografie en paste al die kennis toe in zijn vele verwezenlijkingen. Bekend werd zijn verstelbare operatietafel, de zogenaamde 'lit de Doyen', een voorloper van de moderne operatietafel. Kort na de uitvinding van de Röntgenstralen gebruikte hij ze als diagnostisch middel. Tijdens zijn operaties verbrandde hij tumorweefsel met elektrocoagulatie en kookte tumorcellen uit met hyperthermie. De leden van de Faculté de Médecine fronsten hun wenkbrauwen en vroegen zich af of hun collega nu begon te dwalen of stomweg een charlatan was. Maar vandaag, honderd jaar later, wordt het opwarmen van tumorweefsel opnieuw toegepast in de HIPEC procedure (Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie).

Immunoloog

Na een korte leertijd bij Louis Pasteur verdiepte Doyen zich in de fysiopathologie en vooral in het onderzoek naar het menselijk afweermechanisme. Maar toen hij een plakje tumorweefsel van een canceruze borst naar de gezonde borst van dezelfde vrouw transplanteerde, om een immunologische reactie tegen haar eigen kanker op te wekken, ontploften de leden van de Faculté de Médecine. Prompt werd hij geëxcommuniceerd en het was hem niet langer toegestaan om in een openbaar ziekenhuis het mes te hanteren. Laat staan aan de universiteit les te geven over die krankjorumme onzin. Voor een man die van de allerlaatste technieken en experimenten op de hoogte was en zijn ervaringen

aan een jonge generatie geneesheren wou doorgeven, was het een opdoffer. Maar Doyen deed door. Gesterkt door zijn als maar groeiende faam als vingerprecieze chirurg, richtte hij een privékliniek op waar de 'high society' van Parijs zich graag liet verzorgen. De exuberant hoge honoraria die ze voor dergelijk eerste klas behandeling betaalden, wendde hij niet enkel aan om een luxueus leven te leiden en zijn alsmaar nieuwe experimenten te bekostigen, maar ook een dozijn dispensaria op te richten waar de armen de broodnodige zorgen ontvingen.

Didacticus

Gefrustreerd door het lesverbod aan de Faculté ontplooidde Doyen een ongeziene literaire activiteit. Hij schreef talloze artikels, revues en boeken en gaf lezingen. Hij werd hoofdredacteur van 'la Revue Critique de Médecine et de Chirurgie' en richtte later zijn eigen tijdschrift op, de 'Archives de Doyen'. Als geen ander was hij zich bewust van de didactische kracht van het visuele beeld in het onderwijs en illustreerde zijn presentaties met talloze diapositieven en films. Zijn zwart/wit films van operaties werden een wereldwijd succes maar bezorgden hem opnieuw een reprimande van de Faculté. Ze vonden het een heiligschennende inbreuk op het beroepsgeheim en de onderlinge collegialiteit. Doyen liet het niet aan zijn hart komen en bleef onverdroten opereren en filmen. Zijn privékliniek werd een trekpleister voor de talrijke studenten die de maestro eens live aan het werk wilden zien.

Samen met Gustave Eiffel, de man van de toren, deed Doyen ook aan ballistisch onder-

zoek. Met zijn uitzonderlijke oog/hand coördinatie was hij naast een behendig chirurg ook een goed schutter. In Monaco had hij ooit de eerste prijs gewonnen op een internationale schietwedstrijd. Maar Doyen gebruikte zijn revolvers ook voor wetenschappelijk onderzoek. Van op verschillende afstanden schoot hij kogels van wisselend kaliber in een kadaver en bestudeerde, alweer met cinematografische ondersteuning, het kogeltraject en de schotwonde.

Privé

Al even flamboyant verliep zijn privéleven. Na de scheiding van zijn eerste vrouw, bij wie hij drie kinderen had, hertrouwde hij met een jonge actrice. Op hun huwelijksfeest zal zeker menig fles 'Champagne Doyen' ontkurkt zijn, afkomstig van zijn eigen 'domaine viticole' rond Reims. Het is dus niet te verwonderen dat hij model stond voor het personage 'docteur Cottard' in 'A la recherche du temps perdu', van Marcel Proust.

Maar los van dit mondaine moeten Doyens controversiële experimenten en compromisseloze standpunten gezien worden als de uiting van die éne grote passie van hem: de chirurgie uit het oubollig bolwerk van de 19de eeuw halen.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog



'LIVE A LIFE' SCHENKT MEER DAN 11.000 EURO AAN KANKERONDERZOEK UHASSELT-JESSA-ZOL

Op 23 november overhandigde 'Live a Life' een cheque van 11.237 euro aan de UHasselt, het Jessa Ziekenhuis en het ZOL. De drie instellingen zullen het bedrag gebruiken voor het kankeronderzoek dat ze binnen het 'Limburg Clinical Research Program' (LCRP) voeren.

Live a Life was dit jaar aan zijn achtste editie toe. Het driedaagse Limburgse festival wordt georganiseerd ter nagedachtenis van Saartje Vennekens die op 30-jarige leeftijd overleed aan kanker. De opbrengst van de editie 2015 (10.305 euro) werd ook al gedoneerd aan de UHasselt, het Jessa en ZOL. "Voor ons is medisch-wetenschappelijk onderzoek van essentieel belang om het aantal kankergevallen terug te dringen. En om kanker volledig behandelbaar te maken. Als Limburgse organisatie vinden we het belangrijk om dit bedrag te doneren aan drie Limburgse instellingen", aldus de organisatie achter Live a Life.

Betere behandeling, opsporing en zorg

Het Limburg Clinical Research Program (LCRP) is een intensief samenwerkingsverband van de faculteit Geneeskunde en levenswetenschappen van de UHasselt en de Limburgse ziekenhuizen ZOL Genk en Jessa Hasselt. "Kankeronderzoek is een van de speerpunt domeinen van het programma", zegt Helene Piccard (coördinator van het LCRP). "Donaties zoals die van Live a Life zijn erg belangrijk voor de drie partners."

Dat beaamt ook LCRP-voorzitter Piet Stinissen. "We zullen deze middelen kunnen gebruiken voor medisch-wetenschappelijk onderzoek naar betere behandelingen, opsporingsmethoden en betere zorg voor kankerpatiënten." Met het onderzoek willen de UHasselt, het Jessa en ZOL de gezondheidszorg, innovatie en opleiding in de regio ook verder versterken.



ROBOTINGREPEN IN HET ZOL

Het ZOL beschikt sinds 26 maart 2014, als eerste Limburgse ziekenhuis, over een operatierobot. Met de Da Vinci SI Xi wil het ZOL de dienstverlening aan haar patiënten verder optimaliseren. De ultramoderne robot wordt op dit ogenblik gebruikt door de diensten Abdominale Heelkunde, Cardiologie, Gynaecologie, Urologie en Vaatheelkunde. Zij hebben de afgelopen jaren al heel wat ervaring opgebouwd. Andere diensten zullen wellicht volgen.



UROLOGIE

Robotchirurgen:

Dr. Benard Bynens
Dr. Joyce Pennings

De dienst Urologie is al sinds het begin van de robot in het ZOL gestart met robot-geassisteerde operaties zoals de radicale prostatectomie en extended lymphadenectomy. Ook voor de partiële nefrectomie wordt de robot sinds het begin ingezet. Na afloop van de ingreep kan de nier via de vier kleine poortincisies door de robotinstrumenten zeer accuraat gehecht worden. Het voordeel van deze ingreep is dat de recuperatie veel sneller gebeurt. De meeste patiënten zijn twee dagen na de ingreep ontslagklaar.

Nieuw is het gebruik van de robot voor pyeloplastie bij kinderen en adolescenten. Bij pyeloplastie zit er, meestal bij jonge kinderen, een aangeboren vernauwing bovenaan de urineleider, die de aansluiting vormt tussen het nierbekken en de blaas. Dit zorgt ervoor dat de urine moeilijk afloopt en dat de nier zich niet goed ontwikkelt. Met de robot kan beter in de diepte gewerkt worden. Zelfs kinderen van 2 en 3 jaar worden met de robot geopereerd en de wondjes helen doorgaans zeer goed. Er kan ook een betere anastomose gemaakt worden omdat er een beter zicht is op de zone waarbinnen geopereerd wordt.

Op 25 juni 2014 is de dienst Cardiochirurgie gestart met het gebruik van de Da Vinci operatierobot. De Da Vinci wordt voornamelijk gebruikt bij drie types van hartingrepen: revascularisatieoperaties waarbij enkel de voorzijde van het hart dient overbrugd te worden, het herstel van de mitralis- en tricuspidklep en bij de resectie van een myxoom (= een tumor in de linkervoorkamer).

Wanneer enkel de voorzijde van het hart dient gerevasculariseerd te worden, wordt de linker arteria mammaaria vrijgedisseceerd met de Da Vinci waarbij 3 kleine incisies gemaakt worden voor de robotarmen. Vervolgens wordt via een kleine anterolaterale thoracotomie deze arteria mammaaria onder direct zicht op het kloppende hart genaaid (off-pump). Het grote voordeel van deze minder invasieve operatie met de robot, is dat deze arteria mammaaria over de volledige lengte kan worden vrijgeprepareerd en nadien voor bescherming onder de long wordt gelegd, net zoals bij klassieke chirurgie. Dit is heel belangrijk voor een eventuele latere (klep)heroperatie.

Daarnaast wordt de robot ook gebruikt voor het herstel van de mitralis- en tricuspidklep. Door het haarscherpe (HD) driedimensionele beeld en de unieke beweeglijkheid van de instrumenten, kunnen dezelfde hersteltechnieken gebruikt worden als bij klassieke openhartchirurgie. Hierdoor is een robot-geassisteerd mitralisklepherstel qua kwaliteit en duurzaamheid evenwaardig, en biedt het tevens de voordelen van een minder invasieve toegangsweg: minder bloedverlies, minder pijn en een korter verblijf op intensieve zorgen en in het ziekenhuis. Ook de revalidatieperiode nadien is beduidend korter met een sneller functioneel herstel. Uiteraard is er ook een duidelijk cosmetisch voordeel.

De unieke eigenschappen van de da Vinci operatierobot maken hem ook zeer geschikt voor de resectie van goedaardige tumoren in de linkervoorkamer (myxomen). Een meer gedetailleerde uitleg over de robot en de voordelen binnen hartchirurgie vindt u op de website van de dienst cardiochirurgie: www.zol.be/cardiochirurgie.



CARDIOCHIRURGIE

Robotchirurgen: (v.l.n.r.)

Dr. Herbert Gutermann, dr. Matteo Pettinari

Robotchirurgie wordt binnen de digestieve heelkunde gebruikt voor de moeilijker te bereiken regio's zoals het klein bekken, grote para-oesophagale hernia's en slokdarm-heelkunde.

De robot werd door de dienst Abdominale Heelkunde tot nu toe gebruikt voor lage rectumchirurgie en para-oesophagale hernia's. Voordeel voor de patiënt is de minimaal invasieve toegang waardoor hij sneller herstelt.

In de toekomst zal de robot vooral ingezet worden voor complexe revisiechirurgie zoals bijvoorbeeld bariatrische heelkunde.

Tot nu toe zijn er een tiental robotingrepen uitgevoerd door de dienst Abdominale Heelkunde maar de chirurgen zijn volop bezig met het ontwikkelen van hun skills en zullen in de nabije toekomst meer robot-geassisteerde operaties uitvoeren.



ABDOMINALE HEELKUNDE

Robotchirurgen: (v.n.l.r.)

Dr. Bob Bloemendaal

Dr. Hans Verhelst

Dr. Kurt Van Der Speeten

De Xi, het model van de da Vinci robot waar ook het ZOL over beschikt, is uiterst geschikt om, naast andere ingrepen, specifiek thoracale heelkundige ingrepen te kunnen uitvoeren.

Via enkele kleine incisies worden de poorten tussen de ribben ingebracht. Hierin worden de instrumenten opgevoerd. De instrumenten worden verbonden met de armen van de robot, die op hun beurt via een console op afstand bediend worden.

Naast grotere precisie hebben de instrumenten ook een veel grotere flexibiliteit en bewegingsratio. Hierdoor is het makkelijker om te werken aan organen die thoracoscopisch moeilijker te bereiken zijn en wordt het hechten veel eenvoudiger en preciezer. Daarom zullen procedures waarbij multiple hechtingen worden geplaatst ook meer en meer met de robot worden uitgevoerd, bv. een sleeve lobectomie. Een sleeve lobectomie is een lobectomie waarbij ook een stuk bronchus wordt weggenomen en opnieuw aan elkaar wordt gehecht.

Ook letsels in het voorste mediastinum, bijvoorbeeld thymomen, kunnen met de robot gemakkelijker en preciezer verwijderd worden.



VAATHEELKUNDE

Robotchirurg:

Dr. Geert Lauwers

In de gynaecologie kan de robot voor vele ingrepen gebruikt worden, gaande van de eenvoudigere, meestal benigne hysterectomie tot de moeilijkere kankerchirurgie. De dienst gynaecologie van het ZOL heeft er voor gekozen om enkel de moeilijkere chirurgie met de robot uit te voeren. Robotchirurgie is immers zeer duur en tijdrovend voor de chirurg. De dienst Gynaecologie is met de robot gestart in oktober 2014. Ondertussen zijn er al een 20-tal ingrepen uitgevoerd.

Sinds kort wordt ook de sentinelklierprocedure bij abdominaal-gynaecologische kankers met de robot uitgevoerd. Dit zal het aantal uitgevoerde ingrepen wel sneller doen stijgen. In de nabije toekomst zal de robot ook ingezet worden voor refertilisatie door eileider-reanastomose, alsook voor endometriose-chirurgie.



GYNAECOLOGIE

Robotchirurgen: (v.n.l.r.)

Dr. Jean-Christophe Schobbens

Prof. dr. Eric de Jonge



VOORDELEN

Robotchirurgie heeft vele voordelen. De toegang tot het lichaam gebeurt via kleine gaatjes in plaats van een grotere incisie wat ervoor zorgt dat de patiënt minder bloed verliest, minder pijn heeft, een beter cosmetisch resultaat heeft en sneller recupereert met een kortere hospitalisatie tot gevolg. Het voordeel voor de chirurg is dat hij kan werken via een vergroot en haarscherp driedimensionaal beeld. Bovendien werkt hij op een afstand van de patiënt waardoor de instrumenten meer wendbaar en trillingvrij zijn. De Da Vinci Xi is een open platform dat voorbereid is op toekomstige ontwikkelingen en dat ten allen tijde aangevuld kan worden. Met behulp van de feedback van vorige systemen, heeft Intuitive Surgical een aantal nieuwe instrumenten ontwikkeld, waaronder een stapler, zodat de mogelijkheden van de robot steeds verder uitgebreid worden en er meer chirurgische disciplines mee zullen werken.

ROBOTARMEN

De Da Vinci Xi heeft vier robotarmen die boven de patiënt hangen. Op een van die robotarmen wordt een camera geplaatst. Bij de Da Vinci Xi kan de camera in elke arm gepositioneerd worden. In tegenstelling tot bij een laparoscopie, waar bijvoorbeeld een assistent de controle heeft over de camera-arm, heeft de chirurg hier zelf de controle over. Op de drie andere robotarmen worden instrumenten geplaatst.

Verpleegkundigen hebben de verantwoordelijkheid om het instrumentarium in die robotarmen te veranderen. Het instrumentarium gaat een beperkt aantal ingrepen mee en heeft gewrichtjes op het uiteinde, waardoor de beweeglijkheid enorm toeneemt.

Vanuit de console kunnen de drie instrumentarmen en de camera-arm probleemloos met twee handen worden bestuurd. De console bevat twee pedalen: de linkse pedaal is voor de bediening van de vier armen, de rechtse pedaal voor onder andere de coagulatie (monopolair of bipolair). Daarnaast is er ook een microfoonsysteem aanwezig. Zo hoort de chirurg in de console beter wat er aan tafel gezegd wordt. Wat de chirurg in de console zegt, weerklinkt door twee luidsprekers aan de robotarmen.



DUBBEL CONSOLESYSTEEM

De Da Vinci Xi beschikt over een dubbel consolesysteem: twee chirurgen kunnen samen gelijktijdig een procedure uitvoeren op eenzelfde patiënt. Ze kunnen instrumenten aan elkaar doorgeven of van elkaar overnemen, maar er zal steeds een dominante console zijn. Het ZOL heeft bewust voor dit dubbel consolesysteem gekozen om ingewikkelde chirurgische ingrepen met twee chirurgen te kunnen uitvoeren, wat de kwaliteit van de zorg verbetert. De Dual Console Capability maakt het ook mogelijk om de operatirobot te gebruiken voor training en opleiding.



MPC ontvangt Vlaamse Pijnliga op nationale patiëntendag

De Vlaamse Pijnliga organiseerde op 19 november haar nationale patiëntendag rond chronische pijn in het Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) van het ZOL. Samen met het pijnteam van het ZOL werd een uitgebreid programma met vijf inhoudelijke sessies uitgewerkt. "Wij werken hier graag aan mee omdat we ervaren dat pijnpatiënten met heel veel vragen zitten. Vandaag staan we ter beschikking om deze vragen indien mogelijk te beantwoorden," aldus pijnarts dr. Klaas Buyse.

Dr. Buyse gaf een lezing over de werking en aanpak van het MPC. Daarnaast lichtte hij toe wat pijn is, wat de basisprincipes zijn van pijnbehandelingen en welke misverstanden er bestaan in verband met medicatie voor pijnbestrijding. Revalidatiearts dr. Ann Van Goethem en ergotherapeute Bert Smeets lichtten het traject voor rug- en nekrevalidatie toe. Het biopsychosociaal model werd verduidelijkt door psychologe Els De Reuwe. Een medewerker van de CM gaf een toelichting over de rechten van en voorzieningen voor chronische pijnpatiënten. Pijnspecialisten dr. Thibaut Vanneste en dr. Astrid Van Lantschoot maakten tot slot het publiek wegwijs in interventionele pijnbehandelingen.

Meer dan 90 pijnpatiënten schreven zich in voor de patiëntendag, die tegelijk ook een ontmoetingsmoment was met lotgenoten. Tijdens het koffie- en taartmoment werden heel wat ervaringen uitgewisseld maar ook tijdens de sessies waren de vragen en verhalen zeer talrijk. Bedankt aan de medewerkers van het MPC die deze dag mogelijk maakten!

A full-body portrait of Dr. Bob Bloemendaal, a man with short brown hair and a beard, smiling at the camera. He is wearing a dark blue blazer over a light blue button-down shirt, which is open at the collar. He is also wearing light-colored trousers and a brown leather belt with a silver buckle. His arms are crossed over his chest. The background is a modern office interior with large windows, wooden paneling, and some office furniture like chairs and tables visible in the distance.

Dr. Bob Bloemendaal, abdominaal chirurg: "De Laparoscopische Ventrale Mesh Rectopexie (LVMR) heeft de chirurgische behandeling van rectum prolaps sterk verbeterd."

BEKKENBODEMKLACHTEN?

“LEER ER MAAR MEE LEVEN”

IS NIET MEER VAN DEZE TIJD!

“Maar al te vaak zie ik vrouwelijke patiënten die al jaren bekkenbodemplachten hebben”, zegt dr. Bob Bloemendaal. “Dit is vaak omdat ze zich schamen voor hun problemen en zich pas bij een arts melden als de toestand al vergesvorderd is. Bovendien zijn te veel patiënten onderbehandeld. De laatste jaren zijn er heel wat nieuwe behandelmogelijkheden bij gekomen maar veel artsen zijn hier nog niet mee vertrouwd.”

Wat is de bekkenbodem?

Het kleine bekken (de pelvis) bevat de blaas en urethra, de vagina en de baarmoeder en het rectum en het anale kanaal. De structuren worden omgeven door de pelvische fascie en alles steunt op de levatoren spierplaat. Dit geheel aan ‘steun en ophanging’ van de bekkenbodemplorganen wordt de bekkenbodem genoemd.

De bekkenbodem heeft een dubbele functie; het steun geven aan en afsluiten van de bekkenbodem én het op gepaste momenten ontspannen en ‘openen’ van de pelvische organen, om zo ontlasten, urineren, geslachtsgemeenschap en zelfs baring mogelijk te maken.

In de bekkenbodemplchirurgie wordt het kleine bekken (de pelvis) klassiek in drie compartimenten opgedeeld: het voorste met de blaas en de urethra, het middelste met de vagina en de uterus en het achterste met het rectum en de anus. Aan deze compartimenten wordt geopereerd door chirurgen van verschillende disciplines; het voorste door de uroloog, het middelste door de gynaecoloog en het achterste door de abdominaal chirurg/proctoloog.

Welke aandoeningen behandelt de colorectaal chirurg?

Anale incontinentie

Faecale incontinentie, of eigenlijk liever anale incontinentie, komt in velerlei vormen voor. Ongeveer 10-15% van de bevolking heeft

enige vorm van anale incontinentie. De incontinentie neemt uiteraard fors toe met de leeftijd en het probleem is groter bij vrouwen dan bij mannen. Men kan last hebben van ‘soiling’, waarbij ongemerkt wat vochtverlies optreedt. Er kan sprake zijn van incontinentie voor flatus (wind), of incontinentie voor stoelgang. Daarnaast spreken we ook van urgentie, urge incontinentie en passieve incontinentie. Bij ‘urge incontinentie’ is er sprake van een continue aandrang tot ontlasten. De patiënt kan de stoelgang ook niet meer tegenhouden. Bij passieve incontinentie heeft de patiënt juist geen gevoel meer van aandrang en voelt vaak dan ook niet dat hij/zij ontlasting of vocht verliest.

Oorzaken van anale incontinentie zijn, net als de verschijningsvormen, velerlei. Belangrijke redenen voor incontinentie zijn schade aan de anale sphincter, bijvoorbeeld door zwangerschap en de geboorte, waarbij langdurige uitdrijving, kunstverlossing en episiotomie (een ‘knip’) en natuurlijk een obstetrisch letsel (uitscheuring) duidelijke risicofactoren zijn. Andere redenen voor incontinentie zijn o.a. (chronische) ontsteking van de dikke- en endeldarm, endeldarmverzakking (rectumprolaps), neurologische aandoeningen zoals multiple sclerose en dwarslaesie, peri-anale chirurgie en proctologische aandoeningen zoals aambeien, fissura ani en perianale fistels.

In eerste instantie zal de behandeling van

incontinentie bestaan uit bekkenbodem fysiotherapie en medicatie om de ontlasting in te dikken en de darmen minder snel te laten werken. Deze therapieën hebben bij veel patiënten goede resultaten. Het is belangrijk dat deze behandelingen -ondanks het feit, dat ze niet direct werkzaam zijn- worden toegepast. Uiteraard moet de behandeling van onderliggende aandoeningen die tot incontinentie kunnen lijden (inflammatory bowel disease, neurologische aandoening) geoptimaliseerd worden, alvorens naar een chirurgische behandeling over te gaan. In het geval van proctologische aandoeningen als aambeien, fistels en fissura ani is heelkunde primair aangewezen.

Aangezien anale incontinentie vaak samenhangt met een verminderde werking van de anale kringspier als gevolg van een trauma werd een beschadigde kringspier meestal chirurgisch hersteld, een zogenaamde sfincter repair. Helaas zijn de resultaten hiervan matig, zeker op lange termijn. Artificiële kringspiers (oppompbare circulaire kussentjes, of magneten) zijn er ook in verschillende vormen en ze zijn redelijk effectief. Het voornaamste probleem hiermee is erosie en infectie, waardoor uiteindelijk weinig van deze devices geplaatst worden en ze beschouwd moeten worden als laatste redmiddel. Li-chamseigen artificiële sfincter plastieken, zoals een (dynamische) gracilis plastiek, zijn een optie met een beperkte indicatie en wor-



den niet vaak toegepast wegens aanzienlijke morbiditeit en hoge aantallen reoperaties. Een ander laatste 'redmiddel' is het plaatsen van een (colo)stoma.

In de laatste jaren zijn er twee belangrijke stappen gezet in de anale incontinentie chirurgie. Het bestaan van een verzakking (prolaps) van de endeldarm blijkt vaker dan eerder ingeschat (of geloofd) een belangrijke reden te zijn voor 'onbegrepen' faecale incontinentie. Er bestaat een groot aantal ingrepen om een dergelijke prolaps te corrigeren, maar de Laparoscopische Ventrale Mesh Rectopexie (LVMR) heeft de chirurgische behandeling van rectum prolaps sterk verbeterd.

De tweede belangrijke behandeling voor anale incontinentie is 'sacrale neurostimulatie (SNS)'. Hierbij wordt een elektrode geplaatst aanliggend aan de sacrale zenuwplexus op niveau S3-S4, waar de parasympathische zenuwvoorziening van de bekkenbodem zich bevindt. Een 'pacemaker' zorgt voor de elektrische stimulatie. Deze pacemaker wordt onderhuids op de bilspier geplaatst. Het succespercentage van deze behandeling is zeer hoog, maar de behandeling is wel prijzig. Om in aanmerking te komen, moeten arts en patiënt aan zekere 'eisen' voldoen. Oxford is een van Europa's grootste centra op het gebied van SNS en ik heb daar als Pelvic Floor Fellow een gedegen training gekregen in het plaatsen van deze stimulators.

Obstructieve defecatie (ODS)

Evenals incontinentie kan het niet kunnen ontlasten (obstipatie, of obstructieve defecatie) meerdere oorzaken hebben. Het kan veroorzaakt worden door een mechanische

obstructie, zoals een prolaps, een coele of een tumor, door een traag werkende darm of een gestoorde bekkenbodemp functie, zoals anismus (bekkenbodemp dyssynergie).

In het geval van een mechanische obstructie kan doorgaans een chirurgische correctie plaatsvinden. De meest voorkomende rectoanale obstructie is een **rectale prolaps**. Een dergelijke prolaps is een verzakking van de darm in zichzelf (als een telescoop). Het anale kanaal vult zich niet langer met stoelgang, maar met de darm zelf. Hierdoor ontstaat een obstructie. Deze aandoening ontstaat veel vaker bij vrouwen dan bij mannen. Het betreft meestal vrouwen die een zwangerschap hebben doorgemaakt. Een baarmoederverwijdering is ook een extra risicofactor. Maar een langdurige obstipatie met verkeerde toiletgewoonten kan ook al op jongere leeftijd en bij mannen een rectumprolaps veroorzaken.

Rectumprolaps komt op verschillende niveaus voor. De Oxford Rectal Prolaps Grading maakt onderscheid tussen 5 niveaus. De eerste twee (graad 1 en 2) zijn rectorectale invaginaties en lijken klinisch niet erg relevant. De tweede twee graden (3 en 4) zijn rectoanale invaginaties, ook wel intussusceptie of interne rectumprolaps genaamd. Deze intussusceptie is wel degelijk relevant en kan tot obstructieve defecatie, faecale incontinentie en chronische bekkenbodempijn leiden. Graad 5 is een externe rectumprolaps, waarbij de endeldarm door de anus buiten het lichaam uitpuilt. Een rectumprolaps (zowel intern als extern) kan verholpen worden met een rectopexie.

Anismus is een niet veel voorkomende klacht, maar met vervelende consequenties, omdat

de aandoening vaak op onbegrip stuit. Het betreft een probleem met de reactie van de bekkenbodem op prikkels van het brein. Normaal zou bij aandrang en een sein van het brein, dat ontlasten gepast is (op het toilet bijvoorbeeld) de bekkenbodem moeten ontspannen, maar bij anismus spant de bekkenbodem dan juist aan, waardoor de bekkenbodem afsluit. Onder anismus worden (eigenlijk incorrect) meerdere incorrecte reacties van de bekkenbodem geschaard. De aanspanning kan zich voordoen op het niveau van de anale sfincters maar ook op het niveau van de puborectale sling. Een betere term voor deze groep aandoeningen is een bekkenbodemp (pelvische) dyssynergie.

Behandeling van een dyssynergie is niet eenvoudig. Via biofeedback kan een bekkenbodempkinesist iemand langzaam leren zijn/haar bekkenbodem correct te ontspannen. Bij aanhoudende dyssynergie kan een kleine ingreep tijdelijk verlichting brengen om zo de biofeedback te ondersteunen. Hierbij wordt botulinum toxine in de puborectale spier of de anale sfincter (afhankelijk van het niveau van blokkade) gespoten samen met een hoge dosis lokale pijnstilling om zo voor enkele maanden een verminderde werking van de spieren te veroorzaken. In uitzonderingsgevallen kan een partiële spierinsnijding van de puborectale sling een definitieve oplossing bieden, die in de literatuur een hoge mate van succes heeft, maar wel gepaard gaat met operatieve risico's.

Een **rectocoele** is een uitstulping van de rectale wand in de omliggende weefsels. Meestal betreft het een anterieure rectocoele, waarbij de endeldarm in de vagina drukt. In een dergelijke rectocoele kan ontlasting gevangen raken, wat een gevoel van incomplete evacuatie van de stoelgang geeft. Veel vrouwen zullen



melden dat zij met de vinger tegen de vagina achterwand drukken, of tegen de huidbrug tussen vagina en anus (perineum) om volledig leeg te geraken. Soms zelfs is het noodzakelijk om de ontlasting uit de endeldarm te verwijderen, wat begrijpelijkerwijs als zeer belastend en onhygiënisch wordt beschouwd.

Een rectocoele kan op meerdere manieren worden behandeld. In eerste instantie zal getracht worden met dieetadviezen, medicatie en eventueel bekkenbodempijnsftherapie de stoelgang te verbeteren. Mocht dit niet baten, kan er een chirurgische correctie plaatsvinden. Hiervoor zijn er meerdere mogelijkheden. Er kan vaginaal, perineaal of transanaal een versteviging van de rectovaginale wand gecreëerd worden.

Trage colon transit is een aandoening waarbij de dikke darm te traag werkt. Doorgaans kan dit medicamenteus behandeld worden. De volgende stap is het dagelijks spoelen (irrigeren) van de dikke darm. In zeldzame gevallen is de aandoening zodanig dat er een ileostoma (dunnedarm stoma) moet worden aangelegd. Uiteindelijk kan er dan na goed overleg voor gekozen worden om de dikke darm te verwijderen en een ileorectale anastomose aan te leggen. Dit is iets wat in zeer goed overleg besloten moet worden; de morbiditeit van deze grote ingreep is immers niet gering.

Chronische bekkenbodempijn

Chronische pijnklachten aan de bekkenbodem komen veel voor, geschat bij zo'n 6 tot 7% van de bevolking. Echter, zoals met alle bekkenbodemaandoeningen, zal slechts 1/3 een arts bezoeken met deze klacht. De oorzaak van chronische pijn is vaak ook moeilijk vast

te stellen. Er kan een anatomische afwijking aan ten grondslag liggen, zoals een rectumprolaps. In een studie uit Oxford bleek 59% van de patiënten die zich met chronische pijn presenteerden een **interne rectumprolaps** of een **rectocoele** te hebben. Ook de bovenbeschreven **pelvische dyssynergie** of een **levator ani syndrome** kan veel pijn geven. Een behandeling met botox heeft hierop een redelijk succes. Proctologische aandoeningen zoals hemorroiden en fissura ani kunnen tot chronische pijnklachten leiden.

Nervus pudendus neuralgie geeft klachten van pijn in de bekkenbodem, de billen en zelfs de geslachtsorganen. Klassiek wordt de pijn verlicht door lopen en verergerd door zitten. Een gerichte pijnblokkade van de zenuw is tegelijkertijd diagnostisch en behandelend. Dit kan chirurgisch gebeuren, maar tegenwoordig ook door een pijnteam onder echogeleide of CT-geleide.

Proctalgia fugax is een groep van onbegrepen chronisch pelvische pijnklacht-syndromen, die per exclusionem worden gediagnosticeerd. Behandeling van deze klachten moet gericht zijn op geruststelling, pijnstilling en uiteraard het excluderen van onderliggende aandoeningen.

Coccygodyn timer is een klacht van pijn aan het os coccyx, die voornamelijk bij vrouwen voorkomt. Obesitas en vaginale geboorte zijn predisponerende factoren. Coccygodyn timer kan ook post-traumatisch optreden. De behandeling bestaat uit pijnstilling en het voorkomen van uitlokkende factoren, zoals een verkeerde zithouding. In ernstige gevallen kan chirurgische verwijdering van de coccyx (coccygectomy) een uitkomst bieden.

Wie is dr. Bob Bloemendaal?

- Geboren en getogen nabij **Rotterdam**.
- Studeerde geneeskunde in **Utrecht**.
- Doctoreerde in de **medische microbiologie** met als doctoraatsthesis: 'Staphylococcus aureus transmission: epidemiological and molecular aspects'.
- Volgde een opleiding **chirurgie** aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Meander Medisch Centrum in Amersfoort.
- Ontwikkelde een speciale interesse voor **bekkenbodempijnsftherapie** en volgde een Fellowship Pelvic Floor Surgery en een Senior Fellowship Inflammatory Bowel Disease Surgery in Oxford.
- Gaf intussen ook les aan een van de oudste en beroemdste colleges, nl. **St. John's College** in Oxford.

VAN RAADPLEGING BEDPLASSEN NAAR MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK

Dr. Elke Van Hoyweghen, pediater en kindernefrologe, begeleidt kinderen met nier- en plasproblemen. Indien nodig wordt er hierbij een beroep gedaan op een bekkenbodemtherapeut. Nieuw is dat patiëntjes met plasproblemen vanaf nu ook terecht kunnen bij bekkenbodemtherapeut Cindy Del Bigallo in het ZOL.

Wanneer een kind op het punt staat om naar de kleuterklas te vertrekken, maken veel ouders zich zorgen over het wel of niet zindelijk zijn van hun kind. Een kind is zindelijk of continent als het in staat is om urine op te houden en het plassen uit te stellen tot een gepast moment en een geschikte plaats. De meeste kinderen worden zindelijk op een leeftijd tussen 2 tot 5 jaar. In de meeste gevallen loopt het zindelijkheidsproces op een vlotte manier.

Maar wat als dat niet zo is? Vaak stuit men op onbegrip: het kind stelt zich aan, is te lui of is te druk bezig... Maar wanneer een kind in bed plast, is dit vaak door een combinatie van allerlei factoren. Bedplassen is in eerste instantie een medisch probleem. Psychologische problemen alleen zijn bijna nooit een oorzaak voor het bedplassen. Wel kan het zijn dat bijkomende problemen (ADHD, ASS, ...) het bedplassen verergeren en/of de behandeling bemoeilijken.

Wat is bedplassen?

Bedplassen is een ongewild en onbewust urineverlies tijdens de slaap, op een leeftijd dat een kind al 'droog' zou moeten zijn. Als een kind ouder dan vijf jaar 's nachts nog niet droog is, spreekt men van bedplassen (enuresis). Wanneer een kind naar het eerste studiejaar gaat en nog regelmatig (bijna dagelijks) in zijn/haar bed plast, raadpleegt men best een gespecialiseerde arts. Bedplassen verdwijnt bij de meeste kinderen doorheen de jaren, maar niet bij ieder kind. Een

kind dat op 6 jaar elke nacht nat is, heeft maar 50% kans om spontaan droog te worden. Wanneer een kind nog in bed plast, heeft dit meestal te maken met één of meer van de onderstaande redenen. Een correcte diagnose is van cruciaal belang.

- ▶ **Capaciteit tot ontwakken:** sommige kinderen worden niet wakker door de prikkel van een volle blaas of wanneer hun blaas samentrekt.
- ▶ **Overactiviteit van de blaas:** dit betekent dat de blaas niet goed werkt en plots, onverwacht en ongewild samentrekt. Dit kan op ieder moment gebeuren, ook wanneer de blaas maar weinig gevuld is. Ongeveer de helft van de kinderen die bedplassen heeft hier last van. Een overactiviteit van de blaas gaat vaak gepaard met dysfunctionele mictie: niet kunnen leegplassen.
- ▶ **Te hoge urineproductie:** de hoeveelheid aangemaakte urine is te groot voor de capaciteit van de blaas. Te veel drinken of bepaalde voedingsmiddelen eten voor het slapen gaan, kunnen ervoor zorgen dat er een te grote urineproductie is. Normaal is er tijdens de slaap een verminderde urineproductie dankzij het antidiuretisch hormoon dat door de hersenen wordt afgegeven. Wanneer het hormoon te weinig wordt afgegeven, is er dus ook een overproductie van urine 's nachts.



dr. Elke van Hoyweghen, kindernefrologe, en Cindy Del Bigallo, bekkenbodemptherapeut

Dr. Elke Van Hoyweghen, pediater en kindernefrologe, begeleidt kinderen met plasproblemen. Hierbij gaat het hoofdzakelijk om:

- ▶ Moeizame of late zindelijkheidstraining.
- ▶ Incontinentieklachten met natte broekjes overdag.
- ▶ Dysfunctionele mictie, zich presenterend als recidiverende lage urineweginfecties en broekplassen.
- ▶ Bedplassen.

Multidisciplinaire aanpak

Dr. Van Hoyweghen: "Een multidisciplinaire aanpak bij bedplassen biedt heel wat voordelen voor de kwaliteit van de zorg. We hebben een goede samenwerking met een netwerk van gespecialiseerde bekkenbodemptherapeuten en willen dit ook zeer graag behouden, maar vanaf januari beschikken we ook over een gespecialiseerde kinesiste in het ZOL. Voor heel wat ouders zal dit een meerwaarde zijn."

Na een eerste consultatie bij dr. Van Hoyweghen die een diagnose stelt voor het probleem, worden kinderen met plasproblemen doorverwezen naar bekkenbodemptherapeute Cindy Del Bigallo. Zij heeft reeds meerdere jaren ervaring in de bekkenbodempreëductie en werkte al nauw samen met dr. Van Hoyweghen. Recent kreeg ze ook de officiële erkenning van de bijzondere bekwaamheid in de bekkenbodempreëductie en perinatale kinesithérapie. Tijdens de bekkenbodemptherapiesessies wordt er (op kindermaat) uitleg gegeven over de werking van

de blaas, worden er plas- en drankschema's bijgehouden, leren de kinderen hun blaasvolume trainen en leren ze ook op welke manier ze hun bekkenbodempspieren moeten gebruiken om tot een juist plaspatroon te komen. Bij kinderen met dysfunctionele mictie leren ze de bekkenbodem relaxeren met behulp van bekkenbodembiofeedback oefeningen. Bij bedplassers wordt vaak ook een plaswekker opgestart. De plaswekker is een alarm dat geactiveerd wordt door klein zendertje dat op een speciaal onderbroekje wordt bevestigd. Zodra er 's nachts één druppel in het broekje komt, gaat de wekker af. Zodoende wordt het kind steeds gewaarschuwd wanneer de blaas op het punt staat zich te gaan ledigen. Uiteindelijk leert het kind zelf voelen wanneer de blaas vol is en gaat de wekker later en later af, tot hij niet meer afgaat.

Omdat het vaak om een combinatie van klachten gaat, blijven de kinderen enkele maanden in behandeling. Indien nodig wordt ook dr. Joyce Pennings, kinderoefrologe, betrokken.

In eerste instantie gebeurt de raadpleging bij de kindernefrologe, eventueel de kinderoefrologe en de bekkenbodempkinesiste achtereenvolgens en worden de patiëntjes achteraf gemeenschappelijk besproken. In de nabije toekomst wordt een verdere, meer door-gegreven multidisciplinaire samenwerking uitgebouwd.



Els Houben, kinesiste: "Wanneer wij patiënten een orthese geven, bieden wij de service aan om hen via een multidisciplinaire raadpleging op te volgen."

“OP DE VOETORTHESE-CONSULTATIE WERKEN WE MULTIDISCIPLINAIR MET EEN REVALIDATIEARTS, EEN TECHNICUS EN EEN KINESITHERAPEUT”

Chronische CVA-patiënten zijn stabiel en hebben een beter gangpatroon wanneer ze stappen met een enkel-voet orthese. Dat blijkt uit de studie van enkele studenten kinesitherapie van Universiteit Hasselt, onder begeleiding van prof. Peter Feys, uitgevoerd in het Ambulant Revalidatiecentrum op campus Sint-Barbara. Kinesiste Els Houben, die al jaren ervaring heeft met enkel-voet ortheses, volgde de studie op.

De dienst Ambulante Revalidatie startte tien jaar geleden met een voetorthese-consultatie voor centraal neurologische patiënten. Dit wil zeggen voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel met een verlamming aan het been, vaak CVA-patiënten.

Kinesiste Els Houben: “We kijken of we hen een orthese kunnen geven, dit wil zeggen een hulpmiddel voor het opheffen van de voet van hun verlamde been maar ook voor meer stabiliteit bij het stappen. Er zijn prefabmodellen op de markt en er zijn ortheses die volledig op maat gemaakt worden.”

“Op de voetorthese-consultatie werken we multidisciplinair, dit wil zeggen dat er een revalidatiearts, een technicus en een kinesitherapeut betrokken zijn. De kinesitherapeut doet de ganganalyse, de technicus kijkt wat technisch mogelijk is en de arts kijkt naar de medische toestand van de patiënt. Op basis van de gemeenschappelijke bevindingen wordt beslist voor welke orthese gekozen wordt.”

Waarom hebben jullie aan de studie deelgenomen?

“Universiteit Hasselt heeft ons gevraagd om samen deze studie op te zetten. Wij beschouwden dit als een opportuniteit omdat wij vanuit het werkveld mee de doelstellingen konden bepalen. Wij werken voor onze patiënten vaak met een geïndividualiseerde Y-tech enkel-voet orthese die ontwikkeld werd door onze leverancier Vigo. We hebben de ervaring dat deze orthese het goed doet bij CVA-patiënten maar we wilden weten of ze ook effectief beter is dan het prefab model.”

Hoe hebben jullie de proefpersonen geselecteerd?

“We hebben 15 chronische CVA-patiënten geselecteerd van de afdeling Ambulante Revalidatie. Er zijn tests gedaan om de toestand van hun verlamde been na te gaan om er zeker van te zijn dat het om een homogene groep ging. Bij het vergelijken van de patiënten is gebleken dat er twee grote categorieën waren: patiënten

die een wandelstok nodig hadden om te stappen en zij die geen stok nodig hadden.”

“Vijftien patiënten is niet veel maar als de patiënten in staat moeten zijn om zonder orthese te stappen, sluit je een hele groep uit. We werken hier vaak met mensen die niet kunnen stappen, die eenzijdig verlamd zijn en bij wie het soms een half jaar tot een jaar duurt voor ze enkele stappen kunnen zetten. Vandaar ook dat het een redelijk beperkte groep geweest is.”

Wat is het verschil tussen een op maat gemaakte orthese en een prefaborthese?

“De Y-tech orthese die Vigo ontwikkeld heeft, is een polypropyleen orthese die op maat van het been van de patiënt gemaakt wordt. Uniek is dat er binnen de polypropyleen een carbonstructuur ingebracht is. Carbon is een materiaal dat energie opslaat en dus zorgt voor een dynamisch effect. Concreet betekent dit dat de orthese zichzelf opnieuw strekt wanneer je ze probeert

Els Houben, kinesiste: "We zijn ervan overtuigd dat er een populatie is die zonder een orthese nooit tot stappen zou gekomen zijn."



te buigen omdat ze altijd opnieuw in dezelfde positie wil gaan. Dus als de gebruiker over zijn voet rolt, gaat de orthese hierbij een 'push off' geven. Dat betekent dat ze de spierwerking een klein beetje overneemt en niet alleen mee zorgt voor het opheffen maar ook voor het afduwen van de voet."

"De prefaborthese, die enkel uit polypropyleen bestaat, doet dat veel minder."

Wat hebben jullie exact onderzocht met deze studie?

"De vraag was: wat is het verschil als chronische CVA-patiënten stappen met een orthese of zonder een orthese. Bedoeling was hen te laten stappen in drie condities: met een op maat gemaakte orthese, met een prefaborthese en zonder orthese. Deze drie condities werden vergeleken wat betreft de balans en het stappen op zich. Voor het stappen hebben we gekeken naar de spatio-temporele kenmerken, dit wil zeggen: hoe is de snelheid, hoe verhouden de passen zich, worden de benen gelijk gebruikt enz.... De proefpersonen kregen sportschoenen van ons zodat ze onder alle condities steeds dezelfde schoenen droegen. Dat is belangrijk om de resultaten correct te kunnen vergelijken."

"De Universiteit Hasselt heeft een speciale wandelmat (GAITRite) ter beschikking gesteld waarop we onze metingen konden doen."

Wat hebben jullie gemeten?

"Eerst werd de toestand van het been nagegaan: is er spasticiteit, is er mobiliteitsverlies, hoe erg is het been aangetast? Dan werden er evenwichtstesten gedaan, en dit in de drie condities. Tot slot gebeurden de gangtesten en lieten we hen stappen over de wandelmat. Eerst aan een normaal tempo en daarna zo snel ze konden. Dat laatste vonden we erg interessant omdat mensen in een functionele situatie soms zo snel mogelijk moeten stappen, bv. bij het oversteken van een drukke straat."

Tot welke resultaten zijn jullie gekomen?

"Zoals we ook verwacht hadden, heeft een op maat gemaakte orthese het meeste effect. De verdere bevindingen zijn best wel boeiend. Van een orthese wordt gezegd dat ze ervoor zorgt dat de voet niet gaat afhangen (dropvoet) wanneer er een stap met dat been wordt gezet. Maar uit het onderzoek is gebleken dat mensen ook meer stabiliteit hebben als ze een orthese dragen. Dit betekent dat ze beter kunnen staan en ook met beide benen meer volwaardige passen kunnen zetten in plaats van bijvoorbeeld één van de voeten alleen maar bij te zetten. Het onderzoek toonde ook aan dat de op maat gemaakte orthese meer stabiliteit biedt dan een gewone prefaborthese."

"Er is ook gebleken dat je mensen best zo snel mogelijk een orthese geeft want dan ontwikkelen ze minder compensaties. Hoe langer je wacht, hoe meer mensen in een compensatiegang verwikkeld geraken en er soms ook niet meer goed van af geraken."

Was er een verschil tussen de twee groepen van patiënten?

"Wat opviel is dat de groep die met een stok moest wandelen, dus de slechtste groep, het meeste voordeel had van de orthese. Dit bleek des te meer bij het 'zo snel mogelijk stappen'. De situatie werd immers telkens vergeleken met het stappen zonder orthese."

"In de studie hebben we de spatio-temporele kenmerken van het gangpatroon van onze proefpersonen kunnen meten. Wat we niet hebben kunnen meten is de spierwerking omdat dit veel meer invasief is. Het is ook niet gemakkelijk om bij iemand met een orthese de spierwerking te meten. Het zou nochtans boeiend zijn en meer gedifferentieerde resultaten geven want wij geloven dat de op maat gemaakte orthese niet alleen de voet heft en stabiliteit geeft maar ook het hele gangpatroon stuurt. Wij zien dat vanuit onzew klinische analyse maar konden dit met deze studie natuurlijk niet bewijzen."

Zijn er nog andere revalidatiecentra betrokken in de studie?

"Nee, wij zijn een ambulante afdeling voor neuro-motorische revalidatie. Wij leren mensen met een hersenletsel zo goed mogelijk opnieuw bewegen. Een voordeel van onze afdeling is dat mensen voor langere tijd kunnen blijven. Dat kan gaan tot twee jaar na het letsel. Dat is vrij uniek, niet veel centra kunnen dit traject aanbieden. Mensen komen na de acute hospitalisatie op de klinische afdeling waar ze maximum drie maanden kunnen blijven. Dan kan vanaf de thuissituatie in het ambulant centrum verder gewerkt worden. Het waren de patiënten die dit traject afgelegd hebben die voor de studie in aanmerking kwamen."

Werken jullie al lang met enkel-voet ortheses?

"In de afgelopen jaren hebben we heel veel ervaring en expertise opgebouwd, vooral met de Y-tech orthese. Toen wij ermee gestart zijn, was ze nog vrij nieuw. Wij geloven dat het een erg waardevolle orthese is. Ze kan ook aangepast worden naargelang de evolutie van de revalidant. Er kan bijvoorbeeld materiaal weggenomen worden waardoor ze soepeler wordt."

"Wanneer wij patiënten een orthese geven, bieden wij de service aan om hen via een multidisciplinaire raadpleging op te volgen. Alle oud-patiënten die afhankelijk blijven van een orthese worden door ons op regelmatige tijdstippen uitgenodigd om te kijken of hun orthese nog voldoet. Hiernaast zien we ook patiënten die elders hun revalidatietraject hebben doorlopen, maar toch nog behoefte hebben aan een orthese."

Hoe evolueren CVA-patiënten die opnieuw hebben leren stappen met een orthese?

"Er zijn revalidanten bij wie de orthese kan afgebouwd worden en die uiteindelijk komen tot een gang zonder orthese en zonder te grote abnormaliteiten in het gangpatroon. We hebben veel aandacht voor het gangpatroon omdat we ervan overtuigd zijn dat mensen met een erg afwijkend gangpatroon op termijn ook andere problemen of letsels ontwikkelen en dit proberen we zoveel mogelijk te voorkomen."

"Er is een groep die altijd met een orthese zal moeten blijven stappen. Dat komt ook heel duidelijk naar voor in de studie. Patiënten met zware uitval die bijvoorbeeld alleen met een stok kunnen stappen, hebben meer baat van de orthese. Wij hebben natuurlijk niet in de hand hoe de revalidatie bij een bepaalde patiënt verloopt. Sommige patiënten herstellen beter dan andere. De 'slechteren' houden een sterk beperkt been en blijven een stijve orthese nodig hebben. Maar ook zij hebben baat gehad. We zijn ervan overtuigd dat er een populatie is die zonder een orthese nooit tot stappen zou gekomen zijn. Voor sommige mensen zijn de doelstellingen erg laag. Maar als iemand die rolstoelgebonden is, binnenhuis toch kan stappen met een orthese dan is dit voor deze persoon zeker zeer waardevol."

Grete Bollen



Literatuur:

J Phys Ther Sci. 2016 May;28(5):1621-8.
The influence of an ankle-foot orthosis on the spatiotemporal gait parameters and functional balance in chronic stroke patients. Bouchalová V, Houben E, Tancsik D, Schaekers L, Meuwis L, Feys P.

ISLAM EN ETHISCHE KWESTIES IN DE GEZONDHEIDSZORG

Hoe gaan moslims om met ethische kwesties met betrekking tot gezondheidszorg? En zijn er medische behandelingen die ze wel of niet wensen? Dr. Mouloud Kalaai is spoedarts, bedrijfsarts en voorzitter van de vzw Vlaamse Artsen van Marokkaanse Origine voor Solidariteit. Hij is van mening dat een betere kennis en begrip van de verschillen leidt tot meer wederzijds respect. "De wens van de patiënt staat centraal. Het is de taak van de zorgverlener om alle mogelijkheden aan te bieden die voor de patiënt een juiste keuze toelaten. Zolang dit niet ingaat tegen de eigen deontologische principes natuurlijk."



Zijn er opvattingen met betrekking tot ziekte, gezondheid en ethiek die eigen zijn aan de islamgemeenschap? Liggen culturele en religieuze verschillen aan de basis van misverstanden in de relatie tussen moslimpatiënten en zorgverleners in onze ziekenhuizen?

Zeker is dat in de islam heel wat diversiteit bestaat. Naast het gegeven of iemand praktiserend of niet-praktiserend religieus is, hangt de keuze van een persoon af van zijn kennis, gemoedstoestand, eigen overtuiging, interpretatie en zelfverantwoordelijkheid. Vaak wordt ook het advies gevraagd van een imam in verband met de ingreep of de behandeling die wordt voorgesteld. De imams hebben niet altijd voldoende kennis over de specifieke isla-

mitische juridische regels betreffende gezondheidszorg. Als ze hun opleiding niet in België hebben gekregen, kan ook hun interpretatie van de islam verschillen van wat gangbaar is in Europa.

Dr. Mouloud Kalaai geeft lezingen over de islamitische leer en jurisprudentie en vervolgens de gevolgen hiervan voor de opvattingen van de moslimgemeenschap in verband met gezondheidszorg. Hij werd uitgenodigd door dr. Noyens, voorzitter van het Comité Medische Ethiek van het ZOL, voor een workshop 'Ethiek voor artsen'. In het ZOL gaf hij het volgende overzicht met betrekking tot zijn visie op ethische kwesties die vaak onderwerp zijn van overleg en discussie.

Dr. Kalaai: "Moslims hebben de plicht tot lichaamsverzorging en het zoeken van medische hulp als dit nodig is. Belangrijk is dat steeds gekozen moet worden voor een 'passende behandeling'. Therapeutische hardnekkigheid,

waardoor de remedie voor de patiënt zwaarder wordt dan de ziekte, is niet toegelaten."

Euthanasie

In de islam is euthanasie gelijk aan zelfmoord. Alleen God beslist over leven en dood. Hij heeft de mens geschapen en roept hem weer tot bij zich. Vragen naar euthanasie is dus verboden in de islam. Over de verantwoordelijkheid van de uitvoerder bestaat onenigheid. Het aanmoedigen van alternatieven en opdrijven van palliatieve zorg wordt aanbevolen.

Palliatieve sedatie

Analgesie of sedatie zijn toegelaten op voorwaarde dat de intentie tijdelijk is, bijvoorbeeld om pijn te bestrijden. Palliatieve sedatie om de dood in te leiden is verboden.

DNR

Een DNR-protocol 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.

IVF

Het is toegestaan om een beroep te doen op kunstmatige bevruchting mits een aantal voorwaarden. Zo moeten het sperma en de eicel afkomstig zijn van de vader en de moeder. Gebruik maken van eicel- of spermadonatie is niet toegestaan. Ingevroren cellen mogen niet meer gebruikt worden na het overlijden van een partner. Tot slot is draagmoederschap verboden.

Transplantatie

Xeno-transplantatie is toegestaan, ook van verboden dieren (bv. biologische hartklep van varken is toegelaten).

Allo-transplantatie is toegestaan indien er geen gevaar bestaat voor de (levende) donor. Er bestaat nog steeds een bepaalde terughoudendheid bij mensen. De betrokkenen moet steeds hun expliciete toestemming gegeven hebben.

Sterilisatie

De jurisprudentie met betrekking tot sterilisatie heeft een evolutie gekend. Van een volledig verbod evolueerde deze naar meer tolerantie. Nu wordt het toegestaan voor mannen en voor

vrouwen, mits goede informatie en de juiste intentie. Castratie is verboden.

Anticonceptie

Seksuele betrekkingen zijn enkel toegestaan binnen het huwelijk. Orale en andere anticonceptiva zijn hierbij toegelaten voor gezinsplanning en/of om therapeutische redenen, voorzichtigheid wordt gevraagd omwille van de nevenwerkingen. De morning after pil is toegestaan binnen het huwelijk.

Abortus

Is toegestaan tot ten laatste 40 dagen zwangerschap indien het welzijn van de moeder (bv verkrachting) of van een ander kind van het gezin in gevaar is. Abortus is ook toegestaan indien het leven van de moeder in gevaar is.

Abortus is toegestaan tot ten laatste 120 dagen zwangerschap bij een bewezen ernstige ongeneeslijke malformatie van het kind waardoor leven ondraaglijk wordt en/of het leven van de moeder in gevaar is. Toestemming van de vader is niet absoluut noodzakelijk (in geval van een conflict). De moeder kan samen met een specialist ter zake beslissen.

Plastische chirurgie

Plastische chirurgie is toegestaan bij ernstige

aangeboren afwijkingen en bij verminkingen (brandwonden, verkeersongeval, ...).

Plastische chirurgie is ook toegestaan als de gebreken de oorzaak zijn van psychische en/of somatische klachten. In geval van interpreteerbaarheid draagt de patiënt zelf de morele verantwoordelijkheid.

Klonen

Wetenschappelijke evolutie wordt in de islam nooit belemmerd, het zijn de toepassingen van nieuwe technieken waarvoor regelgeving moet bestaan.

Over het klonen van mensen is er momenteel geen standpunt, gezien dit nog niet wordt toegepast. De techniek van klonen daarentegen wordt gestimuleerd om te kunnen evolueren naar klonen van organen als alternatief voor xeno- en allotransplantatie.

Tot slot

"De jurisprudentie binnen de islam laat toe dat regels en adviezen kunnen veranderen afhankelijk van nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen en zelfs afhankelijk van tijd, plaats en individuele casuïstiek. Elk geval moet afzonderlijk bekeken worden," besluit dr. Kalaai.



Eugène Doyen show karikatuur

ADRIEN BARRÈRE

De man die deze karikatuur uit zijn pen liet vloeien had eerst rechten en nadien geneeskunde gestudeerd om uiteindelijk tekenaar te worden. Met zijn talent ontwierp hij honderden affiches voor de Parijse cinema Pathé en het Théâtre du Grand-Guignol op de Place Pigalle. Rond 1900 kwam hij op het idee zijn vroege profs te tekenen. De vier cartoons over 'Les professeurs de la Faculté de Médecine de Paris' werden een kassucces. Barrère verkocht in totaal 420.000 exemplaren.

In één ervan tekende hij dokter Eugène Doyen die op het punt staat om de kneepjes van zijn chirurgische vingervlugheid te tonen aan vijftien eminente professoren van de medische faculteit. Om het een beetje gezellig te houden heeft hij voor wat stereofonische muziek gezorgd en enkele flessen champagne klaargezet om straks de goede afloop van de operatie te vieren. Op zijn tafel ligt een vrouw die zich onder zijn fijnbesnaarde handen volkomen op haar gemak voelt. Zelfs straalt. Om zijn demonstratie straks aan een cinematografisch geïnteresseerd publiek voor te stellen, heeft hij een aantal filmcamera's opgesteld.

De meeste proffen hebben een attriboot bij zich dat verwijst naar hun specialiteit of hobby. Zo heeft uiterst links **Paul Ferdinand**

Segond, professor gynaecologie en later kliniekhoofd aan l'hôpital de la Salpêtrière, een myomateuze baarmoeder aan een kurkentrekker hangen. Zijn specialiteit was de vaginale hysterectomie en zijn hobby zal vermoedelijk iets met die kurkentrekker te maken hebben.

Rechts van hem staat de roodharige en wat vermoeid ogende dokter **Jules Déjerine**. Na een beloftevolle carrière als zenuwarts in la Salpêtrière werkte hij tijdens de eerste Wereldoorlog in een militair hospitaal. Totaal uitgeput door het zenuwslopend oplappen van fysisch en psychisch getraumatiseerde Franse soldaten, gaf hij in 1917 de geest. Hij ligt begraven op Père-Lachaise.

De wat nors kijkende man met petje is **Félix de Lapersonne**, oftalmoloog aan het Hôtel-Dieu in Paris. Hij deed onderzoek naar de syfilitische optische neuritis en vond de 'De Lapersonnes capsulo-iridotome' uit, een kleine oogtang.

De achterover hellende man die twee flessen champagne achter de hand houdt, is de neuroloog **Théophile Landouzy**. Tijdens zijn carrière maakte hij zich voornamelijk verdienstelijk met het opzetten van publieke informatiecampaagnes om tuberculose en

andere infectieziekten te voorkomen. Waarschijnlijk is champagne daar een beter medicijn voor dan drinkwater.

Naast Landouzy staat de patholoog en bacterioloog, **Philippe Gaucher**. In 1882 deed hij een autopsie bij een 32-jarige vrouw en vond er een sterk vergrote milt en lever. Onder zijn microscoop zag hij grote cellen die hij 'Gaucher cellen' noemde en de aandoening werd de 'ziekte van Gaucher' genoemd. Het is een van die onnoemelijk zeldzame erfelijke stofwisselingsziekten die een student geneeskunde moet blokken zonder er later ooit een in zijn praktijk te zien.

Boven Gaucher prijkt de norse kop van **Charles Gariel**, ingenieur Bruggen en Wegen én professor fysische geneeskunde. In zijn lange carrière spande hij zich in om de wetenschap begrijpelijk te maken voor een breder publiek. Zo werd hij een van de stichters van de 'l'Association française pour l'avancement des sciences' en schreef bevattelijke artikelen in vulgariserende tijdschriften zoals 'L'Électricien' en 'La Nature'.

De meest flamboyante professor van het gezelschap is ongetwijfeld de veelzijdig getalenteerde **Edouard Brissaud**. Afkomstig uit een artistiek aangelegde familie van te-



kenars, kunstschilders, operazangers, schrijvers en toneelspelers, erfde hij zowat elk talent. In de eerste plaats was hij neuroloog en psychiater maar daarnaast ook patholoog, internist, medico-legaal expert en leraar medische geschiedenis. Welbespraakt en steeds te vinden voor een woordspeling, was het een droom van een lesgever. Als vrijdenker en non-conformist was hij ook de eerste prof die het statussymbool van de buishoed aflegde. Het moet dus als een grap bedoeld zijn dat Barrère hem hier als enige mét buishoed tekent. Maar ook Brissaud was als farceur nooit verlegen om een grapje, zoals hij hier heimelijk een zakdoek tovert uit de zakken van zijn vriend Paul Reclus. Uitgerekend Brissaud, die als begenadigd tekenaar ook een anatomieboek over de hersenen publiceerde en eigenhandig illustreerde, stierf op 57-jarige leeftijd aan een hersentumor.

Tussen Brissaud en Reclus staat de kleinste Parijse prof, **Nicolas Gilbert**. Als briljant student klom hij op tot de hoogste medische rangen en publiceerde talloze artikels en boeken over een waaier van geneeskundige onderwerpen. In 1898 beschreef hij de 'portale hypertensie' en naar hem is ook de 'ziekte van Gilbert' genoemd. Het is een niet zo zeldzame erfelijke aandoening waarbij bepaalde enzymen in de lever wat

minder goed werken, en de studenten dus best goed blokken om er geen over het hoofd te zien.

Met een spuit in de hand kijkt professor chirurgie **Paul Reclus** afstandelijk en vrij sceptisch naar zijn meer extroverte collega, Eugène Doyen. Vermoedelijk vraagt hij zich af hoe die showman straks de vrouw zal verdoven. Als het met de gebruikelijke ether en chloroform niet zou lukken, heeft hij alvast het meer geavanceerde 'spul' bij zich. Een spuit cocaïne. Reclus was immers een fervent promotor van cocaïne als lokaal anestheticum, maar vandaag is hij vooral bekend om een borst die er op doorsnede uitziet als een gatenkaas. In wetenschappelijk jargon: de 'fibrocystische mastopathie van Reclus'.

Een hoofd groter dan Reclus is de flink bebaarde **Georges Roger**. Als zoon van twee dramaturgen erfde hij, in tegenstelling tot Brissaud, niet hun lyrische talenten maar werd professor experimentele en vergelijkende anatomie en professor exotische pathologie aan het 'Institut de Médecine Coloniale'. Na zijn ter aarde bestelling in het familiegraf op het Cimetière Montmartre, blijft hij overleven in het 'reflex van Roger'. Het is een soort van mondkwijlen dat reflexmatig opgewekt wordt als men het onderste gedeelte van de slokdarm prikkelt.

De volgende in de rij is de wat boers ogende en met medailles overlade **Odilon Lannelongue**. Van nederige afkomst kwam hij zonder één cent in Parijs aan maar werkte zich via allerlei klussen op tot verpleger, studeerde geneeskunde en maakte zich als chirurg verdienstelijk tijdens de oorlog van 1870. Zo kwam hij terecht in de kleine cirkel van de 'haute société parisienne' en trof daar de vrouw van zijn leven aan, Marie. Ze was vier jaar ouder dan hem, steenrijk en introduceerde haar Odilon in de allerhoogste sferen waar hij al snel de persoonlijke lijfarts werd van de Président de la République Française. En nadien regende het medailles. Van Professeur van dit, Président van dat, burgemeester van zijn geboortedorp en senator van de regio. Kinderen had hij niet maar met zijn ereloon en het onmetelijk fortuin van zijn vrouw trok hij op reis. Het pittoreske Venetië bekoorde hen zó dat ze plannen maakten om een wereldreis te maken, maar zijn vrouw stierf voortijdig. Na haar begrafenis ondernam hij alsnog een wereldreis, ditmaal met zijn twee nichtjes, Marie et Laure, die zijn hele fortuin zouden erven. Het hoofd dat hij in de handen houdt

verwijst vermoedelijk naar het ritueel van koppensnellen dat hij ergens in een vreemd land moet hebben gezien.

Minder avontuurlijk was **Jean-François Le Dentu**, gespecialiseerd in de urologische chirurgie. Hij werkte in meerdere Parijse ziekenhuizen en was de eerste Franse chirurg die een nefrectomie en een nefro-ureterectomie aandurfde. Hij schreef talrijke artikels in zijn domein en werkte mee aan diverse tekstboeken die nu niet meer gelezen worden.

De lange magere professor met klarinet en zeppelin is **Charles Richet**. Zijn leven samenvatten in een notendop is waanzin. Té veel talenten. Als arts specialiseerde hij zich in de fysiologie en onderzocht de spijsvertering, thermoregulatie, ademhaling, neurochemie etc. etc. Het meest bekend werd hij om zijn onderzoek naar de 'anafylaxie' waarvoor hij in 1913 de Nobelprijs geneeskunde ontving. Maar hij schreef ook poëzie, kinderboeken, dramatische toneelstukken en romans. In één ervan, 'L'homme stupide' is hij niet mals voor de oorlog stokende mens en heeft het al helemaal niet voor het inferieure ras van negers. Technisch aangelegd werd hij aangetrokken tot de aeronautica en ontwierp, samen met de vliegtuigpionier Louis Charles Bréguet, een helikopter, de 'gyroplane Bréguet-Richet'.

De man met de beenprothese is **Edouard Kirmisson**, orthopedische chirurg en een van de stichtende leden van de 'Société française d'orthopédie'. Daarnaast was hij ook professor in de pediatrische orthopedische chirurgie in het Hôpital des Enfants-Malades.

Het dichts bij showman Eugène Doyen staat **Louis-Félix Terrier**. Aanvankelijk studeerde hij veterinaire pathologie maar schakelde al snel over op de menselijke chirurgie, waarover hij gigantisch veel boeken schreef. En ook hier kan hij het schrijven niet laten.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog



Van links naar rechts: Prof. dr. Bernard Himpens (algemeen directeur MZNL), Christel Kuppens (voorzitter Raad van Bestuur MZNL), Tom Arts (voorzitter Raad van Bestuur ZOL), Erwin Bormans (algemeen directeur ZOL), dr. Griet Vander Velpen (medisch directeur ZOL), dr. Jan Verhaert (voorzitter medische raad ZOL)

MARIAZIEKENHUIS EN ZOL GAAN NAUWER SAMENWERKEN

Zoals u ook al in de media kon lezen, hebben het Mariaziekenhuis uit Overpelt en het ZOL de intentie bekrachtigd om hun samenwerking te intensifiëren. Beide ziekenhuizen werken al jaren op een positieve manier samen. De voorbije jaren zijn er heel wat samenwerkingsinitiatieven geweest. Deze zullen in de toekomst verder uitgebouwd worden, en dit zowel op medisch als op niet-medisch vlak.

De patiënt en zijn zorgnoden staan daarbij centraal. Er zullen zorgtrajecten rond de patiënt uitgetekend worden met concrete en duidelijk gestructureerde afspraken, waarbij samenwerking en vertrouwen kernbegrippen zijn.

De overheid, zowel de federale als de regionale, trekt duidelijk de kaart van 'netwerking'. Het ZOL en het Mariaziekenhuis wensen uitdrukkelijk vanuit hun historische samenwerking en als antwoord op deze beleidslijnen hun samenwerking te intensifiëren om te komen tot een globaal medisch-strategische samenwerking. Dit in overleg en met respect voor alle andere zorgverleners van de regio Noord-Oost Limburg.

De afgelopen maanden werden de laatste obstakels om tot deze intense samenwerking te komen, uitgeklaard. Het komende jaar wordt de samenwerking geconcretiseerd en verrijkt.



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. Nathalie Verschueren,
Anatomopatoloog**

Dr. Verschueren behaalde haar artsendiploma, met grote onderscheiding in 2010 aan de KU Leuven. Haar specialisatie-opleiding volgde ze in KU Leuven en MUMC+.

Dr. Verschueren zal actief zijn op de dienst anatomo-pathologie in het ZOL.

**Dr. Sigi Nauwelaers,
Thoracovasculaire Heelkunde**

Zijn opleiding algemene heelkunde volgde dr. Nauwelaers in H.-Hartziekenhuis Lier, Jessa, ZOL, Imelda Ziekenhuis en UZ Leuven.

Zijn specialisatie vaatheelkunde volgde dr. Nauwelaers in UZ Leuven en ZOL. Een bijkomende specialisatie thoracale heelkunde volgde hij eveneens in UZ Leuven en een kortdurend Fellowship access chirurgie in MUMC Maastricht.

Dr. Nauwelaers zal zich op de dienst Thoracovasculaire Heelkunde toeleggen op klassieke en endovasculaire vaatheelkunde, thoracale heelkunde en access en AV-fistel chirurgie.

Daarnaast zal er een opstart zijn van multidisciplinair overleg inzake vaataccess voor hemodialyse samen met de dienst Nefrologie.

Dr. Nauwelaers zal zowel in het ZOL als ZMK actief zijn.



WETENSCHAPPELIJKE RAAD > PROGRAMMA 2016-2017

Aula (G9.10)

campus Sint-Jan (tenzij anders vermeld)

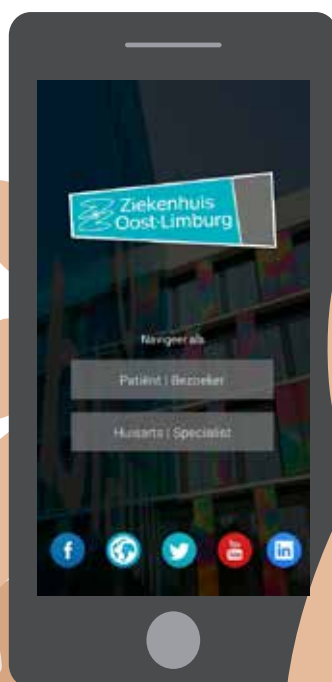
- Donderdag 26 januari 2017 | van 20.30 tot 22.30 uur
Coloncarcinoom: personalized treatment
Rubriek 2 – 2 CP
- Donderdag 23 februari 2017 | van 20.30 tot 22.30 uur
Hematurie en proteïnurie bij kind & volwassene, een uitdaging voor huisarts & specialist
Rubriek 2 – 2 CP
- Donderdag 23 maart 2017 | van 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

NEEM
RECHTSTREEKS
CONTACT OP
MET ONZE
SPECIALISTEN
VIA DE ZOL-APP

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. W. Mullens
Dr. Griet Vander Velpen
Dr. L. Stockx
Dr. T. Boulanger
Dr. M. Grieten
Dr. G. Souverijns
Dr. S. Heye
Dr. J. Van Robays
Dr. Bob Bloemendaal
Dr. E. Van Hoyweghen
Els Houben
Dr. M. Kalai

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
Micha Vandormael
I-Line PR & Communications

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. Marc Daenen, pneumoloog en Manfred Heinze

Op 16 november 2016 was het Wereld COPD-dag. "Chronic obstructive pulmonary disease' is een chronische en langzaam progressieve longaandoening die ontstaat ten gevolge van een vernauwing van de luchtwegen. Hierdoor wordt het transport van de lucht naar de longen moeilijker. De ziekte is onomkeerbaar en is de derde belangrijkste doodsoorzaak, na hartlijden en beroerte," aldus longspecialist dr. Marc Daenen.

In het ZOL konden bezoekers tijdens de wereld COPD-dag terecht op een infostand waar kinesisten, artsen, psychologen en andere zorgverleners meer info gaven over de ziekte. Ook Manfred Heinze (59) uit Genk, COPD-patiënt sinds 2004, was aanwezig om zijn ervaringen met anderen te delen.

Manfred Heinze: "Ik werkte vroeger in een fabriek en in die tijd namen men het niet zo nauw met gezondheid en preventie. Daarbij was ik een roker. Beide factoren hebben ertoe geleid dat ik COPD gekregen heb."

"In het fabriek mocht ik vanaf toen niet meer komen maar via de VDAB kon ik elders opnieuw aan de slag. Daar ben ik na twee jaar ook mee moeten stoppen omdat het te zwaar werd, ook al waren het maar 30 uren per maand."

"Als ik opstoten kreeg, schreef de dokter mij Medrol (cortisone) voor. Dat helpt natuurlijk, maar je kan het best niet te lang nemen. Als je

je weer beter voelt, kan je afbouwen. Tot je opnieuw opstoten krijgt. En dan moet je weer aan de Medrol."

"Intussen ben ik in de fase gekomen dat ik extra Medrol moet nemen en zuurstof krijg."

"Ik heb me jaren zo slecht gevoeld dat ik niets ander kon dan zitten. Met de zuurstof, die ik altijd bij me heb, en de extra Medrol gaat het weer wat beter. Ik ben gestart met revalidatie om opnieuw wat spieren op te bouwen. Want als je geen spieren meer hebt, kan je immers helemaal niets."

"De ziekte heeft veel impact, niet alleen op mijn leven maar ook op dat van mijn partner en mijn omgeving. Ik ben altijd een heel gezonde mens geweest en heb hard gewerkt. En dan werd ik ziek en viel alles stil. Daar moet je aan wennen. Je kan veel dingen niet meer en je moet altijd hulp vragen. Dat is het moeilijkste."

"Ik probeer zo actief mogelijk te blijven. Ik voel dat ik dat moet doen. Anders ga ik snel weer achteruit. 's Morgens lees ik de krant, dan ga ik wandelen met de honden, ik studeer wat Engels, rust op tijd en ga drie keer per week naar de revalidatie. Soms doe ik wat kleine inkopen en als het mooi weer is, ga ik met de elektrische fiets rijden. Ik ben sterker geworden en dat geeft me opnieuw wat vrijheid."