

zOLarium

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD

Jaargang 18 nr. 72 | april • mei • juni • 2019

STANDAARD VOOR DE BEHANDELING VAN LAGE RUGPIJN

OBESITASCENTRUM Kiest
VOOR BREDE BENADERING

MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG
SYSTEEMZIEKTEN OPGESTART

TRANSGENDERZORG WORDT
VERDER UITGEBOUWD



MULTIDISCIPLINARITEIT LEIDT TOT MEER KWALITATIEVE PATIËNTENZORG

Enkele jaren geleden startte het gerenommeerde Zweedse Karolinska Instituut met een groot transitieproces dat hun ziekenhuis moet voorbereiden voor het 'ziekenhuis van de toekomst'. Met de omschakeling van de klassieke medische diensten zoals chirurgie en oncologie naar thematische patiëntenprogramma's veranderden ze hun hele zorgorganisatie. Artsen werden gegroepeerd 'rond een pathologie' in plaats van 'rond een afdeling'. De samenwerking tussen de multidisciplinaire en multidisciplinaire teams heeft als doelstelling te komen tot een meer kwalitatieve zorg voor de patiënt.

Met deze ingrijpende herorganisatie wil het Karolinska Instituut inspelen op uitdagingen waar het ziekenhuis van vandaag voor staat: toename van chronisch ziekten, vergrijzing, een grotere patiëntenbetrokkenheid maar ook de snelle ontwikkelingen op technologisch en ICT-vlak.

Ziekenhuizen van over de hele wereld kijken met belangstelling toe hoe de nieuwe organisatievorm in Karolinska zich ontwikkelt. Ook in het ZOL denken we na over de ontwikkeling van meer thematisch georganiseerde zorg, getuige de recente bouw van het zintuigenplatform en het neuroplatform.

Waar we ook trots op zijn, is dat de uitbouw van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en -raadplegingen in ons ziekenhuis almaar meer vorm krijgt. Bedoeling van multidisciplinaire raadplegingen is om patiënten met gemengde of complexe problemen zo kwaliteitsvol mogelijk te behandelen. De verschillende betrokken specialisten kijken vanuit hun eigen expertise en komen uiteindelijk tot een gemeenschappelijke diagnose en behandelplan, op maat van de individuele patiënt.

Dit nummer van ZOLarium hebben we helemaal gewijd aan multidisciplinaire initiatieven in ons ziekenhuis. Heel erg trots zijn we op onze specialisten van het Multidisciplinair Pijncentrum, die mee aan de basis staan van de nationale en internationale richtlijnen voor de behandeling van lage rugpijn. De behandeling van lage rugpijn vraagt een multidisciplinaire aanpak bij uitstek waar in eerste instantie de eerste lijn en in een volgend stadium de tweede en derde lijn bij betrokken zijn (Spine Unit).

Helemaal nieuw zijn ook de oprichting van de multidisciplinaire obesitaskliniek en de transgenderkliniek. Beide bieden een breed behandelplan voor de medische gezondheid maar ook het psychisch en sociaal welzijn van respectievelijk de obese en de transgender patiënt.

Ander waardevol initiatief is het multidisciplinair overleg 'systeemziekten' waar het vaak complexe dossier van patiënten met inflammatoire systeemaandoeningen door verschillende artsen besproken wordt.

De afdeling Prenatale Diagnostiek tot slot werkt multidisciplinair nauw samen met andere orgaanspecialisten als specifieke afwijkingen tijdens de zwangerschap worden vastgesteld.

Bij de uitbouw van multidisciplinaire initiatieven is ook het transmurale aspect erg belangrijk. Een goede samenwerking met de eerste lijn is prioritair in het 'ziekenhuis van de toekomst'. Wij blijven hier als ziekenhuis verder intensief op inzetten.

Veel leesplezier!

Dr. Griet Vander Velpen,
Medisch directeur

INHOUD

- 4 Pijn in de benen
- 5 Accreditatie voor dienst IVF
- 6 Behandeling lage rugpijn
- 12 Nieuw slaapcentrum
- 14 Multidisciplinair obesitascentrum
- 18 Overleg systeemziekten

DISSECTIEKAMER

- 22 Nierfunctievervangende therapie
- 26 Meeting Cardiologie
- 30 Verdere uitbouw transgenderzorg
- 33 Doctoraat Lieselotte Lemoine
- 34 Limburg Clinical Research Center
- 38 Afdeling prenatale diagnostiek
- 41 Genk Loopt
- 42 Kort
- 44 Nieuwe artsen
- 46 Billboard
- 48 Partners in zorg

Cover: prof. dr. Jan Van Zundert

22 THUISHEMODIALYSE GEEFT PATIËNTEN MEER VRIJHEID



Patiënten die nood hebben aan nierfunctievervangende therapie kunnen met hemodialyse (kunstnier) of met peritoneaaldialyse (buikspoeling) behandeld worden. Het merendeel van de patiënten krijgt hemodialyse. Zo worden in het ZOL een 275-tal patiënten behandeld met chronische hemodialyse. Voor een selecte groep van patiënten is ook thuisdialyse mogelijk.

26 INTERVENTIONEEL CARDIOLOGEN ONTMOETEN ELKAAR OP CORE-MEETING



Een zestigtal interventioneel cardiologen uit de Benelux en Groot-Brittannië waren in het ZOL voor besprekingen en demonstraties van cutting-edge behandelingen bij geselecteerde patiënten met zeer complexe letsels aan de kransslagader. Deze meeting was de eerste CORE (complete revascularisation) meeting die georganiseerd werd op BENELUX-niveau.

34 LCRC VAN START



Na bijna tien jaar medisch wetenschappelijk onderzoek in Limburg start een nieuwe fase voor het Limburg Clinical Research Program. Het LCRP wordt LCRC. Een onderzoekscentrum dat meer dan ooit inzet op wetenschappelijk onderzoek dat uiteindelijk moet leiden tot betere gezondheidszorg.

42 TOPDOKTER ZOEKT TOPDOKTER



Een iets te enthousiaste afdaling tijdens de eerste dag van zijn skivakantie leidde tot een fractuur in de linkerknie van topdokter Luc Stockx. Dr. Stockx werd gerepatriceerd en chirurgisch behandeld door collega-topdokter prof. dr. Bellemans. Hiermee werd hij naast trotse ZOL-topdokter ook een fiere patiënt die mocht ervaren hoe het is om aan 'de andere kant' te staan.

PIJN IN DE BENEN

Dit beeld is een MRI-onderzoek van de buikslagader en de slagaders van beide benen. Voor het bekomen van dit beeld wordt contrastmiddel intraveneus ingespoten. Op het moment dat het contrast deze slagaders bereikt, zal de scan uitgevoerd worden.

Een MR-angio onderste ledematen wordt uitgevoerd bij pijn in de benen, meestal tijdens het wandelen, waarbij een vernauwing van de slagaders wordt vermoed. Door een vernauwing geraakt er onvoldoende zuurstofrijk bloed tot in de benen.

Bij deze persoon zien we onder andere op niveau van het rechter bovenbeen enkele duidelijke vernauwingen. Deze vernauwingen kunnen met een ballonnetje of stent door de vaatchirurg behandeld worden om zo de bloedvoorziening te verbeteren.

Dr. Endry Willems
Radioloog

rechts

links





DIENST IVF GEACCREDITEERD VOOR OPLEIDING FELLOWS IN REPRODUCTIEVE GENEESKUNDE

De dienst IVF heeft de accreditatie voor de opleiding 'fellows in reproductieve geneeskunde' gekregen, het resultaat van een uitgebreide visitatie in januari 2018. De accreditatie is geldig voor een periode van vijf jaar en werd uitgereikt door de European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE).

In totaal zijn er in Europa 1700 IVF-centra werkzaam. Slechts 18 centra hebben deze accreditatie

bekomen. Het resultaat is dat ons IVF-centrum elk jaar een fellow mag opleiden voor een periode van 2 jaar waarna een examen wordt afgelegd.

Onze eerste fellow is dr. Carmen Kerkhofs. Zij is gestart op 1 maart 2018, zij zal voor een periode van zes maanden ook actief zijn in het IVF-centrum van de VUB, ook een geaccrediteerd centrum.



“Uit de Global Burden of Disease Study uit 2016 blijkt dat lage rugpijn momenteel de belangrijkste gezondheidsklacht is in de Westerse wereld, en dit al sinds 1990.”

Prof. dr. Jan Van Zundert, anesthesioloog

NIEUW: NATIONALE EN INTERNATIONALE STANDAARD VOOR DE DIAGNOSE EN BEHANDELING VAN LAGE RUGPIJN

Zopas verscheen in het internationale, toonaangevende tijdschrift *Nature Reviews Disease Primers* een publicatie over lage rugpijn, geschreven door key-opinion leaders van universiteiten van over de hele wereld. Psycholoog prof. Johan Vlaeyen (KU Leuven) en anesthesioloog prof. dr. Jan Van Zundert (ZOL) zijn de twee Belgische onderzoekers die in deze publicatie betrokken zijn. De nieuwe publicatie kadert in de globale problematiek rond de aanpak van lage rugpijn als een belangrijk maatschappelijk en medisch probleem.

Prof. Johan Vlaeyen is hoogleraar en hoofd Gezondheidspsychologie aan de KU Leuven. Prof. dr. Jan Van Zundert is hoogleraar pijngeneeskunde aan de Universiteit Maastricht en medisch diensthoofd van het Multidisciplinair Pijncentrum van het ZOL. Ze werkten beiden ook mee aan de richtlijn over lage rugpijn van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) die momenteel in opdracht van de overheid door Domus Medica geïmplementeerd wordt.

Prof. dr. Jan Van Zundert: "Belangrijk is dat we een nationale en nu ook een internationale standaard hebben voor de diagnose en behandeling van lage rugpijn. Een geïntegreerde biopsychosociale aanpak staat hierin centraal."

Prof. Johan Vlaeyen: "De internationale publicatie is de kers op de taart. Het is ook een mooi voorbeeld van de samenwerking tussen de verschillende partners met Trace (*), KU Leuven, ZOL en Universiteit Maastricht."

Het is verwonderlijk: lage rugpijn blijft probleem nummer 1 in de westerse wereld. Hoe komt dit?

Prof. dr. Jan Van Zundert: "Uit de Global Burden of Disease Study uit 2016 blijkt inderdaad dat lage rugpijn momenteel de belangrijkste gezondheidsklacht is in de Westerse wereld, en dit al sinds 1990."

"We zijn intussen 30 jaar verder en er zijn meer diagnostische mogelijkheden, meer scanners en meer medicijnen maar er is nog steeds geen wonderoperatie, geen wonderprik en geen wonderpil tegen lage rugpijn. Vandaar dat het biopsychosociaal model waar we hier in het Multidisciplinair Pijncentrum van het ZOL mee werken, alsnog meer op de voorgrond komt te staan."

Wanneer is de multidisciplinaire aanpak van pijn gestart?

Prof. dr. Jan Van Zundert: "Het multidisciplinair behandelen van pijn is pas in de jaren '60 tot stand gekomen. In de jaren ervoor werden pijnproblemen behandeld door de neurochirurg via het doorsnijden of doorbranden van zenuwen. De Amerikaanse anesthesioloog John Bonica, oprichter van het eerste multidisciplinair pijncentrum in Seattle in de jaren zestig van de vorige eeuw, beseftte dat een bredere aanpak nodig was. Vanaf dan kwam er naast de somatische aanpak meer aandacht voor pijngedrag, pijn aanvaarding en pijnverwerking. En zo is de trein van de multidisciplinaire aanpak vertrokken."

"In die trein was Universiteit Maastricht een van de eerste toonaangevende centra in Europa. Ik werkte er anno jaren '90 aan mijn doctoraatsstudie over pijn en prof. Vlaeyen was er hoogleraar. Hij is wat betreft experimentele psychologie altijd een van de internationale

“In de publicatie over lage rugpijn hebben we alle kennis waarover de verschillende betrokken disciplines beschikken op een rij gezet, alsook de implicaties daarvan voor de dagelijkse praktijk.”

Prof. Johan Vlaeyen, psycholoog KU Leuven

key-opinion leaders geweest. Pijn, en rugpijn in het bijzonder, heeft zijn carrière voor een groot deel beheerst.”

Prof. Johan Vlaeyen: “Figuurlijk dan toch hé Jan!”

Hoe verklaart u dat de incidentie van lage rugpijn blijft stijgen?

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Dat is een goede vraag. Wie dat kan verklaren, kan de Nobelprijs winnen. Er zijn multiple verklaringen maar waarschijnlijk is de medische component niet de belangrijkste.”

Prof. Johan Vlaeyen: “Het is ook intrigerend dat lage rugpijn enkel in geïndustrialiseerde landen een groot probleem is. Lage rugpijn komt weliswaar ook voor in ontwikkelingslanden, alleen is het daar geen reden om het werk te onderbreken of hulp te zoeken.”

“Waarschijnlijk speelt een combinatie van factoren een rol. Eerst en vooral het toegenomen sedentaire leven dat een aantal lichamelijke veranderingen met zich meebrengt. Dit in combinatie met andere factoren zoals levenswijze en in beperkte mate genetica. En daarbij – en dit is typisch voor de geïndustrialiseerde landen – het geloof dat voor ieder probleem een oplossing bestaat. Als de rugpijn niet onmiddellijk opgelost geraakt, denken mensen het ergste en gaan ze verder op zoek, vaak almaar specialistischer. Terwijl meer bewegen of de levensstijl aanpassen meestal een betere oplossing is dan bijvoorbeeld chirurgie.”

Het overzichtsartikel dat jullie publiceren in Nature belicht uitgebreid het voorkomen van lage rugpijn, de mogelijke oorzaken en veelbelovende oplossingen. Was er nood aan een dergelijk overzicht?

Prof. Johan Vlaeyen: “Ja, zeker omdat dit probleem zo complex is en de incidentie almaar toeneemt. Hoe moeten we hiermee omgaan? In de publicatie hebben we alle kennis waarover de verschillende betrokken disciplines beschikken op een rij gezet, alsook de implicaties daarvan voor de dagelijkse praktijk.”

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Als we dit verhaal vanuit een helicopterview bekijken, is lage rugpijn een beetje het falen van het klassieke medisch model. We hebben de laatste 50 jaar enorm veel vooruitgang geboekt in de geneeskunde door nieuwe technologieën, maar helaas weinig voor de behandeling van lage rugpijn. Daar blijven we achter de feiten aanlopen. Vandaar dat we nederig het geweer van schouder veranderen, de voorkeur gaat naar een multidisciplinaire en minimaal invasieve aanpak.”

De publicatie in Nature is een grote stap vooruit in de behandeling van lage rugpijn?

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Het feit dat een toonaangevend, internationaal tijdschrift als Nature nu aandacht besteedt aan deze aanpak heeft een belangrijke symboolwaarde. Vroeger werd neerbuigend gedaan over het biopsychosociaal model terwijl het nu in onze

publicatie als een wetenschappelijke, internationale standaard wordt neergezet met discipline-overstijgende richtlijnen.”

Wat is de planning voor de implementatie van de richtlijnen?

Prof. Johan Vlaeyen: “De eerste stap is de implementatie van de richtlijnen in België. Minister De Block heeft hier middelen voor ter beschikking gesteld en de opdracht toegekend aan Domus Medica dat de verschillende beroepsgroepen zal betrekken.”

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Het is de eerste keer dat er vanuit de overheid zo’n interdisciplinair project wordt opgestart. Goed is ook dat Domus Medica dit coördineert want het overgrote deel van de lage rugpijnpatiënten zit in de eerste lijn. Met alles wat we nu weten, blijkt dit ook de juiste aanpak. Dit is opnieuw een belangrijke doorbraak.”

Zit ook de samenwerking met andere zorgverleners zoals kinesisten en psychologen in de samenwerking vervat?

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Inderdaad, maar psychologische zorg in de eerste lijn is nog steeds een ‘pijnpunt’, als ik het zo mag formuleren. Dat is trouwens recent nog in de media geweest. De terugbetaling die minister De Block heeft voorzien, wordt als te weinig ervaren. Maar dankzij haar beleid is er toch opnieuw iets in beweging gekomen. Is het glas dan half leeg of half vol?”

Prof. Johan Vlaeyen: “Een ander pijnpunt is dat er momenteel nog te weinig psychologen zijn die voldoende interesse hebben om met deze groep – mensen met lichamelijke klachten – te werken. Het merendeel van de psychologen houdt zich vooral bezig met psychopathologie. Dat is ook iets wat binnen de schoot van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen een aandachtspunt zal zijn. Hoe enthousiasmeren en bereiden we collega-psychologen voor op werken met patiënten met lichamelijke klachten?”

Waar moet er volgens jullie nog onderzoek gebeuren wat betreft de behandeling van patiënten met lage rugpijn?

Prof. Johan Vlaeyen: “Ik denk dat we de gedragsmechanismen van lage rugpijn nog verder moeten onderzoeken. Er zijn veel mensen met acute episodes van rugpijn. Waarom gaat die pijn bij sommigen weer weg maar bij anderen niet? Het gaat hier om een relatief kleine groep maar de consequenties voor hen zijn heel groot. In die chronische groep heb je



Prof. Johan Vlaeyen

opnieuw een groep die gehandicapt raakt. Wat zijn de verschillende risicofactoren die hiervoor verantwoordelijk zijn? We hebben hier wel een idee van maar we moeten hier verder onze loop op leggen.”

“De volgende vraag is dan: wat kun je doen om in te grijpen op die risicofactoren? Hoe kan je ze aanpakken of hoe kan je mensen veerkrachtig genoeg maken om de risico's te overwinnen? Daar is nog best wat werk te doen.”

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Aanvullend hierop en in dezelfde lijn: waarom zien we zo'n variabiliteit bij de outcome van behandelingen. Gelijkaardige behandelingen geven bij de ene patiënt een goed resultaat en bij de andere niet. Een voorspellende factor hiervoor hebben we niet. We hebben in al die jaren niet kunnen ontrafelen waarom de ene patiënt het beter doet dan de andere.”

Wat met big data? Kunnen zij van voorspellende waarde zijn voor patiënten met lage rugpijn?

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Big data zijn nergens zo nodig als in pijn geneeskunde. Er zijn ook veel big data want er zijn ontzettend veel pijnpatiënten. Maar zolang we geen objectieveerbare diagnoses kunnen stellen met betrekking tot pijn zijn de data weinig bruikbaar. Pijn blijft een subjectieve diagnose. En dat is waarschijnlijk ook de reden waarom het probleem zo groot is.”

Welke andere nieuwe evoluties kunnen mogelijk een oplossing brengen?

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Onze hoop is momenteel wat gericht op de genetica. Er zijn op dit vlak al wat onderzoeken rond lage rugpijn gedaan, we hebben met ons pijncentrum ook deelgenomen aan een grote Europese studie hierover. Maar eigenlijk zijn we hier nog maar aan het begin. Er is een grote zwarte doos waar we nog geen toegang toe hebben. Welke variabiliteit maakt dat iemand chronificeert of niet, goed op een behandeling reageert of niet... De toekomst moet uitwijzen welke patronen hier achter zitten.”

Prof. Johan Vlaeyen: “Genetica zal inderdaad belangrijk zijn, maar ook hoe de genetische onderbouw van een persoon reageert op wat er met het individu gebeurt. We weten dat dit niet altijd heel stabiele processen zijn. Ik denk dat ook voor gen-gedragsinteracties en de zogenaamde epi-genetica nog een belangrijke rol is weggelegd. Het is genetica aan de ene kant



Prof. dr. Jan Van Zundert

“Actueel geen plaats voor de behandeling van chronische pijn met medicinale cannabis”

De laatste tijd was er opnieuw veel aandacht in de media voor het gebruik van medicinale cannabis, vooral getriggerd na de aankondiging dat er door het parlement een vergunning zal toegekend worden voor de eerste legale plantage in België en dat zal in onze Limburgse provincie zijn.

In de artikels en reportages worden ongeveer dezelfde argumenten gebruikt die ook de laatste twintig jaren vooruit geschoven werden voor het promoten van opioïden voor niet-kankerpijn. Het resultaat en maatschappelijk drama is ondertussen hopelijk bij iedereen gekend: 400.000 doden in de Verenigde Staten over de laatste 20 jaar! Hopelijk moeten we binnen tien of twintig jaar niet dezelfde artikels gaan schrijven over medicinale cannabis en pijn...

Ons standpunt is dan ook duidelijk:

- Er is vanuit wetenschappelijk standpunt actueel geen plaats voor de behandeling van chronische pijn met medicinale cannabis. We verwijzen hiervoor ook naar een recent editorial in Pain van oktober 2018. Pain is het tijdschrift met de hoogste Impact factor van alle internationale anesthesie en pijntijdschriften en in het editorial wordt ook gerefereerd naar de druk van de publieke opinie op de politiek voor het legaliseren van medicinale cannabis.

- Medicinale cannabis is sedert twee jaar door het RIZIV in België goedgekeurd (en in België enkel ter beschikking als Sativex spray) voor slechts één indicatie: therapieresistente spasticiteit bij MS-patiënten, op voorschrift van een neuroloog. Dus zeker niet voor pijn, zoals er dikwijls foutief wordt gecommuniceerd.
- Mogelijks kunnen in de toekomst specifieke patiëntengroepen zoals vb MS/ALS met chronische neuropathische pijn of patiënten met kankerpijn, wel baat hebben maar daarvoor is nog wetenschappelijk onderzoek nodig om uit te zoeken of de mogelijke voordelen opwegen tegen de nadelen en mogelijke complicaties, vooral voor het gebruik op langere termijn.

Er is dan ook slechts één mogelijke conclusie, die ook in het editorial van Pain geconcludeerd wordt: “We do not want to see a cannabis epidemic replace that of opioids!”

Prof. dr. Jan Van Zundert
Anesthesioloog, medisch diensthoofd
Multidisciplinair Pijncentrum ZOL

maar wel in de context van een dynamisch geheel van andere factoren. En dat maakt het natuurlijk helemaal uitdagend.”

Prof. dr. Jan Van Zundert: “Ook het opioïdenprobleem speelt een rol omdat opioïden de celstructuren van een persoon op termijn veranderen. En hoewel de opioïden geen oplossing zijn voor hun pijn, slagen patiënten er uiteindelijk niet meer in om ze af te bouwen, ook al zijn ze niet verslaafd. Daarom houden we ook ons hart vast over de nieuwe evoluties rond medicinale cannabis zolang er geen onderzoeken op lange termijn zijn uitgevoerd. Ons standpunt is dan ook heel duidelijk: er is actueel onvoldoende effectiviteit om het voorschrijven van medicinale cannabis voor chronische pijn te rechtvaardigen. Helaas zijn de risico's op complicaties op langere termijn niet te onderschatten en dus schrijven we het niet voor. In de toekomst is vooral meer wetenschappelijk onderzoek hierover nodig.”

Nature Reviews | Disease Primers |
Article citation ID (2018) 4:52.
DOI: 10.1038/s41572-018-0052-1

Op 25 april vond een Wetenschappelijke Raad plaats over de aanpak van radicaire pijn en de KCE-richtlijn met betrekking tot lage rugpijn, ingericht door de Spine Unit van het ZOL in samenwerking met de huisartsen van Prometheus.

NIEUW SLAAPCENTRUM MET HOTELFACILITEITEN





In het Slaapcentrum worden patiënten geobserveerd die kampen met een slaapapneusyndroom, met rusteloze benen of met slaapstoornissen. Ook patiënten die slaapwandelen of tandenknarsen worden er onderzocht.

Het Slaapcentrum is zopas verhuisd van campus Sint-Barbara naar campus Sint-Jan. Het nieuwe centrum brengt alle activiteiten met betrekking tot slaap samen en bestaat uit raadplegingsruimten, onderzoeksklokken en een slaaplabo.

Het slaaplabo telt 13 slaapeenheden die huiselijk aangekleed zijn en optimaal ingericht werden voor een goede slaap. Daarbij is het slaapcentrum excentrisch gelegen in het ziekenhuis om omgevingsge-

luiden te vermijden. In een centrale living kunnen patiënten ontspannen voor het slapengaan en 's morgen een ontbijt gebruiken.

De pneumologen/somnologen dr. Susie Klerkx, dr. Eddy Janssens, dr. Els Michiels en dr. Jan Verhaert doen samen 5.000 slaapraadplegingen per jaar. In het slaaplabo worden jaarlijks 3.380 slaaponderzoeken uitgevoerd.

Er wordt nauw samengewerkt met de diensten Keel-, Neus- en Oorziekten en Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde en met slaappsioloog Katrien Vanhorenbeek.

Meer info over het slaaplabo vindt u op www.zol.be/slaapcentrum





“De groepstherapie is nieuw in ons aanbod. We hebben een uitgebreid programma van 24 weken uitgewerkt voor patiënten die tussen het milde en het hele zware stadium van obesitas balanceren.”

Dr. Yves Kockaerts, endocrinoloog

V.l.n.r. prof. dr. Willem Ombelet (IVF-specialist), dr. Matthias Dupont (cardioloog), dr. Susie Klerkx (pneumoloog), dr. Hans Verhelst (abdominaal chirurg), dr. Yves Kockaerts (endocrinoloog), prof. dr. Philip Caenepeel (gastro-enteroloog)

MULTIDISCIPLINAIR OBESITASCENTRUM BIEDT BREED BEHANDELPLAN AAN

Het ZOL is gestart met een multidisciplinair obesitascentrum. Het gaat om een initiatief van de dienst Endocrinologie, in samenwerking met de diensten Revalidatie, Diëtetiek en Psychologie. Ook de diensten Gastro-enterologie, Cardiologie, Pneumologie, IVF/Gynaecologie en Abdominale heelkunde zijn betrokken. Endocrinoloog Yves Kockaerts: "Met de obesitaskliniek willen we een breed behandelplan aanbieden met aandacht voor de medische gezondheid maar ook voor het psychisch en sociaal welzijn van de patiënt."

Dr. Yves Kockaerts: "Beweren dat obesitas toeneemt, is een open deur intrappen. Bijna 1 op 2 Belgen kampt met overgewicht, 15% lijdt aan obesitas. We willen met de obesitaskliniek een antwoord bieden op de stijgende vraag naar begeleiding en therapie."

"In een obesitasbehandeling wordt de BMI van een patiënt meestal als insteek genomen, vaak omwille van een directe link met bariatrische heelkunde. In onze multidisciplinaire obesitaskliniek hebben we gekozen voor een bredere benadering. Uiteraard nemen we de BMI en het gewicht mee maar daarnaast willen we er ook rekening mee houden welke impact het overgewicht heeft op de patiënt. Qua medische gezondheid - bijvoorbeeld metabool lijden, orthopedische klachten, slaapapneu syndroom, hypertensie,... - maar ook qua psychische en sociale impact. We baseren onze visie en aanpak op de gegevens die beschikbaar gesteld worden door het kenniscentrum eetexpert.be vzw."

"Om een inschatting te maken van de ernst van het overgewicht en het gezondheidsrisico voor de patiënt wordt het Edmonton Obesity Staging System gebruikt. Met behulp van dit zorgmodel worden het lichamelijk functioneren, de functionele beperkingen, de psychologische symptomen en de eventuele weerslag op het welzijn gescoord. Afhankelijk van de ernst valt de patiënt in een bepaald stadium."

Dr. Yves Kockaerts: "Patiënten die verwezen worden naar de multidisciplinaire raadpleging voor een advies worden achtereenvolgens gezien door de endocrinoloog, de kinesist, de psycholoog en de diëtist. Elke zorgverlener bekijkt de patiënt individueel. Daarna worden alle bevindingen samengelegd, wordt er bepaald in welk stadium de patiënt zit en wordt er besproken voor welke therapie hij in aanmerking komt. Patiënten met bijkomende problemen worden hiervoor verder verwezen. Iemand met knieartrose wordt eerst naar de orthopedist gestuurd. Patiënten met een vermoeden van slaapapneu verwijzen we naar de pneumoloog."

"In geval van milde obesitas wordt de patiënt met de bevindingen, aandachtspunten en adviezen terug naar de eerste lijn verwezen. Wij zullen ons profileren voor de moeilijkere patiënten maar iedereen is natuurlijk welkom voor een screening en een advies."

Therapeutische mogelijkheden

Dr. Yves Kockaerts: "De therapeutische mogelijkheden voor de behandeling van obesitas zijn drievoudig. Opties zijn medicamenteuze ondersteuning, groepstherapie en bariatrische heelkunde."

"De groepstherapie is nieuw in ons aanbod. We hebben een uitgebreid programma van 24 weken uitgewerkt voor patiënten die tussen het milde en het hele zware stadium van

obesitas balanceren. Patiënten die voor dit programma in aanmerking komen, zullen een traject doorlopen waarin zij gecoacht worden wat betreft voeding, eetgedrag en beweging. We leren hun gezonde voeding en beweging integreren in hun dagelijkse activiteiten en geven handvaten mee om hier later zelfstandig mee verder te gaan."

"Halfweg het programma wordt iedere deelnemer opnieuw geëvalueerd. Zo kunnen we mensen die individueel nog ergens in vastlopen bijvoorbeeld extra laten langsgaan bij de psycholoog of kan er een andere bijsturing gebeuren. Het kan ook zijn dat het advies in de tijd verandert. Boekt een patiënt die het begeleidingsprogramma volgt geen vooruitgang, dan kan hij of zij daarna toch het advies voor bariatrische heelkunde krijgen."

"Er zijn intussen ook gesprekken gestart met de pediaters en kinderendocrinologe dr. Nele Reynaert. Zij willen mee instappen in het programma met een aangepast traject, speciaal afgestemd op kinderen."

Complexe pathologie

Dr. Yves Kockaerts: "Onze patiënten zijn zeker niet allemaal even gemotiveerd. Obesitas is een complexe pathologie. Patiënten hebben vaak al veel uitgeprobeerd, zijn herhaaldelijk ontgoocheld en vragen ten einde raad om bariatrische heelkunde. Dat is zeker begrijpelijk maar



Multidisciplinair paramedisch team: v.l.n.r. Mirte Stifter (kinesiste), Vinciane Geurts (coördinator), Filique Martens (diëtiste), Julie Van Grieken (psychologe).

wij willen die patiënten er uit halen die misschien nog op een andere manier kunnen geholpen worden. Want bariatrische heelkunde is een zware ingreep met weliswaar vele voordelen maar ook risico's. De voor- en nadelen van bariatrische heelkunde moeten altijd goed afgewogen worden tegen de lange- en kortetermijnsrisico's van de gezondheidstoestand van de patiënt. Zeker ook wanneer er nog een kinderwens is, in geval van vrouwelijke patiënten."

Coördinator

Coördinator en aanspreekpunt van de obesitaskliniek is Vinciane Geurts. Ze informeert patiënten over de werkwijze en maakt de afspraken bij de endocrinoloog, diëtist, kinesist en psycholoog. Ook zal ze mee uitzoeken of een patiënt in aanmerking komt voor terugbetaling door het ziekenfonds. Doorheen het traject zal ze indien nodig de doorverwijzing plannen naar eventuele andere disciplines zoals abdominale chirurgie, pneumologie, fysische geneeskunde,... De coördinator zal de patiënt ook peri-operatief (bariatrische heelkunde) en peripartaal (mineralen/vitaminen) opvolgen in samenwerking met de artsen.

Kinesitherapie

Patiënten die geschikt bevonden worden voor het groepsprogramma gaan eerst langs bij de cardioloog voor een inspanningstest zodat het oefenen veilig kan verlopen. Kinesisten Anneleen Duchateau en Mirte Stifter: "Wij analyseren de proef en werken op basis van de resultaten een conditioneel programma uit."

"De bewegingsactiviteiten vinden twee keer per week plaats. Bedoeling is één sessie per week in de oefenzaal te laten plaatsvinden en één sessie op locatie. Deelnemers krijgen huiswerk mee en we motiveren hen om hun levensstijl aan te passen door bijvoorbeeld vaker de trap of de fiets te nemen."

"We willen mensen opnieuw leren bewegen. We helpen hen een betere conditie op te bouwen, want dat is waar het vaak misgaat. Bedoeling is veel verschillende bewegingsactiviteiten zoals onder andere zwemmen, tennis, boksen en basketbal aan te bieden in de hoop dat ze ergens aansluiting bij vinden."

"We hopen dat mensen na de 48 sessies zelf hun bewegingsactiviteiten verder zetten. Daarom koppelen we ook wetenschappelijk onderbouwde educatiesessies aan de bewegingsactiviteiten. Weten waarom je iets doet, verhoogt de motivatie. Ook belangrijk is dat mensen opnieuw plezier krijgen in bewegen. Als iets heel veel moeite kost, hou je het immers niet vol."

"We hopen dat ook het groepsgevoel positief stimuleert. We werken in kleine groepjes van 10 en hopen daar een hecht team van te maken. We zien dat ook bij de cardiale revalidatie: mensen die samen trainen motiveren elkaar. Ze trekken zich aan elkaar op, het zijn lotgenoten."

Psychologie

Psychologe Julie Van Grieken zal de kandidaten screenen op psychologisch vlak en verder begeleiden. "Bij de psychologische screening onderzoeken



Coördinator en aanspreekpunt van de obesitaskliniek is Vinciane Geurts. Ze informeert patiënten over de werkwijze en maakt afspraken bij de endocrinoloog, diëtist, kinesist en psycholoog.

we de motivatie van de patiënt om aan zijn of haar gewicht te werken. Ook bekijken we het eetgedrag. Tot slot bevragen we de gevolgen van het overgewicht op psychisch vlak. Vaak zien we een beperktere kwaliteit van leven.”

“We kijken ook breder: zijn er dingen met betrekking tot voeding die met de opvoeding zijn meegegeven? Zijn er levensgebeurtenissen die een impact hebben gehad op het gewicht. En, is iemand altijd al zwaarder geweest of is hij of zij de laatste tijd zwaarder geworden?”

“De vraag is ten slotte: waar wil de patiënt aan werken? En zijn er andere dingen die hij eerst moet aanpakken. Indien de patiënt bijvoorbeeld een ernstige eetstoornis heeft, ernstige depressieve klachten of een andere psychiatrische problematiek, zal bekeken worden welke van deze problemen er eerst moeten worden aangepakt. Indien nodig zal de patiënt geadviseerd worden om eerst begeleiding op te starten voor andere probleemgebieden, alvorens in te stappen in het obesitascentrum.”

“Tijdens het groepsprogramma worden een

tiental groepssessies georganiseerd, sommige samen met de diëtiste. Gedurende die sessies geven we informatie over obesitas en de mythes die errond bestaan. Daarna werken we rond motivatie. We kijken niet enkel naar gewichtsverlies maar ook naar het belang van een hele nieuwe levensstijl. Zo kunnen we realistische doelen stellen en wordt er niet enkel gewerkt op korte termijn.”

“In de volgende sessies gaan we gedragsmatig te werk. Emotionele eters leren we bijvoorbeeld om alternatief gedrag te stellen wanneer ze zich minder goed voelen. We bekijken ook welke gedachten eten kunnen uitlokken.”

“In een latere fase zullen we werken op sociale vaardigheden. Hoe communiceren we met onze omgeving dat onze levensstijl veranderd is? Hoe zeggen we neen en hoe gaan we om met negatieve reacties.”

“In de laatste sessies bespreken we hoe we wat we geleerd hebben kunnen aanhouden en hoe we om kunnen gaan met risicosituaties. En uiteraard gaan we ook in op vragen van de

deelnemers. Het programma is heel groepsgericht maar als er andere kwesties zijn die niet in de groep kunnen aangepakt worden dan doen we dit op een andere manier.”

Diëtetiek

Diëtiste Filique Martens staat in voor de begeleiding op voedingsvlak. “Tijdens de multidisciplinaire raadpleging bevragen we met behulp van screeningslijsten het voedingspatroon.”

“In het groepsprogramma voorzien we acht infosessies waar we de principes van gezonde en evenwichtige voeding uitleggen en het belang van gedragsverandering toelichten. We organiseren een kookworkshop en leren patiënten hoe je etiketten op verpakkingen moet lezen, hoe je best winkelt en hoe je een recept kritisch bekijkt.”

“In opvolgingsgesprekken wordt de opgedane kennis bevraagd via quizjes.”

Coördinator Obesitaskliniek:

Vinciane Geurts, T 089 32 55 94,
e-mail: obesitaskliniek@zol.be



“Je maakt een verschil als je met vijf verschillende artsen samen naar een patiënt kijkt en tot een gemeenschappelijk oordeel komt. Zo kan je immers sneller een efficiënte behandeling instellen.”

Dr. Kristof Thevissen, reumatoloog

OVERLEG VOOR PATIËNTEN MET SYSTEEMZIEKTEN OPGESTART

Een reumatoloog kijkt niet alleen naar gewrichten maar houdt zich ook bezig met systeemziekten, inflammatoire aandoeningen en alles wat het immuunsysteem aantast. Omdat deze ziekten discipline-overschrijdend zijn, heeft reumatoloog dr. Kristof Thevissen een maandelijks multidisciplinair overleg opgestart waar alle specialisten van het ziekenhuis patiënten op kunnen inplannen. Met de dienst Dermatologie werd een reuma/dermasprekkuur opgezet.

Tijdens zijn specialistenopleiding reumatologie aan het Maastricht UMC was het voor dr. Thevissen snel duidelijk dat hij zich verder wilde toeleggen op systeemziekten, het meer internistische deel van de reumatologie. Vanuit Maastricht bracht hij ook het idee voor een multidisciplinair overleg (MDO) inflammatoire of immunologische aandoeningen mee naar het ZOL.

Dr. Kristof Thevissen: "Het MDO vindt maandelijks plaats en iedere arts is er welkom. Het concept is nieuw. In het begin kostte het wel wat overtuigingskracht maar intussen wordt het overleg goed bezocht omdat de collega's er de meerwaarde van inzien. De hoofdspelers zoals de longarts, de nefroloog, de oogarts, de dermatoloog, de gastroenteroloog en de cardioloog zijn altijd aanwezig. Daarnaast de artsen van de technische disciplines en uiteraard de reumatoloog."

"De volgende vergadering vindt pas binnen drie weken plaats en er zijn nu al acht patiënten ingepland. Vaak gaat het om patiënten met aandoeningen zoals (huid)vasculitis, psoriasis, sarcoïdose of de ziekte van Crohn die nieuwe manifestaties vertoont. Bedoeling is te zoeken naar een veilige behandeling die past in het hele plaatje."

Kan u een voorbeeld geven van een casus?

Dr. Kristof Thevissen: "De patiënt die ik zelf breng op dit overleg is bijvoorbeeld iemand met lupus en huiduitslag, vergrote klieren, nierproblemen, gewrichtsproblemen... Ik volg deze patiënt al een tijdje op maar breng hem op het team met de vraag of er nog

andere insteken zijn, of er nog andere zaken moeten uitgewerkt worden, of ik misschien iets over het hoofd heb gezien en of de collega's akkoord zijn met de therapie die ik heb ingesteld."

"Interessant is dat je onmiddellijk input krijgt van de hele groep. De nefroloog en de dermatoloog maar ook de radioloog, de nuclearist, de patholoog en de klinische bioloog zijn immers aanwezig. Iedereen geeft zijn insteek zodat de puzzelstukken in elkaar vallen. En dat is bij systeemziekten zo belangrijk. Als je een patiënt voorlegt aan de groep ga je altijd met nieuwe ideeën en nieuwe mogelijkheden terug."

Wie neemt het voortouw in de vergadering?

Dr. Kristof Thevissen: "Ik heb dit MDO opgericht met de steun en in nauwe samenwerking met de andere medische disciplines. Via HiX, het elektronisch patiëntendossier, is het heel gemakkelijk om een patiënt aan te melden. Patiënten die aangemeld worden, komen op de lijst en ik probeer altijd het dossier vooraf door te lezen. Achteraf doe ik een korte rapportage met conclusie. Er is afgesproken dat de hoofdbehandelaar van de patiënt het advies meeneemt en het ook communiceert naar de patiënt, naar de andere behandelaars en naar de huisarts."

De medicamenteuze behandelingsmogelijkheden voor patiënten met complexe aandoeningen nemen toe. Zijn ook hier de inzichten van verschillende artsen een meerwaarde?

Dr. Kristof Thevissen: "Als reumatoloog kon-

den wij vroeger quasi niets voor onze patiënten doen maar nu hebben we een hele rist mogelijkheden, gaande van de klassieke reumamedicatie tot de biologicals. De meeste vragen in het MDO gaan natuurlijk over die laatste groep want die zijn niet door elke discipline even goed gekend. Kunnen we gericht een biological geven, welke biologicals bestaan er, is het veilig om deze te geven en is er een indicatie voor de terugbetaling? Om dit uit te zoeken is zo'n vergadering ook wel nuttig, zeker bij overlapproblemen. Zo kunnen we elkaar en vooral de patiënt verder helpen."

Het duurt doorgaans 7 tot 10 jaar voor patiënten met systeemziekten een diagnose krijgen. Kan dit sneller als deze patiënten gezien worden op dit MDO?

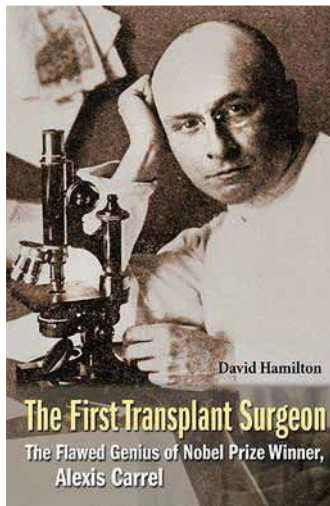
Dr. Kristof Thevissen: "Dat is alvast de bedoeling. Belangrijk is dat er een bewustzijn ontstaan is rond inflammatoire aandoeningen. Je maakt een verschil als je met vijf verschillende artsen samen naar een patiënt kijkt en tot een gemeenschappelijk oordeel komt. Zo kan je immers sneller een efficiënte behandeling instellen."

Hoe ziet u het MDO in de toekomst evolueren?

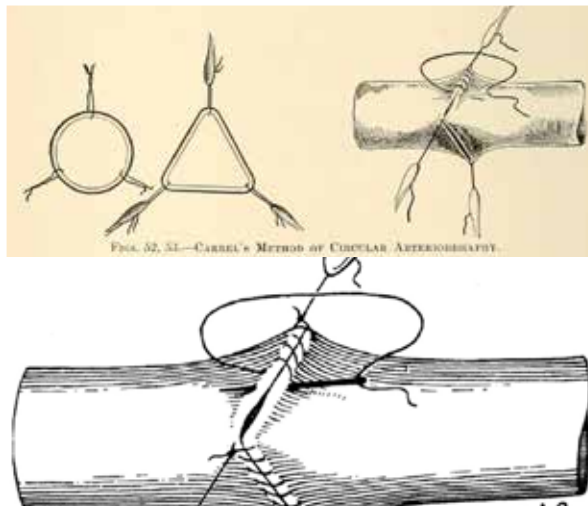
Dr. Kristof Thevissen: "Op het MDO zien we nu vooral patiënten met een immunologische aandoening. In de toekomst zullen hier volgens mij ook vaker de oncologische patiënten bijkomen. Zij krijgen almaar meer immuuntherapie toegediend, waarbij vaak auto-immuniteitsproblemen optreden. Dan moeten wij hun therapie soms met gerichte medicatie aanvullen om deze symptomen onder controle te krijgen."



Alexis Carrel



Axis eerste transplant chirurg



Endovasculaire techniek



Karikatuur met
hoofdtransplantaties

ALEXIS CARREL (1873-1944)

Het leven van deze boeiende arts valt uiteen in een glorieus en een minder glorieus gedeelte. In het eerste was hij een behendig chirurg en gedurfd experimentator/uitvinder. In het tweede deel ontpopte hij zich als een advocaat van volksverheffing en eugenetica.

Al van jongs af was Alexis Carrel als het ware voorbestemd om te excelleren in de vaatheelkunde. Vooreerst was zijn vader, Alexis Carrel-Billiard, een textielfabrikant met talrijke naaisters in dienst. Zijn moeder, Anne-Marie Ricard, runde het huishouden en voedde haar drie kinderen op in de rooms-katholieke traditie. Maar toen haar man vier jaar na de geboorte van Alexis stierf, moest ze werk zoeken. Om het gezin te onderhouden sloeg ze aan het borduren. De jonge Alexis was erg onder de indruk van de vaardigheid waarmee zij, met fijne naald en garen, versieringen aanbracht op textiel. Algauw probeerde hij het ook en deed het lang niet slecht.

Voor zijn middelbare studies werd hij naar een jezuïetencollege in Lyon gestuurd. Als schooljongen toonde Alexis belangstelling voor biologie en sneed graag dode vogels en kleine zoogdieren open. Aangemoedigd door een oom, voerde hij chemische experimenten uit. Na zijn middelbare studies ging hij geneeskunde studeren aan de Universiteit van Lyon en specialiseerde zich rond 1890 in de algemene chirurgie. Op 24 juni 1894 deed zich een accident voor dat zijn levensloop definitief in de richting vaatheelkunde zou sturen. Niemand minder dan de Franse president werd met een levensbedreigende steekwonde binnengebracht in het ziekenhuis.

Marie François Sadi Carnot

Kort verslag van de gebeurtenis. Op 24 juni 1894 om 21 uur begaf de vierde president van de Derde Franse Republiek zich in een open landauer naar de stadsschouwburg te Lyon om er de wereldtentoonstelling te openen. Plotseiling kwam er uit het publiek een jongeman met een bos bloemen naar voren. Middenin de bloementros had hij een dolk verborgen en onder het roepen 'leve de revolutie' stak hij Carnot diep in de buik. Groot tumult en het scheelde geen haar of de dader werd ter plekke gelyocht. De politie overmeesterde de man en identificeerde hem als de Italiaanse anarchist, Sante Geronimo Caserio. President Carnot stierf in de vroege ochtend van de volgende dag, 25 juni, amper 56 jaar oud.

Groot nieuws in alle kranten maar het belangrijkste voor Carrel was de uitslag van de autopsie. De dolk van de dader had de poortader doorboord met als gevolg een massieve inwendige bloeding en navenant dodelijke hypovolemische shock. In het verslag stond ook dat een dergelijke grote levensader met de huidige kennis onmogelijk kon worden gerepareerd. Maar de jonge en gedreven assistent Alexis Carrel had nog nooit gehoord van het woord 'onmogelijk'. Het moest toch in de toekomst 'mogelijk' zijn om dergelijk grote vaatletsels te herstellen!

Madame Leroidier

Om daar wat aan te doen nam Alexis de oude draad (van zijn moeder) weer op en ging zich bijscholen bij een van de beste borduursters in Lyon, Madame Leroidier. Ze leerde hem stukken stof aan elkaar vlechten

met de fijnste naalden en het dunste garen. Ook de techniek om steken te maken die niet aan beide kanten zichtbaar waren. Eenmaal de fijne kneepjes in de vingers, paste hij de techniek toe op vaat Anastomosen bij allerlei levende dieren. Ook bedacht hij een methode om de uiteinden van afgesneden vaten zoals manchetten terug te draaien. Zo konden ze end-to-end worden samengebracht zonder het circulerende bloed bloot te stellen aan het lichaamsvreemde garen. Zo vermeed hij bloedstolling en om volledig op veilig te spelen, drenkte hij zijn naalden en draden in een paraffine gel. Bacteriële infecties werden geweerd door een doorgedreven aseptische techniek.

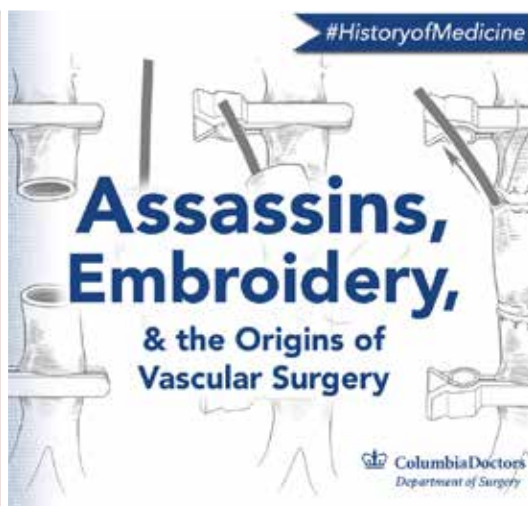
Zijn anatomische kennis en talent voor operatieve chirurgie werden duidelijk toen hij in 1898 samenwerkte met de anatoom Jean-Léo Testut (1849-1925) aan de universiteit in Lyon. Hij publiceerde er de eerste resultaten van zijn speciale hechtingstechniek op bloedvaten. Ondanks zijn onmiskenbare technische vaardigheden was hij echter niet geliefd bij leden van de faculteit. Dit werd nog versterkt door zijn bizarre religieuze en mystieke opvattingen.

Wonderbaarlijke genezing

In 1903 ondernam Carrel een pelgrimstocht naar Lourdes, waar hij onder de indruk kwam van de genezing van een jonge vrouw met tuberculeuze peritonitis. Het bracht hem op het idee om de miraculeuze genezingen in Lourdes wetenschappelijk te bestuderen. Dit fronste menige wenkbrauw aan de faculteit en zijn populariteit zakte naar een dieptepunt. Te meer daar hij de verouderde tradities en de



Cover van Time Magazine

Moordenaar en borduurwerk,
het begin van vasculaire heelkunde

Dr Alexis Carrel en vrouw

politieke atmosfeer aan de universiteit onder vuur begon te nemen. Ze belemmerden zijn carrière en in 1904 besloot hij Frankrijk te verlaten en naar Canada te verkassen. "Om medicijnen te vergeten en vee te houden."

Nieuwe carrière in Noord-Amerika

In Canada ontmoette Carrel twee artsen die hem aanmoedigden om zijn medische carrière alsnog verder te zetten. Ze waren namelijk onder de indruk gekomen van een lezing die hij op het congres van de Franse taal in Montreal had gegeven. Ook George Neil Stewart (1860-1930), professor fysiologie aan de universiteit van Chicago, had de lezing gehoord en bood Carrel onmiddellijk een leerstoel aan in zijn fysiologisch instituut. Vanaf september 1904 experimenteerde Carrel verder met vaatoperaties en publiceerde menig artikel over vasculaire anastomosen. In 1905 transplanteerde hij de nier van een puppy naar de halsvaten van een volwassen hond, al ging de nierfunctie van het beest snel achteruit. Maar in 1908 kon hij een hond presenteren die 17 maanden had geleefd met een getransplanteerde nier.

Samen met de zeven jaar jongere Charles Claude Guthrie voerde Carrel een aantal chirurgische heterografts en homografts uit met nieren en schildklieren. Over de technieken en de afstotingsproblemen schreven ze samen 21 artikels. Die zouden de basis vormen voor hun gezamenlijke kandidatuur voor de Nobelprijs. Maar enkel Alexis Carrel zou die ontvangen, waarschijnlijk omdat Guthrie zich ook had gewaagd aan hoofdtransplantaties. En dat was al te gruwelijk voor de juryleden. Maar spekkie naar mijn bekkie voor een cartoonist.

Happy Birthday voor kippenweek

Carrels groeiende reputatie, gedurfde experimenten en technische originaliteit trokken al snel de aandacht van een aantal vooraanstaande professoren. Belangstelling kwam er van de neurochirurg Harvey Williams Cushing (1869-1939) en borstchirurg William Stewart Halstead (1852-1922), beiden van Johns Hopkins. Maar ook de patholoog/bacterioloog Simon Flexner (1863-1946), directeur van het recent opgerichte Rockefeller Institute, wou Carrel in zijn jonge team. Carrel koos voor Rockefeller. In Flexner zag hij een even onorthodoxe en briljante geest als de zijne en samen zouden ze kwantsprongen kunnen maken op medisch wetenschappelijk vlak. En dat deden ze. In 1910 toonden ze aan dat bloedvaten een tijd lang in koude opslag konden worden gehouden voordat ze werden getransplanteerd. Even later cultiveerden ze, als een der eersten, tumorweefsel in vitro.

Op 17 januari 1912 verwijderde Carrel een minuscule stukje hartspier van een ongeboren kippenembryo en plaatste het in vers voedingsmedium. Hij bracht het weefsel om de achteventig uur over naar een vers medium en in die tijd verdubbelde het in omvang. Twintig jaar later, langer dan de levensduur van een doorsnee kip, groeide het weefsel nog steeds. Elke zeventiende januari vierden de artsen en verpleegsters het jarige (in vitro) kippenweefsel, onder het zingen van 'Happy Birthday'.

Het vervangen van zieke organen door gezonde en het herstel van geamputeerde ledematen was lange tijd niet mogelijk omdat de chirurgen geen betrouwbare techniek hadden om de

circulatie in het getransplanteerde deel te beheersen. De neveneffecten waren steeds: infectie, bloeding of stolling. Het was Carrel die de anastomose van de bloedvaten perfectioneerde en daarbij een allround techniek hanteerde, die de vaatchirurgie radicaal zou veranderen. 'Als erkenning voor zijn pionierswerk in de vasculaire chirurgie en de transplantatie van organen' ontving hij in 1912 de Nobelprijs voor fysiologie en geneeskunde.

Epiloog van deel 1

Daarmee was het glorieuze leven van Alexis echter nog niet voorbij. Samen met Charles Lindbergh (jawel, de vliegenier) zou hij nog de voorloper van de hart-long machine ontwikkelen. Maar na zijn gedwongen pensioen (rotkarakter) welke zijn religieuze en mystieke temperament weer op. Terug in zijn geboorteland vatte hij een groots programma voor volksverheffing en rasverbetering op. Dit door wetenschappelijke opvoeding, openbare hygiëne en eugenetica, onmisbaar volgens Carrel voor de ontplooiing van een intellectuele elite. Over die filosofische en politieke opvattingen, en de 'Lindbergh-perfusiepomp' leest u alles in een volgend ZOLarium.



Dr. Johan Van Robays
Anatomopatholoog



“We besteden heel veel tijd aan een goede, stapsgewijze opleiding van de patiënt die wil starten met thuisdialyse. Thuis staat de patiënt er immers alleen voor en moet hij op alles voorbereid zijn.”

Thuisdialyseverpleegkundige, Cindy Royen

DE IMPACT VAN NIERFUNCTIEVERVANGENDE THERAPIE IS ENORM GROOT

Patiënten die nood hebben aan nierfunctievervangende therapie kunnen met hemodialyse (kunstnier) of met peritoneaaldialyse (buikspoeling) behandeld worden. Het merendeel van de patiënten krijgt hemodialyse. Zo worden in het ZOL een 275-tal patiënten behandeld met chronische hemodialyse. Voor een selecte groep van patiënten is ook thuisdialyse mogelijk.

Wat is de impact van hemodialyse voor de patiënt?

Dr Ann Van Mieghem: "De impact is enorm groot: niet alleen omdat hemodialyse op zich een zware en belastende behandeling is, ook omdat het een grote tijdsinvestering vraagt. Standaard krijgt een patiënt 3 maal per week hemodialyse gedurende 4 uur. Neem daar nog het transport naar en van het ziekenhuis bij - dat meestal in kleine groepjes per taxi gebeurt - en de tijd voor aan- en afsluiten aan het dialysetoestel en de patiënt is al gauw telkens een halve dag kwijt."

"We proberen de patiënten zo nauw mogelijk op te volgen om ervoor te zorgen dat ze zich tussen de dialysesessies in zo goed mogelijk voelen. Door een zeer strikte opvolging kunnen we ziekenhuisopnames vaak voorkomen of zo kort mogelijk houden. Daarnaast proberen we zorg op maat te bieden: de duur en frequentie van de dialyse wordt zo nodig aangepast en we proberen rekening te houden met het professioneel en familiaal leven van de patiënt. Zo bieden we naast voormiddag- en namiddagdialyse ook de mogelijkheid tot avonddialyse. Dit geeft patiënten overdag de tijd om te werken of lessen te volgen."

"Patiënten kunnen de dialysebehandeling ook thuis zelf uitvoeren. Dit kan op twee manieren: via peritoneaaldialyse (= buikspoelingen) of via thuishemodialyse. De patiënt doet dan de volledige hemodialysebehandeling zelf thuis. Hiervoor komt uiteraard maar een kleine groep van zorgvuldig geselecteerde patiënten in aanmerking."

Wie komt in aanmerking voor thuis hemodialyse?

Dr. Ann Van Mieghem: "Deze behandeling is zeker niet voor elke patiënt mogelijk. Vanuit medisch standpunt is het belangrijk dat de patiënt hemodynamisch stabiel is tijdens de behandeling. Tijdens de dialyse moet meestal vocht onttrokken worden en dit kan bloeddrukdalingen geven. Een patiënt die frequent bloeddrukvalletjes doet, is geen goede kandidaat. Hij staat er thuis immers alleen voor en daar is geen onmiddellijke professionele ondersteuning."

"Door te kiezen voor thuisdialyse is de impact van mijn ziekte op mijn dagelijks leven minder groot."

Patiënt

"Even belangrijk is dat de patiënt therapietrouw is, voldoende ziekte-inzicht heeft en gemotiveerd is om zijn behandeling volledig in eigen handen te nemen. Ook een zekere stressbestendigheid is aangewezen

“Ik heb gekozen voor thuisdialyse, omdat ik dan meer vrijheid heb om te bepalen wanneer ik dialyseer. Bovendien vind ik zelfredzaam zijn heel belangrijk. Ik heb geen reisen en wachttijd naar en van het ziekenhuis en zo heb ik meer tijd om fijnere zaken te doen.”

Patiënt

zodat hij niet dadelijk in paniek raakt bij een technisch probleem of alarm. Voor de effectieve uitvoering van de behandeling moet de patiënt ook over de nodige motorische handigheid beschikken, goed kunnen zien en steriel kunnen werken.”

“Ten slotte is het ook zeer belangrijk dat de naaste omgeving achter de thuisbehandeling staat en geen bezwaar heeft tegen het feit dat men het ziekenhuis een beetje in huis haalt.”

Zijn er verder nog vereisten voor thuisdialyse?

Dr. Ann Van Mieghem: “Als iemand kandidaat is voor thuishemodialyse contacteren wij eerst onze dialysefirma. Deze gaat kijken of de woning van de patiënt geschikt is voor thuisdialyse. Voor de aanmaak van het dialysaat (de spoelvloeistof) is er ‘ultra-puur’ water nodig. Er moet dus een mini-waterinstallatie geplaatst worden in huis die volledig losstaat van de andere watercircuits (zodat er geen contaminatie kan gebeuren). Daarnaast wordt er ook een apart elektriciteitscircuit geïnstalleerd dat garandeert dat het dialysetoestel blijft draaien als er elders in de woning een kortsluiting zou optreden. De dialysefirma

kijkt eerst of deze twee installaties mogelijk zijn binnen de veiligheidsvoorschriften.”

“Als de patiënt een woning huurt, moet er eerst schriftelijke toestemming van de eigenaar bekomen worden voor deze aanpassingswerken.”

Hoe worden patiënten voorbereid op thuisdialyse?

Dr. Ann Van Mieghem: “Als de technische hindernissen genomen zijn, starten wij met de effectieve opleiding van de patiënt. Deze duurt gemiddeld een tiental weken. De opleiding wordt gegeven door een team van gemotiveerde thuisdialyseverpleegkundigen.”

“Tijdens de opleiding wordt gewerkt met een gedetailleerd draaiboek waarin elke behandelingsstap in beeld wordt getoond. De opleiding gebeurt stapsgewijs: pas als de patiënt iets volledig onder de knie heeft, kan hij overgaan naar de volgende stap. Bij het aanleren van de behandeling komt heel wat kijken: hoe bouw je het toestel op en maak je het klaar voor de behandeling, hoe werk je steriel, hoe meet en interpreteer je een bloeddruk, hoe moet je jezelf aansluiten

aan het toestel, hoe start je het op, hoe koppel je je af, hoe dien je via het toestel medicatie toe (meestal epo en ijzer), wat zijn de alarmen van het toestel en hoe reageer je erop, enz. Het grootste struikelblok van de opleiding is meestal het zichzelf leren aanprikken in de AV-fistel (=vaatacces). Dat is niet evident, maar eens die horde genomen is, kan het snel gaan.”

“Als de patiënt voldoende opgeleid is en de woning technisch in orde is, gaat één van onze thuisdialyseverpleegkundigen bij de patiënt thuis om de eerste thuisdialyse mee op te starten. Vanaf dan kan de patiënt zelfstandig verder.”

Wat zijn de voordelen van thuisdialyse?

Dr. Ann Van Mieghem: “Er zijn meerdere voordelen van thuisdialyse. Eén van de grote voordelen voor de patiënt is natuurlijk de flexibiliteit. Hij kan zelf het tijdstip van de dialyse aanpassen aan zijn werkprogramma of sociaal leven en verliest geen tijd met transport naar en van het ziekenhuis.”

“Het medisch voordeel is dat er meer dan drie dialyses mogelijk zijn in een week, zodat

275 PATIËNTEN IN BEHANDELING VOOR CHRONISCHE HEMODIALYSE

De dienst Nefrologie van het ZOL werd in oktober 1992 in het toenmalig Sint-Jansziekenhuis in Genk opgericht. Het dialysecentrum is intussen uitgegroeid tot één van de grootste dialysecentra van Vlaanderen: er worden ongeveer 275 patiënten in chronische hemodialyse behandeld, wat overeenkomt met meer dan 40.000 dialysebehandelingen per jaar.

De dienst zet hoog in op kwalitatieve zorg. De high care patiënten worden bij elke dialysesessie door een arts

gezien; de low care patiënten (patiënten zonder acute medische problemen) minimaal 2 maal per week. Om dat mogelijk te maken werken de artsen zeer nauw samen en is er een sterk verpleegkundig team. Alle dialysepatiënten worden wekelijks op het teamoverleg besproken. Ook de sociaal werkers zijn onmisbaar. Daarnaast is er een bloeiende patiëntenvereniging. Zij organiseren activiteiten voor de patiënten en dit contact met lotgenoten wordt telkens sterk geapprecieerd.



het interval tussen twee dialyses kleiner is. De metabole controle is beter en de volumeshiften kleiner. Meestal kan de dosis fosfaatbinders ook opgebouwd worden en kan het strikt dialysedieet iets versoepeld worden."

Wat zijn de nadelen?

Dr. Ann Van Mieghem: "Er zijn technische aanpassingen aan de woning nodig en je brengt de dialysebehandeling letterlijk in huis. Nogal wat patiënten willen dit liever niet en hebben graag de professionele ondersteuning. Veel patiënten willen ook het sociale contact met lotgenoten op de dialyse-eenheid niet missen."

Wat zijn de risico's?

Dr. Ann Van Mieghem: "Je kan nooit volledig uitsluiten dat een patiënt tijdens een dialyse een bloeddrukval doet, ook al gaat het om heel stabiele patiënten. Maar de thuistoestellen zijn veilig en beschikken over een handmodule met een alarmknop die de patiënt kan indrukken als hij een bloeddrukval voelt aankomen. Dan zal het toestel onmiddellijk vocht toedienen en de pomp van het toestel vertragen hetgeen het risico op een echt zware bloeddrukval minimaliseert."

"Een ander risico is dat de patiënt een infectie/sepsis oploopt omdat er bij hemodialyse rechtstreeks in de bloedbaan gewerkt wordt. Steriel leren werken is dan ook een zeer belangrijk onderdeel van de opleiding. Maar het kan toch gebeuren dat er een kiem in de bloedbaan terecht komt en zo rilkkoorts en sepsis ontstaat. Onze patiënten weten dat ze in dat geval onmiddellijk contact met ons moeten opnemen. Er is 24/7 een arts en een dialyseverpleegkundige beschikbaar."

Hoe wordt de thuisdialysepatiënt opgevolgd?

Dr. Ann Van Mieghem: "Wij zien de patiënten elke 6 weken op de raadpleging voor een controle van de biochemie, medicatie en vulingstoestand. De huisarts krijgt hiervan telkens een volledig verslag zodat hij ook op de hoogte is."

"We vragen dat de patiënt alle gegevens van zijn behandeling registreert en deze wekelijks mailt zodat we kunnen anticiperen op problemen. En er is ook een speciaal e-mailadres waar patiënten terecht kunnen met vragen."



Tijdens de CORE-meeting in het ZOL werden patiënten op een minimaal invasieve manier behandeld via de lies (a. femoralis) of pols (a. radialis) met zeer gespecialiseerde technieken die alleen in uitzonderlijke, complexe situaties worden toegepast.

INTERVENTIONEEL CARDIOLOGEN KOMEN SAMEN IN HET ZOL VOOR **DEMONSTRATIES** **VAN COMPLEXE STENTING**

Een zestigtal interventioneel cardiologen uit de Benelux en Groot-Brittannië waren op 22 en 23 maart in het ZOL voor besprekingen en demonstraties van cutting-edge behandelingen bij geselecteerde patiënten met zeer complexe letsels aan de kransslagader. Deze meeting was de eerste CORE (COMplete REvascularisation) meeting die georganiseerd werd op BENELUX-niveau, dankzij de samenwerking tussen diverse Belgische, Nederlandse en Luxemburgse hartcentra.



Dr. Bert Ferdinande (links) en prof. dr. Jo Dens

“Samen met enkele Belgische en Nederlandse centra is de dienst Cardiologie van het ZOL voortrekker wat betreft de behandeling van complexe, chronische totale occlusies.”

Prof. dr. Jo Dens, cardioloog

Dat deze meeting plaatsvindt in het ZOL heeft te maken met de internationale reputatie die prof. dr. Jo Dens en zijn collega's dr. Daan Cottens, dr. Bert Ferdinande en dr. Koen Ameloot in de loop der jaren hebben opgebouwd. Samen met enkele Belgische en Nederlandse centra is de dienst Cardiologie van het ZOL voortrekker wat betreft de behandeling van complexe, chronische totale oclusies.

Prof. dr. Jo Dens: "In het verleden werden reeds meerdere kleinschaliger workshops georganiseerd met de focus op de behandeling van deze complexe letsels en de plaats van intracoronaire beeldvorming bij deze ingrepen. Onze prima verpleegkundigen, logistieke medewerkers en voorzieningen laten toe dat dergelijke meetings in het ZOL kunnen georganiseerd worden."

In totaal werden er 8 interventies via live-streaming gedemonstreerd.

Prof. dr. Jo Dens: "Het gaat hierbij om geselecteerde patiënten die behoren tot de groep van 5 tot 10 percent zeer moeilijk te behandelen patiënten die meestal door middel van een hartoperatie moeten behandeld worden of die omwille van co-morbiditeit zelfs niet kunnen behandeld worden. Indien we patiënten via een percutane manier behandelen moeten we ook zorgen dat de uitkomst vergelijkbaar is met de chirurgische benadering. Het beter voorbereiden van de ingreep alvorens een stent te plaatsen en het gebruik van geavanceerde beeldvorming resulteren in een beter resultaat zowel op korte als op lange termijn, waardoor het verschil met de chirurgische ingreep bij een meertaksziekte of complexe aantasting kleiner wordt."

De patiënten worden op minimaal invasieve manier via de lies (a. femoralis) of pols (a. radialis) behandeld met zeer gespecialiseerde technieken die alleen in deze uitzonderlijke situaties toegepast worden.

Dr. Koen Ameloot: "Bedoeling is dat we van elkaar leren. Omdat niemand deze technieken vaak gebruikt, is het belangrijk dat dit soort van congressen georganiseerd worden en veel cardiologen met deze casussen op een gecondenseerde manier kunnen kennismaken."

Dr. Bert Ferdinande: "De voordelen van deze behandelingen voor de patiënt zijn groot. Na een minimaal invasieve ingreep kan de patiënt de dag nadien al naar huis. Vroeger moest de patiënt een zware hartoperatie ondergaan met een lange revalidatie en meer risico's tot gevolg."

Naast de livestreaming waren er verschillende interessante voordrachten van gerenommeerde sprekers, experts in hun subdiscipline.

De feedback van de deelnemers was positief en er was duidelijk enthousiasme omtrent het gestarte initiatief: de meeting zal zeker de volgende jaren binnen de BENELUX worden verdergezet.



V.l.n.r. cardiologen dr. Daan Cottens, prof. dr. Jo Dens, dr. Bert Ferdinande, dr. Koen Ameloot en hoofdverpleegkundige hartcatheterisatie Freddy Vanhees



“Uit de literatuur blijkt dat bijna 40 percent van de mensen met genderdysforie minstens één keer een suicidepoging onderneemt.”

dr. Kirsten Stinkens, endocrinoloog

DE VRAAG NAAR TRANSGENDERZORG NEEMT TOE

De recente, grote aandacht van de media voor personen met genderdysforie heeft een groeiende vraag teweeg gebracht in de kliniek. Je kan het een 'Bo Van Spilbeeck-effect' noemen, bevestigt endocrinologe Kirsten Stinkens. Door o.a. het doorbreken van het taboe, de verbetering van de wetgeving omtrent geslachtsverandering en de verbeterde toegang tot goede zorg zien we de populatie van transgenders toenemen.

Bijkomend zien we dat de personen die zich aanmelden almaar jonger worden.

Veel mensen hebben op vlak van geslacht nog een binair denkpatroon, met name man of vrouw, maar het is veel ruimer dan dat. Uit studies blijkt zelfs dat 0,5 procent van de bevolking gender-discongruent is. Wanneer er dan een conflict is tussen het biologische geslacht en de genderidentiteit, spreekt men van genderdysforie. Goede psychologische en medische begeleiding is dan belangrijk. In het ZOL worden momenteel een 80-tal transgenders opgevolgd. Sinds september 2018 alleen al zijn er een 20-tal nieuwe patiënten bijgekomen. Dr. Kirsten Stinkens, die recent in het ZOL startte als endocrinologe, bekwaamde zich o.a. in transgenderzorg. Zij volgt dr. Jos Tits op, die tot nu toe de zorg voor transgenders op zich nam, maar in de zomer met pensioen gaat.

In het Centrum voor Seksuologie en Gender van UZ Gent, het referentiecentrum voor patiënten met genderdysforie, is er momenteel een wachtlijst van ruim zes maanden. De nood aan collega's endocrinologen die ook de zorg voor patiënten met genderdysforie op zich willen nemen, is dan ook groot. Zodoende is dr. Stinkens gaan meevolgen bij prof. dr. Guy T'Sjoen, endocrinoloog en diensthoofd van dit referentiecentrum. Dit overtuigde haar om zich verder in transgenderzorg te specialiseren. "Enerzijds is er de noodzaak om het te doen. Uit de literatuur blijkt immers dat bijna 40 procent van de mensen met genderdysforie minstens één keer een suïcidepoging onderneemt. En anderzijds moet transgenderzorg je liggen. Je moet een open geest hebben en ook een goede communicatie is essentieel."

"In het ZOL zijn wij, de endocrinologen, de coördinerende figuur voor de transgenderzorg. Patiënten vinden hun weg naar ons centrum via de website van het transgenderinfopunt, op verwijzing van UZ Gent, via de psycholoog/psychiater of zij worden verwezen door de huisarts. In mijn eerste gesprek met nieuwe patiënten benadruk ik altijd hoe belangrijk het is om de huisarts te betrekken bij de transitie. Bij de dagdagelijkse problemen zijn zij immers het eerste aanspreekpunt."

"De rol van de psychiater en psycholoog is ook essentieel. Voor het starten van een hormoontherapie is het immers belangrijk dat de genderidentiteit voldoende geëxploreerd is. Alsook dat er eventuele, bijkomende psychiatrische aandoeningen opgespoord en zo nodig behandeld worden. Een transitie is immers niet te onderschatten, hoe gaat men de ou-

ting naar de omgeving aanpakken? Wanneer zal met de gewenste genderidentiteit tot expressie brengen? Een goede psychologische begeleiding bij deze populatie is dan ook heel voornaam. Onze dienst werkt hiervoor o.a. samen met psychiaters Bart Roussard en Erik Buntinx en verschillende externe psychologen en seksuologen."

"Voor het starten van hormoontherapie is het ook nodig om een eventuele toekomstige kinderwens te bespreken. Onder invloed van de hormoontherapie zal de vruchtbaarheid immers afnemen. Het is dan ook belangrijk om eventueel voorzorgsmaatregelen te nemen. Hiervoor kunnen we verwijzen naar het IVF-centrum van het ZOL."

De hormoontherapie is niet te onderschatten. "In feite gaat het om een tweede puberteit



"De meest voorkomende psychiatrische aandoening die voorkomt bij genderdysforie is depressie. Na de transitie verminderen de depressieve gevoelens meestal vanzelf en zien we een verbetering van de levenskwaliteit."

**Psychiater Bart Roussard
Wetenschappelijke Raad, ZOL**

MEER INFORMATIE NODIG OVER TRANSGENDERZORG?

www.transgenderzorg.be

www.transgenderinfo.be

www.wpath.org

die deze mensen doormaken op hormonaal vlak. In het begin is de opvolging heel intensief maar eens wanneer de transitie gemaakt is, zien we de patiënt nog maar één keer per jaar."

Belangrijk bij de hormoontherapie is om eventuele irreële verwachtingen te duiden. "Ik zeg altijd tegen de patiënten: heb geduld. Het is bijvoorbeeld niet zo dat een eerste inspuiting van testosteron al beharing in het gezicht geeft bij een transman. De eerste veranderingen die zullen optreden zijn een onomkeerbare verlaging van de stem en een toename van het libido. De baardgroei komt pas na drie tot zes maanden. Ook eventuele nevenwerkingen, waaronder acné moeten toegelicht worden." Een transvrouw moet nog meer geduld hebben. "Het eerste wat zij merkt als de hormoontherapie start, is een verminderd libido, het wegvallen

Daarnaast is er ook het luik heelkunde bij een geslachtsverandering, waarbij zeker niet elke transgender een Sex Reassignment Surgery (SRS) wenst. "Voor borstchirurgie wordt wel vaak gekozen, zeker door een transman. Hetgeen in principe al kan gebeuren voor het starten van hormoontherapie. Er is hiervoor een samenwerking met de plastisch chirurg en met onze dienst Gynaecologie. Ook gelaatschirurgie behoort tot de mogelijkheden. Aan de overige ingrepen zijn een aantal voorwaarden verbonden. Voor de SRS, wat complexe heelkunde is, verwijzen we naar AZ Sint-Niklaas of UZ Gent. De operatie is immers niet zonder risico's en vraagt een goede en secure opvolging."

Tot slot is er het administratieve luik bij een geslachtsverandering, waarbij men de naam en het geslacht op de identiteitskaart kan wij-



"De enkele transgenders die spijt hebben van hun transitie geven aan dat dit komt omdat ze veel verloren zijn onderweg: hun familie, hun vrienden, hun job... Ik daag alle artsen uit om een behandeling te benoemen die meer succes heeft dan de onze."

**Endocrinoloog prof. dr. Guy T'Sjoen
Wetenschappelijke Raad, ZOL**

van spontane erecties en heftigere emoties. Wat later veranderen de lichamelijke vormen en krijgen ze vrouwelijkere heupen en minder spiermassa. De borstvorming die optreedt is zeer individueel, waarbij de meesten slechts een AAA-cup bereiken en maar een enkeling een C-cup. De beharing neemt af, maar de gezichtsbeharing zal nooit volledig verdwijnen. Ook de stem van een transvrouw verandert niet door hormoontherapie."

"Voor stemproblematiek kunnen de transgenders binnen het ZOL worden verwezen naar de multidisciplinaire stemraadpleging onder leiding van dr. Griet Laureyns. Van daaruit kan logopedie opgestart worden, en als dat niet voldoende is, is ook stembandheelkunde mogelijk."

"Voor definitieve ontharing is er de mogelijkheid om te verwijzen naar de dienst Dermatologie van het ZOL, die hiervoor samenwerkt met de firma Laser&Co. Helaas is dit een dure behandeling die niet wordt terugbetaald."

zigen. "Dankzij een aanpassing van de wet in 2018 gaat dit nu veel gemakkelijker en moet men hiervoor noch een hormoonbehandeling, noch een SRS ondergaan. Dit is een enorme vooruitgang, zodat naast de herkenning er ook de erkenning is van het gewenste geslacht."

"Met de toenemende vraag naar transgenderzorg, is het belangrijk dat we hier als centrum ook op inzetten en de zorg voor transgenders verder uitbouwen en professionaliseren. Goede zorg vraagt een multidisciplinaire samenwerking. Een uitdaging die we graag aangaan."

Op 28 maart vond een Wetenschappelijke Raad plaats in het ZOL over transgenderzorg. Sprekers waren dr. Bart Roussard, psychiater poliklinisch centrum Neurodomus; prof. dr. Paul Enzlin van het Centrum voor klinische seksuologie en sekstherapie UZ Leuven; dr. Kirsten Stinkens, endocrinoloog ZOL en prof. dr. Guy T'Sjoen van het Centrum voor seksuologie en gender UZ Gent.

DOCTORAATSPROEFSCHRIFT LIESELOTTE LEMOINE (UHASSELT-ZOL)

Standaardisatie van intraperitoneale chemotherapie



Buikvlieskanker of peritoneale carcinomatose (PC) ontstaat doordat tumorcellen zich verspreiden in de buikholte en zich vasthechten aan het buikvlies dat zowel de binnenkant van de buikwand als de organen bekleedt. Deze tumor cellen zijn afkomstig van een primaire tumor, vaak van digestieve of gynaecologische origine. Anderzijds kan de intraperitoneale verspreiding van deze losse tumorcellen het gevolg zijn van een chirurgisch trauma, het beschadigen van lymfe- en bloedvaten of door manipulatie van de primaire tumor.

Colorectale kanker is de derde meest voorkomende kanker en de vierde belangrijkste kankergelateerde doodsoorzaak. De correcte incidentie van PC is onduidelijk door een lage gevoeligheid van de bestaande preoperatieve beeldvorming en de heterogeniteit van de gepubliceerde methodes en resultaten. PC wordt in 7% van de gevallen detecteerd tijdens de resectie van de primaire tumor en ontwikkelt pas achteraf in 10-20% van de patiënten.

In het verleden werd PC beschouwd als een distale metastase, een ongeneeslijke intra-abdominale maligniteit. Systemische chemotherapie als behandeling voor patiën-

ten met PC resulteerde slechts in een mediane levensverwachting van 15 maanden met een slechte levenskwaliteit. Gebaseerd op de pathofysiologie van PC, stelde een aantal behandelingscentra een alternatieve hypothese voor waarin PC beschouwd wordt als een lokale, regionale ziekte die baat zou kunnen hebben bij een lokale, regionale therapeutische benadering. Aan de basis van deze nieuwe behandelingsstrategie ligt cytoreductieve chirurgie (CRC) in combinatie met hypertherme peroperative intraperitoneale chemotherapie (HIPEC).

CRC heeft het verwijderen van de macroscopische tumoren als doel, waarna de daaropvolgende intraoperatieve chemotherapie de resterende microscopische tumoren tracht te elimineren. Het feit dat verschillende behandelingscentra onafhankelijk van elkaar gestart zijn met deze nieuwe therapie heeft gezorgd voor een verontroostende variëteit aan regimes die wereldwijd gehanteerd worden. Bovendien zijn weinig van deze regimes gebaseerd op onderbouwde farmacokinetische en farmacodynamische data.

De nieuwe behandelingsstrategie, combinatie van CRC en HIPEC, heeft reeds in verschillende

klinische studies belovende resultaten getoond. Een recente franse multicentrische trial rapporteerde een mediane levensverwachting van 41.7 maanden voor de nieuwe behandelingsstrategie. De vraag blijft echter hoe we deze behandeling verder kunnen verbeteren en vooral standaardiseren.

Het doel van dit doctoraatsproject was het creëren van farmacologische en farmacodynamische data ter onderbouwing van een verbeterd en bovendien een gestandaardiseerd HIPEC doseringsregime. Allereerst werd er gestart met het optimaliseren en valideren van analytische methoden om chemotherapeutica te kunnen kwantificeren in een aantal lichaamsvloeistoffen. Nadien werd zowel de effectiviteit als de toxiciteit van twee doseringsregimes, body surface area (BSA)-based (op basis van gewicht en lengte) en concentration-based intraperitoneale chemotherapie geëvalueerd in een preklinische ratstudie en een gerandomiseerde klinische studie. Hieruit werd er geconcludeerd dat vanuit een farmacologisch standpunt, concentration-based HIPEC de chemo op de meest gestandaardiseerde manier tot aan de tumor nodule brengt. Verder onderzoek is nodig om dit doseringsregime verder te optimaliseren wat betreft dosis en duur om zo de morbiditeit te minimaliseren.

Het proefschrift werd verdedigd op vrijdag 22 maart.

Promotor:
prof. dr. Kurt Van der Speeten
(ZOL/UHasselt)

Co-promotor:
prof. dr. Paul Sugarbaker
(Medstar Washington Hospital Center)





UHASSELT, JESSA EN ZOL ZETTEN NIEUWE
STAP IN LIMBURGSE GEZONDHEIDSZORG

LIMBURG CLINICAL RESEARCH CENTER GAAT VAN START

Na bijna tien jaar medisch wetenschappelijk onderzoek in Limburg start een nieuwe fase voor het Limburg Clinical Research Program. Het LCRP wordt LCRC. Een onderzoekscentrum dat meer dan ooit inzet op het versterken van topmedische en wetenschappelijke gezondheidszorg in het belang van de patiënt.



De afvaardiging van de provincie Limburg, het ZOL, het Jessa Ziekenhuis en Universiteit Hasselt

In 2010 ging het Limburg Clinical Research Program (LCRP) van start. Een samenwerking tussen het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL), Jessa Ziekenhuis en Universiteit Hasselt. Samen kozen zij ervoor om patiëntgedreven medisch wetenschappelijk onderzoek uit te bouwen in Limburg. Inmiddels telt de samenwerking onderzoeken in de domeinen cardiologie, gynaecologie/fertiliteit, infectieziekten, oncologie, anesthesie/neurologie en orthopedie. Dergelijke samenwerking tussen een universiteit en twee grote ziekenhuizen op vlak van onderzoek en onderwijs is uniek in Vlaanderen.

Uitdagende omgeving

De afgelopen jaren kende het LCRP een sterke groei, met 60 (gestarte) doctoraatstrajecten, meer dan 400 internationale wetenschappelijke publicaties, en vele samenwerkingen met nationale en internationale partners. Er werden inmiddels diverse resultaten geboekt op vlak van betere behandeling, diagnose en preventie. Dit alles maakt LCRP tot een uitdagende omgeving voor artsen, specialisten, paramedici en (junior) onderzoekers.

LCRC biedt kansen aan talentvolle artsen en wetenschappers uit Limburg.

LCRC in cijfers



36 professoren



60 doctoraten



Erwin Bormans (algemeen directeur ZOL) en Tom Arts (voorzitter ZOL)

Regionale ontwikkeling

De opstart van het LCRP was mogelijk dankzij financiële steun van onder meer Limburg Sterk Merk (LSM) en het Strategisch Actieplan Limburg in het kwadraat (SALK). "De uitbouw van LCRP paste in de versterking van de Limburgse kenniseconomie en draagt bij aan innovatie in life sciences en zorg-economie. We zijn verheugd dat hiermee kansen worden geboden aan talentvolle artsen en wetenschappers in onze regio. Bovendien heeft het voorbije onderzoeksprogramma gezorgd voor een sterke investeringsomgeving voor start-ups en spin-offs, die o.a. in Bioville en op de Corda-campus kunnen worden gehuisvest," zegt Tom Vandeput, gedeputeerde voor economie namens de provincie Limburg.

Onderzoeksprogramma wordt Onderzoekscentrum

Nu deze toegekende impulsmiddelen ten einde lopen engageren de drie partners - ZOL, Jessa en UHasselt - zich om het LCRP verder te zetten én verder uit te bouwen tot een academisch klinisch onderzoekscentrum. Een centrum dat met haar internationale blik een belangrijke stimulans wil zijn voor het academisch onderwijs, topmedische zorg en healthcare innovatie in Limburg. Waarbij er ook expliciet gekeken wordt naar samenwerkingen en dienstverleningsprojecten met het bedrijfsleven in Limburg en Vlaanderen.

Voor UHasselt zorgt LCRC voor de belangrijke academische onderbouwing van de huidige

en toekomstige opleidingen in het domein van de (bio)medische wetenschappen. Jessa en ZOL zien dan weer hun topmedische zorg ondersteund door wetenschappelijk onderzoek, waarbij ook de onderzoeksambities van hun artsen gerealiseerd worden en jonge talentvolle artsen en wetenschappers opgeleid worden. LCRC brengt wetenschappelijk onderzoek letterlijk binnen in de ziekenhuizen, en dat komt patiënten alleen maar ten goede.

€

Basisfinanciering onderzoekscentrum
1.8 miljoen euro voor 3 jaar

6 clusters

cardiologie, oncologie, infectieziekten,
anesthesie/neuro, fertiliteit, orthopedie

4 platformen

Mobile Health Unit, **UbiLim**: Limburgse
biobank, Relab, GCP Platform



“Belangrijk is dat er steeds een vroedvrouw aanwezig is bij de prenatale consulten. De drie consulenten echografie staan in voor de continuïteit in de zorg voor koppels die slecht nieuws krijgen.”

Dr. Ingrid Witters, gynaecoloog

VI.n.r. Mia Ghoois (consulent echografie), dr. Ingrid Witters (gynaecoloog), Krista Bynens en Tanja van Mierlo (consulenten echografie).

GESPECIALISEERD TEAM VOOR AFDELING PRENATALE DIAGNOSTIEK

De afdeling Prenatale Diagnostiek in het ZOL heeft een vast team voor de begeleiding van koppels met een verhoogde kans op afwijkingen of wanneer tijdens de zwangerschap een afwijking wordt vastgesteld.

De indicaties voor expertecho's zijn ruim: koppels met een voorgeschiedenis van een kindje met afwijkingen, een familiale belasting, maternale ziekten, medicatie/stralingsblootstelling, infecties en afwijkingen bij het ongeboren kind.

Er zijn vijf gynaecologen actief binnen de afdeling Prenatale Diagnostiek. Dr. Witters werkt al 25 jaar als expert echografist. Ze begeleidt samen met drie vroedvrouwen koppels met problemen in de zwangerschap.

Er is een nauwe samenwerking met andere specialisten in het ZOL: voor de cardiologische afwijkingen komt de kindercardioloog de echo mee beoordelen en het koppel counselen maar ook voor andere orgaanafwijkingen zijn er specialisten beschikbaar. Het gaat hier om de kindernefroloog, de erfelijkheidsspecialist, de orthopedisten, de abdominaal chirurg, de MKA-chirurg voor de aangeboren lip-verhemelte afwijkingen en de radioloog voor prenataal aanvullende beeldvorming via MRI.

De afdeling Prenatale Diagnostiek heeft een vast team voor de begeleiding van koppels met een verhoogde kans op afwijkingen of wanneer tijdens de zwangerschap een afwijking wordt vastgesteld.

Er is een goede samenwerking met de neonatologen die koppels opvolgen tijdens het postnatale traject van het kindje en de eventuele opname op de afdeling Neonatologie (NICU). Het team bestaat verder uit kinderartsen, anatomo-pathologen, psychologen en een maatschappelijk werkster. Ook is er een goede samenwerking met

een gynaecoloog die vooral gespecialiseerd is in de maternale hemodynamica.

Belangrijk is dat er steeds een vroedvrouw aanwezig is bij de prenatale consulten. De drie consulenten echografie staan in voor de continuïteit in de zorg voor koppels die slecht nieuws krijgen. Zij begeleiden de koppels, bellen hen op voor psychologische ondersteuning en verdere afspraken en zorgen voor directe terugkoppeling naar de verwijzende artsen. Ook nemen zij vier keer per jaar deel aan de interdisciplinaire werkgroep Prenatale Diagnose van Vlaanderen in samenwerking met Fara (een vzw die vrouwen, koppels en hun omgeving informeert en begeleidt bij zwangerschapskeuzes).

Er zijn meerdere centra die verwijzen naar het ZOL voor prenatale expertise. In 2017 waren er wekelijks gemiddeld zes nieuwe verwijzingen. Na een eerste consult is het

verdere verloop van de zwangerschap afhankelijk van de vastgestelde pathologie. De zorg wordt ofwel helemaal overgenomen ofwel is er verdere, alternerende follow-up door de verwijzer en de prenatale afdeling van het ZOL (zie ook tabel).

Een belangrijke evolutie binnen het prenatale team is het verder uitgebouwde zorgplan waarbij veel aandacht besteed wordt aan goede informatie voor de ouders.

Dr. Ingrid Witters,
gynaecoloog

Tabel: Evolutie eerste consulten (Follow-up echo's niet ingerekend)

2017		2018	
Eerste maal externe verwijzing	229	Eerste maal externe verwijzing	260
Partus ZOL / NICU	9	Partus ZOL /NICU	14
Eerste Consult kindercardio	21	Eerste Consult kindercardio	41
Eerste Consult kinder nefro	13	Eerste Consult kinder nefro	37

Deze brochures zijn beschikbaar op de afdeling.



STAD GENK EN ZOL ORGANISEREN

GENK LOOPT

5 MEI 2019

MET PASSAGE DOOR
shopping¹

KINDERANIMATIE
OP DE FRUITMARKT

**DE GEZONDSTE LOOP
VAN LIMBURG**

**10 MIJL | 10 KM | 5 KM | 3 KM
1 KM JEUGDLOOP + KABOUTERTJESLOOP**

GENKLOOPT.BE **f GENKLOOPT**





DRIE ZOL-ARTSEN LOPEN 6.000 EURO BIJ ELKAAR VOOR KOM OP TEGEN KANKER

Dr. Caroline Van Holsbeke, dr. Bart Neuville, dr. Tinne Mesens en Stijn Renier, drie ZOL-artsen en een gemeenschappelijke vriend, liepen samen de 100km-run voor Kom op tegen Kanker. Met deze uitzonderlijke sportieve prestatie hebben ze maar liefst 6.000 euro ingezameld.

Deze tweede editie van de 100km-run bracht in totaal 1.452.500 euro op voor Kom op tegen Kanker. Dit dankzij de ongelofelijke inzet van 581 loopteams, hun supporters en vele vrijwilligers.



De andere kant



Het spreekwoord zegt het al: het gras is niet groener aan de andere kant. Het is beter te kunnen geven dan te moeten krijgen. Het is leuker patiënten te behandelen dan zelf behandeld te moeten worden. Alhoewel, het kan soms snel verkeren.

Topdokter zoekt topdokter

Een iets te enthousiaste afdaling tijdens de eerste dag van mijn skivakantie met familie en vrienden leidde tot een fractuur van mijn linkerknie. Na overleg met prof. dr. Bellemans was de strategie: zo snel mogelijk repatriëren naar het ZOL voor een chirurgische behandeling. Mijn vrouw en zoon bleven in het skigebied. Ook voor hen was het immers de eerste dag van de vakantie en teruggaan naar het ZOL zou voor mij toch wat aanvoelen als thuiskomen.

De transfer verliep vlot en 8 uur na het vertrek uit de besneeuwde Dolomieten werd ik in een rolstoel afgeleverd in het ZOL.

En daar lig je dan, redelijk hulpeloos in je operatiehemdje klaar voor de ingreep en helemaal aan 'de andere kant'.

Behalve de fysieke ongemakken en de gevolgen van deze tsunami voor mijn agenda is dit ook een positieve en hartverwarmende ervaring geweest waar ik veel uit geleerd heb. De ontvangst als patiënt in het ziekenhuis, de ingreep door het chirurgisch team, de nazorg op de verpleegafdeling..., ik kan er enkel met veel dankbaarheid en grote tevredenheid op terugkijken.

Ik ben altijd trots en fier geweest om in het ZOL te kunnen werken. Vanaf nu ben ik ook een trotse en fiere patiënt.

Dr. Luc Stockx,
interventioneel radioloog

Limburgse pijnverpleegkundigen slaan de handen in elkaar



Pijnverpleegkundigen uit zeven Limburgse ziekenhuizen vormen samen een werkgroep rond pijnbehandeling. Ze overleggen geregeld, leren van elkaar en stemmen samen af over het verpleegkundig luik rond pijnbestrijding. Tijdens de Week van de Pijn - van 25 tot 29 maart - rolden alle Limburgse ziekenhuizen dezelfde informatiecampagne 'Pijn samen te lijf' uit rond pijn en pijnbestrijding.

Het gaat om pijnverpleegkundigen van het Mariaziekenhuis in Overpelt, het Sint-Trudo Ziekenhuis in Sint-Truiden, het Sint-Franciscusziekenhuis in Heusden-Zolder, het Ziekenhuis Maas en Kempen in Maaseik, het az Vesalius in Tongeren, het Jessa Ziekenhuis in Hasselt en het ZOL in Genk.

Elk van deze ziekenhuizen beschikt over een pijnteam of MAT (Multidisciplinair Algologisch Team) dat de richtlijnen en zorgpaden rond pijnbestrijding uitstippelt. Iedere MAT volgt zowel acute als chronische pijnpatiënten op en ziet erop toe dat de mogelijkheden voor handen zijn om ervoor te zorgen dat patiënten die in het ziekenhuis verblijven zo weinig mogelijk pijn hebben. De pijnteams sensibiliseren, ondersteunen en begeleiden de andere medewerkers van het ziekenhuis. Ze kun-

nen ook door een arts worden opgeroepen wanneer een patiënt pijn lijdt.

Leren van mekaar

Onder de noemer 'Netwerk Limburgse Pijnverpleegkundigen' komen de verpleegkundigen van de MAT-teams van alle Limburgse ziekenhuizen drie tot vier keer per jaar samen. Ze bespreken het omzetten naar de praktijk van de richtlijnen rond pijn. Ze wisselen ervaringen uit en leren van elkaar.

Patiëntenparticipatie

Het is belangrijk dat patiënten betrokken worden bij hun pijnbehandeling. Zo worden hen gevraagd om hun pijnbeleving en -intensiteit kenbaar te maken. Pijn is de vijfde vitale parameter naast bloeddruk, pols, temperatuur en ademhaling.

ONDERSCHIEDING VOOR DR. RUDI CAMPO



Dr. Rudi Campo kreeg de onderscheiding van de 'Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe' voor zijn levenswerk en zijn verdiensten wat betreft minimaal-invasieve chirurgie. Dr. Campo is een wereldautoriteit op het vlak van endoscopische gynaecologische chirurgie. Hij heeft een grote ervaring in hysteroscopische, uteriene reconstructieve chirurgie en hysteroscopische trans-endometriale myometriale exploratie. Hij heeft een geavanceerde hysteroscoop ontwikkeld die nu gebruikt wordt in verscheidene Europese centra.

Sinds 2007 werkt dr. Campo als arts endoscopische chirurgie en IVF in het ZOL.



AANKONDIGING NIEUWE ZOL ARTSEN

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



Dr. Tom De Beule, medische beeldvorming

Dr. Tom De Beule behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding radiologie en interventionele radiologie volgde hij in het OLV-ziekenhuis in Aalst en het UZ Leuven. In het Centre Hospitalier Universitaire in Reims volgde hij nog een fellowship neuro-interventionele radiologie gedurende een jaar.

Dr. De Beule behaalde in 2014 het European Diploma in Radiology

(EDIR), in 2015 het diploma van de European Board of Interventional Radiology (EBIR) en in 2016 het Europees diploma minimal invasive neurological therapy (ECMINT).

Van 2015 tot 2019 was dr. De Beule actief als staflid interventionele (neuro-)radiologie in het AZ Sint-Lucas in Gent en als consultant in het UZ Gent.

In het ZOL is dr. De Beule actief op de dienst Medische Beeldvorming. Hij legt zich toe op interventionele (neuro-)radiologie en vasculaire radiologie.

Dr. Enrico Neven, orthopedie

Dr. Enrico Neven behaalde zijn diploma geneeskunde in 2004 aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding volgde hij in het ZOL bij dr. Theo Pittevels, in het Heilig Hart Lier onder leiding van dr. Guy Nelen en in het UZ Leuven (Pellenberg) onder leiding van prof. dr. Johan Bellemans.

Daarnaast volgde hij de post-graduate fellowships 'enkel-arthroscopie' in het AMC Amsterdam onder leiding van prof. dr. Niek van Dijk en 'knie- en sportletsels' in het Hôpital Ambroise Paré

Parijs onder leiding van prof. dr. Philippe Hardy.

Dr. Neven is sinds 2010 actief in het Ziekenhuis Maas en Kempen en is zopas ook gestart in het ZOL op de dienst Orthopedie. Daar maakt hij deel uit van de Knie Unit en zal hij zich specifiek toeleggen op knie- en sportletsels.

Tot slot maakt dr. Neven deel uit van de medische staf van volleybalclub Greenyard Maaseik Belgium.





Dr. Hans Welters, orthopedie

Dr. Hans Welters behaalde zijn artsdiploma aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding volgde hij aan de KU Leuven onder leiding van prof. dr. Paul Broos en prof. dr. Guy Fabry, aan Royal Devon and Exeter hospital in Exe-

ter (UK) onder leiding van mr. Graham Gie en mr. John Timperley en aan het ZOL onder leiding van dr. Theo Pittevels.

Dr. Welters is actief in het Ziekenhuis Maas en Kempen sinds 2002 en is zopas ook gestart in het ZOL op de dienst Orthopedie. Daar maakt hij deel uit van de Hip Unit en zal hij zich specifiek toeleggen op heupchirurgie.

Dr. Filip Robijns, orthopedie

Dr. Filip Robijns behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven. In 1998 startte hij de opleiding tot orthopedisch chirurg aan UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Guy Fabry. Hij bekwaamde zich in kniechirurgie bij prof. dr. Johan Bellemans in Pellenberg. Een bijkomende opleiding voor schouderchirurgie bracht hem onder meer in Zuid-Afrika, London en Parijs.

Dr. Robijns is actief in het Ziekenhuis Maas en Kempen sinds 2005 waar hij zich toelegt op schouder- en kniechirurgie. Hij is zopas ook gestart in het ZOL op de dienst Orthopedie waar hij actief is als schouderchirurg.

Dr. Robijns is sinds 2018 bestuurslid van de Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie.



PROGRAMMA 2018|19

WETENSCHAPPELIJKE RAAD >

Aula (G -1.10)

campus Sint-Jan (tenzij anders vermeld)

- Donderdag 25 april 2019 | van 14 tot 17 uur
Hoe Medbook het feedback geven en ontvangen en het voeren van functionerings - en evaluatiegesprekken kan faciliteren
Locatie: vergaderzaal G -1.16/G -1.18 ZOL, campus Sint-Jan
Organisatie: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen UAntwerpen in samenwerking met de Wetenschappelijk Raad van het ZOL.
- Donderdag 25 april 2019 | van 20.30 tot 22.30 uur
Spine Unit: nieuwe richtlijn aanpak radiculaire pijnen bij lumbalgie. Hoe verandert dit mijn praktijk?
- Donderdag 23 mei 2019 | van 20.30 tot 22.30 uur
Multidisciplinaire aanpak van hoofd-hals oncologie in het ZOL
- Donderdag 27 juni 2019 | van 20.30 tot 22.30 uur
Future Health: uitdagingen voor de toekomst van het ZOL en voor u als arts

LOCATIE >

Aula ZOL tenzij anders vermeld

campus Sint-Jan, G -1.10, Schiepsse Bos 6, 3600 Genk

U kan parkeren in het nieuwe parkeergebouw voor personeelsleden (volg richting Spoed).

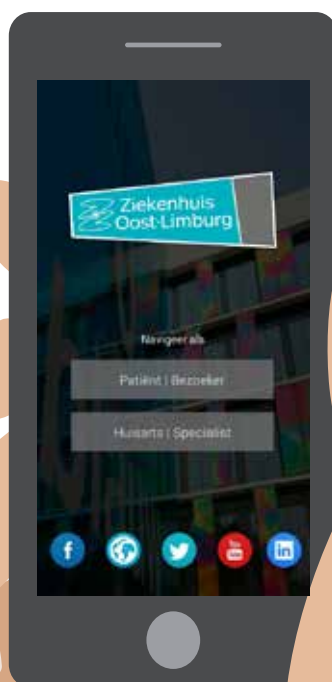
MEER INFO >

www.zol.be/symposia

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

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

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



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever:

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur ZOL

Redactie en samenstelling:

Grete Bollen

Werken mee:

Prof. dr. Jo Dens
Lieselotte Lemoine
Dr. Eline Macken
Dr. Luc Stockx
Dr. Ann Van Mieghem
Dr. Griet Vander Velpen
Dr. Jan Van Robays
Prof. dr. Jan Van Zundert
Dr. Endry Willems
Dr. Ingrid Witters

Redactieadviesraad:

Dr. Marc Daenen
Dr. Jan De Koster
Dr. Eline Macken
Prof. dr. Dieter Mesotten
Prof. dr. Willem Ombelet
Dr. Griet Vander Velpen
Dr. Johan Van Robays
Dr. Luc Vrielinck

Foto's:

ZOL
Cover: Marco Mertens
KU Leuven - Rob Stevens
Micha Vandormael
Dissectiekamer: @PhotoStraka
Tony Van Galen
Boumediene Belbachir

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



Theo Bollen en zijn echtgenote

Theo Bollen (77) uit Genk is al jaren nierpatiënt. Zijn arts nefroloog dr. Liesbet Hendrickx had hem er op voorbereid dat hij uiteindelijk niervervangende therapie zou nodig hebben. "Dit gebeurde sneller dan verwacht. Ze vroeg me of ik geïnteresseerd was in thuisdialyse. Ik ben technisch geschoold en heb altijd onderzoek gedaan dus ik zag dat wel zitten."

"Op 15 juni 2018 ben ik gestart met hemodialyse in het ziekenhuis. In december 2018 kon ik overschakelen op hemodialyse thuis. Ik zou het iedereen aanbevelen die er de moed voor heeft. Het geeft je een zekere vrijheid maar het is ook een hele uitdaging. Je moet namelijk veel discipline hebben en goed weten waar je mee bezig bent."

"Ik dialyseer om de dag, op een tijdstip dat mij past. Dat ervaar ik nu als vrijheid. Vroeger moest ik op vaste tijdstippen in het ziekenhuis zijn. De dialyse zelf duurt drie uur, met de voorbereiding en de afkoppeling erbij ben ik telkens vijf uur bezig."

"Tot nu toe gaat alles goed. En eigenlijk kan er ook weinig foutlopen want

het dialysetoestel is heel veilig. In het slechtste geval stop ik direct de dialysebehandeling en bel ik naar het ziekenhuis. Dan komen ze langs of ze begeleiden me via de telefoon. Bovendien is mijn echtgenote altijd in huis. Ze heeft de opleiding mee gevolgd en kan me dus altijd helpen."

"Eigenlijk is het ongelooflijk wat ik op de dialyseafdeling van het ZOL mag meemaken. Je wordt er behandeld als VIP-persoon. Je mag vragen wat je wil en je krijgt wat je nodig hebt. Ook nu: als ik iets te kort heb, kan ik altijd langsgaan. Wat me ook geraakt heeft, is dat ze altijd geïnteresseerd zijn in hoe het met mij gaat. Zowel de artsen als de verpleegkundigen."

"Sinds ik dialyse thuis doe, is dr. Ann Van Mieghem mijn arts. Maar dr. Hendrickx blijft nog altijd naar mij vragen. Dat geeft gemoedsrust en vertrouwen. Ik weet dat ik er niet alleen voor sta, dat de hele afdeling Nefrologie mijn situatie kent en dat ze altijd klaarstaan om mij te helpen."

"Ik voel me goed nu en ik hoop dat ik dit nog lang kan doen. De nierdialyse heeft mij een tweede leven gegeven."