

zoLarium

Jaargang 18 nr. 77 • 2020

NIEUWE, ROBOTISCH
GEASSISTEERDE OPERATIETECHNIEK
voor radicale prostatectomie

VRAAG VOOR AANPAK
VAN HEPATITIS C:
met halve maatregelen
roei je virussen niet uit

HEMATOLOGEN OVER SUCCES VAN NIEUWSTE BEHANDELINGEN

1.000STE HIPEC-OPERATIE





Eind april 2020, in volle coronacrisis, voerde abdominaal chirurg prof. dr. Kurt Van der Speeten zijn 1.000ste HIPEC-procedure uit.

HIPEC staat voor 'Heated Intra-Peritoneal Chemotherapy'. Een HIPEC-procedure wordt doorgaans uitgevoerd voor dikke darm- en endeldarmkanker en is aangewezen bij een lokaal uitgezaaide kanker binnen de buikholte (peritoneale metastasen).

Tijdens een HIPEC-procedure wordt het zichtbare tumorweefsel weggesneden, waarna de buikholte gespoeld wordt met warme chemotherapie van 42°C. De chemotherapie zal penetreren tot enkele millimeters diep en de achtergebleven kankercellen doden. Vervolgens krijgt de patiënt meestal aanvullende chemotherapie. De overleving na de therapie is op dit ogenblik meer dan 60% voor buikvliesuitzaaiingen van appendixorigine en 40% voor buikvliesmetastasen van coloncarcinoomorigine.

De ruime klinische en wetenschappelijke expertise met HIPEC plaatst de dienst Abdominale Heelkunde wat betreft aantallen in de top 3 van Europa en de top 5 wereldwijd. Het HIPEC-centrum bestaat intussen 20 jaar. Het is erkend door de Peritoneal Surface Oncology Group International als behandelings- en opleidingscentrum voor HIPEC.

Prof. dr. Van der Speeten is één van de oprichters en mentors van de European School of Peritoneal Surface Oncology (ESPSO). Hij zet zich in om centra wereldwijd te procteren en op te starten.

Met de komst van dr. Kim Govaerts werd een tweede chirurg aangetrokken in het ZOL om het centrum verder uit te bouwen.

Er wordt klinisch en translationeel onderzoek uitgevoerd in nauwe samenwerking met Universiteit Hasselt, het Limburg Clinical Research Center en andere gerenommeerde, internationale partners.

Edito

Wanneer ik dit edito schrijf, zijn we bijna half oktober. De verspreiding van het coronavirus begint opnieuw grotere proporties aan te nemen. De overheden hebben de maatregelen verstrengd en de intensieve bedden in de ziekenhuizen in de grootstedelijke gebieden slippen langzaam dicht.

Door het opleggen van een spreidingspolitiek wil de overheid vermijden dat ziekenhuizen in de komende weken en maanden niet overspoeld worden en dat de reguliere zorg gegarandeerd blijft.

Ook in ons ziekenhuis zien we een stijging van vooral acuut zieke patiënten op Intensieve Zorgen met COVID-19, en dat beangstigt ons. Uit het verleden weten we immers dat die toename heel snel een grote omvang kan aannemen. Gelukkig zijn we door onze ervaringen tijdens de eerste coronagolf beter voorbereid op een nieuwe piek. Onze artsen hebben ook heel wat kennis opgebouwd over de aanpak van de ziekte wat betreft medicatie en verzorging, het al dan niet beademen van patiënten en de verdere opvolging.

Bovendien zijn we ook beter gewapend tegen een tweede piek door de nauwe samenwerking die we hebben opgebouwd met onze partners van de eerste lijn. De huisartsen hebben er tijdens de eerste golf voor gezorgd dat onze dienst Spoedgevallen niet overspoeld werd door de triage van patiënten op zich te nemen. Intussen hebben wij in ons ziekenhuis een test drive-in geïnstalleerd die ook hun werking ondersteunt. Door onze goede samenwerking en communicatie slagen we erin om snel positieve personen te detecteren zodat de contacttracing zijn werk kan doen en mensen sneller in isolatie gaan indien nodig. Dit is erg belangrijk om de verspreiding van het virus tegen te gaan.

Hetzelfde geldt voor de samenwerking die werd opgebouwd met de woonzorgcentra tussen onze geriater en de CRA-artsen. Het uitwisselen van expertise en het opstellen van een draaiboek maar ook de ondersteuning van de woonzorgcentra met PBM's en het ter beschikking stellen van verpleegkundigen en leerzorgspecialisten, samen met LiZa, heeft een hele meerwaarde betekend in de aanpak en preventie van nieuwe COVID-19 uitbraken.

Solidariteit en samenwerking is bij pandemieën als deze erg belangrijk. Intussen hopen we allemaal van harte dat het niet zo een vaart zal lopen en kijken we uit naar de komst van een goed werkend vaccin.

Ik wens iedereen een veilige werkomgeving en een goede gezondheid toe!

Dr. Griet Vander Velpen
Medisch directeur

“

Solidariteit en samenwerking is bij pandemieën als deze erg belangrijk.



Inhoud

- 15 Ledoc is een expertisecentrum met zes verschillende pijlers**
Dienst Abdominale Heelkunde kiest voor nieuwe aanpak

- 16 Oncoplastische chirurgie als custom-fit aanpak bij borst-reconstructies**
Samenwerking tussen borstchirurg en plastisch chirurg leidt tot optimale resultaten.

- 20 Verstoorde bloedsomloop oorzaak van zwangerschaps-vergiftiging**
Nieuw inzicht maakt het mogelijk vrouwen 'at risk' te identificeren

- 26 Bij een goede aanpak van een appendixtumor, kan de patiënt nog genezen.**
Consensusdocument leidt chirurg naar 'beste' behandeling

- 30 Bij SPORTHOR komen sporters terecht in een stimulerende omgeving die sport ademt**
Samenwerkingsproject voor sporters die acute blessure oplopen

- 44 Stoflong en veiligheidsspeld over een raadselachtig schilderij in het oude André Dumontziekenhuis**



Foto van het Basingtoke-team, inclusief patholoog, radio-loog, diëtist, chirurgen en enkele verpleegkundigen. Dr. Kim Govaerts bevindt zich links bovenaan

“Ondanks Covid 19, wil ik oma kunnen blijven zien,” zei mijn zoon Nicolas (10) vanmorgen. Hij geeft hiermee de kern van onze bekommernis weer. We moeten onze ouderen beschermen en onze verantwoordelijkheid nemen, maar we moeten er ook voor zorgen dat ze hun sociaal contact niet verliezen.”





“

**“Mensen schrikken zich
vaak te pletter als ze bij ons
in de wachtkamer komen”**

Dr. Mia Janssen, dr. Natalie Put en
dr. Griet Swennen, Hematologie



Hematologen behandelen goedaardige en kwaadaardige afwijkingen van het bloed, de bloedvormende organen en de lymfeklieren. "Over onze discipline bestaan heel wat misvattingen," aldus de hematologen dr. Natalie Put en dr. Griet Swennen.

Dr. Natalie Put: "We willen hematologie meer bekendheid geven. Een eerste misvatting is dat wij labo-artsen zouden zijn en bloedanalyses doen. Een tweede misvatting is dat hematologie een subspecialisme is binnen de oncologie, maar ook dat is niet juist. Hematologie is een aparte discipline met een eigen opleiding. Hematologen behandelen goedaardige en kwaadaardige afwijkingen van het bloed, de bloedvormende organen (beenmerg) en de lymfeklieren."

De hematologen werken in een samenwerkingsverband met de oncologen en radiotherapeuten van het ZOL en Jessa binnen de vzw Limburg Oncologisch Centrum.

In het ZOL zijn er drie hematologen actief: dr. Mia Janssen startte als eerste en beoefende aanvankelijk zowel oncologie als hematologie. Daarna is ze zich meer op hematologie gaan toespitsen. Dr. Natalie Put is actief als hematoloog in het ZOL sinds 2014 en dr. Griet Swennen is de nieuwe collega sinds januari 2020.

Wat zijn de belangrijkste ziektes die jullie behandelen?

Dr. Natalie Put: "Het grootste deel van ons werk is de zorg voor kwaadaardige ziektes van het bloed, het beenmerg en de lymfeklieren. Maar er gaat ook heel wat van onze kennis, taak en zorg naar patiënten die goedaardige ziektes hebben: auto-immuun ziektes van het bloed, of andere minder ernstige labo-afwijkingen zoals bv. verhoogde witte bloedcellen of verlaagde bloedplaatjes. Soms is dat een reactie op medicatie of het gevolg van een andere ziekte die wij dan in kaart brengen. We leggen ons ook toe op de zorg en begeleiding van patiënten met aangeboren en verworven stollingsziekten, zowel wat betreft bloedingsneiging als klontervorming."

"Mensen schrikken zich vaak te pletter als ze bij ons in de wachtkamer komen. Ze denken dat de huisarts iets voor hen

heeft achtergehouden en dat ze een kwaadaardige ziekte hebben, terwijl dat niet noodzakelijk het geval is. De goedaardige zaken maken ongeveer 25% uit van ons werk."

Dr. Griet Swennen: "Maar kwaadaardig betekent vaak ook niet onmiddellijk het ergste. We zien ook heel veel ziekten die indolent verlopen, die zich rustig gedragen en waarvoor we zelfs geen behandeling moeten opstarten. Soms is er enkel opvolging nodig, of een therapie met een beperkte impact op de levenskwaliteit. Voorbeelden hiervan zijn chronische lymfatische leukemie maar ook sommige vormen van myelodysplasie en lymfeklierziekten."

“

"We zien heel veel ziekten die indolent verlopen, die zich rustig gedragen en waarvoor we zelfs geen behandeling moeten opstarten."

dr. Griet Swennen, hematologie



hoofdverpleegkundige Tilly Cortens

Wat is jullie grootste patiëntenpopulatie?

Dr. Natalie Put: "De grootste groepen die wij opvangen zijn patiënten met lymfeklierkanker, de ziekte van Kahler (kanker van het beenmerg), chronische leukemieën en myeloproliferatieve ziekten (beenmergziekten met verhoogde rode bloedcellen, witte bloedcellen, -plaatjes of fibrose). Voor agressieve acute pathologieën zoals acute leukemieën die een intensieve chemotherapie of stamceltransplantatie vereisen, lopen er samenwerkingen binnen het Limburgs Oncologisch Centrum met Jessa en indien nodig ook met UZ Leuven. Het gaat hierbij vooral om de hele intensieve, curatieve therapieën die op een isolatieafdeling – de zogenaamde steriele afdeling – moeten plaatsvinden. In het ZOL vangen we wel oudere patiënten met acute leukemie op die een meer comfortgerichte therapie wensen, dit wil

zeggen kwalitatief en levensverlengend, maar niet genezend."

Dr. Griet Swennen: "We bieden in het ZOL een heel breed gamma van behandelingen aan: alle courante chemoschema's, ook de minder frequente chemo's die specifieke hoogtechnologische aandacht vragen. Targettherapieën, immunothe rapieën, ... Maar we focussen vooral op chronische ziekten."

Dr. Natalie Put: "Door onze focus op chronische zorg en de langtermijnsopvolging werken we vaak met oudere patiënten met kwaadaardige hematologische ziekten. In dit kader hebben we, net als de oncologen, een samenwerkingsproject met de geriater. Bedoeling is dat de oudere patiënten die wat fragieler zijn, gescreend worden en advies krijgen op vlak van ondersteuning om tot een betere zorg en levenskwaliteit te komen. Hier-

voor wordt er samengewerkt met een multidisciplinair team van kinesisten, diëtisten, apothekers, sociale werkers, logopedisten, ergotherapeuten, psychologen, verpleegkundig specialisten, onco-coaches... In de nabij toekomst zullen we ook starten met een gelijkaardig programma voor onco-cardiologie in samenwerking met de cardiologen."

Naast de uitgebreide interne samenwerking is er ook een nauwe samenwerking met de huisartsen?

Dr. Natalie Put: "Omdat wij dicht bij onze patiënten staan, is communicatie met de huisartsen erg belangrijk zodat ook zij de vinger aan de pols kunnen houden. De huisartsen zijn ook betrokken in het beleid. Zij vangen vaak de patiënten op tussen de controles in het ziekenhuis door en bij nevenwerkingen van de therapieën. Indien nodig is er altijd overleg mogelijk."



Afdeling hematologie - Oncologie

“

“Het grootste deel van ons werk is de zorg voor kwaadaardige ziektes van het bloed, het beenmerg en de lymfeklieren.”

Dr. Natalie Put, Hematologie



“

De meeste hematologische aandoeningen komen voor op hogere leeftijd. Gemiddeld zijn onze patiënten 70 jaar.

Dr. Griet Swennen, hematologie

Hematologie is een discipline binnen de geneeskunde die zeer snel evolueert?

Dr. Natalie Put: "Ons patiëntenaantal groeit heel sterk. Dat komt niet alleen door de vergrijzing maar ook omdat we heel wat nieuwe therapieën hebben die ervoor zorgen dat patiënten langer leven en we hen ook langer opvolgen."

"Daarnaast zijn er heel veel innovaties. Waar je vroeger voor een ziekte maar één of twee opties had, heb je nu een hele serie zeer vernieuwende therapieën, tot CART-cell therapie toe. Dat laatste is een revolutionaire vorm van immuuntherapie met eigen witte bloedcellen. Wij doen dit niet in Genk maar het gebeurt wel dat we patiënten hiervoor verwijzen."

"Het is één van de troeven van ons ziekenhuis dat we goede verpleegkundigen met veel ervaring hebben en dat we een apotheek hebben die mee ondersteunt zodat we nieuwe producten onmiddellijk kunnen aanbieden van zodra de overheid ze heeft goedgekeurd en het product beschikbaar is. Soms kunnen we ook zeer nieuwe producten ter beschikking stellen die nog net niet op de markt zijn door onze goede samenwerking met de farma-industrie. Zij stellen dan gratis stalen ter beschikking via specifieke patiëntenprogramma's. En voor wat nog niet hier is, omdat het bijvoorbeeld nog in een studie zit, kunnen we ook verwijzen."

Het gaat steeds om producten die heel erg duur zijn?

Dr. Natalie Put: "Hematologische producten kosten heel veel geld, maar daarvoor kunnen we gelukkig terugvallen op het Belgische gezondheidssysteem en de solidariteit. Dit zorgt er voor dat mensen die het nodig hebben een beroep kunnen doen op therapieën die zo innoverend zijn dat ze een belangrijke betekenis hebben voor de levenskwaliteit en het verlengen van de levensduur."

Wat is de gemiddelde leeftijd van de hematologie-patiënt?

Dr. Griet Swennen: "De meeste hematologische aandoeningen komen voor op hogere leeftijd. Gemiddeld zijn onze patiënten 70 jaar. Maar we zien ook hele jonge mensen, bijvoorbeeld met aangeboren stollingsziek-

ten. Echt jonge pediatriepatiëntjes hebben we uiteraard niet maar we zien patiënten van -20 tot +100 jaar."

Hoe ziet het traject van een hematologiepatiënt er uit?

Dr. Griet Swennen: "Wij hebben een verpleegafdeling met 22 bedden, samen met de oncologen. Het dagziekenhuis delen we met alle inwendige disciplines, op de raadpleging zijn we actief samen met de oncologen en de radiotherapeuten. Patiënten worden meestal verwezen via een huisarts of specialist en komen bij ons op raadpleging. Van daaruit worden verdere onderzoeken gepland. Nadat een diagnose gesteld is, wordt het dossier op een multi-disciplinaire vergadering besproken. Nadat het beleid bepaald is, wordt de patiënt opnieuw gezien voor uitleg en het opstarten van de therapie: dat kan op de verpleegafdeling of in het dagziekenhuis."

Dr. Natalie Put: "Een beenmergpunctie is bij ons het meest typerende technische onderzoek. Mensen denken vaak dat dit een operatie is en hoewel het inderdaad om een meer invasieve prik gaat, is het minder erg dan men denkt. Een beenmergpunctie gebeurt niet in de operatiezaal maar op de raadpleging waar de patiënt in zijn lig plaatsneemt op de behandeltafel. We trekken met een holle naald beenmerg uit

de bekkenkam nadat de patiënt plaatselijk verdoofd is. Met een iets bredere naald kunnen we ook een biopsie nemen."

"De vernieuwing zit bij ons niet in grote toestellen en programma's maar in de medicatie. Onze behandelingen zijn chemo's die we toedienen via het infuus, maar ook in pilvorm of via spuitjes. We werken met een breed scala van typetherapieën, in alle intensiteiten. We behandelen van jong tot oud, acuut en chronisch, van curatief tot palliatief. Soms gaan we voor de volledige genezing, soms is dat niet mogelijk. Hier wordt altijd eerlijk over gecommuniceerd. Indien nodig is er ook een vlotte samenwerking met de palliatieve eenheid."

"Daarnaast wordt er gewerkt binnen een multidisciplinair kader. Er is een revalidatietraject uitgetekend voor onze patiënten zodat ze na de behandeling de draad van hun leven weer kunnen oppikken. Dit gebeurt in samenwerking met de dienst Fysische Geneeskunde en de kinesisten en ergotherapeuten. Ook andere professionals werken mee. We zijn dus een discipline die heel veel omkadering biedt aan de patiënt."

Moeten jullie vaak slechtnieuwsgesprekken voeren?

Dr. Griet Swennen: "Ja, toch wel dagelijks. Dit kan gaan over een diagnose. Of een



Het is één van de troeven van ons ziekenhuis dat we goede verpleegkundigen met veel ervaring hebben en dat we een apotheek hebben die mee ondersteunt

hebben met een hoog succespercentage. Van bepaalde lymfomen weten we dat we ze met 80 tot 90 percent succes kunnen behandelen. Andere ziekten als multiple myeloom (ziekte van Kahler) kunnen soms heel agressief zijn of net heel langzaam verlopen, soms zelfs over 20 jaar."

Langs de andere kant kunnen patiënten heel erg ziek zijn van de therapie die ze krijgen?

Dr. Griet Swennen: "Mensen kunnen inderdaad wel erg ziek zijn door de chemotherapie. Maar ze krijgen ook wel preventief medicatie toegediend tegen bijvoorbeeld misselijkheid en andere nevenwerkingen. We passen de therapie natuurlijk ook aan aan de leeftijd van de patiënt. Voor patiënten van 80+ zorgen we er bijvoorbeeld voor dat de levenskwaliteit steeds gegarandeerd blijft."

Dr. Natalie Put: "Ik vind de levenskwaliteit met chemo in het algemeen toch aanzienlijk beter dan vroeger. Eigenlijk wordt geneeskunde meer en meer 'op maat'. Dat is in elke geval wat wij bieden aan onze patiënten

en wat je moet doen als je denkt op lange termijn."

Welke kwaliteiten moet een hematoloog hebben om dit werk goed te doen?

Dr. Natalie Put: "Hematologie moet je doen met hart en ziel. Je moet een hart hebben voor je patiënten en interesse hebben in wetenschap."

Dr. Griet Swennen: "Ook belangrijk is goed kunnen communiceren. Wij hebben vaak lange gesprekken met onze patiënten. Het is belangrijk dat alles duidelijk is voor hen. Hier steken we heel veel tijd in."

Dr. Natalie Put: "We krijgen hierbij ook ondersteuning van de onco-coach en de verpleegkundig specialist... Eigenlijk van het hele multidisciplinaire team rond de patiënt."

Welke impact heeft Covid-19 gehad op jullie patiënten?

Dr. Natalie Put: "Er zijn mensen die langer gewacht hebben om naar de dokter te gaan zodat diagnoses soms wat uitgesteld zijn."

Onze patiënten zijn ook heel erg vatbaar voor infecties. Ik was daarom bang dat zij erg getroffen zouden worden, maar dat is gelukkig niet gebeurd. Onze patiënten zijn vooraf steeds geïnstrueerd om zeer voorzichtig te zijn en zieke mensen met koorts te vermijden. Het feit dat ook anderen aan infectiepreventie deden, is voor hen beschermend en cruciaal geweest. Zij die daar zorg voor gedragen hebben, kan ik in naam van onze patiënten bedanken. We hebben daarom minder infecties gezien dan verwacht."

Dr. Griet Swennen: "Onze patiënten zijn soms ook wel wat sneller vanuit het ziekenhuis naar huis gegaan, wel met indekking van het risico. Wie in het ziekenhuis moest blijven, was vaak eenzaam. Mensen waren geïsoleerd en we moesten tijdens de lockdown niet alleen arts zijn maar soms ook wat gezelschap houden. Aanwezig zijn, naar de mensen luisteren, het was erg belangrijk voor alle zorgverleners tijdens die periode..." ■

“LEDOC is een expertisecentrum met zes verschillende pijlers”

Prof. dr. Kurt Van der Speeten,
Abdominale Heelkunde

Op 1 oktober gaat in het ZOL het Limburgs Expertisecentrum voor Digestieve en Oncologische Chirurgie (LEDOC) van start. LEDOC is onderdeel van de dienst Abdominale Chirurgie ZOL/ZMK dat met tien abdominaal chirurgen tot de grootste chirurgische diensten van Vlaanderen behoort. De verschillende chirurgen opereren op beide campussen.

In LEDOC worden zes expertgroepen gecreëerd waarin steeds twee of meer specialisten zich toeleggen op de behandeling van een onderdeel van de meer complexe abdominale chirurgie en dit steeds ondersteund door een 'clinical nurse'. “Met LEDOC kiezen we voor een heel nieuwe aanpak waarbij zowel klinische zorg als wetenschappelijk werk tot de kerntaken behoren,” aldus medische diensthoofd prof. dr. Kurt Van der Speeten.

De zes verschillende pijlers van LEDOC zijn een obesitaskliniek, een colorectale kliniek, een buikwandkliniek, een kliniek voor complexe oncologische chirurgie, een hepato-pancreatico-bilaire kliniek en een maag- en slokdarmkliniek (conventie).

Bij elke kliniek hoort een kliniekhoofd, dat samen met een 'clinical nurse' instaat voor de patiëntenzorg en de dataregistratie.

Prof. dr. Kurt Van der Speeten: “Een groot surplus van onze nieuwe dienst is de groepsvergroting van zes naar tien abdominaal

chirurgen. Dat maakt dat we voor alle pathologieën en de behandeling ervan met twee of meer chirurgen vertegenwoordigd zijn, die zich verder bekwaamd hebben in hun subspecialisme. Dit heeft vele voordelen: er is steeds overleg en feedback mogelijk tussen de verschillende artsen, er is altijd een gespecialiseerd chirurg aanwezig en we zijn altijd bereikbaar voor de huisartsen en de verwijzende specialisten. Bovendien kunnen we moeilijke casussen zo nodig met twee gespecialiseerde chirurgen opereren. Dit is uniek. Er zijn weinig ziekenhuizen die alle posities minstens dubbel bezet hebben. Bovendien is het zo dat binnen elke pijler chirurgen zijn die de verschillende technieken beheersen, nl open chirurgie, laparoscopische chirurgie en robotchirurgie.”

De clinical nurse volgt de patiënt op, in overleg met de chirurg, gedurende zijn of haar traject in en buiten het ziekenhuis en is het aanspreekpunt. De clinical nurse zal ook een tussenpersoon zijn voor de huisarts en andere specialisten om zo de service naar de verwijzers te vergroten. Om de patiënt

duidelijk te informeren, werd ook alle patiëntinformatie uitgebreid en geoptimaliseerd.

Nieuw speerpunt is dat naast de procesdata ook klinische data zullen worden gegeneereerd, geanalyseerd en gepubliceerd.

Prof. dr. Kurt Van der Speeten: “De cijfers zullen gebruikt worden voor onze interne kwaliteitscontrole en dus het verbeteren van de kwaliteit van de behandelingen. Daarnaast om onze expertise aan te tonen. Dit is belangrijk om onze positie als niet-academisch, tertiair ziekenhuis te verstevigen. We zullen het verzamelen van klinische data verder structureel verankeren. Met ons elektronisch patiëntendossier HiX beschikken we over een uitstekende tool hiervoor.”

Prof. dr. Kurt Van der Speeten: “We geloven in het model dat de arts samenwerkt met een klinisch datamanager. Het is de eerste keer dat de artsen en het ziekenhuis hier samen in investeren. Iedereen kijkt nu met argusogen naar ons pilootproject dat in de toekomst zeker ook op andere medische diensten ingang zal vinden.” ■

Obesitaskliniek

Dr. Wim Bouckaert
Dr. Frank Claessens
Prof. dr. Joep Knol
Dr. Hans Verhelst

Colorectale kliniek

Dr. Steven Bessemans
Dr. Anne Dams
Dr. Kim Govaerts
Prof. dr. Joep Knol
Prof. dr. Kurt Van der Speeten

Buikwandkliniek

Dr. Steven Bessemans
Dr. Wim Bouckaert
Dr. Dennis Wicherts

Kliniek voor complexe oncologische chirurgie

Dr. Kim Govaerts
Prof. dr. Kurt Van der Speeten

Hepatopancreatico-bilaire kliniek

Dr. Hans Verhelst
Dr. Dennis Wicherts

Maag- en slokdarmkliniek (conventie)

Dr. Wim Bouckaert
Dr. Hans Verhelst
Dr. Dennis Wicherts



“

Tegenwoordig is geweten dat een reconstructie niets verandert aan het verloop van de ziekte, maar wel de kwaliteit van leven en het zelfbeeld verbetert.

Dr. Fadi Bakal, Plastische Heelkunde

“Oncoplastische chirurgie als custom-fit aanpak bij borstreconstructies en -correcties.”

Dr. Fadi Bakal, Plastische, Reconstructieve en Esthetische Heelkunde

“Door een goede samenwerking tussen de oncologisch borstchirurg en de plastisch chirurg kunnen zowel op oncologisch als op esthetisch vlak optimale resultaten worden behaald,” aldus plastisch chirurg Fadi Bakal.

Vroeger kwam een borstkankerpatiënt pas voor een borstreconstructie in aanmerking wanneer zij als genezen werd beschouwd. Dat was meestal vijf jaar na een borstampatie. Tegenwoordig is geweten dat een reconstructie niets verandert aan het verloop van de ziekte, maar wel de kwaliteit van leven en het zelfbeeld verbetert.”

Dr. Fadi Bakal: “Niet alle reconstructietechnieken zijn geschikt voor elke patiënte. Borstreconstructies zijn steeds maatwerk. Welke aanpak past voor een specifieke patiënte is afhankelijk van veel verschillende factoren.”

“Wanneer er een borstsparende operatie wordt uitgevoerd waarbij een groot deel van de borst behouden blijft maar

een duidelijke vervorming van de borst verwacht wordt, is een oncoplastische aanpak aangewezen. Bij oncoplastische chirurgie worden plastisch-chirurgische technieken toegepast om een mooi en oncologisch veilig resultaat te bekomen.”

Hoe gaat u tewerk bij een oncoplastische ingreep?

Dr. Fadi Bakal: “Nadat de tumor verwijderd is door de oncochirurg, blijft er vaak een ‘deuk’ in de borst over, afhankelijk van de grootte en de plaats van de tumor. Door het achtergebleven, gezond weefsel in de borst gedeeltelijk los te maken en naar het defect te verplaatsten, kan een esthetisch acceptabele borst gecreëerd worden. Wij noemen dit ‘volume distribution mastopexie’. Dit betekent dat we het volume van het borstklieeweefsel

herdistribueren en tegelijk de borst liften.”

“Een andere mogelijkheid is om weefsel van nabijgelegen regio's bij de reconstructie te gebruiken. Bijvoorbeeld uit de buurt van de oksel, de buik of de rug waar weefsel, doorbloed door specifieke bloedvaten, verplaatst kan worden. Welke optie gekozen wordt, is afhankelijk van het postuur van de patiënte, van de grootte en de locatie van de tumor en de verwachtingen van de patiënte. Kortom, het is een custom-fit aanpak die bepaald wordt door verschillende belangrijke factoren in acht te nemen in de beslissingsboom.”

U maakt als plastisch chirurg deel uit van het multidisciplinair borstcentrum?

Dr. Fadi Bakal: “Ik denk dat de rol van de plastisch chirurgen binnen het multidisciplinair



Dr. Gregg Van de Putte, gynaecoloog en borstchirurg

Bij borstampaties is voor de reconstructie steeds een plastisch chirurg nodig maar bij een borstsparende operatie is dit veel minder het geval.

Bij een letsel waarbij tot 20% van het borstvolume verwijderd wordt (level 1-ingrepen) kan de gynaecoloog met behulp

van oncoplastietechnieken een mooi resultaat behalen. Deze technieken vinden ingang bij steeds meer gynaecologen.

Bij level 2-ingrepen, dit wil zeggen bij grotere letsels en wanneer er een verplaatsing van huid en volume van 20-50% nodig is, is plastische chirurgie zeker

een meerwaarde. Deze level-2 ingrepen maken ongeveer 20 percent uit van de borstsparende ingrepen.

Voor deze oncoplastische reconstructies heb ik al enkele keren samengewerkt met de collega's van plastische heelkunde, en dit steeds met een heel mooi resultaat.

“

Wij tekenen ons plan van aanpak al uit op de patiënt vóór de collega's van gynaecologie de excisie doen.

dr. Fadi Bakal,
Plastische Heelkunde

ciplinair borstcentrum steeds belangrijker wordt vandaag. Dit omdat chirurgische technieken zeer snel evolueren. Als wij al vanaf de diagnose van borstkanker actief bij de behandeling betrokken worden, kunnen we de implicaties voor de nabehandeling - hetzij reconstructief, hetzij oncoplastisch, hetzij de combinatie - mee in beschouwing nemen."

"Wij tekenen ons plan van aanpak al uit op de patiënt vóór de collega's van gynaecologie de excisie doen. Veel aspecten spelen hierbij een rol: welk letsel hebben we, waar zit het, wat is het postuur van de patiënt, wat zijn de chirurgische mogelijkheden, wat moet weggesneden worden, zijn er nabehandelingen nodig zoals bestraling of chemo..."

"De borstchirurg werkt via onze 'landkaart', zodat alle opties open blijven wat betreft de reconstructiemogelijkheden achteraf. Om het meest optimale resultaat te kunnen bekomen, is het dus als plastisch chirurg belangrijk om vanaf de diagnose multidisciplinair mee te denken in het proces zodanig dat er geen bruggen verbrand worden."

De reconstructie verloopt steeds in verschillende fases?

Een borstreconstructie verloopt inderdaad gespreid in de tijd. Maar ook de andere borst wordt meestal aangepast. Omdat het overgebleven klierweefsel geherdistribueerd en/of gelift wordt na de verwijdering van het letsel zal de nieuwe, gereconstrueerde borst kleiner of anders zijn dan de oorspronkelijke, zeker wanneer er bestralingen zijn geweest. Vandaar wordt in een latere fase – enkele maanden later – de andere borst gelijkaardig aangepast. Meestal gebeurt dit wanneer de eventuele bestralingen en chemo achter de rug zijn." ■





Verskillende technieken op maat van de patiënt

Er zijn verschillende technieken die gaan van borstprothesen tot eigen weefsel of zelfs combinatie hiervan om een borst te reconstrueren. Niet iedere methode is geschikt voor elke patiënt. Welke methode het meest geschikt is, wordt door de arts met de patiënt besproken.

Dr. Fadi Bakal: "Als er niet genoeg weefsel aanwezig is na de amputatie kan een prothese worden gebruikt om de weefsels op te rekken (weefselexpansie). De prothese of 'tissue expander' wordt via het litteken van de amputatie onder de grote borstspier ingebracht. Na de operatie wordt deze expander op de consultatie geleidelijk bijgevuld met fysiologische zoutoplossing. Na een rustperiode van drie tot zes maanden volgt dan een tweede operatie waarbij de expander wordt vervangen door een definitieve siliconenprothese. Soms wordt dit aangevuld met één of meerdere sessies van lipofilling."

"Wanneer er een borstsparende operatie wordt uitgevoerd, kan het verwijderd borstvolume opgevuld worden met gebruik van lokaal weefsel. Met deze oncoplastische chirurgie is er een esthetisch acceptabele borstvorm te bekomen. Soms wordt dit aangevuld met één of meerdere sessies van lipofilling. Als er te veel borstvolume moet worden verwijderd is er een goede indicatie om een mastectomie of borstamputatie te overwegen voor een beter esthetisch resultaat."

"Borstreconstructie na mastectomie kan ook gebeuren met een vrije flapchirurgie (DIEP-flap, TMG-flap, PAP-flap, etc). Dit soort chirurgie is technisch wat complexer en vergt in de beginfase meer hersteltijd, maar zal een natuurlijker resultaat aannemen met minder complicaties op lange termijn dan borstprothesen, omdat het eigen weefsel is (buiik, dij...)."

"Uiteraard heeft de nieuwe borst geen tepel, tenzij er een tepelsparende mastectomie is uitgevoerd. Als één van de laatste stappen in borstreconstructie wordt op een elegante chirurgische wijze een tepelreconstructie uitgevoerd. De tepel en tepelhof kunnen hierna dan worden getatoeëerd. Als de gezonde borst aangepast wordt aan de nieuwe borst, gebeurt de tepelreconstructie meestal gecombineerd."

Verstoorde bloed-circulatie oorzaak van zwangerschapsvergiftiging

De kettingreactie die bij zwangerschapsvergiftiging de organen van de moeder aantast, wordt veroorzaakt door een verstoorde bloedcirculatie en blijkt zich ook voor te doen bij andere orgaanziekten. Het mechanisme is dus niet uniek voor een zwangerschap.

Deze conclusie werd zopas beschreven in The Journal of Clinical Medicine door het Limburgse onderzoeksteam van de Universiteit Hasselt en Ziekenhuis Oost-Limburg Genk onder leiding van prof. dr. Wilfried Gyselaers.

Dankzij deze bevinding kan belangrijke vooruitgang geboekt worden op het vlak van preventie en behandeling van zwangerschapsvergiftiging maar ook op het vlak van de volksgezondheid op langere termijn.

Ontspoorde bloedcirculatie ook buiten zwangerschap mogelijk

Wereldwijd sterven elk jaar duizenden vrouwen en baby's door zwangerschapsvergiftiging. De eerste signalen zijn hoge bloeddruk, dikke voeten en eiwitverlies. Daarna vallen verschillend organen uit en uiteindelijk krijgt de moeder stuipen of hartfalen. Om haar te redden, moet de zwangerschap worden beëindigd

waardoor de baby vaak te vroeg geboren wordt. De oorzaak van zwangerschapsvergiftiging werd tot nu toe vooral toegeschreven aan een slecht werkende moederkoek. Maar uit het Limburgse onderzoek blijkt nu dat de zwangerschapsvergiftiging het eindstadium is van een ontspoorde bloedcirculatie die zich ook kan voordoen buiten een zwangerschap.

Overbelasting lichaam door afwijking in bloedcirculatie

Hartspecialisten, nefrologen en intensivisten weten al langer dat alle componenten van de bloedcirculatie optimaal moeten werken om de stress van een extra belasting - zoals een zwangerschap, een operatie of een ernstige ziekte - te weerstaan. Het falen van slechts één component is al voldoende om te leiden tot een overbelasting van de hele circulatie.

De aanmaak van extra bloed en vocht bij een zwangerschap is zwaar belastend voor het lichaam. Bij de minste afwijking

“

Het wordt nu mogelijk om al vóór de zwangerschap vrouwen te identificeren die een verhoogd risico hebben op zwangerschapscomplicaties maar ook op hart- en vaatziekten.”

in de bloedcirculatie volgt een overbelasting die de zwangerschapsvergiftiging uitlokt.

Het team van prof. Gyselaers onderzoekt al 15 jaar de bloedvaten van zwangere vrouwen. Met eenvoudige technieken meten ze alle onderdelen van de bloedsomloop zoals het hart, de slagaders, de aders, de haarvaatjes en het bloedvolume. Het onderzoek bereikte enkele jaren geleden al een doorbraak door aan te tonen dat de bloedcirculatie, en in het bijzonder de aders, een sleutelrol spelen in het ontstaan van zwangerschapsvergiftiging.

Aders moeder cruciale rol vanaf innesteling vrucht

Voor deze studies werd samengewerkt met experts uit het buitenland via de International Working Group on Maternal Hemodynamics, en de International Fluid Academy. In het recentste nummer van The Journal of Clinical Medicine worden de bevindingen van deze samenwerking gebundeld, waaruit duidelijk blijkt dat de aders van de moeder al een uiterst belangrijke rol vervullen vanaf de innesteling van de vrucht in de baarmoeder.

Minder hart- en vaatziekten door dalend aantal zwangerschapsvergiftigingen

Dit inzicht heeft belangrijke medische gevolgen. Het wordt nu immers mogelijk om al vóór de zwangerschap vrouwen te identificeren die een verhoogd risico hebben op zwangerschapscomplicaties maar ook op hart- en vaatziekten op oudere leeftijd. Als minimale afwijkingen in de bloedcirculatie worden vastgesteld, kunnen ze worden bijgestuurd vóór de bevruchting, tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Hierdoor kan de ernst

van de zwangerschapscomplicaties en vroeggeboortes verminderen, met positieve gevolgen voor de gezondheid van de moeder en het kind. Kinderen met een geboortegewicht van minder dan 3 kg hebben namelijk een hogere kans om als volwassene precies dié minimale afwijkingen te vertonen in de bloedcirculatie, die kunnen leiden tot zwangerschapscomplicaties en ouderdomsziekten.

Gezonde baby's leiden dus ook tot gezonde zwangerschappen in de toekomst. Op lange termijn zal het verminderen van ernstige zwangerschapsvergiftiging en vroeggeboortes ook leiden tot minder hart- en vaatziekten, wat gunstig is voor de volksgezondheid over de generaties heen.

Aan de Universiteit Hasselt loopt op dit ogenblik reeds het LimPrOn-plus project, dat als doel heeft om met eenvoudige technieken vóór en na de zwangerschap de minimale afwijkingen in de bloedcirculatie van vrouwen op te sporen en gericht bij te sturen.

Het wetenschappelijk artikel is raadpleegbaar via <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/7/2245/htm>



“

Deze innovatieve, robotisch geassisteerde techniek hoopt een antwoord te bieden op de mogelijke problemen die kunnen optreden na klassieke prostaatingrepen.

Dr. Thomas De Sutter, Uroloog



“Aanbieden van verschillende operatietechnieken voor radicale prostatectomie is een meerwaarde voor de patiënt”

Dr. Thomas De Sutter, urologie

Naast de bestaande anterieure techniek die zijn waarde tot op de dag van vandaag nog steeds bewijst, wordt nu ook de Retzius-sparende of Bocciardi prostatectomie aangeboden in het ZOL. Deze innovatieve, robotisch geassisteerde techniek hoopt een antwoord te bieden op de mogelijke problemen die kunnen optreden na klassieke prostaatingrepen. Zo blijkt een groot deel van de patiënten duidelijk sneller en volledig continent na de Bocciardi-behandeling.

Hoewel weinig agressieve en kleine prostaattumoren, meer dan voorheen, actief opgevolgd worden, blijft de radicale prostatectomie (met name een volledige wegname van de prostaat en zaadblaasjes) een belangrijke hoeksteen in de behandeling van gelokaliseerde prostaatkanker. Deze ingreep kan echter invaliderende gevolgen hebben. Zo is de kans op urineverlies net na de ingreep groot. Gelukkig is het percentage van patiënten die na intensieve bekkenbodemrevalidatie definitief continent blijft zeer klein. Ook bestaat er een risico op erectiele dysfunctie. Als één, of in het beste geval beide zenuwbundels gespaard kunnen worden, is de kans groter op voldoening gevende erecties na de ingreep. Dit hangt echter af van de uitgebreidheid en lokalisatie van de tumor en uiteraard ook van de kwaliteit van de erecties voor de ingreep.

Techniek

Bij de Bocciardi of Retzius-sparende prostatectomie wordt de prostaat niet langs anterieur (Retzius ruimte) benaderd zoals bij de klassieke techniek, maar zuiver langs posterieur (via de Douglas holte). Hoewel technisch uitdagend, voelt deze techniek natuurlijker aan. De blaas wordt niet losge-

maakt en blijft op zijn natuurlijke positie. De prostaat wordt uit de omringende weefsels 'gepeld' en niet omgekeerd. Zeker bij een beiderzijds zenuwsparende ingreep is het mooi om te zien hoe de endopelvische fascia volledig intact blijft.

Voordeel

Deze techniek biedt als groot voordeel dat er een significant sneller herstel is van het eventuele urineverlies, vooral in de eerste maanden na de ingreep. Ook hier in het ZOL is het merendeel (ruim drie kwart) van de geopereerde patiënten, hooguit enkele weken na het verwijderen van de blaassonde volledig droog. Er werden inmiddels 25 patiënten door middel van deze techniek geopereerd, waarvan 19 patiënten volledig droog waren binnen een termijn van 1 maand postoperatief.

Ook op lange termijn kan de techniek goede continencijfers voorleggen, maar er kan vooralsnog geen significant voordeel aangetoond worden ten opzichte van de anterieure techniek. Al lijkt er volgens recente literatuur toch ook op lange termijn een discreet voordeel te zijn. Ook voor wat

betreft de erecties zijn er goede resultaten. Op oncologisch vlak is de ingreep bewezen evenwaardig.

Primeur

Uroloog dr. Thomas De Sutter voert sinds 2018 als eerste en enige in Limburg, en als vierde in België, de Bocciardi of Retzius-sparende prostatectomie uit. De techniek werd voor het eerst uitgevoerd in Milaan, door de Italiaanse prof. Aldo Bocciardi, uroloog en internationaal vermaard oncologisch robotchirurg en werd in de Benelux geïntroduceerd door dr. Karen Fransis (UZA).

Dr. Thomas De Sutter leerde de techniek kennen tijdens zijn fellowship bij dr. Karen Fransis, die de techniek uit eerste hand verwierf van prof. Bocciardi. Hij raakte overtuigd van de meerwaarde ervan. "Het was een voorrecht dit van haar te leren. Ik kan met fierheid stellen dat de techniek in het ZOL met succes toegepast wordt. In onze dienst Urologie zijn we ervan overtuigd dat het aanbieden van verschillende operatietechnieken voor radicale prostatectomie een meerwaarde is voor de patiënt." ■

Met halve maatregelen roei je virussen niet uit

Dat de ontdekkers van hepatitis C een Nobelprijs kregen, brengt het virus opnieuw onder de aandacht. Drie artsen, waarbij prof. dr. Geert Robaey van het ZOL, vragen een nationaal plan om het te verslaan.



Dat een virus grote gevolgen kan hebben voor een samenleving hoeft geen verdere uitleg. In minder dan negen maanden heeft corona onze hele maatschappij ondersteboven gezet. Toch is er ook goed nieuws: we kunnen virussen bedwingen. Tot nu toe zijn er in de EU twee geëlimineerd, de pokken en polio. Over tien jaar moet daar een derde virale ziekte bijkomen: hepatitis C. Die veroorzaakt wereldwijd 400.000 overlijdens. Ons land engageerde zich ertoe om de aandoening in België te elimineren tegen 2030, een doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Dat drie ontdekkers van het hepatitis C-virus de Nobelprijs voor Geneeskunde kregen, is meer dan een gelukkig toeval. Hun ontdekking maakte betere testen en behandelingen mogelijk, maar de ziekte blijft doorwoekeren als we ze geen halt toeroepen. Vandaag dragen zo'n 18.000 Belgen het virus – volgens simulaties ruim onvoldoende om de ziekte te elimineren tegen 2030.

De kracht van dit virus zit vooral in zijn sluimerende karakter. Draggers ontwikkelen meestal pas na jaren leverproblemen of krijgen andere klachten. In die periode kan bloedbloedcontact (onbeschermd seksueel contact tussen mannen, spuiten delen bij drugsgebruik) of brute pech (onveilig contact met naalden, prikongeval) leiden tot een besmetting.

Elk van die 18.000 dragers staat dus mogelijk aan het begin van een besmettingsketen. Zolang we die niet breken, blijft het virus een grote impact hebben op de patiënt zelf, de volksgezondheid en het budget van de gezondheidszorg.

Deze ziekte valt perfect uit te roeien. Een kleine groep mensen is erdoor getroffen en de behandelingen zijn erg doeltreffend. Waarom lukt het dan niet? Omdat de ziekte zich aan de rand van de samenleving bevindt? Gevangenen, sekswerkers, daklozen, vluchtelingen van buiten de EU of mannen die onbeschermd seks hebben: zij maken het grootste deel uit van de nieuwe besmettingen. We mogen hen niet aan hun lot overlaten.

Spuitenruil

Om hepatitis C de wereld uit te krijgen, moeten we op meerdere fronten strijden. Dat begint al bij preventie: nog altijd wordt de ziekte onderschat en gemarginaliseerd. Volgehouden informatiecampagnes moeten helpen om het brede publiek en gezondheidswerkers op de eerste lijn te sensibiliseren. Een ander belangrijk preventief luik is schadebeperking bij drugsgebruikers, bijvoorbeeld via spuitenruil.

Wetenschappelijk onderzoek toonde aan dat de kans op een hepatitis C-besmetting vier keer hoger is wanneer zulke programma's ontbreken. Een tweede schakel in de zorg is de screening van mogelijke infecties en de opvolging van patiënten. Hier staan wettelijke obstakels een meer proactieve rol van zorgverleners in de weg. Een labo dat in een bloedstaal hepatitis C detecteert, mag wettelijk de huisarts of de patiënt niet op de hoogte brengen. De derde schakel is de behandeling en opvolging van patiënten.

De uitdaging ligt vooral bij de behandeling van patiënten die nog geen symptomen vertonen of die na diagnose niet behandeld raken. Zeker bij kwetsbare groepen zoals drugsverslaafden, gevangenen en migranten van buiten de EU: niet alleen komt hepatitis C bij hen vaker voor, ze zijn ook moeilijker te bereiken.

Breek besmettingsketens

Het is mogelijk om deze verschrikkelijke ziekte in België uit te roeien. De plannen liggen klaar en zijn perfect uitvoerbaar. Een specifieke aanpak voor elke doelgroep dringt zich op.

Ook is er nood aan soepelere terugbetalingsvoorwaarden voor hepatitis C-medicatie. Tot slot zou ook de opvolging van patiënten, zeker van de moeilijk te bereiken doelgroepen, beter moeten kunnen. Gezondheids- en maatschappelijk werkers hebben bijvoorbeeld geen toegang tot het elektronische patiëntendossier. Zeker voor kwetsbare groepen is een integrale, aanklappende aanpak nodig. Kennis delen is essentieel. Lokale, kleinschalige initiatieven hebben aangetoond dat dit via een netwerk van zorgverlening haalbaar is.

“



“Ons land engageerde zich ertoe om hepatitis C in België te elimineren tegen 2030, een doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie.”

Prof. dr. Geert Robays, gastro-enterologie

De voorbije maanden hebben aangetoond dat een virus niet uit te roeien is met halve maatregelen. Dat geldt bij uitstek voor hepatitis C: alleen gecoördineerd screenen, behandelen én opvolgen zullen de 18.000 mogelijke besmettingsketens in ons land definitief breken. Daarvoor hebben we een nieuw nationaal hepatitis C-plan nodig. De visie is er, de effectieve behandelingen zijn er en de mensen op het terrein staan klaar. Aan de nieuwe overheden van dit land om dit samen te smeden tot een gecoördineerd actieplan. Alleen zo kunnen we ons engagement om het virus tegen 2030 te elimineren waarmaken.

*Stefan Bourgeois, Geert Robaey, JeanPierre Mulkey
Verbonden aan ZNA Antwerpen;
Ziekenhuis Oost-Limburg (UHasselt, UZ Leuven);
CHU SaintPierre, namens de coalitie tegen het hepatitis C-virus.*



“Als je de behandeling van een appendix tumor goed aanpakt, kan de patiënt nog volledig genezen.”

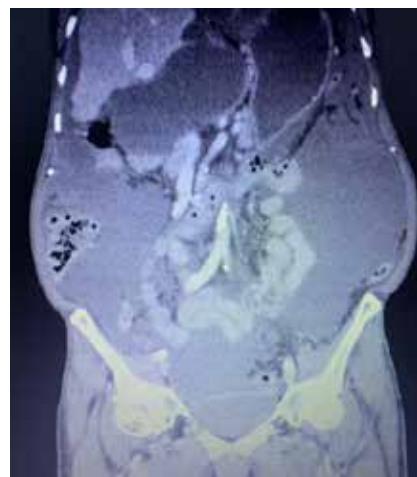
Dr. Kim Govaerts,
Abdominale Heelkunde

Een appendix tumor met uitzaaiing in het buikvlies kan mits een goede en grondige aanpak vaak nog een zeer goede prognose hebben. Tumoren uitgaande van het buikvlies zelf, kunnen zich daarentegen indolent tot eerder agressief gedragen. Omdat beide tumoren zeer zeldzaam zijn, bestaan er tot op heden geen gerandomiseerde studies omtrent hun aanpak. Bijgevolg werd op basis van een bevraging bij 80 experts wereldwijd een consensusdocument voor de investigatie evenals behandeling ervan opgesteld. Abdominaal chirurgen dr. Kim Govaerts en prof. dr. Kurt Van der Speeten hebben mee het onderzoek opgezet.

Als algemeen en abdominaal chirurg bekwamde dr. Kim Govaerts zich na haar opleiding verder in de behandeling van rectumtumoren en peritoneaal gemetastaseerde ziekten. Hiervoor werkte ze in het North Hampshire Hospital te Basingstoke (Verenigd Koninkrijk), een centrum gespecialiseerd in colorectale kanker evenals zeldzame en complexe ziektes die ontstaan uit of uitzaaien naar het buikvlies.

Dr. Kim Govaerts: “Het NHS Basingstoke is het grootste centrum wereldwijd voor de behandeling van appendixkanker. Dergelijke tumoren staan ervoor bekend om zeer uitgebreid in het buikvlies uit te zaaien (pseudomyxoma peritonei (PMP) of ‘jelly belly’), hetgeen uitgebreide heelkunde vereist. Het uitmuntende team van vijf chirurgen heeft mij niet alleen de mogelijkheid gegeven om mijn chirurgisch-technisch ten volle te ontplooiën, ze hebben mij tevens de kans gegeven om o.a. data te analyseren van 775 door hen behandelde patiënten met appendixPMP. Dit resulteerde in de voorstelling van een opvolgschema, tot op heden de enige publicatie hieromtrent.”

Appendixkanker is uiterst zeldzaam. De incidentie wordt geschat op 1 tot 3 op een miljoen personen per jaar. Bovendien is de ziekte traag progressief waardoor ze bij vele patiënten langdurig asymptomatisch blijft en vaak ‘bij toeval’ wordt ontdekt. Dr. Kim Govaerts: “Het voorkomen is zo beperkt dat er geen gerandomiseerde studies over de behandelingsstrategieën van deze tumoren bestaan of zelfs zullen opgestart worden.”



CT-beeld uitgezaaide appendix tumor

Het NHS Basingstoke is tevens een referentiecentrum voor primaire buikvlies tumoren (mesotheliom) evenals buikvliesuitzaaiingen van een colorectale kanker. “Voor tumoren waarbij het buikvlies betrokken is, wordt de buikholte na meticuleuze chirurgie meestal met een hete chemotherapeutische oplossing gewassen (Hypertherme Intraperitoneale Peroperatieve Chemotherapie of HIPEC). Het doel bestaat erin om op die manier ook achtergebleven ziekte, die op dat moment nog niet voor het blote oog zichtbaar is, te verwijderen.

Er bestaan echter nog veel vragen over hun aanpak zowel pre-, per- als postoperatief. Vandaar dat we vanuit de expertenvereniging ‘Peritoneal Surface Oncology Group International of PSOGI’ besloten hebben een consensusdocument op te stellen als leidraad voor de behandeling van twee zeldzame

tumoren, namelijk appendix tumoren met of zonder PMP en peritoneaal mesothelioom."

In eerste instantie werd een overzicht en analyse beschikbaar gesteld van de bestaande literatuur. Vervolgens werd een groep van 80 experts wereldwijd in drie stemmingsrondes (volgens de Delphi-onderzoeksmethode) bevestigd aan de hand van 70 vragen omtrent appendix tumoren en 40 vragen met betrekking tot mesothelioma.

"De vragen hadden betrekking op onderzoek, diagnose, behandeling en post-operatieve behandeling. Voorbeelden van vragen waren: doe je voor de eigenlijke operatie eerst een kijkoperatie, mag de ingreep in elk ziekenhuis gebeuren of enkel in gespecialiseerde centra, welke chemo geef je... De experts konden antwoorden met 'sterk positief', 'zwak positief', 'zwak negatief' en 'sterk negatief'. Een antwoord van 50 percent beschouwden we als significant."

"Op basis van de antwoorden hebben we een flowchart uitgewerkt die artsen kunnen volgen bij de diagnose van een appendix tumor om uiteindelijk tot de 'optimale' behandeling te komen. Bij de 'oplossing' vind je ook de stemming van de experts terug zodat je weet hoezeer de meningen van de experts verschillen (unaniem of niet)."

Het belang van de consensusdocumenten is groot voor de uitkomst van patiënten met deze zeldzame aandoeningen. Dr. Kim Govaerts: "Een appendix tumor die uitzaait naar het buikvlies kan er op beeldvorming verschrikkelijk uitzien – er kan overal tumor zitten – maar als je de behandeling goed aanpakt en er helemaal voor gaat, kan de patiënt nog volledig genezen. Omwille van het zeldzame voorkomen van appendix tumoren is dit vaak niet geweten. Bij bijvoorbeeld een colontumor met hetzelfde beeld heeft de patiënt immers een zeer slechte prognose."

"Paul Smith, een patiënt die in Basingstoke behandeld werd voor een appendix tumor, schreef recent het boek 'Dead man to iron man' waarin hij beschrijft dat herstel hiervan zwaar maar inderdaad mogelijk is." ■

De referenties van de publicatie waar in dit artikel naar verwezen wordt, kan u opvragen via kim.govaerts@zol.be



Nieuw gebouw

voor huisartsenwachtpost, apotheek en ziekenhuisdiensten

Eind 2021 zullen de huisartsen van wacht van de kring Prometheus raadplegingen houden in een nieuw gebouw op campus Sint-Jan van het ZOL. Er komt in het gebouw ook een apotheek voor het grote publiek, uitgebaat door de Genkse apothekersvereniging. En tot slot zullen de cardiologische en respiratoire revalidatie in het nieuwe gebouw ondergebracht worden.

De wachtpost van huisartsenkring Prometheus – die instaat voor patiënten uit de regio Genk, As, Oudsbergen en Zutendaal – is momenteel gelegen aan de Jaarbeurslaan in Genk. Een huisartsenwachtpost op de ZOL-campus, vlak bij de dienst Spoedgevallen heeft heel wat voordelen. Beide diensten kunnen vlot naar elkaar doorverwijzen en patiënten verliezen hierbij nauwelijks tijd. En door de aanwezigheid van een apotheek voor het grote publiek, zullen patiënten ook voor medicatie op de campus terecht kunnen.

De nieuwe blok zal worden ingeplant tussen de raadplegingsblok G van het ZOL en de personeelsparkeergarage. Het wordt een multifunctioneel, open gebouw met veel licht en glas, om-

ringd door heel wat groen. Er komt een apart ingang aan de Schiepsse Hei, een stuk van de voormalige Schabartstraat. De huisartsenwachtpost wordt gehuisvest op de benedenverdieping, net zoals de apotheek van de Genkse apothekersvereniging.

Op de hogere verdiepingen is er plaats voor flexibele multidisciplinaire raadplegingen, de revalidatie en een logement voor artsen in opleiding. Een passerelle zal het nieuwe gebouw verbinden met de eerste verdieping van de G-blok.

De verhuis van de revalidatie maakt het mogelijk om het dagziekenhuis geneeskunde, dat momenteel uit zijn voegen barst, uit te breiden.



De cardiorevalidatie verhuist van
K-1 naar het R-gebouw

Flexibele multidisciplinaire
raadplegingen

Multidisciplinaire revalidatie



R-gebouw

Passerelle die het R-gebouw met de eerste verdieping van de G-blok verbindt



Apotheek voor patiënten, bezoekers en medewerkers

Huisartsenwachtpost



Logementen voor artsen (in opleiding)

Verhuurbare kantoorruimtes voor bedrijven gelinkt aan het ZOL

“Bij SPORTHOR komen sporters terecht in een stimulerende omgeving die sport ademt.”

Dr. Jan Truijen, orthopedie en
dr. Leonie Geukens, fysische geneeskunde



Dr. Truijen en dr. Geukens

Afspraken:
T 089 32 61 21
e-mail: sporthor@zol.be



SPORTHOR staat voor het samenwerkingsproject tussen KRC Genk en het ZOL waarbij zowel sporters die een acute blessure opliepen tijdens een training of wedstrijd als sporters met een langer bestaand probleem terecht kunnen voor de meest deskundige zorgen binnen een uniek kader.

"Tijdens deze raadpleging wordt beoogd om zowel op het gebied van diagnostiek als therapie snel en adequaat in te spelen op de noden van de geblesseerde sporter," aldus dr. Leonie Geukens, fysische geneeskunde, en dr. Jan Truijten, orthopedie.

De nieuwe raadpleging wordt gedragen door de dienst Fysische Geneeskunde (ZOL) en het Orthopedisch Centrum Limburg (ZOL/ZMK).

Voor welke behandelingen kunnen sporters terecht bij SPORTHOR?

Dr. Leonie Geukens: "We bieden een totaalpakket waarbij sporters tijdens één raadpleging een diagnose kunnen krijgen en meteen ook een behandeling. Zo ben je als sporter snel geholpen. Concreet kunnen we een echografie maken en drukmetingen van de spieren uitvoeren maar we bieden ook Extracorporeel Shock Wave Therapy (ESWT) en infiltraties aan."

Kunnen enkel topsporters bij SPORTHOR terecht?

Dr. Jan Truijten: "Zeker niet. Iedereen die aan sport doet, kan met een blessure bij ons terecht. Sport staat voor efficiëntie, snelheid en resultaat. Drie doelstellingen die we ook met deze raadpleging willen bereiken."

Dr. Leonie Geukens: "Om een praktisch voorbeeld te geven: met een verrekking of een spierscheur ben je bij ons aan het juiste adres. We geven snel en deskundig advies en indien nodig kunnen we snel doorverwijzen naar de kennis en faciliteiten van het ZOL."

Erik Gerits, algemeen directeur KRC Genk: "Leuk extraatje is dat je omwille van de

locatie en infrastructuur ook wel het gevoel krijgt behandeld te worden als 'topvoetballer'."

Wat is de meerwaarde van SPORTHOR ten opzichte van een raadpleging in het ziekenhuis?

Dr. Leonie Geukens: "We willen erg laagdrempelig werken. Uit ervaring weet ik dat een ziekenhuisomgeving intimiderend werkt voor sporters omdat ze doet denken aan langdurige blessures. Bij SPORTHOR komen sporters terecht in een stimulerende omgeving die sport ademt."

Hoe is dit initiatief tot stand gekomen?

Dr. Jan Truijten: "Het idee ontstond binnen het ziekenhuis om onze gespecialiseerde diensten nog beter op maat van sporters aan te bieden. Al snel kwamen we bij KRC Genk terecht."

Erik Gerits: "Buitenlandse topclubs zoals Manchester City hebben al langer een medisch centrum voor particulieren in hun stadion. Dit project kadert dan ook perfect binnen de verdere uitbouw en professionalisering van onze club."

Hoe uniek is dit project in België?

Dr. Truijten en Erik Gerits: "Voor het eerst werken een ziekenhuis en een voetbalclub in België op deze manier samen. KRC Genk en het ZOL zijn twee belangrijke spelers in Genk én in Limburg die de provinciegrenzen overstijgen op respectievelijk sportief en medisch vlak."

Dr. Leonie Geukens: "We hebben in het ZOL een enorme deskundigheid op het vlak van sportgeneeskunde. Het is uniek om een stukje van die kennis naar een topclub als KRC Genk te brengen."

Hoe zien jullie SPORTHOR evolueren?

Dr. Leonie Geukens: "Dit is een kleinschalig project dat in een proeffase zit maar we hopen in de toekomst een plekje te krijgen in het nieuwe stadion van KRC Genk, wanneer dat er komt."

Dr. Jan Truijten: "We hebben heel veel ideeën, maar we zullen ze stap voor stap nemen."

Zullen de spelers van KRC Genk ook gebruik maken van jullie diensten?

Dr. Leonie Geukens: "Het team is al uitstekend omkaderd op medisch vlak. Moest het toch nodig zijn, spreekt het voor zich dat we onze medische kennis ter beschikking van KRC Genk willen stellen."

Dr. Jan Truijten: "Jeugdspelers zullen we sneller over de vloer krijgen. Ook voor KRC Genk is het een troef dat jeugdspelers makkelijk toegang hebben tot zorg van het hoogste niveau. Daarnaast is een goede medische infrastructuur iets om mee uit te pakken als je spelers wil aantrekken."

Wat betekent dit project voor jullie persoonlijk?

Dr. Leonie Geukens: "Een sportraadpleging op een plek die sport uitademt, is geweldig. Als voormalig teamarts van KRC Genk ken ik het huis ook goed, het voelt een beetje als thuiskomen."

Dr. Jan Truijten: "Als ZOL-arts maar ook als lid van de Raad van Bestuur van KRC Genk ben ik zeer trots op deze samenwerking. Het ZOL en KRC Genk tonen zich opnieuw erg dynamisch en vernieuwend. Dat kan ik alleen maar toejuichen." ■



ZOL PRESENTEERT

een kortfilm over het verpleegkundig beroep

DIT IS WIE WIJ ZIJN

REGIE EN MONTAGE PASCAL BAILLIEN DIRECTOR OF PHOTOGRAPHY BERT WARSON PRODUCTIE FABELFILM VOICE OVER STIJN MEURIS TEKST JURGEN RITZEN
MICHIEL MALCHAIR STIJN MEURIS MUZIEK JAN D'HAENE DRONE FRANK RESSELER LICHT MICHIEL LATEUR
MAKEUP & FOTOGRAFIE PAULA KOWALSKI CAMERA ASSISTENT SOTIRI WIERSMA LUC BORGERS VERPLEEGKUNDIGEN ANNELEEN NIJS LYNTHÉ GEETS
NAN PLUBJANG SULEYHA DEVECİ AMBER GREVEN THOMAS VANDEURZEN LOREDANA LA MANTIA
HASNA BOUMADIANI ANNELIES THIJS JEROEN REUSKENS SOPHIE DEKIMPE SUPERVISIE CHANTAL DESTICKER
KURT SURMONT OPDRACHTGEVER ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG LIMBURGSE ZORGACADEMIE

Save the dates

WETENSCHAPPELIJKE RAAD PROGRAMMA 2020 | 21

Meer info: www.zol.be/professionals/wetenschappelijke-raad

Donderdag 17 november 2020	Hoe rekening houden met een toekomstige economische evaluatie bij het opstellen van een onderzoeksvoorstel/protocol? <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. Matthias Neyt, senior-expert KCE</i>
Donderdag 26 november 2020	Congres Gerizol <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. H. Daniels - Geriatrie ZOL</i>
Donderdag 17 december 2020	Niet-alcoholische levervetting <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. G. Robaey - Gastro-enterologie ZOL</i>
Donderdag 28 januari 2021	Multidisciplinair obesitascentrum 2.0 <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. K. Van der Speeten & dr. W. Bouckaert, Abdominale Heelkunde; dr. Y. Kockaerts, Endocrinologie</i>
Donderdag 10 februari 2021	MIC - NIC symposium Registreer u voor deze Wetenschappelijke Raad(externe link) <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. C. Van Holsbeke & dr. C. Theyskens, Neonatologie</i>
Donderdag 25 februari 2021	Levenseindebeslissingen <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. K. Thevissen, reumatologie en LEIF-arts & Dr. H. Daniels, Geriatrie en Palliatieve Eenheid</i>
Donderdag 18 maart 2021	Endocrino@ZOL 2021 'Unlimited': Endocrinologie in al zijn aspecten <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. Y. Kockaerts, Endocrinologie</i>
Vrijdag 19 maart 2021	Congres endocrino@ZOL2021 'unlimited' <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. Y. Kockaerts, Endocrinologie</i>
Donderdag 25 maart 2021	Opvang en behandeling van de acute beroertepatiënt <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. L. Emon, Neurologie</i>
Zaterdag 27 maart 2021	Fertiliteit in Limburg, een unieke samenwerking tussen Genk en Hasselt <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. N. Dhont, IVF</i>
Zaterdag 27 maart 2021	Symposium cardiologie 2021 <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. M. Vrolix & dr. H. Van Herendaal</i>
Donderdag 22 april 2021	Behandeling van kanker... maar vergeet de pijn niet <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. A. Van Lantschoot & dr. M. Puylaert</i>
Donderdag 27 mei 2021	Niet-invasieve prenatale test (NIPT): meer dan alleen 'gender reveal' en downsyndroom screening <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. T. Schiemsy, Klinische Biologie</i>
Donderdag 24 juni 2021	Een klare kijk op systeemziekten: van cornea tot retina <i>Inhoudsverantwoordelijke: dr. V. Verhelle, Oogziekten</i>

Alle lezingen die in de aula van het ZOL plaatsvinden, worden eveneens via ZOOM aangeboden.
Meer info en de registratielink vindt u op www.zol.be in de rubriek Professionals/Wetenschappelijke Raad

NIEUWE ZOL ARTSEN

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



DR. ANDREA APPELTANS

Oogziekten

Dr. Andrea Appeltans behaalde haar artsendiploma met onderscheiding aan de KU Leuven in 2014. Haar specialistenopleiding oogziekten volgde ze in UZ Brussel bij prof. dr. Marcel ten Tusscher en in het ZOL bij dr. Ivo Nijs en dr. Valerie Verhelle. Ze was ook een maand actief in het Instituto de Microcirugia Ocular in Barcelona onder leiding van dr. Carlos Mateo.

In het ZOL is dr. Appeltans actief op de dienst Oftalmologie. Ze legt zich toe op algemene oftalmologie, cataractchirurgie en medische retina, incusief fluoangiografie, retinale laser en intra-vitreale injecties.



DR. KIM BEKELAAR
Neurologie

Dr. Kim Bekelaar behaalde haar diploma geneeskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen in 2011. Haar opleiding tot neuroloog volgde zij in het Academische Ziekenhuis van Maastricht onder leiding van prof. dr. Robert van Oostenbrugge en prof. dr. Karin Faber.

Tijdens haar opleiding neurologie deed ze een verdiepingsstage met betrekking tot de vasculaire neurologie in het Academische Ziekenhuis Maastricht en een verdiepingsstage met betrekking tot epilepsie in het Academisch Centrum voor Epileptologie Kempenhaeghe in Heeze.

Dr. Bekelaar is actief op de dienst Neurologie van het ZOL en legt zich toe op algemene neurologie, vasculaire neurologie en klinische neurofysiologie.



DR. PHILIPPE BERTRAND
Cardiologie

Dr. Philippe Bertrand behaalde zijn artsendiploma met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2010. Zijn opleiding Inwendige Geneeskunde volgde hij in UZ Leuven en het ZOL onder leiding van prof. dr. Peetermans. Zijn specialisatie Cardiologie volgde hij in het ZOL, het Jessa Ziekenhuis en UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Janssens.

Zijn specialisatie combineerde hij met een doctoraat 'Secondary mitral valve regurgitation: hemodynamic and numerical insights towards a patient-tailored approach' onder begeleiding van prof. dr. P. Vandervoort (ZOL, UHasselt).

Na het behalen van de erkenning cardiologie in 2018 vervolgde hij een tweejarig Clinical & Research Fellowship aan het Massachusetts General Hospital en Harvard Medical School (Boston, VS), toegespitst op geavanceerde echocardiografie en hartkleppathologie.

In het ZOL is dr. Bertrand actief op de dienst Cardiologie. Hij legt zich toe op algemene cardiologie, echocardiografie en hartkleplijden.



DR. WIM BOUCKAERT

Abdominale Heelkunde

Dr. Wim Bouckaert volgde zijn opleiding geneeskunde aan de KU Leuven. Zijn opleiding tot algemeen chirurg deed onder de leiding van prof. dr. Broos in het UZ Leuven. Nadien behaalde hij een getuigschrift van bijzondere bekwaming in de abdominale heelkunde in het UZ Leuven.

Dr. Bouckaert werkte jaren als stafid op de dienst Abdominale Heelkunde in het Jessa Ziekenhuis.

In het ZOL is dr. Bouckaert actief op de dienst Abdominale Heelkunde waar hij kliniekhoofd is van de Obesitaskliniek.

Hij werkt ook als lector aan de PXL Hogeschool – departement Healthcare, waar de hij de vakken anatomie, fysiologie en ziektenleer doceert in de bacheloropleiding verpleegkunde.



DR. PHILIPPE BULENS

Radiotherapie-Oncologie

Dr. Philippe Bulens behaalde zijn artsdiploma met grootste onderscheiding aan de KU Leuven in 2013. Zijn specialistenopleiding radiotherapie volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Karin Haustermans (2014-2019) en prof. dr. Caroline Weltens (2019-2020).

In 2019 behaalde hij de graad van doctor in de biomedische wetenschappen met het proefschrift 'Treatment individualisation for patients with rectal cancer: towards an organ preserving approach' onder leiding van prof. dr. Karin Haustermans.

Dr. Bulens is actief in het Limburgs Oncologisch Centrum. Hij legt zich vooral toe op de behandeling van tumoren van gastro-intestinale en gynaecologische origine.



DR. GUILLAUME CLINCKEMAILLIE

Medische Beeldvorming

Dr. Guillaume Clinckemaillie behaalde zijn artsendiploma aan de KU Leuven in 2010. Zijn specialistenopleiding radiologie volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. R. Oyen en in Cliniques Universitaires Saint-Luc onder leiding van prof. dr. B Vande Berg.

Van 2010 tot maart 2020 was dr. Clinckemaillie actief in Kliniek Sint-Jan in Brussel. In het ZOL werkt hij op de dienst Medische Beeldvorming. Hij zal zich voornamelijk toelagen op musculoskeletale beeldvorming.



DR. JASMIEN CORNILLIE

Oncologie

Dr. Jasmien Cornillie behaalde haar artsendiploma met grote onderscheiding in 2011 aan de KU Leuven. Haar opleiding interne geneeskunde volgde ze in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Peetermans en in AZ Sint-Maarten onder leiding van dr. M. Vandenbroucke. Haar specialistenopleiding algemene medische oncologie volgde ze in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Schöffski.

In 2017 promoveerde dr. Cornillie met het proefschrift 'Targeting soft tissue sarcoma with smart molecules: exploring cytotoxic prodrugs and target-specific inhibitors in patiënt-derived xenografts.'

In het ZOL is dr. Cornillie actief op de dienst Oncologie.



DR. MAARTEN CRIEL

Pneumologie

Dr. Maarten Criel behaalde zijn diploma geneeskunde in 2011 aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding volgde hij in het ZOL onder leiding van prof. dr. M. Thomeer, in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Verleden. Hij legde zich verder toe op respiratoire oncologie bij prof. dr. Vansteenkiste.

In 2019 promoveerde dr. Criel tot doctor in de biomedische wetenschappen met het proefschrift 'PEAR1 controls platelet aggregation and angiogenesis' onder leiding van prof. dr. Hoylarts en prof. dr. Verhamme.

In het ZOL is dr. Criel actief op de dienst Pneumologie. Hij legt zich toe op algemene pneumologie, respiratoire oncologie en interventionele pneumologie.



DR. RUBEN HAESENDONCK

Anesthesie

Dr. Ruben Haesendonck behaalde zijn diploma geneeskunde met onderscheiding aan de KU Leuven in 2012. Zijn specialistenopleiding urgentiegeneeskunde volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Verelst.

Hij volgde een bijkomend post-graduaat tropische geneeskunde en publieke gezondheidszorg aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen in 2016. Vervolgens nam hij deel aan meerdere missies van Artsen zonder Grenzen. Momenteel volgt dr. Haesendonck het post-graduaat rampenmanagement aan Universiteit Antwerpen.

Dr. Haesendonck is board member en instructeur van de Belgian Emergency Ultrasound Society.

In het ZOL is dr. Haesendonck actief op de dienst Spoedgevallen. Hij zal zich ook toeleggen op rampengeneeskunde, traumazorg en echografie.



DR. RIK HOUBEN

Neurologie

Dr. Rik Houben behaalde zijn artsdiploma aan de Universiteit van Maastricht in 2012. Zijn specialistenopleiding neurologie volgde hij in het Maastricht Medisch Centrum onder leiding van prof. dr. van Oostenbrugge.

In het ZOL is dr. Houben actief op de dienst Neurologie. Hij zal zich toelagen op de algemene neurologie/elektromyografie, epileptologie en slaapgeneeskunde.



DR. CARMEN KERKHOFS

Gynaecologie

Dr. Carmen Kerkhofs behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2012. Haar specialistenopleiding gynaecologie behaalde ze in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Vergote.

Dr. Kerkhofs volgde een bijkomend fellowship in de reproductieve geneeskunde. Ze was 18 maanden actief in het fertiliteitscentrum van het ZOL en vervolgens 6 maanden in het centrum voor reproductieve geneeskunde van de VU Brussel. In het kader van dit fellowship bekwaamde ze zich onder meer in hysteroscopische chirurgie onder leiding van dr. Campo (ZOL).

De Kerkhofs is actief op de dienst Gynaecologie en Verloskunde van het ZOL. Ze legt zich toe op reproductieve geneeskunde, allround gynaecologie en verloskunde.



PROF. DR. JOEP KNOL
Abdominale Heelkunde

Prof. dr. Joep Knol volgde zijn opleiding geneeskunde en zijn specialistenopleiding abdominale heelkunde aan de KU Leuven.

Hij werkte enkele jaren als stafid op de dienst Abdominale Heelkunde van UZ Leuven. Van 2005 tot 2010 werkte hij in het Noorderhart Mariaziekenhuis in Pelt en van 2010 tot 2020 in het Jessaziekenhuis in Hasselt.

In 2019 promoveerde prof. dr. Knol met het proefschrift 'Transanal Total Medorectal Excision – Safe Introduction of a New Technique' aan de VU Amsterdam en de UHasselt. In 2020 werd hij benoemd als gastprofessor aan de UHasselt en geeft hij les aan de Universiteit van Catania (Italië). Hij publiceerde meer dan 40 artikels en enkele boekhoofdstukken, en geeft in binnen- en buitenland opleiding in minimaal invasieve chirurgie.

Dr. Knol is mede-oprichter van iLappSurgery Foundation en is nationaal coördinator van AIS-channel dat zich toelgt op digitale teaching.

In het ZOL is dr. Knol actief op de dienst Abdominale Heelkunde waar hij kliniekhoofd is van de Colorectale Kliniek.



DR. STÉPHANIE LOIX
Gynaecologie

Dr. Stéphanie Loix behaalde haar opleiding geneeskunde aan de Universiteit van Maastricht in 2010.

Haar specialistenopleiding gynaecologie volgde ze in UZ Brussel onder leiding van prof. dr. H. Tournaye. Tijdens deze periode was ze actief in het UZ Brussel, ZNA Middelheim Antwerpen, GZA Augustinus Antwerpen, Sint-Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en het ZOL in Genk.

Dr. Loix werkte van januari 2018 tot maart 2020 als resident in UZ Brussel op de afdeling Prenatale Geneeskunde onder leiding van prof. dr. L. Gucciardo.

In het ZOL is dr. Loix actief op de afdeling Gynaecologie en Verloskunde. Ze legt zich toe op verloskunde met een focus op hoog risico verloskunde en prenatale echografie.

Daarnaast werkt ze gedurende een jaar twee dagen per week als fellow prenatale echografie en foetale geneeskunde in het LUMC Leiden onder leiding van dr. M. Haak.



DR. FRAUKE MARTENS

Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Dr. Frauke Martens behaalde haar diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2009. Haar specialistenopleiding kinder- en jeugdpsychiatrie behaalde ze aan UZ Leuven onder leiding van prof. dr. Marina Danckaerts.

Dr. Martens is actief als kinder- en jeugdpsychiater in het Kinder Psychiatrisch Centrum (KPC).



DR. PETRA NIJST

Cardiologie

Dr. Petra Nijst behaalde haar artsendiploma met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2010. Haar opleiding interne geneeskunde volgde ze in UZ Leuven en het ZOL. Haar opleiding cardiologie volgde ze in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. S. Janssens.

In het laatste jaar van haar opleiding was dr. Nijst actief als fellow Hartfalen en Cardiale Devices in het Maastrichts Universitair Medisch Centrum Plus onder leiding van prof. dr. H-P. Brunner-La Rocca en prof dr. H. Crijns.

Van 2013 tem 2017 deed dr. Nijst onderzoek aan de UHasselt onder leiding van prof. dr. W. Mullens. Ze promoveerde met het proefschrift 'A Critical Appraisal of Neurohumoral and Hemodynamic Alterations in Heart Failure'.

In 2016-17 volgde ze een postgraduaat Hartfalen aan de Universiteit van Zurich in Zwitserland. In 2019 startte dr. Nijst met een fellowship Advanced Heart Failure, Transplant Cardiology and Cardio-oncology aan de Cleveland Clinic in de Verenigde Staten onder leiding van dr. M. Jacob en dr. W. Tang.

In het ZOL is dr. Nijst actief op de dienst Cardiologie. Naast algemene cardiologie zal ze zich voornamelijk toelagen op hartfalen, cardiale devices en cardio-oncologie.



DR. DAAN RAATS

Pneumologie

Dr. Daan Raats behaalde zijn diploma geneeskunde met grote onderscheiding aan de KU Leuven in 2013. Zijn specialistenopleiding interne geneeskunde volgde hij in UZ Leuven onder leiding van prof. dr. W. Peetermans. Zijn opleiding pneumologie volgde hij onder begeleiding van prof. dr. G. Verleden.

Van augustus 2019 tot juli 2020 heeft dr. Raats zich verder gespecialiseerd in tuberculeuze en niet-tuberculeuze mycobacteriële infecties tijdens een fellowship aan de universiteit van Toronto (Canada).

In het ZOL is dr. Raats actief op de dienst Pneumologie. Naast algemene pneumologie zal hij zich toeleggen op tuberculeuze en niet-tuberculeuze mycobacteriële infecties, bronchiëctasieën en slaapgeneeskunde.



DR. SIMON VAN CLEYNENBREUGEL

Algemeen Inwendige - Geriatrie

Dr. Simon Van Cleynenbreugel behaalde zijn artsdiploma met grootste onderscheiding aan de KU Leuven in 2014.

Zijn specialistenopleiding inwendige geneeskunde volgde hij in het Sint-Trudoziekenhuis (2014-15), UZ Leuven (2015-16) en ZNA Stuivenberg (2016-17). Zijn opleiding geriatrie volgde hij onder begeleiding van prof. dr. J. Flamaing in het ZOL (2017-18), UZ Leuven (2018-20) en het Sint-Trudoziekenhuis (2020).

In 2018-2019 volgde hij het interuniversitair postgraduaat palliatieve zorgen. In 2019 volgde hij ook de cursus bioethiek 'suffering, death and palliative care' aan de Radboud Universiteit in Nijmegen.

In het ZOL is dr. Van Cleynenbreugel actief op de dienst Algemeen Inwendige Geneeskunde – Geriatrie. Hij zal zich voornamelijk toeleggen op acute geriatrie en actief zijn in de geheugenkliniek, op de Palliatieve Zorgeenheid en in het Palliatief Supportteam.

MET PENSIOEN



DR. JOHAN GELIN
Medische Beeldvorming



DR. FILIP GHEYSEN
Fysische Geneeskunde



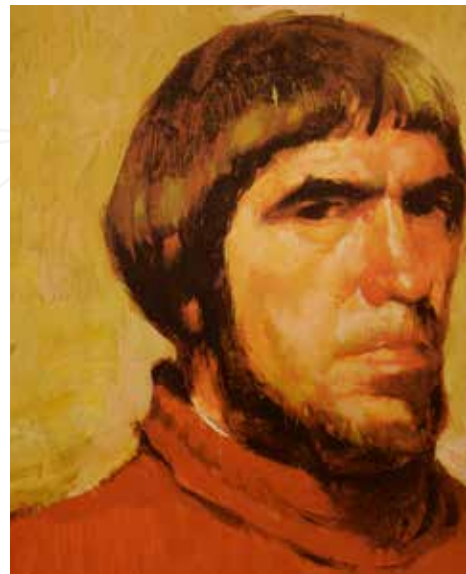
DR. JOHAN VAN CANNEYT
Anesthesie



Willy Minders
aan het werk



Landschap met heide



zelfportret Willy Minders

STOFLONG EN VEILIGHEIDSSPELD

In het André Dumontziekenhuis in Waterschei, inmiddels afgebroken, hing ooit een raadselachtig schilderij. Niemand wist wie de schilder was, wat voor tafereel het voorstelde en waarom het daar hing.

De bovenste helft van het cirkelvormig schilderij wordt volledig ingenomen door de hemelse verschijning van een elektriserende vrouw in wit gewaad. Haar aura straalt neder over twee dokters en een viertal nonnen, eveneens in het wit gekleed. De onderste helft toont een contrasterend beeld. Het is de donkere wereld van de mijnwerkers. Links begeleiden enkele koolputters een zieke en uitgemergelde collega. Rechts wordt er getreurd en gebeden voor een overleden zieke. Tussen zieke en dood steekt een vrouw een jonge baby in de lucht, alsof er dan toch een triomfmoment is in dit aardse tranendal.

Algemeen werd aangenomen dat het schilderij een hulde was aan O. L. Vrouw, toevlucht der zieken en Goddelijke Verpleegster, de inspirerende kracht voor alle zorgverleners. Maar zo'n beschrijving is nogal vaag. Is het niet mogelijk dat de schilder in dit tafereel toch enkele herkenbare figuren heeft samengebracht? Om een verhaal te vertellen? Waar kennis ontbreekt, steken echter speculaties op. Zo dacht men dat het doek was geschilderd naar aanleiding van de zaligverklaring van Marie-Thérèse Haze door paus Johannes Paulus II. Dat kon waar zijn want Marie-Thérèse was de stichteres van de orde van de Dochters van het Kruis. En het was deze congregatie van nonnen die instond voor de ziekenzorg in het voormalige St-Jansziekenhuis in Genk en het André Dumontziekenhuis in Waterschei.

Willy Claesen

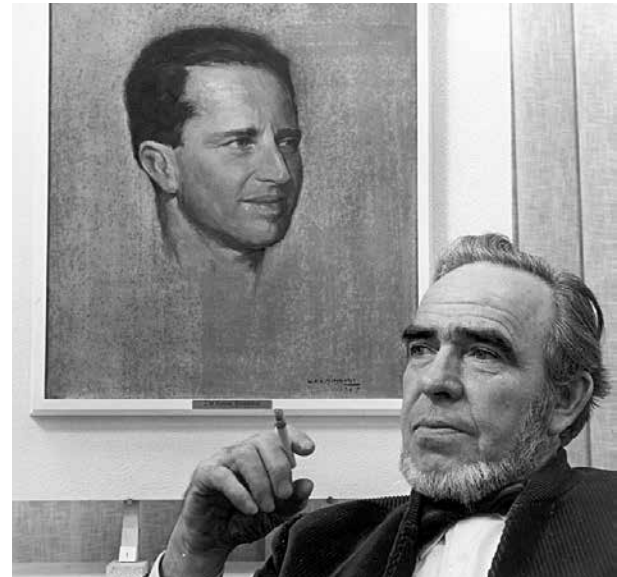
Het raadsel dat over dit doek hing, was een vervelende zaak voor de organisatoren van de tentoonstelling 'In-fusion' dat plaats zou vinden vanaf 10 juni 2008 in het ZOL (Ziekenhuis Oost-Limburg). Temeer dat dit grote schilderij van twee meter diameter er dé blikvanger zou zijn. Zo kwam Caroline Vanakker van de Genker Erfgoedcel op het idee een artikel over dit enigmatisch schilderij te schrijven in de krant. Zoals het bij de rubriek 'Opsporingsbericht' op de TV weleens gebeurt, herinnert iemand zich wel iets. En zo ontving erfgoedcoördinator Kristof Reulens enkele dagen nadien interessante informatie van Willy Claesen uit Genk. Hij wist wie de schilder was, want hij had na diens overlijden in 1977 het voorontwerp van dit schilderij gekocht. Zoals veel kunstschilders uit die tijd had Willy Minders, (dit is de onbekende schilder), een voorstudie getekend vooraleer hij aan het grote werk begon. En de heer Claesen wist ook de titel van het schilderij. Op de achterzijde van de voorstudie schreef de kunstenaar: "Reconnaissance à la St Vièrge, en remerciement au chirurgien D. Glibert et au personnel de la clinique de Waterschei." Het is gedateerd van 7 december 1942.

Willy Minders

De oude Genkenaren herinneren zich Willy Minders zeker nog als portretfotograaf van hun Eerste of Plechtige Communie. Of van hun trouwfoto in nostalgische sepia tinten. Maar Minders had meer in



Victor Vanmechelen

Minders bij tekening
Koning Boudewijn

zijn mars. Hij had schilderkunst gestudeerd aan de Academie voor Schone Kunsten te Brussel en zocht tijdens de zomervakantie het schilderachtige dorp Genk op. Daar zag hij onder meer Armand Maclot en Emile Van Doren aan het werk en werd door hen geïnspireerd. Hij volgde les bij deze grootmeesters maar met een eigen artistieke inbreng schilderde hij talloze heidelandschappen, oude langgevelboerderijen en portretten, onder meer een zelfportret. De inspiratie voor het schilderij 'Reconnaissance à la Sainte Vièrge' kwam echter vanuit een heel andere beleving. Een hoogstpersoonlijk dramatische ervaring.

Dokter Désiré Glibert

Toen de jongste dochter van de schilder, Muriel genaamd, amper zes maand oud was, slikte ze per abuis een veiligheidsspeld in. Het was niet zomaar een klein klipspeldje, maar een kanjer van een soort broche die bovendien geopend was. De scherpe naald kon dus op gelijk welk moment haar slokdarm, maag of darm perforeren. Een levensbedreigende toestand met alle mogelijke gevolgen van dien. In allerijl bracht Willy Minders zijn piepjonge baby naar het André Dumontziekenhuis waar chirurg Désiré Glibert tot een spoedoperatie overging. Dankzij zijn koelbloedig ingrijpen en chirurgisch inzicht lukte het hem de speld met de scherpe naald te verwijderen. Vader Willy Minders en moeder Yvonne Voermans

konden hun geluk niet op. Ze spraken van een 'mirakel'. Uit dankbaarheid voor het redden van hun kindje vatte Willy Minders onmiddellijk het plan op om de chirurg te eren met een hoogstpersoonlijk geschenk, een schilderij. Niet zomaar een klein akkefietje van een portret van dokter Glibert als reddende engel. In de euforie van het

moment zag hij het grootser. Niet enkel in het formaat van het doek maar ook in de algehele uitwerking van het onderwerp. Hij dacht aan een grandioos eerbetoon aan O. L. Vrouw als Regina Coeli, de Hemelse Koningin die haar Goddelijke Inspirerende Kracht overdraagt aan geneesheren en zuster-verpleegsters. Door hun kennis,

Schilderij van Minders
in AD ziekenhuis te Waterschei

toewijding en goede verzorging was zijn kind gered. Maar Minders beseftte ook dat artsen en verpleegsters elke dag weer opnieuw voor nieuwe uitdagingen staan. De grootste uitdaging uit zijn tijd was de stoflongziekte bij mijnwerkers. Vandaar dat hij ook die kolenhouwers in zijn schilderij wou opnemen én de dokter die zich levenslang voor deze ziekte zou inzetten.

Dokter Victor Vanmechelen

Toen dokter Vanmechelen als jonge arts in het André Dumontziekenhuis begon, was zijn kennis over longziekten, zoals hij het als student aan de Leuvense universiteit had geleerd, vrij beperkt. In 1935, elf jaar nadat de eerste steenkool in Waterschei was opgehaald, kwamen enkele mijnwerkers met ademhalingsklachten op consultatie en werd de diagnose van silicose (stoflong) gesteld. Het waren sporadische gevallen die toen geen argwaan opwekten. Maar het bleek een sluipend gif en negen jaar later, in 1944, waren de gevallen van stoflong zo dramatisch toegenomen dat dokter Vanmechelen een vertrouwelijk rapport naar de mijninspectie schreef. Bij 42% van de mijnarbeiders had hij tekenen van silicose vastgesteld. "Zolang de voortschrijdende mechanisering niet gepaard gaat met gelijktijdige en evenredige stofbestrijding," noteerde hij, "zijn alle medische inspanningen nutteloos."

De mijninspectie schrok niet weinig van deze boutade en meteen werden preventieve maatregelen aangekondigd. Men stelde voor om mondkmaskers te dragen en 'nat' te boren. Tijdens het boren moest een waternevel het rondwarrelende stof neerslaan. Beide maatregelen werden aanvankelijk op kritiek onthaald. De kompels hielden er niet van om met hun beide voeten in de modder te ploeteren en het dragen van maskers was, in een reeds superhete kolenschacht, haast verstikkend. Maar ze namen het voor lief aan omdat de keerzijde van de medaille een chronische en dodelijke longziekte was. Daarnaast promootte dokter Vanmechelen ook sportbeoefening. Want de jonge mijnwerkers moesten fit en sterk zijn om hun dagelijkse zware arbeid te kunnen uitvoeren. Omwille

van zijn verdiensten werd Vanmechelen in 1946 hoofd van het nieuwe Instituut voor Mijnhygiëne in Hasselt en later lid van enkele internationale wetenschappelijke commissies. Onder meer de EGKS (Europese Gemeenschap voor Kolen en Staal) en het Internationaal Arbeidsbureau te Genève.

Definitieve rustplaats

Oorspronkelijk was het schilderij van Willy Minders bedoeld als een schenking aan dokter Désiré Glibert, maar omdat hij van mening was dat hij niet de enige was die de baby had gered -ook de zusters hadden daar hun deel in- schonk de chirurg het aan het André Dumontziekenhuis. Daar werd het omwille van de religieuze thematiek, in de gang naar de kapel opgehangen. Zo'n 75 jaar lang tot het ziekenhuis in 2015 werd afgebroken en er een ander onderkomen diende gezocht te worden. Zo hangt het grote medailonschilderij vandaag in een zijkapel van de mijnkathedraal van Waterschei, de Christus Koningkerk. En ook de ingeslikte veiligheidsspeld, die Muriel al die tijd heeft bewaard, ligt nu veilig (met ingeklapte naald) in het Emile Vandorenmuseum. ■



Dr. Johan Van Robays

"Patholoog-anatoom"

Met dank aan de Genker Heemkring 'Heidebloemke' voor documentatie en foto's



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

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

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



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur ZOL ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Werken mee:** dr. Griet Vander Velpen, dr. Thomas De Sutter, Michiel Malchair ■ **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, Michcha Vandormael, Marco Mertens, Dissectiekamer: @PhotoStraka ■ **Lay-out:** Liesbeth Grondelaers & Lien Vuylsteke, 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. ■ Jaargang 18 nr. 77 • oktober • november • december • 2020

Partners in zorg



EAquidicta quam nia dios nones ex eliaerum, vit parions equate latem faccupt atectur? Ficimus esed escimen iendis doluptiis qui sumqui ut iment quatum eicab idebist officiumqui imporro officiis peribeatur as el entionseque mi, odit quam inima solorro ommolor rovitinvel es sit eum ea ipicili assitae sum incide parum, ulparum nihit aut et verro que nonet intios nisci inim rat.

Em venis expero excestionse volorio nseque labo. Et harciistis re plabo. Iquat et quatio quae molupta quaecto repret, aut laboreribus ad et anis reiciisquam et imo et verum, se quasperum dolorepta consequo ipsape dolorepudae culparciaet que vid quibus-

citat, quibuscitat. quibuscitat. quibuscitat. quibuscitat.

Explace runtis eaquam, cum exerro quiasit quia arum que eaquiaectur abo. Tus et que sintur sit acitia arum nus a dit fugitaepa nis nonseditatem quam, qui nihilatio blab iducient aspitam qui si corepra nus int velitat pelici dolectorro consequis pero berferibus nonsequi incidest eos est, none qui aut inciassi qui dolorioritem quatiae et atendel latusam, quodi sunt.

Ihilitas audi voluptas ad explautem res ipit omnimillibus rae reperem sae sequassequae cusaepel magnihi libusam ventis

mincius eost prem nietur, te nobis res con ra dolectem harchil ipsam aut plicill orempor rende nesectatet mil int, si dolores cimillecto modisit quos dessinti niscilis ma nit ea voluptint.

Oluptatios plabor aut dipitaero velesti quia-te quaepra nus evellatis viduciassust aces senimil modiamet volorro cusdae esequae

Nam est laut vidit quibus vernam imusda quam enim dus voloresed qui re inis sit, alisin eiusam fugit venis aliciatem iderenit, autatia volorerum quis siti voluptatur, ut faci autatur mo commolo repedic to exceptu reniscil ium ratem. Ut aut eaquatiis plam ipsam facerro consero te odis alitinum si volupta incitem-