

OLV insideout

medisch-wetenschappelijke
informatie voor artsen en
professionele zorgverleners

juli 2014 - nummer 1

**Cardiologie / De TAVI- en MitraClip-procedures:
wanneer een klassieke ingreep
te risicovol is...**

**Pneumologie / Actieve zoektocht naar nieuwe
therapieën om patiënten met
longkanker beter te helpen**

**Nefrologie / Multidisciplinaire begeleiding
bij chronische nierinsufficiëntie**



Beste collega,

In de tweede helft van vorig jaar zijn we gestart met de uitgave van een driemaandelijks magazine voor patiënten, **Update**, waarvan we u ook telkens ter informatie een exemplaar toesturen.

Tegelijk zijn we begonnen met een maandelijkse elektronische nieuwsbrief, **OLV direct**. In deze brief vindt u beknopte, relevante informatie: nieuwe artsen bij het OLV Ziekenhuis, nieuw medisch aanbod ... Rekening houdend met uw drukke agenda, streven wij naar een nieuwsbrief die u in enkele minuten op uw smartphone of tablet kunt lezen. In onderling akkoord met de lokale huisartsenkringen wordt deze nieuwsbrief enkel verstuurd naar verwijzende artsen die zich hiervoor uitdrukkelijk hebben geabonneerd. U kunt de maandelijkse e-nieuwsbrief ook via onze website lezen of downloaden op www.olvz.be/zorgverleners/olv-direct. Stuur een e-mailtje naar Karla.Lefever@olvz-aalst.be als u zich wenst te abonneren. De lokale huisartsenkringen nemen de informatie ook over in hun eigen elektronische nieuwsbrief.

Daarnaast willen wij u ook op de hoogte houden over medisch-wetenschappelijk nieuws vanuit het OLV Ziekenhuis. Daarom geven wij nu ook dit tijdschrift uit: **OLV Inside**. U ontvangt twee tot drie edities per jaar. Per editie brengen we een tweetal uitgebreide artikels en evenveel beknoptere teksten. Voor de inhoud volgen we de volgende thema's:

- **Medische innovatie** (en innovatie in zorg)
- **Multidisciplinaire aanpak**
- **Integratie in de keten van zorg** (met uiteraard de betrokkenheid van de behandelende of begeleidende zorgverlener uit de eerste lijn)

Wij hopen dat het eerste nummer van OLV Inside uw goedkeuring wegdraagt, maar wij blijven uiteraard ontvankelijk voor elke feedback of suggestie.

Met collegiale groeten,

Dokter Eric Wyffels,
Hoofdgeneesheer
OLV Ziekenhuis



Hartchirurgie

De TAVI- en MitraClip-procedures: wanneer een klassieke ingreep te risicovol is...

Percutane behandelingen van hartkleppen hebben een vaste plaats verworven in het OLV Ziekenhuis

De twee meest voorkomende klepafwijkingen die voor hartchirurgie in aanmerking komen, zijn de aortaklepstenose en de mitralisklepinsufficiëntie. Klassiek gebeurden deze klepoperaties via een mediane sternotomie, waarbij de hartchirurg eerst een incisie maakt in de huid en daarna het borstbeen in de lengte doormidden zaagt zodat de borstkas kan geopend worden. Nadien deden de minimaal invasieve technieken hun intrede als alternatief. In gespecialiseerde centra hebben de percutane behandelingen inmiddels een vaste plaats verworven als derde optie voor de behandeling van klepafwijkingen. Het OLV Ziekenhuis was net als voor de minimaal invasieve ingrepen van de eerste generatie ook voor de percutane behandelingen één van de eerste centra ter wereld waar deze ingrepen worden uitgevoerd en bouwde inmiddels

een jarenlange expertise uit op beide domeinen.

De minimaal invasieve technieken van de eerste generatie boden voor vele hartpatiënten een valabel alternatief voor een risicovolle "open" chirurgische ingreep. Toch blijft er nog een groep van patiënten voor wie deze minimaal invasieve technieken niet aangewezen zijn.

Het gaat om patiënten die preoperatief een dermate hoog risicoprofiel dragen (vooral door uitgebreide co-morbiditeit), dat het ingeschatte operatief risico als te hoog wordt ervaren door de zorgverleners. Dit risico wordt ten dele veroorzaakt door de noodzaak om de hartlongmachine te gebruiken tijdens het klepherstel of de klepvervangingsoperatie.

De medische industrie was daarom jaren op zoek naar kleptherapieën die nog minder agressief en minder invasief waren. Er werd vooral gezocht om het gebruik van de hartlongmachine te vermijden en om de chirurgische incisie zo klein mogelijk te houden. Momenteel beschikken we al over dergelijke alternatieven voor de behandeling van aortaklepstenose en van mitralisklepinsufficiëntie ten gevolge van een uitgesproken hartfalen. Onze diensten cardiologie en hartchi-

"Al zeven jaar passen we de TAVI-procedure in het OLV toe bij patiënten met een zeer hoog operatief risico"



Dokter De Bruyne (2de van links) en dokter Casselman (2de van rechts) tijdens een TAVI-procedure



rurgie passen deze technieken toe in een multidisciplinaire context. Zij engageren zich in een samenwerkingsverband om deze vorm van behandeling aan te bieden aan de patiënten die een dermate hoog operatief risico vormen dat zij anders wellicht voor behandeling zouden geweigerd worden.

TAVI: een nieuwe aortaklep plaatsen via een katheter

Dokter Filip Casselman, hartchirurg: "TAVI is de afkorting van Transcatheter Aortic Valve Implantation. Het grote verschil met de 'echte' chirurgische ingreep is dat bij TAVI de oude, zieke klep niet wordt weggenomen noch vervangen. Bij een TAVI-procedure gaat men de zieke klep 'open rekken' en wordt er een nieuwe klep geplaatst in de oude klep. De werkwijze is vergelijkbaar met

het plaatsen van een stent in een arterie. De nieuwe klep wordt samengevouwen op een kleine ballon die via een leidraad doorheen een katheter naar de aorta ascendens wordt gebracht. Als de exacte plaats is bereikt, wordt het ballonnetje opgeblazen waardoor de nieuwe klep open plooit, de oude klep opzij duwt en diens plaats inneemt. Op die manier blijft de oude klep ter plaatse en wordt de functie overgenomen door de nieuwe klep.

Hoewel we deze behandeling reeds 7 jaar toepassen in het OLV Ziekenhuis wordt ze in principe voorbehouden voor patiënten die een zeer hoog operatief risico dragen. Dit kan bijvoorbeeld een patiënt zijn met vroegere complexe hartchirurgie, vroegere bestraling van de thoraxwand, extreem slechte longfunctie, verkalkte aorta ascendens (die

verhindert dat de aorta vlot kan geopend worden in voorbereiding op een klepvervanging), enzovoort. Vaak gaat het om een samenspel van deze factoren. Jammer genoeg voor de betrokken patiënten is België het enige EU-land is waar deze kunstklep nog niet wordt vergoed door de ziekteverzekering en dat speelt ook een rol bij de besluitvorming."

Dokter Bernard De Bruyne, cardioloog: "Samen met dokter Emanuele Barbato vertegenwoordig ik de dienst Cardiologie tijdens de uitgebreide besprekingen met de betrokken hartchirurgen waarbij we voor elke mogelijke kandidaat-patiënt nagaan of de TAVI-procedure al dan niet is aangewezen. Vanzelfsprekend dienen deze patiënten ook preoperatieve of 'preprocedurele' onderzoeken te krijgen zoals een echocardiografie, en uit-

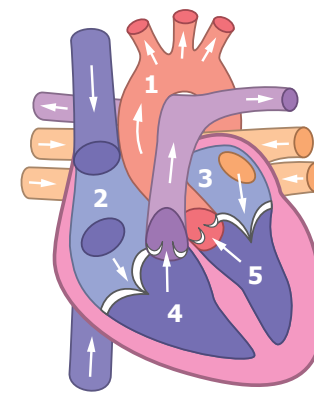
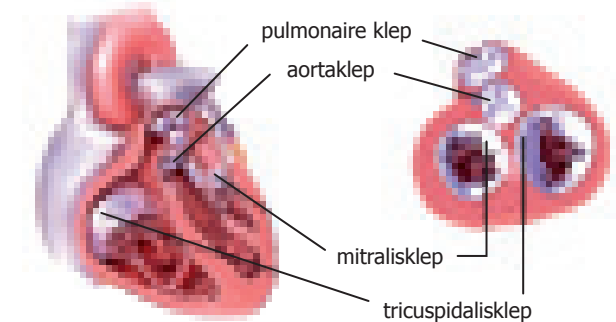
Het hart heeft 4 kleppen

- de aortaklep
- de mitralisklep
- de tricuspidalisklep
- de pulmonalisklep

Op volwassen leeftijd zijn afwijkingen van de pulmonalisklep vrij zeldzaam. Daarentegen komen afwijkingen aan de andere kleppen in toenemende mate voor naarmate de leeftijd vordert en met een verouderende populatie komen zij steeds frequenter voor. De meest frequent voorkomende klepaandoening is de aortaklepstenose, gevolgd door mitralisklepinsufficiëntie, die ook gepaard kan gaan met secundaire tricuspidalisufficiëntie. Geïsoleerde afwijkingen aan de tricuspidalisklep zijn evenwel zeldzaam.

Vooraanzicht

Bovenaanzicht



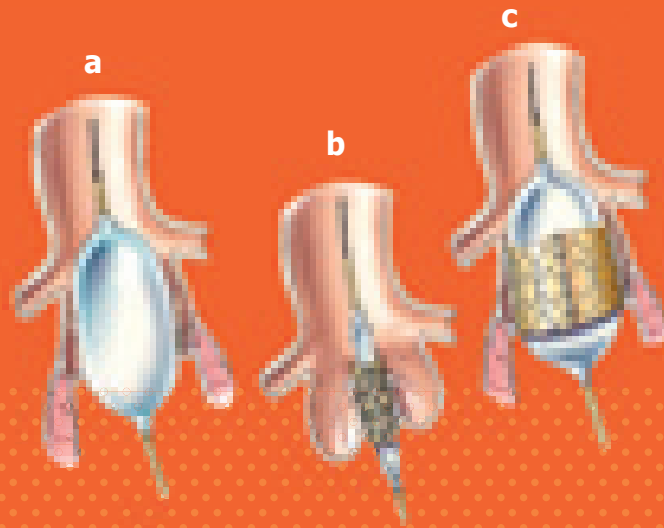
- 1 aorta
- 2 right atrium
- 3 left atrium
- 4 right ventricle
- 5 left ventricle

TAVI stap per stap

a de ballonkatheter duwt de zieke klep open

b vervolgens wordt de nieuwe klep gepositioneerd en

c opgeblazen door de ballon op te blazen



Dokter Bartunek, dokter Vanderheyden, dokter Stockman



eraard ook een klassieke hartkatheterisatie om eventuele vernauwingen van de kransslagaders op te sporen. Indien aanwezig, kan een hybride behandeling met dilatatie en het plaatsen van een stent in de kransslagaders eventueel overwogen worden."

TAVI: toegang via de liesslagader of via de apex van het hart

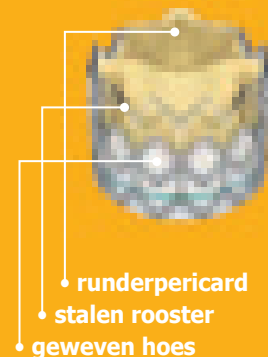
Bij een TAVI-procedure kan de toegang verlopen via de liesslagader - transfemorale - of rechtstreeks via de punt(apex) van het hart - transapicaal. Wanneer een transfemorale toegang wordt overwogen, wordt voorafgaand ook een CT-angiografie van de iliacale vaten verricht zodat we kunnen bepalen of de katheter voldoende gemakkelijk door de liesslagader kan worden

gebracht. Is dat niet of onvoldoende het geval, dan wordt het een transapicale ingreep.

Dokter Filip Casselman, hartchirurg: "Bij de transfemorale toegangsweg wordt een katheter opgevoerd vanuit de lies tot in de thoracale aorta. Vervolgens wordt een ballon opgeschoven in de zieke klep en rekken we die open. Hierna wordt de nieuwe klep in dicht geplooid toestand op een andere ballon via de lies in de vaatbaan gebracht en opgeschoven tot in de natieve klep. Als laatste stap wordt deze ballon dan opgeblazen waardoor de nieuwe klep zich openvouwt in de oude klep. Wanneer de transfemorale toegang niet mogelijk is, kan de transapicale weg genomen worden. Via een kleine insnede in de borstkas wordt de punt van het hart aangeprikt en wordt een grote katheter rechtstreeks in

het hart opgeschoven. Daarna volgen we dezelfde stappen als bij de transfemorale toegang. Deze procedure gebeurt onder algemene narcose in een hybride operatiezaal waar alle voorzieningen aanwezig zijn voor zowel kathetertechnieken als klassieke operatiemoge-

De kunstmatige aortaklep bestaat uit runderpericard dat wordt opgehangen in een stent (met een roestvrij stalen rooster, bekleed met een gewezen hoes).



lijkheden. De peroperatieve beeldvorming bestaat uit een combinatie van fluoroscopie en transoesophagale echocardiografie. Het team bestaat uit een interventionele cardioloog, een hartchirurg, een cardioanesthesist, gespecialiseerde verpleegkundigen en perfusionisten."

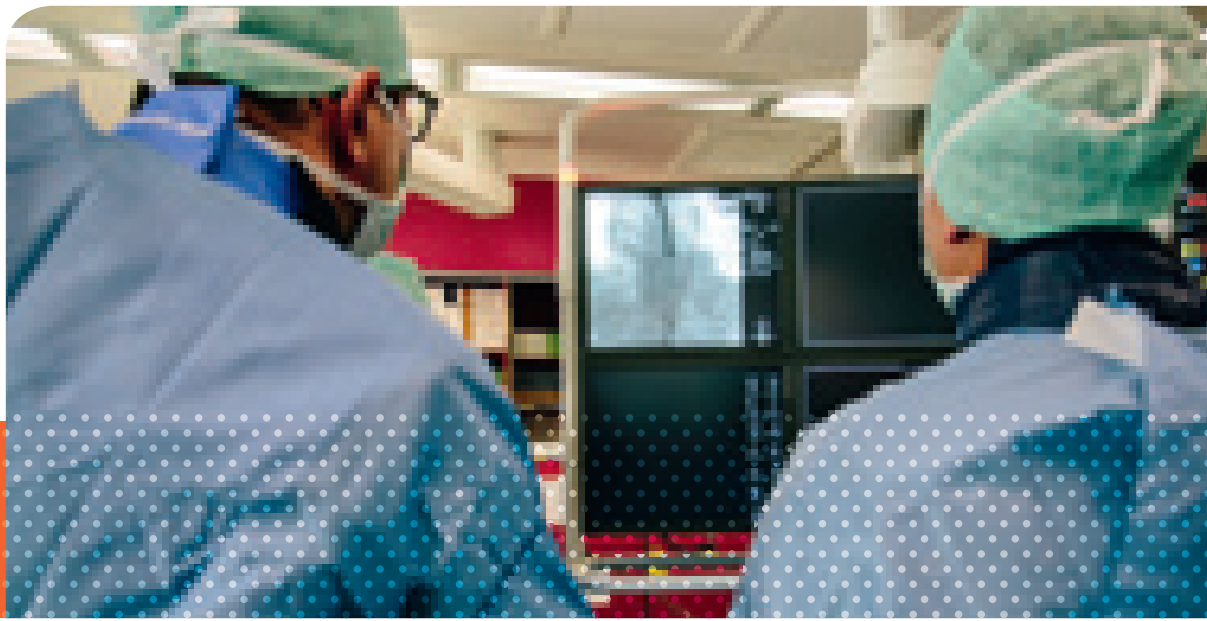
Het OLV Ziekenhuis in Aalst was voor deze therapie een van de pionierscentra in België waardoor we op een ruime ervaring kunnen bogen en onze expertise steeds verder hebben kunnen vervolmaken. Ondertussen voerden we in het OLV Ziekenhuis al meer dan 130

TAVI-procedures uit en halen we met deze technieken zelfs betere resultaten dan de centra in de ons omringende landen.

MitraClip: veel parallellen met TAVI

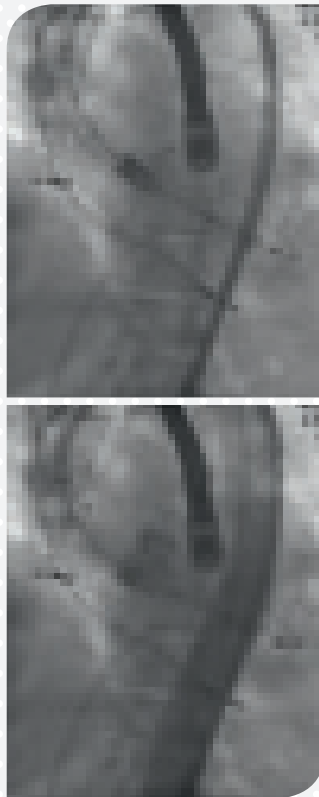
In ons land lopen 5.000 tot 10.000 patiënten rond met een lekkende hartklep, waarbij het in de meerderheid van de gevallen de mitralisklep betreft.

Dokter Jozef Bartunek, interventioneel cardioloog: "Er zijn veel parallellen tussen de TAVI-procedure en de procedure om een MitraClip te plaatsen. Het gaat telkens om een minimaal invasieve ingreep die een adequaat alternatief vormt voor een chirurgische ingreep waarbij de borstkas wordt opengelegd en de werking van het hart tijdens de operatie wordt overgenomen door de hartlongmachine. Om-



wille van hun minimaal invasief karakter zijn de MitraClip- en TAVI-procedures aangewezen voor patiënten die een verhoogd perioperatief risico lopen omwille van een hoge comorbiditeit en bijgevolg een klassieke ingreep fysiek niet meer aankunnen.”

Dokter Bernard Stockman, hartchirurg: “Net als voor TAVI is er ook voor deze procedure een nauwe samenwerking tussen de dienst cardiologie en de dienst cardiovasculaire en thoracale heelkunde. Het preoperatieve traject loopt eveneens grotendeels gelijk. Het plaatsen van een MitraClip verloopt ook in een hybride operatiezaal, die volledig is uitgerust voor ingrepen uit beide disciplines. Net als bij andere ingrepen wordt de patiënt en zijn begeleidende arts uitgebreid geïnformeerd en nauw bij de beslissing betrokken. Als



De kunstklep wordt via een katheter naar de juiste plaats opgevoerd en opengevouwen

het hartteam beslist dat voor een bepaalde patiënt deze procedure is aangewezen, dient deze beslissing nog te worden bevestigd door een schriftelijke instemming van de patiënt - het zogenaamde informed consent.”

Dokter Marc Vanderheyden, interventioneel cardioloog: “Het is van belang dat de mitralisklip goed sluit om te vermijden dat het bloed weer teruggepompt wordt naar de longen. Hartkleppen zijn passief. Het zijn geen spieren, ze bestaan uit fijn bindweefsel. Ze openen en sluiten door drukverschillen, door het samentrekken en ontspannen van het hart. Bij een lekkende mitralisklep vloeit een deel van het bloed terug naar de longen, tegen de stroom in. Daardoor moet het hart meer kracht uitoefenen om het bloed rond te pompen. Met als gevolg: overbelasting. Het hart

verzwakt en vocht hoopt zich op in de longen. In het begin heeft de patiënt er meestal geen hinder van. De aandoening wordt vaak toevallig ontdekt door de huisarts, wanneer die met zijn stethoscoop een hartgeruis hoort. Treden er wel al ongemakken op, dan gaat het dikwijls over vermoeidheid, kortademigheid, gewichtstoename en nachtelijke ademnood. Een percutane interventionele MitraClip-procedure is voornamelijk te overwegen bij patiënten met hartfalen die ondanks een optimale behandeling van het hartfalen toch nog een belangrijke lek van de mitralisklep behouden.”

“Een lek in de mitralisklep dichten met een nietje”

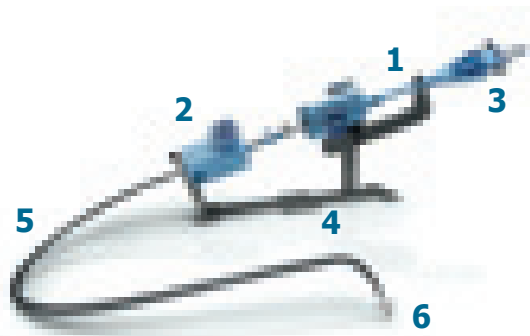
Dokter Jozef Bartunek: “Het principe is vrij eenvoudig: de

MitraClip is in feite een nietje, dat we aanbrengen om de sluiting van de mitralisklep te verbeteren en op die manier het lekken te verminderen. We starten de procedure met een katheter via de liessader naar de rechter voorkamer in te brengen. Na een transseptale punctie wordt het systeem om de MitraClip ter plaatse te brengen, onder

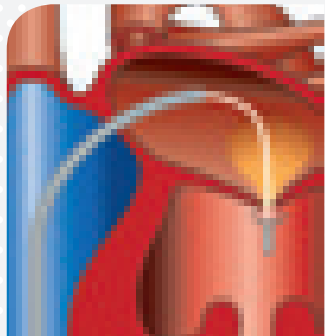
echografische begeleiding opgeschoven en gepositioneerd temidden van het lek in de mitralisklep gepositioneerd. Dit is een echt precisiewerk en vergt constante ondersteuning van echocardiografische beeldvorming speelt daarbij een cruciale rol. Hierdoor verloopt procedure op een veilige manier en kan ze rustig en zonder haast kan verlopen, waardoor we een optimaal resultaat kunnen bereiken.”

Dokter Marc Vanderheyden: “De ingreep onder algemene verdoving wordt ook goed verdragen door de patiënt en ook het herstel verloopt sneller. Bij een klassieke hartoperatie liggen patiënten al gauw tien dagen in het ziekenhuis. Daarna volgt nog een revalidatie van drie à vier maanden. Bij de nieuwe ingreep kunnen ze de dag nadien al uit bed. Na drie dagen in het ziekenhuis kan de

“Het plaatsen van een Mitra-Clip is echt precisiewerk waarbij echocardiografische beeldvorming een cruciale rol speelt.”



- 1 het aanbrengsysteem voor de MitraClip
- 2 de opvoerhendel
- 3 de aanbrenghendel
- 4 de stabilisator
- 5 de katheter
- 6 de MitraClip



Dokter Jozef Bartunek:
 "Via een katheter positioneren we het systeem om de MitraClip aan te brengen in de klep: echt precisiewerk".

"De patiënt kan na het plaatsen van een MitraClip al na drie dagen terug naar huis."

patiënt al naar huis en kan hij weer in de tuin klussen. Velen vinden dat ongelooflijk. Maar het kan dus."

Dokter Bartunek en Vanderheyden waren samen met dokter Claeys van het UZA pioniers voor deze techniek in ons land. Het hartteam van het OLV Ziekenhuis blijft toonaangevend op dit domein.

Dokter Jozef Bartunek:

"Onze eigen ervaring met de MitraClip-procedure sluit aan op de bevindingen bij meer dan 14.000 patiënten wereldwijd en wijst op een gunstig effect op het klinisch verloop bij hartfalenpatiënten. Wij hopen nu dat de belovende data van de verschillende 'registries' worden bevestigd door de bevindingen van grootschalige gerandomiseerde studies die momenteel in Europa en VS lopen. We zijn perfect in staat om méér patiënten te behandelen met deze minimaal invasieve techniek, en dus is het eigenlijk jammer dat de financiële kost ons belet om deze techniek op grotere schaal toe te passen."

Actieve zoektocht naar nieuwe therapieën om patiënten met longkanker beter te helpen

Nieuwe evoluties in de diagnose en behandeling van longkanker



Met meer dan 7900 nieuwe gevallen van longkanker in België per jaar (bron: Belgisch Kanker Register 2011) blijft deze ziekte bij mannen de tweede en bij vrouwen de derde meest voorkomende maligne aandoening. Longkanker is een weinig hoopvolle ziekte. Het is veruit de meest dodelijke kanker. Dagelijks

sterven in ons land 17 mensen aan de gevolgen van longkanker. Het is bekend dat 85% van de longkankers het directe gevolg is van het roken. Bij de resterende 15% blijft het gissen naar de precieze oorzaak, hoewel milieu- en beroepsfactoren (zoals asbestblootstelling) zeker een rol spelen.

Niet te verwonderen dat longkanker de naam heeft een bijzonder grauwe ziekte te zijn die



Dokter Kurt Tournoy

de patiënt vaak weinig goede vooruitzichten biedt. Toch werden er het voorbije jaar een aantal opmerkelijke vorderingen geboekt op het vlak van de diagnose en behandeling, die onmiddellijke implicaties hebben voor de patiënt. Het team van artsen dat binnen het OLV Ziekenhuis instaat voor de zorg voor de longkankerpatiënt, is daar nauw bij betrokken.

Dokter Kurt Tournoy, longarts: "De sleutel tot het boeken van wezenlijke vooruitgang voor de behandeling van longkanker is een multidisciplinaire aanpak. Het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) is het forum waar alle betrokken specialisten en paramedici de situatie van elke patiënt grondig bespreken om een diagnostisch en therapeutisch plan uit te werken. Bij dit volledige proces willen we graag de huisarts intenser betrekken; we hebben de intentie

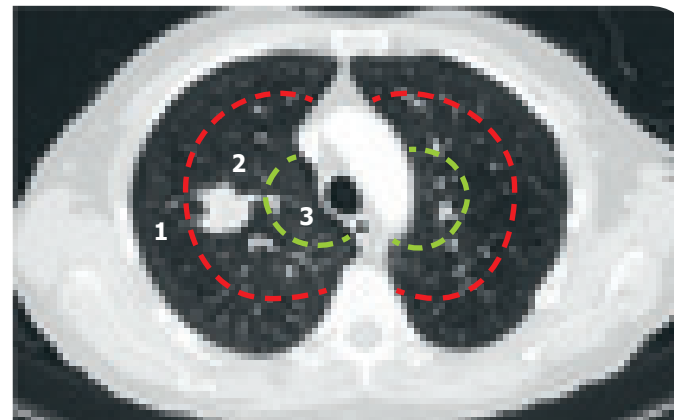
Vooruitgang op alle vlakken

- Een verfijnde **diagnostiek** met inwendige high-tech echografie probes maken het mogelijk om de meeste longlesies op een minimaal invasieve manier te benaderen.
- Dankzij nieuwe **chirurgische technieken** zijn longoperaties (en lobectomieën) nu ook met een kleine incisie (tot maximum 5 centimeter) mogelijk, waardoor het postoperatief herstel van de patiënt sneller verloopt.
- **Gecombineerde therapieën** verhogen de kans op genezing of op een langdurige beheersing van de ziekte.
- Dankzij **gepersonaliseerde medicaties** kunnen we patiënten met uitzaaiingen soms nog jaren een kwaliteitsvol leven bieden. De betrokken artsen van het OLV Ziekenhuis werken mee aan **klinische studies** waardoor onze patiënten toegang krijgen tot nieuwere medicaties. Dat geeft de patiënten dus meer kansen.
- De **paramedische zorg** (sociaal-psychologisch-gespecialiseerd verpleegkundig) en het **herstel na behandeling** vinden wij in het OLV Ziekenhuis net zo belangrijk en krijgen uitgebreide aandacht in het zorgplan voor de longkankerpatiënt.
- Wanneer antikankerbehandelingen niet meer zinvol blijken, is meestal **palliatieve** ondersteuning nodig. Ook hierbij speelt de huisarts een cruciale rol.

er een voorbeeld van transmurale zorg van te maken zodat we samen de beste zorg aan de longkankerpatiënt kunnen aanbieden."

Dokter Piet Vercauter, longarts: "Essentieel element in transmurale zorg is communicatie; zowel van zorgverleners naar patiënt toe als tussen de verschillende zorgverleners onderling. Omdat aanwezigheid van de huisarts op het MOC praktisch moeilijk realiseerbaar is, nemen we na het MOC zo snel mogelijk contact op met de huisarts om het verder beleid te bespreken. De verpleegkundig specialist (een 'oncocoach', hierover later meer) legt de nodige contacten met de paramedische hulpverleners om de zorg zo goed mogelijk te stroomlijnen. Het is onze bedoeling om naar de toekomst toe nog meer aandacht te hebben voor transmurale zorg met het ontwikkelen van een soort

In het OLV Ziekenhuis is er wekelijks een multidisciplinair oncologisch consult (MOC).



CT scan toont longlesie in de rechter long. Het gedeelte tussen de pleura en de rode stippellijn ligt goed bereikbaar voor transthoracale puncties (1), het gedeelte mediaal van de groene stippellijn ligt bereikbaar voor bronchoscopie of echo-geleide puncties (3). Het gedeelte tussen groene en rode stippellijn is moeilijk bereikbaar, hier biedt de miniprobe techniek met gericht biopsie vaak een oplossing (2).

transmuraal zorgpad voor de longkankerpatiënten."

Diagnostisch arsenaal vervolledigd met miniprobe biopsie

De diagnostiek van "een plek" op de long is vaak relatief eenvoudig, maar in bepaalde gevallen kan het ook bijzonder lastig zijn. Als het om een centrale longlesie gaat, kan die meestal vrij gemakkelijk gediagnosticeerd worden via bronchoscopie. Voor erg perifere longlesies vormt een transthoracale prik al jarenlang een adequaat diagnosemiddel. Maar er blijft nog altijd een niet onbelangrijke groep van patiënten met een "niet-centrale en niet-perifere longlesie", die moeilijker met de twee hiervoor vermelde technieken kan bereikt worden (zie figuur).

Dokter Kurt Tournoy: "De diagnostiek van deze moeilijk gelegen longlesies plaatste ons tot voor kort vaak voor een dilemma. We moesten kiezen tussen een chirurgische exploratie, een moeilijke transthoracale punctie - met de "bijna zekerheid" van een klaplong - ofwel helemaal geen formele diagnose. Maar zonder formele diagnose is er het risico om een foute behandeling in te stellen. Met de miniatur-echografie zijn we nu in staat om



Dokter Piet Vercauter

zonder noemenswaardig risico en zonder stralenbelasting voor de patiënt een moeilijk gelegen longletsel op te zoeken. We kunnen ermee endobronchiaal - in de diepte van de bronchiaalboom en buiten het directe zicht van de bronchoscopist - toch een erg precies biopsie nemen. Dat biedt de garantie op een betere zorg. De literatuur meldt dat de kans op een adequate diagnose met miniatur-echografie bijna 80% bedraagt voor letsels van meer dan 20 mm. Bij kleinere letsels is dat minder dan 50%; dat heeft dan te maken met de problemen om het letsel te lokaliseren in de bronchiaalboom. In België zijn er maar een handvol centra die deze techniek en expertise in huis hebben. Sinds maart 2014 is het OLV Ziekenhuis één van die centra."

Het weefsel dat via dergelijke biopsie wordt genomen, wordt grondig onderzocht op de dienst

pathologische ontleedkunde. Tot voor kort stelde de behandelende arts zich al tevreden wanneer de patholoog kon vaststellen of het om een niet-kleincellige of kleincellige longkanker ging. Op basis van die uitkomst kon de behandelende arts een therapieplan opstellen volgens de toen geldende medische inzichten. In 2014 is dit absoluut niet meer voldoende.

Subtypering met microscoop, moleculair onderzoek, genetische profiling

De medische wetenschap is ondertussen zover gevorderd dat we een gericht behandelplan kunnen uitwerken wanneer we meer precieze informatie uit de biopsie halen.

Dokter Kris Van Der Steen, dienst Pathologische Ontleedkunde: "Onze dienst be-

schikt over een breed gamma aan onderzoeken die een precieze diagnose en stagering mogelijk maakt. Het microscopisch onderzoek van de cellen en de weefsels is gestandaardiseerd. Meerdere kleurtechnieken helpen ons om een verfijnde diagnose te stellen: slijmkleuringen bij de diagnose van een adenocarcinoma en immunohistochemische kleuringen bij de diagnose van weinig gedifferentieerde tumoren. Tenslotte helpt



genetische 'profiling' (EGFR, ALK, ...) om te voorspellen op welke medicatie de patiënt het beste zal reageren. Om een correcte diagnose te kunnen stellen is het noodzakelijk strikte richtlijnen te volgen, vanaf het moment van biopsieneming tot op het moment van de diagnose. Correcte fixatie van de weefsels is essentieel om betrouwbaar aanvullend onderzoek mogelijk te maken. De stalen moeten hierbij minstens 6 uur fixeren in het vooropgestelde fixatief. Om deze fase te kunnen controleren, moeten bijgevolg bij de afname datum en het uur geregistreerd te worden. Onze dienst draagt kwaliteitszorg hoog in het vaandel. Zo biedt onze BE-LAC accreditatie voor immunohistochemische kleuringen voor de patiënt een garantie op een correcte diagnose en behandeling."

Bij patiënten met uitgezaaide longkanker wordt nu systematisch een genetische profiling verricht om te voorspellen welke medicatie het meest effectief zal zijn.

Exacte stadiëring: een cruciale stap naar een op maat geknipte behandeling

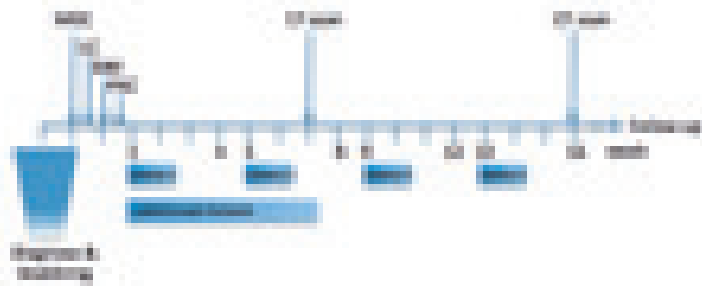
Eens de diagnose gesteld, moet er een exacte stadiëring gebeuren. Dit gebeurt met gebruik van medische beeldvormingstechnieken en aan de hand van minimaal invasief onderzoek. De meest frequent gebruikte techniek binnen de medische beeldvorming is in dit kader de PET-scan.

Dokter Pieter De Bondt, dienst Nucleaire geneeskunde: "Het is cruciaal om weten of de klieren van het mediastinum al dan niet zijn aangetast om de juiste behandeling te bepalen. Dat moet worden vastgesteld via een PET-scan. Vandaar dat men nooit zal overgaan tot een operatie als er geen PET-scan is uitgevoerd. Het

"Vandaag gaan we niet meer over tot een chirurgische resectie zonder eerst een PET-scan uit te voeren."

onderzoek neemt een tijdje in beslag. Wij nemen een beeld van het lichaam van aan de liesstreek tot aan de schedelbasis; om alle cruciale regio's te kunnen bestuderen. Voor het onderzoek spuiten wij radioactief glucose in, dat zich vastzet op de tumor en daardoor zichtbaar wordt voor de PET-camera. De PET-beelden worden met een speciale software samengebracht of gefuseerd met de beelden van de CT-scan. Als de beelden van beide onderzoeken overeenstemmen, kan er met grote zekerheid een exacte stadiëring worden vastgesteld. De onderzoekbeelden worden op het scherm geprojecteerd tijdens het multidisciplinair oncologisch consult, waardoor alle betrokken specialisten mee

Het Zorgpad van concomitante chemoradiotherapie bij patiënten met een lokaal gevorderd niet-kleincellig longcarcinoom



Legende

MOC (multidisciplinair oncologisch consult) - **LC** (langdurig consult bij longarts en consult bij radiotherapeut) - **SIM** (simulatie voor radiotherapie), **PAC** (plaatsing poortcatheter) - **chemo 1-4** (chemotoediening om de 4 weken op dagen 1-5 en dag 8) - **CT-scan** (respons evaluaties)

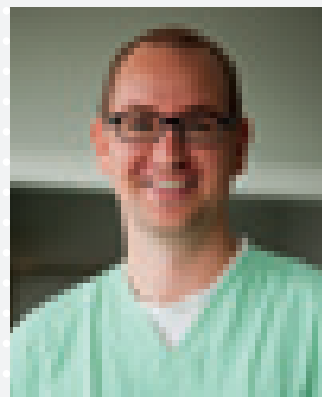
kunnen nadenken over een verdere optimale behandeling."

Bij de minimaal invasieve onderzoeken gaat het in dit kader over transbronchiale (EBUS-TBNA) en transoesophageale (EUS-FNA) puncties van het mediastinum. Dit laatste type van onderzoeken vervangen veelal de klassieke chirurgische mediastinoscopie al blijft die in bepaalde gevallen zijn nut bewijzen.

Dokter Piet Vercauter, longarts: "In het OLV Ziekenhuis is het standaardpraktijk om echo-geleide puncties van mediastinale klieren te nemen. Dit kan zowel via de luchtweg (EBUS) als via de slokdarm (EUS) uitgevoerd worden. We bekijken de klieren erg systematisch en prikken ze echogeleid aan, in real time. De beide onderzoeken worden ambulante uitgevoerd. De patiënt moet hiervoor niet in slaap; lichte sedatie volstaat eigenlijk in alle gevallen. Dat is

een voordeel ten opzichte van de chirurgische stagering met een mediastinoscopie."

Dokter Kurt Tournoy, longarts: "We kunnen nu al gerust stellen dat de introductie van EBUS- en EUS-onderzoeken een van de grootste voortuitgangen is geweest in de diagnostiek binnen de longgeneeskunde - ook al is een verdere verfijning van de indicatiestelling en het gebruik nog volop aan de gang. In het OLV Ziekenhuis nemen we



Dokter Roel Beelen

daar trouwens actief aan deel. We bundelen onze krachten in een internationaal consortium van onderzoekscentra om klinisch onderzoek te doen, bijvoorbeeld naar de performantie van de EBUS- en EUS-technieken bij patiënten met erg kleine klier-tjes."

Toenemend belang van minimaal invasieve heelkunde

Voor vroegtijdige longkankers (stadium I en II) zonder uitzaaiingen buiten de long of in de mediastinale klieren biedt een chirurgische resectie de grootste kans op genezing. Waar voorheen een klassieke thoracotomie - met een mutilerende incisie van ongeveer 25 centimeter - de best beschikbare benadering was, opteren de chirurgen in het OLV Ziekenhuis meer en meer voor de zogenaamde mini-thoracotomie wanneer mogelijk.

Dokter Roel Beelen, chirurg cardiovasculaire en thoracale heelkunde: "In het OLV Ziekenhuis passen we deze techniek sinds 2011 toe. Via 2 of 3 kleine incisies en een iets grotere incisie van maximum 5 centimeter wordt de aangetaste lob endoscopisch verwijderd. Aanvankelijk kwam ongeveer 1 op 2 longkankerpatiënten in aanmerking voor een endoscopische ingreep. Ondertussen hebben we 89 patiënten met longkanker op deze wijze kunnen behandelen, waarmee we bij de grootste centra in het

Belgische ziekenhuislandschap zijn. Dankzij deze expertise kunnen we nu al 65% tot 75% van de longkankerpatiënten op deze manier helpen, met resultaten die vergelijkbaar - en vaak beter - zijn dan met de klassieke heelkunde. De verfijnde manier van werken met behulp van een endoscopische camera stelt ons namelijk in staat om méér klieren mee te nemen in de resectie en biedt de patiënt ook de voordelen van een snellere mobilisatie en genezing, geen mutilerend litteken, minder pijn, minder risico op complicaties enzovoort. En wij blijven meewerken om deze techniek verder te perfectiëren. Zo voerden we al enkele uitgebreide lymfeklierbiopsies en resecties van lobsegmenten uit met het Intuitive DaVinci systeem voor robotchirurgie. Vandaag blijft de klassieke thoracotomie nog altijd aangewezen bij tumoren groter dan 6 centimeter, bij centrale tumoren of bij oncologische complexe resecties waarbij een gedeelte van de luchtweg of de bloedvaten dient gereconstrueerd te worden - de

"We kunnen nu al 65% tot 75% van de patiënten helpen met de minder belastende, endoscopische thoracotomie."

zogenaamde sleeve-resecties. Met onze expertise in zowel klassieke als minimaal invasieve technieken kunnen wij in het OLV Ziekenhuis een optimale heelkundige behandeling aanbieden voor alle patiënten met longkanker."

Curatieve bestraling wanneer resectie niet is aangewezen

Omwille van co-morbiditeit komen sommige patiënten met een vroegtijdige longkanker (stadium I en II) zonder uitzaaiingen buiten de long of in de mediastinale klieren niet in aanmerking voor een resectie.

Dokter Luc Verbeke, dienst-hoofd Radiotherapie: "Stereotactische radiotherapie vormt dan een volwaardig curatief alternatief, waarmee bij 80-90% van deze patiënten (die niet kunnen of willen geopereerd worden) een definitieve controle van de tumor wordt bereikt. Bij stereotaxie worden er vanuit verschillende richtingen met zeer grote precisie kleine stralenbundels op de tumor gericht. Met deze methode kan een zeer hoge bestralingsdosis toegediend worden op de tumor terwijl het omgevende gezonde weefsel toch maximaal gespaard wordt. Aangezien een tumor in de longen bij het ademen tot 2 tot 3 centimeter met de ademhaling beweegt, moet een techniek gebruikt worden die rekening houdt met deze bewegende 'target'. In het OLV Ziekenhuis gebruiken we voor deze soort behandelingen een

'dedicated' bestralingstoestel, de Novalis TX, met de 'gating'-techniek. Eerst brengen we het ademhalingspatroon van de patiënt in kaart en bepalen dan tijdens welke ademhalingsfase we bestralen. Zo kunnen we ondanks de beweging van de ademende longen de tumor toch met een nauwkeurigheid van 2 millimeter bestralen. Dergelijke bestralingsessie kan wel ongeveer 30 minuten duren, omdat de spreekwoordelijke gate - de poort - bij elke ademhaling telkens slechts enkele seconden openstaat om de tumor effectief te bestralen. Met deze methode kunnen we in het OLV Ziekenhuis bij deze kleine longkankers in 3 tot 7 sessies een bestralingsdosis toedienen die veel efficiënter is dan bij de klassieke bestralingstechniek, waarbij meestal 30 tot 35 fracties nodig zijn. Voor de patiënt is dit natuurlijk veel gemakkelijker, en er treden trouwens ook in de regel nagenoeg geen nevenwerkingen op."

Gespecialiseerd centrum voor combinatietherapie

Voor patiënten met lokaal gevorde kanker (stadium III) door ingroei in het mediastinum of door lokale klieruitzaaiingen, is de prognose veel minder goed. Resectie is bij deze patiënten meestal geen eerste keuze.

Dokter Luc Verbeke: "Tot blijft langdurige ziektecontrole en soms genezing ook dan nog mogelijk, met een combinatie van radiotherapie en chemo-

therapie. Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat de doeltreffendheid significant hoger is wanneer beide therapieën snel en simultaan worden opgestart. Daarin schuilt de kracht van een echt multidiscipli-

"Als combinatietherapie is aangewezen, maken wij er een erezaak van om beide behandelingen altijd simultaan op te starten."

plinaire aanpak, zoals die binnen het OLV Ziekenhuis wordt gevolgd. Het vraagt natuurlijk wel inzet en flexibiliteit van alle betrokken artsen: het behandelingschema moet zo snel mogelijk na de diagnose worden uitgewerkt en uurroosters moeten worden aangepast ... Maar



Dokter Luc Verbeke

wij beseffen dat tegenover onze inspanningen ook de inzet van de patiënt staat, want een combinatietherapie is zwaar en lastig. Daarom maken wij er een erezaak van om vanaf dag 1 van de chemotherapie simultaan ook de radiotherapie op te starten. Een nauwgezette, multidisciplinaire opvolging van het combinatieschema vormt het sluitstuk."

Nieuwe perspectieven voor longkankerpatiënten met uitzaaiingen

Voor de patiënten met uitzaaiingen (stadium IV) biedt de medische wetenschap tot op vandaag helaas nog geen mogelijkheid tot curatie. Toch openden zich de voorbije paar jaar voor deze patiënten bijzonder veel nieuwe, beloftevolle perspectieven. Het onderzoek naar superselectief werkende geneesmiddelen is op dit ogenblik een hot topic. Het onderzoek naar deze nieuwe longkankermedicijnen is gebaseerd op nieuwe inzichten dat genetische afwijkingen of mutaties aan de basis van elke kanker liggen. Als we kunnen detecteren welke mutaties de groei in de kankercellen veroorzaken, kunnen de wetenschappers ook zoeken op welke manier de eiwitproducten van deze mutaties specifiek kunnen worden geblokkeerd.

Dokter Piet Vercauter: "Tot op vandaag zijn er twee mutaties gevonden waarvoor er een selectieve kankerbehandeling beschikbaar is die door het



Riziv wordt terugbetaald. Het betreft de EGFR-mutatie en de ALK-EML4 gen-herschikking. Deze komen echter maar voor bij respectievelijk 10% en 5% van de patiënten met longadenocarcinoom. Wanneer we deze mutaties bij een patiënt terugvinden, opteren we voor een selectieve, doelgerichte therapie. Het is dus eigenlijk een behandeling 'op maat' van de individuele patiënt; een 'gepersonaliseerde therapie'. Wanneer er geen mutatie wordt vastgesteld, blijft klassieke chemotherapie de beste keuze. Omdat deze nieuwe medicatie specifiek het afwijkend, 'gemuteerd' eiwit op de kankercel aanvalt en dus niet bijvoorbeeld de gezonde cellen in het beenmerg, zijn de nevenwerkingen van deze nieuwe moleculen totaal verschillend.

Patiënten met een activerende EGFR-mutatie kunnen behandeld worden met Tarceva® of Iressa®. Beide producten wor-

den dagelijks nuchter per os ingenomen. Potentiële nevenwerkingen zijn droge huid, acneïforme rash en diarree. De huiduitslag treedt zeer vaak op (bij 80% van de patiënten). Meestal volstaat lokale huidbehandeling en is het niet nodig om de kankertherapie te stoppen. Indien een ALK-translocatie aanwezig is in de tumorcellen, wordt een behandeling met Xalkori® gestart. Ook dit wordt dagelijks per os ingenomen. Voornaamste nevenwerkingen van Xalkori® zijn transiënte visusstoornissen en leverfunctiestoornissen."

Actief betrokken bij klinisch onderzoek naar nieuwe therapieën

Dokter Kurt Tournoy: "Een probleem bij patiënten met uitzaaiingen is dat over de tijd vaak verschillende (en veelal nog niet gekende) mutaties een rol spe-

len. Je kunt dit goed vergelijken met mollengangen: als je één gang afsluit, dan vindt de mol vaak wel een andere uitweg. Als je de kanker met een super selectief medicijn bestrijdt, hou je die dus wel een tijd tegen - soms een lange tijd. Maar uiteindelijk (gemiddeld na 9-10 maand) vindt die dan toch een nieuwe uitweg om tot tumorgroei te leiden. De onderzoekers zijn nu bij wijze van spreken bezig de mollengangen in kaart te brengen om zo de strijd tegen deze ziekte verder op te drijven.

In het OLV Ziekenhuis hebben we niet alleen de ambitie om hierbij te helpen, maar nemen we nu al actief deel aan meerdere klinische studies op dat vlak. Daardoor kunnen we onze patiënten de toegang geven tot nieuwere medicijnen voor hun behandeling. Zo zijn we momenteel betrokken in een klinische proef waarbij pa-

tiënten die een tijd goed reageerden op een therapie met een EGFR-inhibitor maar die toch nog ziekteprogressie vertonen, bijkomend behandeld worden met een studiemedicijn die de resistentie tegen de initiële kankerbehandeling moet overwinnen. We doen ook mee aan genetische profiling bij patiënten die nooit gerookt hebben, maar toch longkanker krijgen. We vermoeden dat deze tumoren zich biologisch anders gedragen en daarom misschien beter geholpen zijn met een ander type behandeling. Voor de behandeling van het uitgezaaide longcarcinoom zitten er momenteel zeer veel nieuwe potentiële geneesmiddelen in de pipeline. Het is onmogelijk om aan alle studies deel te nemen; dat geldt trouwens ook voor de universitaire ziekenhuizen. Door samen te werken met andere centra kunnen we ons arsenaal aan geneesmiddelen zo breed mogelijk houden. Wij zijn ervan overtuigd dat we door deel te nemen aan klinisch onderzoek, onze patiënten meer kansen geven”.

Aandacht voor paramedische zorg tijdens behandeling, en herstel na behandeling en palliatieve zorg

In het OLV Ziekenhuis vinden we niet enkel de fysieke gezondheid van de patiënt belangrijk, maar besteden we ook veel aandacht aan het alle paramedische aspecten en aan het algemene welzijn van de patiënt.

Dat geldt dus ook - en zeker - voor de longkankerpatiënt. Het OLV Ziekenhuis kan daarvoor op het Oncologisch Psychosociaal Support Team (OPST) rekenen, een dienst die bestaat uit verpleegkundige specialisten, sociale verpleegkundigen en klinisch psychologen, en die vaak wordt aangevuld met een diëtiste.

Sarah Houtman, verpleegkundig specialist voor respiratoire oncologie: “Onze artsen brengen ons vanaf de eerste aanmelding in contact met de patiënt, soms zelfs voordat de diagnose formeel is gesteld. Na elk gesprek met de arts hernemen wij de informatie en helpen wij onze patiënt om te begrijpen en te verwerken wat er is gezegd. Door de hoeveelheid aan informatie die de patiënt ontvangt, is herhaling belangrijk. Wij kiezen voor een eerlijke communicatie: dat

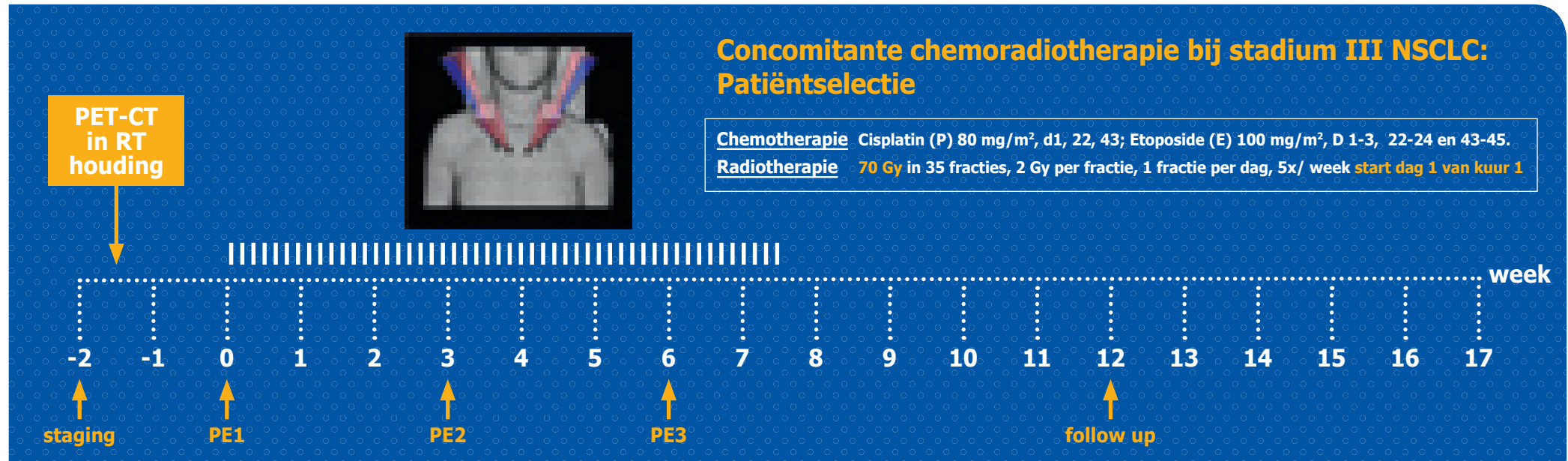
is niet altijd gemakkelijk, maar het maakt onze band intenser en zorgt ervoor dat de verdere communicatie eenvoudiger verloopt. Vanaf de diagnose komen de patiënten in ons zorgtraject. Elke twee weken heeft ons team een overleg met de respiratoire oncologen en de verpleging: dat zorgt voor een efficiënte communicatie met onze patiënt. Het psychosociaal team komt bij de patiënten op vaste momenten in het zorg-



Sarah Houtman

Concomitante chemoradiotherapie bij stadium III NSCLC: Patiëntselectie

Chemotherapie Cisplatin (P) 80 mg/m², d1, 22, 43; Etoposide (E) 100 mg/m², D 1-3, 22-24 en 43-45.
Radiotherapie 70 Gy in 35 fracties, 2 Gy per fractie, 1 fractie per dag, 5x/ week start dag 1 van kuur 1



traject of wanneer zij erom vragen. Als verpleegkundig specialist ben ik een centraal aanspreekpunt doorheen het volledige zorgtraject, zowel voor de patiënten, hun familieleden en ook voor hun begeleidende huisarts. Zo betrekken we de huisarts altijd als we palliatieve thuiszorg aanvragen of als een palliatieve patiënt zuurstof nodig heeft thuis. Dan geven wij de nodige documenten mee om een palliatief statuut aan te vragen. Vaak groeit er een vertrouwensband met de patiënt en dat geeft hen rust: zij weten dat ze met hun vragen en problemen bij iemand terecht kunnen. Naast de huisarts schakelen wij ook andere zorgverleners in en treffen wij alle regelingen voor thuiszorg en palliatieve zorg. Wij laten onze patiënten dus niet los wanneer zij het ziekenhuis verlaten, maar begeleiden hen doorheen het gehele zorgtraject.”

“Uitzaaiingen zijn als mollen: als je één mollengang afsluit, dan vindt de mol vaak wel nog een andere uitweg...”

Maar we blijven zoeken naar nieuwe, afdoende oplossingen.”

Dokter Piet Vercauter, longarts: “Patiënten met een gemetastaseerde longkanker hebben vaak veel vragen en twijfels over het levenseinde. Om deze problematiek meer en beter bespreekbaar te maken, heeft onze dienst multidisciplinair en in nauw overleg met de andere oncologische diensten in ons ziekenhuis, een brochure opgesteld die als leidraad kan fungeren bij deze gesprekken. Procedures zoals palliatieve sedatie, negatieve wilsverklaring, euthanasie... worden zo éénvoudig en helder mogelijk uitgelegd. Deze brochure kan door huisartsen steeds opgevraagd worden bij de verpleegkundig specialist.”

Multidisciplinaire begeleiding bij chronische nierinsufficiëntie

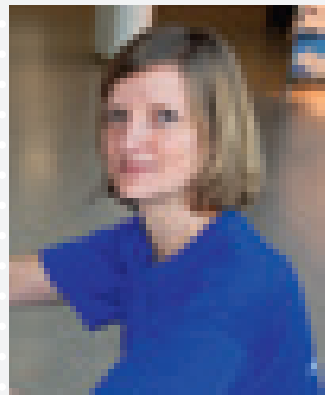
Mensen die met chronische nierinsufficiëntie geconfronteerd worden, staan aan het begin van een onzeker, onbekend traject

Behandeling is één zaak, informatie, begeleiding en zorg op maat zijn minstens even belangrijk. Patiënten vertrouwen schenken, hen perspectief bieden en de juiste informatie geven, zijn van cruciaal belang. Tegelijk leidt een degelijke uitwisseling van informatie en herkenning van emoties tot een snellere en juistere benadering en zo zelfs tot minder angst en minder (langdurige) ziekenhuisopnames.

Medische en persoonlijke zorg op maat van de patiënt

Nele Palsterman, operationeel verantwoordelijke van de betrokken zorgzone: "Er bestaat een waaier aan richtlijnen om patiënten degelijk te informeren en te begeleiden, maar maatwerk blijft ons sleutelwoord, steeds rekening houdend met de rechten en noden

van de patiënt. Wie heb je voor je? Welke informatie kan hij of zij op dit ogenblik aan? Wat wil de patiënt weten en wat wil hij of zij (nog) niet horen? Een dergelijke aanpak vraagt tijd en empathie, maar op die manier krijgt de patiënt tijd en ruimte om zijn ziekte beter te begrijpen en te aanvaarden. De afdeling Nefrologie-Dialyse-Hypertensie heeft twee nierzorgcoördinatoren in dienst, verpleegkundigen met een bijzondere expertise

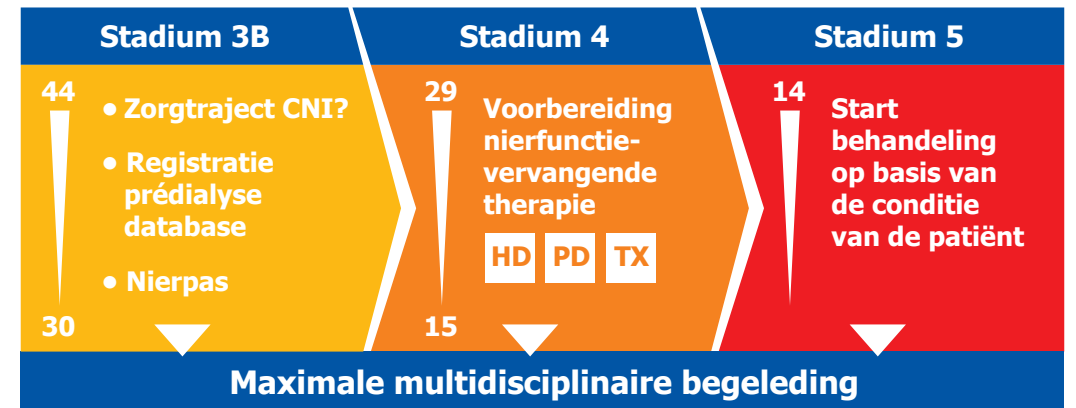


Nele Palsterman

in de nefrologie en in begeleiding van patiënten. Zij zijn de "bondgenoten" van de patiënt binnen de ziekenhuismuren. Samen met de patiënt leggen ze een pad (zie volgende pagina) af, informeren ze de patiënt, ondersteunen ze waar nodig en coördineren ze de multidisciplinaire zorg. De oorspronkelijke benaming "prédialyseverpleegkundige" werd vervangen door "nierzorgcoördinator". De aanvankelijke titel duwde de patiënt te expliciet richting dialysebehandeling, terwijl het zoeken naar de best passende zorg net het onderwerp uitmaakt van de begeleiding en waarbij het vooral draait om de persoonlijke zorg, die de louter medische behandeling overstijgt."

Vertrouwen en laagdrempeligheid

Om het nodige vertrouwen te scheppen en patiënten op hun



Zorgpad

gemak te stellen, vinden de eerste contacten met de nierzorgcoördinator plaats in een gemoedelijke, bijna informele sfeer. Niet alleen de patiënt, maar ook zijn naasten zijn welkom. De patiënten krijgen een rechtstreeks telefoonnummer en e-mailadres. Het scheppen van een vertrouwensrelatie is belangrijk en zelfs bepalend voor het slagen van het verdere begeleidingstraject.

Multidisciplinair

Dokter Jean-Marie Billiouw, diensthoofd Nefrologie-Dialyse-Hypertensie: "Chronische nierinsufficiëntie is een complexe aandoening met een heel vaak onvoorspelbaar verloop. Bovendien gaat deze aandoening laattijdig gepaard met symptomen, wat het ongelooft en onbegrip vergroot. De klachten zijn vaag en de patiënten weten niet goed of ze wel "écht" ziek zijn. Voor anderen is de diagnose een opluchting: het zit niet tussen de oren! De gedachte om voor de

rest van hun leven afhankelijk te zijn van een dialysetoestel doemt als een berg voor ze op. Nog vooraleer de praktische vragen de kop opsteken, komen er heel wat emoties op hen af. Waar sta je voor? Ga je hieraan dood? Kan je nog wel gewoon functioneren? Is de behandeling betaalbaar? Is het wel nuttig een behandeling te starten? Wie gaat voor de (klein)kinderen zorgen? Existentiële vragen en praktische onzekerheden steken de kop op. Om antwoord te kunnen bieden op alle vragen behoren ook een sociaal verpleegkundige en



Dokter Jean-Marie Billiouw

een psychologe tot de multidisciplinaire omkadering van de patiënt. Dit reikt verder dan het zuivere 'prédialysegebeuren'."

Empatische maar realistische benadering

Informatie wordt gefaseerd en herhalend gegeven, afhankelijk van de noden van de patiënt en het stadium van de chronische nierziekte, maar altijd begripvol. Het geven van realistische en eerlijke informatie voorkomt dat de patiënt achteraf teleurgesteld is.

Tijdstip

Het tijdstip van starten met begeleiding is niet onbelangrijk. Gemiddeld is een drietal gesprekken van 1 à 2 uur over een periode van enkele maanden voldoende om de patiënt op een goede manier te begeleiden. In het begin van het traject is het contact intensief. Aangezien de cognitieve functies door ernstige nierinsuf-

Zowel in Aalst, Asse als Ninove willen we dicht bij de patiënt en de huisarts staan.

ficiëntie afnemen, is het tijdig verschaffen van informatie belangrijk. Anderzijds wordt er ook over gewaakt dat een patiënt niet onnodig informatie krijgt om hem niet nodeloos ongerust te maken. Het kunnen maken van een tijdige en goed geïnformeerde keuze helpt de patiënt om 'het ziek zijn' te verwerken, een plaats te geven en de voor hem meest geschikte behandeloptie te kiezen.

Richtlijnen versus individu

Naast informatie betreffende hemodialyse - peritoneale dialyse - transplantatie en conservatieve therapie worden er heel wat andere topics met de patiënt besproken. Uiteraard worden internationale guidelines toegepast omtrent bv. het geven van educatie, of het tijdstip van aanleggen van AV-fistel, maar het is uiteraard nodig om deze zorg op maat van de individuele patiënt aan te bieden.

Expertise delen

Kennis en expertise uitwisselen binnen en buiten de ziekenhuismuren is eveneens een

belangrijke functie van de nierzorgcoördinator. Niet alleen de patiënten, maar ook andere zorgverleners kunnen bij de nierzorgcoördinator terecht.

Samenwerking eerste en tweede lijn

Dokter Bruno Van Vlem, nefroloog: "Vanuit het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie is er een nauwe samenwerking tussen patiënt, specialist en huisarts. Naast de consultaties bij de nefroloog blijft de patiënt binnen dit traject ook in nauw contact met zijn huisarts die vaak een beslissende rol speelt in de therapiekeuze. De complementariteit van huisarts en nefroloog komen niet alleen de kwaliteit van zorg ten goede maar heeft ook een absolute meerwaarde bij de keuze van de voor de patiënt best passende vorm van nierfunctie-ervangende therapie. Sinds kort heeft onze dienst een rechtstreekse telefoonnummer voor huisartsen: 053 72 47 28. Dit zal de samenwerking en het overleg faciliteren."



Dokter Bruno Van Vlem

Lokale Multidisciplinaire Netwerken

Ondertussen is ook de samenwerking met de Lokale Multidisciplinaire Netwerken een feit. Dankzij dit platform kunnen we beter afstemmen met de eerste lijn en onze samenwerking versterken. Samen kijken naar de noden aan opleiding zijn of initiatieven ontwikkelen die de (preventieve) zorg stimuleren, daar willen we ook in de toekomst graag verder aan meewerken. Zo was de nierpas een eerste gezamenlijk initiatief.



Gegevensregistratie en kwaliteitsbewaking

Het ziekenhuis zit in een accreditatietraject - Joint Commission International - een label waar ook de nierzorgcoördinatie naar streeft. De gegevens die we registreren in de nierzorg database (renale diagnose, educatieverslagen, zorgtraject-status, nierfunctieprogressie...) zijn immers een performante tool om de kwaliteit en veiligheid van onze patiëntenzorg mee te bewaken.

nierzorgcoördinator@olvz-aalst.be of 053 72 47 96

Artsenkorps OLV Ziekenhuis Wijzigingen in de periode van 1 januari 2014 t.e.m. 31 mei 2014

Verwelkoming

In de loop van de eerste vijf maanden van 2014 verwelkomen wij de volgende stafleden:

- **Apotheker-bioloog Inger Brandt** (Klinisch laboratorium), voorheen reeds resident
- **Dokter Ann-Catherine Vijverman** (Neurologie)
- **Dokter Filip Claus** (Medische Beeldvorming)
- **Dokter Evelyn Despierre** (Gynecologie)

In diezelfde periode startten ook de volgende artsen als resident of toegelaten arts:

- **Dokter Peter Piessens** (Neus-, Keel- en Oorziekten)
- **Dokter Evelyne Declercq** (Endocrinologie)
- **Dokter Marijke Van Hoydonck** (Reumatologie)

Afscheid als staf lid

Op 31 december 2013 nam het OLV Ziekenhuis afscheid van de hieronder vermelde stafleden:

- **Dokter Philip De Waele** (Orthopedie) - beëindiging mandaat als staf lid
- **Dokter Hugo De Winter** (Nucleaire geneeskunde) - beëindiging mandaat als senior geneesheer

Senior geneesheer

- **Dokter Antoon Leloup** (Pneumologie) - beëindiging mandaat als staf lid wegens het bereiken van de leeftijd van 65 jaar; blijft verbonden als senior geneesheer
- **Dokter Paul Nellens** (Cardiologie) - beëindiging mandaat als staf lid wegens het bereiken van de leeftijd van 65 jaar; blijft verbonden als senior geneesheer
- **Dokter Jan Steelant** (Neus-keel-oorzaken) - beëindiging mandaat als staf lid wegens het bereiken van de leeftijd van 65 jaar; blijft verbonden als senior geneesheer
- **Dokter Luc Lepoutre**, dienst Gastro-enterologie,

Dokter Van Camp start op 2 november in het OLV Ziekenhuis

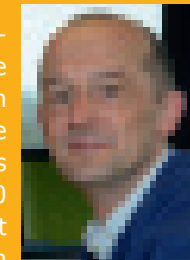
Doorstroming van medisch talent kenmerkt werkelijk innovatieve centra zoals het OLV Hartcentrum

Professor dokter Guy Van Camp zal op 2 november 2014 de medische staf van het Onze-Lieve-Vrouw-ziekenhuis vzw vervoegen, waar hij de dienst Cardiologie versterkt. Dokter Van Camp is gespecialiseerd in niet-invasieve cardiologie, meer bepaald op het vlak van medische beeldvormingstechnieken (echocardiografie, MR, CT coronairen). Hij is ook, sinds 2011, voorzitter van de Belgian Society of Car-

diology. Hij zal zowel op de campus Aalst als Asse actief zijn.

Dokter Van Camp: "Ik ben ervan overtuigd in het OLV Ziekenhuis een dynamische omgeving te vinden waarin ik mijn klinische praktijk optimaal kan combineren met mijn activiteiten op het vlak van onderzoek en innovatie. Ik kijk er echt naar uit om samen te werken met de andere artsen in het team."

De dienst cardiologie bezit expertise op alle domeinen van de cardiologie en helpt jaarlijks meer dan 36.000 patiënten. De dienst geniet ook van een stevige internationale reputatie op het vlak van medische opleiding en wetenschappelijk onderzoek.



Dokter Eric Wyffels, hoofd-geneesheer: "Een werkelijk innovatieve omgeving zoals het OLV Ziekenhuis wordt gekenmerkt door een gezonde doorstroming van talent. Daardoor ontstaan er telkens weer nieuwe opportuniteiten om, vertrekkend van de indrukwekkende basisexpertise van het huis, verder te bouwen aan vernieuwende inzichten en baanbrekende therapieën."

Ik heet dokter Van Camp van harte welkom en ik verwacht dat hij zich snel thuis zal voelen in deze omgeving. Ik ben ervan overtuigd dat dokter Van Camp zijn expertise hier optimaal kan ontplooiën en een waardevolle bijdrage kan leveren tot de innovatiewerkzaamheden van het team."

is voor een aanvullend jaar bevestigd als senior geneesheer

Diensthooft

- **Dokter Olivier de Winter** - vanaf 1 januari diensthooft Nucleaire geneeskunde

Medische Raad

Eind februari werd een nieuwe medische raad voor het OLV Ziekenhuis verkozen, die als volgt is samengesteld:

- **Dokter Wim Jorissen** (Orthopedie-Traumatologie) - voorzitter
- **Dokter Erik Kersschot** (Medische Beeldvorming) - ondervoorzitter
- **Dokter Herbert De Raedt** (Cardiologie) - secretaris
- **Dokter Samuel Bral** (Radiotherapie-Oncologie)
- **Dokter Rogier Caluwé** (Nefrologie)

- **Dokter Pieter De Bondt** (Nucleaire geneeskunde)
- **Dokter Ivan Degrieck** (Cardiovasculaire en thoracale heelkunde)

- **Dokter Vanessa Meert** (Pathologische ontleedkunde)
- **Dokter Peter Meeus** (Klinisch laboratorium)

- **Dokter Geertrui Meganck** (Gynaecologie-Verloskunde)

- **Dokter Evert Munghen** (Pneumologie)

- **Dokter Peter Schatteman** (Urologie)

- **Dokter Koen Suy** (Anesthesie)

- **Dokter Dirk Vandeput** (Anesthesie)

- **Dokter Jo Vandervoort** (Gastro-enterologie)

Buitenlands mandaat

Dokter Koen Traen, verbonden aan de OLV Borstkliniek en de dienst Gynaecologie, is vanaf 1 januari 2014 deeltijds aange-

steld op de dienst Oncologie van het Odense University Hospital in Denemarken. Hij zal daarvoor slechts 1 week op 2 in het OLV Ziekenhuis aanwezig zijn.

Uitbreiding medisch aanbod

Uitbreiding aanbod mammografie (Medische Beeldvorming) op campus Asse

- Gevoelige uitbreiding van de dagelijkse mogelijkheden tot afspraak voor mammografie. Mogelijkheid avondconsultatie mammografie tot 19u.
- Verdubbeling van de mogelijkheden tot borstpuncties indien nodig, op dinsdagen en donderdagnamiddag.
- Afspraken kunnen gemaakt worden via het telefoonnummer 02 300 62 57.

Uitbreiding aanbod NMR (Medische Beeldvorming) in Aalst op zaterdag en zondag

- NMR-onderzoeken ook op zaterdag en zondag van 7u30 tot 22.00 uur.
- Afspraken kunnen gemaakt worden via het telefoonnummer 053 72 41 64.

Uitbreiding aanbod Slaaplaboratorium op campus Aalst

- Uitbreiding van 3 naar 5 posities.
- Afspraken kunnen gemaakt worden via het telefoonnummer 053 72 45 19 of 053 72 42 89.

Preoperatieve onderzoeken: "eerste lijn is eerste optie"

Om de kwaliteit van de zorg voor onze patiënten te garanderen, dient elke patiënt een aantal onderzoeken te ondergaan vooraleer geopereerd te kunnen worden.

- In het OLV Ziekenhuis wordt de patiënt voor deze onderzoeken altijd doorverwezen naar zijn huisarts. Wij nemen dus enkel het consult anesthesie voor onze rekening, als dat is vereist. Ook als de patiënt of de huisarts dat zelf uitdrukkelijk wenst, nemen wij de pre-operatieve onderzoeken op ons.
- Bij onze doorverwijzing naar de huisarts, vermelden wij welke onderzoeken zijn vereist, maar u kunt het ook nog eens natrekken via de handige module van het Riziv, die u ook op onze

website terugvindt: www.olvz.be/zorgverleners/preoperatieve-onderzoeken

- Gelieve de resultaten van de onderzoeken ten minste 48 uur voor de ingreep ter validatie door te sturen naar het operatiekwartier - via email: preoperatieveconsultatie@olvz-aalst.be
- Als er een consult anesthesie is vereist, kan dat ingepland worden op maandag

en woensdag, telkens van 14 tot 15 uur. U of uw patiënt kunnen voor een afspraak bellen naar 053 72 45 06.

- Als u dat wenst kunt u ook voor de andere onderzoeken een beroep doen op het OLV Ziekenhuis - voorlopig enkel voor de dienst Algemene Heelkunde, later ook voor de andere diensten aan bod. Voor een afspraak: bel 053 72 45 06 (Aalst en Ninove) of 02 300 63 29 (Asse).

Ingebruikneming cardio lounge op campus Aalst

Het OLV Ziekenhuis nam begin april zijn nieuwe cardio lounge in gebruik. In deze rustige en aangename omgeving kunnen patiënten na katherisatie in dagkliniek even op adem komen in een comfortabele zetel. Na een uurtje mogen ze zich al opnieuw

aankleden en na het middagmaal kunnen de patiënten al naar huis. De cardio lounge biedt plaats aan zes patiënten. Deze nieuwe infrastructuur kiert in een ontwikkeling naar meer ambulante zorg in een veilige omgeving dankzij nieuwe medische technieken en een gespecialiseerd verpleegkundig team.

Huisartsenlijnen

Binnen het OLV Ziekenhuis hebben bepaalde medische diensten zogenaamde huisartsenlijnen geïnstalleerd. Het is de bedoeling dat deze nummers **uitsluitend door verwijzende artsen worden gebruikt, voor medische vragen**. Uw oproep is op die manier geïdentificeerd, zodat de medische secretariaten ze met voorrang behandelen, en doorschakelen naar de betrokken OLV-arts.

Momenteel zijn de volgende huisartsenlijnen in gebruik:

- **Cardiologie Aalst:** 053 72 48 80

(om raadplegingen vast te leggen: Aalst 053 72 44 33, Asse 02 300 63 37, Ninove 054 31 20 63)

- **Medische Beeldvorming Asse:** 02 300 62 64 (om raadplegingen vast te leggen: 02 300 62 57)

- **MKA (Mond, Keel, Aangezicht) Aalst:** 053 72 47 27 (om raadplegingen vast te leggen: 053 72 41 43)

- **Nefrologie Aalst:** 053 72 47 28 (om raadplegingen vast te leggen: 053 72 47 83)

- **Nefrologie Asse:** 02 300 61 28 (om raadplegingen vast te leggen: 02 300 61 83)

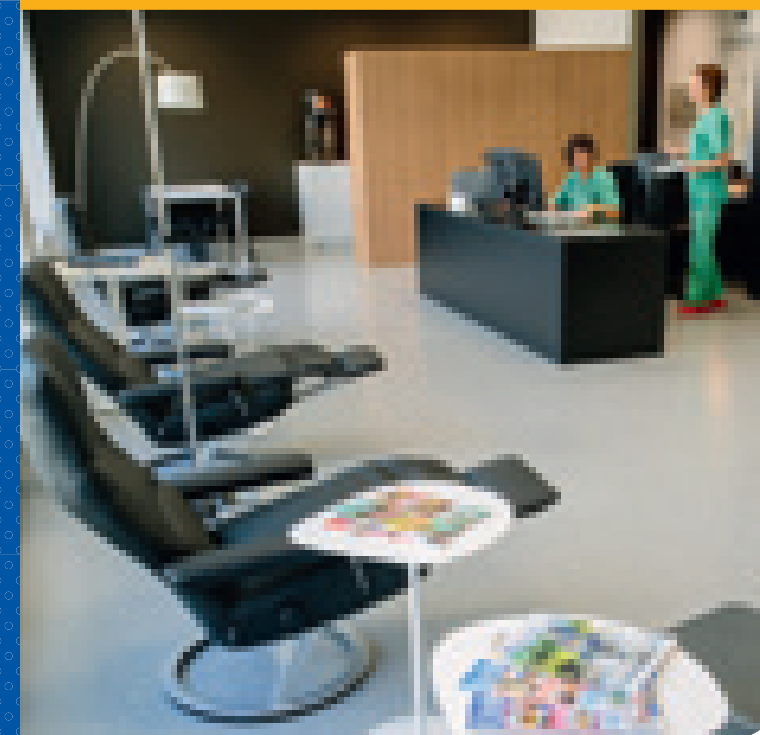
- **Neurochirurgie Aalst:** 053 72 47 27 (om raadplegingen vast te leggen: 053 72 43 73)

- **Nucleaire geneeskunde Aalst:** 053 72 44 00 (om raadplegingen vast te leggen: 053 72 44 77)

- **Pneumologie Aalst:** 053 72 45 24 (om raadplegingen vast te leggen: 053 72 42 89)

- **Radiotherapie Aalst:** 053 72 87 11 (om raadplegingen vast te leggen: 053 72 44 79)

- **Urgentiegeneeskunde Aalst:** 053 72 89 90 (om raadplegingen vast te leggen: 053 72 42 48)



OLV Ziekenhuis
Campus Aalst

Moorselbaan 164
9300 Aalst

T 053 72 41 11
F 053 72 45 86

OLV Ziekenhuis
Campus Asse

Bloklaan 5
1730 Asse

T 02 300 61 11
F 02 300 63 00

OLV Ziekenhuis
Campus Ninove

Biezenstraat 2
9400 Ninove

T 054 31 21 11
F 054 31 21 21

