

OLV insideout

medisch-wetenschappelijke
informatie voor artsen en
professionele zorgverleners

juli 2019 - nummer 11

In dit nummer

Immunotherapie voor longkanker

Coronair lijden - virtuele stenting

15 jaar cystectomie met robotondersteuning

**Transperineale biopsie van de prostaat
onder lokale narcose**



**OLV wenst u een
deugddoende vakantie!**





Beste collega,

Er is al veel inkt gevloeid - en er zal nog meer inkt vloeien - over de grote uitdagingen waarmee alle spelers in de gezondheidszorg worden geconfronteerd. Ook in deze editie vindt u enkele korte berichten die daarmee samenhangen: afscheid van onze algemeen directeur en verwelcoming van een transitie-manager, publicatie van onze jaarresultaten 2018, hernieuwing van onze accreditatie, enzovoort.

Met de zomervakantie voor de deur leek het me niet gepast om daarop dieper in te gaan in dit voorwoord.

Wij hopen dat deze editie van OLV Inside Out deel mag uitmaken van uw pakketje vakantielectuur. U vindt artikels over actuele topics in ons vakgebied: robotchirurgie, immunotherapie, virtual reality, interventionele radiologie ... gebracht door artsen uit ons ziekenhuis, die met u samen in de praktijk staan.

Ik wens u veel leesplezier en een deugddoende vakantie!

Dokter Eric Wyffels,
Hoofdgeneesheer OLV Ziekenhuis



Inhoud

Immunotherapie voor longkanker	4
Coronair lijden - virtuele stenting	9
Korte berichten	13
Interventionele radiologie	17
Meewerken aan klinisch onderzoek naar innovatieve therapieën	21
Robotchirurgie	22
Precieze, veiligere en comfortabele manier voor prostaatbiopsie	26
Vrienden van de Wetenschap	28

Immunotherapie voor longkanker

“Immunotherapie geeft bij bepaalde longkankerpatiënten resultaten die ik tot voor kort voor onmogelijk hield”

Van de 66.604 Belgen die in 2016 de diagnose van kanker kregen, waren er 8.174 (12%) bij wie het om longkanker ging. Longkanker is daarmee de vierde meest voorkomende kanker in België (1). Het is helaas ook nog steeds één van de kankers met de minst goede vooruitzichten voor de getroffen patiënten. In 2016 zijn er 6.295 longkankerpatiënten overleden (3). De gemiddelde vijfjaarsoverleving bedraagt 18,1% bij mannen en 26,8% bij vrouwen (2). Anders gesteld: slechts één vijfde tot één vierde van de patiënten bij wie longkanker is vastgesteld, zijn vijf jaar na deze diagnose nog in leven. “De studieresultaten met nieuwe immuuntherapieën lijken erop te wijzen dat we deze dramatische cijfers eindelijk kunnen verbeteren,” zegt dokter Piet Vercauter, longarts en hoofdonderzoeker in het OLV Ziekenhuis voor de Pacific-studie.

Wat was het opzet van de Pacific-studie?

Dr. Piet Vercauter, longarts OLV Ziekenhuis: “De Pacific-studie onderzocht het effect van de checkpointremmer durvalumab bij patiënten met lokaal gevorderde niet-kleincellige longkanker. Ongeveer 1/3 van de patiënten met longkanker heeft lokaal gevorderde ziekte bij diagnose. Deze groep van patiënten heeft geen uitzaaiingen maar de lokale ziekte in de long is te uitgebreid waardoor heelkundige resectie niet meer mogelijk is. De standaardbehandeling voor

deze patiënten was tot recent een combinatie van chemo- en radiotherapie; bij fitte patiënten worden beide behandelingen concurrent toegediend. Maar de prognose voor deze patiënten is zeer onzeker met een 3-jaarsoverleving van 25% en een 5-jaarsoverleving van 15% (4). In de Pacific-studie werden in totaal 713 patiënten met een lokaal gevorderd niet-kleincellig longcarcinoom na de standaardbehandeling (concomitante chemoradiotherapie) gerandomiseerd naar ofwel



Meewerken aan klinisch onderzoek

Meerdere diensten van het OLV Ziekenhuis werken als onderzoekscentrum mee aan nationale en internationale klinische studies, waarvan sommige door de industrie zijn gefinancierd, maar andere door de onderzoekers zelf worden geïnitieerd. Momenteel lopen er in het OLV Ziekenhuis ongeveer 40 klinische studies. U vindt een overzicht met een korte toelichting van elke studie op onze satellietwebsite <https://klinischestudies.olvz.be/nl>.

Wat zijn de belangrijkste resultaten van de Pacific-studie?

behandeling met durvalumab ofwel behandeling met placebo (5,6). Durvalumab werd om de 2 weken met een intraveneuze injectie via dagziekenhuis toegediend gedurende 1 jaar. Het OLV Ziekenhuis was samen met UZ Leuven het enige centrum in Vlaanderen dat meewerkte aan de Pacific-studie, waarbij in totaal meer dan 250 onderzoekscentra van over de hele wereld zijn betrokken. Als hoofdonderzoeker voor ons centrum wordt ik binnen onze dienst bijgestaan door dokter Kurt Tournoy.

Prof. Dr. Kurt Tournoy, longarts OLV Ziekenhuis: “De resultaten van deze studie zijn veel beter dan we hadden verwacht. De ziektevrije overleving was bijna 12 maanden langer in de groep patiënten die werden nabehandeld met durvalumab (16,8 maanden in de durvalumabgroep versus 5,6 maanden in de placebogroep). Consolidatiebehandeling met durvalumab resulteerde in een betere lokale ziektecontrole thoracaal en in minder nieuwe tumorletsels op afstand. Maar

wat nog belangrijker is, zijn de overlevingscijfers. Enkele weken terug werden op het ASCO-congres in Chicago de 3-jaarsoverlevingscijfers gepresenteerd van de Pacific-trial (7). Drie jaar na randomisatie was in de groep behandeld met durvalumab nog 57% van de patiënten in leven tegenover 43% van de patiënten in de groep met enkel standaardbehandeling. De hazard-ratio voor reductie van sterfte bedraagt 0,69 wat een sterftereductie van 31% betekent.”

Werd immuuntherapie met durvalumab goed verdragen?

Dr. vercauter: "De Pacific-studie is zonder twijfel een 'landmark'-studie in de thoracale oncologie. Afgelopen decennia werden bij patiënten met lokaal gevorderde longkanker verschillende behandelingsstrategieën geprobeerd: nieuwere chemotherapieproducten, hogere bestralingsdosis, toevoegen van doelgerichte antikankermedicijnen ... Al deze pogingen mislukten. De Pacific-studie is de eerste positieve studie sinds zeer lang voor deze groep van patiënten en is dan ook onmiddellijk de nieuwe standaardbehandeling geworden."

Dr. Tournoy: "We waren voor de start van de studie toch een beetje bezorgd over de mogelijke toxiciteit door de combinatie van chemoradiotherapie en immuuntherapie. In de studie zagen we meer pneumonitis in de durvalumabgroep maar ernstige pneumonitis trad slechts bij 3,4% van de patiënten op. Het aantal immuunmediëerde neveneffecten (vooral hypothyroïdie) was ongeveer 25% maar de meeste neveneffecten waren mild (graad1/2). Consolidatietherapie met durvalumab wordt dus goed verdragen en is een veilige behandeling."

Heeft immuuntherapie de behandeling van longkanker grondig veranderd?

Dr. Vercauter: "Met de introductie van checkpointremmers is de behandeling van niet-kleincellige longkanker de laatste jaren compleet veranderd. Checkpointremmers (in monotherapie of in combinatie met chemotherapie) zijn nu de standaardbehandeling geworden voor patiënten met uitgezaaide niet-kleincellige longkanker in eerste lijn. Bij patiënten met lokaal gevorderde longkanker is consolidatiebehandeling met durvalumab na chemoradiotherapie dus nu de standaardbehandeling. En ook bij patiënten met longkanker in een vroeg stadium zijn tal van studies lopende om te kijken of checkpointremmers voor of na heelkundige resectie van de tumor leiden tot betere overleving."

Dr. Tournoy: "We hebben met deze studie de dienst pneumologie samen met de dienst radiotherapie nogmaals op de kaart gezet als onderzoekscentrum voor internationale klinische studies. In ons ziekenhuis participeren we nu aan verschillende studies in thoracale oncologie; we hebben momenteel voor elk stadium van longkanker een studie lopen. We vinden het heel belangrijk dat onze patiënten de kans hebben om deel te nemen aan studies en op die manier bieden we een



Dokter Kurt Tournoy (links) en dokter Piet Vercauter

Dienst Longziekten

De dienst Longziekten van het OLV Ziekenhuis bestaat uit de volgende artsen-stafleden:

- Dr. Evert Munghen (Diensthoofd)
- Dr. Valerie Adam
- Dr. Berend-Jan Berendes
- Dr. Elke Hardeman,
- Prof. Dr. Kurt Tournoy
- Dr. Piet Vercauter
- Dr. Patrick Watrion
- Dr. Paul Jordens is senior arts.

De dienst is ook erkend als opleidingscentrum en verwelkomt elk jaar een aantal specialisten-opleiding en/of assistenten.

Eén van de vroegere assistenten was Dr. P.A.H. Nguyen. Zij in 2020 zal de dienst Longziekten in het OLV Ziekenhuis komen versterken.

Het is ondertussen uitgegroeid tot een traditie dat

deze assistenten onder begeleiding van een van de stafleden een project uitwerken en daarmee meedingen voor de prijs van de Belgische Vereniging voor Pneumologie (BVP).

- **Dr. Hong Nguyen** won dit jaar de tweede prijs in de GSK/BVP Pulmonology Award met haar prospectieve studie naar de impact van een gelijktijdige chemoradiatie bij patiënten met lokaal gevorderde niet-kleincellige longkanker. Zij nam het als enige assistent bij een niet-universitair ziekenhuis met succes op tegen 21 andere kandidaten. Proficiat!
- **Dr. Iwein Gyselinck** won op de eindejaarsvergadering van de BVP van december 2018 de eerste prijs voor het beste case report: "A lung disease with a heartache for the patient and a headache for the doctor." Hij is de derde OLV-assistent in vier jaar tijd die bij deze heel competitieve wedstrijd in de prijzen is gevallen. Gefeliciteerd!



aantal van onze patiënten de toegang tot innovatieve behandelingen, op een moment dat deze therapieën nog niet breed beschikbaar zijn. We kunnen in ons ziekenhuis hiervoor beroep doen op een zeer gedreven studieteam.”

Hebben alle patiënten met longkanker effect van immuuntherapie?

Dr. Vercauter: “Zoals we ook al zagen in de studies met immuuntherapie bij uitgezaaide longkanker, zien we ook in de Pacific-studie dat immuuntherapie zeer gunstige effecten heeft bij een substantiële groep van patiënten maar niet bij ieder-

een. Waarom de ene groep van patiënten wel een spectaculair effect heeft van immuuntherapie en de andere niet, is een zeer complexe vraag en wordt volop onderzocht. We zijn op zoek naar biomerkers die het effect van een behandeling met immuuntherapie kunnen voorspellen en die we dus zouden kunnen gebruiken om een betere selectie te maken van onze patiënten die al dan niet behandeld moeten worden met immuuntherapie. Tot nu toe hebben we enkel de PD-L1-kleuring op tumorcellen die een beperkt voorspellende waarde heeft. Hoe hoger de PD-L1 expressie is op de tumor, hoe groter de kans dat immuuntherapie aanslaat.”

- (1) https://kankerregister.org/Cijfers_over_kanker (C34)
- (2) Belgian Cancer Registry, Brussels, 2019
- (3) Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium)
- (4) Auperin et al. Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2010;28:2181-2190.
- (5) Antonia et al. Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2017;377:1919-1929.
- (6) Antonia et al. Overall Survival with Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III NSCLC. *N Engl J Med*. 2018;379:2342-2350.
- (7) Gray et al. Three-Year Overall Survival Update from the PACIFIC Trial. *J Clin Oncol* 2019;37 (suppl; abstract 8526).

Fitness to fly

Veilig op het vliegtuig met longproblemen? Laat je checken!

Ook deze zomer maken ongetwijfeld veel mensen zich op voor een vliegtuigreis naar hun vakantiebestemming. Maar voor sommige patiënten met longproblemen kan een vliegtuigreis medische complicaties met zich meebrengen. Voor deze risicogroepen heeft de dienst Longziekten van het OLV Ziekenhuis de 'Fitness to fly'-test ontwikkeld.

De 'Fitness to fly'-test brengt de patiënt in dezelfde hypoxemie-omstandigheden als tijdens een vlucht. Tijdens een commerciële vlucht op 8000 voet hoogte, daalt de arteriële zuurstofspanning bij gezonde mensen tot 60-70 mmHg. Bij longpatiënten kan het zuurstofgehalte nog meer dalen, wat kan leiden tot ernstige ademhalingsmoeilijkheden”, zegt longarts dr. Patrick Watripont.

“Tijdens de 'Fitness to fly'-test ademt de patiënt 20 minuten onder toezicht een hypoxisch gasmengsel in met monitoring van de zuurstofsaturatie. Na 20 minuten kunnen we evalueren of de patiënt tijdens de vlucht extra zuurstof nodig zal hebben.”

De patiëntengroepen die in aanmerking kunnen komen voor een 'pre flight' zijn niet alleen de longpatiënten (astma, COPD, interstitieel longlijden, slaapapnoesyndroom, mucoviscidose) maar ook cardiale patiënten (hartfalen met pulmonale hypertensie, coronair lijden, congenitaal hartlijden, kleplijden) en patiënten met neuromusculair lijden en kyfoscoliose.

Coronair lijden - virtuele stenting

Voorspelbare, optimale outcomes bij de behandeling van coronaire stenoses

Na meerdere artikels in wetenschappelijke tijdschriften, waaronder *The Lancet* en recent in de *New England Journal of Medicine*, geldt het meten van de Fractional Flow Reserve (FFR) als gouden standaard bij de beslissing tot behandeling van vernauwingen van kransslagaders. Tijdens een FFR-meting wordt de druk in het bloedvat gemeten, zowel vóór de vernauwing als achter de stenose. Aan de hand van het opgemeten drukverschil kan de cardioloog bepalen of een medicamenteuze behandeling volstaat, dan wel of een ingreep is aangewezen. Dat kan ofwel door de dichtgeslibde kransslagader te openen via een percutane coronaire interventie (PCI) - waarbij er eventueel ook een stent wordt geplaatst - ofwel door een overbruggingsoperatie.

FFR wordt uitsluitend gemeten met een speciale draad in de kransslagader tijdens een invasieve katheterisatie. Niettegenstaande de wetenschappelijke evidentie voor de waarde van FFR-metingen bleven talrijke centra toch nog jarenlang werken zonder systematisch FFR-metingen uit te voeren. Interventiecardiologen baseren zich dan enkel op een visuele inschatting van de ernst van een vernauwing. Het is bewezen dat de relatie tussen deze visuele inschatting van de ernst en de functionele weerslag van stenoses, zoals gemeten door FFR, niet betrouwbaar is. Als gevolg

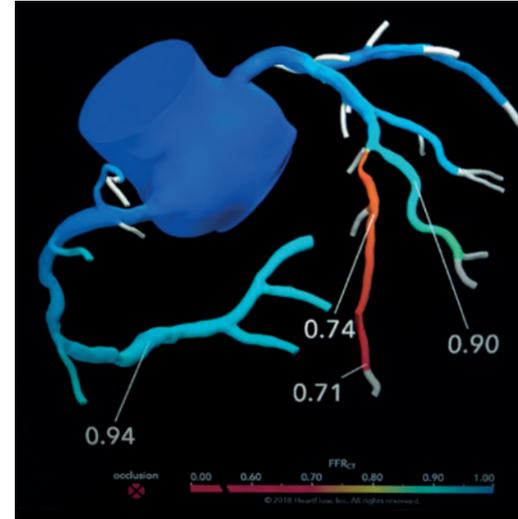
hiervan zijn waarschijnlijk onnodige stents geplaatst en zijn ongetwijfeld ook stents niet op de meest aangewezen plaats in het bloedvat achtergelaten.

FFR-meting zonder katheterisatie maar op basis van een CT-scan

Dokter Jeroen Sonck, cardioloog OLV Hartcentrum Aalst: “De ontwikkeling van de FFR_{CT} droeg verder bij tot de status van de FFR-meting als gouden standaard. Met de FFR_{CT} is er niet langer een ka-



Dokter Jeroen Sonck



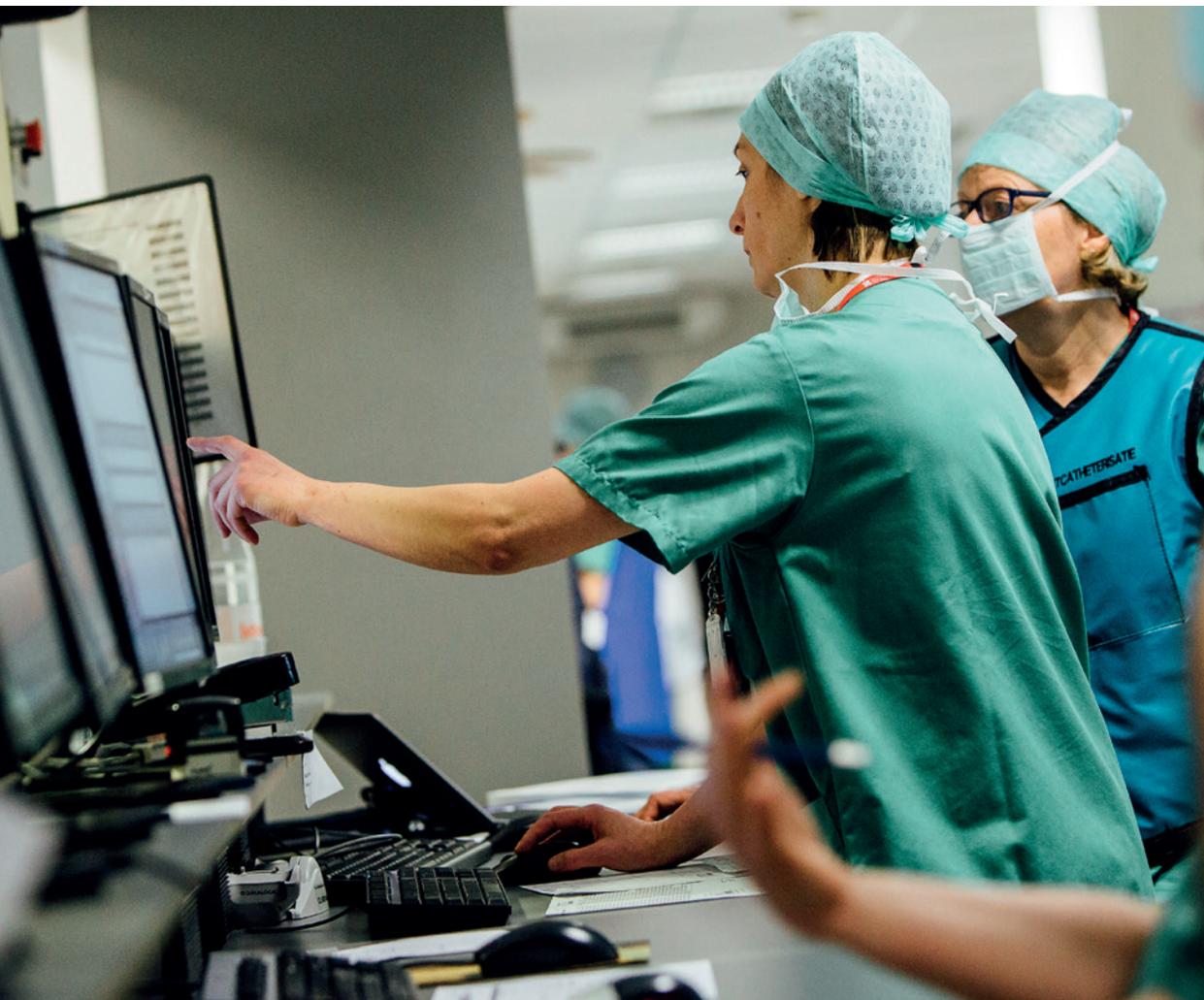
theterisatieprocedure vereist om de FFR te bepalen. Op basis van de data van standaard CT-beelden, creëert Heartflow een gepersonaliseerd driedimensionaal FFR_{CT} beeld van de kransslagaders van de patiënt. Complexe analyses maken het mogelijk om de impact van de vernauwingen op de bloeddoorstroming nauwkeurig te analyseren. Op die manier beschikken we dus over dezelfde informatie als bij een FFR-meting via katheterisatie, maar de patiënt hoeft ervoor niet opgenomen te worden in het ziekenhuis. Zoals dokter Bernard De Bruyne van het OLV Hartcentrum gedurende meer dan vijftien jaar de FFR-metingen wetenschappelijk op de kaart

heeft gezet, ben ik net als hem sinds 2015 aan de weg aan het timmeren om de FFR_{CT}-techniek een brede ingang te doen vinden. Sinds mijn overstap van UZ Brussel naar OLV in 2018 kunnen we onze inspanningen op dit vlak nog beter bundelen.”

Van FFR_{CT} naar virtuele stenting

Dr. Jeroen Sonck: “Hoewel de FFR_{CT} nog niet in alle centra courant wordt gebruikt, werken wij al aan de volgende innovatie op dit terrein: virtuele stenting. Sinds 2015 hebben talrijke cardiologen van over de hele wereld ontelbare CT-beelden van de kransslagaders doorge-

stuurd naar de firma Heartflow om er softwarematig een 3D-beeld van te maken met FFR_{CT}-meting. De term “Big Data” is hier op zijn plaats. Dankzij de overvloed aan gegevens kon Heartflow de software verder optimaliseren. Heartflow is nu enerzijds in staat om met grote precisie het CT-beeld te modelleren tot een driedimensionale beeldconstructie en anderzijds om de FFR te bepalen in de drie bloedvaten op elk willekeurig punt. Zo zie ik op het 3D-beeld van de vernauwde kransslagader exact waar de stenoses tot een te kleine FFR-waarde leiden. Daarnaast kan ik met een simuleren wat het effect op de FFR zou zijn wanneer ik één of meerdere stents op bepaalde plaatsen aanbreng. Ik kan dus virtueel alle alternatieven uittesten tot de software mij de meest optimale outcome voor de patiënt heeft helpen identificeren. Dankzij virtuele stenting weet de cardioloog op voorhand exact hoeveel stents van welke lengte of diameter hij dient te plaatsen om het beste resultaat voor de patiënt te verkrijgen. Ook de overheid krijgt hierdoor de garantie dat er geen stent teveel zal worden geplaatst, en dus geen cent uit het gezondheidszorgbudget wordt verspild. De interventiecardioloog wordt misschien iets meer ingenieur, maar wint hiermee wel optimale controle



over de ingreep: ik wéét exact wát ik ga doen wanneer ik de percutane coronaire ingreep bij de patiënt in kwestie aanvat. Ik wéét bovendien met grote zekerheid wát het resultaat van mijn interventie is voor de patiënt. Dat is geruststellend voor iedereen.”

Deze technologie wordt momenteel gevalideerd via een

internationale studie (P3 of Precision PCI Plan studie) in zes centra: in Aarhus (Denemarken), Amsterdam (Nederland), Seoel (Korea), Kobe (Japan), Monash University Melbourne (Australië) en in het OLV Ziekenhuis te Aalst. Dr. Sonck kon midden februari 2019 de allereerste patiënt voor deze studie includeren en verwacht dat er 120 patiënten via het OLV Zie-

kenhuis zullen deelnemen aan deze studie. Via meerdere traditionele FFR-bepalingen meteen na de percutane coronaire interventie wordt nagegaan in welke mate de reëel gemeten FFR-waarden overeenstemmen met de waarden die softwarematig vooraf werden berekend.

Korte berichten

Organisatie in beweging

Sinds de vorige editie van OLV Inside Out zijn er een aantal organisatorische ontwikkelingen geweest binnen het OLV Ziekenhuis. Vele kwamen ondertussen al in andere media aan bod, maar verdienen het om toch nog beknopt in deze kolommen te worden opgenomen.

Marc Van Uytven kiest voor carrièrewending

Marc Van Uytven, algemeen directeur, heeft aan de raad van bestuur van het OLV Ziekenhuis gevraagd om de samenwerking met ingang van 1 juli 2019 te beëindigen teneinde een nieuwe wending aan zijn loopbaan te kunnen geven, meer bepaald als zelfstandige consultant.

Mr. Paul Cooreman, voorzitter Raad van Bestuur: “Ik heb graag met Marc Van Uytven samengewerkt en wij respecteren zijn beslissing om nieuwe horizons in zijn loopbaan op te zoeken. Wij wensen hem tevens te danken voor zijn bijdrage vanuit zijn mandaat als algemeen directeur, dat hij sinds mei 2013 met heel veel inzet heeft vervuld.” Marc Van Uytven, algemeen directeur: “Ik blik met veel voldoening terug op de voorbije zes jaar waarin ik samen met het OLV-team aan de toekomst heb gewerkt van het OLV Ziekenhuis in een ziekenhuislandschap dat grote veranderingen ondergaat.”

Dr. Bart Van Daele wordt transitie manager OLV Ziekenhuis

Dr. Bart Van Daele is op 1 juni 2019 gestart als transitie manager in het OLV Ziekenhuis. Zodoende kon Marc Van Uytven de JCI-audit van 20-24 mei 2019 nog ten volle begeleiden en in de daarop volgende maand juni de overdracht van taken en bevoegdheden aan dr. Van Daele verzorgen. Vanaf 1 juli 2019 neemt dr. Van Daele zijn mandaat op als Algemeen Directeur van het OLV Ziekenhuis. Naar verwachting zal hij dit mandaat wellicht tot het eind van 2019 vervullen. Inmiddels is immers ook gestart met de identificatie en selectie van een algemeen directeur die na deze transitieperiode zal starten.

Dokter Bart Van Daele is opgeleid als psychiater met een psychotherapeutische bekwaam-

heid in de systeemtherapie. In 1993 werd hij Licentiaat in management aan de Vlerick School in Gent. Verder volgde hij opleidingen in Insead, London Business School en het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Hij was algemeen directeur achtereenvolgens van het UPC Salve Mater Lovenjoel, het Ziekenhuis Oost Limburg Genk en tussen 1999 en 2006 van het UZ Gasthuisberg te Leuven. Hij was actief in de aansturing van de ziekenhuizen Portaels Vilvoorde, Vesalius Tongeren en Sint-Maria Halle en is momenteel bestuurder in AZ Klina en Sint-Elisabeth Herentals. Hij is oprichter van de managementvereniging Turimm en mede-oprichter van Liftin voor Interim en Coaching. Als auditor voor het Niaz begeleidde hij tot nu toe een tiental accreditatieprojecten.

JCI-accreditatie succesvol hernieuwd

Na vele maanden hard werken in voorbereiding op de heraccreditatie kreeg het OLV Ziekenhuis van 20 tot 24 mei 2019 het bezoek van de auditors van de Joint Commission International (JCI). De audit werd met succes afgerond en resulteerde in een verlenging met drie jaar van de prestigieuze JCI-kwaliteitsaccreditatie. Die accreditatie krijgt een ziekenhuis na een grondige evaluatie van alle aspecten van zijn werking door een onafhankelijke, internationale instantie. We zijn dan ook blij en fier op de enthousiaste inzet van alle artsen en medewerkers die hebben bijgedragen tot dit succes! Frank Staelens, directeur Processen & Kwaliteit: "De nieuwe accreditatie loopt tot midden 2022. Dit biedt voldoende tijd om ondertussen een grondige evaluatie te maken en een strategie op langere termijn uit te stippelen. Daarbij gaan we geen enkele vraag uit de weg: Willen we geaccrediteerd blijven of onderwerpen we ons aan intensiever toezicht door de Zorginspectie? Als we voor accreditatie opteren, gaan we dan een beroep doen op JCI of op het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ)? Hoe staan we tegenover de evolutie op dit vlak in Denemarken, waar ziekenhuizen beslisten om een eigen accreditatieorgaan op te richten?"

Resultaten boekjaar 2018

Eind juni werden de resultaten van het boekjaar 2018 voorgesteld aan de algemene vergadering van het OLV Ziekenhuis. Het activiteitenverslag bevestigt de voortzetting van al eerder gekende trends: een significante toename van ambulante zorg, een lichte daling van het aantal hospitalisaties en verdere inkorting van de gemiddelde hospitalisatieduur. Enkele kerncijfers voor 2018 met tussen haakjes de evolutie ten opzicht van 2017:

- Hospitaalopnames grote poort: 33.939 (-1,4%)
- Capaciteitsbenutting hospitalisatiebedden: 68,6% (-2,0%)
- Spoedcontacten: 43.786 (+1,7%)
- Bevallingen: 1.748 (+8,3%)
- Dagkliniekcontacten: 61.876 (+3,0%)
- Operatieve ingrepen: 56.899 (+4,2%)
- Procedures katheterisatielab: 4.936 (+0,0%)
- Ambulante contacten (consultaties, technische onderzoeken ...): 477.601 (+4,9%)

Deze activiteiten resulteerden in een positief bedrijfsresultaat van 3,7 miljoen euro (-1,0%). Na verrekening van het financieel resultaat, kwam het courant resultaat uit op 2,3 miljoen euro (-6,0%). Rekening houdend met de uitzonderlijke resultaten, bedroeg de netto winst van

het boekjaar 4,7 miljoen euro (+18%). Het OLV Ziekenhuis blijft dus financieel gezond, maar voelt heel duidelijk de impact van de krimpende overheidsfinanciering, die niet meer is afgestemd op de hedendaagse en toekomstige noden in de gezondheidszorg. Door de schaarste op de arbeidsmarkt waren er vorig jaar 7,94 voltijds equivalente medewerkers minder dan in 2017. De 1.970,90 voltijds equivalenten werden in 2018 aangevuld met 13,13 voltijds equivalente projectmedewerkers (interim-basis). Naast de personeelsproblematiek vormen ook de investeringen een belangrijk aandachtspunt. In 2018 heeft het OLV Ziekenhuis voor meer dan 23 miljoen euro investeringen gerealiseerd, waarvan meer dan 11 miljoen euro voor medische uitrusting. Een gezond courant resultaat is onontbeerlijk om dit investeringsritme te bestendigen.

Consultaties Opwijk

Op vraag van en in samenwerking met de huisartsen van het Medisch Huis in Opwijk, heeft het OLV Ziekenhuis regelingen getroffen zodat OLV-artsen daar ter plekke - Heiveld 41, 1745 Opwijk - opvolgingsraadplegingen kunnen organiseren. Op die manier dient enerzijds de patiënt uit deze regio zich minder ver te verplaatsen voor controle- en raadplegingen en wordt anderzijds ook de band met de eerstelijnszorg uitgediept. Op dit moment zijn twee OLV-artsen in dit systeem ingestapt:

- Dr. Tom Peeters, staflid Orthopedie, is aanwezig in het Medisch Huis in Opwijk op woensdag van 8u30 tot 11u30.
- Dr. Dirk Kerkhove, toegelaten arts Cardiologie, is 's maandags in Opwijk van 8 tot 12u en van 13 tot 17u.

Afspraken met OLV-artsen in het Medisch Huis te Opwijk verlopen via de secretariaten van het OLV Ziekenhuis. Contactgegevens: <https://www.olvz.be/patienten/diensten>

Oncologisch Centrum Aalst markeert start met symposium op 21 september

Binnen het OLV Ziekenhuis zijn talrijke medische diensten betrokken bij de behandeling van kankerpatiënten. Hoewel het dossier van elke patiënt wordt besproken in het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC), willen de betrokken diensten hun samenhang nog verder versterken en hun werking nog beter op elkaar afstemmen en integreren. Een sterkere interne cohesie maakt het immers ook gemakkelijker om de samenwerking met de betrokken diensten in andere ziekenhuizen in de regio aan te halen, maar ook om de dialoog en interactie met de eerstelijnszorg naar een hoger niveau te tillen. Daartoe werd het Oncologisch Centrum Aalst opgericht; een naam die al vooruitblijkt op een nauwere samenwerking binnen een regionaal netwerk. Dit initiatief wordt "afgetrapt" met een symposium op zaterdag 21 september 2019 in het ORSI-opleidingscentrum voor robotchirurgie in Melle. U wordt daartoe hierbij van harte uitgenodigd. Het programma wordt nog in detail uitgewerkt, maar ziet er in grote lijnen als volgt uit:

- 09.00 - Onthaal en inschrijvingen
- 09.20 - Welkom door Dr. S. Bral
- 09.30 - "Breathhold"-techniek bij linker borstbestraling" (Dr. H. Roelstraete)
- 09.50 - "PET-CT Zuidoost-Vlaanderen: overzicht en evaluatie na 1,5 jaar interdisciplinaire en interregionale samenwerking." (Dr. O. De Winter & Dr. W. Simoens)
- 10.10 - "Heelkundige aanpak borstkanker: less is more" (Dr. K. Traen)
- 10.30 - koffiepauze
- 11.00 - "20 jaar oncologische robotchirurgie in het OLV: Klaar voor de toekomst" (Dr. G. De Naeyer) en ORSI academie: meer dan alleen maar topchirurgen in de maak (Prof. Dr. A. Mottrie)
- 11.20 - PROMs: Kwaliteit van kankerzorg verbeteren door meer naar de patiënt te luisteren (Dr. P. Vercauter)
- 11.40 - Screening naar darmkanker in België: waar staan we in 2019? (Dr. V. Casneuf)
- 12.00 - Rol van de huisarts in het nieuwe oncologische landschap (Dr. E. Samyn)
- 12.15 - Slotwoord: Dr. N. Van Heddeghem
- 12.20 - Diner

OLV stelt voor: Syndo, een app voor telemonitoring van chronische hartziekten

Het OLV Hartcentrum Aalst ontwikkelde samen met het investeringsfonds van Partena het Syndo-platform. Dat platform verbindt patiënten met chronische hartziekten met een coach en de behandelende arts. Het belangrijkste verschil met de meeste andere gezondheidsapps bestaat erin dat deze app draait rond opleiding, coaching en begeleiding van de patiënten. Uiteraard zullen enkele parameters van de patiënt vanop afstand mee opgevolgd worden. De patiënt zal ook via de app een herinnering krijgen als hij zijn medicatie dient in te nemen, daarnaast zal hij ook elke dag wat gerichte informatie toegestuurd krijgen over zijn aandoening. Hierdoor zal de patiënt meer kennis verwerven omtrent zijn ziekte hetgeen zou moeten resulteren in een betere therapietrouw en angstreductie.

Het doel is ook om op die manier (re)hospitalisaties en onnodige (spoed-)raadplegingen te verminderen. De bijhorende app is één van de acht oplossingen voor mobile health die reeds door de overheid zijn erkend. In de opstartfase biedt Partena 100 leden-patiënten gratis toegang tot het Syndo-platform. Zij ontvangen dan gratis een weegschaal, een stappenteller en een bloeddrukmeter die elk zijn uitgerust met nauwkeurige sensoren, die alle gemeten waarden meteen naar de Syndo-app sturen. Conform de privacy- en GDPR-regelingen dient de patiënt die van Syndo gebruik wil maken, toegangsrechten te geven aan de Syndo-coach en zijn behandelend geneesheer, zodat zij de waarden van elke patiënt mee kunnen opvolgen.

In een eerste fase focust Syndo zich op patiënten met chronische hartziekten zoals hartfalen, acuut coronair syndroom, hypertensie ... In functie van dat ziektebeeld worden de parameters bepaald die via sensoren worden opgevolgd. Bij licht afwijkende waarden kan de gezondheidscoach advies geven aan de patiënt. Bij sterkere afwijkingen wordt de behandelende arts automatisch verwittigd zodat hij/zij desnoods snel kan interveniëren. Als een spoedinterventie niet is vereist, kan de behandelende arts de gegeven waarden bespreken met de patiënt bij de volgende raadpleging. Syndo is immers gekoppeld met het elektronische patiëntendossier (KWS, Nexuzhealth) zodat de arts van hieruit de Syndo-gegevens kan bekijken. Meer info over Syndo mag u in een volgende editie verwachten. Of via:

www.syndo.be/nl/

Interventionele radiologie

We willen in OLV en ASZ Aalst samen een expertisecentrum uitbouwen

Welke nieuwe technologieën gaan op korte termijn de grootste impact hebben in de medische wereld? Artificiële intelligentie en Big Data, robotisering, enhanced reality ... ? Jawel, maar het is ook duidelijk dat steeds meer interventies en ingrepen via minimaal invasieve technieken en onder live beeldgeleiding gebeuren. Eén van de medische disciplines die hiervan gebruik maakt is de interventionele radiologie. De diensten Medische beeldvorming van het OLV Ziekenhuis en het ASZ bundelen hun krachten om in Aalst een expertisecentrum uit te bouwen.

Cerebrale trombectomieën als gangmaker

Dr. Lawrence Bonne, interventioneel radioloog: "Ik ben nu ongeveer een half jaar stafid van de dienst Medische beeldvorming in het OLV Ziekenhuis, en ben als toegelaten arts ook deeltijds actief in het ASZ. Daarnaast blijf ik nog een tijd als fellow opdrachten uitvoeren in het ZOL, in Genk. Voordien was ik gedurende 2,5 jaar stafid Interventionele radiologie in UZ Leuven, waar ik eerder ook mijn opleiding genoot. Enkele weken na mijn start in het OLV Ziekenhuis voerden we een cerebrale trombectomie uit. Omdat het de eerste ingreep van die aard was

voor het OLV, had een collega-radioloog dit laten melden via een beknopt, feitelijk bericht op Facebook. Opvallend hoeveel positieve reacties dit bericht op korte tijd genereerde. Op dat moment kon mijn collega Dr. Katrien De Keukeleire - stafid in het ASZ en sinds januari 2019 ook toegelaten arts in het OLV - terugblikken op een vijftigtal van deze ingrepen in het ASZ. Hoewel het dus niet ging om een primeur voor de regio, geeft de reactie aan hoe sterk dit alles leeft bij een brede laag van de bevolking."

Dr. Katrien De Keukeleire, interventioneel radioloog: "Beroerte treft inderdaad vele mensen. Dankzij de techniek om via katheterisatie langs de



Dokter Lawrence Bonne



lies en onder beeldgeleiding, een trombus uit een bloedvat in de hersenen te verwijderen, kunnen we klinische resultaten behalen die tot voor enkele jaren ondenkbaar waren. Quasi iedereen kent ondertussen iemand in de brede kenniscring met een dergelijk verhaal ... en dat gaat snel rond."

Dr. Bonne: "De overheid bereidt regelgeving voor om het aantal 'S2 stroke centra' - ziekenhuizen waar onder andere

deze behandelingstechniek kan worden uitgevoerd - te beperken door erkenningsvoorwaarden op te leggen, dit om een kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen. Bovendien komen bij deze techniek vrij hoge materiaalkosten kijken die mee wegen op het overheidsbudget voor de gezondheidszorg. Voor Vlaanderen wordt er momenteel gesproken over een zevental S2 centra. Door de expertise in OLV en ASZ op dit vlak te bundelen, willen we de



Dokter Katrien De Keukeleire

Acute ischemische stroke

Bij acute ischemische stroke komt het er op aan om het bloedklontertje dat de bloedtoevoer naar een deel van de hersenen blokkeert, zo snel mogelijk op te lossen of te verwijderen om onherstelbare schade te vermijden. Cruciaal voor een snelle interventie is dat de beroerte meteen wordt herkend. Daarom werkt het OLV Ziekenhuis ook mee aan algemene sensibiliserings- en educatiecampagnes op dit terrein. Iedereen zou een beroerte moeten kunnen herkennen zodat ze meteen spoedhulp (112) kunnen oproepen.

Intravenueze trombolysie (IVT)

Bij een herseninfarct is de standaardbehandeling intravenueze trombolysie (IVT) - tenminste als de patiënt snel na de eerste tekenen van beroerte kan behandeld worden. Via een infuus wordt er een trombolyticum toegediend, wat zich verspreidt over de gehele lichaamscirculatie. Het meest gebruikte trombolyticum is recombinant tissuedeplasminogen activator (rtPA). Een risico van het toedienen van trombolytica is een hersenbloeding of een bloeding elders in het lichaam. Het risico op een symptomatische hersenbloeding als gevolg van IVT ligt tussen de 2 en 8%. Een belangrijk deel van de patiënten arriveert te laat in het ziekenhuis om nog in aanmerking te komen voor IVT.

Cerebrale trombectomie

Naast een medicamenteuze trombolysie kan ook mechanische trombectomie worden toegepast. Daarbij wordt een katheter - meestal via de lies- naar het aanvoerende bloedvat gebracht, waarna de trombus verwijderd wordt door middel van een stentretreiver en/of een aspiratiekatheter. Anders dan bij de stents die bijvoorbeeld voor cardiologische toepassingen worden gebruikt, worden deze stents niet in het bloedvat achtergelaten om een vernauwing open te rekken, maar gaan ze de trombus vastgrijpen, zodat die via de katheter uit het lichaam van de patiënt kan worden verwijderd. Een extra voordeel ten opzichte van trombolysie is dat ook grote embolen die vaak moeilijk oplosbaar zijn, verwijderd kunnen worden. Recente onderzoeken naar mechanische trombectomie tonen dat bij goede indicatie een hoger percentage rekanalisatie optreedt met een betere uitkomst voor de patiënt.

kandidatuur voor een erkend S2 centrum in Aalst optimaliseren. Time is brain: hoe sneller we kunnen ingrijpen bij een patiënt die getroffen is door een acute ischemische stroke, hoe beter de perspectieven op herstel. De soms lange aanrijtijden vanuit Aalst naar Gent of Brussel spelen zeker niet in het voordeel. Door de samenwerking tussen OLV en ASZ hebben wij het potentieel om in Aalst een groot aantal patiënten te kunnen helpen met deze behandelings-techniek."

Breder actiedomein

Dr. De Keukeleire: "Interventionele radiologie omvat natuurlijk veel meer dan enkel cerebrale trombectomieën. Een belangrijk onderdeel van onze discipline betreft endovasculaire embolisatie. Deze techniek heeft een vrij breed toepassingsgebied, gaande van endovasculaire urgenties zoals acute bloedingen tot electieve behandeling van uteriene myomen, benigne prostaathyperplasie, vasculaire malformaties, erectiele dysfunctie tengevolge van caverneuze lekkage, etc. Interventionele radiologie speelt verder een belangrijke rol bij een aantal oncologische interventies, zoals radio- of chemoembolisatie van levertumoren, percutane ablatie van tumoren en behandeling van biliaire ob-

structie. Ook bij levercirrose en de vaak daaraan gerelateerde portale hypertensie kunnen interventionele radiologische technieken worden aangevend."

Dr. Bonne: "Midden juli zal Dr. Jo Peluso ons team versterken als deeltijds stafid in het OLV Ziekenhuis én in het ASZ. Hij keert terug naar Vlaanderen na een carrière in het Elisabeth-Twee-Stedenziekenhuis in Tilburg, dat een sterke reputatie heeft op het vlak van interventionele neuroradiologie. Dokter Peluso brengt een pak expertise mee op het vlak van interventionele radiologie voor neurovasculaire pathologie, waaronder de behandeling van intracranieële aneurysmata. Met een team van drie interventieradiologen willen we een dynamiek op gang brengen om onze gezamenlijke expertise in een versneld tempo uit te bouwen. Bovendien kunnen we op deze manier een efficiënte 24/7 wachtdienst organiseren in de twee ziekenhuizen. Op korte termijn is één van onze belangrijkste doelen hierbij dat we - in samenwerking met de diensten neurologie - patiënten uit de regio die door een acute ischemische stroke worden getroffen, snel en efficiënt kunnen helpen in Aalst."



Dokter Jo Peluso

Meewerken aan klinisch onderzoek naar innovatieve therapieën

Ethisch Comité erkend voor evalueren Klinische Studies op Europees niveau

Onlangs ontving het Ethisch Comité van het OLV Ziekenhuis als één van de eersten in België de officiële erkenning om klinische proeven te mogen beoordelen volgens de Wet van 7 mei 2017. Die wet is de omzetting van een Europese Verordening die invoert dat vanaf 2020 slechts één enkel ethisch comité een bepaalde klinische studie met experimentele medicatie zal doorlichten. Een dergelijk advies zal dan meteen bindend

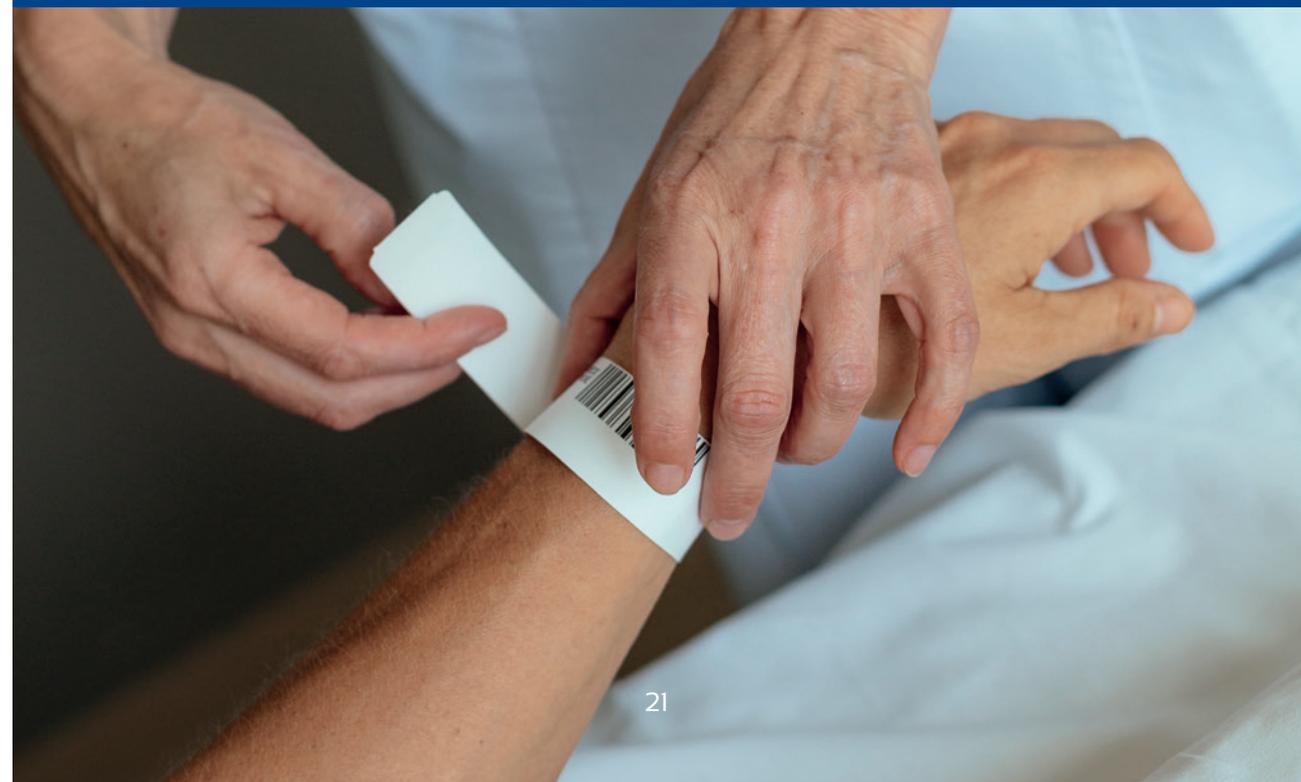
zijn voor alle deelnemende centra in de Europese Unie. Deze bijkomende erkenning geldt voor klinische studies uit alle fases (I tot IV).

Alleen internationaal klinisch onderzoek over nieuwe medicijnen (de EudraCT-studies) valt onder deze regeling. Voor alle andere studies verandert er niets. Die blijft ons comité beoordelen met de reeds langer verworven bevoegdheid van

een "Volledig erkend Ethisch Comité".

Deze nieuwe Europese procedure is diepgaander en complexer, ook wat de rapportage betreft. Dit vereist de nodige expertise, zowel binnen het comité als bij de klinische experts die het wetenschappelijk aspect helpen beoordelen.

Voor meer informatie: <https://klinischestudies.olvz.be/nl/>



Vijftien jaar geleden werd de eerste robotgeassisteerde cystectomie uitgevoerd in het OLV Ziekenhuis

In 2001 voerde Prof. Dr. Alex Mottrie zijn eerste ingreep met ondersteuning van de chirurgierobot uit, bij een patiënt met prostaatkanker. Daarmee was hij een 'early adaptor' van de robotchirurgie. Toen hij in 2004 - vijftien jaar geleden - zijn eerste robotgeassisteerde cystectomie uitvoerde, kon hij daarbij op geen enkel precedent steunen. Hij was dus toen al van 'early adaptor' uitgegroeid tot 'pionier'. Het OLV Ziekenhuis blijft investeren om die pioniersrol ook in de toekomst te bestendigen.

Kunt u even terugblikken op die eerste robotgeassisteerde cystectomie?

Prof. Dr. Alex Mottrie: "In 2004 kwam een 37-jarige patiënt met blaaskanker op raadpleging. Om de zenuwen te sparen bij de ingreep - en dus het erectievermogen van de patiënt zo goed mogelijk te vrijwaren - leek het mij beter de cystectomie uit te voeren met de robot veeleer dan met open chirurgie. Ik dacht dat ik wereldwijd de eerste was. Maar achteraf bleek dat collega Dr. Mani Menon in Egypte een tweetal maanden eerder al vijf robotgeassisteerde cystectomieën had uitgevoerd zonder dat daarover al

iets was gepubliceerd. Hoe dan ook, het was het begin van een nieuwe technologie."

Dr. Mottrie ontwikkelde de ingreep vervolgens verder in samenwerking met Dr. Peter Wiklund van het Karolinska-instituut in Zweden.

Gelijke oncologische uitkomsten maar met aanvullende voordelen

Dr. Mottrie: "In vergelijking met open heilkunde biedt de robotgeassisteerde procedure even goede oncologische uitkomsten, maar ze scoort beter op het vlak van bloedverlies, hospitalisatieduur, herstel en

complicaties. We hebben ook een studie gedaan naar robotgeassisteerde cystectomieën bij 80-plussers. Deze leeftijdsgroep deed het even goed als jongere patiënten. En kleine kijkgaatjes in plaats van een breed operatielitteken betekenen voor de patiënt op iedere leeftijd een extra esthetisch voordeel."

Lekkage van neoblaas vermijden met de robot

Dr. Mottrie: "Na radicale cystectomie kan men aan de hand van darmweefsel een nieuwe blaas construeren. Een van de belangrijkste complicaties die hierbij kunnen optreden,



is darmlekkage. Dat gebeurt als men een re-anastomose aanlegt op darmuiteinden met een ontoereikende doorbloeding. Met het blote oog is de doorbloeding niet altijd goed te beoordelen. Maar tijdens een robotgeassisteerde ingreep kan men indigokarmijngroen (ICG) intravasculair inspuiten, waarbij de bloedvaten fluorescerend kleuren in het near-infrarode spectrum. De robot beschikt over een speciale camera om ICG te visualiseren, wat het perfect mogelijk maakt een hypovasculair segment te detecteren. Indien nodig kan de chirurg dat segment verwijderen en alsnog de re-anastomose uitvoeren op goed doorbloed weefsel. Sinds we deze

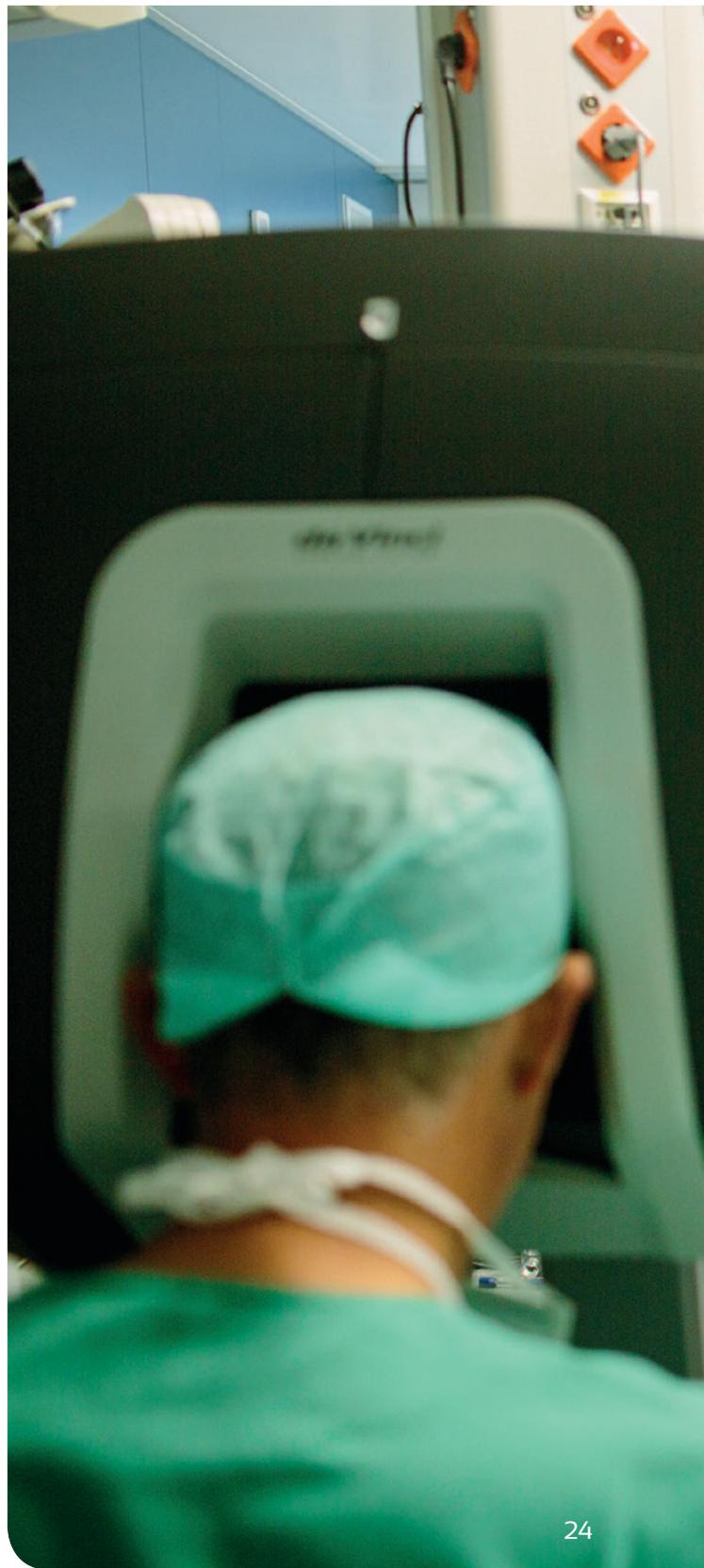
techniek gebruiken, hebben we geen enkel geval van darmlekkage meer gezien."

Robotchirurgie zou terugbetaalbaar moeten zijn

Dr. Mottrie: "Complicaties na chirurgische ingrepen vormen een grote kostenpost voor de gezondheidszorg. Met robotchirurgie kan je die significant verminderen ... op voorwaarde dat de chirurg goed is opgeleid voor robotchirurgie. Minder risico op complicaties betekent dat de patiënt minder lang in het ziekenhuis moet opgenomen worden en sneller terug aan de slag kan. Daardoor kunnen

wij een bijdrage leveren tot een verlaging van de ziektekostenfactuur, ook al is robotchirurgie op microniveau in een ziekenhuis verlieslatend. Dat komt omdat de Belgische ziekteverzekering niet voorziet in een afdoende terugbetaling. Behalve voor prostaatoperaties is er trouwens nog helemaal geen terugbetaling voorzien. Het is hoog tijd om dat aan te pakken. Robotchirurgie is immers geen elitegeneeskunde, maar heeft een groot maatschappelijk potentieel. Op voorwaarde dat er jaarlijks met de chirurgierobot 120 tot 130 ingrepen worden uitgevoerd, betaalt robotchirurgie zichzelf terug op het vlak van de nationale gezondheidszorg."





Robotchirurgie in OLV

Volgende artsen (in alfabetische volgorde) zijn in het OLV Ziekenhuis gemachtigd om binnen hun medisch vakgebied chirurgische ingrepen met robotondersteuning uit te voeren:

Dr. Roel Beelen

(Cardiovasculaire en thoracale heelkunde)

Dr. Steven De Gendt

(Hepato-biliair chirurg)

Dr. Geert De Naeyer

(Urologie)

Dr. Evelyne Despierre

(Gynaecologie)

Dr. Frederiek D'Hondt

(Urologie)

Dr. Alex Mottrie (Urologie)

Dr. Peter Schatteman

(Urologie)

Dr. Koen Traen

(Gynaecologie)

Dr. Frank Van Praet

(Cardiovasculaire en thoracale heelkunde)

Dr. Bart Willaert

(Herniachirurgie)



Twee nieuwe chirurgie-robots op komst

De medische technologie staat niet stil, en dus is het logisch dat er ook steeds innovatievere, performantere chirurgierobots worden ontwikkeld. Meer en meer worden aanverwante technologieën in deze robots geïntegreerd: AI, enhanced imaging, fluorescentiebeeldvorming ...

Het OLV Ziekenhuis wil toonaangevend blijven op dit vlak en dat wordt ook weerspiegeld in het investeringsprogramma. Het OLV Ziekenhuis verwacht nog eind dit jaar twee nieuwe robots - een Da Vinci® X- en een Da Vinci® Xi-toestel - in gebruik te nemen.

Precieze, veiligere en comfortabele manier voor prostaatbiopsie

Nu ook in België: transperineale biopsie van de prostaat onder lokale narcose

De dienst Urologie van het OLV Ziekenhuis te Aalst hanteert sinds kort het Precision Point™-systeem om stukjes weefsel uit de prostaat te prikken voor nader onderzoek wanneer er een verdenking van prostaatkanker bestaat.

Dr. Geert De Naeyer, uroloog: "Met dit Precision Point™-systeem wordt een dunne naald transperineaal - doorheen de huid tussen de aars en de balzak - onder echografie-beeldgeleiding doelgericht naar de juiste plek in de prostaat geleid om biopsies nemen. Dit gebeurde vroeger standaard onder volledige verdoving of narcose. Met dit systeem, dat we sinds kort als eerste in België gebruiken,



Dokter Geert De Naeyer

kan dit nu ook onder lokale verdoving gebeuren, en kan de patiënt na de biopsie direct naar huis en zijn dagelijkse activiteit meteen terug hervatten."

Gericht en veilig ... versus 'blind' en met infectiegevaar

Bij de traditionele, transrectale manier worden bij een patiënt onder lokale narcose met een biopsienaald meerdere stukjes prostaatweefsel via de endeldarm aangeprikt. Omdat de naald naar de prostaat wordt gevoerd via de endeldarm - een omgeving die risico op bacteriële infectie inhoudt - moet de patiënt preventief antibiotica nemen. Gezien de toenemende problemen van antibioticaresistentie proberen urologen hoe langer hoe meer transrectale biopsies te vermijden.

Het Precision Point™-systeem met onderaan de echokop.

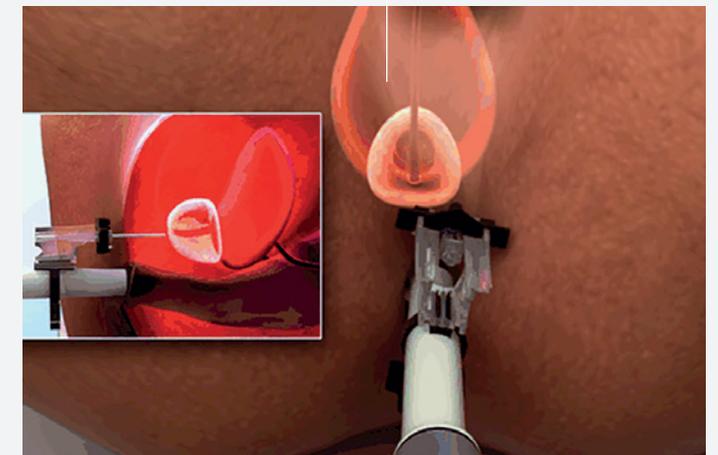


Van volledige naar lokale narcose, dus meteen na procedure terug naar huis

Bij transperineale biopsie gaat de naald gaat via de huid van het perineum: het gebied tussen het scrotum (balzak) en de anus. Het voordeel hiervan is dat de kans op een infectie veel kleiner of bijna onbestaande is. Ook is deze methode minder pijnlijk. Bij de 'gewone' transperineale biopsie wordt er meermaals doorheen de huid aangeprikt, wat moeilijker is onder lokale verdoving en om die reden gebeurt dit in de meeste centra onder totale narcose.

Maar met het Precision Point™-systeem kan de biopsie héél gericht worden genomen. Het aanprikken van de prostaat gebeurt doorheen een fijne canule, die slechts éénmaal doorheen de huid wordt geprikt. Dat geeft minder pijn en kan onder lokale verdoving gebeuren. Daardoor kan de patiënt na de biopsie meteen weer zijn dagelijkse activiteit hervatten.

Bij transperineale biopsie gaat de naald via de huid van het perineum: het gebied tussen het scrotum (balzak) en de anus.



Vrienden van de Wetenschap

Het OLV Ziekenhuis wil een patiëntgericht, lokaal verankerd ziekenhuis zijn met een internationale uitstraling in specifieke zorggebieden, die in sterke mate gebaseerd is op onze inspanningen op het vlak van innovatie. Die inspanningen komen ook tot uitjing in de bijdragen die onze artsen op regelmatige basis leveren aan medisch-wetenschappelijke publicaties. Hier volgt een overzicht van deze artikels die tussen 1 november 2018 en 7 juni 2019 werden gepubliceerd. (De namen van OLV-artsen zijn in het overzicht in het vet gezet).

Algemene heekunde

Lateral neck cyst as initial presentation of thyroid malignancy.

Vancraeynest L, Van Slycke S.
— **Acta Chir Belg.** 2019 May 6;1-4. doi: 10.1080/00015458.2019.1610261. [Epub ahead of print] PMID: 31012377

Risk stratification of the thyroid nodule with Bethesda indeterminate cytology, category III, IV, V on the one surgeon-performed US-guided fine-needle aspiration with 27-gauge needle, verified by histopathology of thyroidectomy: the additional value of one surgeon-performed elastography.

Jseugul D, Sengul I, Van Slycke S.
— **Acta Chir Belg.** 2019 Feb;119(1):38-46. doi: 10.1080/00015458.2018.1551769. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30606092

International neural monitoring study group guideline 2018 part I: Staging bilateral thyroid surgery with monitoring loss of signal.

Schneider R, Randolph GW, Dionigi G, Wu CW, Barczynski M, Chiang FY, Al-Quaryshi Z, Angelos P, Brauckhoff K, Cernea CR, Chaplin J, Cheetham J, Davies L, Goretzki PE, Hartl D, Kamani D, Kandil E, Kyriazidis N, Liddy W, Orloff L, Scharpf J, Serpell J, Shin JJ, Sinclair CF, Singer MC, Snyder SK, Tolley NS, Van Slycke S, Volpi E, Witterick I, Wong RJ, Woodson G, Zafero M, Dralle H.
— **Laryngoscope.** 2018 Oct;128 Suppl 3:S1-S17. doi: 10.1002/lary.27359. Epub 2018 Oct 5. Review. PMID: 30289983

International neuromonitoring study group guidelines 2018: Part II: Optimal recurrent laryngeal nerve management for invasive thyroid cancer-incorporation of surgical, laryngeal, and neural electrophysiologic data.

Schneider R, Randolph GW, Dionigi G, Barczynski M, Chiang FY, Dralle H, Schneider R, Al-Quaryshi Z, Angelos P, Brauckhoff K, Brooks JA, Cernea CR, Chaplin J, Chen AY, Davies L, Diercks GR, Duh QY, Fundakowski C, Goretzki PE, Hales NW, Hartl D, Kamani D, Kandil E, Kyriazidis N, Liddy W, Miyachi A, Orloff L, Rastatter JC, Scharpf J, Serpell J, Shin JJ, Sinclair CF, Stack BC Jr, Tolley NS, Slycke S, Snyder SK, Urken ML, Volpi E, Witterick I, Wong RJ, Woodson G, Zafero M, Randolph GW.
— **Laryngoscope.** 2018 Oct;128 Suppl 3:S18-S27. doi: 10.1002/lary.27360. Epub 2018 Oct 6. PMID: 30291765

Anterior laryngeal electrodes for recurrent laryngeal nerve monitoring during thyroid and parathyroid surgery: New expanded options for neural monitoring.

Liddy W1, Lawson BR2, Barber SR2, Kamani D2, Shama M2, Soylu S2, Wu CW3, Chiang FY4, Scharpf JS, Barczynski M6, Dralle H7, Van Slycke S8, Schneider R9, Dionigi G10, Randolph GW2,11.

— **Laryngoscope.** 2018 Dec;128(12):2910-2915. doi: 10.1002/lary.27362. Epub 2018 Nov 12.

Transmesenteric hernia: a rare case of acute abdominal pain in children: a case report and review of the literature.

Willems E, Willaert B, Van Slycke S.
— **Acta Chir Belg.** 2018 Dec;118(6):388-391. doi: 10.1080/00015458.2017.1399662. Epub 2017 Nov 8. Review. PMID: 29115904

Anesthesiologie Intensieve zorgen

High-sensitivity cardiac troponin release after conventional and minimally invasive cardiac surgery.

De Mey N, Cammu G, Brandt I, Belmans A, Van Mieghem C, Foubert L, De Decker K.
— **Anaesth Intensive Care.** 2019 Jun 5;310057X19845377. doi: 10.1177/0310057X19845377. [Epub ahead of print] PMID: 31165618

EOY summary 2018

Hendrickx JF, De Wolf AM, Van Zundert T, Skinner SA.
— **J Clin Monit Comput.** 2019 Apr;33(2):195-200. doi: 10.1007/s10877-019-00256-5. Epub 2019 Jan 16. Review. PMID: 30652254

Effectiveness of isocapnic hyperventilation: It is not the technique, it is the way you use it.

De Baerdemaeker A, De Wolf AM, Poelaert J, Ross Kennedy R, Hendrickx JFA.
— **Acta Anaesthesiol Scand.** 2019 Mar 19. doi: 10.1111/aas.13357. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 30888049

Estimating the Impact of Carbon Dioxide Absorbent Performance Differences on Absorbent Cost During Low-Flow Anesthesia.

Feldman JM, Lo C, Hendrickx J.
— **Anesth Analg.** 2019 Mar 27. doi: 10.1213/ANE.00000000000004059. [Epub ahead of print] PMID: 30925559

In vitro efficiency of 16 different Ca(OH)2 based CO2 absorbent brands.

Jiang Y, Bashraheel MK, Liu H, Poelaert J, Van de Velde M, Vandenbroucke G, Carette R.
— **J Clin Monit Comput.** 2019 Jan 4. doi: 10.1007/s10877-018-00248-x. [Epub ahead of print] PMID: 30610517

The effect of isocapnic hyperventilation on early recovery after remifentanyl/sevoflurane anesthesia in O2 /air: A randomized trial.

De Baerdemaeker A, Poelaert J, Kennedy RR, De Wolf AM, Hendrickx JFA.
— **Acta Anaesthesiol Scand.** 2019 Apr;63(4):455-460. doi: 10.1111/aas.13293. Epub 2018 Nov 6. PMID: 30397906

Streptococcal toxic shock syndrome in a returning traveller.

Note S, Sientjens P, Van Laer M, Meert P, Vanbrabant P.
— **Acta Clin Belg.** 2018 Oct 27;1-5. doi: 10.1080/17843286.2018.1539634. [Epub ahead of print] PMID: 30369302

Drug-Drug Interaction of Ergotamine with a Combination of Darunavir, Abacavir, and Lamivudine Causing a Fatal Vasospastic Ischemia.

Petit E, Schoonheydt K, Meert P, Van Laer M.
— **JACC Cardiovasc Interv.** 2019 May 22. pii: S1936-8798(19)31027-1. doi: 10.1016/j.jcin.2019.05.001. [Epub ahead of print] PMID: 31129092.

Compartment syndrome of the forearm with life-threatening bleeding after fasciotomy as the presenting sign of postpartum acquired hemophilia A: a case report.

Van Laer M, Penaloza A, Stockman W, Meert P, Lambert C, Hermans C.
— **Blood Coagul Fibrinolysis.** 2019 Apr;30(3):120-126. doi: 10.1097/MBC.0000000000000799. PMID: 30864964

Cardiologie Cardiovasculaire en thoracale heekunde

Characteristics of surgical prosthetic heart valves and problems around labelling: a document from the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)-The Society of Thoracic Surgeons (STS)-American Association for Thoracic Surgery (AATS) Valve Labelling Task Force.

Durko AP, Head SJ, Pibarot P, Atturi P, Bapat V, Cameron DE, Casselman FPA, Chen EP, Dahle G, Ebels T, Eleftriades JA, Lancellotti P, Prager RL, Rosenhek R, Speir A, Stijnen M, Tascas G, Yoganathan A, Walther T, De Paulis R.
— **Eur J Cardiothorac Surg.** 2019 Jun 1;55(6):1025-1036. doi: 10.1093/ejcts/ezz034. PMID: 31075173
— **J Thorac Cardiovasc Surg.** 2019 Apr 25. pii: S0022-5223(19)30775-5. doi: 10.1016/j.jtcvs.2019.04.001. [Epub ahead of print] PMID: 31084981
— **Ann Thorac Surg.** 2019 Apr 30. pii: S0003-4975(19)30497-7. doi: 10.1016/j.athoracsur.2019.03.020. [Epub ahead of print] PMID: 31084919

Giant pseudoaneurysm of the left ventricle.

Gigase A, Spapen J, Penicka M, Van Camp G.
— **Int J Cardiovasc Imaging.** 2019 Jun;35(6):1161-1162. doi: 10.1007/s10554-019-01558-0. Epub 2019 Feb 23. No abstract available. PMID: 30798489

An overview of current and emerging devices for percutaneous left atrial appendage closure.

Chow DHF, Wong YH, Park JW, Lam YY, De Potter T, Rodés-Cabau J, Asmarats L, Sandri M, Sideris E, McCaw T, Lee RJ, Sievert H, Søndergaard L, De Backer O.
— **Trends Cardiovasc Med.** 2019 May;29(4):228-236. doi: 10.1016/j.tcm.2018.08.008. Epub 2018 Aug 30. Review. PMID: 30205924

Intensive recreational athletes in the prospective multinational ICD Sports Safety Registry: Results from the European cohort.

Heidbuchel H, Willems R, Jordaens L, Olshansky B, Carre F, Lozano IF, Wilhelm M, Müsiggbrodt A, Huybrechts W, Morgan J, Anfinson OG, Prior D, Mont L, Mairesse GH, Boveda S, Duru F, Kautzner J, Viskin S, Geelen P, Cygankiewicz I, Hoffmann E, Vandenberghie K, Cannom D, Lampert R.
— **Eur J Prev Cardiol.** 2019 May;26(7):764-775. doi: 10.1177/2047487319834852. Epub 2019 Feb 27. PMID: 30813818

Review article: the best of 2018.

Claeys MJ, De Pauw M, Geelen P, Lancellotti P, Pierard L.
— **Acta Cardiol.** 2019 May 25;1-5. doi: 10.1080/00015385.2019.1611190. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 31131711

2-Year Clinical Outcomes of an Abluminal Groove-Filled Biodegradable-Polymer Sirolimus-Eluting Stent Compared With a Durable-Polymer Everolimus-Eluting Stent.

Xu B, Saito Y, Baumbach A, Kelbaek H, van Royen N, Zheng M, Morel MA, Knaapen P, Slagboom T, Johnson TW, Vlachojannis G, Arkenbout KE, Holmvang L, Janssens L, Ochala A, Brugaletta S, Naber CK, Anderson R, Rittger H, Berti S, Barbato E, Toth GG, Mallard L, Valina C, Buszman P, Thiele H, Schächinger V, Lansky A, Wijns W; TARGET AC Investigators.
— **JACC Cardiovasc Interv.** 2019 May 22. pii: S1936-8798(19)31027-1. doi: 10.1016/j.jcin.2019.05.001. [Epub ahead of print] PMID: 31129092.

Cardiac Resynchronization Therapy Optimization: A Comprehensive Approach.

Katibeh A, Van Camp G, Barbato E, Galderisi M, Trimarco B, Bartunek J, Vanderheyden M, Penicka M.
— **Cardiology.** 2019 May 22;142(2):116-127. doi: 10.1159/000499192. [Epub ahead of print] Review. PMID: 31117077

PROcedure related microvascular ACTIVation in long IEsions treated with bioresorbable vascular scaffold versus everolimus-eluting stent implantation (PROACTIVE trial).

Pellicano M, Di Gioia G, Ciccarelli G, Xaplanteris P, Delrue L, Toth GG, Van Durme F, Heyse A, Wyffels E, Vanderheyden M, Bartunek J, De Bruyne B, Barbato E.
— **EuroIntervention.** 2019 May 14. pii: E11-D-18-01138. doi: 10.4242/E11-D-18-01138. [Epub ahead of print] PMID: 31085503

Long-Term Patency of Coronary Artery Bypass Grafts After Fractional Flow Reserve-Guided Implantation.

Fournier S, Toth GG, Colalori I, De Bruyne B, Barbato E.
— **Circ Cardiovasc Interv.** 2019 May;12(5):e007712. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.118.007712. No abstract available. PMID: 31084238

Absorb bioresorbable scaffold versus Xience metallic stent for prevention of restenosis following percutaneous coronary intervention in patients at high risk of restenosis: Rationale and design of the COMPARE ABSORB trial.

Chang CC, Onuma Y, Achenbach S, Barbato E, Chevalier

B, Cook S, Dudek D, Escaned J, Gori T, Kočka V, Tarantini G, West NEJ, Morice MC, Tijssen JGP, van Geuns RJ, Smits PC; COMPARE ABSORB trial investigators.
— **Cardiovasc Resusc Med.** 2019 Apr 16. pii: S1553-8389(19)30239-8. doi: 10.1016/j.carrev.2019.04.013. [Epub ahead of print] PMID: 31153846

A Percutaneous Permanent Carotid Filter for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation: The CAPTURE Trial.

Reddy VY, Neuzil P, de Potter T, van der Heyden J, Tromp SC, Rensing B, Jiresova E, Dujka L, Lekesova V.
— **J Am Coll Cardiol.** 2019 May 8. pii: S0735-1097(19)35006-5. doi: 10.1016/j.jacc.2019.04.035. [Epub ahead of print] PMID: 31085320

The Influence of Aortic Valve Obstruction on the Hyperemic Intracoronary Physiology: Difference Between Resting Pd/Pa and FFR in Aortic Stenosis.

Scarsini R, De Maria GL, Di Gioia G, Kotronias RA, Aurigemma C, Zimbaro G, Burzotta F, Leone AM, Pesarini G, Trani C, Crea F, Kharbada RK, De Bruyne B, Barbato E, Banning A, Ribichini F.
— **J Cardiovasc Transl Res.** 2019 May 22. doi: 10.1007/s12265-019-09890-5. [Epub ahead of print] PMID: 31119562

Plaque quantification by coronary computed tomography angiography using intravascular ultrasound as a reference standard: a comparison between standard and last generation computed tomography scanners.

Conte E, Mushatq S, Pontone G, Li Piani L, Ravagnani P, Galli S, Collet C, Sonck J, Di Odoardo L, Guglielmo M, Baggiano A, Trabattini D, Annoni A, Mancini ME, Formenti A, Muscolongo G, Magatelli M, Nicoli F, Poggi C, Fiorentini C, Bartorelli AL, Pepi M, Montorsi P, Andreini D.
— **Eur Heart J Cardiovasc Imaging.** 2019 May 15. pii: jey089. doi: 10.1093/ehjci/jey089. [Epub ahead of print] PMID: 31093656

Long-Term Patency of Coronary Artery Bypass Grafts After Fractional Flow Reserve-Guided Implantation.

Fournier S, Toth GG, Colalori I, De Bruyne B, Barbato E.
— **Circ Cardiovasc Interv.** 2019 May;12(5):e007712. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.118.007712. No abstract available. PMID: 31084238

1-Year Impact on Medical Practice and Clinical Outcomes of FFRCT: The ADVANCE Registry.

Patel MR, Nørgaard BL, Fairbairn TA, Nieman K, Akasaka T, Berman DS, Raff KL, Hurwitz Koweck LM, Pontone G, Kawasaki T, Sand NPR, Jensen JM, Amato T, Poon M, Övrheus KA, Sonck J, Rabbat MG, Mullen S, De Bruyne B, Rogers C, Matsuo H, Bax JJ, Leipsic J.
— **JACC Cardiovasc Imaging.** 2019 Mar 17. pii: S1936-878X(19)30227-X. doi: 10.1016/j.jcmg.2019.03.003. [Epub ahead of print] PMID: 31005540

Second-generation drug-eluting stents versus bare-metal stents in saphenous vein grafts: is the choice more complicated than before?

Pellicano M, Azzano A, Barbato E.
— **J Thorac Dis.** 2019 Mar;11(Suppl 3):S385-S389. doi: 10.21037/jtd.2018.12.23. No abstract available. PMID: 30997227

The role of cardiac rehabilitation in vocational reintegration Belgian working group of cardiovascular prevention and rehabilitation position paper.

De Sutter J, Kacenenbogen B, Pardaens S, Cuypers S, Dendale P, Elegeert I, Cornelissen V, Buys R, Braeckman L, Heyndrickx B, Frederix I.
— **Acta Cardiol.** 2019 Mar 20;1-10. doi: 10.1080/00015385.2019.1570675. [Epub ahead of print] PMID: 30893568

Evolution study: 12-month results.

Bosiers M, Deloese K, Callaert J, Peeters P, Verbiest J, Van den Eynde W, Maene L, Beelen R, Keirse K, Wauters J.
— **J Cardiovasc Surg.** (Torino). 2019 Jan 28. doi: 10.23736/S0021-9509.19.10706-9. [Epub ahead of print] PMID: 30698370

Predictive factors of discordance between the instantaneous wave-free ratio and fractional flow reserve.

Dérinay F, Johnson NP, Zimmermann FM, Adjedj J, Witt N, Hennigan B, Koo BK, Barbato E, Esposito G, Trimarco B, Rioufol G, Park SJ, Baptista SB, Chrysant GS, Leone AM, Jeremias A, Berry C, De Bruyne B, Oldroyd KG, Pijls NHJ, Fearon WF.
— **Catheter Cardiovasc Interv.** 2019 Jan 31. doi: 10.1002/ccd.28116. [Epub ahead of print] PMID: 30702186

Integrating Patient-Specific Information in the Noninvasive Quest for the Vulnerable Patient.

Collet C, Penicka M.
— **JACC Cardiovasc Imaging.** 2019 Jan 9. pii: S1936-878X(18)31039-8. doi: 10.1016/j.jcmg.2018.10.025. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 30660533

Accuracy of Fractional Flow Reserve Derived From Coronary Angiography.

Fearon WF, Achenbach S, Engstrom T, Assali A, Shlofmitz R, Jeremias A, Fournier S, Kirtane AJ, Komowski R, Greenberg G, Jubeh A, Kolansky DM, McAndrew T, Dressler O, Maebara A, Matsumura M, Leon MB, De Bruyne B; FAST-FFR Study Investigators.
— **Circulation.** 2019 Jan 22;139(4):477-484. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.037350. PMID: 30586699

Mid-term outcomes after percutaneous interventions in coronary bifurcations.

Zimarino M, Briguori C, Amat-Santos IJ, Radico F, Barbato E, Chieffo A, Cirillo P, Costa RA, Erglis A, Gamra H, Gil RJ, Kanic V, Kedev SA, Maddestra N, Nakamura S, Pellicano M, Petrov I, Strozzi M, Tesoro T, Vukcevic V, De Caterina R, Stankovic G; EuroBifurcation Club.
— **Int J Cardiol.** 2019 May 15;283:78-83. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.11.139. Epub 2018 Dec 2. PMID: 30528620

Mitral Regurgitation Flow Variation: The End of a Single Time-Point Assessment? Penicka M.

— **JACC Cardiovasc Imaging.** 2019 Apr 10. pii: S1936-878X(19)30228-1. doi: 10.1016/j.jcmg.2019.02.010. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 31005528

Feasibility of single position endoscopic laser balloon ablation for atrial fibrillation: The open 8 approach.

Iliodromitis KE, Silva E, De Potter T.
— **J Cardiovasc Electrophysiol.** 2019 Mar;30(3):326-331. doi: 10.1111/jce.13817. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30575165

Sex-specific difference in outcome after cardiac resynchronization therapy.

Beela AS, Duchenne J, Petrescu A, Ünlü S, Penicka M, Aakhus S, Winter S, Aarones M, Stefanidis E, Fehske W, Willems R, Szulik M, Kukulski T, Faber L, Ciarka A, Neskovics AN, Stankovic I, Voigt JU.
— **Eur Heart J Cardiovasc Imaging.** 2019 Jan 15. doi: 10.1093/ehjci/jey231. [Epub ahead of print] PMID: 30649246

A Novel Wireless Left Atrial Pressure Monitoring System for Patients with Heart Failure, First Ex-Vivo and Animal Experience.

Perl L, Soifer E, Bartunek J, Erdheim D, Köhler F, Abraham WT, Meerkin D.
— **J Cardiovasc Transl Res.** 2019 Jan 2. doi: 10.1007/s12265-018-9856-3. [Epub ahead of print] PMID: 30604310

Echocardiographic reference ranges for normal non-invasive myocardial work indices: results from the EACVI NORRE study.

Manganaro R, Marchetta S, Dulgheru R, Iliardi F, Sugimoto T, Robinet S, Cimino S, Go YY, Bernard A, Kacharava G,

Athanassopoulos GD, Barone D, Baroni M, Cardim N, Hagedorff A, Hristova K, López-Fernández T, de la Morena G, Popescu BA, **Penicka M**, Ozyigit T, Rodrigo Carbonero JD, van de Veire N, Von Bardeleben RS, Vinereanu D, Zamorano JL, Rosca M, Calin A, Moonen M, Magne J, Cosyns B, Galli E, Donal E, Carerj S, Zito C, Santoro C, Galderisi M, Badano LP, Lang RM, Oury C, Lancellotti P. — **Eur Heart J Cardiovasc Imaging**. 2018 Dec 19. doi: 10.1093/ehjci/hey188. [Epub ahead of print] PMID: 30590562

Imaging of Myocardial Fibrosis and Its Functional Correlates in Aortic Stenosis: A Review and Clinical Potential. Katbeh A, Ondrus T, **Barbato E**, Galderisi M, Trimarco B, **Van Camp G**, **Vanderheyden M**, **Penicka M**. — **Cardiology**. 2018;141(3):141-149. doi: 10.1159/000493164. Epub 2018 Dec 5. Review. PMID: 3051793

Targeted therapy with a localised abluminal groove, low-dose sirolimus-eluting, biodegradable polymer coronary stent (TARGET All Comers): a multicentre, open-label, randomised non-inferiority trial. Lansky A, Wijns W, Xu B, Kelbaek H, van Royen N, Zheng M, Morel MA, Knaepen P, Slagboom T, Johnson TW, Vlachojannis G, Arkenbout KE, Holmvang L, Janssens L, Ochala A, Brugaletta S, Naber CK, Anderson R, Rittiger H, Berti S, **Barbato E**, Toth GG, Maillard L, Valina C, Buszman P, Thiele H, Schächinger V, Baumbach A; TARGET All Comers Investigators. — **Lancet**. 2018 Sep 29;392(10153):1117-1126. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31649-0. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30190206

Diagnostic performance of angiography-derived fractional flow reserve: a systematic review and Bayesian meta-analysis. Collet C, Onuma Y, Sonck J, Asano T, Vandeloel B, Kornowski R, Tu S, Westra J, Holm NR, Xu B, de Winter RJ, Tijssen JG, Miyazaki Y, Katagiri Y, Tenekcioglu E, Modolo R, Chichareon P, Cosyns B, Schoors D, Roessens B, Lochy S, Argacha JF, van Rosendael A, Bax J, Reiber JHC, Escaned J, **De Bruyne B**, Wijns W, Serruys PW. — **Eur Heart J**. 2018 Sep 14;39(35):3314-3321. doi: 10.1093/eurheartj/ehy445. PMID: 30137305

Left ventricular remodelling patterns after MitraClip implantation in patients with severe mitral valve regurgitation: mechanistic insights and prognostic implications. Brouwer HJ, Den Heijer MC, Paelinck BP, Debonnaire P, **Vanderheyden M**, Van de Heyning CM, De Bock D, Coussemont P, Saad G, Ferdinande B, Pouleur AC, Cleys MJ. — **Eur Heart J Cardiovasc Imaging**. 2019 Mar 1;20(3):307-313. doi: 10.1093/ehjci/hey088. PMID: 30007315

Apixaban in patients at risk of stroke undergoing atrial fibrillation ablation. Kirchhof P, Haessler KG, Blank B, De Bono J, Callans D, Elvan A, Fetsch T, Van Gelder IC, Gentlesk P, Grimaldi M, Hansen J, Hindricks G, Al-Khalidi HR, Massaro T, Mont L, Nielsen JC, Nölker G, Piccini JP, **De Potter T**, Scherr D, Schotten U, Themistoclakis S, Todd D, Vijgen J, Di Biase L. — **Eur Heart J**. 2018 Aug 21;39(32):2942-2955. doi: 10.1093/eurheartj/ehy176. PMID: 29579168

Safety and long-term effectiveness of paroxysmal atrial fibrillation ablation with a contact force-sensing catheter: real-world experience from a prospective, multicentre observational cohort registry. **De Potter T**, Van Herendael H, Balasubramaniam R, Wright M, Agarwal SC, Sanders P, Khaykin Y, Latscu DG, Maury P, Pani A, Hayes J, Kalman J, Nery P, Duncan E. — **Europace**. 2018 Nov 1;20(F1_3):F410-F418. doi: 10.1093/europace/eux290. PMID: 29315382

Differences in von Willebrand factor function in type 2A von Willebrand disease and left ventricular assist device-induced acquired von Willebrand syndrome. Deconinck S, Tersteeg C, **Baillieu E**, Delrue L, Vandeputte N, Pareyn I, Itzhar-Baikian N, Deckmyn H, De Meyer SF, **Vanderheyden M**, Vanhoorelbeke K.

— **Res Pract Thromb Haemost**. 2018 Oct 8;2(4):762-766. doi: 10.1002/rth2.12150. eCollection 2018 Oct. PMID: 30397685

Response by Penicka to Letter Regarding Article, “Prognostic Implications of Magnetic Resonance-Derived Quantification in Asymptomatic Patients With Organic Mitral Regurgitation: Comparison With Doppler Echocardiography-Derived Integrative Approach”. **Penicka M**. — **Circulation**. 2018 Oct 9;138(15):1610-1611. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.036025. No abstract available. PMID: 30354513

A novel approach to assess cerebral and coronary perfusion after cardiac arrest. Adjedj J, Picard F, Vanhaverbeke M, **De Bruyne B**, Carioa A, Wu M, Janssens S, Veranne O. — **Intensive Care Med Exp**. 2018 Oct 12;6(1):39. doi: 10.1186/s40635-018-0204-3. PMID: 30311018

Platelet reactivity and coronary microvascular impairment after percutaneous revascularization in stable patients receiving clopidogrel or prasugrel. Mangiacapra F, **Pellicano M**, Di Serafino L, Bressi E, Peace AJ, Di Gioia G, Morisco C, **Bartunek J**, Wijns W, **Bruyne B**, **Barbato E**. — **Atherosclerosis**. 2018 Nov;278:23-28. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2018.08.044. Epub 2018 Aug 30. PMID: 30236867

Characterization and significance of localized sources identified by a novel automated algorithm during mapping of human persistent atrial fibrillation. Verma A, Sarkozy A, Skanes A, Druytshaever M, Bulava A, Uрман R, Amos YA, **Potter T**. — **J Cardiovasc Electrophysiol**. 2018 Nov;29(11):1480-1488. doi: 10.1111/jce.13742. Epub 2018 Oct 8. PMID: 30230079

Fractional flow reserve. Yadava, O.P. & **Casselman, F**. — **Indian J Thorac Cardiovasc Surg**. (2018) 34: 533. https://doi.org/10.1007/s12055-018-0709-0

Conversion in minimally invasive cardiac surgery. Yadava, O.P. & **Casselman, F**. — **Indian J Thorac Cardiovasc Surg**. (2019) 35: 135. https://doi.org/10.1007/s12055-018-0768-2

Endocrinologie Diabetologie

Obesitas chirurgie: is het werkzaam, veilig en kosteneffectief? - Synthese. Louwagie P, Neyt M, Dossche D, Camberlin C, ten Geuzendam B, Van den Heede K, Van Brabant H. **Obesitas chirurgie: is het werkzaam, veilig en kosteneffectief? - Synthese.** Health Technology Assessment (HTA), Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 316As. D/2019/10.273/41. Externe validatoren: Torsten Ollbers (Institute of Clinical Sciences, University of Gothenburg, Sweden), Caroline Rudisill (Arnold School of Public Health, University of South Carolina, US), **Inge Van Pottelbergh** (OLVZ Aalst). — **KCE REPORT 316As, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, www.kce.fgov.be**

Risk factor screening for gestational diabetes mellitus based on the 2013 WHO criteria. Benhalima K, **Van Crombrugge P**, Moysen C, Verhaeghe J, **Vandeginste S**, **Verlaenen H**, Vercammen C, Maes T, Dufraimont E, De Block C, Jacquemyn Y, Mekahli F, De Clippeel K, Van Den Bruel A, Loccufer A, Laenen A, Minschart C, Devlieger R, Mathieu C.

— **Eur J Endocrinol**. 2019 Jun 1;180(6):353-363. doi: 10.1530/EJE-19-0117. PMID: 31120231

Prediction of Glucose Intolerance in Early Postpartum in Women with Gestational Diabetes Mellitus Based on the 2013 WHO Criteria. Benhalima K, **Van Crombrugge P**, Moysen C, Verhaeghe J, **Vandeginste S**, **Verlaenen H**, Vercammen C, Maes T, Dufraimont E, De Block C, Jacquemyn Y, Mekahli F, De Clippeel K, Van Den Bruel A, Loccufer A, Laenen A, Minschart C, Devlieger R, Mathieu C. — **J Clin Med**. 2019 Mar 19;8(3). pii: E383. doi: 10.3390/jcm8030383. PMID: 3089393

A Modified Two-Step Screening Strategy for Gestational Diabetes Mellitus Based on the 2013 WHO Criteria by Combining the Glucose Challenge Test and Clinical Risk Factors. Benhalima K, **Van Crombrugge P**, Moysen C, Verhaeghe J, **Vandeginste S**, **Verlaenen H**, Vercammen C, Maes T, Dufraimont E, De Block C, Jacquemyn Y, Mekahli F, De Clippeel K, Van Den Bruel A, Loccufer A, Laenen A, Minschart C, Devlieger R, Mathieu C. — **J Clin Med**. 2019 Mar 19;8(3). pii: E383. doi: 10.3390/jcm8030383

Hematologie

Bone Marrow Histology is a Pathognomonic Clue to Each of the JAK2V617F, MPL,515 and Calreticulin Mutated Thrombocytthemia in Myeloproliferative Neoplasms. **Hendrik De Raeve1,2**, **Karel Fostier3**, Francisca Valster4, Vincent Potters5, Yango Kim5,6, Myungshin Kim5,6, Zwi Beneman7, Wilfried Schroyens7, Jan Jacques Michiels7,8. — **Clinical Research in Hematology**. Vol 1 • Issue 2 • 2018

Myeloid-derived suppressor cells induce multiple myeloma cell survival by activating the AMPK pathway. De Veirman K, Menu E, Maes K, De Beule N, De Smedt E, Maes A, Vlummens P, **Fostier K**, Kassambara A, Moreaux J, Van Ginderachter JA, De Bruyne E, Vanderkerken K, Van Valkenborgh E. — **Cancer Lett**. 2019 Feb 1;442:233-241. doi: 10.1016/j.canlet.2018.11.002. Epub 2018 Nov 9. PMID: 30419344

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Een zeventienjarige jongen met congenitale hypothyreoïdie en aandachtsproblemen. E. Debbaut1, 2, 3, **M. Van Bellinghen2**. — **Tijdschr. voor Geneeskunde**. 75, nr. 9, 2019 585 doi: 10.2143/TVG.75.09.2002839

Kindergeneeskunde

Care for children with severe chronic skin diseases. De Maeseneer H, **Van Gysel D**, De Schepper S, Lincke CR, Sibbles BJ, Versteegh JJWM, Oei W, Pangalila RF, Pasmans SGMA. — **Eur J Pediatr**. 2019 May 22. doi: 10.1007/s00431-019-03366-z. [Epub ahead of print]

Two siblings with scarlike facial lesions. Donné M, Van den Brande A, De Maeseneer H, **Van Gysel D**. — **Pediatr Dermatol**. 2019 Mar;36(2):253-254. doi: 10.1111/pde.13718. No abstract available

Klinisch laboratorium

Added Value of Fecal Calprotectin to Support the Diagnosis of Spondyloarthropathies. **VAN Hoovels L1**, VAN DEN BREMT S2, Schiemsky T2, Cauchie M2, **Vander Cruyssen B3**, Bossuyt X4, **VAN DER STEEN K5**, Stubbe M6. — **J Rheumatol**. 2019 Feb;46(2):215-216. doi: 10.3899/jrheum.180432

Harmonizing by reducing inter-run variability: performance evaluation of a quality assurance program for antinuclear antibody detection by indirect immunofluorescence. Bogaert L, Van den Bremt S, Schouwers S, Bossuyt X, **Van Hoovels L**. — **Clin Chem Lab Med**. 2019 Jun 26;57(7):990-998. doi: 10.1515/cclm-2018-0933. PMID: 30838836

Fluorescent in situ hybridization can be used as a complementary assay for the diagnosis of Tropheryma whipplei infection. Prudent E, Le Guenko G, Jonckheere S, **Vankeerberghen A**, Lepidi H, Angelakis E, Raoult D. — **Infection**. 2019 Apr;47(2):317-321. doi: 10.1007/s15010-018-1243-0. Epub 2018 Oct 27. PMID: 30368732.

Analytical and diagnostic performance evaluation of five creatinine POCT devices in the identification of patients at risk for post-contrast acute kidney injury (PCKAI). Bogaert L, Schiemsky T, **Van Hover P**, De Schrijver P, **Van Hoovels L**. — **Clin Chem Lab Med**. 2019 Feb 2. pii: /j/cclm.ahead-of-print/cclm-2018-1105/cclm-2018-1105.xml. doi: 10.1515/cclm-2018-1105. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 30710476

Harmonisation of laboratory tests for rheumatic diseases: still a long way to go. **Van Hoovels L**, Bossuyt X. — **Ann Rheum Dis**. 2018 Dec 4. pii: annrheumdis-2018-214696. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-214696. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 30514700

Differences in von Willebrand factor function in type 2A von Willebrand disease and left ventricular assist device-induced acquired von Willebrand syndrome. Deconinck S1, Tersteeg C1, **Baillieu E2**, Delrue L2, Vandeputte N1, Pareyn J1, Itzhar-Baikian N3, Deckmyn H1, De Meyer SF1, **Vanderheyden M2**, Vanhoorelbeke K1. — **Res Pract Thromb Haemost**. 2018 Oct 8;2(4):762-766. doi: 10.1002/rth2.12150. eCollection 2018 Oct

Medische beeldvorming

Value of Relative Myocardial Perfusion at MRI for Fractional Flow Reserve-Defined Ischemia: A Pilot Study. Ghekiere O, Dacher JN, Dewilde W, Mancini I, Cools W, **Vanhoenacker PK**, Denendale P, Lancellotti P, de Roos A, Nchimi A. — **AJR Am J Roentgenol**. 2019 Mar 12;1-8. doi: 10.2214/AJR.18.20469. [Epub ahead of print] PMID: 30860888

Analytical and diagnostic performance evaluation of five creatinine POCT devices in the identification of patients at risk for post-contrast acute kidney injury (PCKAI). Bogaert L, Schiemsky T, **Van Hover P**, De Schrijver P, **Van Hoovels L**. — **Clin Chem Lab Med**. 2019 Feb 2. pii: /j/cclm.ahead-of-print/cclm-2018-1105/cclm-2018-1105.xml. doi: 10.1515/cclm-2018-1105. [Epub ahead of print] No abstract available. PMID: 30710476

Mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde

Condylar Resorption After Orthognathic Surgery. Politis C, **Van De Vyvere G**, Agbaje JO. — **J Craniofac Surg**. 2019 Jan;30(1):169-174. doi: 10.1097/SCS.0000000000004837. PMID: 30358743

Nefrologie-hypertensie

Atrasentan and renal events in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease (SONAR): a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Heerspink HJL, Parving HH, Andress DL, Bakris G, Correa-Rotter R, Hou FF, Kitzman DW, Kohan D, Makino H, McMurray JJV, Melnick JZ, Miller MG, Pergola PE, Perkovic V, Tobe S, Yi T, Widderson M, de Zeeuw D, **SONAR Committees and Investigators**. — **Lancet**. 2019 May 11;393(10184):1937-1947. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30772-X. Epub 2019 Apr 14. Erratum in: Lancet. 2019 May 11;393(10184):1936. PMID: 30995972

Evaluation of vitamin K status and rationale for vitamin K supplementation in dialysis patients. Caluwe R., Verbeke F., De Vriese AS. — **Nephrol Dial Transplant**. 2018 Dec 26. Doi: 10.1093/ndt/gfy373 [Epub ahead of print].

Neurochirurgie

Patients at the Highest Risk for Reherniation Following Lumbar Discectomy in a Multicenter Randomized Controlled Trial. **Martens F**, Vajkoczy P, Jadik S, Hegewald A, Stieber J, Hes R. — **JB JS Open Access**. 2018 Apr 16;3(2):e0037. doi: 10.2106/JBJS.OA.17.00037. eCollection 2018 Jun 28. PMID: 30280130

Orthopedic Annular closure in lumbar microdiscectomy for prevention of reherniation: a randomized clinical trial. Thomé C, Klassen PD, Bouda G, Kuršumović A, Fandino J, Barth M, Arts M, van den Brink W, Bostelmann R, Hegewald A, Heidecke V, Vajkoczy P, Fröhlich S, Wust J, Assaker R, Van de Kelft E, Köhler HP, Jadik S, Elstacchio S, Hes R, **Martens F**; Annular Closure RCT Study Group. — **Spine J**. 2018 Dec;18(12):2278-2287. doi: 10.1016/j.spinee.2018.05.003. Epub 2018 May 3. PMID: 29730458

Implantation of a bone-anchored annular closure device in conjunction with tubular minimally invasive discectomy for lumbar disc herniation: a retrospective study. **Martens F**, Lesage G, Muir JM, Stieber JR. — **BMC Musculoskelet Disord**. 2018 Jul 27;19(1):269. doi: 10.1186/s12891-018-2178-4. PMID: 30053813

Neurologie

Crowned dens syndrome: a neurologist’s perspective. Scheldeman L, **Van Hoydonck M**, Vanheste R, Theys T, Cyfers G. — **Acta Neurol Belg**. 2019 May 24. doi: 10.1007/s13760-019-01153-z. [Epub ahead of print] PMID: 31127531

Pathologische ontleedkunde

Added Value of Fecal Calprotectin to Support the Diagnosis of Spondyloarthropathies.

VAN Hoovels L1, VAN DEN BREMT S2, Schiemsky T2, Cauchie M2, **Vander Cruyssen B3**, Bossuyt X4, **Van Der Steen K5**, Stubbe M6. — **J Rheumatol**. 2019 Feb;46(2):215-216. doi: 10.3899/jrheum.180432

The EVPSG/WHO versus the Rotterdam European clinical, molecular and pathological diagnostic criteria for the classification of myeloproliferative disorders and myeloproliferative neoplasms (MPD/MPN): From Dameshek to Georgij, Vainchenker and Michiels 1950-2018. Jan Jacques Michiels1* and Hendrik De Raeve2. — **Int J Bone Marrow Res**. 2019; 2: 027-050. https://doi.org/10.29328/journal.ijbmr.1001004

European Clinical, Molecular and Pathological (ECMP) Criteria for Prefibrotic JAK2V617F Mutated Essential Thrombocythemia (ET) and Polycythemia Vera (PV), MPL515 Normocellular ET and CALR Mutated ET Associated with Primary Megakaryocytic Granulocytic Myeloproliferative (PMGM): From Dameshek to Michiels 1950-2018Jan. Jacques Michiels1,2,5*, Zwi Beneman2, Wilfried Schroyens2, Fibo WJ ten Kate3, King Lam3, **Hendrik De Raeve4,5**. — **ACTA SCIENTIFIC CANCER BIOLOGY**. Volume 3 Issue 4 April 2019

Bone Marrow Histology is a Pathognomonic Clue to Each of the JAK2V617F, MPL,515 and Calreticulin Mutated Thrombocytthemia in Myeloproliferative Neoplasms. **Hendrik De Raeve1,2**, **Karel Fostier3**, Francisca Valster4, Vincent Potters5, Yango Kim5,6, Myungshin Kim5,6, Zwi Beneman7, Wilfried Schroyens7, Jan Jacques Michiels7,8. — **Clinical Research in Hematology**. Vol 1 • Issue 2 • 2018

Pneumologie Longziekten

Artificial intelligence outperforms pulmonologists in the interpretation of pulmonary function tests. Topalovic M, Das N, Burgel PR, Daenen M, Derom E, Haenebalcke C, Janssens R, Kerstjens HAM, Listro G, Louis R, Ninane V, Pison C, Schlessers M, **Vercauter P**, Vogelmeier CF, Wouters E, Wynants J, Janssens W; Pulmonary Function Study Investigators; — **Eur Respir J**. 2019 Apr 11;53(4)

Systematic and combined endosonographic staging of lung cancer (SCORE study). Crombag LMM, Doms C, Stigt JA, **Tournoy KG**, Schuurbers OCJ, Ninaber MK, Bulkhuisen WA, Hashemi SMS, Bonta PJ, Korevaar DA, Annema JT. — **Eur Respir J**. 2019 Feb 7;53(2)

Health Outcomes for Definite Concurrent Chemoradiation in Locally Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: A Prospective Study. Nguyen PAH, **Vercauter P**, Verbeke L, Beelen R, Doms C, **Tournoy KG**. — **Respiration**. 2019;97:310–318 (DOI:10.1159/000493984)

Azithromycin during Acute COPD Exacerbations Requiring Hospitalization (BACE): a Multicenter, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. Vermeersch K, Gabrovská M, Aumann J, Demedts IK, Corhay JL, Marchand E, Slabbynck H, Haenebalcke C, Haerens M, Hanon S, **Jordens P**, Peché R, Fremault A, Lauwrier T, Delporte A, Vandenberg B, Willems R, Everaerts S, Belmans A, Bogaerts K, Verleden GM, Troosters T, Ninane V, Brusselle GG, Janssens W; BACE trial investigators. — **Am J Respir Crit Care Med**. 2019 May 3. doi: 10.1164/rccm.201901-0094OC

Overall Survival with Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III NSCLC.

Antonia SJ, Villegas A, Daniel D, Vicente D, Murakami S, Hui R, Kurata T, Chiappori A, Lee KH, de Wit M, Cho BC, Bourhabo T, Quantin X, Tokito T, Mekhail T, Planchard D, Kim YC, Karapetis CS, Hiredt S, Ostoros G, Kubota K, Gray JE, Paz-Ares L, de Castro Carpeño J, Faivre-Finn C, Reck M, Vansteenkiste J, Spigel DR, Wadsworth C, Mellillo G, Ta-boada M, Dennis PA, Ozgürođlu M; PACIFIC Investigators. **P Vercauter** - co-investigator. **— N Engl J Med.** 2018 Dec 13;379(24):2342-2350

—

Meten van zorgkwaliteit in de behandeling van longkanker : van concept naar implementatie.

K. Tournay & P. Vercauter.

— **Bloedvaten, Hart, Longen.** 2019;1 : 53-58

Reumatologie

Added Value of Fecal Calprotectin to Support the Diagnosis of Spondyloarthropathies.

VAN Hoovels L1, VAN DEN Bremt S2, Schiemslyk T2, Cauchie M2, Vander Cruyssen B3, Bossuyt X4, VAN DER Steen K5, Stubbe M6. **— J Rheumatol.** 2019 Feb;46(2):215-216. doi: 10.3899/jrheum.180432

—

Crowned dens syndrome: a neurologist’s perspective.

Scheldeman L, Van Hoydonck M, Vanheste R, Theys T, Cypers G **— Bloedvaten, Hart, Longen.** 2019;1 : 53-58

—

Urologie

Current role of robotic bladder cancer surgery.

Tyrtizis SI, Gaya JM, Wallestedt-Lantz A, Pini G, Everaerts W, de Naeyer G, Palou J, Kelly J, Wiklund NP. **— Minerva Urol Nefrol.** 2019 May 7. doi: 10.1016/j.S0393-2249.19.03435-0. [Epub ahead of print] PMID: 31086134

—

Utilising the Delphi Process to Develop a Proficiency-based Progression Train-the-trainer Course for Robotic Surgery Training. Collins JW, Levy J, Stefanidis D, Gallagher A, Coleman M, Cecili T, Ericsson A, **Mottrie A**, Wiklund P, Ahmed K, Pratschke J, Cassali G, Ghazi A, Gomez M, Hung A, Arnold A, Dunning J, Martino M, Vaz C, Friedman E, Baste JM, Bergamaschi R, Feins R, Earle D, Pusic M, Montgomery O, Pugh C, Satava RM. **— Eur Urol.** 2019 May;75(5):775-785. doi: 10.1016/j.eururo.2018.12.044. Epub 2019 Jan 19. Review. PMID: 30665812

—

Salvage radical prostatectomy for recurrent prostate cancer: morbidity and functional outcomes from a large multicenter series of open versus robotic approaches.

Góntero P, Marra G, Alessio P, Filippini C, Oderda M, Munoz F, Linares E, Sanchez-Salas R, Challacombe B, Dasgupta P, Goonewardene S, Popert R, Cahill D, Gillatt D, Persad R, Palou J, Joniau S, Piechaud T, Morlacco A, Vidit S, Roupret M, De La Taille A, Albisinni S, Gandaglia G, **Mottrie A**, Joshi S, Fiscus G, Berger A, Aron M, Van Der Poel H, Tilki D, Lawrentschuk N, Murphy DG, Leung G, Davis J, Karnes RJ. **— J Urol.** 2019 May 10;101097JU00000000000000327. [Epub ahead of print] PMID: 31075058

—

Robot-assisted versus open partial nephrectomy: comparison of outcomes. A systematic review.

Grivas N, Kalampokis N, Larcher A, Tyrtizis S, Rha KH, Ficarra V, Buffi N, Ploumidis A, Autorino R, Porpiglia F, van der Poel H, **Mottrie A**, de **Naeyer G**; J-ERUS/YAU Robotic Urology Working Group. **— Minerva Urol Nefrol.** 2019 Apr;71(2):113-120. doi: 10.23736/S0393-2249.19.03391-5. Epub 2019 Mar 18. PMID: 30895768

—

Outcomes of Partial and Radical Nephrectomy in Octogenarians - A Multicenter International Study (Resurge).

Antonelli A, Vecchia A, Pavan N, Mir C, Breda A, Takagi T, Rha KH, Maurer T, Zhang C, Long JA, De Nunzio C, Lima E, Ferro M, Micali S, Quarto G, Linares E, Celia A, Schips L, Bove P, Larcher A, Fiori C, **Mottrie A**, Bindayri A, Trombetta C, Silvestri T, Palou J, Faba OR, Tanabe K, Yang B, Fiard G, Tubaro A, Torres JM, De Cobelli O, Bevilacqua L, Castellucci R, Tracey A, Hampton LJ, Montorsi F, Perdonà S, Simeone C, Palumbo C, Capitanio U, Derweesh I, Porpiglia F, Autorino R.

— Urology. 2019 Mar 23. pii: S0090-4295(19)30264-X. doi: 10.1016/j.urology.2019.03.009. [Epub ahead of print] PMID: 30914335

—

Robot-assisted Partial Nephrectomy for Complex (PADUA Score ≥10) Tumors: Techniques and Results from a Multicenter Experience at Four High-volume Centers.

Buffi NM, Salta A, Lughezzani G, Porter J, Dell’Oglio P, Amparore D, Fiori C, **Denayer G**, Porpiglia F, **Mottrie A**; ERUS Scientific Working Group.

— Eur Urol. 2019 Mar 18. pii: S0302-2838(19)30192-7. doi: 10.1016/j.eururo.2019.03.006. [Epub ahead of print] PMID: 30898407

—

Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: a large multi-institutional analysis (ROSULA Collaborative Group).

Anele UA, Marchioni M, Yang B, Simone G, Uzzo RG, Lau C, Mir MC, Capitanio U, Porter J, Jacobssohn K, de Luyk N, Mari A, Chang K, Fiori C, Sulek J, **Mottrie A**, White W, Perдона S, Quarto G, Bindayri A, Ashrafi A, Schips L, Berardinelli F, Zhang C, Gallucci M, Ramirez-Backhaus M, Larcher A, Kilday P, Liao M, Langenstroer P, Dasgupta P, Challacombe B, Kutikov A, Minervini A, Rha KH, Sundaram CP, Hampton LJ, Porpiglia F, Aron M, Derweesh I, Autorino R. **— World J Urol.** 2019 Feb 7. doi: 10.1007/s00345-019-02657-2. [Epub ahead of print] PMID: 30734072

—

Oncologic outcomes in prostate cancer patients treated with robot-assisted radical prostatectomy: results from a single institution series with more than 10 years follow up.

Bianchi L, Gándaglia G, Fossati N, Larcher A, Pultrone C, Turri F, Selli C, de Grootte R, de **Naeyer G**, Borghesi M, Schiavina R, Brunocilla E, Briganti A, Montorsi F, **Mottrie A**. **— Minerva Urol Nefrol.** 2019 Feb;71(1):38-46. doi: 10.23736/S0393-2249.18.03285-X. Epub 2018 Dec 14. PMID: 30547906

—

Current Management of pT3b Prostate Cancer After Robot-assisted Laparoscopic Prostatectomy.

Poelaert F, Joniau S, Roumequière T, Ameye F, De Coster G, Dekuyper P, Quackels T, Van Cleynenbreugel B, Van Damme N, Van Eycken E, **Mottrie A**, Lumen N; Belgian RALP Consortium. **— Eur Urol Oncol.** 2019 Feb;2(1):110-117. doi: 10.1016/j.euo.2018.05.005. Epub 2018 May 27. PMID: 30929840

—

Retzius-sparing Robot-assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: An International Survey on Surgical Details and Worldwide Diffusion.

Galfano A, Secco S, Bocciardi AM, **Mottrie A**. **— Eur Urol Focus.** 2019 Feb 15. pii: S2405-4569(19)30022-7. doi: 10.1016/j.euf.2019.02.002. [Epub ahead of print] PMID: 30777223

—

Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: a large multi-institutional analysis (ROSULA Collaborative Group).

Anele UA, Marchioni M, Yang B, Simone G, Uzzo RG, Lau C, Mir MC, Capitanio U, Porter J, Jacobssohn K, de Luyk N, Mari A, Chang K, Fiori C, Sulek J, **Mottrie A**, White W, Perdonà S, Quarto G, Bindayri A, Ashrafi A, Schips L, Berardinelli F, Zhang C, Gallucci M, Ramirez-Backhaus M, Larcher A, Kilday P, Liao M, Langenstroer P, Dasgupta P, Challacombe B, Kutikov A, Minervini A, Rha KH, Sundaram CP, Hampton LJ, Porpiglia F, Aron M, Derweesh I, Autorino R. **— World J Urol.** 2019 Feb 7. doi: 10.1007/s00345-019-02657-2. [Epub ahead of print] PMID: 30734072

—

Expanding the Indications of Robotic Partial Nephrectomy for Highly Complex Renal Tumors: Urologists’ Perception of the Impact of Hyperaccuracy Three-Dimensional Reconstruction.

Bertolo R, Autorino R, Fiori C, Amparore D, Checucci E, **Mottrie A**, Porter J, Haber GP, Derweesh I, Porpiglia F. **— J Laparosc Endosc Adv Surg Tech A.** 2019 Feb;29(2):233-239. doi: 10.1089/lap.2018.0486. Epub 2018 Nov 3. PMID: 30394820

—

Identifying the Optimal Candidate for Salvage Lymph Node Dissection for Nodal Recurrence of Prostate Cancer: Results from a Large, Multi-institutional Analysis.

Fossati N, Suardi N, Gandaglia G, Bravi CA, Soligo M, Karnes RJ, Shariat S, Battaglia A, Everaerts W, Joniau S, Van Poppel H, Rajarubendra N, Gill IS, Larcher A, **Mottrie A**, Schmautz M, Heidenreich A, Kalz A, Osmonov D, Juenemann KP, Herlemann A, Gratzke C, Stief C, Montorsi F, Briganti A. **— Eur Urol.** 2019 Jan;75(1):176-183. doi: 10.1016/j.eururo.2018.09.009. Epub 2018 Oct 6. PMID: 30301694

—

Comprehensive training in robotic surgery.

Brook NR, Dell’Oglio P, Barod R, Collins J, **Mottrie A**. **— Curr Opin Urol.** 2019 Jan;29(1):1-9. doi: 10.1097/MOU.0000000000000566.PMID: 30394945

—

Editorial Comment to Impact of prior local therapy on overall survival in men with metastatic castration-resistant prostate cancer: Results from Shared Equal Access Regional Cancer Hospital.

Poelaert F, **Schatteman P**, Lumen N. **— Int J Urol.** 2018 Dec;25(12):1004. doi: 10.1111/iju.13837. Epub 2018 Oct 22. No abstract available. PMID: 30350423

—

Response to Johnston re: MRI Displays the Prostatic Cancer Anatomy and Improves the Bundles Management Before Robot-Assisted Radical Prostatectomy by Bianchi et al. (From: Johnston WK, III. J Endourol 2018;32:322-323).

Bianchi L, Schiavina R, **Mottrie A**, Brunocilla E. **— J Endourol.** 2018 Nov;32(11):1085-1086. doi: 10.1089/eng.2018.0497. Epub 2018 Oct 23. No abstract available. PMID: 30191732

—

Time to Move On: The Impending Need for a New Disease-specific Comorbidity Index for Bladder Cancer Patients Undergoing Robot-assisted Radical Cystectomy.

Lambert E, **D’Hondt F**, Mazzone E, Vollemaere J, Larcher A, Van Der Jeugt J, Devos G, Uvin P, Goossens M, Poelaert F, **De Naeyer G**, **Schatteman P**, Collins J, **Mottrie A**, Dell’Oglio P. **— Eur Urol Focus.** 2019 Jun 11. pii: S2405-4569(19)30152-X. doi: 10.1016/j.euf.2019.05.015. [Epub ahead of print] PMID: 31201083

—

Ten-Year Oncologic Outcomes Following Robot-Assisted Radical Cystectomy: Results from the International Robotic Cystectomy Consortium.

Hussein AA, Elsayed AS, Aldhaam NA, Jing Z, Osei J, Kaouk J, Redorta JP, Menon M, Peabody J, Dasgupta P, Khan MS, **Mottrie A**, Schaeckle M, Hemal A, Richstone L, Hosseini A, Wiklund P, Schanne F, Kim E, Rha KH, Guru KA. **— J Urol.** 2019 Jun 12;101097JU00000000000000386. doi: 10.1097/JU.00000000000000386. [Epub ahead of print] PMID: 31188729

—

Rectal Injury During Radical Prostatectomy: Focus on Robotic Surgery.

Canda AE, Tilki D, **Mottrie A**. **— Eur Urol Oncol.** 2018 Dec;1(6):507-509. doi: 10.1016/j.euo.2018.07.007. Epub 2018 Aug 14. No abstract available

—

Robot-assisted nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma: results from three high-volume robotic surgery institutions.

De Grootte R, Decaestecker K, Larcher A, Buelens S, De Bleser E, **D’Hondt F**, **Schatteman P**, Lumen N, Montorsi F, **Mottrie A**, **De Naeyer G**; YAU Robotic and Urothelial Group.

— J Robot Surg. 2019 Apr 30. doi: 10.1007/s11701-019-00965-8. [Epub ahead of print] PMID: 31041588

—

The ERUS Curriculum for Robot-assisted Partial Nephrectomy: Structure Definition and Pilot Clinical Validation.

Larcher A, **De Naeyer G**, Turri F, Dell’Oglio P, Capitanio U, Collins JW, Wiklund P, Van Der Poel H, Montorsi F, **Mottrie A**; ERUS Educational Working Group and the Young Academic Urologist Working Group on Robot-assisted Surgery. **— Eur Urol.** 2019 Jun;75(6):1023-1031. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.031. Epub 2019 Apr 9. PMID: 30979635

—

Technical innovations to optimize continence recovery after robotic assisted radical prostatectomy.

Zattoni F, Artibani W, Patel V, Montorsi F, Porpiglia F, Hampton LJ, Rocco B, Dasgupta P, Hemal AK, **Mottrie A**, Tewari A, Dal Moro F. **— Minerva Urol Nefrol.** 2019 Apr 5. doi: 10.23736/S0393-2249.19.03395-2. [Epub ahead of print] PMID: 30957476

—

What’s new in robotic partial nephrectomy. Dias BH, Larcher A, Dell’Oglio P, Montorsi F, El Khoury F, **D’Hondt F**, **Schatteman P**, **De Naeyer G**, **Mottrie A**. **— Arch Esp Urol.** 2019 Apr;72(3):283-292. PMID: 30945655

—

Partial versus radical nephrectomy in very elderly patients: a propensity score analysis of surgical, functional and oncologic outcomes (RESURGE project).

Mir MC, Pavan N, Capitanio U, Antonelli A, Derweesh I, Rodriguez-Faba O, Linares E, Takagi T, Rha KH, Fiori C, Maurer T, Zang C, **Mottrie A**, Umari P, Long JA, Fiard G, De Nunzio C, Tubaro A, Tracey AT, Ferro M, De Cobelli O, Micali S, Bevilacqua L, Torres J, Schips L, Castellucci R, Dobbs R, Quarto G, Bove P, Celia A, De Concilio B, Trombetta C, Silvestri T, Larcher A, Montorsi F, Palumbo C, Furlan M, Bindayri A, Hamilton Z, Breda A, Palou J, Aguilera A, Tanabe K, Raheem A, Amiel T, Yang B, Lima E, Crivellaro S, Perdonà S, Gregorio C, Barbati G, Porpiglia F, Autorino R. **— World J Urol.** 2019 Apr 1. doi: 10.1007/s00345-019-02665-2. [Epub ahead of print]

—

Overzicht van de OLV-artsen en medewerkers die (mede-)auteur zijn van één of meerdere artikels uit bovenstaand overzicht (in alfabetische volgorde)

Dr. Barbato Emanuele (Cardiologie) - Dr. Bailleul Els (Klinisch laboratorium) - Dr. Bartunek Jozef (Cardiologie) - Dr. Beelen Roel (Cardiovasculaire en thoracale heelkunde) - Apr. Brandt Inger (Klinisch laboratorium) - Dr. Cammu Guy (Anesthesiologie) - Dr. Carette Rik (Anaesthesiologie) - Dr. Casselman Filip (Cardiovasculaire en thoracale heelkunde) - Dr. Cuypers Sofie (Cardiologie) - Dr. Cypers Gert (Neurologie) - Dr. De Bruyne Bernard (Cardiologie) - Dr. De Decker Koen (Anesthesiologie) - Dr. De Mey Nathalie (Anesthesiologie) - Dr. De Naeyer Geert (Urologie) - Dr. De Raeve Hendrik (Pathologische ontleedkunde) - Dr. De Potter Tom (Cardiologie) - Dr. Fostier Karel (Klinische hematologie) - Dr. Foubert Luc (Anesthesiologie) - Dr. Geelen Peter (Cardiologie) - Dr. Hendrickx Jan (Anesthesiologie) - Dr. Jordens Paul (Pneumologie) - Dr. Lesage Geoffrey (Neurochirurgie) - Dr. Martens Frederic (Neurochirurgie) - Dr. Mottrie Alex (Urologie) - Dr. Pellicano Mariano (Cardiologie) - Dr. Penicka Martin (Cardiologie) - Dr. Schatteman Peter (Urologie) - Dr. Sonck Jeroen (Cardiologie) - Dr. Stubbe Muriel (Reumatologie) - Dr. Tournay Kurt (Pneumologie) - Dr. Van Bellinghen Marc (Kinder- en Jeugdpsychiatrie) - Dr. Van Camp Guy (Cardiologie) - Dr. Van Crombrugge Paul (Endocrinologie) - Dr. Van De Vyvere Gaétan (Mond-, Keel- en Aangezichtsheelkunde) - Dr. Van Gysel Dirk (Kindergeneeskunde) - Dr. Van Hoovels Lieve (Klinisch laboratorium) - Dr. Van Hoydonck Marijke (Reumatologie) - Dr. Van Hover Philip (Medische beeldvorming) - Dr. Van Slycke Sam (Algemene heelkunde) - Dr. Vandeginste Sofie (Gynaecologie) - Dr. Vandenbroucke Geert - (Anesthesiologie) - Dr. Vander Cruyssen Bert (Reumatologie) - Dr. Vanderheyden Marc (Cardiologie) - Dr. Van Der Steen Kris (Pathologische ontleedkunde) - Dr. Vanhoenacker Piet (Medische beeldvorming) - Vankeerbeghen Anne (Klinisch laboratorium) - Van Laer Marie (Anesthesiologie) - Dr. Inge Van Pottelbergh (Endocrinologie-Diabetologie) - Dr Verbeke Luc (Radiotherapie) - Dr. Vercauter Piet (Pneumologie) - Dr. Verhamme Kathia (Ziekenhuishygiëne) - Dr. Verlaenen Hilde (Gynaecologie) - Dr. Willaert Bart (Algemene heelkunde) - Dr. Wyffels Eric (Cardiologie)

Artsenkorps OLV Ziekenhuis

Wijzigingen in de periode van 1 november 2018 t.e.m. 1 juni 2019

Verwelkoming

In de loop van de hierboven vermelde periode verwelkomden wij de volgende stafleden, residenten en toegelaten artsen.

Cardiologie

- **Dokter Kerkhove Dirk**
(toegelaten arts sinds 1 januari 2019)

Dermatologie

- **Dokter Bamelis Mieke**
(toegelaten arts sinds 1 maart 2019)

Gynaecologie

- **Dokter Coryn Nele**
(resident sinds 1 december 2018)

Klinische Hematologie

- **Dokter Fostier Karel**
(staflid op proef sinds 1 november 2018)

Medische Beeldvorming

- **Dokter Bonne Lawrence**
(staflid op proef sinds 1 januari 2019)
- **Dokter Hulstaert Tine**
(resident sinds 1 januari 2019)
- **Dokter De Potter Bruno**
(toegelaten arts sinds 1 mei 2019)

Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde MKA

- **Tandarts Van Hoof Sofie**
(toegelaten arts sinds 1 april 2019)

Neurochirurgie

- **Dokter De Vlieger Jan**
(toegelaten arts sinds 1 maart 2019)

Urologie

- **Dokter Geurts Nicolas**
(toegelaten arts sinds 1 maart 2019)

Medische diensthoofden

In de voorbije periode werden ook een aantal nieuwe medische diensthoofden aangesteld:

- **Dokter Huygh Greet**
(diensthoofd Medische Oncologie)
- **Dokter Wyffels Eric**
(diensthoofd Cardiologie)

Afscheid

In de loop van de hierboven vermelde periode zijn de volgende stafleden met pensioen gegaan.

- **Dokter Van Orshoven Marc**
(staflid Neurologie)
- **Dokter Vermeersch Guido**
(staflid Fysische Geneeskunde)
- **Dokter Van Mulders Jan**
(staflid Fysische Geneeskunde)
- **Dokter Morelle Philippe**
(staflid Orthopedie)



Dokter Van Orshoven Marc



Dokter Vermeersch Guido



Dokter Van Mulders Jan



Dokter Morelle Philippe

Huisartsenlijnen

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)

- **Endocrinologie:**
053 72 49 49
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 44 88)

- **Gynaecologie Aalst:**
053 72 42 94
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 49 51)
Gynaecoloog van wacht op campus Aalst: door de huisarts altijd bereikbaar via 053 72 88 19

- **Kindergeneeskunde Aalst:**
053 72 70 26
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 41 55)

- **Medische Beeldvorming Aalst:** 053 72 47 53
(om raadplegingen vast te leggen: RX 053 72 47 53, MR 053 72 41 64, CT 053 42 44 06)

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

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

- **Nefrologie Aalst:**
053 72 47 83
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 47 27)

- **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)

- **Neurologie Aalst:**
053 72 40 19
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 45 19)

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

- **Oogziekten Aalst:**
053 72 44 69
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 44 69)

- **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

