

OLV insideout

medisch-wetenschappelijke
informatie voor artsen en
professionele zorgverleners

mei 2017 - nummer 7

Verantwoordelijk uitgever: OLV Ziekenhuis, Moorselbaan 164, 9300 Aalst
Afgiftekantoor: GENT X masspost, Industrielaan 30, 9032 Wondelgem - P918661
Halfjaarlijks magazine - 1e helft 2017

Obesitaskliniek, ook voor kinderen

- "Wij willen het kind en de ouders omringen met gerichte hulp en begeleiding"
- Obesitas voor volwassenen legt veertien jaar ervaring in de weegschaal

Ook in dit nummer:

- Revalidatie voor Parkinsonpatiënten
- Value Based Healthcare & Health Promoting Hospital
- enzovoort



Inhoud

Percutane coronaire interventies	4
Value Based Healthcare	8
Cochleaire implantatie	13
Revalidatie op maat voor Parkinsonpatiënten	17
Health Promoting Hospital voor chronische nierinsufficiëntie	20
Obesitas bij kinderen	24
Campus Asse	30
Endocrinologie-diabetologie	31
Urologie	35
Orthopedie-traumatologie	36
Vrienden van de Wetenschap	37

Beste collega,

Het afsluiten van de redactie voor deze editie liep samen met de publicatie van een artikel op de voorpagina van De Tijd van 29 april met als titel "Ziekenhuizen gaan eindelijk samenwerken". Het vervolgartikel binnen dezelfde krant titelt "**Stille revolutie in de ziekenhuiswereld**".

Beide krantenkoppen geven aan dat de buitenwereld het anders had verwacht ... dat wij niet zouden openstaan voor samenwerking, of dat we via luid protest het hele proces zouden vertragen. Niets is echter minder waar. De vele overlegmomenten en vergaderingen met de ziekenhuisdirecties en managementcomités in het "Denderbekken" zijn niet zonder gevolg. Wij zijn er klaar voor. Het doel is duidelijk omljnd. **De ziekenhuizen wachten vandaag op de politiek, niet omgekeerd.**

Wij wachten immers op een echt toepasbaar wetgevend kader waarin een OCMW-ziekenhuis met twee andere VZW-ziekenhuizen hun samenwerking veilig kunnen formaliseren. Een verstikkende voorafname op de mogelijkheid tot verdere investeringen en innovatie mag immers niet het gevolg zijn. **Wij wachten op een regelgeving die duidelijkheid verschaft over de overheidsfinanciering die wij binnen een netwerk mogen verwachten.** Want wij beseffen maar al te goed dat de mechanismen voor de financiering van de gezondheidszorg door de overheid eveneens aan verandering toe zijn. De aangekondigde verdere forfaitarisering van de laag variabele zorg vanaf januari 2018 is hier illustratief. Dit behelst immers een belangrijk deel van onze omzet. Wij wachten ook op duidelijkheid hoe de artsen echt zullen kunnen participeren in het besturen van dit netwerk.

Om patiëntgecentreerd én kostefficiënt te werken, moeten wij kunnen plannen. **En om te plannen, moeten wij duidelijkheid krijgen** over waar wij naartoe gaan. "De minister belooft dat tegen eind 2017 de nodige wetteksten zullen gepubliceerd worden" lezen wij ergens. Erg laat om het budget voor 2018 op te maken. Niet getreurd, de ziekenhuizen zijn het immers gewoon om met één oog in de achteruitkijkspiegel hun budget op te maken. Makkelijker wordt het evenwel niet.

Een illustratie: in het eerste trimester van 2017 ontvingen wij de planningsvergunning voor een PET-scanner die in Aalst, in samenwerking met andere ziekenhuizen, zal uitgebaat worden. Maar in april 2017 ontvingen wij een brief die ons meedeelt dat het moratorium op nucleaire installaties - een PET-scanner wordt als dusdanig beschouwd - is verlengd met onbepaalde duur. Tot nader order blijft de planningsvergunning ongebruikt op het bureau liggen.

En de artsen? Zij dokteren voort. Ze zoeken ook verder naar nieuwe therapieën, ontwikkelen nieuwe initiatieven ... In dit nummer van OLV Inside Out vindt u alweer een aantal voorbeelden van onze inspanningen op dat vlak.

Steeds vaker ontwikkelen wij nieuwe **initiatieven samen met de huisarts** - zoals de nieuwe diabeteswijzer die in dit nummer wordt voorgesteld - of voorzien wij meteen een belangrijke rol voor de huisarts - zoals bij de Parkinsonkliniek en het Health Promoting Hospital Chronische Nierinsufficiëntie, die eveneens in deze editie worden toegelicht.

Wij geloven dat geïntegreerde zorg leidt tot een betere kwaliteit tegen een beheersbare kost - met andere woorden: wij zijn ervan overtuigd dat ketenzorg waarde creëert voor de patiënt. Dat is **Value Based Healthcare**, een begrip waarmee we in de toekomst nog veel te maken zullen krijgen. In dit nummer vindt u een artikel dat illustreert hoe onze dienst Longziekten dit begrip in haar werking gaat integreren. De volgende editie van OLV Inside Out wordt een themanummer waarin ook andere dienst hun initiatieven op het vlak van Value Based Healthcare aan u voorstellen.

Ik wens u veel leesgenot,

Dokter Eric Wyffels,
Hoofdgeneesheer OLV Ziekenhuis



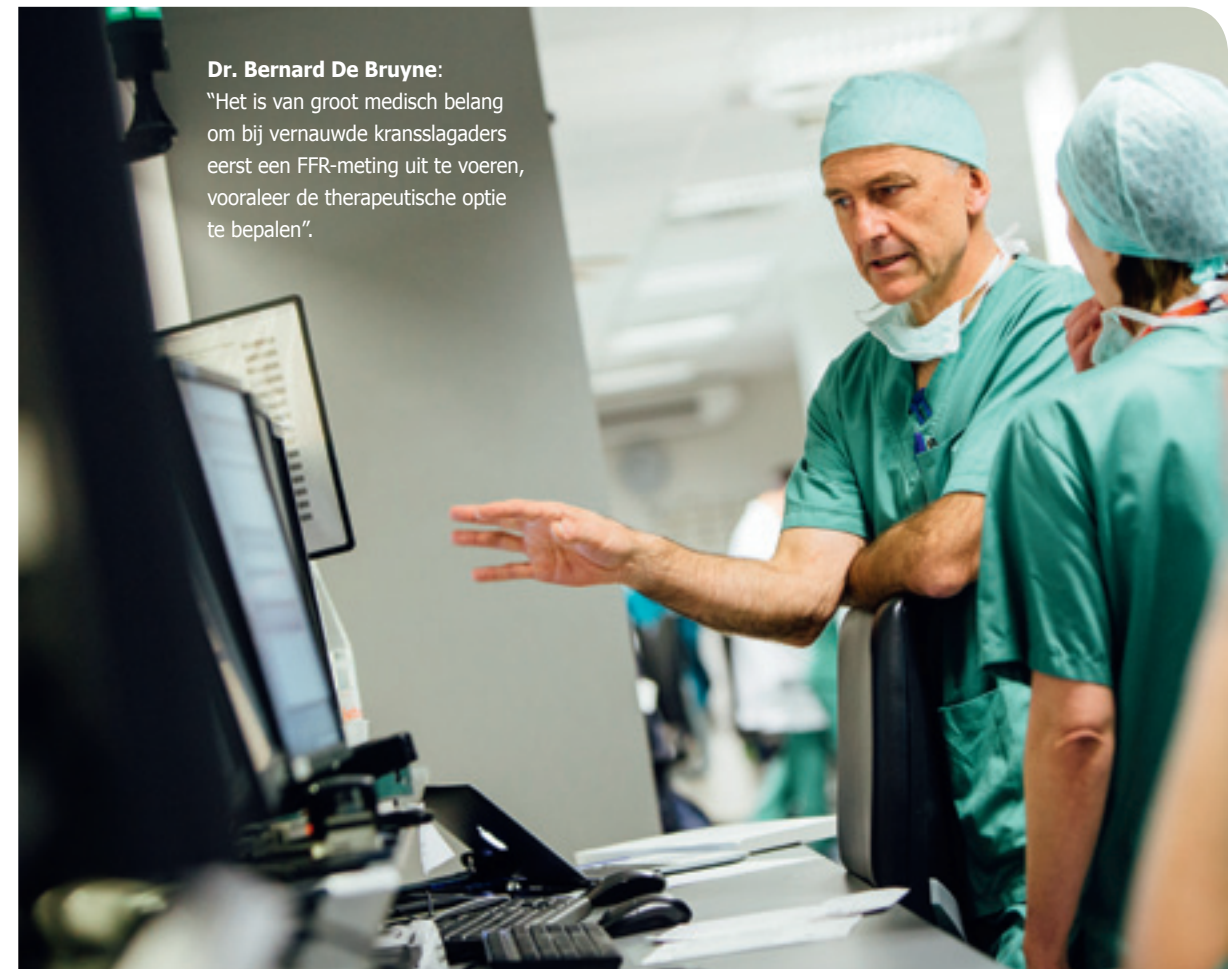
Recente publicatie bevestigt de waarde van de FFR als de 'gouden standaard' bij vernauwingen van kransslagaders

De Fractionele Flow Reserve (FFR) is een meting van de coronaire perfusie (bloedtoevoer), die de cardioloog toelaat de ernst van een vernauwing precies te bepalen. In vele gevallen is een FFR-meting dus doorslaggevend om de optimale behandeling te kunnen toepassen. In een recent artikel* heeft Prof. Emanuele Barbato van het OLV Hartcentrum Aalst daarenboven aangetoond dat, wanneer geen PCI of CABG wordt verricht, de ernst van de vernauwingen (zoals bepaald door de FFR) ook de klinische evolutie van een individuele stenose voorspelt in de komende twee jaar.

Er zijn voortaan dus drie wetenschappelijke onderbouwde redenen om de FFR-meting als gouden standaard te hanteren bij vernauwingen van kransslagaders:

- 1 Een FFR-meting maakt het mogelijk om de meest aangewezen therapeutische optie te bepalen: medicamenteuze behandeling, opening van de dichtgeslibde kransslagader via ballondilatatie met eventuele plaatsing van een stent, of overbruggingsoperatie. Door consequent FFR-metingen uit te voeren bij elke kransslagadervernauwing kan men onnodige ingrepen vermijden.
- 2 Als een ingreep toch is aangewezen, maakt de FFR-meting het mogelijk om de plaats van de ingreep héél precies te bepalen.
- 3 Door een FFR-meting uit te voeren kan het risico op myocardiale ischemie-aanvallen worden bepaald en kan de behandelende arts desgevallend een preventieve behandeling en regelmatige controle voor myocardiale ischemie opstarten.

* A Prospective Natural History Study of Coronary Atherosclerosis Using Fractional Flow Reserve
Barbato E, Toth GG, Johnson NP, Pijls NH, Fearon WF, Tonino PA, Curzen N, Piroth Z, Rioufol G, Jüni P, De Bruyne B
— J Am Coll Cardiol. 2016 Nov 29;68(21):2247-2255. doi: 10.1016/j.jacc.2016.08.055.



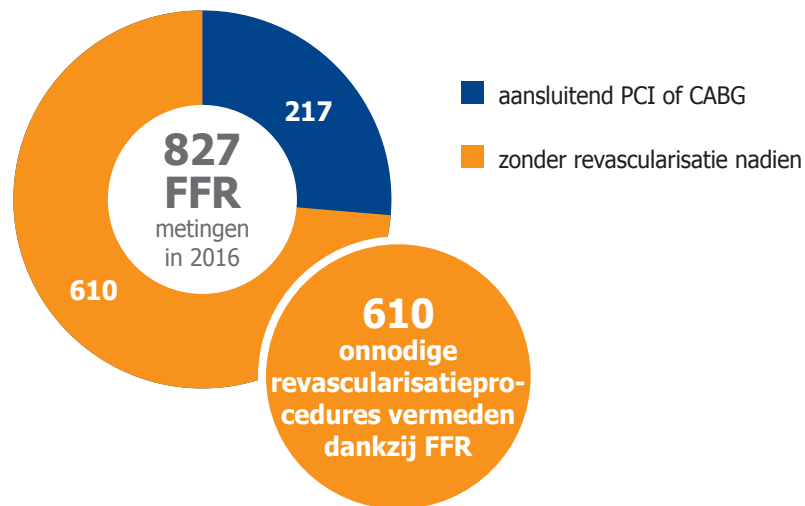
Dr. Bernard De Bruyne:
"Het is van groot medisch belang om bij vernauwde kransslagaders eerst een FFR-meting uit te voeren, vooraleer de therapeutische optie te bepalen".

30% minder 'events' dankzij FFR-metingen

Dokter Bernard De Bruyne, cardioloog: "De technologie van de FFR-metingen werd reeds langere tijd geleden in het OLV Hartcentrum ontwikkeld en gevalideerd. Het is van groot medisch belang om bij vernauwde kransslagaders eerst een FFR-meting uit te voeren, vooraleer de therapeutische optie te bepalen. De FAME-studie, die liep over 5 jaar, toonde aan

dat wanneer de cardioloog zijn beslissing liet afhangen van de FFR-meting, de kans op overlijden of op acuut myocardinfarct met 30 % daalde. Het OLV Hartcentrum is wereldleider in de ontwikkeling van deze techniek en lag mee aan de basis van de artikels die hierover verschenen in de gezaghebbende tijdschriften The Lancet en The New England Journal of Medicine. Vandaag worden technieken ontwikkeld om de FFR op een niet - of minder - invasieve ma-

nier te bepalen. Zo kan de FFR nu ook afgeleid worden van de angiografie ("FFR_{angio}") en van de coronaire CT scan ("FFR_{CT}"). Deze technieken staan nog in hun kinderschoenen maar zullen hoogstwaarschijnlijk de op puntstelling van patiënten met 'pijn in de borst' drastisch veranderen. FFR is niet langer een meting, maar is een concept dat een centrale plaats inneemt in de definitie van ischemisch hartlijden."



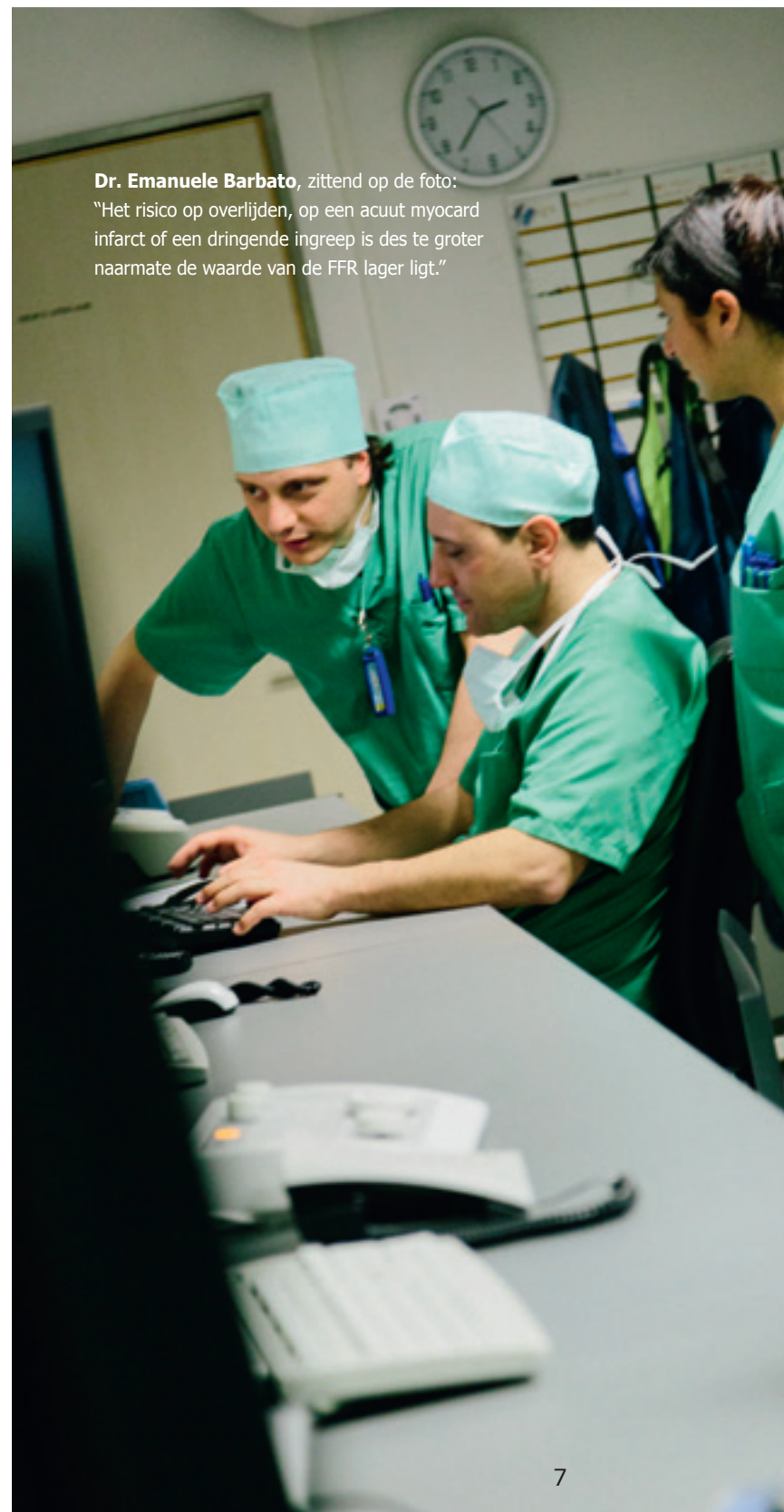
Techniek voor FFR-metingen zonder katheterisatie

Prof. Emanuele Barbato: "Sinds midden 2014 bepaalt het OLV Hartcentrum in samenwerking met Dr. Piet Vanhoenacker van de dienst Medische beeldvorming de FFR op basis van een beeld van de CT-scanner. Tot voor kort was daarvoor een katheterisatie vereist. Daarbij wordt via de lies of de pols van de patiënt een slagader aangeprikt om langs die weg een katheter tot aan de vernauwde kransslagader op te schuiven. Met de nieuwe techniek gaat de patiënt na het nemen van de CT-scan op de dienst Medische Beeldvorming meteen naar huis - zonder ook maar één dag hospitalisatie en zonder katheterisatie. Deze nieuwe aanpak is de eerste die op niet-invasieve wijze wordt toegepast op de anatomie van de kransslagaders - de vorm - in beeld brengt, als de doorbloeding van de hartspier - de functie."

FFR voorspelt klinische evolutie van stenose

Prof. Emanuele Barbato: "In het recente gepubliceerde artikel toonden we aan dat het risico op overlijden, op een acuut myocard infarct of een dringende ingreep des te groter is naarmate de waarde van de FFR lager ligt. Intuïtief klinkt dit relatief logisch, maar het werd tot nu toe nooit aangetoond. Deze vaststelling is conceptueel belangrijk omdat we nu niet enkel de uitgebreidheid van de ischemie - het gebrek aan zuurstof - in acht moeten nemen maar ook de ernst van de ischemie om te oordelen of een patiënt beter behandeld moet worden met medicatie of door middel van een revascularisatieprocedure, met name een percutane coronaire interventie (PCI) of een coronaire bypass (CABG).

In 2016 werden er in het OLV Hartcentrum 827 FFR-metingen uitgevoerd bij patiënten met vernauwde kransslagaders, waarvan vermoed werd dat de plaatsing van een stent noodzakelijk zou kunnen zijn. Uit de FFR-metingen bleek dat deze ingreep uiteindelijk slechts bij 217 van de 827 patiënten effectief was aangewezen. Zonder FFR-metingen zouden wellicht in alle 827 gevallen een percutane coronaire interventie (PCI) worden uitgevoerd. Een PCI mag dan wel een minimaal invasieve ingreep zijn, er blijft toch altijd een zekere impact voor de patiënt. Bovendien is er ook een kostprijs mee gemoeid voor de ziekteverzekering. Door systematisch FFR-metingen uit te voeren, kunnen onnodige PCI's worden vermeden.



Dr. Emanuele Barbato, zittend op de foto: "Het risico op overlijden, op een acuut myocard infarct of een dringende ingreep is des te groter naarmate de waarde van de FFR lager ligt."

FFR, na twintig jaar actueler dan ooit

De Fractionele Flow Reserve (FFR) is een meting van de coronaire perfusie (bloedtoevoer), die eenvoudig kan worden afgeleid van de coronaire drukmetingen tijdens een katheterisatie. Deze meting werd meer dan twintig jaar geleden ontwikkeld en via dierenproeven gevalideerd door Dr. Bernard De Bruyne van het OLV Hartcentrum Aalst en Prof. Nico H.J. Pijls van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Sederdient is de FFR-meting opgenomen in alle Europese en Amerikaanse guidelines en wordt ze elk jaar toegepast bij miljoenen patiënten wereldwijd. FFR is een verlenging geworden van een coronair angiogram en stelt de cardioloog in staat om de ernst van een vernauwing precies te bepalen. In vele gevallen is een FFR-meting dus doorslaggevend om de optimale behandeling te kunnen toepassen. Niet-tegenstaande de internationale guidelines voorziet het Riziv slechts in een gedeeltelijke tegemoetkoming van de materiaalkosten voor de klassieke FFR-metingen - niet in het honorarium - en nog helemaal niet voor de FFR_{angio} en de FFR_{CT}.

“Ingrepen worden wel minutieus uitgevoerd, maar we moeten ook nagaan in welke mate de patiënt zich beter voelt eens hij terug thuis is”

Op de recente jaarvergadering van de Belgian Society of Medical Oncology (BSMO) ontving longarts prof. dr. Kurt Tournoy van het OLV Ziekenhuis de MSD Onco Award. Deze prijs stellen dr. Tournoy, dr. Vercauter en de collega's van de dienst Longziekten in staat om een pilotproject rond Value Based Health Care voor longkanker op te zetten.

Wordt gezondheidszorg in de toekomst gefinancierd volgens de resultaten die worden behaald?

Value Based Health Care is een relatief nieuw concept in de geneeskunde. Het werd in 2006 geïntroduceerd door Michael E. Porter en Elizabeth Olmsted Teisberg in hun boek Redefining Health Care. Daarin definiëren zij 'waarde' als de gezondheidsresultaten die bereikt worden ten opzichte van de gemaakte kosten. Een hoge zorgwaarde voor de patiënten zou het doel van moderne gezondheidszorg moeten worden.

Dokter Kurt Tournoy: “Tijdens het ICHOM-congres (n.v.d.r. ICHOM staat voor International Consortium voor Health Outcomes Measurement) in Londen vorig jaar verklaarde de minister van volksgezondheid, Maggie De Block, dat de regering Value Based Health Care kan - en moet - aanmoedigen. Er zijn meerdere redenen om Value Based Health Care uit te voeren. Ten eerste blijven de uitgaven voor gezondheidszorg wereldwijd stijgen, wat onhoudbaar is. Deze steeds toenemende kosten belemmeren bovendien innovatie. Ten tweede is er het groeiend besef dat de kwaliteit van de

Dokter Tournoy en zijn collega's van de dienst Longziekten kunnen dankzij de MSD Onco Award een proefproject rond Value Based Health Care bij longkankerpatiënten opstarten.



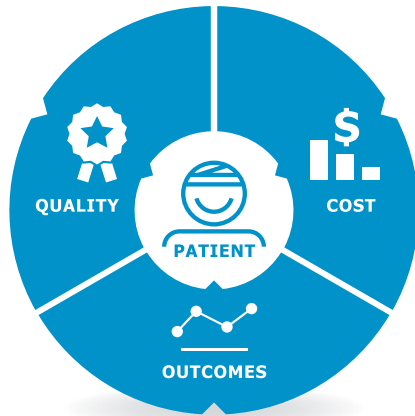
gezondheidszorg in essentie wordt bepaald door de resultaten die er voor de patiënt werkelijk toe doen. De relatie van de resultaten ten opzichte van de kosten bepaalt de gerealiseerde gezondheidswaarde. België doet het bovendien niet goed in het Europese peloton en realiseert te weinig zorgwaarde terwijl ons land nochtans een erg hoog percentage van het bruto nationaal product investeert in gezondheidszorg. Als artsen moeten we ons dan ook realiseren dat we in de komende jaren steeds minder geld zullen krijgen voor de prestaties die we leveren, maar dat er een nieuwe vorm van vergoeding zal komen die gebaseerd is op de resultaten die we behalen. In plaats van 'fee for service' komt 'pay for performance'. Om die vergoeding te krijgen zal je natuurlijk wel je resultaten moeten meten.”

Welke uitkomst biedt een behandeling voor de patiënt?

Om Value Based Health Care in praktijk te brengen, moet de kwaliteit van gezondheidszorg gemeten worden met objectieve indicatoren.

Dokter Kurt Tournoy: “Van de grote hoeveelheid kwaliteitsindicatoren die beschikbaar zijn in de literatuur focust

slechts een minderheid op het behaalde resultaat, terwijl het grootste deel is gerelateerd aan de gemakkelijk meetbare processen en structuren. Die laatste hebben slechts een beperkt effect op de waarde. Een voorbeeld ... Voor de longkankerpatiënt die voor een operatie of een bestraling staat, maakt het niet zoveel uit in hoeveel procent van de gevallen de dienst Pathologische ontleedkunde erin slaagt het subtype



Instrument ontwikkelen om bevindingen van patiënten te registreren

Geïnspireerd door het concept en de noodzaak van Value Based Health Care, besloot de dienst Longziekten in het OLV Ziekenhuis om hierrond een proefproject in de steigers te zetten, meer bepaald voor patiënten met longkanker.

Dokter Kurt Tournoy: "Jaarlijks krijgen 8500 landgenoten de diagnose van longkanker te horen. Na vijf jaar is 84 % van deze mensen overleden. Daarmee is longkanker een van de meest voorkomende en dodelijkste kankers waarmee professionele hulpverleners worden geconfronteerd. Een groeiende reeks van therapeutische benaderingen zoals chirurgie, radiotherapie, chemotherapie of immunotherapie kan worden gebruikt. Deze interventies zijn in de eerste plaats gericht op het verlengen van de overleving, wat ze ook doen zoals aangetoond in de gerandomiseerde klinische studies voor registratie en vergoeding door het Riziv. De multidisciplinaire zorg van de longkankerpatiënt beoogt echter meer dan alleen een verlenging van het leven. Zowel de ziekte als de verschillende behandelingen leiden tot symptomen met ernstige maar vaak onderschatte effecten op fysiek, emotioneel en sociaal functioneren van de patiënt. Deze effecten worden actueel

van de longkanker te bepalen, hoewel dit een procesindicator betreft die makkelijk meetbaar is en als erg belangrijk wordt aangeduid door het KCE. Voor de betrokken patiënt is het belangrijker in welke mate hij na de ingreep pijn heeft, of hij zijn dagelijkse activiteiten kan hernemen, enzovoort. Voor een groeiend aantal aandoeningen heeft het ICHOM nu compacte verzamelingen van kwaliteits-indicatoren ontwikkeld en gepubliceerd waarmee de gerealiseerde gezondheidswinst en de geleverde kwaliteit goed kunnen gemeten worden. De resultaten zoals die door de patiënt zelf worden gerapporteerd, vervullen een erg prominente rol in deze datasets, terwijl proces- en structuurindicatoren tot een minimum beperkt zijn. De Patient Reported Outcome Measurements (PROMs) bestrijken vijf domeinen en worden in

de tijd - minstens gedurende één jaar - opgevolgd: overleven/overlijden na behandeling, ziekte die overblijft na de therapie, ongemak bijvoorbeeld door complicaties, onvolledig herstel en ontevredenheid na behandeling. Door een volledige zorgcyclus te meten en vervolgens de gegevens te analyseren en te benchmarken - zowel intern als met andere ziekenhuizen - kan men iets leren van de behaalde resultaten. Op die manier kan de kwaliteit van de geleverde gezondheidszorg worden geoptimaliseerd, bijvoorbeeld door het verminderen van complicaties na een ingreep. Uiteindelijk moet dit leiden tot betere uitkomsten tegen evenveel of zelfs minder kosten, dus tot meer waarde voor alle stakeholders (belanghebbenden): zowel de patiënt, de arts als de overheid."

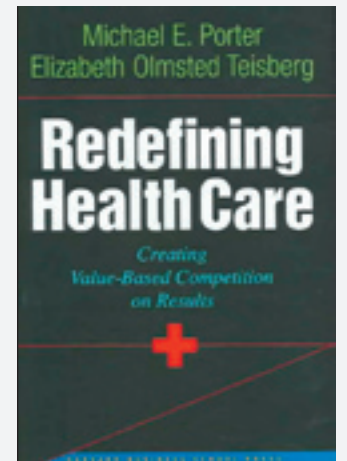
nooit routinematig verzameld voor longkankerpatiënten. Daaraan wilden we iets doen en we hadden het idee om de Lung Cancer Standard Set van ICHOM op te nemen in een proefproject binnen het OLV Ziekenhuis te Aalst, als prototype van een groot algemeen ziekenhuis.

Het idee is één ding, de realisatie ervan is iets anders. Om indicatoren te meten, bij te houden, te analyseren en te presenteren moeten er immers talrijke praktische hindernissen overwonnen worden. Hierbij denken we aan de noodzaak om over een digitaal platform te beschikken waarop zowel arts, zorgverpleegkundige als patiënt gegevens kunnen ingeven. Dat platform dient niet enkel de ingebrachte gegevens op te slaan, maar voorziet bij voorkeur ook in een link met het bestaande elektronische patiëntendossier. Verder moeten we een beroep kunnen doen op gespecialiseerd personeel voor de analyse van de data. De gegevens moeten samengevat, geïnterpreteerd en gepresenteerd kunnen worden."

En dat is waar de MSD Onco Award de nodige duw in de rug kan geven. De MSD Onco Award is bedoeld om projecten die de zorg voor kankerpatiënten verbeteren, aan te moedigen en te stimuleren. Elk jaar wordt met deze award een project op een ander deelgebied van kanker ondersteund.

$$\text{Value} = \frac{\text{Outcome}}{\text{Cost}}$$

Dokter Kurt Tournoy: "Dit jaar was longkanker aan de beurt. Dus hebben we besloten om met ons Value Based Health Care project aan de competitie deel te nemen. Nu we de prijs met een waarde van 20.000 euro gewonnen hebben, zijn we in staat om de kick off van het project te organiseren. We beginnen met het opzetten van een datacollectiesysteem. We gaan een ICT-dienstverlener onder de arm nemen om een gegevensmodule te bouwen, waarmee een gespecialiseerde verpleegkundige van onze dienst op een gecoördineerde en eenvoudige manier de case mix-variabelen en de kwaliteits-indicatoren kan verzamelen bij de deelnemende patiënten."



Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg: Redefining Health Care, 2006, Harvard Business Review Press. EAN: 9781591397786

November 2017: themanummer Value Based Health Care

Value Based Health Care is een boeiend thema dat de komende maanden ongetwijfeld overal zal opduiken wanneer er over de toekomst van de Belgische gezondheidszorg-sector wordt gepraat. Daarom besliste de redactie om de editie van aanstaande november in het teken van dit thema te plaatsen. Tegen die tijd kunnen we meer concrete informatie over het longkankerproject geven. Tegelijk bieden we dan ook een forum aan de artsen uit andere medische diensten van het OLV Ziekenhuis die initiatieven nemen rond deze thematiek.

Proefproject met 100 longkankerpatiënten opstap naar brede toepassing

Dokter Kurt Tournoy: "Bij Patient Reported Outcome Measurements is de inbreng van de patiënt uiteraard cruciaal. Elke patiënt die aan het project deelneemt, kan dus ofwel zijn eigen tablet gebruiken, ofwel zijn bevindingen op een beveiligde manier ingeven op onze tablet tijdens het eerstvolgende bezoek aan het ziekenhuis. We streven ernaar om 100 patiënten met een curatieve behandeling van longkanker op te nemen in dit proefproject. De behandeling van deze patiënten is sterk geprotocolleerd waardoor deze subpopulatie van longkankerpatiënten meest in aanmerking komt voor het verzamelen en analyseren van gegevens. Hierbij mag de 'registratielast', zowel voor patiënt als voor het zorgteam, uiteraard niet te hoog worden. Daar zullen we uiterst zorgvuldig op toezien. Als het project met dit type van patiënten haalbaar blijkt, is het ons doel om deze aanpak uit te breiden naar patiënten met gevorderde of uitgezaaide longkanker, bij wie de zorgnood en zorgverlening veel meer variabel is."

"Het OLV Ziekenhuis in Aalst is zeker niet het enige ziekenhuis in België waar met Value Based Health Care zal worden geëxperimenteerd en gewerkt. Bovendien is er niet alleen binnen

de dienst Longziekten enthousiasme, ik zie op verschillende andere diensten collega's proactief initiatieven nemen. Idealiter zou een ziekenhuisbreed initiatief de volgende stap moeten zijn. Collega's in een aantal andere ziekenhuizen in België hebben ook hun interesse getoond. Het OLV Ziekenhuis mag deze trein niet missen en moet proberen om ook hier weer een gangmaker te zijn. Hoe eerder het OLV Ziekenhuis met dit project in Aalst in staat is om een 'proof of principle' voor België te presenteren, hoe makkelijker het zal zijn voor onze collega's om hun respectieve raden van bestuur te overtuigen om mee te investeren in Value Based Health Care. Wanneer er meer ziekenhuizen beginnen met het verzamelen van zorgdata en outcome measurements van patiënten met longkanker, zal benchmarking mogelijk worden."

"Als we kunnen aantonen dat de invoering van Value Based Health Care door detectie en curatie van werkpunten kan leiden tot betere resultaten - en mogelijks zelfs minder kosten - ligt de weg open om een hogere zorgwaarde voor de patiënt, de arts en de overheid te creëren. De overheid zal dan niet veel nodig hebben om ook concreet te investeren in dit concept."

www.ichom.org

Cochleaire implantatie

Slechte verstaanbaarheid ondanks het dragen van een gehoorapparaat? Dat heeft mogelijk niet enkel te maken met de aangeboden geluidsterkte.

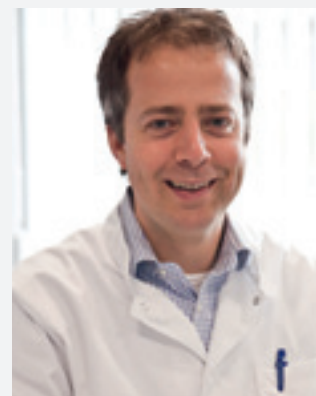
De toenemende blootstelling aan lawaai en de natuurlijke veroudering van onze populatie maken dat steeds meer mensen met gehoorsproblemen te maken krijgen. In vele gevallen biedt een klassiek gehoorapparaat een oplossing. Maar wanneer de beschadiging van het slakkenhuis in de spraakfrequenties te uitgesproken is, moet een andere oplossing worden overwogen: cochleaire implantatie.

Defect slakkenhuis vervangen

Bij patiënten met een gevorderd gehoorverlies ten gevolge van cochleaire schade, gaat een klassiek gehoorapparaat geen winst in spraakverstaanbaarheid meer opleveren. Het klassieke gehoorapparaat versterkt het geluid en biedt dit aan het (defecte) slakkenhuis aan. Het cochleaire implant daarentegen vervangt het defecte slakkenhuis, waardoor alle geluidsfrequenties weer evenredig aan de hersenen kunnen aangeboden worden. Hierdoor kan het gehoor en de spraakverstaanbaarheid enorm verbeterd worden. Een cochleair implant is een elektronisch implantaat dat uit een uitwendige proces-

sor en een implanteerbaar deel bestaat. Hierbij wordt er een smalle electrode via het slakkenhuis ingebracht welke zich rondom de gehoorzenuw windt en hieraan opnieuw elektrische impulsen doorgeeft. Onze hersenen leren deze opnieuw interpreteren als geluid.

Dokter Sven Geukens, NKO-arts van het OLV Ziekenhuis: "Het cochleaire implant viert dit jaar reeds zijn zestigste verjaardag. Sinds de introductie van een eerste implanteerbare elektrische neurale stimulator door André Djourno and Charles Eyriès en de verdere ontwikkeling door de groep rond Dr. Howard House in de jaren 1970, is er een lange weg afgelegd. De recente technologische ont-



Dokter Sven Geukens

wikkelingen - Wifi, Bluetooth, artificiële intelligentie ... - maken van het huidige cochleaire implantaat een staaltje van hoog technologisch vernuft. Hierdoor kan de patiënt na revalidatie terug deelnemen aan conversaties, en bijgevolg ook terug een normaal sociaal leven leiden."

Expertise bundelen om toenemend aantal patiënten met gehoorproblemen in eigen regio te helpen

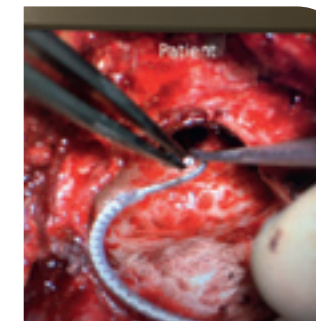
Dokter Sven Geukens: "Op een bepaald moment beginnen alle puzzelstukjes samen te vallen. Via meerdere specialistische opleidingen heb ik me verder bekwaamd in de otologische heelkunde, waardoor de tijd rijp was om ook cochleaire implantaties uit te voeren. Ongeveer gelijktijdig begonnen de

verkennde gesprekken rond de netwerkvorming met de drie ziekenhuizen uit de Denderregio. Ik heb toen bij mijn collega's NKO-artsen gepeild naar hun interesse om samen patiënten uit onze regio te begeleiden bij een eventuele stap naar cochleaire implantatie. Zowel vanuit het ASZ te Aalst als vanuit AZ Sint-Blasius te Dendermonde vertoonden een aantal collega's de nodige motivatie om dit te realiseren. Onze regio telt een ruime patiëntenpopulatie en het aantal patiënten

dat voor cochleaire implantatie in aanmerking komt, zal in de toekomst enkel nog toenemen. Door onze krachten in een netwerk te bundelen, zouden we onze patiënten deze behandeling ook in eigen regio kunnen aanbieden."

Om cochleaire implantatie aan te bieden, volstaat het niet om enkel de ingreep op zich onder de knie te hebben. Het succes van de behandeling hangt in sterke mate af van een uitgebreide preoperatieve screening en een zeer belangrijke revalidatie achteraf. Voor elke stap in het gehele behandelingsproces moet de juiste expertise aangeboden kunnen worden. Om al die expertise in de regio te bundelen moet er een voldoende groot draagvlak zijn.

Dokter Sven Geukens: "Toen er bij de NKO-artsen uit de drie ziekenhuizen een draagvlak was gecreëerd, namen we - ondertussen een jaar geleden - contact op met Prof. Govaerts van De Oorgroep, uit Deurne. Prof. Govaerts geldt als een wereldautoriteit op het vlak van cochleaire implantatie. Wij hebben een akkoord met hem dat hij met zijn team instaat voor de preoperatieve screening van onze patiënten en dat zij ook na de cochleaire implantatie onze patiënten begeleiden bij 'fitting' en de selectie van het meest aangewezen revalidatiecentrum."



Dokter Raf Jacobs, NKO-arts AZ Sint-Blasius, Dendermonde: "Het NKO-team van AZ Sint-Blasius steunt het initiatief van dokter Geukens om, in samenwerking met de NKO-artsen van de regio Aalst-Dendermonde, een cochleair-implantcentrum op te starten. Dankzij de snel evoluerende technologie kunnen alsmaar meer mensen met een cochleair implantaat geholpen worden. Zo kunnen zij de sociale isolatie, die vaak ontstaat ten gevolge van een ernstig gehoorverlies, vermijden. Door de ingreep in de eigen regio aan te bieden, wordt voor onze patiënten de drempel verlaagd om de stap naar een cochleair implantaat te zetten."

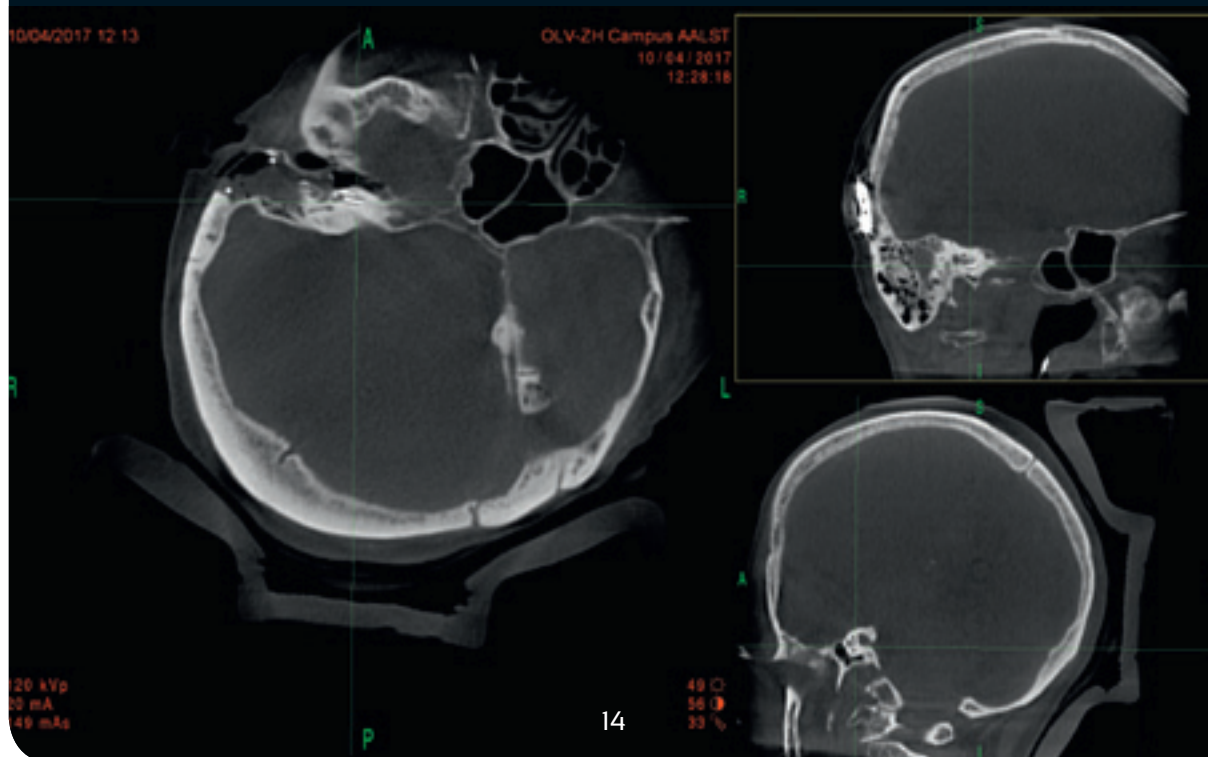
Dokter Lore De Schryver, NKO-arts ASZ, Aalst: "Reeds meerdere jaren streven de NKO-artsen van ASZ Aalst naar de uitbouw van een dienst met verschillende subspecialisaties. We kunnen deze visie nu realiseren door de krachten te bundelen in het grotere netwerk van de Denderregio. Hierdoor zullen kwalitatief hoogstaande en innovatieve behandelingen

aangeboden worden op regionaal niveau. De oorartsen van het ASZ engageren zich om de verdere uitbouw van een cochleair implantaat centrum te realiseren. Samen zullen we onze patiënten correct informeren, behandelen en begeleiden."

Selecteren wie in aanmerking komt

Dokter Sven Geukens: "Cochleaire implantatie is niet voor elke patiënt die slecht hoort, weggelegd. Wanneer patiënten progressief minder 'winst' van het klassieke gehoorapparaat ondervinden of geconfronteerd worden met een plots gehoorverlies, gebeurt een eerste controle naar gehoor en spraakverstaanbaarheid en de oorzaak van het gehoorverlies. Als een cochle-

Met de O-arm kan de positionering van het cochleair implantaat in de windingen van het slakkenhuis in beeld worden gebracht. De dunne electrode (0,8 mm) wordt opgeschoven in de onderste winding van het slakkenhuis en is er speciaal toe ontworpen om zich rond de gehoorzenuw te draaien. Zo kan een optimaal signaal naar de hersenen worden gestuurd. Dit is mooi geïllustreerd op de overlangse en dwarse doorsnede doorheen het slakkenhuis. Met de O-arm heeft de chirurg tijdens de ingreep informatie over de plaatsing van de elektrode.



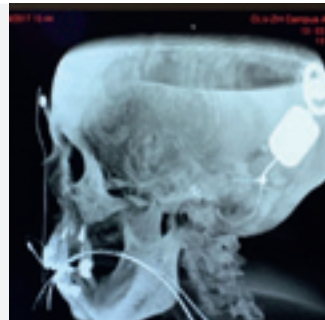
air implantaat kan overwogen worden, wordt het dossier besproken met Prof. Govaerts en wordt de patiënt uitgenodigd door de Oorgroep voor verdere screening.”

Daarbij wordt ook nagegaan of de patiënt voldoet aan de minimum vereisten die voor terugbetaling door het Riziv zijn vastgelegd. Het gaat om drie voorwaarden. Ten eerste dient het gehoorverlies aan het beste oor een gemiddelde luchtgeleidingsdrempel (op 500, 1000, 2000 hertz) van minstens 85 decibel Hearing Level (HL) te vertonen. Ten tweede moet uit spraakaudiometrie blijken dat het beste oor een score van 30% of minder heeft op 70 dB Sound Pressure Level (SPL). Tot slot moet een Brainstem Evoked Response Audiometry - een BERA-onderzoek - uitwijzen dat het beste oor een drempel van de V-piek toont die hoger of gelijk is aan 90 dB nHL (Decibel Above Normal Adult Hearing Level). In vergelijking tot de ons omringende landen gelden er in België nog zeer strenge selectiecriteria voor cochleaire implantatie.

Dokter Sven Geukens: “Wanneer de patiënt niet aan deze voorwaarden voldoet, kan nog steeds overgegaan worden tot cochleaire implantatie, maar moeten de kosten door de patiënt zelf gedragen worden. Hij moet daarvoor rekenen op zowat 20.000 euro voor het implantaat.”

Gehoorsparende ingreep onder begeleiding van CT-beeldvorming

Dokter Sven Geukens: “Eens een goedkeuring door het Riziv verkregen is, zie ik de patiënt terug om de ingreep en de onmiddellijke postoperatieve revalidatie verder te bespreken. In maart en april 2017 vonden de eerste twee cochleaire implantaties in het OLV Ziekenhuis te Aalst plaats. Beide zijn succesvol verlopen, de patiënt kon telkens de dag na de in-



greep het ziekenhuis verlaten. Bij de eerste patiënt werd er tevens een “gehoorsparende” ingreep uitgevoerd. Wanneer er nog “restgehoor” aanwezig is in het slakkenhuis, wordt er getracht dit te bewaren tijdens de ingreep. Zo kan de patiënt later een dubbel voordeel genieten door de lage tonen “op natuurlijke wijze” te stimuleren met een klassiek gehoorapparaat en de hogere frequenties terug aan te bieden via het CI. Voor het eerst in België werd er peroperatief gebruikt gemaakt van de O-arm. Door middel

van deze mobiele Cone Beam CT kan er tijdens de operatie gezien worden of de elektrode correct geplaatst is. Volgens de traditionele methode gebeurde dit door middel van een CT-scan na de ingreep, wanneer de patiënt al was ontwaakt. Indien deze scan wees op een foutieve plaatsing, dan diende een nieuwe ingreep - met narcose - te worden gepland. Door gebruik te maken van de O-arm wordt dat risico dus geheel vermeden en kan indien nodig onmiddellijk worden gehandeld.”

“Ongeveer 4 weken na de implantatie gebeurt de eerste aanpassing van het cochleaire implantaat door Prof. Govaerts en volgt de revalidatie in een nabijgelegen centrum. De behandelende NKO-arts staat verder in nauw contact met de Oorgroep en met het revalidatiecentrum, zodat de progressie bij zijn patiënt nauwlettend gevolgd kan worden.”

Revalidatie op maat voor Parkinsonpatiënten

“Wij leren de patiënt met de ziekte van Parkinson om zijn situatie zoveel mogelijk zelf te begrijpen en positief te beïnvloeden”

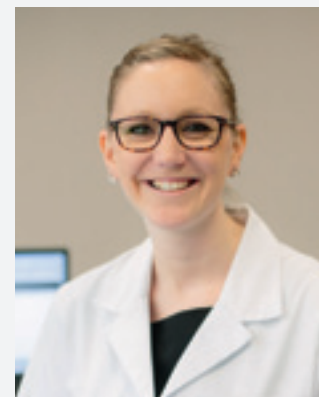
Geen twee Parkinsonpatiënten zijn dezelfde. Niet alleen kan de leeftijd van Parkinsonpatiënten sterk verschillen, de ziekte manifesteert zich bij elke patiënt met een verschillende combinatie van symptomen en tekenen. Dat vraagt om een aanpak op maat van de patiënt.

Dokter Anne-Catherine Vijverman, neuroloog: “Met medicatie kunnen de symptomen van de ziekte van Parkinson behoorlijk onder controle gehouden worden. De medicatie kan enkel zijn volwaardig effect hebben indien het gecombineerd wordt met gerichte revalidatieoefeningen, en dit over het hele verloop van de aandoening. Goed uitgekende, regelmatige revalidatie garandeert een significant beter resultaat van de medicatie op de mobiliteit (stappen, fijne motoriek, soepelheid, snelheid van bewegingen ...).

Om een revalidatieprogramma op te stellen volgens de specifieke noden van een Parkinsonpatiënt, organiseren we elke maand een Parkinsonscreeningsnamiddag. Elke

deelnemende patiënt wordt die namiddag aan allerhande gestandaardiseerde tests onderworpen: slikfunctie, spraakvermogen, evenwicht, geheugen, bewegingsmogelijkheden, reactievermogen, fijne motoriek, valrisico, zelfredzaamheid enzovoort. Deze multidisciplinaire tests worden afgenomen door mezelf en de collegae van het Parkinson-revalidatieteam: logopedist, ergotherapeut, kinesiist, revalidatiearts en sociaal assistent.

Na het beëindigen van de screeningsnamiddag maakt het multidisciplinair revalidatieteam een bilan op waaruit het revalidatieprogramma voor elke individuele patiënt moet bestaan. Indien meerdere patiënten vergelijkbare revalidatienoden hebben, werken we een



Dokter Anne-Catherine Vijverman

Parkinson?

De ziekte van Parkinson werd voor het eerst beschreven in 1817 door de Engelse huisarts James Parkinson. Later werd de ziekte naar hem genoemd. De ziekte van Parkinson is één van de meest voorkomende neurodegeneratieve aandoeningen, waarbij specifieke hersencellen vervroegd afsterven. Men schat dat er in België tussen de 30.000 en 35.000 mensen aan deze aandoening lijden. Bij twee derde van de patiënten begint de ziekte tussen het vijftigste en vijfenzestigste levensjaar, maar bij 5-10% al op een leeftijd jonger dan 40 jaar. Bij vijf tot tien procent van de patiënten heeft de ziekte van Parkinson een erfelijke oorsprong, maar bij de meeste patiënten kan de oorzaak nog niet door de wetenschap worden verklaard.

Bij personen met ziekte van Parkinson gaan bepaalde neuronen (zenuwcellen), die onder meer instaan in voor de aanmaak van dopamine, vervroegd afsterven. Hierdoor is er in het lichaam een tekort aan dopamine, een stof (neurotransmitter) die het lichaam nodig heeft voor soepele, automatische, spontane, vlotte bewegingen.

Dokter Anne-Catherine Vijverman: "Dopamine kan beschouwd worden als de smeerolie van het lichaam. Een auto zonder smeerolie zal pruttelend, traag en stroef bewegen (of helemaal niet bewegen). Hetzelfde geldt voor het lichaam: zonder dopamine zal het lichaam pruttelend, traag en stroef bewegen. Er bestaan pilletjes met dopamine, maar net zoals een auto volstaat het niet om smeerolie aan te vullen: je moet de wagen nadien ook nog rondrijden om de smeerolie over het hele systeem te verdelen. Vandaar de absolute nood van lichaamsbeweging bovenop inname van de (dopamine) medicatie."

De ziekte van Parkinson kan nog niet genezen worden, maar de symptomen kunnen relatief goed onder controle gehouden worden. Een goede medische en zorgkundige begeleiding is essentieel bovenop dagelijkse lichaamsbeweging.

groepsprogramma uit. Groepsrevalidatie biedt de patiënt immers talrijke voordelen zoals onderlinge steun en motivatie. Wanneer we na de screening oordelen dat de revalidatie voor een bepaalde patiënt beter individueel gebeurt, opteren we voor een coaching en begeleiding in het individueel revalidatieprogramma.

Of je in groep dan wel individueel deelneemt aan het revalidatieprogramma, er is een terugbetaling voorzien. Om de revalidatie doelgericht te houden, opteren wij er doorgaansvoor om het programma één maal per jaar te voorzien

voor een periode van 12 weken (twee uur per week). Dit is een terugbetaling die onafhankelijk is van de revalidatie die de patiënt thuis eventueel reeds volgt. Het is dan ook de bedoeling dat de deelnemende patiënten hun logopedische en/of kinesitherapeutische thuisbegeleiding verderzetten, óók tijdens de periode van het revalidatieprogramma bij ons. Op die manier kunnen we immers ook de revalidatie thuis stimuleren en eventuele bijkomende tips geven."

Emmy Fieremans, ergotherapeut: "Het komt er dus op aan om dat twaalfwekenprogramma

optimaal te benutten. Met het revalidatieprogramma willen we de behandeling een 'boost' geven. De effecten van het programma mogen niet stoppen bij het einde van de laatste sessie. De patiënten moeten er ook later, thuis, nog lang de voordelen van ondervinden. Daarom is zelfmanagement een sleutelwoord. Wij leren de patiënt zoveel mogelijk oefeningen aan die hijzelf thuis kan voortzetten. Tegelijk proberen wij hem ook een beter inzicht te geven in zijn eigen situatie. Met die kennis zal de patiënt gemakkelijker situaties herkennen waarin bepaalde symptomen de kop gaan opsteken. Met de oefen-



ningen en tips die hij in de revalidatie heeft aangeleerd, kan hij dan situatie sneller en beter terug onder controle brengen of gericht hulp zoeken. Dat noemen we zelfmanagement. Soms gebruiken we ook andere technieken, waaronder 'cueing', een therapeutische techniek om het therapeutisch effect te maximaliseren of aan de patiënt aan te leren om de verminderde of aanwezige sturing aan te vullen opdat het automatisch bewegen gefaciliteerd wordt. De gezinsleden van de patiënt vervullen eveneens een belangrijke rol in de therapie. Daarom nodigen we ze mee uit op één tot twee sessies. Bovendien

Modules

Het revalidatieprogramma voor Parkinsonpatiënten bestaat uit een aantal fundamentele modules die aan bod komen tijdens het programma. Ze zijn gebaseerd op evidence-based practice. Het aanbod en intensiteit van deze modules wordt mede bepaald door de resultaten van de screening en de hulpvraag van de patiënt.

- 1 Mobiliteit (bovenste en onderste ledematen, axiale mobiliteit) en stretching
- 2 Kracht van romp, onderste en bovenste ledematen en duurkracht
- 3 Houdingscorrigerende oefeningen
- 4 Evenwicht (statisch en dynamisch evenwicht)
- 5 Transfertraining (zit-standtransfers, bedtransfers)
- 6 March (kwalitatieve en kwantitatieve aspecten)
- 7 Cueing (intern en extern)
- 8 Dubbeltaaktraining
- 9 Advies omtrent hulpmiddelen, aanpassingen en compensatiestrategieën
- 10 Fijn motorische oefeningen
- 11 Schrijfmotorische oefeningen
- 12 Valpreventie
- 13 Logopedische informatiesessie
- 14 Informatie over sociale aspecten (sociale voordelen, rijgeschiktheid ...)

proberen we ook de zorgverleners uit de eerste lijn hierbij te betrekken, zodat zij hun patiënt doeltreffend kunnen bijstaan. Ons doel is om de patiënt in staat te stellen om zo lang mogelijk een actief leven te leiden. Uit ervaring weten we dat Parkinsonpatiënten die, aanvullend op hun medicatie, ook frequent specifieke oefeningen doen en aangereikte adviezen adequaat toepassen, doorgaans veel langer hun levenskwaliteit op een behoorlijk peil kunnen houden."

Dokter Anne-Catherine Vijverman: "Na het afronden van het revalidatieprogramma blijft de patiënt op regelmatige

basis neurologisch opgevolgd, zodat we de therapie kunnen bijstellen wanneer nodig. Elke neuroloog mag een patiënt met ziekte van Parkinson doorverwijzen naar ons programma. De bedoeling is nadien opvolging verder te laten gebeuren door de eigen neuroloog van de patiënt."

Noteer alvast
5 december 2017 (20-22u)
Infoavond voor medici en paramedici t.g.v. 200 jaar sinds de identificatie van de ziekte van Parkinson, met vier praktijkgerichte keuze-modules. Meer info volgt.

Het klinisch laboratorium helpt bij screenen naar verminderde nierfunctie bij gehospitaliseerde patiënten

In mei gaat het project 'Health Promoting Hospital Chronische Nierinsufficiëntie' van start. Met dit project wil het OLV Ziekenhuis tijdig chronische nierinsufficiëntie opsporen, zodat er preventieve maatregelen in het beginstadium kunnen genomen worden.

De nieren filteren en verwijderen afvalstoffen uit ons lichaam, helpen de bloeddruk te regelen, houden de botten sterk en bevorderen de productie van rode bloedcellen. Ongeveer 1 op 10 mensen heeft een vorm van chronische nierinsufficiëntie. Hoe ouder men wordt, hoe vaker nierlijden voorkomt. Eens de leeftijd van 30 jaar bereikt, zal de nierfunctie ongeveer 1% per jaar dalen. Naast deze natuurlijke veroudering van de nieren zijn er verschillende factoren die ertoe bijdragen dat nierlijden bij ouderen vaker voorkomt dan bij jongere personen. De belangrijkste oorzaken zijn hoge bloeddruk en suikerziekte.

Een erg verraderlijke aandoening

Dokter Jean-Marie Billiouw, diensthoofd Nefrologie-Dialyse-Hypertensie van het OLV Ziekenhuis: "De nieren hebben een enorme reservecapaciteit, daarom geeft een verminderde nierwerking lange tijd geen klachten. Problemen komen pas echt tot uiting wanneer er 50-70% of meer van de normale nierfunctie is uitgevallen. In een vroeg stadium voelt de patiënt niets. Dit is één van de redenen waarom de diagnose vaak laat-tijdig wordt vastgesteld. Anderzijds is chronische nierinsufficiëntie een aandoening die een grote weerslag heeft op de ge-

zondheid en de levenskwaliteit van de patiënt. Het komt er dus echt op aan om zo vroeg mogelijk de diagnose te stellen, zodat we de voortschrijding van deze aandoening tijdig kunnen afremmen. We beschikken daarvoor over een therapeutisch arsenaal dat bestaat uit zowel levensstijladvies als medicatie. Als de aandoening verder is gevorderd, kan dialyse zich opdringen, wat een sterke daling inhoudt van de levenskwaliteit van de patiënt. Het is dus extreem belangrijk om dit vast te stellen in een zo vroeg mogelijk stadium."

Van links naar rechts: dokter Bart Denys, dokter Jean-Marie Billiouw, dokter Isabelle Devolder, dokter Rogier Caluwé, dokter Erik Ghijsels en dokter Bruno Van Vlem



Dokter Rogier Caluwé, nefroloog: "Alle patiënten die in het OLV Ziekenhuis worden gehospitaliseerd - ongeacht de aard van de klacht of ingreep - en van wie al om een andere medische reden een bloedstaal moet genomen worden voor een creatinine serumconcentratie - een vaak aangevraagde laboratoriumtest - zullen automatisch ook gescreend worden op chronische nierinsufficiëntie. Er wordt dus geen enkel bloedstaal afgenomen dat anders niet zou worden afgenomen,

en er wordt geen enkele test uitgevoerd die anders niet zou worden uitgevoerd. In samenspraak met het klinisch laboratorium van het OLV Ziekenhuis, gaan we telkens wanneer de creatinineserumconcentratie wordt bepaald, ook de glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) berekenen. Wanneer de eGFR-waarde lager ligt dan 45 ml/min/1.73m² vormt dat een aanwijzing dat we te maken hebben met chronische nierinsufficiëntie. Deze informatie kan aangewend worden ten bate van de patiënt".

Health Promoting Hospitals voor efficiënte preventie

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) startte met het project voor Health Promoting Hospitals in 1988 en vormde daartoe in 1993 een speciaal netwerk. De doelstellingen van dit programma zijn onder andere:

- Een multidisciplinaire benadering en transparante besluitvorming voor de zorg aanmoedigen,
- gezondheids promotie aanmoedigen in de zorgomgeving, en
- gezondheids promotie integreren in kwaliteitsbeheer binnen ziekenhuizen.

De WGO vermeldt dat er meer dan 650 ziekenhuizen zijn aangesloten in haar HPH-netwerk, maar stelt ook vast dat talrijke projecten moeilijk voorbij het planstadium geraken omwille van beperkte overheidsfinanciering en praktische moeilijkheden binnen de ziekenhuizen.

Dokter Peter Meeus, laboratoriumdirecteur: "Het maakt ons toch een klein beetje trots dat wij deze moeilijkheden hebben overwonnen in het OLV Ziekenhuis. Eerder al werd dit concept hier ingevoerd voor diabetes. In samenspraak met de diensten Endocrinologie-Diabetologie en het Klinisch laboratorium worden bloedstalen van gehospitaliseerde patiënten systematisch geanalyseerd om eventueel niet-gediagnosticeerde diabetes op te sporen. Eenzelfde aanpak wordt nu ook voor chronische nierinsufficiëntie gevolgd. Telkens worden de huisartsen systematisch geïnformeerd wanneer er afwijkende waarden worden vastgesteld in het bloed van één van hun patiënten. Op die manier kunnen we samen op een efficiënte manier aan preventie en gezondheids promotie doen. Dat is uiteraard in het belang van de patiënt, die wij altijd centraal willen stellen. Door een tijdige diagnosestelling van beide aandoeningen worden ook intensieve en duurere therapieën vermeden. Dat is dus ook een goede zaak voor de overheid."

"Raadpleeg uw huisarts"

Dokter Bruno Van Vlem, nefroloog: "Daarom starten wij later dit jaar met het project 'Health Promoting Hospital Chronische Nierinsufficiëntie'. De diensten Klinisch laboratorium en Nefrologie-Dialyse-Hypertensie zijn voor dit project zeer goed op elkaar afgestemd. Dagelijks ontvangt de dienst Nefrologie van het lab een lijst met patiënten. In deze lijst staan de patiënten waarbij uit de bloedtest bleek dat ze te maken hebben met matige- tot ernstige nierinsufficiëntie. Omdat deze patiënten in eerste instantie vaak niet voor nierproblemen naar het ziekenhuis komen en zij vaak niet voelen

wat er aan de hand is, worden zij en hun huisarts op de hoogte gebracht van de vaststelling via een standaardbrief. Via deze brief komt de patiënt te weten wat chronische nierinsufficiëntie inhoudt en hoe belangrijk het is om er vroegtijdig bij te zijn. Patiënten worden aangeraden om hun huisarts te raadplegen, en diens advies op te volgen. Op voorstel van de huisarts kan de patiënt dan een zorgtraject afsluiten. Een goede medische opvolging kan de achteruitgang van de nierfunctie afremmen, complicaties voorkomen en de kwaliteit van leven verbeteren."

Dokter Isabelle Devolder, nefroloog: "Het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie streeft naar een nauwe samenwerking tussen patiënt, huisarts en specialist. De complementariteit tussen huisarts en nefroloog komt de kwaliteit van zorg ten goede. Ook wanneer een nierfunctie-vervangende therapie is aangewezen, heeft deze complementariteit een absolute meerwaarde, met name bij de keuze van welke nierfunctie-vervangende therapie het beste voor de betrokken patiënt past."

Geïntegreerde zorg en netwerk

De samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg, met een actieve rol voor de patiënt en zijn omgeving, leidt tot een efficiënte aanpak voor de behandeling van talrijke chronische aandoeningen, zoals chronische nierinsufficiëntie. Keten zorg kan effectief het verschil maken.

De dienst Nefrologie-Dialyse-Hypertensie draagt niet enkel een geïntegreerde, transmurale zorg hoog in het vaandel, maar ook netwerking. Nadat het OLV Ziekenhuis eind december vorig jaar samen met het ASZ en AZ Sint-Blasius de intentie tot samenwerking vastlegde in een charter, hebben recent ook de diensten nefrologie van deze drie ziekenhuizen een charter op dienstniveau onderte-

kend. Hierin geven zij hun intentie weer om één ziekenhuisoverschrijdende associatie op te richten.

Wij citeren uit dit charter: "We willen bijdragen tot de best mogelijke levenskwaliteit voor dialyse-nierpatiënten. Dit realiseren we door te streven naar hoogstaande kwaliteit en zorg voor de patiënten uit de brede regio, met aandacht voor fysieke, psychische en morele noden. Onze zorg staat op 4 pijlers; professioneel en gemotiveerd personeel, een sterk zorgnetwerk, continue verbetering en professionele performantie. We werken samen aan een lerende en waarderende organisatie, die ernaar streeft dat elke medewerker, zich thuis voelt. Vanuit de bekommernis om aan de patiënt geïntegreerde zorg te verlenen, bouwen we een open communicatie een transmurale zorgnetwerk uit tussen drie gelijkwaardige partners."

Nierzorg is teamwork

Dokter Bart Denys, nefroloog: "Wie geconfronteerd wordt met chronische nierinsufficiëntie, staat aan het begin van een onzeker en onbekend traject. Behandeling is één zaak; informatie, begeleiding en zorg op maat zijn minstens even belangrijk. Patiënten vertrouwen schenken, hen perspectief bieden en de juiste informatie geven, zijn van cruciaal belang. Tegelijk leidt een degelijke uitwisseling van informatie en herkenning van emoties tot een snellere en juistere benadering en zo zelfs tot minder angst en minder langdurige ziekenhuisopnames. De afdeling Nefrologie-Dialyse-Hypertensie heeft twee nierzorgcoördinatoren in

dienst, verpleegkundigen met een bijzondere expertise in de Nefrologie en in de begeleiding van patiënten. Samen met de patiënt leggen ze een weg af, informeren ze de patiënt, ondersteunen ze waar nodig en coördineren ze de multidisciplinaire zorg."

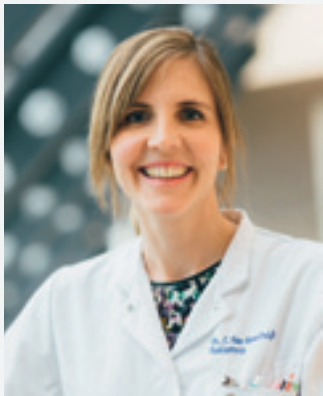
Dokter Erik Ghijssels, nefroloog: "Chronische nierinsufficiëntie is een complexe aandoening met een heel vaak onvoorspelbaar verloop. De klachten zijn vaag en patiënten weten niet of ze wel echt ziek zijn. Existentiële en praktische vragen steken vaak de kop op. Om antwoord te geven op alle vragen behoren ook een sociaal verpleegkundige en psychologe tot de multidisciplinaire omka-

dering van de patiënt. Om het nodige vertrouwen te scheppen en patiënten op hun gemak te stellen, vinden de eerste contacten met de nierzorgcoördinator plaats in een gemoedelijke, bijna informele sfeer. Niet alleen de patiënt, maar ook de naasten zijn welkom. In het begin van het traject is het contact intensief. Wij willen ook de huisarts heel nauw in dit traject betrekken, zodat patiënten en hun naasten met hun vragen ook bij haar of hem terecht kunnen."

Obesitas bij kinderen

“Wij willen het kind en de ouders omringen met gerichte hulp en begeleiding”

Eind juni 2017 zal het OLV Ziekenhuis starten met een obesitaskliniek voor kinderen. Om de zes weken staat op donderdagvoormiddag een team van deskundigen op Campus Aalst ter beschikking om kinderen tot 18 jaar die aan obesitas lijden, bij te staan.



Dokter Christine Van Hemelrijk: “We hebben te maken hebben met een generatie ouders die vaak zelf als kind al werden blootgesteld aan een ongezonde levensstijl.”

Overgewicht is de laatste decennia in onze Westerse maatschappij sterk toegenomen. Ongeveer 30% van de Europese bevolking lijdt aan overgewicht. Ook bij kinderen en adolescenten is de frequentie sterk toegenomen. Tussen 9 en 12 jaar vertoont 1 kind op 5 overgewicht. Bij volwassenen stijgt dat cijfer tot 1 op 3. Ongeveer 10% van alle kinderen is obees. Dokter Stephanie Verheyden en dokter Christine Van Hemelrijk, kinderartsen in het OLV Ziekenhuis, krijgen vaak te maken met jonge kinderen, die aan obesitas lijden.

De tweede Playstation-generatie

Dokter Verheyden: “Men spreekt van overgewicht wanneer de BMI zich tussen percentiellijn 85 en 97 bevindt. Overgewicht is te wijten aan een verstoorde balans tussen de energie-inname en het energieverbruik. Oorzaken zijn slechte voedingsgewoonten en te weinig beweging, maar ook psychologische factoren - denk aan “emo-eten” - of erfelijke factoren kunnen een rol spelen. Het is gekend dat het risico op overgewicht bij kinderen stijgt wanneer één van beide ouders zwaarlijvig is.”



Dokter Van Hemelrijk: “In de eerste plaats starten we met een obesitaskliniek voor kinderen omdat er veel vraag naar is vanwege de ouders van onze patiënten. We merken de laatste vijf jaar een aanzienlijke evolutie op het vlak van obesitas bij kinderen. We zien dat veel kinderen vandaag onvoldoende bewegen en ongezond leven. Bovendien merken we dat vele ouders er minder aandacht voor hebben dat hun kinderen een gezonde levensstijl volgen ... en dat heeft wellicht te maken met het feit dat zij zelf evenmin een gezond leven leiden. We hebben te maken hebben met een generatie ouders die vaak zelf als kind al werden blootgesteld aan een ongezonde levensstijl.”

Dokter Verheyden: “Veelal hebben ze zelf een ongezond eetpatroon met een teveel aan fastfood, frisdranken, snoep en snacks op het menu. In vele gevallen nemen ze zelf te weinig beweging en zitten ze zelf vaak gekluisterd aan TV, smartphone of aan de spelconsole ... Daardoor zijn sommige ouders op dat domein te laks ten opzichte van hun kinderen. Maar ook ouders die wél nog op een gezonde manier zijn opgevoed, kunnen het moeilijk hebben om een zekere regelmaat op te leggen aan hun kinderen. Vaak blijft er op het einde van een lange werkdag te weinig energie over om tegen de ongezonde gewoonten van hun kind in te gaan ...”

Het team

- Binnen de dienst Kinder-geneeskunde staan dokter Stephanie Verheyden en dokter Christine Van Hemelrijk in voor de obesitaskliniek. Dokter Verheyden is gespecialiseerd in kinderen-docrinologie, terwijl dokter Van Hemelrijk een specialisatie in kindergastro-entero-logie heeft behaald.
- Voor dieetadvies wordt een beroep gedaan om Marijke Van Rijsselberghe, hoofddiëtiste in het OLV Ziekenhuis en Jolien Rijckaert.
- Voor kinesitherapie wordt samengewerkt met een aantal zelfstandige kinesitherapiepraktijken uit de regio die gecertificeerd "Kinecoach" zijn, waaruit de ouders en hun kind kunnen kiezen.
- Wanneer de hulp van een kinderpsychiater is vereist, wordt contact opgenomen met de betrokken dienst. Valerie Czvek is de kinderpsycholoog die vast samenwerkt met onze obesitaskliniek voor kinderen.
- Zoals al gemeld, wil de kinderobesitaskliniek ook de huisarts mee inschakelen in het behandeltraject.
- Tot slot ligt er ook een belangrijke rol weggelegd voor de ouders en de patiënt zelf.

Het gaat om méér dan enkel overgewicht

Dokter Verheyden: "Kinderen die te zwaar zijn, hebben vaker last van verhoogde bloeddruk en verhoogde cholesterolwaarden. Op lange termijn vergroot overgewicht het risico op diabetes, hart- en vaatziekten en gewichtsproblemen. Overgewicht kan ook psychologische problemen veroorzaken zoals pesten, een laag zelfbeeld, sociale isolatie en depressie. Al deze problemen willen wij voorkomen of verhelpen door een team van deskundigen uit andere disciplines mee in te schakelen: kinder/jeugdpsychiater, kinderpsycholoog, diëtiste en kinesist. We willen ook de huisartsen, de ouders en de kinderen zelf actief bij het zorgtraject betrekken. Pas dan is er sprake van echte ketenzorg."

Elke dag donderdag

Dokter Van Hemelrijk: "Binnen het OLV Ziekenhuis hebben we met de betrokken disciplines afgesproken om ons elke zes weken op een vastgezette halve dag - de donderdagvoormiddag

- vrij te maken voor de kinderobesitaskliniek. Zo kunnen we alle consultaties en onderzoeken perfect bundelen, waardoor de kinderen en hun ouders zo min mogelijk vrijaf moeten nemen om naar het ziekenhuis te komen. De behandeling loopt echter door, elke dag. Onze jonge patiënten zijn doorgaans tot een jaar lang in behandeling. Daarna moeten zij in staat zijn om het op eigen krachten waar te maken."



Dokter Stephanie Verheyden: "Ook de huisarts krijgt een brief toegestuurd met feedback van de obesitaskliniek zodat hij zijn jonge patiënt op de voet kan blijven volgen en desgewenst zelf een actieve rol in het behandeltraject kan opnemen."

Zware kost of licht verteerbaar?

De benadering van de kinder-obesitaskliniek is op een zo efficiënt mogelijke aanpak gericht. De coördinerende kinderartsen zien erop toe dat enkel artsen en therapeuten die een wezenlijke bijdrage kunnen leveren, worden ingeschakeld. Zij volgen ook het totaalprogramma op, waarbij onnodige sessies worden vermeden.

Het Riziv heeft (nog?) geen totaalbehandeling voorzien en dus worden de geleverde prestaties van alle betrokken zorgverleners apart aangerekend.

Het Riziv voorziet wel in de terugbetaling van de kosten voor twee reeksen van 20 kinesitherapie-sessies.

Ouders en patiënten worden ook aangeraden om vooraf contact op te nemen met hun ziekenfonds. Bepaalde mutualiteiten voorzien immers in een verhoogde tegemoetkoming voor de kosten verbonden aan de deelname aan het obesitasprogramma, bovenop de tegemoetkoming door het Riziv. Dat kan een aardige duit schelen.

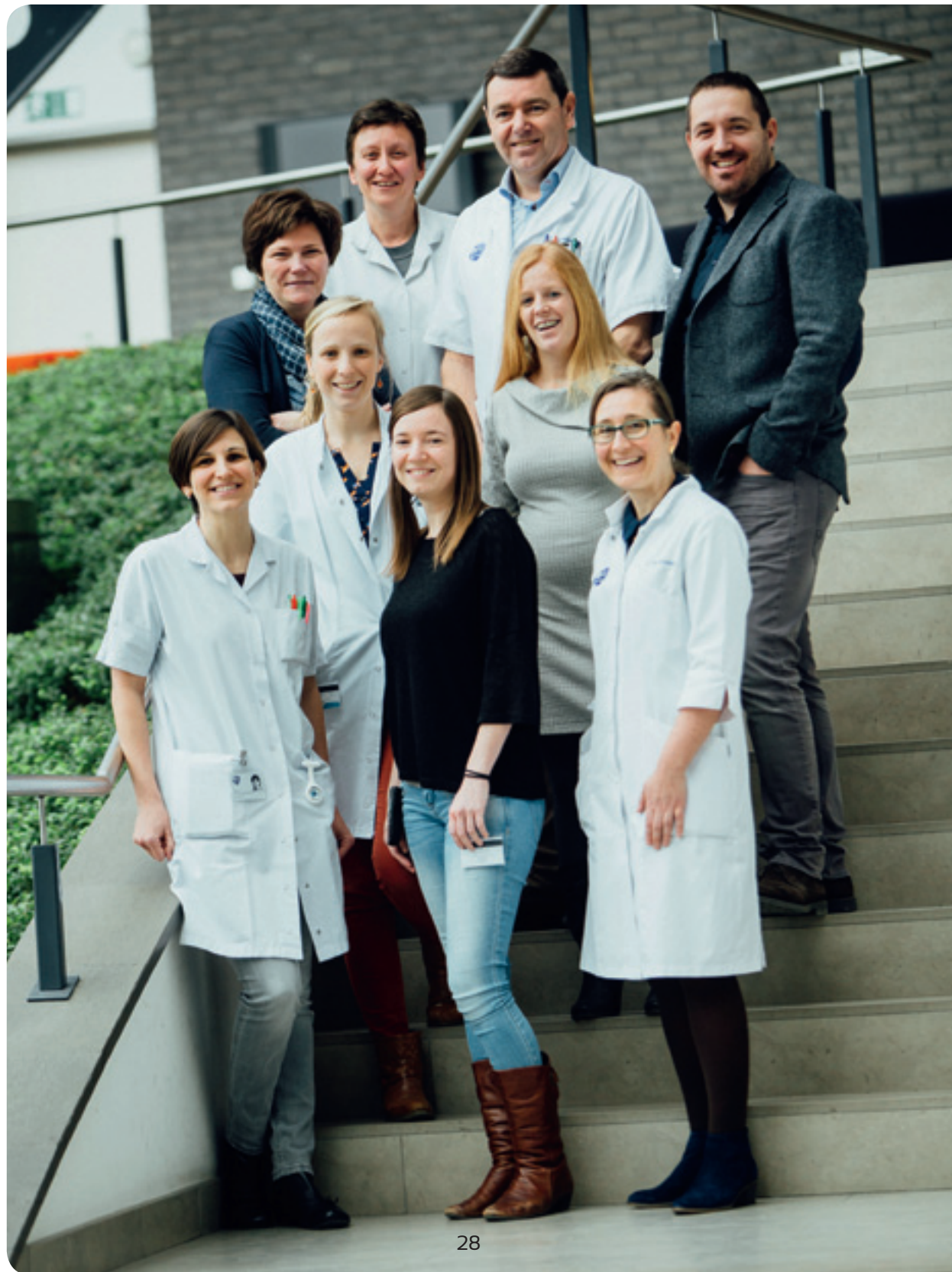
Dokter Verheyden: "Wanneer de ouders ons contacteren om een eerste raadpleging vast te leggen, stellen wij hen meteen voor om ook de huisarts in te schakelen. Voorafgaand aan deze eerste consultatie kan de huisarts immers al instaan voor wegen, meten en bloedafname. Uiteraard is ook de anamnese hierbij van belang. Wanneer al deze informatie al beschikbaar is bij het eerste consult, kunnen we meteen aan de slag."

Dokter Van Hemelrijk: "Aan de hand van een bloedanalyse weten wij of er eventueel reeds gevolgen van het overgewicht te zien zijn op het suikermetabolisme, de lever enzovoort. Ook worden bepaalde oorzaken van het overgewicht zoals schildklierproblemen nagekeken. Aansluitend op het klinisch onderzoek bij onze dienst kan het kind meteen op raadpleging

bij een diëtist, kinesist en een kinderpsycholoog. Al deze onderzoeken kunnen dus op één voormiddag worden afgerond. In de namiddag zitten wij met alle betrokken zorgverleners rond de tafel om de meest aangewezen aanpak voor elke jonge patiënt uit te stippelen."

Dokter Verheyden: "De diëtist zal kennis rond gezonde voeding bijbrengen en tips geven die leiden tot veeleer een gewichtsstabiliteit. Bij de psycholoog wordt gewerkt aan een beter zelfbeeld en worden onderliggende negatieve gevoelens aangepakt. De kinesist benadrukt het belang van beweging, om de verstoorde balans tussen energie-inname en energieverbruik weer in evenwicht te brengen. De kinesist probeert dan ook beweging te integreren in het gezinsleven. Zodra de behandeling op punt

staat, worden de ouders telefonisch gecontacteerd om het behandelplan en de vervolgspraken mee te delen. Ook de huisarts krijgt een brief toegestuurd met feedback van de verschillende actoren in de obesitaskliniek. Zo kan hij zijn jonge patiënt op de voet blijven volgen en zelf een actieve rol in het behandeltraject opnemen."



OLV Obesitaskliniek legt veertien jaar ervaring in de weegschaal

Terwijl de dienst Kindergeneeskunde dit jaar start met een obesitaskliniek voor kinderen en jongeren, kan de OLV Obesitaskliniek - voor volwassenen - al terugblikken op een veertienjarige werking. Een aantal zorgverleners zijn betrokken bij beide activiteiten, wat voor een automatische expertiseoverdracht zorgt. Uiteraard kunnen ook de pediaters van de obesitaskliniek voor kinderen en jongeren op hun collegae rekenen voor advies en ondersteuning.

Dokter Inge Van Pottelbergh, endocrinoloog: "Uit onze ervaring weten we dat een goede communicatie met de patiënt en de huisarts cruciaal is. De tijd nemen om kandidaten voldoende te informeren, blijkt heel zinvol. Daarom voorzien wij de nodige intakegesprekken. We stellen eerst ons conservatief aanbod voor overgewicht voor, met individuele begeleiding of groepscoaching. Verder peilen onze psychologen naar de bereidheid tot gedragsverandering en het verwachtingsprofiel. Zij screenen op eetstoornissen, depressie of onverwerkte problemen. Mocht er een dergelijke problematiek zijn, dan volgt het advies dit eerst aan te pakken."

Marijke Van Rijsselberghe, hoofddiëtiste: "We houden de deur op een kier voor mensen die er zelf nog niet uit zijn. In een eerste stap komen kandidaten bij de diëtiste en de psychologe. In een open gesprek waarin alle behandelmogelijkheden nog opengelaten worden, trachten we op basis van de eetgewoontes, eerdere afvalpogingen en het verwachtingsprofiel tot een juist advies te komen. Zo kunnen volume-etters baat hebben bij een andere aanpak dan zoet-etters."

Dokter Van Pottelbergh, endocrinoloog: "Pas in een volgende stap is er een contact met onze dienst Endocrinologie. Als de patiënt de stap naar bariatrische heelkunde wil zetten, en als we gepeild hebben naar de steun van de partner in die beslissing, organiseren we een gesprek samen met de behandelende chirurg. We bespreken met de kandidaten de laboresultaten, polsen naar de weerslag op cardiometabool en reproductief vlak en checken het operatieve risico. Ook de langetermijnweerslag van bariatrische heelkunde wordt beklemtoond."

Dokter Yves Van Molhem, chirurg: "Als chirurg baseer ik me op de input van de diëtiste en de psychologe om met de kandidaat tot de juiste keuze van het type bariatrische heelkunde te komen. Ik geef uitleg over de ingreep, de mogelijke complicaties, de terugbetaling en de verblijfsduur. Naast preoperatieve onderzoeken krijgt de kandidaat bijkomend voedingsadvies voor na de ingreep. De heelkunde is immers een hulpmiddel om permanent de eetgewoontes gezond te houden. Hiervoor gaan we graag een partnership aan met de huisartsen om dit samen met de gewichtsevolutie van de patiënt in kaart te brengen. We organiseren regelmatig ook terugkomdagen voor patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan. De volgende terugkomdag vindt héél binnenkort plaats, op 20 mei 2017. We voorzien dan workshops over gezonde voeding, beweging, aandachtspunten bij de opvolging en eventuele mogelijkheden voor plastische chirurgie na de ingreep. We verwachten een honderdtal mensen met partner. Dit illustreert hoe belangrijk een brede aanpak is, met ook aandacht voor lotgenotencontact en laagdrempelige informatievoorziening."

Meer info:
www.olvz.be/patienten/diensten/obesitaskliniek
T. 053 72 88 94

“Een pareltje van een OK”

In de zomer van 2016 werd reeds de eerste fase van de grondige renovatiewerken aan het operatiekwartier in Asse afgerond. Toen werden al drie gloednieuwe operatiezalen in gebruik genomen. Daarna volgde de fase waarbij nog een vierde, bijkomende operatiezaal en een ontwaakzaal helemaal worden heringericht. Ook die tweede, en laatste, renovatiefase, is nu afgerond. Campus Asse beschikt nu over twee grote operatiezalen van elk 55m², twee zalen van 38 m² en een ontwaakzaal. Artsen en ver-

pleegkundigen krijgen zo meer ruimte en meer comfort om te werken, wat uiteraard de kwaliteit van de medische zorg en de patiëntveiligheid ten goede komt.

Het nieuwe operatiekwartier in Asse is uitgerust met de meest moderne voorzieningen, inclusief een zogenaamd 'digitaal OK'. Dat verwijst naar soft- en hardware waarmee een operatiekwartier wordt omgevoerd tot een regiekamer voor medische beelden, vaak in 3D.

Daarmee kan de chirurg tijdens de ingreep gebruik maken van medische beelden van voorafgaandelijke onderzoeken, maar ook van precisiebeelden die tijdens de ingreep zelf worden genomen, zodat iedereen in de operatiezaal de ingreep van heel nabij kan volgen. In onze campus te Aalst hebben we een gelijkaardig systeem. Met deze versie beschikt ook Campus Asse over een 'state-of-the-art' operatiekwartier: een ongeziene troef voor een ziekenhuis van deze omvang, net buiten de Brusselse ring.

Diabetes: er beweegt heel wat

In de vorige editie van OLV Inside/Out berichtten we al over de nieuwe diabetesconventie die sinds juli 2016 van kracht is. Daarbij rapporteerden we over de terugbetaling van flash glucosemonitoring, die voor een grote doorbraak zorgt. Maar het is duidelijk: de diabeteswereld staat niet stil, zeker niet in het OLV Ziekenhuis. Hier volgen enkele korte berichten over recente evoluties.

De sensortechnologie neemt een hoge vlucht

Flash glucosemonitoring geeft diabetespatiënten de mogelijkheid om de lastige vingerprikken grotendeels achterwege te laten. Het werkt met een sensor, die de patiënt zelf op de huid kan aanbrengen en die om de 14 dagen vervangen wordt. De patiënt kan de glucosewaarden scannen, zelfs doorheen de kleding. Deze technologie is bedoeld voor type 1-diabetici, bij wie de eigen insulinesecretie volledig is stilgevallen. Zij dienen dus frequent hun glycemie te bepalen en insuline te spuiten. Hun enthousiasme voor de Flash monitoring is groot.

Dokter Frank Nobels, diensthoofd Endocrinologie-Diabetologie: “We hebben op korte tijd ongeveer 400 patiënten

omgeschakeld. Ons team organiseert groepsessies om de flash monitoring aan te leren, gevolgd door intensieve individuele begeleiding om de patiënt met de gegevens te leren omgaan. Er is geen terugbetaling voor type 2-diabetici, maar de diabetesconventie biedt wel een oplossing voor patiënten met type 2-diabetes die behandeld worden met een complex insulineschema: zij kunnen het flashmateriaal aankopen, waarbij het bedrag dat anders voor strips zou worden gebruikt, in mindering wordt gebracht. Voorlopig gaat dit nog over een beperkte groep patiënten, maar die zal zeker toenemen.”

Flash monitoring is bedoeld om vingerprikken te vervangen en werd daarom zo eenvoudig mogelijk gehouden. Het diabetes-team van het OLV Ziekenhuis heeft ook een Rizivconventie

voor continue glucosemonitoring, een veel duurere technologie, die gebruikt wordt in combinatie met een insulinepomp en waarbij allerhande alarmen kunnen worden ingesteld. Deze technologie is uitermate geschikt voor type 1-diabetici die hun hypo's niet meer voelen, waarbij de sensor alarm kan geven. Het OLV-team ging een samenwerking aan met de diabetesteams van ASZ en AZ Sint-Blasius zodat hun patiënten ook gebruik kunnen maken van onze sensorconventie. Deze sensortechnologie is in volle evolutie. We beschikken nu ook over insulinepompen die communiceren met de sensor, zodat die bij dreigende hypoglycemie de pomp kan stilleggen. Dit zal de volgende jaren evolueren naar closed loop-systemen waarbij een groot deel van de glycemieregeling automatisch zal kunnen gebeuren.

Meer diabeteszorg in de eerste lijn

Nieuwe medicatie voor type 2-diabetes zorgt ervoor dat patiënten later op insuline komen en dus minder snel instromen in de diabetesconventie. Daarnaast stimuleert de nieuwe conventie uitstroom van type 2-diabetici die op twee insuline-injecties per dag staan, naar een zorgtraject diabetes. In zo een zorgtraject neemt de huisarts de leiding, bijgestaan door diabeteseducatoren van de eerste lijn, met ondersteuning van de endocrinoloog.



Dokter Frank Nobels: "Huisartsen zullen dus met een instroom van diabetespatiënten te maken krijgen. Gelukkig kunnen ze zich in het zorgtraject diabetes laten bijstaan door diabeteseducatoren. En ons specialistisch diabetesteam staat paraat om opleiding en advies te geven en deze patiënten jaarlijks te zien. Wanneer de huisarts in complexere gevallen liever heeft dat wij de diabeteszorgen overnemen, dan kunnen deze patiënten alsnog via de diabetesconventie begeleid worden."

Nieuwe editie van de Diabeteswijzer

Door de enorme uitbreiding van de behandelingsmogelijkheden van type 2-diabetes is er nood aan praktische houvast. Welke behandeling wanneer gebruiken, hoe opstarten, wat uitleggen aan de patiënten, hoe opvolgen ...? Dergelijk praktische info vindt je niet in wetenschappelijke richtlijnen. Daarvoor heb je een beter uitgewerkte praktische houvast nodig. De Engelstaligen maken hierbij een onderscheid tussen een richtlijn (guideline) en een wegwijzer (roadmap). Wij hebben in 2005 onze eerste online diabetes roadmap ontwikkeld, die we de 'diabeteswijzer' hebben genoemd. Deze diabeteswijzer kent veel succes met jaarlijks meer dan 100.000 hits.

Dokter Marc Amant, huisarts: "We hebben in onze streek een unieke samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond diabetes. Diabetes Project Aalst vormde enkele jaren geleden de inspiratie voor het Riziv voor de creatie van het zorgtraject diabetes en de lokale multidisciplinaire netwerken. We blijven deze samenwerking koesteren. Ook nu weer hebben we met vereende krachten de diabeteswijzer volledig herwerkt. Tik "diabeteswijzer" in uw zoekmotor en u komt meteen bij www.diabeteswijzer.be. Je kan zelfs tijdens de raadpleging snel de nodige info vinden."

De diabetesvoetklinik op wandel

De diabetesvoetklinik van het OLV Ziekenhuis is dit jaar 25 jaar actief en blijft een trendsetter. (Noot: Dokter Jan Rumbaut was een van de pioniers. Hij ging begin 2017 met pensioen, maar blijft les geven over diabetesvoet. Zie ook pagina 42). In de diabetesvoetklinik zetten endocrinologen, voeten vaatchirurgen, podologen, wondzorgverpleegkundigen en orthopedische schoenmakers zich samen in om de patiënt te helpen. Goede samenwerking met de eerste lijn is hierbij essentieel. De huisarts heeft een belangrijke rol bij diabetesvoet. Hij staat in voor jaar-



Dokter Marc Amant

lijkse screening met inschatting van het risico, voor het starten van preventieve maatregelen bij verhoogd risico, voor snelle adequate reactie bij voetwonden, en voor goede supervisie van de thuisbehandeling.

Geen gemakkelijke taak. Daarom nam de diabetesvoetklinik vorig jaar het initiatief om in het kader van OLV Ateljee een praktische workshop op te zetten voor huisartsen. Er worden situaties voorgespeeld door de medewerkers van de voetklinik, het jaarlijks voetonderzoek wordt ingeoefend, allerhande schoeisel wordt doorgegeven en interactief geëvalueerd, het inschatten van de ernst van voetwonden wordt aangeleerd met gebruik van namaakwonden, er wordt nagedacht over drukontlasting, het veilig aanleggen van een verband wordt ingeoefend, enzovoort. Het was meteen een geweldig succes met niet anders dan enthousiaste deelnemers. De aanwezige huisartsen hebben blijkbaar voor mond-tot-mondreclame gezorgd, want meteen kwamen aanvragen binnen om deze workshop ook op andere locaties te herhalen. Ondertussen is de workshop uitgewerkt tot een heus project met de naam SMART-FOOT, waardoor het initiatief "op tournee door Vlaanderen" gaat. Het lijkt zelfs daarbij niet te blijven, want ook vanuit het buitenland is er interesse. Wordt vervolgd.

'Een hart voor diabetes'

Binnen de dienst Cardiologie ziet men steeds meer patiënten die naast hun cardiale problematiek ook aan diabetes of een voorstadium ervan (prediabetes) lijden. Op dit moment is dit ongeveer 18% van de totale patiëntenpopulatie en volgens de wetenschappelijke vakliteratuur zal dit cijfer alleen maar toenemen. Diabetes vergroot de kans op het verergeren van de reeds bestaande hartaandoening en leidt tot een slechtere prognose, maar kan deels aangepakt worden via beweging.

Vanuit de dienst Cardiologie voelt men de nood om in nauwe samenwerking met de dienst Endocrinologie dergelijke hoog-risicopatiënten een platform aan te bieden om fysiek opnieuw actief te worden en dit op een veilige en verantwoorde manier. Aangezien deze patiënten in een eerste fase nood hebben aan cardiale monitoring, zal een revalidatie opgestart worden in het ziekenhuis onder leiding van een kinesitherapeut die werkzaam is binnen de hartrevalidatie en tevens erkend is door het Kinecoach-kwaliteitslabel voor

het begeleiden van diabetespatiënten. Na deze korte opstartfase zal dan een verderzetting van het programma voorzien worden door een samenwerking met kinesitherapeuten in de eerstelijnszorg. Door deze innovatieve samenwerking binnen ons ziekenhuis trachten we de drempel, die vaak heerst bij hartpatiënten met diabetes om opnieuw te gaan bewegen, zoveel mogelijk weg te werken.

Meer concrete info volgt in het najaar van 2017!



Urologie

Laserbehandeling



De dienst Urologie van het OLV Ziekenhuis heeft sinds 2008 een grote ervaring opgebouwd in het gebruik van Holmium Laser en dit voor de behandeling van goedaardige vergroting van de prostaat (Holmium Laser Enucleatie Prostaat), maar ook voor het behandelen van nierstenen. Dankzij deze techniek kan een ingrijpende operatie met grote incisie worden vermeden. Op 24 februari II organiseerden de urologen in het OLV

voor de derde maal een internationaal symposium over het gebruik van de Holmium Laser in de urologie. Het programma bestond uit lezingen en 3 live cases, waarbij de deelnemers via streaming konden volgen hoe de internationale en lokale OLV-faculty deze techniek in de praktijk brengen. Specifiek voor de HoLEP (Holmium Laser Enucleatie Prostaat) zijn er in België slechts een viertal ziekenhuizen die over de nodige expertise

beschikken en twee ervan situeren zich in Aalst (OLV en ASZ). Met intentie om een ziekenhuisnetwerk in de Denderregio te vormen, kan deze expertise dus verder gebundeld worden. Bovendien is er sinds 1 maart 2017 een terugbetaling voorzien voor de laser behandeling van benigne prostaat vergroting.

Handige verwijsgids bij orthopedische letsels

www.orthopedieolvaalst.be/verwijsgids/



De dienst Orthopedie-Traumatologie van het OLV Ziekenhuis heeft eerder dit jaar een nieuwe satellietwebsite gebouwd. Daar staat ook een handige verwijsgids op. Heeft u een patiënt op consultatie met een klacht aan de knie? Klik door en u ziet enkele opties: betreft het een acuut sportletsel na trauma, een overbelastingletsel of een degeneratief letsel?

Even doorklikken en u krijgt de mogelijke diagnoses, samen met de aanbevolen beeldvorming. Handig voor u als professionele zorgverlener en voor uw patiënt. Op deze manier kan de patiënt snel en accuraat geholpen worden, zonder dat er eventueel overbodige onderzoeken zouden aangevraagd worden. Test het even uit!

URL van de satellietwebsite: www.orthopedieolvaalst.be

Deze satellietwebsite kan ook eenvoudig worden aangeklikt vanop de dienstenpagina op de website van het ziekenhuis: www.olvz.be/patienten/diensten/orthopedie-traumatologie

Het OLV Ziekenhuis wil een patiëntgericht, lokaal verankerd ziekenhuis zijn met een internationale uitstraling op specifieke zorggebieden, die in sterke mate gebaseerd is op onze inspanningen op het vlak van innovatie. Die inspanningen komen ook tot uiting in de bijdragen die onze artsen op regelmatige basis leveren aan medisch-wetenschappelijke publicaties. Hier volgt een overzicht van deze artikels die tussen 11 november 2016 en 10 april 2017 werden gepubliceerd. (De namen van OLV-artsen zijn in het overzicht in het vet gezet).

Algemene heekunde

Ruptured abdominal aneurysm disguised as an incarcerated inguinal hernia.

Colpaert J, Willaert B, Van Molhem Y.
— *Acta Chir Belg.* 2017 Jan 31;116-5. doi: 10.1080/00015458.2017.1281007. [Epub ahead of print]

Can we consider immediate complications after thyroidectomy as a quality metric of operation?

Lifante JC, Payet C, Ménégaux F, Sebag F, Kraimps JL, Peix JL, Pattou F, Colin C, Duclos A; CATHY Study Group (incl. **Van Slycke S**)
— *Surgery.* 2017 Jan;161(1):156-165. doi: 10.1016/j.surg.2016.04.049. Epub 2016 Nov 17. PMID: 27866716

Anesthesiologie

Journal of clinical monitoring and computing 2016 end of year summary: anesthesia.

Hendrickx JF, De Wolf AM.
— *J Clin Monit Comput.* 2017 Feb;31(1):1-4. doi: 10.1007/s10877-017-9977-2. Epub 2017 Jan 7. Review.

Acute single leaflet dysfunction and spontaneous recovery of a previously implanted bi-leaflet mechanical mitral prosthesis during unrelated isolated minimally invasive aortic valve replacement: a surgical decision making dilemma in a high risk patient.

Van Der Merwe J, Coddens J, Casselman F.
— *J Cardiovasc Surg (Torino).* 2017 Feb;58(1):131-132. doi: 10.23736/S0021-9509.16.09091-1.

Cardiologie Cardiovasculaire en thoracale heekunde

Non-invasive measurement of right atrial pressure by near-infrared spectroscopy: preliminary experience. A report from the SICA-HF study.

Pellicori P, Clark AL, Kallivbacka-Bennett A, Zhang J, Urbinati A, Monzo L, **Dierckx R**, Anker SD, Cleland JG.
— *Eur J Heart Fail.* 2017 Apr 6. doi: 10.1002/ejhf.825. [Epub ahead of print]

What proportion of patients with chronic heart failure are eligible for sacubitril-valsartan?

Pellicori P, Urbinati A, Shah P, MacNamara A, Kazmi S, **Dierckx R**, Zhang J, Cleland JG, Clark AL.
— *Eur J Heart Fail.* 2017 Feb 27. doi: 10.1002/ejhf.788. [Epub ahead of print]

One-Year Outcomes of the Paclitaxel-Eluting, Self-Expanding Stent System in the Treatment of Infrapopliteal Lesions in Patients With Critical Limb Ischemia

Bosiers M, Callaert J, Keirse K, Hendriks JM, Peeters P, Verbist J, **Maene L**, **Beelen R**, Deloose K.
— *J Endovasc Ther.* 2017 Mar 1;1526602817697319. doi: 10.1177/1526602817697319. [Epub ahead of print]

Does percutaneous coronary stent implantation increase platelet reactivity?

Janssen PW, Mol EA, Geene SM, **Barbato E**, Ten Berg JM.
— *Blood Rev.* 2017 Mar 8. pii: S0268-960X(17)30026-7. doi: 10.1016/j.blre.2017.03.003. [Epub ahead of print] Review.

Telemedicine in heart failure: new insights from the Cochrane meta-analyses.

Dierckx R, Inglis SC, Clark RA, Prieto-Merino D, Cleland JG.
— *Eur J Heart Fail.* 2017 Mar;19(3):304-306. doi: 10.1002/ejhf.759.

Xanthine oxidase inhibition for the treatment of cardiovascular disease: an updated systematic review and meta-analysis.

Zhang J, **Dierckx R**, Mohee K, Clark AL, Cleland JG.
— *ESC Heart Fail.* 2017 Feb;4(1):40-45. doi: 10.1002/ehf2.12112. Epub 2016 Sep 20

Third generation drug eluting stent (DES) with biodegradable polymer in diabetic patients: 5 years follow-up.

Wiemer M, Stoikovic S, Samol A, Dimitriadis Z, Ruiz-Nodar JM, Birkemeyer R, Monsegu J, Finet G, Hildick-Smith D, Tresukosol D, Novo EG, Koolen JJ, **Barbato E**, Danzi GB; NOBORI 2 investigators.
— *Cardiovasc Diabetol.* 2017 Feb 10;16(1):23. doi: 10.1186/s12933-017-0500-3.

Platelet reactivity in patients carrying the e-NOS G894T polymorphism after a loading dose of aspirin plus clopidogrel.

Strisciuglio T, Di Gioia G, Mangiacapra F, De Biase C, Delrue L, **Pellicano M**, **Bartunek J**, **Vanderheyden M**, Izzo R, Trimarco B, **Wijns W**, **Barbato E**.
— *Thromb Res.* 2017 Mar;151:72-73. doi: 10.1016/j.thromres.2017.01.011. Epub 2017 Jan 27.

Successful Percutaneous Stenting of Severe Radiofrequency-Induced Pulmonary Vein Stenosis in 3 Veins Post-Failed Surgical Correction.

De Potter T, Silva Garcia E, **Beelen R**, Chatzikyriakou S.
— *JACC Cardiovasc Interv.* 2017 Feb 13;10(3):e17-e19. doi: 10.1016/j.jcin.2016.11.013. Epub 2017 Jan 18.

Diabetes does not impact the diagnostic performance of contrast-based fractional flow reserve: insights from the CONTRAST study.

Gargiulo G, Stable E, Ferrone M, **Barbato E**, Zimmermann FM, Adjedj J, Hennigan B, Matsumura M, Johnson NP, Fearon WF, Jeremias A, Trimarco B, Esposito G; CONTRST Study Investigators..
— **Cardiovasc Diabetol.** 2017 Jan 13;16(1):7. doi: 10.1186/s12933-016-0494-2.

Acute single leaflet dysfunction and spontaneous recovery of a previously implanted bi-leaflet mechanical mitral prosthesis during unrelated isolated minimally invasive aortic valve replacement: a surgical decision making dilemma in a high risk patient.

VAN DER Merwe J, **Coddens J**, Casselman F. — **J Cardiovasc Surg (Torino).** 2017 Feb;58(1):131-132. doi: 10.23736/S0021-9509.16.09091-1.

Fractional flow reserve to guide and to assess coronary artery bypass grafting.

Pellicano M, **De Bruyne B**, Toth GG, **Casselman F**, **Wijns W**, **Barbato E**. — **Eur Heart J.** 2016 Dec 23. pii: ehw505. doi: 10.1093/eurheartj/ehw505. [Epub ahead of print] Review.

Cardiopoeitic cell therapy for advanced ischaemic heart failure: results at 39 weeks of the prospective, randomized, double blind, sham-controlled CHART-1 clinical trial.

Bartunek J, Terzic A, Davison BA, Filippatos GS, Radovanovic S, Beleslin B, Merkely B, Musialek P, Wojakowski W, Andreaka P, Horvath IG, Katz A, Dolatabadi D, El Nakadi B, Arandjelovic A, Edes I, Seferovic PM, Obradovic S, **Vanderheyden M**, Jagic N, Petrov I, Atar S, Halabi M, Gelev VL, Shochat MK, Kasprzak JD, Sanz-Ruiz R, Heyndrickx GR, Nyolczas N, Legrand V, Guédès A, Heyse A, Moccetti T, Fernandez-Aviles F, Jimenez-Quevedo P, Bayes-Genis A, Hernandez-Garcia JM, Ribichini F, Gruchala M, Waldman SA, Teerlink JR, Gersh BJ, Povsic TJ, Henry TD, Metra M, Hajjar RJ, Tendersa M, Behfar A, Alexandre B, Seron A, Stough WG, Sherman W, Cotter G, **Wijns W**; CHART Program..
— **Eur Heart J.** 2017 Mar 1;38(9):648-660. doi: 10.1093/eurheartj/ehw543.

Long-Term Outcome After CRT in the Presence of Mechanical Dyssynchrony Seen With Chronic RV Pacing or Intrinsic LBBB.

Stankovic I, Prinz C, Ciarka A, Daraban AM, Mo Y, Aarones M, Szulik M, Winter S, Neskovic AN, Kukulski T, Aakhus S, Willems R, Fehske W, **Penicka M**, Faber L, Voigt JU.
— **JACC Cardiovasc Imaging.** 2016 Dec 9. pii: S1936-878X(16)30806-3. doi: 10.1016/j.jcmg.2016.08.015. [Epub ahead of print]

Clinical value of post-percutaneous coronary intervention fractional flow reserve value: A systematic review and meta-analysis.

Rimac G, Fearon WF, **De Bruyne B**, Ikeno F, Matsuo H, Piroth Z, Costerousse O, Bertrand OF.
— **Am Heart J.** 2017 Jan;183:1-9. doi: 10.1016/j.ahj.2016.10.005. Epub 2016 Oct 11. Review.

Prognostic Factors in Patients With Stemi Undergoing Primary PCI in the Clopidogrel Era: Role of Dual Antiplatelet Therapy at Admission and the Smoking Paradox on Long-Term Outcome.

Ciccarelli G, **Barbato E**, Golino M, Cimmino G, **Bartunek J**, Di Serafino L, Di Girolamo D, **De Bruyne B**, **Wijns W**, Golino P.
— **J Interv Cardiol.** 2017 Feb;30(1):5-15. doi: 10.1111/joic.12360. Epub 2016 Dec 7.

A Prospective Natural History Study of Coronary Atherosclerosis Using Fractional Flow Reserve.

Barbato E, Toth GG, Johnson NP, Pijls NH, Fearon WF, Tonino PA, Curzen N, Piroth Z, Rioufol G, Jüni P, **De Bruyne B**.
— **J Am Coll Cardiol.** 2016 Nov 29;68(21):2247-2255. doi: 10.1016/j.jacc.2016.08.055.

Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure.

Inglis SC, Clark RA, **Dierckx R**, Prieto-Merino D, Cleland JG.
— **Heart.** 2017 Feb 15;103(4):255-257. doi: 10.1136/heartjnl-2015-309191. Epub 2016 Nov 18.

Spontaneous coronary artery dissection undissolved using cardiac computed tomography.

Alzand BS, Vanneste L, Fonck D, **Van Mieghem C**.
— **Int J Cardiol.** 2016 Nov 1;222:1040-1. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.08.058. Epub 2016 Aug 6. No abstract available.

Myopathy mimicking an acute coronary syndrome.

De Beenhouwer T, Hofmans M, De Bleecker J, Brandt I, **Van Mieghem C**.
— **Acta Clin Belg.** 2016 Dec;71(6):426-427. Epub 2016 Apr 22. No abstract available.

Endocrinologie Diabetologie

Patient and provider acceptance of telecoaching in type 2 diabetes: a mixed-method study embedded in a randomised clinical trial.

Odnoletkova I, Buysse H, **Nobels F**, Goderis G, Aertgeerts B, Annemans L, Ramaekers D.
— **BMC Med Inform Decis Mak** 2016;16:142.

De ‘diabeteswijzer’ van Diabetes Project Aalst: een praktisch instrument voor de eerste lijn.

Amant M, **Nobels F**.
— **Vlaams tijdschrift voor Diabetologie** 2016;2:26

HALT2Diabetes: resultaten en roadmap voor diabetespreventiebeleid.

Lampaert A, **Van Pottelbergh I**.
— **Vlaams tijdschrift voor Diabetologie** 2016;2:7

Gastro-enterologie

The impact of antithrombotics on immunochemical faeces occult blood testing for colorectal cancer screening.

L Wauters, V Van Der Voort, P Dobbels, K Hendrickx, V Casneuf, J Vandervoort.
— Oral presentation at the plenary session of The Belgian Week of Gastroenterology, 9-11/2/2017, Antwerp, Belgium.

Antithrombotics do not impact the performance of immunochemical fecal occult blood testing for colorectal cancer screening (2676426).

L Wauters, V Van Der Voort, P Dobbels, K Hendrickx, V Casneuf, J Vandervoort.
— Lecture presentation during Digestive Disease Week® at McCormick Place, Chicago, IL, May 6-9, 2017.

Gynaecologie Verloskunde

Reply.

Leyder M, Vorrsselmans A, Gucciardo L.
— **Am J Obstet Gynecol.** 2017 Mar;216(3):330. doi: 10.1016/j.ajog.2016.10.026. Epub 2016 Oct 22.

Congenital cytomegalovirus infection: contribution and best timing of prenatal MR imaging.

Cannie MM, Devlieger R, **Leyder M**, **Claus F**, Leus A, De Catte L, Cossey V, Foulon I, Van der Valk E, Foulon W, Cos T, Bernaert A, Oyen R, Jani JC.
— **Eur Radiol.** 2016 Oct;26(10):3760-9. doi: 10.1007/s00330-015-4187-0. Epub 2016 Mar 17. PubMed PMID: 26984434.

Systematic review of same-day discharge after minimally invasive hysterectomy.

Korsholm M, Mogensen O, Jeppesen MM, Lysdal VK, **Traen K**, Jensen PT
— **Int J Gynaecol Obstet.** 2017 Feb;136(2):128-137.

Ant-Jo geassocieerde paraneoplastische cerebellaire degeneratie bij een patiënte met borstkanker.

T.Heulens, Vanoppen M, Vanorshoven M, Vroman P, Roelstraete A, **Traen K**.
— **Tijdschrift voor Geneeskunde.** 2017 17(1):37-43.

Klinisch laboratorium

Multicenter evaluation of the revised RIDA® QUICK test (N1402) for rapid detection of norovirus in a diagnostic laboratory setting.

Jonckheere S, Botteldoorn N, Vandecandelaere P, Frans J, Laffut W, Coppens G, Vankeerberghen A, **De Beenhouwer H**.
— **Diagn Microbiol Infect Dis.** 2017 May;88(1):31-35. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2017.02.006. Epub 2017 Feb 12. PMID: 28238388

A 70-year old man wiht a painful and swollen left hand

N.V. Velde, K. Van Langendonck, Meeuwissen J, Coppens G, Oris E, Van Wijngaerden E, **De Beenhouwer H**, Duerinckx J
— **Tijdschrift voor geneeskunde** 2017, Volume 73 Nummer :2 DOI :10.2143/TVG.73.02.2002260

Analytical performance and diagnostic accuracy of six different faecal calprotectin assays in inflammatory bowel disease

Oyaert M, **Boel A**, Jacobs J, Van den Bremt S, De Sloovere M, Vanpoucke H, **Van Hoovels L**.
— **Clin Chem Lab Med.** 2017 Feb 21. pii: /j/ cclm.ahead-of-print/cclm-2016-1012/cclm-2016-1012.xml. doi: 10.1515/cclm-2016-1012. [Epub ahead of print] PMID: 28222018

Ligand-induced conformational changes in prolyl oligopeptidase: a kinetic approach.

Van Elzen R, Schoenmakers E, **Brandt I**, Van Der Veken P, Lambeir AM.
— **Protein Eng Des Sel.** 2017 Jan 5. doi: 10.1093/protein/gzw079. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 28062644.

ANA IIF Automation: Moving towards Harmonization? Results of a Multi-center Study.

Van den Bremt S, Schouwers S, Van Blerk M, **Van Hoovels L**.
— **J Immunol Res.** 2017;2017:6038137. doi: 10.1155/2017/6038137. Epub 2017 Feb 21.

A further cautionary tale for interpretation of external quality assurance results (EQA): Commutability of EQA materials for point-of-care glucose meters.

Jacobs J, Fokkert M, Slingerland R, De Schrijver P, **Van Hoovels L**.
— **Clin Chim Acta.** 2016 Nov 1;462:146-147. doi: 10.1016/j.cca.2016.09.012. Epub 2016 Sep 20.

Development of a national EUCAST challenge panel for antimicrobial susceptibility testing.

Desmet S, Verhaegen J, Glupczynski Y, Van Eldere J, Melin P, Goossens H, Piérard D, Declercq P, Lagrou K, **Boel A**, Cartuyvels R, Denis O, Vandewal W, Saegeman V.
— **Clin Microbiol Infect.** 2016 Aug;22(8):704-10.

Myopathy mimicking an acute coronary syndrome.

De Beenhouwer T, Hofmans M, De Bleecker J, **Brandt I**, Van Mieghem C.
— **Acta Clin Belg.** 2016 Dec;71(6):426-427. Epub 2016 Apr 22. No abstract available.

Hb Melusine and Hb Athens-Georgia: potentially underreported in the Belgian population? Four cases demonstrating the lack of detection using common CE-HPLC methods either for glycated hemoglobin (HbA1C)) analysis or Hb variant screening.

Peeters B, **Brandt I**, Desmet K, Harteveld CL, Kieffer D.
— **Acta Clin Belg.** 2016 Dec;71(6):458-461. Epub 2016 Jun 30. PubMed PMID: 27368113.

Influence of apixaban on commonly used coagulation assays: results from the Belgian national External Quality Assessment Scheme.

M. Van Blerk, **E. Baillieux**, B. Chatelain, A. Demulder, K. Devreese, J. Douxfils, M. Jacquemin, K. Jochmans, F. Mullier, **W. Wijns**, B. China, K. Verneelen and M. R. Soumaili;
— **ISLH**, 17 march 2017.

Medische beeldvorming

Image quality in coronary CT angiography: challenges and technical solutions.

Ghekiere O, Salgado R, Buls N, Leiner T, Mancini I, **Vanhoenacker P**, Dendale P, Nchimi A.
— **Br J Radiol.** 2017 Apr;90(1072):20160567. doi: 10.1259/bjr.20160567. Epub 2017 Mar 7.

Coronary Computed Tomography Angiography: Patient-related factors determining image quality using a second-generation320-slice CT scanner.

Ghekiere O, Nchimi A, Djekic J, El Hachemi M, Mancini I, Hansen D, **Vanhoenacker P**, de Roos A, Dendale P.
— **Int J Cardiol.** 2016 Oct 15;221:970-6. doi:10.1016/j.ijcard.2016.07.141. Epub 2016 Jul 9. PubMed PMID: 27441477.

Image quality in coronary CT angiography: challenges and technical solutions.

Ghekiere O, Salgado R, Buls N, Leiner T, Mancini I, **Vanhoenacker P**, Dendale P, Nchimi A.
— **Br J Radiol.** 2017 Apr;90(1072):20160567. doi: 10.1259/bjr.20160567. Epub 2017 Mar 7. PubMed PMID: 28055253.

Belgian Radiology Research in Full Power!

Vanhoenacker P.
— **Journal of the Belgian Society of Radiology.** 2017. 101(1), p.13. DOI: http://doi.org/10.5334/jbr-btr.1240

Acute Abdominal Pathology in Pregnant Women.

Claus F.
— **Journal of the Belgian Society of Radiology.** 2016. 100(1), p.32. DOI: http://doi.org/10.5334/jbr-btr.1035

Less Common Causes of Acute Abdomen.

Van Hoe L, **Claus F**, **Vanhoenacker P**.
— **Journal of the Belgian Society of Radiology.** 2016. 100(1), p.33. DOI: http://doi.org/10.5334/jbr-btr.1045

Congenital cytomegalovirus infection: contribution and best timing of prenatal MR imaging.

Cannie MM, Devlieger R, **Leyder M**, **Claus F**, Leus A, De Catte L, Cossey V, Foulon I, Van der Valk E, Foulon W, Cos T, Bernaert A, Oyen R, Jani JC.
— **Eur Radiol.** 2016 Oct;26(10):3760-9. doi: 10.1007/s00330-015-4187-0. Epub 2016 Mar 17. PubMed PMID: 26984434.

“Unforgettable” - a pictorial essay on anatomy and pathology of the hipocampus.

Dekeyser S, De Kock I, Nikoubashman O, Vanden Bossche S, **Van Eetvelde R**, De Grootte J, Acou M, Wiesmann M, Deblaere K, Achten E.
— **Insights Imaging.** 2017 Apr;8(2):199-212. doi: 10.1007/s13244-016-0541-2. Epub 2017 Jan 20. Review.

Medische oncologie

Ant-Jo geassocieerde paraneoplastische cerebellaire degeneratie bij een patiënte met borstkanker.

T.Heulens, Vanoppen M, Vanorshoven M, **Vroman P**, Roelstraete A, **Traen K**.
— **Tijdschrift voor Geneeskunde.** 2017 17(1):37-43.

Nefrologie-hypertensie

Fibromuscular dysplasia - results of a multicentre study in Flanders.

De Grootte M, Van der Niepen P, Hemelsoet D, Callewaert B, Vermassen F, **Billioux JM**, De Vriese A, Donck J, De Backer T.
— **Vasa.** 2017 Feb 3;1-8. doi: 10.1024/0301-1526/a000613. [Epub ahead of print]

Hereditary polycystic kidney disease is characterized by lymphopenia across all stages of kidney dysfunction: an observational study.

Van Laecke S, Kerre T, Nagler EV, Maes B, **Caluwe R**, Schepers E, Glorieux G, Van Biesen W, Verbeke F.
— **Nephrol Dial Transplant.** 2017 Apr 6. doi: 10.1093/ndt/gfx040. [Epub ahead of print]

Neurologie

A man with hypertrophic thighs.

Huskens M, Cypers G, Tousseyn T.
— **Pract Neurol.** 2017 Mar 18. pii: pract-neurol-2016-001576. doi: 10.1136/practneurol-2016-001576. [Epub ahead of print]

The Relationship Between Serotonin-2A Receptor and Cognitive Functions in Nondemented Parkinson's Disease Patients with Visual Hallucinations

Sang Soo Cho PhD, Antonio P. Strafella MD, Sarah Duff-Canning PhD, Mateusz Zurowski MD, **Anne-Catherine Vijverman MD**, Veronica Bruno MD, Camila C. Aquino MD, Marion Craud PhD, Pablo M. Rusjan PhD, Sylvain Houle MD, PhD and Susan H. Fox MRCP(UK), PhD,
— **2016 International Parkinson and Movement Disorder Society**, Vol. 4 Issue 2, Record online: 23 JAN 2017, DOI: 10.1002/mdc3.12466

Ant-Jo geassocieerde paraneoplastische cerebellaire degeneratie bij een patiënte met borstkanker.

T.Heulens, Vanoppen M, Vanorshoven M, Vroman P, Roelstraete A, Traen K.
— **Tijdschrift voor Geneeskunde.** 2017 17(1):37-43.

Oftalmologie

Pneumatic release of focal vitreo-ocular traction.

Claus MG, Feron E, Veckeneer M
— **Eye (Lond).** 2017 Mar;31(3):411-416. doi: 10.1038/eye.2016.231. Epub 2016 Nov 4.

Orthopedie Traumatologie

A Critical Review on Prosthetic Features Available for Reversed Total Shoulder Arthroplasty.

Middernacht B, Van Tongel A, De Wilde L.
— **Biomed Res Int.** 2016;2016:3256931. doi: 10.1155/2016/3256931. Epub 2016 Dec 25. Review.

Revision of reversed shoulder arthroplasty Is a reoperation possible?

Casier, S., Middernacht, B., Van Tongel, A. et al.
— **Obere Extremität** (2017) 12: 16. doi:10.1007/s11678-017-0400-x

Internal Fixation Versus Hemiarthroplasty for Displaced Intra-Capsular Femoral Neck Fractures in ASA 3-5 Geriatric Patients.

Rezaie W, Wei W, Cleffken BI, van der Vlies CH, Cleffken BI, Roukema GR.
— **Open Orthop J.** 2016 Dec 8;10:765-771. doi: 10.2174/1874325001610010765. eCollection 2016. PMID: 28217201

Letter to the editor on "Does the use of high-heeled shoes lead to forefoot pathology? A controlled cohort study comprising 197 women".

Rezaie W, Winson I.
— **Foot Ankle Surg.** 2017 Mar;23(1):73. doi: 10.1016/j.fas.2016.04.005. No abstract available. PMID: 28159048

Radiotherapie

Ant-Jo geassocieerde paraneoplastische cerebellaire degeneratie bij een patiënte met borstkanker.

T.Heulens, Vanoppen M, Vanorshoven M, Vroman P, Roelstraete A, Traen K.
— **Tijdschrift voor Geneeskunde.** 2017 17(1):37-43.

Reumatologie

A Nationwide Survey on Patient's versus Physician's Evaluation of Biological Therapy in Rheumatoid Arthritis in Relation to Disease Activity and Route of Administration: The Be-Raise Study.

De Mits S, Lenaerts J, **Vander Cruyssen B**, Mielants H, Westhovens R, Durez P, Elewaut D; Be-Raise study group.
— **PLoS One.** 2016 Nov 28;11(11):e0166607. doi: 10.1371/journal.pone.0166607. eCollection 2016.

Effectiveness of methotrexate with step-down glucocorticoid remission induction (COBRA Slim) versus other intensive treatment strategies for early rheumatoid arthritis in a treat-to-target approach: 1-year results of CareRA, a randomised pragmatic open-label superiority trial.

Verschuieren P, De Cock D, Corluy L, Joos R, Langenaken C, Taelman V, Raeman F, **Ravelingien I**, Vandevyvere K, Lenaerts J, Geens E, Geusens P, Vanhoof J, Durmez A, Remans J, **Vander Cruyssen B**, Van Esche C, Sileghem A, De Brabanter G, Joly J, Meyfroidt S, Van der Elst K, Westhovens R.
— **Ann Rheum Dis.** 2017 Mar;76(3):511-520. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209212. Epub 2016 Jul 18.

Urologie

Which Factors Predict Overall Survival in Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Treated With Abiraterone Acetate Post-Docetaxel?

Van Praet C, Rottey S, Van Hende F, Pelgrims G, Demey W, Van Aelst F, Wynendaele W, Gil T, **Schatteman P**, Filleul B, Schallier D, Machiels JP, Schrijvers D, Everaert E, D'Hondt L, Werbrout P, Vermeij J, Mebis J, Clause M, Rasschaert M, Van Erps J, Verheezen J, Van Haverbeke J, Goeminne JC, Lumen N.

— **Clin Genitourin Cancer.** 2017 Feb 1. pii: S1558-7673(17)30035-6. doi: 10.1016/j.clgc.2017.01.019. [Epub ahead of print] PMID: 28258960

Abiraterone acetate post-docetaxel for metastatic castration-resistant prostate cancer in the Belgian compassionate use program.

Van Praet C, Rottey S, Van Hende F, Pelgrims G, Demey W, Van Aelst F, Wynendaele W, Gil T, **Schatteman P**, Filleul B, Schallier D, Machiels JP, Schrijvers D, Everaert E, D'Hondt L, Werbrout P, Vermeij J, Mebis J, Clause M, Rasschaert M, Van Erps J, Verheezen J, Van Haverbeke J, Goeminne JC, Lumen N.
— **Urol Oncol.** 2016 Jun;34(6):254.e7-254.e13. doi: 10.1016/j.urolonc.2015.12.017. Epub 2016 Feb 2. PMID: 26850781

Port site metastasis in prostate cancer.

De Bruyne P, **Schatteman P**, De Naeyer G, Carpentier P, **Mottrie A**.
— **Can Urol Assoc J.** 2015 May-Jun;9(5-6):E387-9. doi: 10.5489/auaj.2768. PMID: 26225184

Robotic Assisted Simple Prostatectomy versus Holmium Laser Enucleation of the Prostate for Lower Urinary Tract Symptoms in Patients with Large Volume Prostate: A Comparative Analysis from a High Volume Center

Umari P, Fossati N, Gandaglia G, Pokorny M, De Groot R, Geurts N, Goossens M, **Schatteman P**, **De Naeyer G**, **Mottrie A**.
— **J Urol.** 2017 Apr;197(4):1108-1114.

Future of robotic surgery in urology.

Rassweiler JJ, Autorino R, Klein J, **Mottrie A**, Goezen AS, Stolzenburg JU, Rha KH, Schurr M, Kaouk J, Patel V, Dasgupta P, Liatsikos E.
— **BJU Int.** 2017 Mar 20. doi: 10.1111/bju.13851. [Epub ahead of print]

Robotic kidney transplantation: current status and future perspectives.

Territo A, **Mottrie A**, Abaza R, Rogers C, Menon M, Bhandari M, Ahlawat R, Breda A.
— **Minerva Urol Nefrol.** 2017 Feb;69(1):5-13. doi: 10.23736/S0393-2249.16.02856-3. Epub 2016 Nov 30.

Evaluating the effect of time from prostate cancer diagnosis to radical prostatectomy on cancer control: Can surgery be postponed safely?

Fossati N, Rossi MS, Cucchiara V, Gandaglia G, Dell'Oglio P, Moschini M, Suardi N, Deho F, Montorsi F, Schiavina R, **Mottrie A**, Briganti A.
— **Urol Oncol.** 2017 Apr;35(4):150.e9-150.e15. doi: 10.1016/j.urolonc.2016.11.010. Epub 2016 Dec 13.

Modular Training for Robot-Assisted Radical Prostatectomy: Where to Begin?

Lovegrove C, Ahmed K, Novara G, Guru K, **Mottrie A**, Challacombe B, der Poel HV, Peabody J, Dasgupta P.
— **J Surg Educ.** 2016 Dec 5. pii: S1931-7204(16)30284-7. doi: 10.1016/j.jurg.2016.11.002.

Competency based training in robotic surgery: benchmark scores for virtual reality robotic simulation.

Raison N, Ahmed K, Fossati N, Buffi N, **Mottrie A**, Dasgupta P, Van Der Poel H.
— **BJU Int.** 2017 May;119(5):804-811. doi: 10.1111/bju.13710. Epub 2016 Dec 9.

Which Factors Predict Overall Survival in Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Treated With Abiraterone Acetate Post-Docetaxel?

Van Praet C, Rottey S, Van Hende F, Pelgrims G, Demey W, Van Aelst F, Wynendaele W, Gil T, **Schatteman P**, Filleul B, Schallier D, Machiels JP, Schrijvers D, Everaert E, D'Hondt L, Werbrout P, Vermeij J, Mebis J, Clause M, Rasschaert M, Van Erps J, Verheezen J, Van Haverbeke J, Goeminne JC, Lumen N.
— **Clin Genitourin Cancer.** 2017 Feb 1. pii: S1558-7673(17)30035-6. doi: 10.1016/j.clgc.2017.01.019. [Epub ahead of print]

Early Oncologic Failure after Robot-Assisted Radical Cystectomy: Results from the International Robotic Cystectomy Consortium.

Hussein AA, Saar M, May PR, Wijburg CJ, Richstone L, Wagner A, Wilson T, Yuh B, Redorta JP,

Dasgupta P, Shamim Khan M, Menon M, Peabody JO, Hosseini A, Gabaordi F, **Mottrie A**, Rha KH, Hemal A, Stockle M, Kelly J, Maatman TJ, Canda AE, Wiklund P, Guru KA; Collaborators..
— **J Urol.** 2016 Dec 18. pii: S0022-5347(16)31985-1. doi: 10.1016/j.juro.2016.12.048. [Epub ahead of print]

Ziekenhuishygiëne

Antibiotic-Induced Liver Injury in Paediatric Outpatients: A Case-Control Study in Primary Care Databases.

Ferrajolo C, **Verhamme KM**, Trifirò G, 't Jong GW, Picelli G, Giaquinto C, Mazzaglia G, Stricker BH, Rossi F, Capuano A, Sturkenboom MC.
— **Drug Saf.** 2017 Apr;40(4):305-315. doi: 10.1007/s40264-016-0493-y. PubMed PMID: 28025733; PubMed Central PMCID: PMC5362651.

Safety Profile of Non-Active Implantable Medical Devices Compared with Medicines.

Pane J, Coloma PM, **Verhamme KM**, Sturkenboom MC, Rebollo I
— **Evaluating the Drug Saf.** 2017 Jan;40(1):37-47. doi: 10.1007/s40264-016-0474-1. Review. PubMed PMID: 27928726; PubMed Central PMCID: PMC5209416.

Disease Systems Analysis of Bone Mineral Density and Bone Turnover Markers in Response to Alendronate, Placebo, and Washout in Postmenopausal Women.

Berkhout J, Stone JA, **Verhamme KM**, Danhof M, Post TM.

— **CPT Pharmacometrics Syst Pharmacol.** 2016 Dec;5(12):656-664. doi: 10.1002/psp4.12135. Epub 2016 Nov 21. PubMed PMID: 27869358; PubMed Central PMCID: PMC5193000.

Are proton-pump inhibitors harmful for the semen quality of men in couples who are planning pregnancy?

Huijgen NA, de Ridder MA, **Verhamme KM**, Dohle GR, Vanrolleghem AM, Sturkenboom MC, Laven JS, Steegers-Theunissen RP.
— **Fertil Steril.** 2016 Dec;106(7):1666-1672.e2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.09.010. Epub 2016 Oct 12. PubMed PMID: 27743698.

The variability in beta-cell function in placebo-treated subjects with type 2 diabetes: application of the weight-HbA1c-insulin-glucose (WHIG) model.

Duong JK, de Winter W, Choy S, Plock N, Naik H, Krauwinkel W, Visser SA, **Verhamme KM**, Sturkenboom MC, Stricker BH, Danhof M.
— **Br J Clin Pharmacol.** 2017 Mar;83(3):487-497. doi: 10.1111/bcp.13144. Epub 2016 Nov 17. PubMed PMID: 27679422; PubMed Central PMCID: PMC5306484.

Using Prescription Patterns in Primary Care to Derive New Quality Indicators for Childhood Community Antibiotic Prescribing.

e Bie S, Kaguelidou F, **Verhamme KM**, De Ridder M, Picelli G, Straus SM, Giaquinto C, Stricker BH, Bielicki J, Sharland M, Sturkenboom MC; ARPEC study..
— **Pediatr Infect Dis J.** 2016 Dec;35(12):1317-1323. PubMed PMID: 27626915.

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. Bartunek Jozef (Cardiologie) - Dr. Beelen Roel (Cardiovasculaire en thoracale heekunde)
Dr. Billiow Jean-Marie (Nefrologie-Dialyse-Hypertensie) - Dr. Boel An (Klinisch laboratorium) - Dr. Brandt Inger (Klinisch laboratorium)
Dr. Cammu Guy (Anesthesiologie) - Dr. Carpentier Paul (Urologie) - Dr. Casselman Filip (Cardiovasculaire en thoracale heekunde)
Dr. Claus Filip (Medische beeldvorming) - Dr. Claus Margot (resident Oftalmologie) - Dr. Coddens José (Anesthesiologie)
Dr. De Bruyne Bernard (Cardiologie) - Dr. Dekeyzer Sven (resident Medische beeldvorming) - Dr. De Naeyer Geert (Urologie)
Dr. De Raeve Hendrik (Pathologische ontleedkunde) - Dr. Dierckx Riet (Cardiologie) - Dr. Feron Eric (resident Oftalmologie)
Dr. Foubert Luc (Anesthesiologie) - Dr. Hendrickx Jan (Anesthesiologie) - Dr. Leyder Mina (Gynaecologie-Verloskunde)
Dr. Maene Lieven (Cardiovasculaire en thoracale heekunde) - Dr. Middernacht Bart (Orthopedie-Traumatologie) - Dr. Mottrie Alex (Urologie) - Dr. Nobels Frank (Endocrinologie-Diabetologie) - Dr. Pellicano Mariano (Cardiologie) - Dr. Penicka Martin (Cardiologie)
Dr. Ravelinghien Isabelle (Reumatologie) - Dr. Rezaie Wahid (Orthopedie-Traumatologie) - Dr. Roelstraete Adelheid (Radiotherapie)
Dr. Schatteman Peter (Urologie) - Dr. Traen Koen (Gynaecologie-Verloskunde) - Dr. Vander Cruyssen Bert (Reumatologie)
Dr. Vanderheyden Marc (Cardiologie) - Dr. Van Eetvelde Ruth (resident Medische beeldvorming) - Dr. Van Hoe Lieven (Medische beeldvorming) - Dr. Vanhoenacker Piet (Medische beeldvorming) - Dr. Van Hoovels Lieve (Klinisch laboratorium)
Dr. Van Mieghem Carlos (Cardiologie) - Dr. Van Molhem Yves (Algemene heekunde) - Dr. Van Orshoven Marc (Neurologie)
Dr. Van Pottelbergh Inge (Endocrinologie-Diabetologie) - Dr. Van Slycke Sam (Algemene heekunde) - Dr. Verhamme Katia (Ziekenhuishygiëne) - Dr. Wijns William (Cardiologie) - Dr. Willaert Bart (Algemene heekunde)

Artsenkorps OLV Ziekenhuis Wijzigingen in de periode van 1 november 2016 t.e.m. 31 april 2017

Verwelkoming

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

Endocrinologie Diabetologie

- **Dokter Liesbeth Van Huffel**
(was resident en is sinds 1 januari 2017 stafid)

Orthopedie

- **Dokter Wahid Rezaie**
(was resident en is sinds 1 januari 2017 stafid)

Urgentiegeneeskunde

- **Dokter Manol Lazarav**
(toegevoegd arts sinds 1 februari 2017)

Urologie

- **Dokter Hannes Van Den Bossche**
(toegelaten arts sinds 1 april 2017)

Afscheid

Eind december 2016 zijn een stafid en twee senior artsen van het OLV Ziekenhuis met pensioen gegaan. Wij willen hen hierbij danken voor hun jarenlange inzet binnen ons ziekenhuis.

- **Dokter Jan Rumbaut**
(stafid Orthopedie & Traumatologie)



Dokter Jan Rumbaut

In de loop van de hierboven vermelde periode hebben ook de volgende stafleden, senior artsen, residenten en toegelaten artsen hun werkzaamheden in het OLV Ziekenhuis beëindigd.

- **Dokter Luc Lepoutre**
(senior arts Gastro-enterologie)
- **Dokter Paul Carpentier**
(senior arts Urologie)
- **Dokter Sergio Cardoso**
(toegevoegd arts Urgentiegeneeskunde)
- **Dokter Didier Fonck**
(toegevoegd arts Medische beeldvorming)
- **Dokter Peter Van Steenkiste**
(toegelaten arts Nucleaire geneeskunde)

Huisartsenlijnen

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

Momenteel zijn de volgende huisartsenlijnen in gebruik:

- **Cardiologie Aalst:**
053 72 48 80
(om raadplegingen vast te leggen: Aalst 053 72 44 33, Asse 02 300 63 37, Ninove 054 31 20 63)
- **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, Keel, 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 47 69
(om raadplegingen vast te leggen: 053 72 49 51)
- **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

