hallo

MAGAZINE VOOR HUISARTSEN • JUNI 2020 • #27

MARIA MIDDELARES

Abdominaal aorta aneurysma: wat te doen met een potentieel dodelijk probleem

De stuit aangepakt, een uniek verlos-kundig project in AZ Maria Middelares

Terugblik op de eerste maanden COVID-19

Teledermatologie: beveiligd digitaal advies

Sportmedisch centrum: niet alleen voor (top)sporters

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS
Dr. R. Goethals
Ir. C. Mouton
Dr. L. Temmerman

REDACTIELEDEN
Dr. F. Ameye
Dr. D. Baert
Dr. J. Bonte
Dr. P. Germonpré
Dr. L. Temmerman
Dr. H. Vanoverschelde
C. Zenner

WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER
Dr. M. Boer
Dr. J. Bonte
V. Boone
Dr. P. Dewint
Dr. E. Van Puyvelde
C. Zenner

EINDREDACTIE
J. Mestdagh
G. Vindevoghel
C. Zenner

MARIA MIDDELARES

De nieuwsbrief voor huisartsen
is een publicatie van
vzw AZ Maria Middelares
Buitenring Sint-Denijs 30
9000 Gent.

#27

IN DIT NUMMER

04 Kort

05 Sportmedisch centrum: niet alleen voor (top)sporters

06 Een nieuwe start

09 Prioritair 90-nummer enkel voor huisartsen

10 Terugblik op de eerste maanden COVID-19

13 Dagbehandeling PAAZ focust op persoonlijke groei

14 Abdominaal aorta aneurysma: wat te doen met een potentieel dodelijk probleem

18 Teledermatologie als bijkomende tool voor kwaliteitsvolle zorg

20 De stuit aangepakt, een uniek verloskundig project

22 BOTOMY-studie: onderzoek naar de beste endoscopische behandelingsmodaliteit bij therapie-refractaire gastroparese

23 Quiz

Kort

Biking Doctors in Rwanda

V.l.n.r.: dr. Jan Bonte (AZ Maria Middelares), dr. Piet Noë (Rwanda Charity Eye Hospital), prof. dr. Hubert Vermeersch (UZ Gent)

De Biking Doctors trokken eind januari 2020 naar Rwanda ter ondersteuning van Bike for Africa. Voornaamste doel daarvan is geld inzamelen voor de oogkliniek van dr. Piet Noë (Rwanda Charity Eye Hospital), vorig jaar nog verkozen tot specialist van het jaar door Artsenkrant. Er was nog een tweede trip voorzien, maar COVID-19 stak helaas stokken in de wielen.

Het 28ste initiatief van de Biking Doctors is de Ronde van België, ook wel de ronde van de Trappisten, met startschot 19 juni.

Meer info over Rwanda 2020 op www.bikeforafrica.be

Scan me!

ZELFRIJDENDE SHUTTLE

AZ Maria Middelares wil patiënten, bezoekers en medewerkers stimuleren om voor een duurzame mobiliteitsoplossing te kiezen. Voor wie met het openbaar vervoer komt, is de afstand tussen de bus- en tramhalte en de ingang van het ziekenhuis (600 meter) vaak net te ver om te voet af te leggen. Patiënten en bezoekers bleken vragende partij voor een uitbreiding van de dienstverlening van de bestaande shuttlebus. Bijgevolg ging AZ Maria Middelares op zoek naar een oplossing en vond die bij de elektrische zelfrijdende shuttle Olli 2.0 die later dit jaar zijn eerste passagiers zal vervoeren. Het project wordt mee voorbereid, opgezet en opgevolgd door het instituut voor verkeersveiligheid Vias.

'Olli' kan per rit acht passagiers zittend vervoeren en is ook rolstoeltoegankelijk. Voorzien van LIDAR-sensoren en radars heeft de shuttle op elk moment een 360°-zicht op de omgeving, waardoor de veiligheid maximaal gegarandeerd wordt. In de beginfase zal evenwel steeds een begeleider meerijden om passagiers volledig vertrouwd te maken met de technologie.

Sportmedisch centrum

'niet alleen voor (top)sporters'

Aan het begin van elk jaar blikken heel wat mensen vol goede moed vooruit. Een van de populairste voornemens is om meer te gaan sporten en bewegen. Jammer genoeg houdt slechts 12% die goede voornemens vol. Als arts weten we dat sporten en bewegen een uiterst gunstige invloed op de gezondheid heeft. Het helpt niet alleen om een gezondheidsprobleem te voorkomen, het vermijdt ook de progressie van een aantal chronische aandoeningen.

Toch is het niet evident om patiënten in hun dagdagelijkse leven hierin te begeleiden, ondersteunen en motiveren. Voor elk individu is een aparte aanpak nodig en vaak treden er problemen op zoals blessures of vermoeidheid. Het vraagt de nodige deskundigheid op verschillende vlakken om iemand hierin degelijk te ondersteunen.

EEN FIT BESTAAN VOOR IEDEREEN

Het nieuwe sportmedisch centrum van AZ Maria Middelares is er voor iedereen die op een sportieve en gezonde manier wil leven. De multidisciplinaire aanpak en de nauwe samenwerking met verschillende specialisaties in het ziekenhuis zorgen ervoor dat iedereen kan rekenen op een gepersonaliseerd en allesomvattend begeleidingstraject.

(TOP)SPORTERS

Sporters willen getest worden op de beste manier en met de beste apparatuur. Hun sportieve doelstellingen worden immers steeds groter en ambitieuzer. Daarnaast moeten steeds meer leden van verschillende sporttakken zich sportmedisch laten keuren (bv. motorcross, wielrennen, duiken, volleybal, basket, turnen).

STARTEN MET BEWEGEN

Beginnende sporters kunnen terecht bij onze experten om onder meer te leren hoe ze kunnen bewegen, hoe ze kunnen vermageren door te sporten en hoe ze een sportieve uitdaging kunnen realiseren (bv. een marathon lopen, de Mont Ventoux beklimmen).

EEN EIGEN LOCATIE

Als de omstandigheden het toelaten, kunnen patiënten hiervoor vanaf september 2020 terecht in het Medisch Centrum Maria Middelares in Gentbrugge.

Volg alle verdere ontwikkelingen via https://www.mariamiddelares.be/nl/zorgaanbod/sportmedisch-centrum

Scan me!

Een nieuwe start

APR. ANNELIES BROUWERS
klinische biologie

Apr. Brouwers studeerde in 2001 af aan de KU Leuven. In 2005 behaalde ze het getuigschrift van de interuniversitaire opleiding antibioticabeleid. Ze promoveerde in 2006 tot apotheker-specialist in de klinische biologie, waarbij ze haar opleiding genoot in de ziekenhuislabo's van AZ Sint-Jan Brugge, OLV Ziekenhuis Aalst en UZ Leuven. Sinds 2007 is apr. Brouwers werkzaam als klinisch bioloog in AZ Sint-Vincentius Deinze. In ons ziekenhuis zal zij zich verder verdiepen in klinische scheikunde, (niet-)infectieuze serologie en kwaliteitszorg.

DR. HENDRIK DE BACKER
fysische geneeskunde en revalidatie

Dr. Hendrik De Backer behaalde in 2014 zijn diploma master of medicine met afstudeerrichting ziekenhuisarts aan de Universiteit Gent. Hij specialiseerde zich daarna verder in de fysische geneeskunde en revalidatie verbonden aan UZ Gent. Tijdens deze periode was hij aan het werk in het AZ Delta in Roeselare en later ook in UZ Gent. Hij deed een bijkomende revalidatie-ervaring op in Rotterdam bij Rijndam revalidatie.

Dr. De Backer behaalde ook het diploma sportgeneeskunde aan de Universiteit Gent en het getuigschrift manuele geneeskunde van de Vlaamse Werkgroep van het Belgisch Verbond voor Manuele Geneeskunde. Tijdens zijn opleiding bekwaamde hij zich verder in biomechanische analyses, complexe EMNG/SSEP-onderzoeken (waarbij de gevoelsbanen in het lichaam worden getest) en locomotorische echografie waaronder echografische geleide behandelingen (infiltraties, ESWT – een behandeling met schokgolven, botox ...). Hij was twee jaar interim-ploegarts voor de nationale futsalploeg (zaalvoetbal).

Binnen de dienst zullen zijn activiteiten voornamelijk bestaan uit consultaties op de polikliniek aangevuld met technische onderzoeken waaronder EMNG en echografie. Daarnaast zal hij zich specialiseren in de aanpak en preventie van aandoeningen van de wervelzuil. Hij zal zich eveneens verder toeleggen op de sportgeneeskunde met specifieke aandacht voor preventie en behandeling van blessures.

Dr. De Backer is gepassioneerd door basketbal en zal zich bijkomend inzetten als sportarts voor het Gents basketbal.

DR. LIESBETH DE WAELE
nefrologie

Dr. Liesbeth De Waele studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent. Zij behaalde er in 2012 het diploma van arts. Voor haar specialisatie in de nefrologie studeerde zij aan de Universiteit Antwerpen. Ze werd erkend als nefroloog in 2019. Haar doelstelling binnen het ziekenhuis is een kwaliteitsvolle bijdrage te leveren aan de dienst nefrologie, met een bijzondere interesse in de peritoneale dialyse en systeempathologie. Verder beschikt zij over een goede kennis in de abdominale echografie.

DR. MAARTEN DE WILDE
nefrologie

Dr. Maarten De Wilde heeft zijn opleiding geneeskunde, alsook zijn specialisatie inwendige geneeskunde en nefrologie, genoten aan de Universiteit Gent. Hij werkte daarbij in verschillende ziekenhuizen waaronder UZ Gent, A.S.Z. Aalst, OLV Ziekenhuis Aalst en AZ Sint-Jan Brugge. Sinds 1 april 2018 was hij werkzaam als nefroloog in Moeskroen. Dr. De Wilde maakt sinds 1 oktober 2019 deel uit van het nefrologieteam van ons ziekenhuis.

Zijn persoonlijke interesses binnen de nefrologie zijn ruim, met bijzondere belangstelling voor de aanpak van infecties en cardiovasculaire risicofactoren en aandoeningen in de dialysepopulatie. Hij is gemotiveerd om samen met de collega's patiëntgerichte zorgpaden, klinische projecten en studies te helpen opzetten.

Dr. De Wilde wenst zijn positief enthousiasme, ervaring en gedrevenheid om te zetten in een wetenschappelijk onderbouwd beleid, waarbij de gezondheid van de patiënt centraal staat. Hij hoopt daarbij op een goede samenwerking met het nefrologieteam, alsook met de huisartsen en met collega's van zowel binnen als buiten ons ziekenhuis.

DR. NATALIE GILLARD
geriatrie

Dr. Natalie Gillard studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en behaalde in 2013 haar diploma als arts. Zij specialiseerde zich in de inwendige geneeskunde met als subspecialisatie geriatrie. Tijdens haar opleiding werkte zij in UZ Gent, AZ Nikolaas, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Sint-Lucas Gent en AZ Jan Palfijn Gent.

Apr. Brouwers

Dr. De Backer

Dr. De Waele

Dr. De Wilde

Dr. Gillard

Dr. Natalie Gillard vervoegt sinds 1 december 2019 met veel enthousiasme de dienst geriatrie. Zij zal als geriater werken in alle domeinen van het geriatrisch zorgprogramma: hospitalisatie geriatrie, geriatrisch dagziekenhuis, consultatie geriatrie, interne liaison geriatrie en externe liaison geriatrie. Zij hoopt mee bij te dragen aan een laagdrempelige, hoogkwalitatieve zorg voor de geriatrische patiënt.

PROF. DR. JEAN GOUBAU
orthopedie

Prof. dr. Jean Goubau studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en behaalde zijn diploma in 1991. Tijdens en na zijn opleiding als orthopedisch chirurg was hij gedurende twee jaar werkzaam als assistent in de dienst S.O.S Mains (Centre Hospitalier Universitaire – Hôpital Lapeyronie) van prof. Allieu in Montpellier (Frankrijk) en tevens als research fellow aan de Mayo Clinic in Rochester (Minnesota - USA).

In 1998 richtte hij samen met de dienst orthopedie het Handcentrum op in het AZ Sint-Jan Brugge en vervolgens SOS Hand. Hij leidde één van de grootste handcentra gedurende meer dan 20 jaar.

In september 2009 startte dr. Goubau als staflid in het UZ Brussel. Aan de Vrije Universiteit Brussel (VUB) behaalde hij in september 2013 de graad van Doctor in Philosophy (PhD) met als onderwerp: 'The Failing trapeziometacarpal joint: from joint saving surgery to the consequences of its replacement'.

Sinds februari 2020 vervoegt prof. dr. Goubau de dienst orthopedie en traumatologie van AZ Maria Middelares in Gent, waar hij samen met alle collega's van de dienst verder aan de uitbouw van de verschillende subspecialisaties zal werken.

Prof. dr. Goubau doceert in de master-na-master lessen voor assistenten in opleiding orthopedie (basic course, advanced course) alsook in de Belgian Hand Surgery Certificate (BHSC). Hij publiceert/reviewt regelmatig in internationale peer reviewed tijdschriften binnen zijn vakgebied alsook in diverse boeken over hand- en polschirurgie. Hij is tevens actief in verschillende nationale en internationale wetenschappelijke verenigingen.

DR. ISABELLE KINDTS
radiotherapie

Dr. PhD Isabelle Kindts studeerde in 2005 af aan het Immaculata Instituut De Panne. Ze studeerde vervolgens geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven, waar ze in 2012 afstudeerde met grote onderscheiding. Datzelfde jaar startte ze haar verdere specialistenopleiding tot radio-therapeut-oncoloog.

Na twee jaar assistentschap in het az groeninge in Kortrijk, volgde een vierjaars onderzoeksproject over borstkanker met het oog op een doctoraat. In 2018 legde ze met succes haar openbare verdediging af onder leiding van prof. dr. Caroline Weltens. De titel van haar proefschrift was 'Towards an integrated approach for tailored radiotherapy treatment in breast cancer'. Gedurende deze periode heeft ze aan vele studies meegewerkt waaruit nationale en internationale samenwerkingen zijn voortgevloeid.

In 2018 behaalde ze ook het bijkomende masterdiploma in Health Care Management. In 2019 studeerde dr. PhD Kindts af als radiotherapeut-oncoloog en op 1 augustus 2019 vervoegde ze het oncologisch team van het az groeninge in Kortrijk. Sinds 1 oktober 2019 is dr. Kindts ook aan de slag in AZ Maria Middelares als toegelaten arts-consulent.

DR. JAN-WILLEM MAES
anesthesie

Met veel enthousiasme vervoegt dr. Jan-Willem Maes sinds 1 januari 2020 de dienst anesthesie. Hij studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en specialiseerde zich nadien in de anesthesie en reanimatie. Na het afronden van zijn opleiding in 2018 deed hij nog een fellowship locoregionale anesthesie en volgde hij de bijkomende opleiding intensieve zorg in UZ Gent. Hij blijft zich uiteraard verder bekwamen aan de hand van congressen en cursussen. Dr. Maes hecht veel belang aan veilige en kwaliteitsvolle medische zorg waarbij de patiënt steeds centraal staat.

APR. CHARLOTTE MATTHYS
klinische biologie

Apr. Matthys studeerde in 2002 af als apotheker aan de Universiteit Gent, in 2004 behaalde ze het getuigschrift van de interuniversitaire opleiding Antibioticabeleid, en in 2007 promoveerde ze tot apotheker-specialist in de klinische biologie. Tijdens haar opleiding klinische biologie werkte ze in de ziekenhuislaboratoria van ons ziekenhuis, UZ Gent en AZ Sint-Jan Brugge.

Apr. Matthys startte haar carrière als klinisch bioloog in een grootschalig privé-laboratorium. Sinds 1 november 2013 vervoegde ze het team klinische biologen in AZ Sint-Vincentius Deinze. Sinds 1 januari 2019 versterkt ze ook de dienst klinische biologie van ons ziekenhuis. Apr. Matthys is in beide ziekenhuizen actief. Ze streeft naar kwaliteitsvolle algemene klinische biologie met een bijzondere interesse voor hematologie, stolling en immunohematologie. Ze is tevens lid van de BHS (Belgian Hematology Society) en ISLH (International Society for Laboratory Hematology).

Prof. dr. Goubau

Dr. Kindts

Dr. Maes

Apr. Matthys

EM. PROF. DR. RUDY VAN COSTER
pediatrie

Em. prof. dr. Van Coster studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en specialiseerde nadien in de kindergeneeskunde in UZ Gent. Hij ging zich vervolgens subspecialiseren in de kinderneurologie aan de 'Université Catholique de Louvain' (UCL) in Brussel, waar hij drie jaar werkte onder supervisie van twee wereldvermaarde professoren (prof. G. Lyon en prof. Ph. Evrard). Nadien ging hij zich verder bekwamen in de metabole ziekten van de hersenen aan de Columbia Universiteit in New York ('Neurological Institute, Presbyterian Medical Center').

Na een odyssee van uiteindelijk vijf jaar kwam hij terug naar het kinderziekenhuis in UZ Gent. Hij behaalde een doctoraat in 1993 en werd kort nadien tot professor benoemd. Hij bouwde de afdeling kinderneurologie uit tot een internationaal gereputeerde afdeling. Hij startte ook het mitochondriaal onderzoekslaboratorium en lag aan de basis van de oprichting van het Neuromusculair Referentie Centrum. Ook het Spina Bifida Referentie Centrum was destijds door hem opgestart.

Dr. Van Coster is op emeritaat sinds 1 januari 2020. Hij wil de kennis opgedaan tijdens dertig jaar klinische praktijk niet laten verloren gaan en wenst deze ten dienste te stellen van kinderen met neurologische problemen. Hij is gekend voor de empathie en het medeleven voor ouders en hun ziek kind en voor een patiëntvriendelijke aanpak. Kinderen en adolescenten met diverse neurologische aandoeningen kunnen bij hem terecht.

DR. BART VAN IMSCHOOT
gastro-enterologie

Dr. Van Imschoot studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en behaalde zijn diploma in 2002. Daarna vatte hij een specialisatie in de inwendige geneeskunde aan. Hij koos voor een verdere specialisatie in de gastroenterologie en studeerde af als gastro-enteroloog in 2008. Tijdens zijn opleiding raakte hij onder meer geboeid door de functionele gastrointestinale pathologie. In het UZ Gent kreeg hij uitgebreid de kans zich te bekwamen in het uitvoeren en interpreteren van de conventionele gastro-intestinale motiliteitsonderzoeken.

Na zijn opleiding werkte hij nog 5 jaar deeltijds als motiliteits-consulent in het UZ Gent naast zijn hoofdactiviteit in het AZ Glorieux in Ronse. De goede contacten tussen de collega's gastroenterologen van AZ Maria Middelares en AZ Glorieux enerzijds en een gedeelde toekomstvisie gericht op samenwerking anderzijds hebben geleid tot een consulentschap voor functionele gastrointestinale motiliteit in AZ Maria Middelares. Dr. Van Imschoot zal een halve dag om de 14 dagen consultatie houden in AZ Maria Middelares.

PROF. DR. TOM VAN MAERKEN
klinische biologie

Prof. dr. Tom Van Maerken zal als toegelaten arts actief zijn op de dienst klinische biologie en samen met dr. Ariane Luyckx de moleculaire diagnostiek verder uitbouwen. Prof. Van Maerken is staflid van het klinisch laboratorium van az groeninge. Zijn aanstelling in ons ziekenhuis kadert in de samenwerking binnen het E17-ziekenhuisnetwerk en in de gezamenlijke ambitie om excellente en innovatieve zorg aan de patiënt aan te bieden. Hij zal binnen de laboratoriumdiagnostiek mee instaan voor de ontplooiing van moleculair genetische technieken, zoals next-generation sequencing (NGS).

Prof. Van Maerken is erkend als arts-specialist in de klinische biologie en als arts-specialist in de klinische genetica. Hij werd in beide disciplines opgeleid aan het UZ Gent en heeft een doctoraat in de medische wetenschappen behaald aan de Universiteit Gent, op basis van kankeronderzoek uitgevoerd aan het Centrum Medische Genetica Gent. Naast zijn klinische activiteit heeft hij een opdracht van wetenschappelijk onderzoek in het vakgebied kankergenetica, moleculaire kankertherapie, als gastprofessor aan de vakgroep Biomoleculaire Geneeskunde van de Universiteit Gent.

DR. HANNE VANMAELE
neus, keel en oor

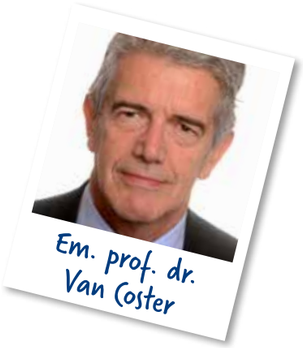
Dr. Hanne Vanmaele behaalde het diploma arts aan de Universiteit Gent in 2014. Vervolgens specialiseerde zij verder gedurende een vijfjarige opleiding in de otorhinolaryngologie in UZ Gent en CHU Saint-Pierre in Brussel. Ze is vertrouwd met de algemene otorhinolaryngologie en hoofd- en halschirurgie.

Dr. Vanmaele heeft een bijzondere interesse in rhinologie en laryngologie. Hierin zal zij zich nog verder bekwamen de komende jaren door middel van hands-on training en een fellowship.

DR. ELLEN VAN PUYVELDE
fysische geneeskunde en revalidatie

Dr. Ellen Van Puyvelde behaalde in 2006 het diploma sportgeneeskunde aan de Universiteit Gent en studeerde in 2008 af als huisarts aan de Universiteit Gent. Ze was actief als clubarts van de Red Flames U15-U17 en was tot 2018 de clubarts van de KAA Gent Ladies. Sinds 2011 doet dr. Van Puyvelde al sportmedische keuringen in ons ziekenhuis op de dienst cardiologie. Daarnaast is ze vaste huisarts in huisartsenpraktijk De Rotonde in Merelbeke.

Dr. Van Puyvelde zal vermoedelijk vanaf september 2020 verantwoordelijk zijn voor de opstart en uitbouw van het Sportmedisch Centrum in AZ Maria Middelares. De opstart van het Sportmedisch Centrum heeft als doel mensen te begeleiden die willen starten met sport, fitter willen worden en fit willen blijven. Ook de geoefende sporter kan in het centrum terecht. De aanpak zal multidisciplinair zijn (podoloog, kinesist, diëtist) en een nauwe samenwerking met de andere specialisaties wordt op punt gesteld.


Em. prof. dr. Van Coster

Dr. Van Imschoot

Prof. dr. Van Maerken

Dr. Vanmaele

Dr. Van Puyvelde

Terugblik op de eerste maanden COVID-19

Vrijdag 13 maart. Het is al laat in de avond wanneer de ziekenhuizen de overheidsrichtlijnen ontvangen die, met ingang van zaterdag 14 maart, alle niet-dringende ingrepen of consultaties verbieden, net als alle bezoek. "Het is bijzonder snel gegaan," vertelt microbioloog en arts ziekenhuishygiëne Sophia Steyaert, "maar het tempo waaraan potentiële coronapatiënten binnenkwamen na de krokusvakantie, was ongezien."

WANNEER BESEFTE U DAT WE OOK IN BELGIË NIET AAN DE COVID-19-PANDEMIE GINGEN ONTSNAPPEN?

Dr. Sophia Steyaert: "Als microbioloog en ziekenhuishygiënist volg ik alles op de voet sinds de eerste berichtgeving uit China. Het viel te verwachten dat het virus zich zou verspreiden, maar dat het opeens zó snel zou gaan! Iedereen herinnert zich de eerste patiënt die individueel geïsoleerd werd in het Brusselse Sint-Pieters-ziekenhuis. De eerste weken konden we volgens de richtlijnen van de overheid nog patiënten doorverwijzen naar de referentieziekenhuizen. Het is de terugkeer van vakantiegangers uit de skioorden (weekend van 7 maart) die een echt kantelpunt betekende. De lockdown kwam er dan ook gauw en van de ene dag op de andere dienden de ziekenhuizen in staat te zijn om zelf patiënten op te nemen en te verzorgen."

Dr. Sophia Steyaert

HOE ZIJN JULLIE HIERIN GESLAAGD?

Dr. Sophia Steyaert: "Gelukkig beschikken we over een pandemieplan, dat zijn oorsprong vond ten tijde van de Mexicaanse griep in 2009. Ook hadden we samen met het technisch departement en de noodplancoördinator eerder in kaart gebracht wat de cohorteafdelingen zouden worden, welke trajecten de patiënten doorheen het ziekenhuis zouden volgen, etc. De denkoefening stond op papier en heeft ons enorm geholpen. 'Voortschrijdend inzicht' is evenwel dé term van deze crisis gebleken: we hebben ons voortdurend moeten aanpassen aan het virus en de fasen van de epidemie. Gelukkig konden we ook veel opsteken van landen waar het virus zich al eerder verspreidde. De eerste publicaties begonnen te komen, we wisten ten minste iéts! Speciale vermelding ook voor de toewijding, inzet en betrokkenheid van vele sleutelfiguren binnen onze organisatie: zij hebben zich voluit gegeven om ervoor te zorgen dat ons beleid goed kon landen."

WAT WAREN VOOR U DE SCHARNIERMOMENTEN VAN DE VOORBIJE MAANDEN?

Dr. Sophia Steyaert: "Er is zoveel gebeurd de voorbije maanden ... Ik ben gaan spieken in mijn schriftjes met kattenbelletjes, zaken waar ik tussendoor aan dacht of 's nachts van wakker werd. Wat ik nooit zal vergeten, is het helse tempo waarmee de organisatie van het ziekenhuis werd aangepast aan de toestroom van mogelijke COVID-19 besmette patiënten. In de beginfase zorgde de schaarsheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en testmateriaal voor heel wat onrust. Een ander scharniermoment was het actief controleren van de ingangen van het ziekenhuis. Speciaal daarvoor opgeleide gatekeepers hielpen patiënten en bezoekers om hun handen te ontsmetten en hen te controleren op de aanwezigheid van COVID-19 gerelateerde symptomen zoals koorts. De introductie van een ziekenhuisbreed maskerbeleid was een ander heel belangrijk scharniermoment: elke medewerker, patiënt en bezoeker draagt sindsdien een mond-neusmasker van bij het betreden tot het verlaten van het ziekenhuis. Ik denk dat dit voor velen de eerste dagen erg onwennig was. En tot slot, een memorabel moment als microbioloog: de opstart van de tests voor COVID-19 half maart."

HEEL WAT PATIËNTEN BLEKEN ONGERUST OM NAAR DE HUISARTS OF HET ZIEKENHUIS TE GAAN. HOE ZORGEN JULLIE VOOR EEN VEILIGE OMGEVING?

Dr. Sophia Steyaert: "We werken op verschillende fronten. Al van in het begin hameren we op basisprincipes zoals correcte hand- en hoesthygiëne, afstand houden en het niet aanraken van mond, neus en ogen. In het ziekenhuis is een zeer gemotiveerde schoonmaakploeg aan de slag die de standaardhygiëne op hoog niveau houdt. Aan elke ingang van het ziekenhuis staat een dispenser om de handen te ontsmetten en hangt een scanner die de lichaamstemperatuur meet. Een mond-neusmasker wordt door iedereen in het ziekenhuis op elk moment gedragen. Erg belangrijk: (potentiële) coronapatiënten worden onmiddellijk strikt gescheiden van de andere patiënten. Hiertoe worden niet alleen mogelijke coronapatiënten getest op COVID-19, maar iedereen die langer dan een nacht in het ziekenhuis verblijft. In de polikliniek spreiden we de consultaties meer in de tijd en vragen we begeleiders om enkel mee te komen indien dat strikt noodzakelijk is. Patiënten krijgen voor hun komst de nodige richtlijnen mee en worden telefonisch bevraagd naar COVID-19-gerelateerde klachten en ingestelde quarantaine in het kader van de contactopsporing."

GETUIGENIS VAN EEN PATIËNT NA COVID-19

"Na een chronische lymfatische leukemie enkele jaren geleden en gezien mijn beroep als zorgverstrekker, vreesde ik kwetsbaar te zijn voor het coronavirus. Toen een van mijn patiënten me verwittigde het virus te hebben opgelopen, nam ik meteen de nodige voorzorgsmaatregelen. Zo kon ik vermijden dat mijn patiënten ziek werden. Zelf voelde ik echter na enkele dagen vermoeidheid opkomen. Vanaf dan zijn mijn symptomen in sneltreintempo verergerd. Na een longfoto en bloedstalen op de dienst spoedgevallen bleek de ernst van de zaak. Ik kwam op een COVID-19-afdeling in AZ Maria Middelares terecht bij een sympathieke landbouwer die hoestte en proestte. Naar mijn inschatting was hij er veel erger aan toe dan ikzelf, maar niets bleek minder waar. Na enkele dagen kon ik niet meer op mijn benen staan. Ik werd overgebracht naar intensieve zorg en begon te hallucineren: 'waarom lees ik niet van rechts naar links?', 'waarom zit mijn hart niet meer op dezelfde plaats'? Mijn kinderen kwamen tweemaal op bezoek, maar van één bezoek herinner ik me niets meer. Daar heb ik het nog altijd moeilijk mee. Door de goede opvolging van de artsen en het verzorgend personeel ben ik erdoor geraakt. Zelf besefte ik pas vlak voor mijn ontslag hoe ernstig het was geweest, dat ik er bijna niet meer was. Vast staat dat ik dankbaar ben voor de goede zorgen. Dankbaar voor de diëtiste die me een alternatief aanbood voor het eten dat niet smaakte. Dankbaar voor de artsen die de tijd namen om mij en mijn familie van uitleg te voorzien. Dankbaar voor die medewerkers die me écht hoorden en zorgden voor een veilig gevoel. Dat maakt het verschil."

Zorg en nazorg van COVID-19 patiënten vanuit klinisch perspectief

Ook voor de pneumologen is het de voorbije maanden alle hens aan dek geweest. Dr. Sofie Van Den Broecke geeft tekst en uitleg.

> "We zijn erg dankbaar voor de samenwerking met de huisarts, onder meer via de triageposten die fantastisch werk leveren.

"Het coronavirus COVID-19 valt op door zijn erg wisselend verloop en de impact op patiënten zonder veel comorbiditeit. Het is heel moeilijk een inschatting te maken van wat volgt en onze patiënten gerust te stellen. Een patiënt die bij opname slechts weinig klachten heeft, kan twee dagen later al aan de beademing liggen. Opvallend ook is de vermoeidheid waarmee sommige patiënten kampen. Ze zijn zó uitgeput dat ze er niet in slagen te eten of te drinken, met gewichtsverlies en achteruitgang van de spiermassa tot gevolg. Hiermee dienen we rekening te houden voor de herstelfase."

"De app die we met het ziekenhuis mee ontwikkeld hebben voor opvolging in de thuissituatie, hetzij na contact op de dienst spoedgevallen, hetzij na hospitalisatie, kan hierin ondersteunen. Patiënten vullen dagelijks vragenlijsten in, waarin ze bevraagd worden naar alarmsymptomen. Zo kunnen we indien nodig patiënten terug laten keren, indien een tweede opstoot van de ziekte zich manifesteert, of extra ondersteuning organiseren wanneer het moeilijk gaat. Afhankelijk van de antwoorden krijgen patiënten een kleurcode, waarmee aangegeven wordt of ze al dan niet gunstig evolueren. Bij milde symptomen krijgen ze het advies de huisarts te contacteren, bij milde tot zeer ernstige symptomen de huisarts of de dienst spoedgevallen."

"We zijn erg dankbaar voor de samenwerking met de huisarts, onder meer via de triageposten die fantastisch werk leveren. Daardoor wordt onze spoedopname niet overstelpt en is er voldoende ruimte om de patiënten goed op te vangen. Belangrijk is dat de huisarts bij vermoeden van COVID-19 een afspraak kan inplannen voor zijn patiënten door een telefoontje naar ons secretariaat. We zien de patiënt dan op het afgesproken moment op de dienst spoedgevallen. Daarnaast blijft het belangrijk alert te zijn voor andere aandoeningen. Zelf ben ik tot slot vragende partij voor nog meer structureel overleg met de huisarts over ernstige patiënten, bv. aan de hand van videogesprekken. Nu is het vaak snel even tussendoor, waardoor het niet altijd mogelijk is ten gronde te overleggen."

Het is midden mei wanneer de interviews over het coronavirus COVID-19 worden afgenomen. Door de snelle wijzigingen en de publicatietijd zal de meest recente informatie niet opgenomen zijn in dit artikel. Dank voor uw begrip.

Digitale opvolging orthopedische patiënten in tijden van COVID-19

Na de eerste piek van de SARS-Cov-2 pandemie kon de electieve heelkunde in mei progressief herstarten. Tegelijk vraagt de overheid om de capaciteit van de ziekenhuizen de komende maanden zo veel mogelijk te vrijwaren. De dienst orthopedie van AZ Maria Middelares speelt kort op de bal en verkort daar waar mogelijk de verblijfsduur na prothesechirurgie. De veiligheid van de patiënt staat daarbij zoals steeds voorop.

De dienst orthopedie heeft een lange traditie en veel ervaring in de behandeling van artrose. De prothesechirurgie heeft daarbij een belangrijke plaats verworven met betrouwbare resultaten. De verblijfsduur in het ziekenhuis is ook bij deze behandeling de afgelopen jaren flink korter geworden. De meeste orthopedische patiënten verblijven enkele uren tot een etmaal in het ziekenhuis: artroscopie van de knie, schouder en enkel, voorste kruisbandchirurgie, zelfs complexe voor- en achtervoetchirurgie. Handchirurgie gebeurt sinds kort zelfs systematisch onder locoregionale anesthesie. Maar voor knie- en heupprothese bedraagt het verblijf typisch enkele dagen.

Onderzoek in het buitenland heeft al aangetoond dat het uitvoeren van heup- en knieprothesechirurgie met een opname met slechts één overnachting veilig is en de klinische uitkomst dezelfde is als bij een standaardopname [1][2]. Daartoe is het belangrijk de juiste patiëntengroepen te selecteren en te zorgen voor een nauwgezette, persoonlijke opvolging - ook na ontslag uit het ziekenhuis. In dat kader is de dienst gestart met een gestructureerd traject van kortere opnames bij sommige patiënten uit deze groep. In samenwerking met de dienst anesthesie en het verpleegkundig departement werden aangepaste protocollen voor pijnstilling uitgewerkt.

Voor de opvolging wordt een speciaal daarvoor ontwikkeld softwareplatform gebruikt, in samenwerking met een externe partner. Daarmee is een veilige terugkeer naar de thuisomgeving en zelfs een gepersonaliseerde revalidatie mogelijk. De huisarts blijft zoals altijd een belangrijke partner, maar krijgt niet plots de volledige nazorg te verwerken. Als deel van dit project zullen sommige patiënten (vrijwillig) kunnen deelnemen aan een klinische studie.

HOTLINE ORTHOPEDIE

Om de dienst orthopedie nog beter bereikbaar te maken voor huisartsen en andere zorgverstrekkers, is op weekdagen overdag steeds een orthopedist bereikbaar op het nummer

09 246 73 90

(1) Christian Husted, Kirill Gromov, Helle Krogshøj Hansen, Anders Troelsen, Billy B Kristensen & Henrik Husted, (2020) Outpatient total hip or knee arthroplasty in ambulatory surgery center versus arthroplasty ward: a randomized controlled trial, Acta Orthopaedica, 91:1, 42-47, https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1686205

(2) Joshua Xua, Jacob Y. Caoa, Gurpreet S. Chaggara & Jonathan J. Negusa (2020) Comparison of outpatient versus inpatient total hip and knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis of complications, Journal of Orthopaedics 17, 38–43, https://doi.org/10.1016/j.jor.2019.08.022

HOE KAN JE ONS STEUNEN?

Sinds het coronavirus COVID-19 in ons land is en de verstrengde overheidsrichtlijnen van kracht gingen, zette AZ Maria Middelares alles in de steigers om zijn werking voor een hele tijd om te gooien. De verwachtingen zijn torenhoog en er werd tijdens deze gezondheidscrisis dan ook al onvoorstelbaar hard gewerkt.

De daadkracht en bereidwilligheid van onze artsen, verpleegkundigen en medewerkers om de toestroom aan patiënten de baas te kunnen, is ongezien. We zijn goed bezig, maar de strijd duurt nog lang en de middelen zijn schaars. Daarom willlen we onze zorgverleners, onze 'helden van vandaag', ondersteunen waar we kunnen.

Ook voor onze patiënten is extra steun broodnodig. Mensen zijn bang of lijden onder de maatregelen die bezoek en sociaal contact verbieden. Via gerichte tools zoals beeldbellen, ondersteunende apps of extra attenties, willen we hen een hart onder de riem steken in deze moeilijke tijden.

Elke steun is welkom om de patiëntenbeleving en de ondersteuning van onze collega's te bevorderen. Je kan eender welke gift storten via de QR-code hiernaast of op het rekeningnummer BE55 2900 3871 5044 met vermelding 'Corona'. Zo kunnen we onze patiënten de kwaliteitsvolle zorg blijven bieden die ze van ons gewoon zijn.

ELKE STEUN IS WELKOM!

Scan me!

https://bit.ly/2yglG6n

Dagbehandeling PAAZ focust op persoonlijke groei

Op de dagbehandeling van de PAAZ van AZ Maria Middelares gaan patiënten in groep aan de slag om hun leven op een constructieve wijze opnieuw op te pikken. De groep bestaat uit maximum tien personen, het traject duurt acht weken en instappen kan telkens op maandag.

Acht weken lang werken de patiënten aan zichzelf en gaan ze in groep aan de slag met thema's als zelfzorg, draagkracht, piekeren ... Naast wat theoretische achtergrond is het binnen het programma erg belangrijk dat de stap naar de praktijk zo snel mogelijk gezet wordt. Via oefeningen, rollenspelen en soms thuisopdrachten worden ze geprikkeld om na te denken over wat ze nu doen en hoe ze het anders willen aanpakken in de toekomst. De aangeleerde vaardigheden worden zowel in therapie als thuis ingeoefend, zodat de verandering al een stuk is ingezet voor de therapieperiode afloopt.

Acht verschillende thema's komen aan bod

- draagkracht
- piekeren
- veranderen
- emoties
- sociale ik
- zelfbeeld
- ik & mijn familie
- assertiviteit

Enkele voorbeelden van sessies die aan bod komen in het achtwekenprogramma

PIEKERTRAINING

In de week waarin de patiënten samenwerken rond emoties, vormt piekeren een belangrijke sessie. Wat is piekeren precies en welke invloed heeft het op onze gedachten, gevoelens en gedrag? Na deze reflecties volgt een concrete piekertraining, waarbij handvaten worden aangereikt om met piekeren te kunnen omgaan.

> Piekeren is als het zitten in een schommelstoel. Het geeft je iets te doen, maar het brengt je nergens.
>
> *(vertaling van een Engels gezegde)*

ZELFREALISATIE

Patiënten gaan na in hoeverre hun leven bestaat uit zaken die hen toelaten om zich te ontplooien en wat hen motiveert. Worden ze geleefd of kiezen ze zelf waarmee ze hun leven vullen?

VALIDEREN

In deze sessie leren patiënten hoe erkenning te geven voor de gevoelswereld van zichzelf en anderen, zonder te veroordelen. Door oefeningen uit de mindfulness leren ze ook ontdekken hoe ze aandacht kunnen schenken aan hun eigen gevoelens en gedachten om te komen tot volledige acceptatie van zichzelf.

MINDFULNESS

In deze sessie maar ook tussen de andere sessies door worden mindfulnessoefeningen gegeven. Regelmatig stilstaan bij het hier en nu geeft houvast in de stress en jachtigheid van het leven.

PROGRESSIEVE RELAXATIE

Opspannen en ontspannen van de spieren, de gedachten naar het hier en nu brengen, de gevoelens vaststellen en vriendelijk aanvaarden dat ze nu aanwezig zijn.

Niet iedereen komt in aanmerking voor de dagbehandeling. Het programma vraagt een zekere maturiteit en mogelijkheid tot introspectie en is enkel geschikt voor mensen die bereid zijn om aan zichzelf te werken. Er dient voldoende inzicht te zijn in de persoonlijke valkuilen om deze tijdens de sessies gericht te kunnen aanpakken. Doordat het programma in hoge mate confronterend kan zijn, is het ook belangrijk dat de patiënt niet meer in crisis is.

EEN PATIËNT AANMELDEN?

Patiënten kunnen zichzelf aanmelden, maar ook de (huis)arts kan mensen doorverwijzen naar de dagbehandeling van AZ Maria Middelares.

Na aanmelding vindt een intake plaats door de psycholoog of dagbehandelingsverpleegkundige, die evalueert of de patiënt in aanmerking komt voor de dagbehandeling.

Het remgeld is gemiddeld 10 euro per dag. Sommige hospitalisatieverzekeringen komen hierin tussen.

MEER INFO?

dagbehandeling.paaz@azmmsj.be
of 09 246 34 47

Scan me!

www.mariamiddelares.be/nl/zorgaanbod/behandelingen-en-testen/dagbehandeling-paaz

Abdominaal aorta aneurysma
Wat te doen met de vondst van een potentieel dodelijk probleem?

Een abdominaal aorta aneurysma (AAA) is een lokale uitzetting van de aorta in de buik, waarbij de diameter met minstens de helft is toegenomen t.o.v. de normale diameter. In de regel is er sprake van een aneurysma van de abdominale aorta vanaf een diameter van 3 cm. Patiënten merken hier doorgaans niets van. De vaststelling is dan ook vaak louter toevallig bij medische routineonderzoeken. Of en hoe een AAA behandeld moet worden, hangt af van de grootte, het type en de groei van het aneurysma. Thoracovasculair chirurg Willem Willaert licht toe.

Dr. Willem Willaert

Aneurysmale degeneratie van de aorta is een belangrijk en potentieel levensgevaarlijk probleem. De prevalentie van een AAA bij mannen ouder dan 65 jaar is ongeveer 3-5 % van de bevolking (5-7 % bij rokers). Bij vrouwen gaat het om minder dan 1 %. Gemiddeld groeit een AAA met 2 mm per jaar. Een kleiner aneurysma van 3 cm eerder met 1 mm vs. een groter aneurysma van 5 cm met 3,5 mm per jaar. Alleen bij rokers verloopt de groei iets sneller (extra 0,35 mm jaar).

De meeste AAA's zijn degeneratief van aard. De grootste risicofactoren voor het ontwikkelen van een AAA zijn roken, een hogere leeftijd, hypertensie en een familiale voorgeschiedenis. Patiënten ondervinden meestal geen klachten, waardoor het probleem vaak toevallig aan het licht komt bij een routineonderzoek. In het ergste geval komt het pas aan de oppervlakte wanneer het aneurysma ruptureert (dodelijk in meer dan 80 % van de gevallen).

HOE WORDT DE DIAGNOSE VAN EEN AAA GESTELD?

Dr. Willem Willaert: "Een eerstelijnsonderzoek om het aneurysma beter in kaart te brengen, is een echo/duplex van de aorta.

> "De CT angiografie van de aorta blijft het meest betrouwbare onderzoek om de aorta in detail in beeld te brengen en om een behandelingsstrategie te kunnen opstellen.

Als een AAA wordt vastgesteld, is een CT angiografie van de volledige thoracoabdominale aorta en de zijtakken geïndiceerd. Zo kunnen eventuele concomitante aneurysmata in de thoracale en viscerale vaatboom beoordeeld worden. Ook een duplex van de politeae is in de work-up geïndiceerd om concomitante popliteale aneurysmata uit te sluiten."

KAN SCREENING ZINVOL ZIJN, EN ZO JA: WANNEER?

Dr. Willem Willaert: "De Belgische overheid voorziet tot op vandaag geen nationaal screeningsprogramma voor abdominale aneurysmata. Uit onderzoek blijkt echter dat dit in bepaalde subpopulaties wel degelijk kosteneffectief kan zijn.

Vanuit medisch standpunt is het in ieder geval nuttig om de mannelijke bevolking (zeker de rokers) eenmalig te screenen met een duplex vanaf de leeftijd van 65 jaar. Bij vrouwen is een screeningsprogramma niet medisch zinvol (te lage prevalentie en incidentie). Alle mannen en vrouwen met een eerstegraadsverwante met bewezen aneurysmatisch lijden worden best gescreend vanaf 50 jaar en nadien om de 10 jaar.

Indien er bij een screening een ectasie wordt vastgesteld van de aorta (2,5 tot 3 cm), kan een herscreening na 5 tot 10 jaar overwogen worden. Bij het vaststellen van een echt AAA bepaalt de vastgestelde diameter de frequentie van de follow-up: bij 3-4 cm om de drie jaar, bij 4-5 cm om het jaar, bij aneurysmata van meer dan 5 cm best om de 3-6 maanden."

WANNEER KAN DE HUISARTS BEST DOORVERWIJZEN?

Dr. Willem Willaert: "Alle aneurysmata noodzaken verder nazicht en opvolging. Als een AAA wordt vastgesteld bij een patiënt jonger dan 60 jaar, is er mogelijk een onderliggende familiale genetische predispositie of zelfs een aangeboren bindweefselziekte. Deze patiënten komen in een apart screenings-, opvolgings- en behandelingstraject terecht en worden altijd klinisch en genetisch getest op allerhande voorbeschikkende mutaties en bindweefselziekten. Bij een positieve screening worden ook familieleden gescreend. De frequenter voorkomende degeneratieve aneurysmata komen in een bepaald opvolgingstraject terecht, afhankelijk van de lokalisatie en grootte van hun aneurysma."

> "Alle aneurysmata, onafhankelijk van de grootte, worden best verwezen naar een vasculair chirurg

IS ER EEN MANIER OM DE GROEI VAN EEN ANEURYSMA TEGEN TE GAAN?

Dr. Willem Willaert: "Er bestaat hiervoor helaas geen therapeutisch of medicamenteus beleid. Alleen een rookstop tempert de groei enigszins. Een nauwgezette behandeling van de overige cardiovasculaire risicofactoren (hypertensie, hypercholesterolemie, hyperglycemie) bij deze patiënten is echter wel belangrijk. Onthoud immers dat een patiënt met een AAA (alle diameters samen genomen) meer kans heeft om te sterven aan zijn cardiovasculaire of oncologische comorbiditeit, dan aan zijn aneurysma zelf."

WANNEER DIENT EEN ANEURYSMA GEOPEREERD TE WORDEN?

Dr. Willem Willaert: "Een aantal factoren bepalen of, en op welk moment, een aneurysma geopereerd dient te worden. Het ruptuurrisico van een AAA is direct gecorreleerd aan de grootte van het aneurysma.

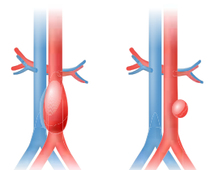
< 4,0 cm diameter	0 %
4,0 cm - 4,9 cm diameter	0,5 % - 5 %
5,0 cm - 5,9 cm diameter	3 % - 15 %
6,0 cm - 6,9 cm diameter	10 % - 20 %
7,0 cm - 7,9 cm diameter	20 % - 40 %
> 8,0 cm diameter	30 % - 50 %

Tabel 1. Jaarlijks ruptuurrisico op basis van de diameter

Bij een diameter van 5,5 cm bij een man en 5 cm bij een vrouw kan een ingreep overwogen worden als het operatief risico aanvaardbaar en de levensverwachting minimaal 2 tot 3 jaar is. Heeft de patiënt met een abdominaal aneurysma een eerstegraads familielid waarbij ook een aneurysma van de aorta vastgesteld is geweest, dan overwegen wij een ingreep vanaf een diameter van 5 cm. Wordt een aneurysma van meer dan 9 cm ontdekt, dan wordt de patiënt in de regel in het ziekenhuis gehouden en tijdens dezelfde opname geopereerd.

Ook een symptomatisch AAA (buikpijn, rugpijn, gevoelige palpatie) zonder tekenen van ruptuur vormt een indicatie voor een ingreep, relatief onafhankelijk van de diameter. Symptomatische aneurysmata dienen altijd urgent te worden gerefereerd naar een vaatchirurg. Doorgaans worden zij onmiddellijk opgenomen en de eerstvolgende electieve operatiedag geopereerd.

De voorgaande richtlijnen gelden in het geval van een fusiform, symmetrisch AAA *(zie afbeelding 1)*.



Afbeelding 1. Fusiform vs. sacculair aneurysma

Een sacculair (asymmetrisch) aneurysma is gevoeliger voor ruptuur, waardoor sneller wordt ingegrepen. Als een aneurysma zich uitstrekt tot in de arteria iliacae, of zich voornamelijk daar bevindt, zal een ingreep geïndiceerd zijn vanaf een diameter van 3,5 cm.

Als een aneurysma van de aorta met meer dan 1 cm toeneemt per jaar, is sneller een ingreep nodig."

ALS EEN PATIËNT GEOPEREERD MOET WORDEN, DIENEN ER DAN BEPAALDE PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN TE GEBEUREN EN WAT IS HET MEDICATIEBELEID?

Dr. Willem Willaert: "Patiënten die in aanmerking komen voor een ingreep, kunnen op indicatie cardiaal, pulmonair of nefrologisch nagekeken worden. Uit onderzoek blijkt dat het starten van statines één maand preoperatief bij patiënten met een AAA bevorderlijk is, om het cardiovasculair risico en complicaties te verminderen. Antithrombotische medicatie zoals aspirine of clopidogrel dienen niet gestopt te worden voor aortachirurgie. Anticoagulantie of DOAC's na overleg eventueel wel."

WANNEER WORDT GEKOZEN VOOR EEN OPEN OPERATIE EN WANNEER VOOR EEN EVAR?

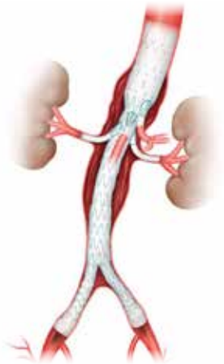
Dr. Willem Willaert: "Gerandomiseerde studies van twintig jaar geleden hebben aangetoond dat een klassieke open operatie (buis- of broekprothese) of een endovasculaire operatie (EVAR, EndoVascular Aneurysm Repair) globaal eenzelfde resultaat en mortaliteit vertonen op lange termijn. De EVAR-procedure gaat wel gepaard met minder morbiditeit en mortaliteit op korte termijn en is de voorkeursbehandeling van de meeste patiënten en chirurgen, voor het merendeel van de aneurysmata. Door blijvende technische ontwikkelingen in het design van EVAR-prothesen gaan we ervan uit dat de resultaten van de huidige en toekomstige prothesen superieur zullen zijn aan de eerste generatie prothesen en dus vermoedelijk ook aan de open chirurgische procedure. Alleen bij de jonge patiënt (< 60 jaar) met een AAA van meer dan 5,5 cm heeft de open procedure mogelijk de voorkeur (durabiliteit), zeker in het geval van onderliggende genetische afwijkingen of bindweefselziekten.

Waar de open procedure het aneurysma 'vervangt' door een polyester buis of broek, is de EVAR een techniek waarbij het aneurysma van binnenuit wordt geëxcludeerd van de circulatie door een polyester of PTFE-prothese *(zie afbeelding 2)*. Meer en meer wordt deze techniek volledig percutaan toegepast zonder klassieke (lies)incisies. Daardoor is nog maar een opname nodig van één tot twee dagen.

Afbeelding 2. Standaard infrarenale EVAR-prothese © *Cook*

ER BESTAAT OOK ZOIETS ALS EEN FEVAR?

Dr. Willem Willaert: "Voorwaarde voor de EVAR-procedure is 1 à 2 cm relatief 'normale' vaatwand in de aorta onder de nierslagaders en in de iliacale slagaders om goede verankering en sealing te verkrijgen. Bij afwezigheid van een dergelijke verankeringszone kan, naast de klassieke open ingreep, tegenwoordig ook een gefenestreerde EVAR (FEVAR) worden uitgevoerd in dergelijke iuxtarenale of thoraco-abdominale aneurysmata *(zie afbeelding 3)*.



Afbeelding 3. FEVAR-prothese met vier fenestraties © *Cook*

Bij een FEVAR wordt een prothese op maat van de specifieke patiënt vervaardigd. Daarvoor gebruiken wij 3D-reconstructies van de CT-beelden om een virtueel model te creëren *(zie afbeelding 4)*. De fenestraties voor de renale en viscerale vaten komen zo precies op de goede plek terecht. Doorheen de fenestraties worden vervolgens beklede stents geplaatst om sealing te verkrijgen.

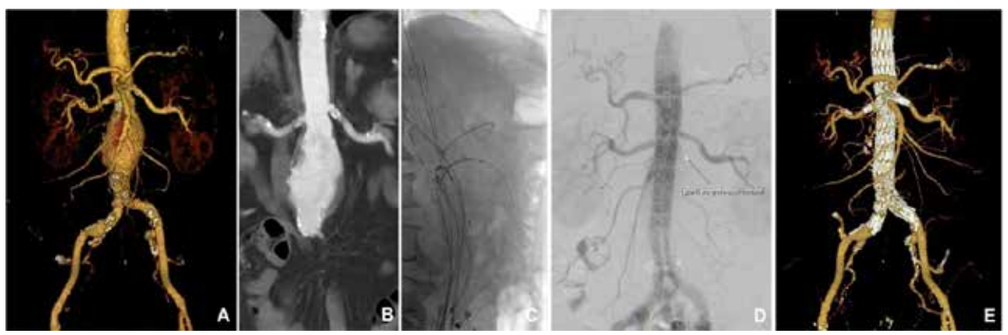
Dit soort procedures zijn technisch uitdagend en vergen een uitgebreide planning en voorbereiding. Zij mogen alleen uitgevoerd worden in B3-hartcentra zoals in AZ Maria Middelares, waar tevens een hybride operatiezaal aanwezig is *(zie foto p. 17)*. Een dergelijke zaal laat 3D-fusion toe en gebruikt een robotarm om op een ergonomische manier röntgenbeelden van hoge kwaliteit te genereren tijdens de ingreep, met een minimum aan stralingsbelasting voor patiënt en personeel.

Waar na een open aorta-ingreep een patiënt 7 tot 14 dagen opgenomen blijft in het ziekenhuis, kan een patiënt na een EVAR gemiddeld na twee tot drie dagen en na een FEVAR na vier tot vijf dagen naar huis."

NA EEN INGREEP DIENEN PATIËNTEN NOG LANG OPGEVOLGD TE WORDEN. WELKE RICHTLIJNEN GELDEN BIJ EEN OPEN INGREEP?

Dr. Willem Willaert: "Voor de open ingreep blijft een tweejaarlijkse klinische controle nuttig om o.a. na te gaan of er geen vernauwingen ontstaan in de broekprothese, vooral ter hoogte van de anastomosen. Om de vijf jaar is beeldvorming nuttig om een aantal laattijdige problemen op te sporen: concomitante aneurysmata in het lichaam, aneurysmale uitzetting van de natieve aorta tussen de prothese en nierarteriën en aorto-enterische fistels."

Afbeelding 4. **FEVAR-procedure in AZ Maria Middelares**



A. Preoperatieve 3D CT-reconstructie
B. Preoperatief MPR CT-reconstructie van de hals van het aneurysma: iuxtarenale configuratie
C. Peroperatieve fluoroscopie met cannulatie van de viscerale vaten
D. Peroperatieve angiografie van de ontplooide FEVAR
E. Follow-up 3D CT-reconstructie van de FEVAR-prothese met de gecoverde stents naar de twee nierslagaders en viscerale vaten

GELDT HETZELFDE VOOR EEN EVAR EN FEVAR?

Dr. Willem Willaert: "Voor de EVAR-patiënten is een opvolging met beeldvorming noodzakelijk om onder andere migratie of endoleaks op te sporen. Type I endoleaks (inadequate sealing) en type III endoleaks (lekken doorheen de stof) komen zeer zelden voor, maar noodzaken altijd een heringreep. Type II endoleaks (lekken door collateraal circulatie) komen relatief veel voor (tot 10-20 % direct postoperatief), maar vereisen zelden een heringreep. Alleen als type II endoleaks aanleiding geven tot duidelijke expansie van het aneurysma in de loop der tijd (>10 mm), moeten we ingrijpen. Dat gebeurt meestal door het lek te emboliseren. De opvolging met beeldvorming gebeurt door een CT-angiografie na één maand en na één jaar postoperatief. Daarna wordt de frequentie van follow-up en het type beeldvorming (CT vs. echo) patiënt per patiënt afgestemd. Op zijn minst wordt om de vijf jaar een CT uitgevoerd.

Gezien de complexiteit van een FEVAR-prothese en procedure worden deze patiënten jaarlijks gevolgd door een CT, vooral om de patency van de zijtakken naar de viscerale en renale vaten nauwkeurig op te volgen."

VOOR UW PRAKTIJK

- Patiënten met aneurysmata (eender waar) verwijst u best steeds door naar de vaatchirurg.
- Patiënten met een symptomatisch AAA verwijst u best dringend naar een vaatchirurg.
- In de regel worden AAA's pas geopereerd vanaf een diameter > 5 cm abdominaal en 3,5 cm iliacaal.
- (Fusiforme) AAA's < 4 cm ruptureren nooit.
- Patiënten met een EVAR of open herstel: aspirine. Patiënten met een FEVAR: aspirine en clopidogrel.
- Levenslange follow-up is noodzakelijk voor elke patiënt met een (geopereerd) AAA.
- Familiale screening met een echo van eerstegraadsverwanten is geïndiceerd vanaf 50 jaar (en daarna om de 10 jaar).
- Overweeg screening van al uw mannelijke patiënten van 65 jaar of ouder (echo).

Hybride operatiezaal AZ Maria Middelares

Teledermatologie als bijkomende tool voor kwaliteitsvolle zorg

Sinds 2019 experimenteert de groep dermatologie van AZ Maria Middelares met teledermatologie. Dat gebeurt samen met enkele andere ziekenhuizen, perifere dermatologen en een vijftal huisartsen uit de regio. Bij diagnostische twijfel kan de huisarts dankzij een template in eHealth de specialist beveiligd digitaal contacteren voor advies over een dermatologisch probleem, vergezeld van een aantal correct genomen foto's en gegevens over de patiënt.

Voor Hallo brachten we huisarts en specialist rond de tafel voor een uitwisseling van ervaringen.

V.l.n.r.: dr. Dirk Lauwerier, dr. Ignace Deaulmerie, dr. Linda Temmerman, dr. Lily Willems

> In deze digitale wereld bestaan er een aantal opportuniteiten, zoals de teledermatologie, die we met beide handen willen grijpen.

"De beste raadpleging is nog steeds diegene waar arts en patiënt fysiek tegenover elkaar zitten", start dermatoloog **dr. Linda Temmerman** het gesprek. "Maar in deze digitale wereld bestaan er een aantal opportuniteiten, zoals de teledermatologie, die we met beide handen willen grijpen. Dermatologen kampen namelijk vaak met een wachtlijst en niet elk ziekenhuis beschikt over een huidartsengroep. Daarnaast zorgt de vergrijzing van de bevolking ervoor dat er een grote groep van ouderen is met mobiliteitsproblemen. Voor hen kan een e-consult bijzonder nuttig zijn. Voorwaarde is natuurlijk dat de patiënt zijn toestemming geeft."

De omnipracticus ziet vaak huidproblemen en heeft soms snel de expertise van een dermatoloog nodig. **Dr. Dirk Lauwerier** uit Gavere (huisartsenvereniging HAS): "Als huisarts heb ik veel dermatologische pathologie in mijn praktijk. Meestal voel ik me vrij zeker, maar toch toets ik soms graag mijn bevindingen af met de specialist ter zake. Ik wil geen risico's nemen. Vroeger belde ik dan." Het klinkt herkenbaar voor **dr. Lily Willems** (huisartsenvereniging HVG): "We beschreven dan wat we zagen: 'het ziet er ongeveer zo uit'. Het is een pak eenvoudiger geworden nu we foto's kunnen meesturen. En dat alles op een beveiligde manier, waarbij de privacy van de patiënt op geen enkele manier in het gedrang komt."

Dr. Lauwerier: "Ik vind het ook fijn dat ik de specialist niet hoef te storen tijdens de raadpleging. Als ik de foto opstuur, krijg ik 's avonds of de dag nadien al antwoord. De service is goed en de zorg wordt er alleen maar beter op. Dat teledermatologie het consult niet vervangt, is zeker. Maar het vormt er een zinvolle aanvulling op en ik beschouw het als een bijkomende tool om kwaliteitsvolle zorg te verlenen."

"Ook voor minder mobiele mensen, bijvoorbeeld onze patiënten in een verzorgingsinstelling of een service flat, kan een teleconsult een goede oplossing zijn", klinkt het bij **dr. Ignace Deaulmerie** (huisartsenvereniging Schelde en Leie) uit Gent. "Het heeft me ook al eens uit de nood geholpen bij een extreem angstige patiënt. Na een extra controle van de foto door de specialist kon hij op zijn beide oren slapen."

Vaak is de boodschap geruststellend, maar soms brengt de foto ook een ernstige aandoening aan het licht. "Als dat het geval blijkt, dan beslissen we om in onze agenda te schuiven en een dringende afspraak vast te leggen voor de patiënt", vertelt dr. Temmerman.

WANNEER TELEDERMATOLOGIE?

"Voor welke pathologie teledermatologie zinvol is, ondervinden de huisartsen proefondervindelijk. "Het is een beetje leren voor ons. Op basis van mijn huidige ervaring vind ik het vooral heel nuttig voor acute dermatologie of voor zaken waar mensen echt last van hebben", klinkt het bij dr. Willems. Voor dr. Deaulmerie is teledermatologie daarnaast ook handig bij twijfelachtige naevi, al moeten ze in de praktijk nog vaak eens met de dermatoscoop bekeken worden. Toch kan ook hier een foto de dermatoloog helpen om in te schatten hoe dringend het is en wanneer de afspraak best wordt ingepland.

"Vanuit specialistische hoek blijkt teledermatologie inderdaad het meest aangewezen bij acute zaken. Ook voor tumoren kan het, maar deze zijn precair en vereisen vaak een aanvullende dermatoscopie of wegname. Een inflammatoir beeld (bv. scabiës) is het moeilijkst te beoordelen op foto", licht dr. Temmerman toe. "Ook ulcera dienen bijna altijd gezien te worden in de praktijk, gevolgd door een wondzorgconsultatie (rechtstreeks te boeken via de wondzorgunit bij de dermatoloog en wondzorgverpleegkundige samen)."

LEREN VAN ELKAAR

De huisartsen geven aan dat het fijn is om bij te leren over dermatologie. "Ook bij onze HAIO's horen we dit. Ze kennen nog weinig van dermatologie wanneer ze de universiteit verlaten", aldus dr. Deaulmerie. "Vaak komen ze zelf vragen om bij dermatologisch onderzoek aanwezig te mogen zijn."

"Door mee te kijken en te discussiëren met de dermatoloog, krijgen de huisartsen meer info en leren ze nog meer over tumorale letsels, wat verdacht is en wat een eenvoudige uitslag is", treedt **dr. Rob Van den Oever**, die meer dan 23 jaar ondervoorzitter was van de technisch geneeskundige raad van het RIZIV (met teledermatologie als orgelpunt), hen bij. "Deze kennis zal erg belangrijk worden in de toekomst, waar de penurie aan dermatologen alleen zal toenemen."

VOORWAARDEN

Huisartsen en dermatologen die gebruik willen maken van teledermatologie dienen beide eHealth geconnecteerd te zijn. "Vroeger stuurden sommigen al eens iets door via e-mail, Whatsapp of andere kanalen. In het kader van de GDPR kunnen dergelijke tussenoplossingen niet", klinkt het bij dr. Temmerman.

PROEFPROJECT RIZIV

In 2005 startte teledermatologie in Nederland. Op dit model werd nu in België voortgewerkt. De beroepsvereniging van dermatologie heeft een commissie teledermatologie opgericht in 2018. Dr. Roegies en prof. Verhaeghe zijn pioniers in deze projecten.

In oktober 2020 lanceert het RIZIV een proefproject rond teledermatologie. Voor Oost-Vlaanderen zal AZ Maria Middelares, net als het UZ Gent, officieel proefcentrum zijn gedurende 12 maanden.

Interesse om meer info te verkrijgen? Neem contact via linda.temmerman@azmmsj.be.

TIPS VOOR EEN GOEDE FOTO

Teledermatologie staat of valt bij de kwaliteit van de foto's. Een goede klinische foto beantwoordt aan een aantal praktische, technische aspecten zoals belichting en achtergrond, scherpte, positionering en aantal foto's, detailfoto's ...

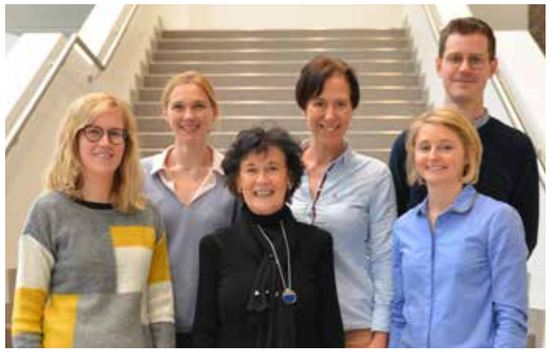
Meer info:

van der Heijden, J. 2010.

"Klinische fotografie voor teledermatologie", Huisarts en Wetenschap: 84-87.

Scan me!

www.henw.org/artikelen/klinische-fotografie-voor-teledermatologie



De dermatologen van AZ Maria Middelares:
v.l.n.r. boven: dr. Veerle Dhondt, dr. Els Van Autryve, dr. Sam Dekeyser
v.l.n.r. onder: dr. Jolien Veramme, dr. Linda Temmerman, de. Lien De Smet

De stuit aangepakt, een uniek verloskundig project in AZ Maria Middelares

Sinds april 2019 startte de dienst gynaecologie van AZ Maria Middelares met een stuitraadpleging. Doelstelling is aanstaande ouders correct te informeren. "De schrik voor een vaginale stuitbevalling zit er bij velen nog diep in. Ouders zijn dan ook vaak eerst wat gereserveerd. Maar als ze horen dat ze aan de voorwaarden voldoen, zijn ze meestal zeer gemotiveerd", klinkt het bij gynaecoloog dr. Martine Casteels.

Het was een onderzoek in *The Lancet* dat in het jaar 2000 de vaginale stuitbevallingen hun – onterecht – kwalijke reputatie bezorgde. Epidemioloog Mary Hannah vergeleek retroactief vaginale stuitbevallingen met stuitbevallingen via keizersnede en concludeerde dat baby's slechter af waren na een vaginale bevalling. "De studie sloeg werkelijk in als een bom", herinnert **dr. Casteels** zich. "Stuitbevallingen raakten voor jaren in het verdomhoekje. Nochtans volgden al snel nieuwe studies die aantoonden dat, mits goede selectie, een vaginale stuitbevalling zeker verantwoord is. Het gevolg van de studie van Hannah was helaas ook een drastische afname van de skills van de jonge gynaecologen, met nog meer keizersneden als gevolg.

Voortrekker van de heropwaardering van de vaginale stuitbevalling is **prof. dr. Frank Louwen** uit Frankfurt. Hij zetelt in de EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) en in de FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), en geeft over de hele wereld training en counseling in de vaginale stuitbevalling. "In 2017 ben ik op studiereis gegaan naar zijn centrum in Frankfurt, waar jaarlijks zo'n 200 vaginale stuitbevallingen plaatsvinden", vertelt dr. Casteels. "Ik woonde op zes dagen zeven vaginale stuitbevallingen bij. Eén bevalling werd een keizersnede."

Als lid van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie probeerde dr. Casteels om de skills in het Vlaamse gynaecologenkorps in kaart te brengen aan de hand van een enquête. "Maar liefst 70 % van de gynaecologen heeft de bevraging ingevuld. De resultaten werden voorgesteld op een Vlaams congres in maart 2018. Hoewel de jonge artsen beduidend minder ervaring hadden dan hun wat oudere collega's – logisch ook – bleken ze wel open te staan voor vaginale stuitbevallingen. Het merendeel was vragende partij om hierin getraind te worden."

V.l.n.r.: Nathalie Pielaat, dr. Martine Casteels, Marieke Lyppens

Ook in AZ Maria Middelares kon dr. Casteels rekenen op de bereidwilligheid van haar collega's. Alle gynaecologen en vroedvrouwen volgden een inhouse stuittraining, gegeven door prof. Louwen, op 20 en 21 december 2019. "Ik heb hiervoor hemel en aarde bewogen, want zijn agenda is bijzonder druk. Maar het is gelukt! Twee dagen lang werden alle collega's ondergedompeld in de stuitbevalling. Na een aantal cases en filmpjes kreeg iedereen praktische simulatietraining in kleine groepjes. Het gaf iedereen het nodige zelfvertrouwen om mee de schouders onder dit initiatief te zetten." Ondertussen zijn er al een heel aantal vaginale stuitbevallingen succesvol verlopen, tot grote tevredenheid van de patiënten.

STUITRAADPLEGING

De meeste baby's draaien spontaan met het hoofd naar beneden voor de 34ste zwangerschapsweek. Op 32 weken ligt nog ongeveer 15% van de baby's in stuit en kunnen ze nog gemakkelijk spontaan naar hoofdligging draaien. Na 37 weken is dit nog maar 3 à 4 %, en is de kans op een spontane draai naar hoofdligging klein, zeker bij een eerste kind.

Alles start met een poging tot uitwendige kering op 35 à 36 weken. "Onze gynaecologen geven hiervoor eerst de nodige counseling. Ouders krijgen ook een informatiebrochure mee waarin alles nog eens duidelijk wordt uitgelegd. Lukt een kering niet, dan volgt nog de dag zelf een bekkenmeting op de radiologie", licht dr. Casteels toe. Vervolgens komen de ouders op de stuitraadpleging bij dr. Casteels of dr. Podevyn.

Dr. Casteels: "Tijdens deze raadpleging overlopen we samen met de ouders de voorwaarden voor een vaginale stuitbevalling *(zie kader onderaan)*. Daaruit blijkt overigens dat de meeste vrouwen in aanmerking komen. Vervolgens wordt het verloop van de bevalling geschetst. Tot slot worden de risico's van een keizersnede besproken, zowel voor de huidige bevalling als voor toekomstige bevallingen. Patiënten zijn doorgaans heel blij met deze informatie. Ze krijgen het counselingblad mee naar huis, zodat ze alles nog eens kunnen laten bezinken. We waarschuwen hen ook voor onterechte bangmakerij vanuit hun omgeving of op allerhande forums."

"Ook als de patiënt in aanmerking komt voor een vaginale stuitbevalling, benadrukken we dat de keuze hiervoor volledig vrij is," geeft dr. Casteels mee. **Vroedvrouw Marieke Lyppens** vult aan: "Het is echt belangrijk dat ouders hun keuze bewust maken en gemotiveerd zijn voor een vaginale stuitbevalling."

"Kiezen mensen toch voor een keizersnede, dan maken we duidelijke afspraken over wat te doen wanneer de bevalling zich aandient vóór de geplande keizersnededatum. Al zijn de patiënten in dat geval bijna allemaal bereid tot WAS - *wait and see*", lacht dr. Casteels.

Inhouse stuittraining door prof. Louwen

Als de patiënt niet voldoet aan de voorwaarden voor een vaginale stuitbevalling, dan plannen we een keizersnede. Deze patiënten begrijpen dan ook heel goed waarom die beslissing wordt genomen.

DE VAGINALE STUITBEVALLING

Dr. Casteels geeft aan zo weinig mogelijk tussen te komen tijdens een vaginale stuitbevalling. "We geven weinig weeënstimulerende middelen, leiden niet in (tenzij 10 dagen overtijd), kiezen voor een *walking epidural* om de mobiliteit van de benen beter te bewaren, en voeren zo weinig mogelijk interventies uit tijdens het persen. Omgekeerd bevallen (op handen en knieën) blijkt vaak beter te werken dan in ruglig. De zwaartekracht kan dan een handje helpen. Indien de arbeid toch onvoldoende voortgang kent, dan kan een keizersnede alsnog nodig zijn."

Vroedvrouw Nathalie Pielaat: "Toen ik onlangs een aantal ouders bevroeg naar hun ervaringen met de vaginale stuitbevalling, bleken ze heel positief: blij over de voorbereiding op de stuitraadpleging en over de begeleiding tijdens de bevalling door een getraind team, bestaande uit twee gynaecologen, twee vroedvrouwen en een pediater. Dat gaf hen een heel gerust gevoel."

WAT ZIJN DE VOORWAARDEN VOOR EEN VAGINALE STUITBEVALLING?

1. Het kindje moet in uitstekende conditie zijn. Dat wordt geëvalueerd aan de hand van:
   - het CTG (een monitor die de hartfrequentie van de baby registreert);
   - de doorbloeding in de navelstrengslagader (dit leert veel over de placentafunctie).
2. De bekkeningang moet minimum 12 cm zijn.
3. Het kindje moet minstens 2 kg wegen.
4. De navelstreng mag niet voorliggen.

MEER INFO?

U kunt met vragen terecht bij dr. Casteels (09 246 80 00) of dr. Podevyn (09 245 47 99).

Surf ook eens naar www.mariamiddelares.be.

Scan me!

www.mariamiddelares.be/nl/zorgaanbod/behandelingen-en-testen/uitwendige-kering-bij-stuitligging

BOTOMY-studie
UZA en AZ Maria Middelares onderzoeken beste endoscopische behandelingsmodaliteit bij therapie-refractaire gastroparese

Op zich is de diagnostiek van patiënten met gastroparese (vertraagde maaglediging) vaak al niet zo eenvoudig; daarnaast zijn echter ook de therapeutische opties beperkt. Door recente ontwikkelingen lijken er naast de medicamenteuze opties ook nog twee endoscopische behandelingsopties te bestaan.

ENDOSCOPISCHE BEHANDELINGSMOGELIJKHEDEN

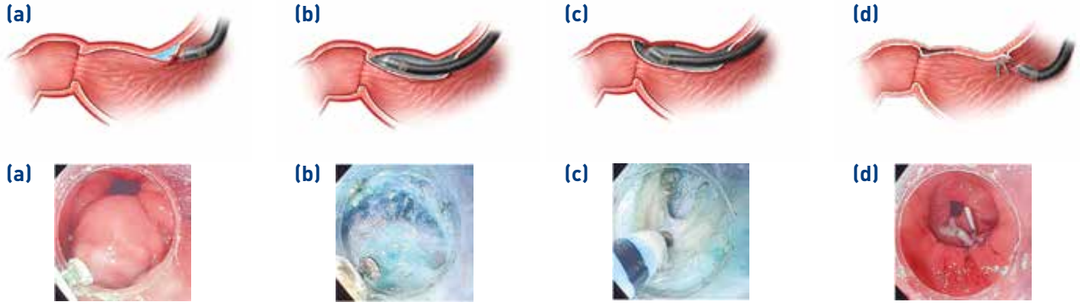
In beide opties wordt ingewerkt op relaxatie van de maagportier (pylorus). Hun exacte plaats in het behandelschema is echter nog niet helemaal duidelijk.

OPTIE 1
Intrapylorische botulinetoxine A:

Hierbij wordt ter hoogte van de pylorus in vier kwadranten botulinetoxine geïnjecteerd. Deze injectie versnelt de maagontlediging significant, maar gaat niet altijd gepaard met klinische verbetering. Daarnaast is het effect slechts tijdelijk. Er zijn geen noemenswaardige bijwerkingen. Botulinetoxine wordt voor deze indicatie niet terugbetaald.

OPTIE 2
Perorale endoscopische myotomie van de pylorus of G-POEM:

Dit is een variatie op de klassieke POEM (PerOrale Endoscopische Myotomie), waarbij na submucosale tunneling de onderste slokdarmsphincter wordt doorgehaald. Bij de G-POEM (G van Gastric) wordt een mucosale opening gemaakt in de maag op +/- 7 cm van de pylorus (a), waarna submucosaal getunneld wordt (b), tot net voorbij de pylorus. Daarna wordt de spier van de pylorus helemaal doorgesneden (c). Eens dit is gebeurd, wordt de mucosale opening terug met clips gesloten (d). Deze behandeling duurt ongeveer 60 minuten. Milde pijnklachten kunnen aanwezig zijn gedurende enkele dagen na de procedure; zeldzame complicaties zijn perforaties of bloedingen. Veelal kan ontslag de dag na de procedure al worden toegestaan.



VERDER ONDERZOEK MET VEELBELOVENDE RESULTATEN

De dusver gepubliceerde studies tonen voor G-POEM een zeer groot – bijna spectaculair – therapeutisch effect. De vraag blijft momenteel in welke mate de resultaten reproduceerbaar zijn en welke patiëntengroep daarbij het meeste voordeel heeft.

In een prospectieve crossover studie in UZ Antwerpen en AZ Maria Middelares zullen beide therapeutische opties, indien de klachten van de patient dit vereisen, achtereenvolgens worden toegepast bij de patiënt. Op die manier hopen we nieuwe inzichten te verwerven in de veelbelovende G-POEM-techniek en zijn exacte plaats in het behandelschema.

INCLUSIE VAN UW PATIËNT?

Indien u patiënten met deze klachten behandelt, kunt u steeds contact met ons opnemen voor meer gedetailleerde informatie en eventuele inclusie.

Dr. S. Bouhadan | souad.bouhadan@uza.be - 03.275.70.38

Dr. P. Corens | pieter.corens@azmmsj.be

Prof. Dr. H. De Schepper | heiko.deschepper@uza.be - 03.821.55.85

Prof. Dr. P. Dewint | pieter.dewint@azmmsj.be - 09.246.71.00

UZA MARIA MIDDELARES

Oplossingen quiz IMID
(Hallo nr. 26)

De collega met de meeste juiste antwoorden was **dr. Pieter Van Herweghe** (huisartspraktijk Drongen). Hij ontvangt de **Cadeaubon Gent van 150 euro.**

VRAAG 1:

Welke criteria moeten aanwezig zijn voor de diagnose van hidradenitis suppurativa?

Antwoord E is juist:

Alle bovenstaande, zijnde typische letsels: nodules, abcessen, drainerende fistels, littekens, dubbele comedonen; typische lokalisatie: oksels, liezen, gluteaal, submammair ...; herval in de tijd.

VRAAG 2:

Wat speelt geen rol in het ontstaan van hidradenitis suppurativa?

Antwoord C is juist:

polyfarmacie

VRAAG 3:

Bij een patient gekend met M. Crohn en zwangerschapswens, welk immunosuppressief middel moet zeker gestaakt worden voor conceptie?

Antwoord B is juist:

methotrexaat

VRAAG 4:

De aanvalsbehandeling bij een patient met matig ernstige colitis ulcerosa bestaat uit?

Antwoord A is juist:

mesalazines hoog gedoseerd, oraal en rectaal

VRAAG 5:

Wat is géén symptoom van spondyloartropathie?

Antwoord C is juist:

ulnaire deviatie vingers

SCHIFTINGSVRAAG

In AZ Maria Middelares werken **83 vrijwilligers**.

Waag je kans. Quiz osteoporose

Waag je kans en stuur je antwoorden (1 per vraag) vóór 31 juli 2020 via e-mail naar **medische.kring@azmmsj.be.** Misschien win je een cadeaubon Gent 'De hele stad in één geschenk' van 150 euro.

CADEAUBON GENT

1. Welke stelling in verband met osteomalacie is fout?

- **A** Deze botziekte resulteert in een inadequate of vertraagde botmineralisatie.
- **B** Een behandeling met bisfonaten is aangewezen.
- **C** Osteomalacie is gerelateerd met meer dan 50 aandoeningen waaronder chronische nierinsufficiëntie, bariatrische heelkunde, malabsorptie, ernstige hypovitaminose D ...
- **D** Deze botziekte is vaak asymptomatisch. Het kan gerelateerd zijn met diffuse skeletale pijn en spierzwakte van proximale spiergroepen.

2. Welke stelling in verband met een adequate inname van calcium is fout?

- **A** Zuivelproducten met een laag vetpercentage zijn de beste bron van calcium.
- **B** Bij gebruik van een protonpompinhibitor is calciumcarbonaat te verkiezen boven calciumcitraat, omdat maagzuur noodzakelijk is voor een goede calciumabsorptie.
- **C** Calciumsupplementen dienen toegevoegd te worden als de doelstellingen niet behaald kunnen worden met voeding.
- **D** Calciumcarbonaat en calciumcitraat worden beide goed geabsorbeerd wanneer ze bij de maaltijd genomen worden.

3. Wat dient naast osteoporose overwogen te worden als oorzaak voor een lage Bone Mineral Density (BMD)?

- **A** Osteomalacie
- **B** Thyreotoxicose
- **C** Primaire hyperparathyroïdie
- **D** Eetstoornis
- **E** Multipel myeloom
- **F** Hartfalen

4. Wat zijn gekende bijwerkingen van een bisfosfonaatbehandeling?

- **A** Atypische femorale fracturen
- **B** Ritmestoornissen
- **C** Osteonecrose van de kaak
- **D** Hypocalcemie
- **E** Griepaal syndroom

5. Welke stelling rond Teriparatide (Forsteo) in de behandeling van osteoporose is fout?

- **A** Teriparatide is het enige anabole product in de behandeling van osteoporose en wordt dagelijks subcutaan toegediend.
- **B** De relatieve risicoreductie is het grootst voor de heupfracturen en minder voor de vertebrale fracturen.
- **C** De behandelingsduur is maximaal 2 jaar gezien het mogelijk risico op het ontwikkelen van sarcomen.
- **D** Na de behandeling met Teriparatide wordt een nabehandeling met bisfosfonaten aangeraden om het therapeutisch effect te consolideren.

SCHIFTINGSVRAAG

Hoeveel botdensitometrie-onderzoeken werden in 2019 in AZ Maria Middelares uitgevoerd?

Nieuwe website zet in op digitale patiënteninformatie

Sinds midden februari zit de website **www.mariamiddelares.be** in een nieuw kleedje. Focus is toegankelijke informatie en patiënteneducatie op maat.

De centrale zoekmotor, zowel op de homepage als binnen het zorgaanbod, wil de bezoeker zo vlot mogelijk naar de juiste info toe leiden. Elk specialisme heeft binnen de rubriek 'zorgaanbod' zijn eigen mini-website met voorstelling van het team, toelichting over de belangrijkste aandoeningen en behandelingen, en een overzicht van praktische informatie. **De (online) afsprakentool zit voortaan doorheen de hele website verweven.** Ook zijn er geregeld verwijzingen naar het virtueel ziekenhuis.

INFO VOOR DE HUISARTS

Alle informatie, specifiek voor de huisarts, staat gebundeld op één plaats (Professionals -> Huisartsen). Het gaat dan bv. om uitleg over elektronische communicatie, het MOC, de activiteiten van de Medische Kring, aanvragen voor het geriatrisch dagziekenhuis of de gegevens van het centraal aanspreekpunt voor huisartsen.

www.mariamiddelares.be

Heeft u nog suggesties?

Aarzel niet om ons te contacteren via

communicatie@azmmsj.be

09 246 28 60