

TIJDSCHRIFT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE RAAD VAN ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG

ZOLarium

Jaargang 23 nr. 97 • oktober - november - december 2025

ZOL breidt
**Brain Stimulation
Team uit**

Future Health
lanceert
eigen 3D-lab

Borstchirurgie 2.0:
**preventieve
borstverwijdering
met reconstructie**

MRSA-beleid
krijgt update

Het brein in beeld

Prof. dr. Sofie Van Cauter over AI, Alzheimer
en de toekomst van de neuroradiologie



Huidcarcinoom, laag per laag verwijderd

Basaalcelcarcinoom is wereldwijd de meest voorkomende vorm van huidkanker. 1 op 6 Belgen wordt ooit gediagnosticeerd met een BCC. Om specifieke vormen van het basaalcelcarcinoom zo precies mogelijk weg te halen, zonder dat daarbij te veel gezonde huid verloren gaat, wordt gebruik gemaakt van de Mohs' micrografische chirurgie. In het ZOL wordt deze techniek intussen al meer dan 10 jaar toegepast. *Lees meer op pag. 32* ■



Lessen uit Singapore: agressief in innovatie

Dr. Martijn Grieten
adjunct-medisch directeur



Begin september ging een Limburgse delegatie, waar ook ik deel van uitmaakte, op studiereis naar Singapore, in samenwerking met Health Campus Limburg en de Provinciale Ontwikkelingsmaatschappij Limburg. Singapore werd als studieopdracht gekozen omdat deze stadstaat een opmerkelijke evolutie heeft doorgemaakt op vlak van economische groei en gezondheidszorg.

Sinds zijn onafhankelijkheid in 1963 is het land uitgegroeid tot een van de economische tijgers van Zuidoost-Azië. De levensverwachting steeg in die periode van 66,3 naar 83,5 jaar in 2020. De vraag rijst natuurlijk hoe deze sterke toename in levensverwachting kan worden verklaard, en of we er lessen uit kunnen trekken voor onze regio.

Door de toegenomen welvaart in Singapore is ook het niveau van de 'Public Health' evenredig gestegen. Dat betekent dat de maatschappij rondom de patiënt voorziet in onderwijs, riolering, zuiver drinkwater, huisvesting, veilig verkeer, enzovoort. Daarnaast werd een goede gezondheidszorg uitgebouwd die breed toegankelijk is voor elke burger – met een preventief luik, eerstelijnszorg en algemene én gespecialiseerde ziekenhuizen. Men neemt aan dat Public Health en een goed uitgebouwde gezondheidszorg verantwoordelijk zijn voor een groot deel van de verhoogde levensverwachting.

Er wordt ook ingezet op toegankelijke en betaalbare zorg. De uitdagingen zijn dezelfde als in Vlaanderen: een verouderende bevolking met een toenemende zorgvraag. Daarom moet de aangeboden zorg efficiënt en effectief zijn. Innovatie speelt hierbij een belangrijke rol.

In Singapore is innovatie geen modewoord, maar maakt het deel uit van een actief beleid om de gezondheidszorg zo efficiënt mogelijk te organiseren. Men spreekt er zelfs van 'agressieve innovatie'. Zodra een innovatief project zijn waarde aantoonst, zal men met alle kracht proberen die innovatie te implementeren.

Ten slotte is er nog de sociale verbondenheid, die een van de krachtigste voorspellers van levensduur blijkt te zijn. Hechte sociale netwerken beschermen tegen eenzaamheid, depressie en stress. Ze bieden praktische steun bij ziekte of ouderdom en stimuleren gezond gedrag.

Ik denk dat ook in onze provincie alle elementen voor een goede gezondheidszorg aanwezig zijn. Met Health Campus Limburg hebben we de structuur om van Limburg één zorgregio te maken waarin alle zorgaspecten gestructureerd en geïntegreerd worden. Met Future Health ZOL beschikken we over een organisatie die al tien jaar zorginnovatie ondersteunt. Misschien moeten we niet agressief, maar dan toch zeker ambitieus streven naar een innovatieve zorgregio.

Inhoud

08

Dr. Sofie Van Caeter
over neuroradiologie

14

Column: zorg waar het
er echt toe doet

15

Nieuw Pijncentrum
ZOL Maas en Kempen

16

MRSA-beleid in ZOL
krijgt update

26

Future Health lanceert
eigen 3D-lab

30

Focus: De transformatie van zorg
voor inflammatoire darmziekten

32

Elke millimeter telt:
Mohs chirurgie tegen huidkanker

38

ZOL wordt partner van
KRC Genk Foundation

40

Wanneer preventie en esthetiek
elkaar vinden: borstchirurgie 2.0

44

Nieuwe artsen

47

Billboard

48

Partners in zorg





Een radiotherapeut gebruikt straling als wapen in de strijd tegen kanker. Radiotherapie is een krachtige, hoogtechnologische en gerichte behandeling. Zo geven we onze patiënten hoop - hoop op herstel, op meer tijd, of op een betere kwaliteit van leven.

Ik ben meter van Levensloop Genk dit jaar omdat ik actief wil bijdragen aan deze mooie beweging die mensen verbindt en steun biedt. Tijdens Levensloop eren we wie er niet meer is, we steunen wie vandaag vecht, en we investeren in een toekomst waarin kanker hopelijk niet langer een allesbepalende realiteit is.



Prof. dr. Sofie Van Cauter aangesteld als professor klinische neurowetenschappen aan UHasselt

"De nieuwe behandeling voor de ziekte van Alzheimer biedt een boeiend perspectief"

Prof. dr. Sofie Van Cauter, gepassioneerd neuroradioloog, werd recent aangesteld als professor in de vakgroep Neurowetenschappen aan Universiteit Hasselt. Haar carrièrepad is even boeiend als haar vakgebied: van een doctoraat aan KU Leuven over beeldvorming bij hersentumoren tot baanbrekende projecten rond artificiële intelligentie (AI), aneurysmata en neurodegeneratie. Ze vertelt openhartig over haar werk, haar visie op AI in de geneeskunde en haar persoonlijke drijfveren.

In de nieuwe behandeling voor de ziekte van Alzheimer, heeft ook de neuro- radioloog een belangrijke rol. Dat is een volledig nieuw en enorm boeiend perspectief.



Wat betekent de aanstelling als professor voor u?

Prof. dr. Sofie Van Cauter: "Voor mij is dit een bevestiging dat ik goed bezig ben, samen met de collega's van neurologie, neurochirurgie, anesthesie, intensieve zorgen en neonatologie. Want als radioloog werk je nooit alleen."

"Ik ben eigenlijk al vijf jaar gastprofessor aan UHasselt. Toen er in juli een deeltijdse vacature was voor een vaste positie als professor in de klinische neurowetenschappen, heb ik mij kandidaat gesteld. De functie is bedoeld als uitbreiding voor een extra vak voor de master geneeskunde aan UHasselt."

"Momenteel geef ik het vak neuroanatomie aan de studenten geneeskunde van de tweede bachelor aan UHasselt, waar ik ook coördinator ben van de snijzaal. Voor het vak neuro-anatomie gaan de tweedejaarsstudenten een zestal keren naar de snijzaal waar ze letterlijk de hersenen en het ruggenmerg kunnen vastnemen en de anatomie op een andere manier benaderen. UHasselt zet sterk in op deze interactieve manier van leren. Neuroanatomie is een moeilijk vak en door deze aanpak is de leerstof op het einde van het semester goed gekend."

Was dit ook uw ambitie?

"Ja, eigenlijk wel. Ik heb gedoctoreerd aan de KU Leuven en dacht daar te blijven. Maar dan hebben de diensten Radiologie en Neurochirurgie van ZOL me gevraagd om naar Genk te komen. Ze wilden ook mijn wetenschappelijk werk ondersteunen. Het is leuk dat ik mijn kar aan deze speerpuntdiensten van ZOL kan hangen. Het maakt dat ik met hen op zeer hoog niveau kan werken."

Hoe bent u neuroradioloog geworden?

"Ik was als geneeskundestudent vooral geïnteresseerd in de technische disciplines. Na mijn stages in het O.L.V.-ziekenhuis van Aalst, waar ze een grote dienst cardiologie hebben, sprak cardiologie me sterk aan maar uiteindelijk heb ik toch voor radiologie gekozen."

"Ik had een goed curriculum, dus in Leuven vroegen ze mij om te doctoreren. Ik dacht aan een PhD in cardio-radiologie maar het diensthoofd liet me weten dat daar geen plaats voor was. Zo ben ik bij neuro-radiologie terecht gekomen. Mijn doctoraatsonderzoek draaide rond beeldvormingstechnieken voor hersentumoren behandeld met immuuntherapie, en de rol die artificiële intelligentie hierbij kan spelen. Dat ik hiervoor kon samenwerken met de burgerlijk ingenieurs van KU Leuven maakte dat de cirkel voor mij rond was en mijn technische honger gestild werd."

Mist u als arts niet het contact met patiënten?

"Om eerlijk te zijn, neen. Het technische heeft me altijd heel erg geboeid. Objectief kunnen werken, met voldoende afstand tot de patiënt, is belangrijk voor de kwaliteit van mijn werk en het werk van een radioloog in het algemeen. Bovendien zou ik de verhalen van patiënten te veel mee naar huis nemen. Het gaat immers vaak om zeer zware pathologie. Maar ik werk wel altijd met de patiënt in gedachten. Ik zorg ervoor dat mijn verslagen duidelijk zijn, dat er niet te veel dis-

cussie mogelijk is zodat de best mogelijke zorg kan ingezet worden. Ik ben bereikbaar voor de clinici en aanwezig op het multidisciplinair overleg."

"Even terzijde, bij functionele MRI's werk ik wel met ik de patiënt en daar heb ik veel voldoening in, dat geef ik toe."

Het brein is heel complex, en veel is er nog niet gekend. Is dat iets wat u uitdaagt?

"Dat is interessant maar soms ook frustrerend. Ons werk is zeer belangrijk bij onder andere hersentumoren en beroerte, waar beeldvorming een van de belangrijkste pijlers is bij het bepalen van het beleid."

"Maar bij neurodegeneratie, zoals de ziekte van Alzheimer, dementie en ALS kunnen we jammer genoeg nog niet echt veel bijdragen. Dat zijn patiënten die vaak heel sterke klinische beelden vertonen terwijl wij op beeldvorming die correlatie veel minder zien. We hopen daar in de toekomst progressie te kunnen maken. Dat is een grote uitdaging."

Hoe kijkt u naar de komst van artificiële intelligentie?

"Ik denk dat we wat AI betreft nog in een hype zitten maar dat het in de toekomst een wezenlijk deel van ons dagelijks leven



zal uitmaken. Het is en zal onze taak zijn als radioloog om te testen en aan te geven wat effectief werkt voor ons en wat niet. Wat AI produceert, kan zeer interessant zijn maar het is niet allemaal noodzakelijk of toepasbaar in de dagelijkse manier van werken. Een voorbeeld is de toepassing om hersenatrofie te meten. Deze klinkt veelbelovend maar de resultaten zijn niet altijd zo 'straightforward' of dragen niet noodzakelijk bij tot een betere klinische behandeling. Het is alleszins een domein dat mij al lang prikkelt."

Is neurodegeneratie een deelgebied waar u zich op toelegt?

"Zeker, het wordt zelfs één van mijn nieuwe projecten tegen het einde van dit jaar. Er komt nieuwe medicatie op de markt voor patiënten met het beginstadium van de ziekte van Alzheimer. Deze patiënten moeten opgevolgd worden met MRI om na te gaan of er zich geen complicaties voordoen in de hersenen. Ik ben bij deze klinische implementatie betrokken en zetel in verschillende advisory boards van de firma's die de medicatie op de Belgische markt brengen."

"Dit wordt een volledig nieuw pad binnen de neuroradiologie en ik zal hier binnenkort een lessenreeks over opstarten, samen met neuroloog prof. dr. Sebastiaan Engelborghs van UZ Brussel, dé referentie in België op het vlak van neurodegeneratie."

Over de diagnose van de ziekte van Alzheimer zijn er nog veel onduidelijkheden maar voor de behandeling kunnen we dus spreken over een doorbraak?

"Ik ben iemand die zeer sceptisch is maar ik geloof echt dat deze medicatie het landschap kan veranderen. Het is niet dat we de ziekte van Alzheimer zullen kunnen genezen maar je hebt op zijn minst medicatie die de ziekte vertraagt. En ja, dit is een doorbraak en heel belangrijk, gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking. De komende tien en twintig jaar kunnen we zeker nog verdere evoluties verwachten."

Ook op het gebied van de detectie van aneurysmata doet u baanbrekend werk?

"Sinds een jaar ben ik hoofdonderzoeker in een project, waar we samen met de Gentse firma Robovision een algoritme ontwikkelen dat aneurysmata detecteert op een CT onderzoek van de schedel zonder contrast. Dit project wordt door de overheid gesubsidieerd en valt onder de innovatieprojecten van de FOD Volksgezondheid."

"We weten dat aneurysmata heel vaak voorkomen zonder dat patiënten daar symptomen van ondervinden. En op het moment dat die symptomen optreden, namelijk als het aneurysma scheurt en een hersenbloeding veroorzaakt, is het vaak te laat."



Na intense werkdagen verlang ik naar momenten van rust, bezinning en vooral ook licht, zeker in de wintermaanden.

"Aneurysmata kunnen perfect behandeld worden als ze nog niet gescheurd zijn. Een populatiescreening bij mensen zonder familiale belasting is op wetenschappelijk niveau niet aangewezen. Wel zinvol is een opportunistische screening. Dit betekent dat we patiënten die komen voor een CT van de hersenen, om welke reden dan ook, achterliggend ook op aneurysmata zullen screenen."

"Soms pikt de radioloog aneurysmata al op, zeker als ze wat groter zijn. Maar een radioloog doet 50 tot 60 gespecialiseerde onderzoeken per dag en focust zich op de specifieke indicatie voor het onderzoek. Hierdoor kan er een mentale vermoeidheid ontstaan. En dan is ondersteuning door AI een grote hulp."

"Ik vind het zeer aangenaam om dit onderzoek in ZOL te kunnen toepassen. De context in ZOL is zeer geschikt om onderzoek te doen dat overgaat van fundamenteel naar klinisch. We hebben immers veel pathologie, we zijn goed georganiseerd en er is vaak een goede samenwerking tussen de diensten."

Beroertezorg, daar heeft u het zelf ook al even over gehad. Ook daar speelt u een belangrijke rol?

"In samenwerking met de diensten Spoedgevallen, Anesthesie, Neurologie en Interventionele Radiologie hebben we over de jaren heen een goede flow uitgewerkt voor patiënten die zich bij ons op Spoedgevallen aanmelden met het vermoeden van een beroerte. De diagnostische beeldvorming is een zeer belangrijke schakel zodat er een snelle beslissing kan genomen worden over het vervolgtraject."

"Het AI programma dat we gebruiken in de context van beroerte was het eerste AI-radiologieprogramma voor klinisch multidisciplinair gebruik in ons ziekenhuis. Ik heb destijds heel

erg op de implementatie ervan aangedrongen en het heeft veel tijd en moeite gekost om dit definitief te installeren. Het is een wezenlijke ondersteuning gebleken voor de diagnostisch radioloog, die op Spoedgevallen in alle drukkende belangrijke beslissingen moet nemen."

"Het programma heeft intussen in heel Europa zijn weg gevonden. De pers schreef een tiental jaar geleden dat AI het werk van de radioloog zou overnemen. De schrik hiervoor heeft het landschap van de radiologie enkele jaren zwaar beïnvloed maar intussen weten we dat dit allemaal niet zo'n vaart zal lopen."

Ik zag dat u, en dat is momenteel super actueel, ook getest heeft of Large Language Models kunnen slagen op examens neuroradiologie.

"Ik maak deel uit van het AI-comité van de European Society of Neuroradiology. Onze groep probeert standpunten in te nemen over de rol van AI nu en in de toekomst door middel van publicaties en lezingen. Bij wijze van grap hebben we Large Language Models zoals ChatGPT en Google Bard, de examens laten oplossen die we inrichten na onze cursussen binnen de European Society of Neuroradiology."

"Daaruit is gebleken dat, en dit is inderdaad zeer actueel, die daar eigenlijk helemaal niet slecht in zijn. Maar hoe moeilijker of gespecialiseerder de examens, hoe slechter de taalmodellen scoorden. Dit kunnen we intuïtief ook wel aanvoelen. Op het ingangsexamen geneeskunde wordt, zonder dit te willen bagatelliseren, redelijk algemene kennis bevestigd. Dus ik kan mij voorstellen dat ChatGPT daarvoor zeer bruikbaar was voor de studenten die er stiekem gebruik van gemaakt hebben."

"Ik kijk enorm uit naar de verdere ontwikkelingen van AI en vooral naar de toekomst wanneer we de zogenaamde

realistische verwachtingen gevonden hebben omdat ik hoop dat het ons als arts reëel zal ondersteunen. Maar er is nog een hele weg te gaan, ook met die Large Language Models. Wij werken nu met spraakherkenning maar er is nog heel veel ruimte tot verbetering. Ik denk hierbij aan automatische verslagen die door ons waar nodig aangepast worden of aan het vertalen van verslagen naar een gestandaardiseerde medische taal."

U werkte ook mee aan een project om beeldvorming bij kinderen te verbeteren. Omdat zij moeilijk kunnen stilliggen onder een (MR-)scanner zijn hun scans niet altijd van goede kwaliteit?

"Ja, dat is een project dat gestart is in Leuven bij de PhD student die op kantoor jaren naast mij gezeten heeft. Als kinderen onder de MR moeten, worden zij onder een bepaalde leeftijd altijd in slaap gedaan. Maar het is de moeite om te kijken of we anesthesie kunnen vermijden. In dit project nemen we de kinderen via een filmpje en een spelletje mee op ruimtereis, samen met een olifantje. Dit geeft mooie resultaten maar het project is tot dusver nog niet gecommmercialiseerd."

"Het is onze policy in ZOL om kinderen bij beeldvorming niet sowieso in slaap te doen. Wanneer we inschatten dat een kind het aankan om zonder anesthesie onder de MR te gaan, dan proberen we dit. In de tien jaar dat ik in ZOL werk, slagen we daar intussen goed in. Dat is het resultaat van een gedeelde inspanning van de pediatrieverpleegkundigen die de kinderen goed voorbereiden en onze verpleegkundigen en technologen aan het MR-toestel die het kind alle aandacht geven. Onze dienst meer kindvriendelijk maken, is ook een van de algemene prioriteiten van onze dienst Medische Beeldvorming."

Waar bent u mee bezig in uw vrije tijd en wat doet u om gezond te blijven?

"Een radioloog is een beetje een onzichtbare arts. Ons werk is intellectueel intensief. Wij zitten heel de dag achter een scherm in het donker te werken met een hoge concentratie en een sterke focus. Ik klaag daar niet over. Ik heb daar zelf voor gekozen, maar na de intense werkdagen verlang ik toch wel naar momenten van rust, bezinning en vooral ook licht, zeker in de wintermaanden."

"Ik geniet erg van de tijd met mijn gezin, mijn familie en vrienden. Verder ben ik een yoga-en-pilates-fanaat. Dat geeft me een mentale reset en rust in mijn hoofd. Ik hou ook van schoonheid en het esthetische. Dat heb ik meegekregen van mijn moeder. Ze heeft me de liefde doorgegeven voor kunst, muziek en cultuur in allerlei vormen."

"Ik ben graag in de natuur, daarom wonen wij in het groen. Mijn man en ik restaureren trouwens een prachtige, historische woning. Zorgen voor de inrichting ervan geeft me veel plezier. Mijn man neemt gelukkig de praktische, technische kant voor zijn rekening. Daar heb ik het technische wel kunnen loslaten!" ■



Zorg waar het er echt toe doet

Dr. Pieter Jan Van Asbroeck,
Medisch diensthoofd Spoedgevallen
& MUG ZOL campus Sint-Jan //
Medisch coördinator Zorgcentrum
na Seksueel Geweld Limburg //
Urgentiearts



Zelfredzaamheid is essentieel voor een weerbare samenleving. We mogen niet enkel rekenen op de overheid in tijden van crisis. Ook onze sociale weefsels moeten sterk en veerkrachtig zijn.

In het huidige geopolitieke klimaat is het de vraag of we niet zullen worden ingehaald door de realiteit. Met nu al krimpende budgetten, en in de toekomst wellicht nog meer beperkte middelen, moeten we ons ernstig afvragen hoe we omgaan met de balans tussen zorgnood en zorgvraag. Moet elke vraag die géén nood is, eigenlijk wel beantwoord worden?

Het inzetten van schaarse middelen om zekerheid te bieden, aan wie dan ook, wordt in de nabije toekomst ondenkbaar. Wat we vandaag als 'normaal' beschouwen, zal mee evolueren met een veranderende economische en geopolitieke realiteit. Het onderscheid maken tussen een vraag en een nood is geen vorm van hardheid, maar net de enige manier om zorg ook morgen nog te kunnen garanderen. Mogelijks zal in de toekomst niet elke vraag meer kunnen worden beantwoord.

Misschien is dat de kern van toekomstgerichte zorg: ze leveren waar en wanneer het er écht toe doet. Mensen opnieuw het vertrouwen geven dat niet elke vraag een onmiddellijk antwoord behoeft. Soms volstaat geruststelling. Soms is wachten niet erg. Soms is minder gewoon beter.

Zorg is meer dan een antwoord op een vraag.
Zorg is een antwoord op een nood.
En de nood om onze zorg nu te hertekenen in een snel veranderende wereld, is urgenter dan ooit. █

Column

Kom op 14 december naar Het Warmste Dorp van ZOL

Van 18 tot 24 december landt De Warmste Week in Genk. Dit jaar staat Studio Brussels' razend populaire fundraising-week in het teken van de strijd tegen onzichtbare ziektes. In ons ziekenhuis komen we daar dagelijks mee in aanraking, op zowat elke dienst en afdeling. Daarom 'vlammen' we met veel enthousiasme mee, met tal van initiatieven ten voordele van De Warmste Week!

Als apotheose organiseren we op zondag 14 december in de namiddag een wandelzoektocht van 5 of 3,5 kilome-

ter op en rond campus Sint-Jan, het Schiepse Bos en het Molenvijverpark. Op een educatieve, maar vooral leuke en sportieve manier kom je er meer te weten over onzichtbare ziektes. Op campus Sint-Jan is er bovendien animatie en heel wat lekkers voorzien bij de start en finish in Het Warmste Dorp van ZOL.

Via de QR-code ontdek je alles over wat je kan verwachten en hoe je kan inschrijven. De opbrengst wordt tijdens De Warmste Week live overhandigd met een cheque. ■



impressie recovery bedden en zetels



impressie verpleegpost



ZOL x Jessa op Dwars Door Hasselt

Onder het motto 'Stronger Together' liepen 25 artsen van de diensten Anesthesie Jessa & ZOL op 12 oktober samen Dwars Door Hasselt. Een knappe prestatie van het sportieve team! Dr. Astrid Van Lantschoot, anesthesist ZOL: "We hopen dat we door nauwer samen te werken ook in de toekomst mooie dingen kunnen verwezenlijken op medisch vlak." ■

ZOL start bouw van nieuw pijncentrum in Maas en Kempen

In september vierde het Multidisciplinair Pijncentrum (MPC) zijn 30-jarig bestaan. Intussen is het pijncentrum uitgegroeid tot een toonaangevend derdelijnscentrum voor pijnbehandeling in België, waar jaarlijks zo'n 11.000 patiënten terecht kunnen voor gespecialiseerde zorg.

Omdat de vraag naar pijnbehandelingen blijft toenemen, zal in ZOL Maas

en Kempen een nieuw pijncentrum gebouwd worden. De opening van het nieuwe centrum is voorzien in 2027. In Maaseik worden momenteel zo'n 3.000 tot 4.000 pijnbehandelingen per jaar uitgevoerd. Met de nieuwe pijnkliniek in Maaseik kan de capaciteit uitbreiden en zullen de wachttijden korter worden.

De nieuwe pijnkliniek in Maaseik wordt een tweedelijnscentrum voor de minder complexe behandelingen, bijvoorbeeld bij nek- of rugpijn. "Op die manier komt er meer ruimte in het MPC in Lanaken voor de zwaardere en meer specifieke behandelingen zoals bij kankerpijn, aangezichtspijn en neurostimulatie," aldus medisch diensthoofd prof. dr. Jan Van Zundert. ■



MRSA-beleid in ZOL krijgt update

Meer comfort voor patiënt, zonder extra risico

ZOL past vanaf 1 oktober het MRSA*-beleid aan. De klassieke contactislatiemaatregelen bij MRSA-dragerschap worden afgeschaft. Dr. apr. Deborah Steensels, medisch diensthoofd dienst Infectiepreventie: “Deze wijziging is gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten en praktijkervaringen en heeft als doel de patiëntenzorg en -tevredenheid te verbeteren zonder in te boeten op veiligheid.”

* *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

Patiënten positief voor MRSA worden niet langer geïsoleerd, ze zullen bijgevolg ook op een tweepersoonskamer kunnen worden opgenomen.

Dr. Deborah Steensels // *Klinisch bioloog*



Waarom een nieuw beleid?

ZOL positioneert zich als trendsetter in infectiepreventie. Eerder werd het isolatiebeleid bij respiratoire virussen al succesvol vernieuwd. Nu volgt een herziening van het MRSA-beleid. "Recent onderzoek toont aan dat het isoleren van een patiënt, en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals een masker, schort en handschoenen, geen significante impact hebben op de verspreiding van MRSA in een ziekenhuis. De huidige nationale en internationale guidelines zijn oud en staan ver achter op nieuwe wetenschappelijke inzichten", aldus dr. Steensels.

Recente literatuur toont aan dat het stoppen van contactisolatatie bij MRSA-dragers geen toename van ziekenhuisinfecties (HAI) veroorzaakt – ook niet voor kritiek zieke en oncologische patiënten. Integendeel: het afschaffen van isolatiemaatregelen leidt tot een kortere opnameduur, minder complicaties, hogere patiënttevredenheid, lagere kosten en een kleinere ecologische voetafdruk.

Wat verandert er concreet?

Patiënten positief voor MRSA worden niet langer geïsoleerd, ze zullen bijgevolg ook op een tweepersoonskamer kunnen worden opgenomen. Bij opname, revalidatie en bezoek zijn geen extra voorzorgsmaatregelen meer nodig, wat het comfort voor patiënt en familie aanzienlijk verhoogt.

Het standaard dragen van schort en handschoenen vervalt, waardoor de zorg minder belastend wordt voor personeel en milieu. "We kunnen hier spreken van een reële paradigmashift," aldus dr. Steensels.

Wat blijft behouden?

Bij screenen naar dragerschap van multiresistente kiemen

blijft MRSA-opsporing van toepassing. Dit omwille van 3 redenen: (i) enerzijds kunnen we op die manier het aantal dragers blijven opvolgen en benchmarken, (ii) dragers kunnen gede-koloniseerd worden, met verlaging van de bacteriële load als doel en (iii) indien een patiënt positief is voor MRSA zal het antibioticabeleid hierop afgestemd worden.

Wat is de impact?

In 2024 telde ZOL 1150 isolatiedagen voor MRSA, verspreid over alle afdelingen. De financiële kost van PBM's alleen al bedroeg ruim €25.000 per jaar, exclusief personeelsinzet, ligdagkost voor kamer alleen, schoonmaak en afvalverwerking. Ook de ecologische impact is aanzienlijk: elke isolatiedag genereert gemiddeld 352g CO₂-uitstoot.

Dr. Steensels: "Het is zo dat therapieën zoals revalidatie niet optimaal kunnen gegeven worden als de patiënt in isolatie ligt. En ook niet te onderschatten is de psychologische impact die isolatie met zich meebrengt. Als dienst Infectiepreventie beseffen we zeker dat isolatie beter kan vermeden worden waar mogelijk, tenzij het natuurlijk een noodzakelijk kwaad is voor de veiligheid van de medepatiënten en zorgverleners."

Aangepast beleid

Om transmissie tegen te gaan, dienen de regels met betrekking tot handhygiëne ook in de toekomst altijd en voor elke patiënt correct toegepast worden. De high touch-omgeving en materialen dienen steeds gereinigd en gedesinfecteerd te worden. Handschoenen en schort blijven natuurlijk van toepassing bij potentieel contact met lichaamsvochten. ■

Net voor de ingreep krijgt de patiënt een stereotactisch kader opgezet. Een basisring wordt door middel van vier kleine schroefjes gefixeerd in de buitenste laag van de schedel.

ZOL versterkt Brain Stimulation Team

Mogelijkheden voor diepe hersenstimulatie uitgebreid

Diepe Hersenstimulatie (Deep Brain Stimulation, DBS) is een techniek waarbij elektroden worden geïmplanterd in de hersenen voor de behandeling van invaliderende klachten bij bepaalde neurologische aandoeningen. Vooral bij de ziekte van Parkinson en essentiële tremor leidt deze techniek tot goede resultaten. ZOL heeft een erkend, multidisciplinair Brain Stimulation Team (BST), dat recent werd uitgebreid met twee nieuwe artsen.



Er bestaat nog geen genezende behandeling voor de ziekte van Parkinson of essentiële tremor. Ook diepe hersenstimulatie is dit niet. Maar door elektrische stimulatie van bepaalde diepe hersenkernen via de geïmplanteerde elektroden, kunnen de klachten van patiënten drastisch gereduceerd worden, waardoor de levenskwaliteit aanzienlijk verbetert. Bij een essentiële tremor wordt de elektrode ingeplant in de ventrale intermediaire kern van de thalamus (VIM) en bij de ziekte van Parkinson is dit in de nucleus subthalamicus (STN). De behandeling wordt beschouwd als een laatste redmiddel bij medicamenteus uitbehandelde patiënten.

Stereotaxie

Een goede selectie van de kandidaten voor de ingreep is essentieel voor de kans op succes. Kandidaten moeten een hele procedure doorlopen met onder andere cognitieve tests, psychiatrische evaluatie, cerebrale beeldvorming en klinische tests met videoregistratie van de patiënt met en zonder medicatie. Een strikte leeftijdsgrens is er niet.

De technische procedure vraagt een nauwe samenwerking tussen de neurochirurg en de neuroloog. Het plaatsen van

elektroden voor diepe hersenstimulatie gebeurt in stereotactische omstandigheden. Een precieze plaatsing is immers van uiterst groot belang voor een goed klinisch resultaat. De gebruikte kernen zijn slechts enkele millimeters groot en liggen net naast andere belangrijke zones die bij stimulatie soms aanleiding geven tot onaangename neveneffecten.

Stereotaxie is de meest nauwkeurige methode om gebieden binnen de hersenen te bereiken die diep liggen en zeer klein zijn, of in situaties waarin een grote ingreep door kwetsbaar hersenweefsel onverantwoord zou zijn. Net voor de ingreep krijgt de patiënt een stereotactisch kader opgezet. Een basisring wordt door middel van vier kleine schroefjes gefixeerd in de buitenste laag van de schedel. De patiënt ervaart hierbij een kortdurend drukkend gevoel, dat verdwijnt zodra de schroeven vastzitten. Vervolgens wordt het referentiekader op de basisring aangebracht en een CT-scan uitgevoerd.

Proefstimulatie

Via het kader wordt een driedimensionaal coördinatenstelsel (X-, Y- en Z-coördinaten) gecreëerd waarmee elke structuur



*Dr. An Driesen en dr. Evelien Tuerlinckx,
neurologen met stereotactisch kader*

van de diepe hersenen precies gelokaliseerd kan worden met behulp van gespecialiseerde software en beeldvorming. Vervolgens wordt de locatie waar men de elektrode wil inplanten bepaald. Met behulp van deze software wordt het traject berekend waarlangs de elektrode via een boorgat in de schedel naar de juiste plaats wordt geleid. Hierbij worden bloedvaten vermeden en belangrijke hersengebieden gespaard.

Vervolgens wordt een proefstimulatie uitgevoerd met een klinische evaluatie van de patiënt en het bekomen effect, idealiter een onmiddellijke duidelijke reductie van de symptomen. De definitieve elektrode wordt ingebracht met de actieve pool ter hoogte van het doelwit en verankerd aan de schedel. Via een onderhuidse geleidingsdraad wordt de elektrode verbonden met een puls-generator die onder het sleutelbeen (in de infraclaviculaire regio) wordt geïmplant.

De fijne afstelling van de stimulator (amplitude, pulsbreedte en frequentie van het elektrisch signaal ter hoogte van het uiteinde van de elektrode) gebeurt achteraf, door de neuroloog op de afdeling en op de consultatie.

Wakkere ingreep?

Voor het boren van de schedelopening wordt lokale anesthesie gebruikt. De patiënt is tijdens de ingreep volledig wakker en bij bewustzijn zodat de neuroloog klinische testen kan doen tijdens het aanzetten van de proefstimulator en voor de elektrofysiologische meting tijdens het inbrengen van de elektrode.

Met recent aangekochte, nieuwe beeldvormings- en monitoringsystemen zal de opvolging van de patiënt tijdens de ingreep nog beter en veiliger zijn. In veel gevallen zal het hierdoor niet meer nodig zijn dat de patiënt wakker blijft. Dit zal de patiënt heel wat meer comfort geven en maakt de drempel naar de behandeling minder groot. Zeker mensen met de ziekte van Parkinson ervaren een ingreep bij bewustzijn als erg belastend en ingrijpend. Bovendien moeten zij vooraf hun medicatie stoppen, wat voor hen onprettig en zwaar kan zijn.

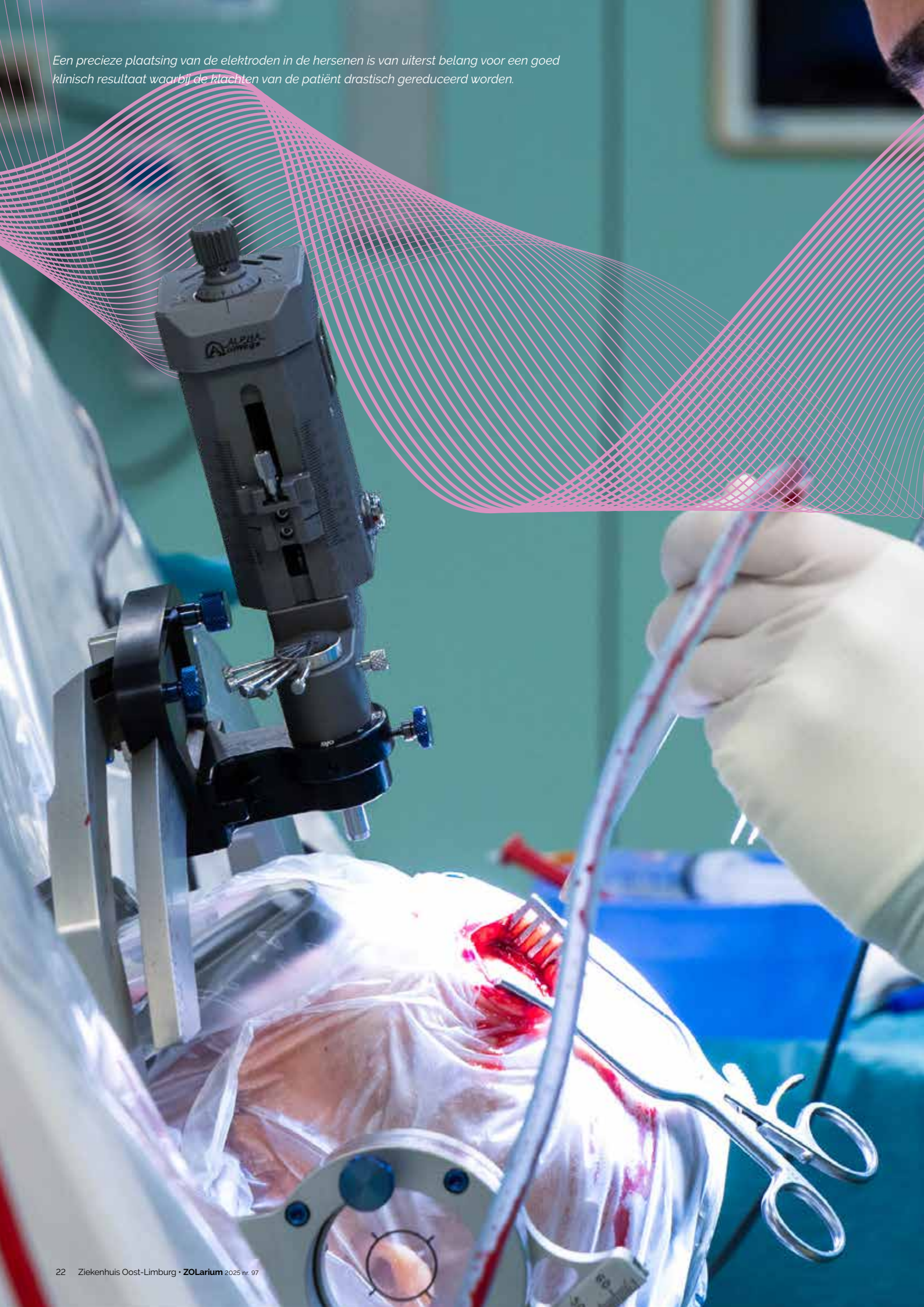
Erkend Brain Stimulation Team

Het implanteren van diepe hersenelektroden mag in België enkel worden uitgevoerd in centra met een erkend multidisciplinair Brain Stimulation Team (BST).



Dr. Abdulhamid Çiçek en dr. Dieter Peuskens, neurochirurgen

Een precieze plaatsing van de elektroden in de hersenen is van uiterst belang voor een goed klinisch resultaat waarbij de klachten van de patiënt drastisch gereduceerd worden.





De patiënt is tijdens de ingreep volledig wakker en bij bewustzijn zodat de neuroloog klinische testen kan doen tijdens het aanzetten van de proefstimulator en voor de elektrofyysiologische meting tijdens het inbrengen van de elektrode.

In ZOL zijn het neurochirurg dr. Dieter Peuskens en neuroloog dr. An Driesen die deze rol al meerdere jaren op zich nemen. Zij kunnen de indicatie stellen voor de behandeling met diepe hersenstimulatie bij een essentiële tremor en de ziekte van Parkinson. Met de komst van neuroloog dr. Evelien Tuerlinckx en neurochirurg dr. Abdulhamid Çiçek, die zich beiden hiervoor bekwaamden in respectievelijk UMC Amsterdam en Queen Square Institute of Neurology in Londen, wordt het BST versterkt en verder uitgebreid. Dit maakt dat de capaciteit voor de behandeling in de toekomst groter wordt.

De beperktere beschikbaarheid van plaatsen voor deze ingreep heeft vooral te maken met het lange verwijstraject dat ermee gepaard gaat. Zowel de screening als de postoperatieve opvolging zijn tijdsintensief. Ook de medicatie moet worden aangepast aan de nieuwe situatie.

Gespecialiseerde verpleegkundige

Nieuw is ook dat het traject van de patiënt in ZOL mee ondersteund zal worden door een gespecialiseerde verpleegkundige. Zo kan er beter ingespeeld worden op de sociale en de praktische aspecten voor de patiënt en de naasten. Bovendien worden ook de verwijzende neurologen betrokken in het traject om de patiënt achteraf mee op te volgen. ■

ZOL krijgt label Sportbedrijf van Sport Vlaanderen

Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) mag zich officieel een Sportbedrijf noemen. Sport Vlaanderen kende ZOL het label toe dat organisaties beloont die investeren in sport en beweging voor hun medewerkers. Het label toont aan dat ZOL niet alleen zorg draagt voor zijn patiënten, maar ook voor zijn artsen en medewerkers. "Als werkgever vinden we het belangrijk om onze mensen aan te moedigen om actief en gezond te leven", zegt Guido Van Hamme, personeelsdirecteur van ZOL.

Breed aanbod voor medewerkers

Onder de noemer 'ZOL in Balans' organiseert ZOL ieder jaar een gevarieerd en laagdrempelig programma voor medewerkers en artsen. "Er zijn wandel- en fiets-challenges, gratis deelname aan tal sportevents en padel- of bowlingavonden. Ook mentale gezondheid krijgt een plaats, met workshops rond slaap, stress en assertiviteit. De aanpak werkt bovendien verbindend en versterkt de teamspirit."

Succesvolle initiatieven

Op events als Levensloop Genk of Genk Loopt zijn er elk jaar meer dan 300 ZOL-deelnemers. Maar ook events zoals de Antwerp 10 Miles, Levensloop Maaseik, de Nationaal Park Marathon of de Kennedymars in Dilsen-Stokkem zijn populair bij ZOLLers. Samen met Golazo organiseerde ZOL challenges om in teams bijvoorbeeld 1 miljoen stappen te zetten of zoveel mogelijk kilometers af te leggen.

Ook op en rond onze groene sites wordt beweging gestimuleerd. Samen met de stad Genk en Sport Vlaanderen is een 'Loopbaan' geopend op campus Sint-Jan met vijf groene wandel- en looplussen tussen het stadhuis en ZOL. In de zomermaanden waren de Summer

Walks met korte routes op de eigen sites aanbevolen voor een actieve pauze.

Praktische troeven

Naast sportevents en challenges zet ZOL ook in op duurzame mobiliteit. Sinds 2023 kunnen medewerkers een fiets leasen via ZOL. Dat werd meteen een groot succes, met meer dan 300 inschrijvingen bij de start.

Het ZOL-blauw is ook zichtbaar in het straatbeeld. Het is een bewuste keuze om kwalitatieve sportkledij aan te bieden. Van Hamme: "Samen met Bioracer ontwikkelden we onze eigen sportkleding voor fietsers en wandelaars. Dat zorgt voor herkenbaarheid en samenhang."

Erkenning door Sport Vlaanderen

Het label Sportbedrijf wordt sinds 2022 uitgereikt aan organisaties die hun medewerkers structureel stimuleren om te bewegen. Volgens Wout Haest, consultant sportieve werkplek bij Sport Vlaanderen, is ZOL een voorbeeld: "Dit label krijg je niet zomaar. Organisaties moeten minstens voldoen aan de helft van zeven criteria, gaande van infrastructuur en kwaliteitsvol aanbod tot communicatie en visie. ZOL toont dat het écht investeert in medewerkers en legt bovendien een duidelijke link met gezondheid en

welzijn. Daarmee is het een inspirerend voorbeeld voor andere werkgevers."

Samenwerking en community

Met het label Sportbedrijf bevestigt ZOL zijn ambitie om niet alleen zorg van topniveau te bieden, maar ook een werkgever te zijn die inzet op welzijn, vitaliteit en verbinding. "Een gezonde geest in een gezond lichaam. Dat geldt evenzeer voor onze medewerkers als voor onze patiënten. Deze erkenning motiveert ons om die lijn met volle overtuiging door te trekken," besluit Guido Van Hamme. ■



Guido Van Hamme, personeelsdirecteur ZOL en Wouter Haest, consultant Sport Vlaanderen



Dr. Wicherts behaalt FACS-titel

Dr. Dennis Wicherts, abdominaal chirurg gespecialiseerd in lever-, pancreas- en galwegchirurgie, heeft zopas de titel Fellow van het American College of Surgeons (FACS) behaald.

FACS is een professionele erkenning voor een arts die heeft voldaan aan een reeks criteria op het gebied van opleiding, kwalificatie en ethiek die vereist zijn om lid te worden van het American College of Surgeons.

Dr. Wicherts behaalde in 2011 zijn PhD. In 2018 slaagde hij voor het Europese examen voor Hepato-Pancreato-Biliaire chirurgie (FEBS) en in 2019 behaalde hij zijn licentie voor robotchirurgie (DaVinci Console Surgeon).

Van harte proficiat voor deze bijzondere prestatie! ■

Prijs Jacqueline Bernheim voor dr. Jeroen Dauw

Het Fonds voor Hartchirurgie en de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België schenken dit jaar de Prijs Jacqueline Bernheim uit aan dr. Jeroen Dauw voor zijn onderzoek naar congestie bij hartfalen, een thesis uitgevoerd aan de Universiteit Hasselt en ZOL Genk, met prof. dr. Wilfried Mullens als promotor.

Hartfalen is een ernstige en veel voorkomende ziekte die wereldwijd miljoenen mensen treft. Een van de belangrijkste factoren in de klinische verslechtering van veel patiënten is de overmatige retentie van vocht in het lichaam, congestie genaamd. Dr. Jeroen Dauw wijdde zijn proefschrift aan het verbeteren van de detectie en behandeling van deze congestie. De aanpak combineert klinische proeven, pathofysiologische studies en praktische implementatieprojecten in de dagelijkse zorg.

Een van zijn belangrijkste bijdragen was een multicentrische klinische studie in België met meer dan 500 patiënten die aantoonde dat de toevoeging van een goedkoop diureticum (acetazolamide) de decongestie aanzienlijk verbetert. Deze resultaten hebben een internationale weerklank gekregen en zijn al geïntegreerd in de klinische praktijk van verschillende centra.

Buiten België leidde Dr. Dauw mee onderzoek in 29 ziekenhuizen in 18 landen met als doel een eenvoudig protocol te testen, gebaseerd op de

vroege meting van natrium in de urine, om de behandeling met diuretica aan te passen. Deze aanpak is superieur gebleken aan de gebruikelijke zorg en zorgt voor een effectievere behandeling.

Het onderzoek van Dr. Dauw draagt bij aan de ontwikkeling van gestructureerde, gestandaardiseerde strategieën die gemakkelijk te implementeren zijn in de dagelijkse praktijk, ook in ziekenhuizen die niet over geavanceerde technische middelen beschikken.

Dr. Dauw zal het bedrag waarmee de prijs gepaard gaat, gebruiken om het onderzoek verder te zetten en te financieren.

De Prijs Jacqueline Bernheim, ter waarde van 30.000 euro, werd dit jaar voor de 27ste keer uitgereikt. In de afgelopen 10 ging de prijs al verschillende keren naar cardiologen van ZOL, nl naar dr. Sébastien Deferm (2022), prof. dr. Pieter Martens (2020) en dr. Philippe Bertrand (2017). Dr. Dauw is nu actief in het AZORG-ziekenhuis van Aalst. ■



Dr. Jeroen Dauw en prof dr. Wilfried Mullens (in het midden)

Dr. Peter Thijs is algemeen directeur ZOL

De raad van bestuur van ZOL heeft dr. Peter Thijs bekrachtigd in zijn functie van algemeen directeur van ZOL. Peter Thijs oefende deze functie ad interim uit sinds het vertrek van Erwin Bormans in juni jongstleden.

Peter Thijs toonde zich de voorbije maanden als een sterk leider en creëerde steeds meer draagvlak voor een verderzetting van zijn mandaat. "Zijn ervaring en kennis van ons ziekenhuis en zijn netwerk in het Vlaamse ziekenhuislandschap zijn troeven die een belangrijke rol gespeeld hebben bij zijn definitieve aanstelling" zegt ZOL-voorzitter Tom Arts.

Peter Thijs benadrukt dat hij het een eer vindt om aan deze opdracht te krijgen. "Ik wil vooral voor continuïteit zorgen en het goede werk van mijn voorganger en het directiecomité verderzetten. Er breken boeiende tijden aan, en dit zowel in ZOL als binnen de netwerken en samenwerkingsverbanden in de Limburgse ziekenhuiswereld. Ik zal mij engageren om ZOL te leiden vanuit een sterk ondernemerschap zonder hierbij de aandacht voor de mens achter de ZOL-professionaal uit het oog te verliezen."

Peter Thijs is 60 jaar. Hij is dokter in de geneeskunde en behaalde tevens een masterdiploma in ICT. In 2013 maakte hij de overstap als teamleider op de ICT-dienst van UZ Leuven naar die van manager ICT bij ZOL. De voorbije 5 jaar maakte hij deel uit van het directiecomité als directeur ICT. ■



Future Health lanceert eigen *3D-lab*

ZOL heeft zich als eerste Vlaamse ziekenhuis geregistreerd als 'Fabrikant op maat' voor de hulpmiddelen 'Anatomisch model' & 'Orthognatische splint' (wafer). Het 3D-lab kreeg de naam 3Dimensions en werd ondergebracht onder Future Health, de onderzoeks- en innovatietak van ZOL. Het lab staat ter beschikking van diensten die een aanspreekpunt en partner zoeken voor 3D-gerelateerde visualisaties, planning en printing.



"Het voorbije anderhalf jaar hebben we gefocust op de opbouw van ons QMS (Quality Management System) naar de normen van ISO 13485. ISO 13485 is een internationale norm die specifiek is ontwikkeld voor de medische hulpmiddelen-industrie," zegt Pieter-Jan Lijnen, die sinds het najaar van 2023 het 3D-lab runt.

Het was dr. Joeri Meyns die als diensthoofd MKA als eerste de mogelijkheden van 3D-printing in ZOL verder wilde onderzoeken. "Voor de dienst MKA hebben wij, conform de richtlijnen van de Medical Device Regulation (MDR), het volledige proces uitgewerkt voor twee toepassingen: dentale studiemodellen & orthognatische splints (wafer) (zie afbeelding p. 29). Het volledig opgezette proces voor beide hulpmiddelen naar maat is inmiddels gevalideerd door het FAGG*."

Twee types 3D-printers

"We hebben een analyse gemaakt om te bepalen welke printers we wilden aankopen", vervolgt Arne Janssen, Innovatie en Future Health manager in ZOL. "Dat zijn er uiteindelijk twee geworden: één filamentprinter voor de anatomische modellen, waarbij gekleurde draad gesmolten wordt om een 3D-model op te bouwen."

"De tweede printer is een vloeistofprinter waar we momenteel de dentale studiemodellen en de wafers voor een kaakosteotomie mee produceren. Hiervoor worden biocompatibele harsen gebruikt. Het gebit van de patiënt wordt ingescand via een intra-orale scanner om er daarna een dentaal studiemodel van te maken. De chirurg gebruikt dit model vervolgens om de juiste occlusie (=beet) te bepalen. Zo kan op voorhand de volledige operatie virtueel voorbereid worden."

Medische en niet-medische toepassingen

De implementatie van 3D-technologie binnen de ziekenhuizen in België staat nog in de kinderschoenen. Anders dan bijvoorbeeld in Nederland, waar er ziekenhuizen zijn die over een eigen 3D-lab beschikken met 20 tot 40 medewerkers.

"De mogelijkheden zijn dan ook eindeloos", zegt Pieter-Jan Lijnen. "Bij MKA zijn er nog veel mogelijkheden en ook voor orthopedie zijn we momenteel bezig met een project om de chirurg te ondersteunen met een 3D-virtuele planning, al dan niet in combinatie met het ontwerpen en produceren van boor- en zaagmallen. Een CT-scan is hier het startpunt voor de verdere analyses. Heel wat labs zijn daar ook al mee bezig. En voor de hyperbare zuurstoftherapie op de dienst Spoedgevallen is er een specifieke vraag om een bepaald koppelstuk voor zuurstofmaskers te produceren."

"We willen ook niet-medische producten uit de zorgomgeving produceren", vult Arne Janssen aan. "Zo hebben we een houder voor de bedbel van patiënten ontworpen waar deze handig kan ingeklikt worden. Deze is intussen in productie en wordt op verschillende diensten uitgetest."

* Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten

We experimenteren ook met vazen voor op de patiëntenkamers. Met ZOL-logo en onbreekbaar."

Plannings- en voorbereidingstool

Naast het 3D-printluik biedt 3Dimensions ook een 3D-plannings- en voorbereidingstool voor chirurgie aan. Deze softwarematige toepassing biedt toegevoegde waarde bij het analyseren van een casus, bij het inzicht krijgen in de specifieke situatie en het positioneren van de patiënt. Dit zorgt ervoor dat de chirurgie accurater kan gebeuren maar ook voor de educatie van de patiënt is de meerwaarde groot.

Het idee van het 3D-lab is een soort van kenniscentrum te worden voor vragen rond visualisatie en planning, en ook een toolbox te bieden of te verwijzen wanneer ook printing nodig is. Zodat het warm water ook niet elke keer opnieuw moet uitgevonden worden.

Kostprijs

Een patiënt die instemt met de werkwijze zal een informed consent ondertekenen en een extra kost betalen. Het ZOL zoekt uit of hier een mogelijkheid tot terugbetaling voor bestaat. ■

Johan Cox, divisie manager; Arne Janssen, innovatiemanager en Pieter-Jan Lijnen, 3D-Lab verantwoordelijke



orthognathische splint of wafer

Kaakchirurgie en 3D-technologie

Dr. Meyns licht toe hoe 3D-technologie intussen onmisbaar is geworden in de praktijk van de Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde.

De weg naar het 3D-lab was niet vanzelfsprekend. "De directie stond aanvankelijk wat weigerachtig," herinnert dr. Meyns zich. "Vooral door de mogelijke juridische consequenties en het financiële plaatje. Innovatie vraagt investeringen, en daar bestaan niet altijd meteen budgetten voor. Maar eens het dossier goedgekeurd was, zijn we vlot van start gegaan. En nu loopt het goed."

Planning, visualisatie en printing

Voor kaakchirurgie is 3D-technologie intussen niet meer weg te denken. "We gebruiken ze voor planning, visualisatie en printing," legt dr. Meyns uit. "Aanvankelijk werkten we samen met een externe firma, maar omdat we zoveel cases hadden, bleek een eigen 3D-lab in ons ziekenhuis veel interessanter. Niet alleen financieel, ook qua flexibiliteit. We kunnen kort op de bal spelen, snel aanpassen waar nodig, en dat zonder dat de planning in het gedrang komt."

Een bijkomend voordeel is de onafhankelijkheid. "Met alle knowhow in huis zijn we niet langer afhankelijk van externe partners die plots hun prijzen verhogen of levertermijnen niet nakomen."

Samenwerken

Wat begon als een project binnen MKA, krijgt intussen belangstelling van andere diensten. Dr. Meyns: "Sommige diensten werkten ook al met externe firma's en reageren verrast dat de mogelijkheid nu ook in huis bestaat. Voor hen betekent dat efficiënter, makkelijker en vaak goedkoper werken. Uiteindelijk hebben we allemaal dezelfde nood: 3D-prints op basis van medische patiëntinformatie. De technologie is dezelfde, dus samenwerken ligt voor de hand."

Verder onderzoek

Dr. Meyns: "Naast het printen van producten willen we in de toekomst ook een onderzoekslijn ontwikkelen rond nieuwe technologieën die nog niet op punt staan. We voeren verkennende gesprekken met UHasselt om uit te zoeken waar zij ons eventueel kunnen faciliteren." ■

In deze rubriek bespreken we een opmerkelijke, wetenschappelijke publicatie van ZOL-medewerkers of -artsen



De transformatie van de zorg voor inflammatoire darmziekten

Naar een patiëntgericht en waardegedreven zorgkader

De zorg voor inflammatoire darmziekten (IBD) heeft in de afgelopen eeuw een ingrijpende transformatie doorgemaakt. Waar vroeger de relatie tussen arts en patiënt voornamelijk unidirectioneel en paternalistisch was, is de patiënt tegenwoordig de centrale spil in een multidimensioneel zorgkader.

Deze evolutie weerspiegelt zowel de toegenomen medische mogelijkheden als veranderende maatschappelijke verwachtingen. Het toekomstige zorgmodel is gestoeld op patiëntgerichte zorg volgens de principes van value-based health care, ondersteund door multidisciplinaire samenwerking en eHealth-technologieën.

Patiëntparticipatie en zelfmanagement nemen een steeds prominere plaats in. Studies tonen aan dat zelfzorgprogramma met hogere therapietrouw en vroegtijdige herkenning van exacerbaties, leiden tot kortere tijd tot behandeling, verminderd zorggebruik en verbeterde kwaliteit van leven. Hierbij spelen digitale hulpmiddelen zoals remote monitoring, mobiele applicaties en wearables een cruciale rol. Ze maken proactieve, gepersonaliseerde

zorg en efficiëntere inzet van middelen mogelijk, al vraagt de implementatie ervan een goede patiëntselectie vanwege verschillen in digitale geletterdheid en therapietrouw.

Het multidisciplinair team (MDT) vormt de kern van hoogwaardige IBD-zorg. Naast gastro-enterologen en chirurgen zijn ook diëtisten, psychologen en gespecialiseerde IBD-verpleegkundigen essentieel. Vooral de rol van de IBD-verpleegkundige is de afgelopen decennia sterk geëvolueerd. Deze fungeert als laagdrempelig aanspreekpunt, draagt bij aan educatie, triage en begeleiding en bevordert zo patiënttevredenheid, betere uitkomsten (door o.a. meer therapietrouw) en kostenefficiëntie.

Kwaliteitsbewaking en continue verbetering zijn onmisbaar in dit kader. Internationale organisaties zoals o.a. ECCO (de Europese Crohn- en Colitis organisatie) hebben uitgebreide sets kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, gebaseerd op structuur van de zorg, zorgprocessen en meten van uitkomsten van de geleverde zorg. Transparante rapportage, benchmarking en toepassing van big data en kunstmatige

geïntelligentie kunnen bijdragen aan verdere optimalisatie.

Een belangrijke uitdaging blijft de financiële houdbaarheid. De stijgende prevalentie van IBD en de introductie van dure therapieën verhogen de druk op zorgsystemen. De verschuiving naar value-based health care, waarbij zorgverleners worden gehonoreerd voor uitkomsten in plaats van volume, biedt een oplossing om hoge kwaliteit van zorg te combineren met kosteneffectiviteit.

Concluderend is er een verschuiving van de IBD-zorg naar een geïntegreerd, patiëntgericht en digitaal ondersteund framework waarin samenwerking, zelfmanagement en waardegedreven zorg centraal staan. Het waarborgen van toegankelijkheid, kwaliteit en financiële duurzaamheid is cruciaal om deze vooruitgang wereldwijd te consolideren. ■

FRAMEWORK OF IBD CARE DELIVERY ACROSS AGES. **Stefan Delen, Susanna Jaghult, Irina Blumenstein, Lieven Pouillon, Peter Bossuyt**
Journal of Crohn's and Colitis, Volume 18, Issue Suppl 2, October 2024, ii55–ii66



Elke millimeter telt

Mohs-chirurgie tegen huidkanker

Basaalcelcarcinoom, vaak afgekort als BCC, is wereldwijd de meest voorkomende vorm van huidkanker. 1 op 6 Belgen wordt gediagnosticeerd met een BCC. De incidentie van een BCC stijgt jaarlijks (van in 2004 37/100.000 naar 98/100.000 in 2012). Om specifieke vormen van het basaalcelcarcinoom zo precies mogelijk weg te halen, zonder dat daarbij te veel gezonde huid verloren gaat, wordt gebruik gemaakt van de Mohs' micrografische chirurgie. In ZOL wordt deze techniek intussen al meer dan 10 jaar toegepast.



Wat is een basaalcelcarcinoom?

Een BCC is een vorm van huidkanker die ontstaat uit de basale cellen, die zich in de onderste laag van de opperhuid bevinden. Wanneer het DNA van deze cellen beschadigd raakt, meestal door langdurige blootstelling aan ultraviolet (UV) licht van de zon of zonnebanken, kunnen ze zich ongecontroleerd gaan delen. Zo ontstaat een basaalcelcarcinoom. Er bestaan verschillende types basaalcelcarcinomen, elk met een eigen groeipatroon, zoals het sprieterige, nodulaire of oppervlakkige (superficiële) type.

Hoewel BCC's langzaam groeien en bijna nooit uitzaaien, kunnen ze lokaal wel erg destructief worden. Daarom is behandeling noodzakelijk. Doorgaans begint een BCC als een kleine, pijnloze bult of vlek; later kan het een niet helende wonde worden. Ruim 90 % van de laesies ontstaan op een zon-blootgestelde huid (gezicht, oren, nek, rug, borst of armen). Risicofactoren zijn een licht huidtype, genetische predispositie, hoge leeftijd, overmatige zonexpositie en een verzwakt immuunsysteem. Dankzij vroege herkenning en behandeling is de prognose van een BCC doorgaans zeer goed.

Mohs' micrografische chirurgie

Om basaalcelcarcinomen zo nauwkeurig mogelijk te verwijderen en tegelijk zoveel mogelijk gezonde huid te sparen, wordt in ZOL al meer dan tien jaar gebruikgemaakt van Mohs' micrografische chirurgie. Deze geavanceerde techniek werd initieel geïntroduceerd in ZOL door dr. Poblete (dermatoloog) en dr. Fransis (patholoog). Recent werd het team versterkt door dr. Martens (dermatoloog) en dr. Plasschaert (patholoog). Mohs' micrografische chirurgie maakt het mogelijk om de tumor in dunne laagjes te verwijderen, waarbij elk laagje onmiddellijk onder de microscoop wordt onderzocht. Hierdoor kan zeer precies en doelgericht worden geopereerd, met maximaal behoud van gezonde huid. Tevens worden alle snijranden volledig onderzocht in tegenstelling tot een gebruikelijke (conventionele) excisie.

Mohs' micrografische chirurgie werd ontwikkeld door de Amerikaanse chirurg Frederick Mohs en wordt in België uitsluitend uitgevoerd in universitaire ziekenhuizen en enkele gespecialiseerde centra. De ingreep in ZOL vindt plaats in kabinetchirurgie (GOPI) onder lokale verdoving.

Procedure Mohs-chirurgie



1



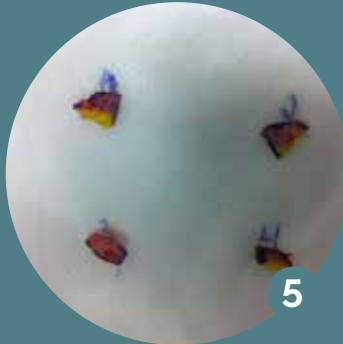
2



3



4



5



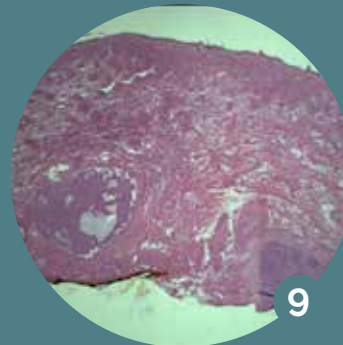
6



7



8



9

1. *Het uiteindelijke defect na Mohs' chirurgie.*
2. *Tumor georiënteerd volgens assen.*
- 3-4-5. *Tumor doorgesneden in vier gemarkeerde stukjes.*
- 6-7. *De laborant bevriest de stukjes en er worden meerdere sneetjes gemaakt.*
8. *De patholoog beoordeelt de vriescoupes.*
9. *Vriescoupe onder microscoop met gemarkeerde randen en precieze localisatie van de tumor.*

*Dr. Pamela Poblete en
dr. Katrien Martens,
dermatologen*



Mohs' micrografische chirurgie maakt het mogelijk om de tumor in dunne laagjes te verwijderen, waarbij elk laagje onmiddellijk onder de microscoop wordt onderzocht.

Dr. Poblete legt uit: "Om te vermijden dat er te veel gezonde huid verloren gaat, wordt bij Mohs enkel de zichtbaar aangevaste huid verwijderd. Het verwijderde weefsel wordt meteen microscopisch onderzocht door de patholoog, terwijl de patiënt wacht in een relaxzetel. Als de snijranden vrij zijn van kankercellen, kan de wonde worden gesloten of gereconstrueerd. Als er toch nog kankercellen worden gevonden aan de randen, wordt opnieuw een stukje weefsel verwijderd op die plaats. Dit proces wordt herhaald, fragment per fragment, tot de randen volledig kankervrij zijn. Bij deze techniek is nauwkeurige markering en verwerking van elk fragment cruciaal. Dit vereist een ervaren pathologielaborant. De procedure is zeer arbeidsintensief en hierbij is een nauwe samenwerking tussen de dermatoloog en de patholoog nodig."

Niet elke patiënt met huidkanker of een basaalcelcarcinoom komt in aanmerking voor deze techniek. Dr. Poblete verduidelijkt: "Mohs' chirurgie is voorbehouden voor de meer complexe gevallen, zoals grote tumoren, letsels met een agressief groeipatroon (zoals infiltratief of sclerodermiform), of tumoren die zich bevinden vlakbij vitale structuren zoals het oog, oor, de neus of de mond – plekken waar elke millimeter telt. Het doel is om zoveel mogelijk gezond weefsel te sparen en zo een optimaal functioneel én esthetisch resultaat te bereiken." Dr. Poblete: "Het correct verwijderen en nakijken van het letsel is de belangrijkste opdracht. Zodra alle kankercellen verwijderd zijn, dient het huiddefect gesloten te worden. Dit kan aan de hand van verschillende technieken, bv. verschillende

verschuivingplastieken (hierbij wordt de aanliggende huid verplaatst tot in het defect) of een huidtransplantaat (hierbij wordt een stukje huid 'getransplanteerd' vanuit een andere zone). Soms is de tussenkomst van een plastische chirurg of aangezichts chirurg nodig bij complexe defecten. Bij de klassieke Mohs' chirurgie wordt de tumor volledig verwijderd en het huiddefect meestal nog dezelfde dag gesloten. Een alternatieve methode is de zogenaamde slow Mohs' chirurgie. Hierbij wordt het verwijderde weefsel op een andere manier verwerkt. Het definitieve resultaat is dan pas na ongeveer 5 dagen beschikbaar. Pas op dat moment wordt het defect gesloten. In de tussentijd wordt de wonde goed verzorgd en verbonden, zodat de patiënt geen pijn of hinder ervaart."

Nazorg en opvolging

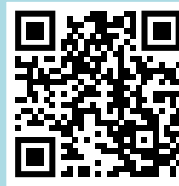
Patiënten met voorgeschiedenis van een BCC hebben een verhoogd risico op het ontstaan van een nieuwe huidkanker. Een jaarlijkse (of bij hoog risico zesmaandelijkse) volledige huidcontrole is aangewezen. Hierbij is het ook belangrijk dat de patiënten zich adequaat beschermen tegen de zon en aan zelfinspectie doen. ■

Op 18 december vindt in ZOL een symposium plaats over infiltratieve huidtumoren. Meer info: Scan de QR-code





dr. Michiel Thomeer, medisch directeur ZOL en Erik Gerits, Head of Community KRC Genk



Scan de QR-code om de lanceringsvideo te bekijken.



ZOL wordt partner van de KRC Genk Foundation

ZOL en KRC Genk bundelen de krachten om samen gezondheid, welzijn en verbondenheid dichterbij de mensen te brengen. ZOL wordt partner van de KRC Genk Foundation om zo mee zorg te dragen voor de hechte gemeenschap rond de 4-voudige landskampioen. Met deze samenwerking worden in ons land voor het eerst ziekenhuisbrede, zorggerelateerde initiatieven genomen om de communitywerking van een voetbalclub structureel te versterken.

In het buitenland slaan voetbalclubs vanuit hun communitywerking al langer de handen in elkaar met een ziekenhuis in hun stad of regio. Want een ziekenhuis kan mee een verschil maken. Met preventie, revalidatie en participatie als pijlers, zijn de mogelijkheden tot kruisbestuiving immers grenzeloos.

De komende jaren zal het partnerschap zich verdiepen in maatschappelijke uitdagingen: van het aanleren van reanimatie, actieve doorverwijzing naar o.a. het wandelvoetbal om langdurig bewegen te stimuleren, ondersteuning voor kinderen met overgewicht tot expertiseuitwisseling tussen ziekenhuis en club.

Eerste actie bij thuiswedstrijd tegen Union

De samenwerking werd meteen zichtbaar op zondag 21 september, bij de thuiswedstrijd van KRC Genk tegen Union. Voor de aftrap konden supporters gratis hun hart laten testen aan een cardiostand bij het stadion. "Onze dienst Cardiologie

was aanwezig met een team van specialisten en verpleegkundigen," zegt prof. dr. Michiel Thomeer, medisch directeur van ZOL. "Supporters konden er terecht voor diverse harttesten. Daarnaast gaven we reanimatielessen en toonden we hoe een AED-toestel werkt. Zo brengen we onze expertise letterlijk tot bij de supporters."

Voetbal als hefboom

Ook voor KRC Genk is de samenwerking een logische stap. "Voetbal is een hefboom om mensen te bereiken en te verbinden", zegt Erik Gerits, Head of Community bij de club. "Ik herinner me nog levendig hoe ik in het stadion zat toen Lokeren-speler Gregory Mertens in elkaar zakte tijdens een beloftewedstrijd. Ondanks de zeer goede zorgen van de MUG van ZOL kon voor hem de hulp niet meer baten, maar vaak kan eenvoudige reanimatie wél levens redden. Samen met ZOL zullen we naar de voetbalpleintjes in de wijken trekken en jongeren in Genk EHBO en reanimatie aanleren. Zo verspreiden we levensreddende vaardigheden via voetbal."

Nieuwe kansen voor jong en oud

De samenwerking opent ook deuren voor kwetsbare groepen en revalidatiepatiënten. Sport kan een krachtig hulpmiddel zijn bij herstel en welzijn. "KRC Genk ontwikkelde projecten zoals wandelvoetbal voor senioren of de Welzijnscup," aldus dr. Thomeer. "Dat kunnen we perfect integreren in onze revalidatieprogramma's. Maar evengoed kan het gaan om kinderen met overgewicht die via aangepaste voetbaltrainingen opnieuw plezier vinden in bewegen. Zo versterken we samen de gezondheid van onze gemeenschap."

Trots Limburgs partnerschap

Met dit partnerschap tonen ZOL en KRC Genk dat ze samen verder kijken dan hun eigen vakgebied. Ze laten zien dat voetbal en zorg elkaar kunnen aanvullen en versterken. Niet enkel in het stadion en in het ziekenhuis maar vooral ook in de brede Limburgse gemeenschap. ■



Zwanger worden? Beter zo gezond mogelijk!

Onderzoek toont aan dat zwangerschapsvergiftiging vaak – maar niet altijd – voorkomen kan worden wanneer jonge koppels in de best mogelijke gezondheid aan hun zwangerschap beginnen. Een gezonde levensstijl en gerichte aanpak van 'verdoken aandoeningen' helpt complicaties vermijden, en dit op korte én lange termijn zowel voor de moeder als de baby. Want vele ziekten ontstaan immers lang voor de geboorte.

Om toekomstige ouders te sensibiliseren schreef gynaecoloog prof. dr. Wilfried Gyselaers een ludiek boekje met verhaaltjes over roodkapje die aan de gin-tonic zit, de wolf die met drugs experimenteert en de dwergen van sneeuw witje die GSM-verslaafd zijn.... Met de verhaaltjes wil hij inspireren tot gezonde keuzes.

De opbrengst van het boekje gaat integraal naar De Warmste Week.

Bestellen via Limpron@uhasselt.be of direct per overschrijving BE53 7340 6408 2653 (Limpron). Kostprijs: 12 euro ■

Amerikaanse handchirurgen volgen opleiding bij AZ Monica en ZOL

Een 15-tal vooraanstaande Amerikaanse handchirurgen, verbonden aan gerenommeerde instellingen, waaronder de Mayo Clinic, Duke University en het Indiana Hand Center, brachten recent een werkbezoek aan België. Doel van hun leerstage: zich verdiepen in de geavanceerde technieken van duimprothesechirurgie, een domein waarin Belgische ziekenhuizen internationaal tot de absolute top behoren. De opleiding vond plaats in ZOL Genk en AZ Monica in Antwerpen.

Duimartrose treft naar schatting 3% van de mannelijke en 5% van de vrouwelijke oudere bevolking. Tot voor kort bestonden de standaardbehandelingen uit het vastzetten van het duimgewricht of het verwijderen van het handwortelbeentje. Deze technieken worden wereldwijd nog steeds veel toegepast, maar in België is inmiddels een paradigmaverschuiving ingezet.

"Ongeveer 15 jaar geleden zijn we, op basis van uitgebreid wetenschappelijk onderzoek, gestart met het plaatsen van duimprothesen", licht prof. dr. Joris Duerinckx, handchirurg in ZOL, toe. "Het duimbasisgewricht wordt vervangen door een prothese in de vorm van een miniatuur kogelgewricht, vergelijkbaar met een heupprothese. Deze techniek biedt patiënten aanzienlijk meer bewegingsvrijheid en comfort dan de klassieke ingrepen."

In Belgische centra bestaat vandaag 80% van de chirurgische ingrepen voor duimartrose uit het plaatsen van een prothese, wat neerkomt op meer dan 5000 casussen per jaar. Deze expertise trekt almaar meer internationale belangstelling, met concrete opleidingsverzoeken uit onder meer Australië, Azië en de Verenigde Staten.

Dr. Frederik Verstreken, handchirurg in AZ Monica, begeleidde samen met prof. dr. Duerinckx de Amerikaanse delegatie. "De chirurgen, allemaal topspecialisten in hun vakgebied, splitsen zich op in kleinere teams en volgden consultaties, operaties en praktijktrainingen in België, Reims (Frankrijk) en Zürich (Zwitserland). Het programma werd afgerond met een intensieve oefensessie in het anatomisch lab nabij

Genève, waar ze de techniek konden toepassen op kadavers."


De resultaten van duimprothesechirurgie spreken voor zich: 90 tot 95% van de patiënten is tevreden over het resultaat, vergeleken met circa 80% bij traditionele methodes. Bovendien blijft de prothese bij 90% van de patiënten minstens tien jaar goed functioneren, veelal zonder pijn. Indien nodig kan nadien een revisie-ingreep worden uitgevoerd.

"De technologische en chirurgische evolutie binnen dit domein is zo gevorderd dat het succespercentage van duimprothesen stilaan dat van totale heupprothesen benadert – de gouden standaard binnen de orthopedie", besluiten prof. dr. Duerinckx en dr. Verstreken. "We zijn dan ook trots dat we deze kennis kunnen delen met collega's wereldwijd en zo bijdragen aan een betere levenskwaliteit voor patiënten overal ter wereld."

In het voorjaar van 2026 maakt de delegatie van Belgische handchirurgen de omgekeerde beweging richting VS om de technieken verder aan te leren aan de Amerikaanse chirurgen die recent ons land bezochten. Daarnaast zullen onze chirurgen ook deelnemen aan het Amerikaanse handcongres, waar ze hun expertise delen met een breder internationaal publiek. ■



prof. dr. Joris Duerinckx



Wanneer preventie en esthetiek elkaar vinden: **borstchirurgie 2.0**

Ongeveer vijf procent van alle borstkankers is het gevolg van een erfelijke genetische mutatie. Meestal gaat het om afwijkingen in de BRCA1- of BRCA2-genen, al kunnen ook andere genen zoals CHEK2, PALB2, TP53, ATM en PTEN het risico op mammacarcinoom aanzienlijk verhogen.

Vrouwen bij wie een dergelijke mutatie wordt vastgesteld, kunnen kiezen tussen intensieve radiologische en klinische opvolging of een preventieve borstverwijdering, meestal in combinatie met een onmiddellijke reconstructie. In Limburg is ZOL pionier hierin. Deze ingreep gebeurt in multidisciplinaire samenwerking tussen de diensten Gynaecologie en Plastische Heelkunde.

1. Vernieuwde kijk op borstverwijdering

In ZOL wordt bij een borstverwijdering sinds enkele jaren een minimaal invasieve techniek toegepast via een kleine incisie in de natuurlijke plooi onder de borst (de inframammaire plooi). Deze benadering optimaliseert de esthetiek doordat het litteken onder de borst verborgen blijft. De techniek vraagt chirurgische precisie en ervaring.

Nieuw staflid Gynaecologie, dr. Elisa Van Raemdonck, specialiseerde zich hierin in het Oncologisch Instituut Jules Bordet in Anderlecht.

Indicaties en patiëntselectie

Deze huid- en tepelbesparende benadering is vooral geschikt voor jonge vrouwen met een bewezen genetisch risico op borstkanker, een klein tot matig borstvolume en een beperkte of afwezige ptose (verzakking).

De procedure verloopt via een incisie van ongeveer vier centimeter, subtiel geplaatst in de inframammaire plooi. Via deze toegang wordt het borstklierweefsel volledig verwijderd, terwijl de huidflap en het tepel-areola-complex behouden blijven.

Behoud van tepel en sensibiliteit

Het behoud van het tepel-areola-complex is niet alleen esthetisch belangrijk, maar draagt ook bij aan een positiever lichaamsbeeld na de ingreep. Tijdens de operatie wordt zorgvuldig toegezien op het behoud van de bloedtoevoer en de integriteit van de zenuwstructuren.

Hoewel volledige sensibiliteit zelden behouden blijft, ervaart een aanzienlijk deel van de patiënten na verloop van tijd een gedeeltelijk tot functioneel herstel van het gevoel in het tepelgebied.

In vergelijking met incisies rond de rand van de tepelhof (periareolair) of vanuit de tepel naar buiten (radiaal), blijkt de inframammaire benadering gunstiger voor het behoud van sensorische zenuwbanen.

Voordelen van de inframammaire benadering

Het litteken ligt verborgen in de natuurlijke plooi onder de borst en is nadien nauwelijks zichtbaar. Ook lijkt de kans op wondproblemen kleiner, aangezien de bloedtoevoer naar het tepelgebied vanuit de bovenpool niet wordt onderbroken.

In combinatie met een onmiddellijke reconstructie leidt dit doorgaans tot een mooi esthetisch resultaat.

Beperkingen

De procedure is minder geschikt bij grotere borsten of uitgesproken ptose. In die gevallen is een aangepaste benadering of een reductiepatroon nodig.

Hoewel de oncologische veiligheid van de techniek hoog is, moeten patiënten zich ervan bewust zijn dat er steeds een kleine hoeveelheid klierweefsel achterblijft, vooral achter het tepelhof en in de oksel. Het risico op borstkanker wordt hierdoor niet volledig geëlimineerd, maar wel drastisch verlaagd ten opzichte van actieve opvolging, en ligt vaak zelfs lager dan dat van de algemene populatie.

Psychosociale aspecten

Naast de chirurgische en oncologische factoren mag ook de psychosociale impact van een bilaterale profylactische borstverwijdering niet worden onderschat.

Voor veel vrouwen gaat het verlies van de borst, zelfs met behoud van de tepel, gepaard met gevoelens van verlies van vrouwelijkheid of seksuele identiteit. Het behoud van het tepelcomplex en de beperkte littekenlast spelen daarom een belangrijke rol in het psychologisch herstel en in de tevredenheid met het lichaamsbeeld op langere termijn.

**De hybride
borstreconstructie biedt
verschillende voordelen:
minder littekens, geen
morbiditeit op de
donorplaats en een
kortere operatietijd.**

Dr. Maartje Colaris
Chirurg plastische heelkunde

**Hoewel de oncologische
veiligheid van de techniek
hoog is, moeten patiën-
ten zich ervan bewust zijn
dat er steeds een kleine
hoeveelheid klierweefsel
achterblijft.**

Dr. Elisa Van Raemdonck
Gynaecoloog

2. Borstreconstructie anno 2025: de hybride techniek

Anno 2025 zijn de mogelijkheden voor een borstreconstructie na een (profylactische) borstverwijdering sterk geëvolueerd. Rekening houdend met de oncologische veiligheid, anatomische en weefseltechnische factoren van de patiënt, ligt de focus meer dan ooit op esthetiek en weefselbehoud, in overeenstemming met de wensen van de patiënt. Nieuw is dat de reconstructie al meteen na de amputatie kan gebeuren, zonder zichtbaar litteken op de borst. Dr. Maartje Colaris, nieuw staflid van de dienst Plastische Heelkunde, leerde de techniek tijdens haar opleiding aan het UZ Gent.

Drie types borstreconstructie

Reconstructieve borstchirurgie kan worden onderverdeeld in drie types:

1. **Autologe reconstructie:** met lichaamseigen weefsel (bijv. DIEAP- of Lumbar-flap).
2. **Niet-autologe reconstructie:** met alloplastisch (lichaamsvreemd) materiaal (borstprothese).
3. **Hybride reconstructie:** combinatie van autoloog en niet-autoloog (borstprothese met lipofilling).

De borst is een driedimensionale, anatomische structuur die wordt bepaald door vorm, projectie, volume, positie op de thoraxwand (footprint) en de huidenvelop. In reconstructieve borstchirurgie zijn al deze aspecten van belang om een langdurig esthetisch en functioneel evenwicht te bereiken, waarbij de techniek wordt afgestemd op de anatomische mogelijkheden en de wensen van de patiënt.

Hybride reconstructie: indicaties en voordelen

In geselecteerde gevallen vormt de hybride borstreconstructie een waardevol alternatief voor een volledige (microchirurgische) autologe reconstructie. Autologe opties zijn niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld bij patiënten met beperkte donorgebieden of verhoogde operationele risico's.

Sommige patiënten zijn bovendien nog niet klaar voor een vrije weefseltransplantatie of willen grote littekens vermijden. De gefaseerde opbouw van de hybride reconstructie maakt het mogelijk het reconstructieverloop af te stemmen op zowel de oncologische behandeling als het herstelproces.

Fasen van de hybride borstreconstructie

De hybride techniek combineert een prothese met lipofilling (autologe vettransplantatie) en biedt voordelen op het vlak van natuurlijke contourvorming, betere weefselbedekking en een langdurig esthetisch resultaat.

Eerste fase: tijdens de huid- en eventueel tepelhofsparende borstverwijdering wordt een tissue expander (tijdelijke prothese) voor de borstspier (prepectoraal) geplaatst, met

een volume dat overeenkomt met dat van de oorspronkelijke borst. Door de natuurlijke kapselvorming rond het implantaat ontstaat een goed doorbloede matrix voor de latere lipofilling.

Tweede fase (min. 8 weken later): een eerste sessie lipofilling wordt uitgevoerd tussen het kapsel en de huidmantel. Aangezien 40–50% van het getransplanteerde vet resorbeert, zijn meerdere sessies nodig. Tijdens lipofilling kan de tissue expander deels worden geleegd – de zogenaamde reversed expansion.

Laatste fase: de tissue expander wordt vervangen door een definitieve prepectoraal geplaatste prothese. De lipofilling zorgt voor een betere bedekking van de prothese, een natuurlijker contour en een zachter aanvoelende borst. Bij patiënten met een dunne huidmantel vermindert dit bovendien het risico op zichtbare rimpeling of voelbare randen van het implantaat. Door de opeenvolgende lipofillingsessies is vaak een kleiner implantaatvolume voldoende.

Technische variabiliteit

De techniek kan variëren in hoeveelheid lipofilling per sessie, aantal sessies, timing (gelijktijdig of gefaseerd) en het gebruik van een expander.

Soms wordt meteen het definitieve implantaat geplaatst, bijvoorbeeld bij patiënten met een klein tot matig borstvolume en beperkte of afwezige ptose, die een minimaal invasieve profylactische borstverwijdering via een inframammaire incisie ondergaan.

Het implantaat wordt in de meeste gevallen voor de borstspier geplaatst om borstanimatie en een niet-natuurlijk aspect te vermijden. Voor patiënten die nog twijfelen over de reconstructiemethode kan de prothese tijdelijk dienstdoen als babysitterprothese. Een autologe reconstructie of hybride aanpak blijft nadien altijd mogelijk.

Samenvattend

De hybride borstreconstructie biedt verschillende voordelen: minder littekens, geen morbiditeit op de donorplaats en een kortere operatietijd. De gefaseerde opbouw laat bovendien toe het reconstructieverloop aan te passen aan zowel de oncologische behandeling als het herstel van de patiënt. ■

Dr. Elisa Van Raemdonck, Gynaecologie

Dr. Maartje Colaris, Plastische Heelkunde

Nieuwe artsen



Naam: dr. Jan Breuls

Specialisme: Urgentiegeneeskunde

Dr. Jan Breuls is urgentiearts en werkt op de dienst Spoedgevallen in ZOL Genk. Zijn bijzondere interesses gaan uit naar kritieke zorg in prehospital setting en intoxicaties.

Dr. Breuls volgde zijn opleiding aan KU Leuven. Hij liep stage in het Jessaziekenhuis, UZ Leuven, Isala Zwolle (NL), RZ Tienen en VUB Brussel.

Hij volgde het postgraduaat rampenmanagement aan KU Leuven en de European Trauma Course (ETC). Hij is gecertificeerd provider Advanced Life Support (ALS) en European Paediatric Advanced Life Support (EPALS) en volgt de opleiding tot instructeur. Dr. Breuls is ook gastdocent aan Thomas More (opleiding basisverpleegkunde en Spoed/INZO).

Van augustus 2019 tot en met april 2025 werkte dr. Breuls als urgentiearts in AZ Turnhout. Van september 2023 tot zomer 2025 maakte hij deel uit van het Medical Extrication Team op Circuit Zolder.

Naam: dr. Maartje Colaris

Specialisme: Plastische Heelkunde

Dr. Maartje Colaris is plastisch chirurg. Ze werkt op de dienst Plastische Heelkunde in het ZOL Genk en het Mariaziekenhuis Noorderhart Pelt. Ze begon haar specialistische opleiding in 2018 in Aken, Duitsland en zette deze voort in het Maastricht UMC, het UZ Gent en Sana Kliniken Düsseldorf.

In 2022 verdedigde ze haar PhD 'Breast Implant Illness in Silicone Breast Implant patients' aan het MUMC. In 2024 behaalde ze haar titel als plastisch, reconstructief en esthetisch chirurg (Ärzttekammer Nordrhein, Düsseldorf).

Dr. Colaris werkte van januari tot oktober 2025 als staf lid op de dienst Plastische Heelkunde aan het UZ Gent. Haar aandachtsgebieden zijn reconstructieve (en esthetische) borstchirurgie, lipofilling, huidkanker en reconstructieve gelaatschirurgie.

Naam: dr. Robin De Meirsman

Specialisme: Urgentiegeneeskunde

Dr. Robin De Meirsman is urgentiearts en werkt op de dienst Spoedgevallen in ZOL Genk.

Dr. De Meirsman volgde zijn opleiding aan de KU Leuven en liep stage in ZOL en KU Leuven. Hij volgde ook een fellowship urgentiegeneeskunde in AZ Sint-Dimpna in Geel en ZOL en een fellowship intensieve geneeskunde aan het Royal Adelaide Hospital in Australië.



Naam: dr. Eva Mortier

Specialisme: Psychiatrie

Dr. Eva Mortier is psychiater en verbonden aan de dienst Liaison Psychiatrie in ZOL Maas en Kempen. Ze doet er ook raadpleging voor patiënten uit Maaseik, Neeroeteren, Dilsen, Kinrooi en Bree die verwezen zijn door de huisarts of een specialist.

Dr. Mortier is ook verbonden aan Psychiatrisch Verzorgingstehuis Ter Bosch 1 en 2 in Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem en het Mobiel Crisisteam.

Dr. Eva Mortier volgde haar opleiding aan UZ Gent en MUMC Maastricht. Ze deed verdere ervaring op in AZ Sint-Jan Brugge, Zuyderland Medisch Centrum Sittard, Mondriaan Heerlen/Maastricht en MET GGZ Roermond.

Naam: dr. Sofie Ordies

Specialisme: Anesthesie

Dr. Sofie Ordies is anesthesist en werkt op de diensten Operatiekwartier, Hyperbare Zuurstoftherapie, Spoedgevallen en Intensieve Zorgen ZOL Genk.

Dr. Ordies volgde haar opleiding aan de KU Leuven en liep stage in ZOL Genk en KU Leuven. Ze behaalde de master in Health Care Management and Policy aan de KU Leuven. Haar PhD 'Assessment of donor lungs for transplantation', onder leiding van prof. dr. Arne Neyrinck, prof. dr. Dirk Van Raemdonck en dr. Stijn Verleden, verdedigde ze in 2020 aan de KU Leuven.

Ze behaalde de erkenning Urgentiegeneeskunde en de erkenning Intensieve Zorgen (ZOL Genk). Ze volgde tot slot de specialisatie Hyperbare Zuurstoftherapie en duikgeneeskunde aan de Universiteit van Genève (Zwitserland).

Naam: dr. Vincent Sneyers

Specialisme: Medische Beeldvorming

Dr. Vincent Sneyers is radioloog en werkt op de dienst Medische Beeldvorming. Zijn bijzondere belangstelling gaat uit naar cardiale beeldvorming.

Dr. Sneyers volgde zijn opleiding aan de KU Leuven en liep stage in ZOL Genk en UZ Leuven. In 2024 behaalde hij het European Diploma in Radiology.

Nieuwe artsen



Naam: dr. Dimitri Vanmarcke

Specialisme: Radiotherapie

Dr. Dimitri Vanmarcke is radiotherapeut en werkt op de dienst Oncologie-Hematologie-Radiotherapie binnen het Limburgs Oncologisch Centrum. Hij legt zich voornamelijk toe op respiratoire, senologische en urologische oncologie.

Dr. Vanmarcke volgde zijn opleiding aan UZ Leuven en liep stage in het Limburgs Oncologisch Centrum, AZ Turnhout en UZ Leuven.

Naam: dr. Elisa Van Raemdonck

Specialisme: Gynaecologie

Dr. Elisa Van Raemdonck is gynaecoloog en werkt op de dienst Gynaecologie in ZOL Genk. Haar bijzonder aandachtsgebied is senologie (borstpathologie).

Dr. Van Raemdonck volgde haar opleiding aan KU Leuven en liep stage in Imelda Ziekenhuis Bonheiden, UZ Leuven en ZOL Genk. Ze was vervolgens resident in ZOL Genk. Vorig jaar liep zij een fellowship in het oncologisch centrum Jules Bordet in Anderlecht.

Naam: dr. Gilles Vermeiren

Specialisme: Anesthesie

Dr. Gilles Vermeiren is anesthesist en werkt in het Operatiekwartier en op de dienst Spoedgevallen ZOL Genk. Zijn bijzondere belangstelling gaat uit naar thoracovasculaire anesthesie en Point-of-Care Ultrasound (POCUS-echografie).

Dr. Vermeiren volgde zijn opleiding aan de KU Leuven en liep stage in AZ Turnhout en ZOL Genk. Hij deed ook een fellowship Intensieve Zorgen in ZOL Genk en een fellowship Urgentiegeneeskunde in King's College Hospital London.

Hij behaalde in 2022 een master Management en beleid in de gezondheidszorg aan KU Leuven.

ZOL

MEDISCH KENNIS - EN INNOVATIEPLATFORM

Programma **najaar 2025**



donderdag
6 november
2025

**Kijken met vele brillen: de 360° blik op de oudere patiënt
in het geriatrisch dagziekenhuis**

20u30 - 21.30 uur

Locatie: personeelsrefter, ZOL Maas en Kempen, Maaseik

Doelgroep: Huisartsen regio Maaseik, Bree, Dilsen-Stokkem en artsen-specialisten

donderdag
27 november
2025

10 jaar Future Health: de kracht van onderzoek & innovatie

16.30 - 21.15 uur

Locatie: Bilzen, Alden Biesen

Doelgroep: Artsen, onderzoekers, studiecoördinatoren, innovatoren, bedrijven, zorgprofessionals

Inhoud:

- Future Health, van visie tot realiteit
- imec.istart, startups aan het woord
- Future Health breaks out, waar ideeën ontstaan
- Keynote speaker Axel Verstrael
- Future Health, de reis gaat verder

donderdag
27 november
2025

Netwerkevent fertiliteitscentra Limburg

18 - 22 uur

Locatie: ZOL, Sint-Jan Genk, Aula (G -1.10)

Doelgroep: Fertiliteitsgynaecologen Limburgse ziekenhuizen, H. Hartziekenhuis Mol en Ziekenhuis Geel

Inhoud:

- Voorstelling fertiliteitscentrum ZOL-Jessa
- The aging uterus and ovary
- Onverklaarde subfertiliteit

dinsdag
9 december
2025

CRA Artsen - Geriatrisch onderwerp

20.30 - 21.30 uur

Locatie: digitaal via ZOOM

Spreker: dr. Elien Brouwers, geriater ZOL Genk

dinsdag
18 december
2025

Infiltratieve huidtumoren: hoe pak ik dit aan?

Locatie: ZOL, Sint-Jan Genk, G -1.14

Doelgroep: Huisartsen en artsen-specialisten

Methodiek: casusgericht en interactief

Meer info en
inschrijven



COLOFON

Verantwoordelijke uitgever: prof. dr. Michiel Thomeer, medisch directeur en dr. Martijn Grieten, adjunct-medisch directeur ■ **Samenstelling:** Grete Bollen ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Thomas De Sutter, dr. Eline Macken, dr. Leen Wouters, dr. Pieter Jan Van Asbroeck ■ **Redactie:** Grete Bollen, dr. Pieter Jan Van Asbroeck, dr. Elisa Van Raemdonck, dr. Maartje Colaris, Michiel Malchair, dr. Stefan Delen ■ **Foto's:** Boumediene Belbachir, Michiel Malchair, ZOL ■ **Lay-out:** Lien Vuylsteke, dienst Communicatie ■ **Redactie:** Synaps Park 1, B, 3600 Genk - Belgium ■ T +32 (0)89 80 36 22 ■ communicatie@zol.be ■ www.zol.be/zolarium ■ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ■ Jaargang 23 nr. 97 • oktober • november • december • 2025

Partners in zorg

Hoofd-halskanker is de zesde meest voorkomende kanker in Europa. In België worden jaarlijks ongeveer 2600 mensen gediagnosticeerd. Bij 2 op de 3 patiënten wordt de ziekte pas in een laat stadium ontdekt. We willen mensen sensibiliseren om bij aanhoudende symptomen (>3 weken) als heesheid, keelpijn, moeilijk slikken, een zwelling of een eenzijdige neusverstopping of -bloeding snel naar de huisdokter gaan.

Stephane (69) is vandaag in behandeling in ZOL. Hij mocht ervaren hoe snel de ziekte zich kan ontwikkelen. "Ik was al enkele maanden hees. Mijn arts stuurde me naar dr. Menten. Hij onderzocht mij en vertelde dat er een ernstig en verdacht letsel ter hoogte van mijn stembanden te zien was. Vanaf toen kwam alles in een stroomversnelling. Na een PET-scan en verschillende andere onderzoeken werd de operatie gepland. Dr. Menten moest mijn strottenhoofd met klieren en stembanden verwijderen."

Radiotherapeut dr. Bollen vertelde me dat de tumor, die 4 cm groot was, volledig was verwijderd. Om mijn genezingskansen zo groot mogelijk te maken, krijg ik bijkomend nog 30 bestralingen. Dr. Bollen is positief en daarom ik ook. Ik ben nog bezig met de bestralingen en alles gaat nog altijd goed met mij. Hoop doet leven!

Ik wil iedereen in ZOL bedanken die me ondersteund en verder geholpen heeft. Ook de opvang door een vrijwilliger van Kom op tegen Kanker heeft me veel deugd gedaan. ■

In Ziekenhuis Oost-Limburg werkt een multidisciplinair team van KNO-artsen, MKA-artsen, medisch oncologen, radiotherapeuten (overkoepelend werkzaam binnen het Limburgs Oncologisch Centrum ZOL en Jessa Ziekenhuis), radiologen, nuclearisten, anatoompathologen, diëtisten, verpleegkundig specialisten, logopedisten, psychologen en tabacologen om onze patiënten de beste zorg te bieden en hen zo goed mogelijk te begeleiden na de diagnose van hoofd-halskanker.

V.l.n.r. Dr. Heleen Bollen, radiotherapeut; patiënt Stephane N.; dr. Kristof Menten, KNO-arts; Tine Martens, verpleegkundig consulent oncologische en hematologische zorg