

# ZOLarium

Jaargang 23 nr. 95 • april - mei - juni 2025

**NIERTUMOR VOOR HET EERST BEHANDELD  
MET INTERVENTIONELE ONCOLOGISCHE THERAPIE**

**EEN NEUS VOOR  
ALLERGISCHE RHINITIS?**

**WELKE IMPACT HEEFT EEN OPNAME  
OP INTENSIEVE ZORGEN?**

**INTERVENTIONELE NEURORADIOLOGIE  
IN VOGELVLUCHT: INNOVATIE IN  
DE CEREBROVASCULAIRE ZORG**

# Focus op wat toegevoegde waarde geeft voor onze patiënt

Beste collega,

Het afgelopen jaar groeide in ZOL de vraag naar vernieuwde en gerichte aandacht voor kwaliteit en patiëntveiligheid. Deze vraag kreeg vorm in het 'VOL voor ZOL'-project, een project dat we in 2025 willen concretiseren met nieuwe initiatieven en meetbare Kritische Prestatie Indicatoren. Zo kunnen we immers concreet bijsturen, successen vieren, maar ook oproepen tot gerichte actie. Als lerende organisatie is er ruimte voor continue verbetercyclussen en innovatie. 'Focus op wat echt toegevoegde waarde geeft voor onze patiënt', is de essentie.

We gaan alvast aan de slag om kwaliteit en patiëntveiligheid echt concreet te laten leven in onze volledige organisatie. Een Quality Board zal concreet sturing geven aan dit beleid. Deze Quality Board wil zich toespitsen op de kwaliteit van het volledige traject dat de patient doorloopt bij zijn bezoek aan het ziekenhuis. Daarom is ook het hele ziekenhuis betrokken, niet alleen medische en verpleegkundige disciplines maar ook elk niet-zorg departement.

Om de prioriteiten voor de toekomst vast te leggen zal een strategische vergadering een beleidsplan uitwerken. In deze

strategische vergadering voorzien we naast ZOL- medewerkers ook enkele externe leden en een patiëntenvertegenwoordiging. Een operationele vergadering ziet toe op de uitwerking, implementatie en opvolging van de beleidslijnen. Commissies zoals de Mortaliteitscommissie, het comité Infectiepreventie en de Data Commissie kunnen ook thema's aanbrengen en het beleid ondersteunen met data.

Een toegewezen manager Kwaliteit zal de concrete lijnen van dit project uitwerken en stroomlijnen.

Met deze duidelijke focus op een totaal kwaliteitsbeleid en met deze duidelijke structuren hopen we dat ZOL vol kan gaan voor een steeds betere patiëntenzorg.

Met collegiale groeten,

**Dr. Martijn Grieten**  
medisch directeur

**Prof. dr. Michiel Thomeer**  
adjunct medisch directeur



# Inhoud

- 09 Medische Beeldvorming gestart**  
met interventionele oncologie
- 18 Algemeen directeur**  
Erwin Bormans vertrekt
- 19 Het Haviksoog**
- 20 Een neus voor**  
allergische rhinitis?
- 25 Het Zorgcentrum na**  
**Seksueel Geweld**  
een update
- 26 Systemziekten:**  
het belang van multidisciplinair overleg
- 31 Abdominale Heelkunde**  
krijgt erkenning voor SNS
- 32 Nieuwe artsen**
- 34 Future Health is op zoek**  
naar proefpersonen voor klinische studies
- 36 Partners in Zorg**





dr. Tom De Beule, medisch diensthoofd Radiologie en interventieradioloog

# "Interventionele neuroradiologie groeit door technologische innovaties en verdere samenwerking"

Interventionele neuroradiologie (INR) heeft de afgelopen decennia een indrukwekkende evolutie doorgemaakt, aangedreven door baanbrekende technologische innovaties en verfijning van behandelstrategieën. Daarnaast draagt de verdere samenwerking tussen ziekenhuizen en multidisciplinaire teams bij aan een betere patiëntenzorg, aldus medisch diensthoofd Radiologie en interventieradioloog dr. Tom De Beule.

De integratie van geavanceerde beeldvorming, verbeterde kathetertechnologie en innovatieve implantaten heeft geleid tot aanzienlijke verbeteringen in zowel de effectiviteit als de veiligheid van endovasculaire procedures.

Als een minimaal invasieve discipline richt INR zich op de diagnose en behandeling van complexe vaat- en spinale aandoeningen via geavanceerde endovasculaire technieken. Door het gebruik van high-tech apparatuur en verfijnde behandelmethoden kunnen complicaties worden verminderd en het herstelproces aanzienlijk worden versneld in vergelijking met conventionele chirurgische ingrepen.

**Dr. Tom De Beule:** "Jaarlijks voeren we met ons gespecialiseerde team van vier interventionele neuroradiologen en onze verpleegkundigen ongeveer 325 neuro-interventionele ingrepen uit (fig 1). Deze procedures worden uitgevoerd in nauwe samenwerking met het Jessa Ziekenhuis, wat bijdraagt aan een brede expertise en optimale patiëntenzorg."

## 1. Endovasculaire behandeling van beroertes

Een van de belangrijkste recente doorbraken in de INR is de ontwikkeling van mechanische trombectomie voor de behandeling van ischemische beroertes. Dankzij verbeterde kathetertechnologie en stent-retrievers kunnen bloedstolsels in grote hersenvaten effectief worden verwijderd, wat de

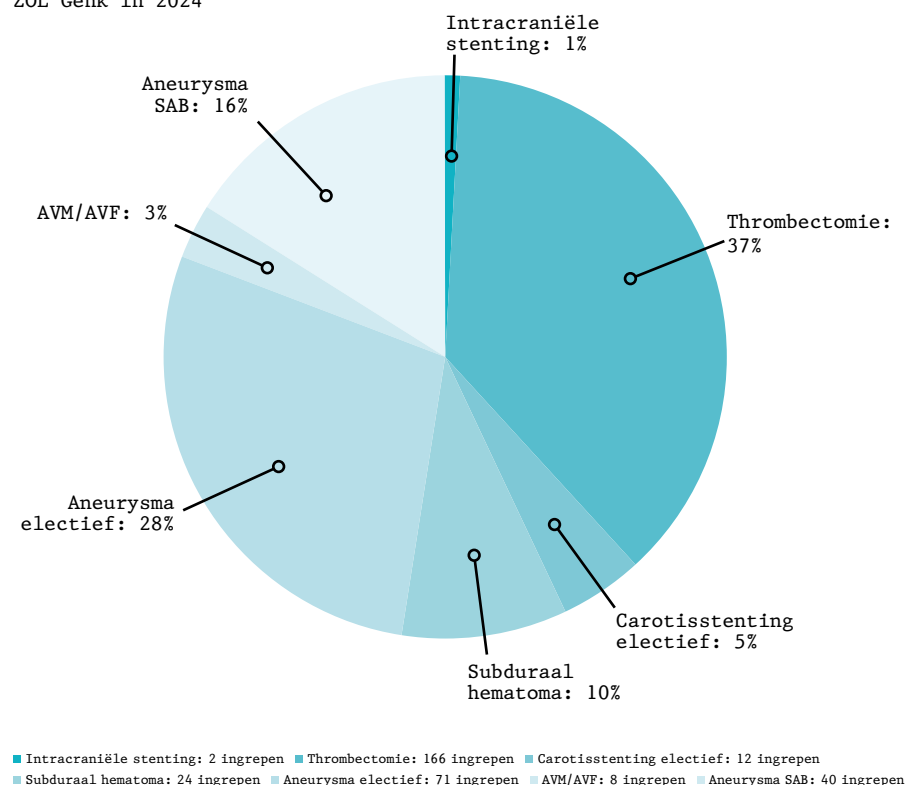
functionele uitkomst voor patiënten aanzienlijk verbetert.

**Dr. Tom De Beule:** "Jaarlijks worden er in ZOL Genk en het Jessa Ziekenhuis in Hasselt gezamenlijk ongeveer 170 trombectomieën uitgevoerd, een aantal dat de afgelopen jaren aanzienlijk is toegenomen door verbeterde behandelingsopties en een efficiëntere zorgorganisatie. Deze samenwerking zorgt

voor een breed dekingsgebied in de regio en waarborgt snelle toegang tot deze levensreddende behandeling".

"De afgelopen jaren is het aantal trombectomieën in ZOL Genk en het Jessa Ziekenhuis aanzienlijk gestegen, van minder dan 100 per jaar tot de huidige 170 procedures per jaar. Deze groei weerspiegelt niet alleen de toenemende vraag naar endovasculaire behan-

Fig. 1. Totaal aantal neuro-interventionele ingrepen uitgevoerd in ZOL Genk in 2024



delingen, maar ook de verbeterde organisatie en beschikbaarheid van gespecialiseerde teams. Dit resulteert in snellere interventies en betere klinische uitkomsten. Bovendien worden er voortdurend trainingen en multidisciplinaire besprekingen georganiseerd om de expertise van het team verder te versterken en de kwaliteit van zorg te optimaliseren. We blijven dan ook steeds inzetten op betere detectie en snellere behandeling van beroertes."

Een andere belangrijke evolutie binnen de INR is de verdere optimalisatie van carotisstening bij patiënten met carotisstenose. Bij deze procedure wordt een stent geplaatst in de vernauwde halsslagader om de bloedtoevoer naar de hersenen te verbeteren en het risico op een beroerte te verminderen. Dank-

zij geavanceerde technieken, zoals embolieprotectiesystemen en verbeterde stentontwerpen, is de veiligheid en effectiviteit van deze behandeling aanzienlijk toegenomen.

## 2. Neuro-embolisaties in ZOL

Neuro-embolisatie wordt steeds breder toegepast bij de behandeling van aneurysma's, arterioveneuze malformaties (AVM's) en durale arterioveneuze fistels (dAVF's). Deze minimaal invasieve behandelmethode maakt gebruik van gespecialiseerde katheters en embolisatiematerialen om abnormale bloedvaten in de hersenen af te sluiten of te stabiliseren.

Door de voortdurende technologische vooruitgang en verfijning van embolisatiematerialen is de effectiviteit en

veiligheid van deze procedures aanzienlijk verbeterd. Steeds complexere behandelingen worden mogelijk dankzij de introductie van innovatieve technologieën zoals intrasacculaire flowdisruptors, stents en flowdiverters. Flowdiverters zijn speciale stents die de bloedstroom in een aneurysma geleidelijk tromboseert en uiteindelijk wordt uitgesloten van de circulatie. Dit is vooral nuttig bij grote of fusiforme aneurysma's die moeilijk te behandelen zijn met traditionele coils. Een tweede mogelijkheid bij bijvoorbeeld grotere aneurysmata met brede hals, waardoor coiling moeilijker wordt, is het plaatsen van een flowdisruptor (zoals bijvoorbeeld een WEB-device) in het aneurysma zelf. Daarnaast worden verbeterde stentontwerpen en embolisatiematerialen ingezet om de slagaderwand te ondersteunen en recidieven te voorkomen.

**Dr. Tom De Beule:** "Dankzij deze vooruitgang kunnen nu ook complexere vaatafwijkingen met grotere precisie en veiligheid worden behandeld, waardoor patiënten met moeilijk behandelbare aneurysma's en vaatafwijkingen betere prognoses hebben. ZOL Genk heeft zich ontwikkeld tot een belangrijk centrum voor neuro-embolisaties, met ongeveer 120 behandelingen per jaar (fig 2.). Dankzij een goede samenwerking met tal van verwijzende en ondersteunende collega's van onder andere neurologie, anesthesie en neurochirurgie behandelen we patiënten uit heel Limburg, de Kempen alsook uit Bonheiden en enkele uit Charleroi, Luxemburg en zelfs het Gentse."

"Recent zijn we dan ook gestart met een multicentrisch overkoepelend overleg met onder andere de ziekenhuizen Jessa, Turnhout, Geel en Bonheiden. Hierdoor kunnen we de patiënten gezamenlijk bespreken en de optimale behandelingsstrategie (conservatief, heelkundig of endovasculair) afwegen op maat van elk van onze patiënten."

## 3. Embolisatie van chronisch subduraal hematoom

Een relatief nieuwe toepassing binnen

Bij grotere aneurysmata met brede hals, als coiling moeilijker wordt, kan een flowdisruptor, zoals bijvoorbeeld een WEB-device, in het aneurysma zelf worden geplaatst.

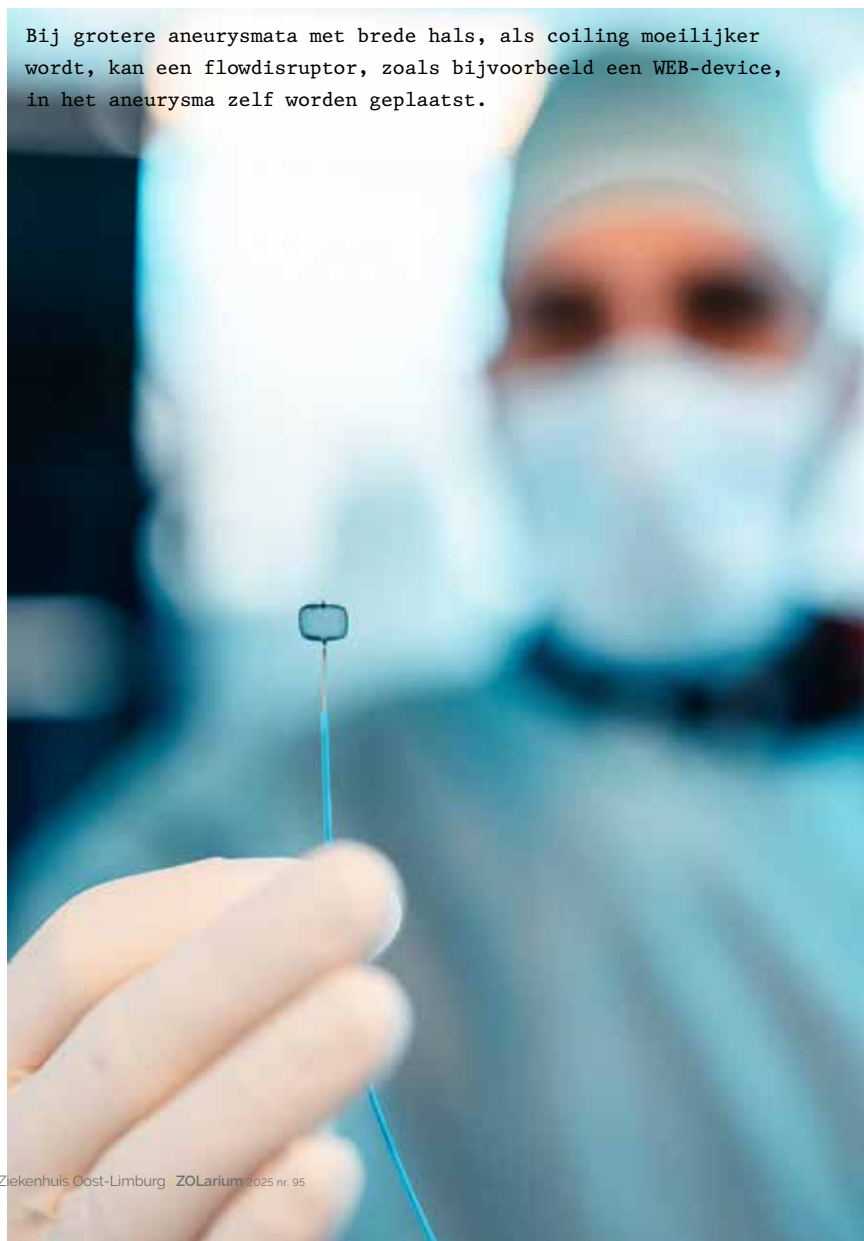
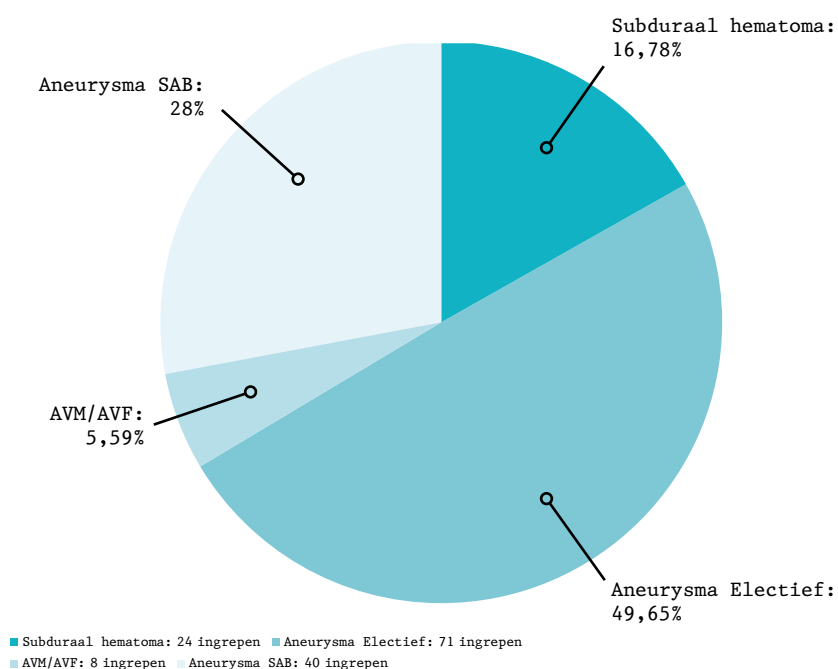




Fig. 2 Endovasculaire embolisaties in 2024 te ZOL Genk



het veld van de INR is de embolisatie van de middelste meningeale arterie (MMA) voor de behandeling van chronische subdurale hematomen (cSDH). Traditioneel werden deze hematomen

chirurgisch behandeld via drainage, maar de hoge recidiefkans en de kwetsbaarheid van deze patiënten, vooral ouderen, leidden tot de zoektocht naar minder invasieve alternatieven.

Bij MMA-embolisatie wordt een emboliserend materiaal (zoals polyvinylalcohol (PVA), vloeibare embolica of coils) via een katheter in de MMA gebracht om de bloetoevoer naar het subdurale hematoom te verminderen. Dit voorkomt verdere groei en bevordert de resorptie. Recente studies tonen aan dat MMA-embolisatie een effectieve optie is, als primaire behandeling maar eveneens ook als een aanvullende therapie na chirurgische drainage, met een lagere recidiefkans en minder complicaties.

**Dr. Tom De Beule:** "Ook in ZOL Genk is deze innovatieve behandeling in opmars. Dankzij de samenwerking tussen de dienst Radiologie en de dienst Neurochirurgie worden momenteel al een 25-tal MMA-embolisaties per jaar uitgevoerd. Dit aantal blijft groeien naarmate meer patiënten baat blijken te hebben bij deze minimaal invasieve aanpak. Door continue evaluatie en optimalisatie van de procedure



Lopend onderzoek en multicentrische studies zullen bijdragen aan een beter inzicht in de werkzaamheid en veiligheid van nieuwe, innovatieve therapieën.

positioneert ZOL Genk zich als een belangrijk centrum voor deze vooruitstrevende behandeling in België."

#### 4. Technieken in volle ontwikkeling: endovasculaire behandelingen voor migraine en tinnitus

Een veelbelovende nieuwe techniek binnen de INR is de stenting van de durale sinussen bij patiënten met verhoogde veneuze druk, wat pulsatile tinnitus of soms hoofdpijn kan veroorzaken. Bij deze procedure wordt een stent geplaatst in een vernauwde of geobstrueerde durale sinus, waardoor de veneuze doorstroming verbetert en de storende geluidssensaties verminderen of verdwijnen.

**Dr. Tom De Beule:** "Dit is een innovatief alternatief voor patiënten bij wie andere behandelingen geen effect hebben gehad. De eerste resultaten zijn veelbelovend en verdere klinische studies worden uitgevoerd om deze techniek te optimaliseren en de juiste patiëntselectie te verfijnen. Momenteel is dit eerder een zeldzame behandelingsmethode."

Daarnaast worden ook nieuwe endovasculaire behandelingen voor onder andere refractaire migraine en tinnitus onderzocht en kunnen deze in de toekomst misschien een belangrijke positie innemen. Studies suggereren dat afwijkingen in de cerebrale veneuze circulatie en verhoogde intracraniele druk een rol kunnen spelen bij chronische migraine en vasculaire tinnitus. Endovasculaire technieken zoals selectieve embolisatie van de arterie meningea media zijn potentiële behandelingsopties.

**Dr. Tom De Beule:** "Lopend onderzoek en multicentrische studies zullen bijdragen aan een beter inzicht in de werkzaamheid en veiligheid van deze innovatieve therapieën."

#### 5. Toekomstperspectieven

De Interventionele Neuroradiologie zal zich versneld doorzetten met onderzoek naar bioresorbabele stents, nieuwe embolisatiematerialen en robot-geassisteerde endovasculaire procedures. Daarnaast zal verdere samenwerking tussen ziekenhuizen en multidisciplinaire teams de uitkomsten

en de patiëntenzorg verder verbeteren zoals onze nauwe samenwerking met het Jessa-ziekenhuis reeds aantoonde.

**Dr. Tom De Beule:** "Dr. Luc Stockx heeft als pionier deze behandelingen zo'n 25 jaar geleden in ZOL opgestart en is de dienst verder blijven ontwikkelen in samenwerking met dr. Thierry Boulanger. Inmiddels zet ons team van ondertussen vier interventionele radiologen, waaronder ook dr. Sam Heye van het Jessa Ziekenhuis, deze activiteit voort, gedreven door de wetenschappelijke vooruitgang. ZOL Genk is en blijft een voortrekker en toonaangevend centrum in de interventionele neuroradiologie in België." ■

# Dienst Medische Beeldvorming gestart met interventionele oncologie

Onlangs werd de eerste percutane ablatie van een niertumor succesvol uitgevoerd door radioloog dr. Vincent Alberts en zijn team. Deze ingreep is de start van interventionele oncologische therapieën in ons ziekenhuis. Het RI-ZIV concentreert deze behandelingen in ziekenhuizen met voldoende expertise om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

## Wat is interventionele oncologie?

Dr. Vincent Alberts: "Interventionele oncologie (IO) focust op de diagnose, behandeling en palliatieve behandelingen van kanker of kanker-gerelateerde ziekten. Via één of meerdere kleine gaatjes in de huid wordt met behulp van naalden het zieke orgaan of weefsel bereikt. Dit gebeurt onder begeleiding van beeldvormingstechnieken zoals bv. echografie of CT."

"Interventionele oncologie is de jongste en snelst groeiende tak binnen de interventionele radiologie. Naast de inwendige of medicamenteuze zuil, de chirurgische zuil en de radiotherapeutische zuil vormt IO de vierde en nieuwste zuil van de moderne oncologische behandeling."

## Wat is het doel van een behandeling met interventionele oncologie?

"Met behulp van interventionele oncologie kan de diagnose gesteld worden, kan de tumor behandeld worden en is het management van kankergerelateerde symptomen en pijn mogelijk."

"Een radioloog kan onder beeldbegeleiding een stukje weefsel nemen van een verdacht letsel. Dit stukje weefsel wordt opgestuurd voor anatomopathologisch onderzoek voor de identificatie van het letsel."

"Onder begeleiding van beeldvorming kan een radioloog ook therapeutische middelen in de tumor brengen door het letsel rechtstreeks aan te prikken of met behulp van intravasculaire katheters. De tumor wordt op zorgvuldige

wijze geïsoleerd onder beeldvorming. Vele interventionele oncologische behandelingen kunnen ook samen met systeemtherapie (zoals chemotherapie en immunotherapie) worden aangeboden zonder een tijdelijke therapiestop in te plannen."

"Er zijn verschillende technieken om pijn te reduceren bij oncologische patiënten. Zo kunnen verschillende tumoren éénmalig worden geablateerd om pijnverlichting te bekomen of kunnen pathologische fracturen door middel van een cementinjectie worden versterkt."

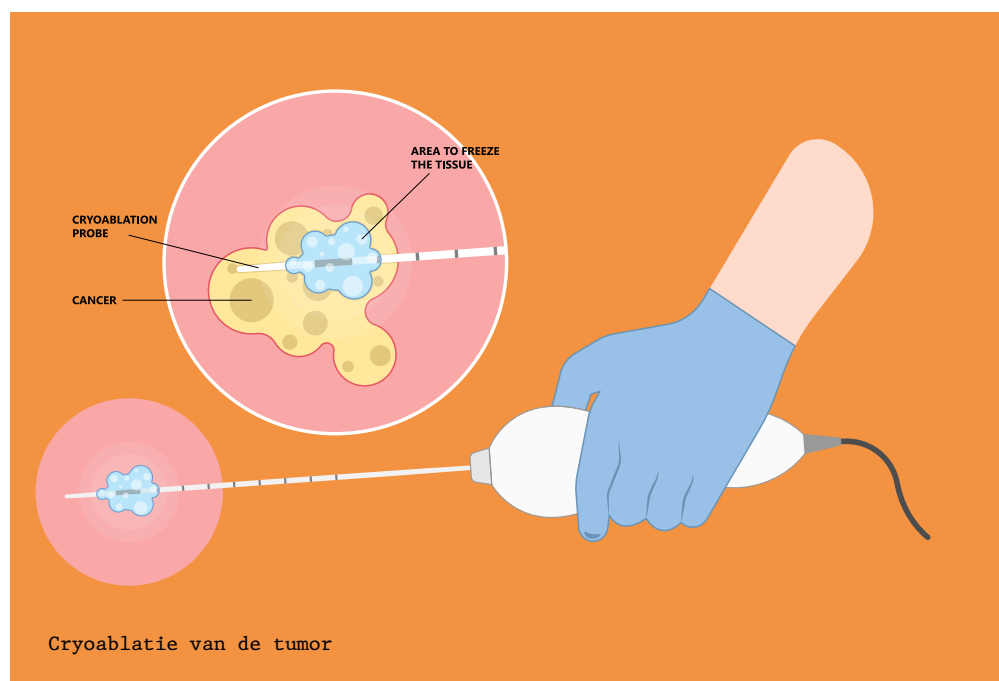
"Het voornaamste doel is hierbij de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren zonder al te invasief in te grijpen."

## Wat zijn de voordelen van interventionele oncologie?

"Ablatie van tumoren heeft verschillende grote voordelen: deze methode is minimaal invasief waardoor er globaal minder (ernstige) bijwerkingen zijn en de patiënt het ziekenhuis sneller kan verlaten. Deze behandeling is eveneens zeer focaal of plaatselijk waardoor het omliggende weefsel wordt gespaard en er minder pijn wordt ervaren dan bij vele alternatieve behandelingen."

## Wat is een percutane ablatie van tumoren?

"Percutane ablatie is een minimaal invasieve techniek voor de behandeling van lokale tumoren en oligometastasen. Er zijn verschillende soorten ablatie. Afhankelijk van het type, de locatie en de grootte van de tumor wordt



Dr. Vincent Alberts prikt de niertumor aan onder begeleiding van de CT.



gekozen voor bevrozing (cryoablatie) of verhitting (radiofrequentie-ablatie/RFA of microgolfablatie/MWA). Onder begeleiding van beeldvorming worden één of meerdere naalden in de tumor geplaatst. Uiteindelijk worden de kankercellen geëlimineerd door verhitting of bevrozing."

"Door met beeldvorming (CT, MRI of echo) de ablatiezone op te volgen tijdens de procedure, wordt de aangedane schade strikt opgevolgd. Op deze wijze zorgt ablatie voor minimale schade aan de omgevende weefsels en wordt de tumor op nauwkeurige wijze uitgeschakeld."

#### Wie komt er in aanmerking voor een tumorablatie?

"Sinds 1 november 2024 is er een overeenkomst met het RIZIV waardoor deze behandeling op een kwaliteitsvolle manier kan gebeuren in ziekenhuizen waar voldoende expertise aanwezig is. Momenteel is er een terugbetaling voor nier-, lever-, long- en botletsels.

Onlangs werd er bijvoorbeeld een grote multicentrische studie gepubliceerd

“

“Percutane ablatie is een minimaal invasieve techniek voor de behandeling van lokale tumoren en oligometastasen.

dr. Vincent Alberts,  
Radioloog

Dr. Joris Vundelinckx (anesthesist), Sandro Pastrani (verpleegkundige), dr. Vincent Alberts (radioloog), Dominique Deloddere (firma Boston Scientific), Rudy Van Den Rul (verpleegkundige), Kheng Intamoon (verpleegkundige), prof. dr. Geert Maleux (UZ Leuven).



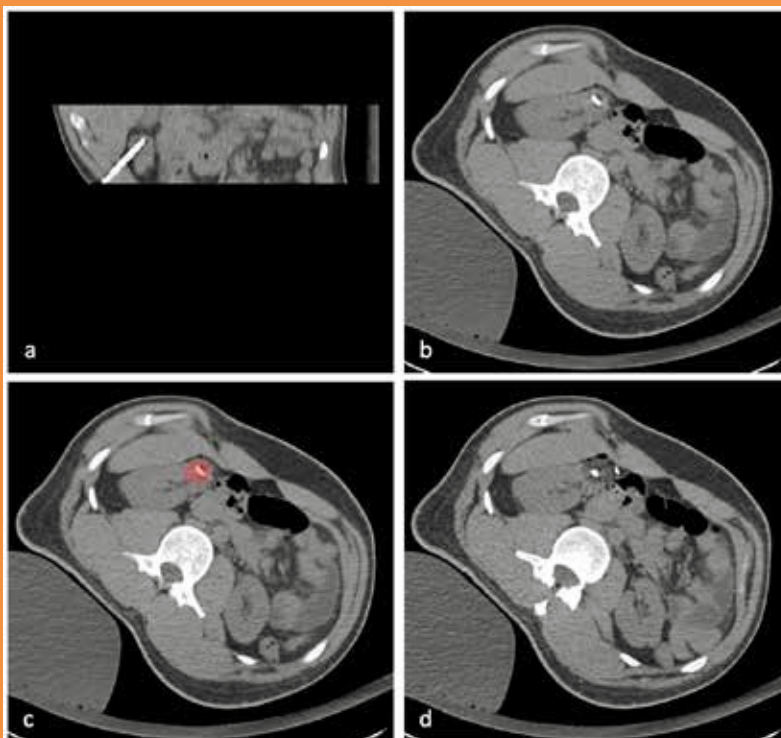
waarbij er zeer goede resultaten werden aangetoond bij ablatie van colorectale levermetastasen (Collision trial).

De literatuur toont ook goede resultaten voor andere oncologische ziektes, zoals bv borst- en schildklierkanker."

### Welke patiënten komen in aanmerking voor een interventionele oncologische behandeling?

"De interventieradioloog maakt deel uit van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) waar verschillende specialisten samenkomen om patiënten te bespreken. Zij overleggen wat de meest geschikte behandeling is voor iedere patiënt. Daarom wordt iedere patiënt eerst op een multidisciplinair overleg besproken voordat hij of zij een interventioneel oncologische behandeling krijgt." ■

*Voor bijkomende informatie en vragen betreffende indicaties, planning en andere kan u terecht bij de radiologen: dr. Vincent Alberts, dr. Bart De Keyser, dr. Liesbeth Meylaerts en dr. Hendrik Vandermaesen.*



cryoablatie van een niertumor (rood gemarkeerd afbeelding c). Afbeeldingen a, b en c tonen de tumor net na de positionering van de naald. Afbeelding d toont de ijsmassa als een hypodensere/donkerdere zone dan in afbeelding b. Merk op dat de ijsmassa precies de afmetingen van de tumor volgt, zonder uitbreiding naar de aanliggende organen.

Dr. Tom Fizez, intensivist en medisch diensthoofd van Intensieve Zorgen in ZOL Genk



# "Minder handen aan het bed heeft een onmiddellijke impact op de zorgkwaliteit"

Een opname op Intensieve Zorgen is vaak een keerpunt in iemands leven. Niet alleen vechten patiënten er voor hun herstel, maar ook nadien wacht hen vaak nog een lange weg. De impact van zo'n opname blijft vaak onderschat: van ondermeer spierverlies en botontkalking tot cognitieve achteruitgang en soms psychische problemen. Dr. Tom Fivez, intensivist en medisch diensthoofd van Intensieve Zorgen in ZOL Genk, geeft een inkijk in de zorg voor deze kwetsbare patiënten. Hij spreekt over nieuwe wetenschappelijke inzichten, ethische afwegingen en de belangrijke rol van het hele team bij goede patiëntenzorg.

## Sinds de Covid-19-pandemie heeft het grote publiek een beter inzicht gekregen in wat een verblijf op Intensieve Zorgen inhoudt?

Dr. Tom Fivez: Sinds COVID is inderdaad het maatschappelijk inzicht gegroeid dat het herstel van een verblijf op Intensieve Zorgen (IZ) zwaar is. Dit is reeds lang gekend onder intensivisten maar krijgt sinds COVID veel meer aandacht. Een verblijf op Intensieve Zorgen is een aanslag op het lichaam dat in feite een versneld verouderingsproces ondergaat. Zo ontkalken de botten versneld, is er een belangrijk verlies aan spiermassa en kan er zenuw schade ontstaan zijn die het herstel sterk bemoeilijkt. Ook op het cognitieve en psychische domein kan je problemen krijgen. Deze cognitieve en fysieke veranderingen na een verblijf op intensieve zorgen noemen we het post-intensive care-syndroom. Het is gelijkaardig aan het long-COVID-syndroom.

Inzake herstel zien we dat de meeste patiënten voor elke dag die ze op Intensieve Zorgen verbleven gemiddeld een week herstel nodig hebben. Dus wie langere tijd bij ons moet verblijven, staat dus voor een zwaar en lang revalidatietraject.

## De zorg stopt dus niet na het ontslag. Hoe verloopt de opvolging van deze patiënten?

Er is in België onvoldoende aandacht voor een gestructureerde opvolging van deze patiënten na hun opname. Zo is er bv. geen standaard PICS (Post Intensive Care Syndrome)-raadpleging hetgeen in andere landen wel het geval is. Wij merken nochtans dat patiënten daar nood aan hebben.

In het kader van klinische studies zijn er een aantal terugkomdagen geweest van patiënten die lang op IZ verbleven. We stellen dan telkens opnieuw vast dat patiënten nog met veel vragen zitten. De huisartsen doen schitterend werk en proberen deze patiënten zo goed mogelijk op te volgen maar we zijn van mening dat een PICS-raadpleging de fysieke en psychische revalidatie van de patiënten ten goede zou komen.

Voor patiënten die bijvoorbeeld een hartoperatie hebben ondergaan, is er een zorgprogramma waardoor ze hier via het ziekenhuis nog een hele tijd na hun opname opgevolgd kunnen worden door gespecialiseerde kinesisten en psychologen. Voor patiënten die een zware sepsis hebben doorgemaakt

en vaak zelfs meer kritiek ziek geweest zijn, bestaat zo'n zorgprogramma niet. Dat is onlogisch, ook zij hebben die gespecialiseerde ondersteuning heel hard nodig.

## Nieuwe behandelingen bieden veel kansen, maar zijn er ook grenzen aan wat het lichaam aankan?

Dankzij nieuwe technologieën en nieuwe inzichten vanuit onderzoek breiden de mogelijkheden om patiënten te helpen steeds verder uit. Maar daarom kan de patiënt niet altijd volgen, zo functioneren verschillende van onze patiënten al binnen een fragiel evenwicht.

Bovendien leren we uit verscheidene vooraanstaande studies van de afgelopen tien jaar dat 'less is more' geldt op Intensieve Zorgen. Een lichaam draagt als het ware zorg voor zichzelf.

Als je daar hard en agressief in intervineert, doe je vaak meer kwaad dan goed. Het boeiende van onderzoek op IZ is om trachten te bepalen wanneer een beschermende respons schadelijk wordt en gecorrigeerd dient te worden.

Zo zijn we samen met collega dr. Mesotten nagegaan of het toedienen van extra eiwitten bij patiënten die



Patiënten op Intensieve Zorgen liggen niet meer helemaal passief in bed. Ze krijgen uitgebreide therapie en worden meermaals per dag gemobiliseerd.

lange tijd op IZ verbleven aanleiding gaf tot een beter herstel. Dit vanuit de veronderstelling dat - net zoals bij sporters die extra eiwitten innemen om hun spiermassa te vergroten - de patiënten beter zouden herstellen. Niks bleek minder waar, onze patiënten deden het net minder goed na toediening van extra eiwitten. De resultaten van deze studie werden recent gepubliceerd in The Lancet.

Vandaar dat we nu een beurs aangevraagd hebben voor een vervolgstudie waarin we de standaard eiwittoediening willen vergelijken met een lagere dosis. Omdat we denken dat de toediening van minder eiwitten juist een beschermend effect kan hebben.

**Jullie zetten in op maximale behandeling, maar soms moeten moeilijke beslissingen genomen worden. Hoe gaan jullie hiermee om?**

Naast het zoeken naar nieuwe behandelmethoden, staan we ook stil bij de grenzen van wat mogelijk is. Als interveniëren niet meer werkt omdat de patiënt te erg verzwakt is, zijn er goede richtlijnen nodig. Therapiebeperking bespreken wij altijd met de families.

We stellen vast dat het opstellen van een DNR-code (limiteren van mogelijke therapieën) niet altijd goed begrepen is bij de gemeenschap. Nog al te vaak wordt een DNR-code gezien als iets negatiefs en enkel beperkend. Een DNR-code betekent niet dat een patiënt geen zorg meer krijgt, wel integendeel. Een duidelijke DNR-code dient als leidraad waarbij er afspraken gemaakt worden welke medische handelingen we wel nog gaan doen en wat we niet meer doen, zoals bijvoorbeeld het toepassen van dialyse of een intubatie.

Het niet meer toepassen van bepaalde medische handelingen of technieken is er enkel omdat we ervan overtuigd zijn dat we de patiënt daarmee niet beter gaan krijgen en dus nodeloos het lijden van de patiënt zouden rekken. In die zin zet een DNR-code de focus scherp op comfort en revalidatie van kritiek zieke patiënten.

Voor dergelijke gesprekken, trekken we extra tijd uit omdat we vanuit een holistische visie een goed zicht willen krijgen op de gewenste levenskwaliteit. Op IZ streven we ernaar kritiek zieke

patiënten naar huis te ontslaan met een zekere kwaliteit van leven. Want wat is een goede kwaliteit van leven? Dit varieert voor ieder van ons, voor sommige mensen houdt het een zeer actief leven in, voor anderen volstaat het kunnen doen van zetel-bed-verplaatsingen. Het is niet aan ons om daarover te oordelen. Wij willen een patiënt terugbrengen naar dat punt waar hij- of zijzelf kwaliteit van leven ervaart.

Dit wordt ook altijd afgetoetst met de naaste familie en vaak ook met de huisarts. Omdat de huisarts de patiënt goed kent en ons een duidelijk advies kan verschaffen inzake ondermeer de functionele kwetsbaarheid die er voor de opname was.

**De klassieke patiënt op IZ is beademd en in een kunstmatige slaap gebracht. Klopt dit beeld nog anno 2025?**

Neen, vandaag zijn het merendeel van de patiënten op IZ wakker en bewust. Sinds de jaren '90 kan je zelfs spreken van een volledige omwenteling in sedatiebeleid. Vroeger dacht men dat het beter was patiënten lang in slaap te houden. Nu willen we zo weinig mogelijk sedativa gebruiken en hen snel

weer wakker maken. Zelfs patiënten aan een hart-long-machine proberen we frequent te wekken om na te gaan of ze bijvoorbeeld neurologisch intact zijn.

Vandaag worden patiënten bij ons ook veel sneller geëntubeerd. Ook omdat we nieuwe, minder invasieve technieken zoals Optiflow ter beschikking hebben, waarbij we patiënten zuurstof geven via een slangetje in de neus.

Al deze veranderingen brengen met zich mee dat de zorgzwaarte voor onze verpleegkundigen enorm is toegenomen. Want deze patiënten liggen natuurlijk niet meer helemaal passief in bed. Ze krijgen uitgebreide therapie en worden meermaals per dag gemoobiliseerd. Bovendien hebben we ook meer oudere en fragiele patiënten, als gevolg van de toenemende vergrijzing.

### **Jullie werken dan ook met een groot team van verpleegkundigen?**

Op onze twee diensten Intensieve Zorgen werken samen 101 verpleegkundigen. Tijdens COVID is onze ploeg enorm flexibel geweest. Maar COVID

heeft ook een enorme druk gelegd op de hele equipe. We zijn toen ver boven onze capaciteit moeten gaan in aantal bedden. Bovendien was het ziektebeeld beangstigend. Omdat we niet altijd goed konden verklaren waarom bijvoorbeeld een patiënt met veel comorbiditeiten als hoge bloeddruk, diabetes en obesitas herstelde en een afgetrainde atleet opeens fors slechter ging en spijtig genoeg soms ook overleed.

De zware stress heeft er toen jammer genoeg toe geleid dat enkele collega's verpleegkundigen uit het vak gestapt zijn. Maar intussen hebben we opnieuw een sterk team en een volledige bezetting. Dat is essentieel want minder handen aan het bed heeft een onmiddellijke impact op de kwaliteit van de zorg. Talrijke studies tonen aan dat het reduceren van het aantal verpleegkundigen op IZ aan het bed van de patiënt de kwaliteit van zorg ondermijnt. Deze essentie mag in tijden van besparingen dan ook nooit uit het oog verloren worden.

### **Hoe meten jullie de kwaliteit van de zorg die jullie leveren?**

Dit gebeurt met het Belgische MICA (Monitoring Intensive Care Activities)-programma dat gebruik maakt van de software van Epimed Solutions. De benchmark leert ons hoe we internationaal en nationaal scoren en waar we ons beleid eventueel moeten bijsturen. We zijn erg fier dat de cijfers aantonen dat we een zeer performante dienst zijn, onder andere wat betreft ligduur en mortaliteit. Dat is de verdienste van het hele team, van artsen tot verpleegkundigen, kinesisten en de logistieke ploeg.

We pleiten voor financiële ondersteuning, zodat meer ziekenhuizen zich kunnen aansluiten bij het MICA-programma. Wij denken dat zo'n terugbetaling wel een plaats heeft in het kader van 'Pay for Quality', toch één van de stokpaardjes van minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke.

Aan de hand van deze benchmarking kan je nagaan wat de kwaliteit is van de verschillende IZ-diensten en aan wie men bepaalde patiëntengroepen het best toevertrouwt. We hebben dan ook



Talrijke studies tonen aan dat het reduceren van het aantal verpleegkundigen op Intensieve Zorgen aan het bed van de patiënt de kwaliteit van zorg ondermijnt.

nood aan een duidelijk verwijspatroon met concrete afspraken op basis van kwaliteitsanalyses.

### **Jullie zijn ook een erkend opleidingscentrum voor artsen die de erkenning 'Intensieve Zorgen' willen behalen?**

Inderdaad, de bijzondere beroepstitel Intensieve Zorgen is een specialisatie na een opleiding inwendige geneeskunde, meestal anesthesie, maar ook na een opleiding pediatrie en heelkunde is dit mogelijk.

De residenten werken een jaar met ons mee en krijgen continu bedside teaching. Daarnaast is er een uitgebreid eigen lessenpakket dat we met hen doornemen. We organiseren ook journalclubs waar we casussen voorstellen en bediscussiëren. Onze residenten worden ook actief betrokken bij het wetenschappelijk onderzoek.

Door een opleiding op hoog niveau aan te bieden, blijven we ook onszelf uitdagen en de nieuwste literatuur en trends volgen. Onze opleiding wordt erg gesmaakt en we zijn er dan ook als groep bijzonder fier op.

### **Jullie zetten ook hoog in op wetenschappelijk onderzoek?**

Wij focussen vooral op onderzoek dat bijdraagt aan het herstelproces van onze patiënten. Dat is heel boeiend omdat het in feite over de essentie van ons werk gaat. Ons doel is, zoals eerder gezegd, mensen terug naar huis te laten gaan met een goede kwaliteit van leven. Dat betekent ook dat we permanent de impact van ons handelen inschatten. Zien we een adaptieve respons? Of is de respons eerder contraproductief en moeten we interveniëren?

Wij hebben een rijke traditie in onderzoek rond sepsis, en doen zowel beursgedreven als industriegedreven onderzoek. Zo is er een rijke geschiedenis in ZOL wat betreft onderzoek bij patiënten met sepsis. Sepsis is een heel complexe aandoening. Mensen kunnen er heel verschillend op reageren. In de toekomst verwachten we nog betere methoden om te voorspellen welke

patiënten een extreme of eerder een gedempte ontstekingsreactie zullen ontwikkelen. De sleutel ligt ondermeer in een preciezere subtypering van de immuunrespons om dan bv. gericht de inflammatie te onderdrukken bij bepaalde patiënten. Nu is het nog te veel 'one size fits all'.

### **Wat maakt IZ boeiend voor u?**

Ik hou van de acute setting en de enorme variatie aan pathologieën. We zorgen in het ziekenhuis voor de meest kritieke patiënten van diverse disciplines en begeleiden onze patiënten tot ze klaar zijn om naar een gewone afdeling te gaan. Het werken in team, (collega's, residenten, verpleging, kinesisten, ...) is bijzonder waardevol en vormend.

Daarnaast zijn er de momenten waarop we families begeleiden bij moeilijke beslissingen. Als een kwaliteitsvol leven niet meer haalbaar is dan starten we op IZ comfortzorgen. Dat vormt een mooi contrast met het acute aspect van ons werk. Ik ervaar dat als een heel mooie aanvulling. Dit is vormend als arts maar ook als persoon. Het gaat immers om gesprekken die er echt toe doen.

We gaan hier natuurlijk zeer zorgvuldig mee om. We staan erop om met alle families van onze patiënten een gesprek te hebben tijdens het bezoeken op de middag. Ik vind het heel belangrijk dat een familie kan meegroeien in beslissingen en niet verrast is als er moet overgegaan worden naar comfortzorg. Als we merken dat er bijkomende ondersteuning nodig is, krijgen we hulp van de sociale dienst en de psychologen.

Deze zware beslissingen nemen wij trouwens altijd in samenspraak met minstens drie intensivisten en specialisten die betrokken zijn bij de zorg van de patiënt. Om zo, in samenspraak met de familie, tot een correct oordeel te komen. ■



Patiëntenzorg op Intensieve Zorgen is teamwork, gaande van artsen tot verpleegkundigen, kinesisten en de logistieke ploeg.



## CIJFERS INTENSIEVE ZORGEN ZOL GENK

De 2 diensten Intensieve Zorgen tellen samen **36 bedden**.

Bij overflow kan er een beroep gedaan worden op **2 PACU-bedden** (Post Anesthesia Care Unit) en op **2 SPIZ-bedden** op de dienst Spoedgevallen (bedden met monitoring).

Er zijn ongeveer **3.000 opnames per jaar**. Sinds 2022 is er een jaarlijkse stijging met ongeveer **200 tot 300 patiënten**.

De gemiddelde ligduur is **3,5 dagen**.



## Algemeen directeur Erwin Bormans maakt overstap naar Hospital Logistics

Algemeen directeur Erwin Bormans verlaat na 15 jaar ons ziekenhuis. Hij kiest voor een nieuwe uitdaging en wordt per 1 juli 2025 CEO van Hospital Logistics, een joint venture van transportbedrijf H. Essers en UZ Leuven dat logistieke en warehousediensten aanbiedt aan de zorgsector.

Na meer dan 33 jaar in de ziekenhuiswereld waarvan 15 jaar aan het hoofd van ZOL, acht Erwin Bormans de tijd gekomen om zijn carrière een nieuwe wending te geven. "Ik kijk met enthousiasme en ambitie uit naar mijn toekomstige rol als CEO van Hospital Logistics. Wat zeker meegespeeld heeft in mijn beslissing is dat deze uitdaging mij de kans biedt om mijn ervaring binnen de sector op een ander manier aan te wenden. Ik geloof erin dat logistieke- en aankoopssamenwerking samen met een gespecialiseerde partner belangrijke opportuniteiten kan opleveren voor de sector."

Erwin Bormans benadrukt dat hij zijn beslissing enkel op positieve gron-

den genomen heeft. "Mijn 15 jaar als algemeen directeur van ZOL waren een bijzonder waardevolle ervaring. Samen met een geweldig team van medewerkers en artsen hebben we het ziekenhuis gebracht tot wat het vandaag is, hebben we crisissen overwonnen en liggen de plannen klaar om de toekomst van deze mooie organisatie veilig te stellen. Ik wil iedereen in ZOL uitdrukkelijk bedanken voor de jarenlange goede samenwerking en ik ben ervan overtuigd dat ik met een gerust hart de fakkel kan doorgeven."

Erwin Bormans blijft tijdens zijn opzegperiode actief in zijn huidige functie bij ZOL. "We willen Erwin uitdrukkelijk bedanken voor zijn jarenlange inzet en de

vele verwezenlijkingen die mede onder zijn leiding mogelijk werden gemaakt", reageert ZOL-voorzitter Tom Arts. "Erwin heeft zijn opdracht als CEO steeds met verve vervuld en zal een blijvende indruk op ons ziekenhuis nalaten. Het is nu belangrijk om de continuïteit van de werking van ons ziekenhuis absoluut te garanderen. Zo snel als mogelijk wordt de zoektocht naar een nieuwe algemeen directeur opgestart."

We wensen Erwin Bormans veel succes met zijn nieuwe uitdaging en met het verdere verloop van zijn carrière. ■



# HET HAVIKSOOG

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

## Behandelmethodes voor beïnvloeden van groei bovenkaak

Deze studie vergeleek twee behandelmethoden voor het beïnvloeden van de groei van de bovenkaak bij kinderen met een skeletale klasse III-afwijking. Een skeletale klasse III-afwijking is een orthodontische afwijking waarbij de onderkaak te ver naar voren staat ten opzichte van de bovenkaak.

De onderzochte behandelmethoden waren het gebruik van een gezichtsmasker (facemask, FM) versus het gebruik van een botanker (mentoplate, MP). Bij beide behandelmethoden werd in de bovenkaak een orthodontische verbredingsbeugel gebruikt (Hybride Hyrax, HH). Een Hybrid Hyrax-apparaat is een orthodontisch apparaat dat aan de kiezen van de bovenkaak wordt bevestigd (in combinatie met mini-schroefjes) en bedoeld is om de bovenkaak breder te maken. Een facemask is een gezichtsmasker waarmee via elastieken trekkracht wordt uitgeoefend om de bovenkaak naar voren te doen groeien. De mentoplate is een chirurgisch geplaatst ankertje op de kin (onder narcose geplaatst), waarmee eveneens via elastieken kracht op de bovenkaak wordt uitgeoefend. Beide behandelmethoden werden gecombineerd met het Alt-RAMEC-protocol, waarbij gedurende enkele weken de bovenkaak afwisselend wordt verbreed (expansie)

en versmald (contractie) om groei te stimuleren. In totaal deden 28 kinderen mee aan de studie (gemiddelde leeftijd 9,7 jaar). Ze werden willekeurig verdeeld over de twee behandelgroepen en werden gedurende meer dan 5 jaar tijdens hun groei opgevolgd.

Na vijf jaar bleek uit cephalometrische analyses (röntgenonderzoek om schedel en kaakstructuren te meten) dat beide behandelingen effectief waren. De positie van de bovenkaak verbeterde gemiddeld met 2 tot 2,5 graden, gemeten aan de hand van de SNA-hoek (die de voor-achterwaartse positie van de bovenkaak aangeeft ten opzichte van de schedelbasis). Ook de Wits-analyse, die de horizontale relatie tussen de boven- en onderkaak beoordeelt, liet duidelijke verbetering zien.

In eerste instantie waren er verschillen in tandstand tussen de groepen: bij het gezichtsmasker (facemask) ontstond aanvankelijk meer retroclinalie (naar achter kantelen) van de bovenste voortanden, terwijl bij het botanker (mentoplate) juist protrusie (naar voren kantelen) optrad. Deze verschillen verdwenen echter op lange termijn.

Beide behandelmethoden waren veilig en kenden geen ernstige bijwerkingen. Wel was de motivatie van de patiënt

(compliance) essentieel voor succes, met name bij het langdurig dragen van het gezichtsmasker. Hoewel het plaatsen van een botanker invasiever is omdat dit chirurgisch onder narcose gebeurt, biedt het een nuttig alternatief voor kinderen bij wie het moeilijk is consequent een gezichtsmasker te dragen. Tot slot bleek dat het Alt-RAMEC-protocol geen extra voordeel opleverde bij deze jonge patiënten.

De onderzoekers concluderen dat de keuze tussen beide methodes vooral afhankelijk moet zijn van individuele kenmerken van de patiënt, omdat beide technieken op lange termijn vergelijkbare en stabiele resultaten opleveren. ■

Bron: Eur J Orthod. 2025 Feb 7;47(2):cjaf011. doi: 10.1093/ejo/cjaf011

Long-term comparison of maxillary protraction with hybrid hyrax-facemask vs. hybrid hyrax-mentoplate protocols using Alt-RAMEC: a 5-year randomized controlled trial:

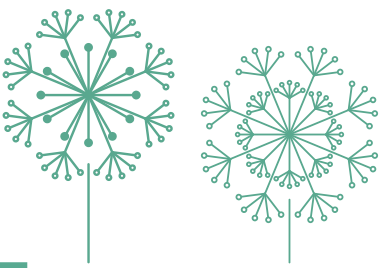
Joeri Meyns, Jeroen Meewis, Flore Dons, Arnoud Schreurs, Johan Aerts, Sohaib Shujaat, Constaninus Politis, Reinhilde Jacobs



“

S.P.A.T. staat voor 'Skin Prick Automated Test'. Dit is een geautomatiseerde huidpriktest waarbij het aanbrengen van de verschillende allergenen op de voorarm automatisch door het toestel gebeurt, in één keer en met gelijke druk.





# Een neus voor allergische rhinitis?

Het pollenseizoen is weer volop aan de gang. Patiënten met een pollenallergie hoef je het niet uit te leggen... Seizoensgebonden klachten door pollen hebben een belangrijke impact op de levenskwaliteit.

## Wat is allergische rhinitis?

Rhinitis is een ontstekingsreactie in het neusslijmvlies, waardoor de typische symptomen ontstaan van neusloop, neusverstopping, niezen en/of jeuk. Bij allergische rhinitis is de oorzaak van deze klachten een overgevoeligheid van het immuunsysteem. Of met andere woorden, het immuunsysteem van een patiënt met pollenallergie gaat abnormaal reageren bij blootstelling aan die pollen. Er ontstaat dan op celniveau een IgE-gemedieerde ontstekingscascade.

Allergische rhinitis komt veel voor, bij 10-40% van de bevolking. Bij meer dan de helft (50-70%) van de patiënten met allergische rhinitis zijn er ook klachten ter hoogte van de ogen (jeuk, tranen, roodheid), dan spreken we van rhinoconjunctivitis.

## Wat is de oorzaak van allergische rhinitis?

Er zijn verschillende allergenen die we inademen, waarop onze luchtwegen overgevoelig kunnen reageren: boompollen, met een gemiddelde piek van maart tot mei, gevolgd door de graspollen van mei tot juli. Dan zijn er nog onkruidpollen, vooral van juli tot september. Ten slotte zijn er schimmels met een piek van augustus tot oktober. Huisstofmijt en dierenepitheel zijn het hele jaar door aanwezig. Bij aanslepende verkoudheidsklachten gedurende de koude maanden, moet zeker aan een onderliggende huisstofmijtallergie gedacht worden.

## Hoe kan je je op deze zaken laten testen?

Je kan je op 2 manieren laten testen op overgevoeligheid aan luchtwegallergenen, nl. op de huid of in het bloed. Bij de huidpriktest worden er druppeltjes van de verschillende allergenen aangebracht op de voorarm. Nadat hierin een klein krasje wordt gezet,

wordt 15 minuten gewacht alvorens de test af te lezen. Bij een positieve test ontstaat een papeltje op de huid, dat je kan vergelijken met netelroos.

Bij een bloedname wordt in het bloed gezocht naar IgE-antistoffen tegen verschillende allergenen.

Beide technieken hebben voor- en nadelen, maar de huidpriktest heeft een betere diagnostische prestatie door de hoge negatief predictieve waarde. De huidpriktest is dan wel weer onderzoeker-afhankelijk, er kunnen immers verschillen zijn tussen onderzoekers in het plaatsen van de testen op de huid en het aflezen ervan. Een bloedresultaat daarentegen, is gestandaardiseerd en dus is het resultaat in principe gelijk tussen verschillende laboratoria.

## Wie wordt best getest op een luchtwegallergie?

Als je denkt dat je overgevoelig bent, is het zinvol om je te laten testen zodat een gepaste aanpak besproken kan worden. Het is wel belangrijk om te onderstrepen dat allergie niet hetzelfde is als atopie.

Als iemand positief test (een papel die verschijnt bij de huidpriktest of aanwezigheid van antistoffen in het bloed), spreek je nog niet meteen van een allergie. In het medisch jargon zeggen we in dit geval: de patiënt is gesensitiseerd. Dat is atopie. Er is hiervoor een zekere genetische voorbeschiktheid. Om effectief van een allergie te spreken, heb je ook nog de passende kliniek nodig. Dat wil zeggen: de persoon heeft ook wel degelijk symptomen bij blootstelling aan het allergeen. Je moet dus steeds het resultaat van een diagnostische test interpreteren binnen de klinische context.

## Sinds een jaar beschikken we in ZOL Genk over het innovatieve S.P.A.T. toestel. Wat is dit? Wat zijn de voordelen ervan?

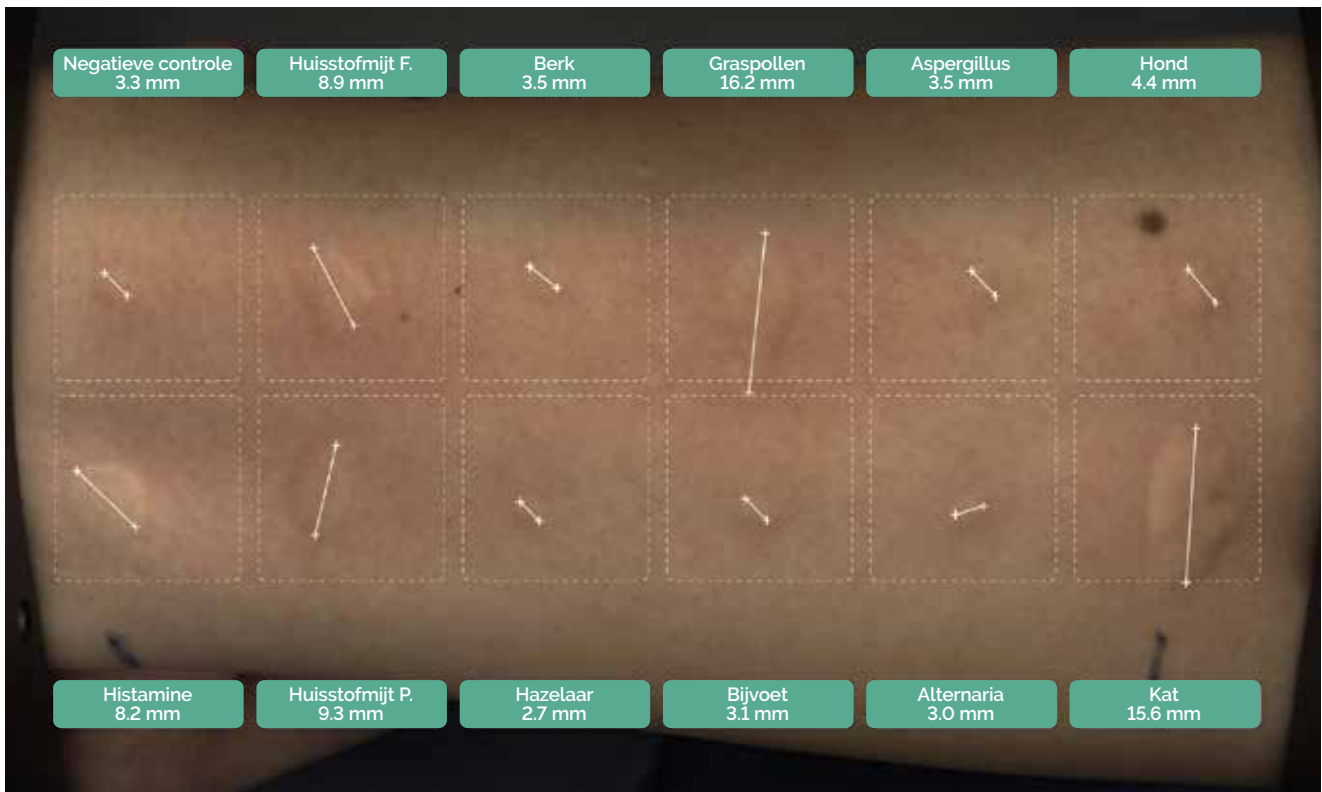
S.P.A.T. staat voor 'Skin Prick Automated Test', of geautomatiseerde huidpriktest. Dit is een technologie-pionier waarbij het aanbrengen van de verschillende allergenen op de voorarm automatisch door het toestel gebeurt, in één keer en met gelijke druk.



“

“Allergeen-specifieke immunotherapie vermindert niet alleen de symptomen, de grote meerwaarde ligt in het feit dat er een tolerantie op lange termijn opgebouwd wordt, nl. het zogenaamde disease-modifying effect.”

Dr. Eline Beckers  
KNO-arts



De camera van het S.P.A.T.-toestel maakt na 15 minuten een samengesteld beeld waarop de papels afgelezen kunnen worden.



Na 15 minuten maakt de camera van het toestel een samengesteld beeld waarop de papels afgelezen kunnen worden. Sinds kort is het mogelijk om het meten en interpreteren van de papels te laten gebeuren door AI. Als KNO-groep in ZOL hebben we deelgenomen aan de studie die dit AI-model gevalideerd heeft. Intussen is de AI-geassisteerde huidpriktest uitgerold in de klinische praktijk. De exacte resultaten van de studie zullen binnenkort te lezen zijn in het artikel dat momenteel ingediend is voor publicatie in een internationaal peer-reviewed tijdschrift.

Dankzij de (validatie van de) AI-geassisteerde readout, brengt S.P.A.T. nu standaardisatie doorheen het hele proces van de huidpriktest. Het grote voordeel is dat de huidpriktest niet langer onderzoeker-afhankelijk is. Het doel is om op een uniforme en consistente manier betrouwbare en precieze testresultaten te bekomen.

Voor de patiënt is de S.P.A.T. comfortabeler, omdat het aanbrengen op de voorarm in één keer gebeurt,

in plaats van verschillende krasjes afzonderlijk. De test verloopt ook sneller dan de manuele huidpriktest. Ten slotte laat het toestel toe om economisch te werk te gaan, door ten opzichte van een manuele huidpriktest drie keer minder hoeveelheid allergeen te gebruiken.

Ons huidige testpaneel van de S.P.A.T. in ZOL test voor huisstofmijt (dermatophagoides pteronyssinus en farinae), berk, hazelaar, graspollenmengsel, bijvoet, kat, hond en ten slotte de schimmels aspergillus fumigatus en alternaria alternata.

#### Eens de diagnose is gesteld: hoe wordt allergische rhinitis behandeld?

De basis is uiteraard om waar mogelijk het allergeen te vermijden. Ook al lukt dat voor bijvoorbeeld huisstofmijt niet volledig, het helpt zeker. Spoelen van de neus met zoutwater via een neusdouche, raden we ook sterk aan. Als dat onvoldoende is, en je hebt milde tot matige klachten, dan kan je een antihistaminicum nemen (in pilvorm of neusspray). Vroeger stonden deze 'allergiepilletjes' erom bekend slaperigheid te geven, maar tegenwoordig hebben ze dat effect minder of niet meer.

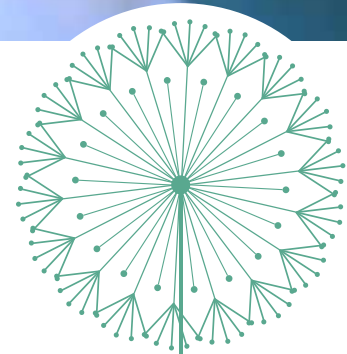


S.P.A.T.-toestel

Bij matige tot ernstige klachten, start je best meteen een intranasaal corticoïd. Dit is een neusspray met corticoïden, waarbij het van belang is dat deze consequent gebruikt wordt. Het duurt immers enkele weken alvorens het maximaal effect bereikt wordt, en dan dient de neusspray dagelijks verder gebruikt te worden voor een effect in onderhoud. Hun gunstige effect bij allergische rhinitis is wetenschappelijk sterk bewezen, en dit op meerdere niveaus in de allergische reactie. Veel mensen worden afgeschrikt door het idee van een langdurig gebruik van corticoïden, maar nevenwerkingen van deze lokale behandeling zijn (uiteraard

bij een correct gebruik) beperkt. In een tweede lijn bestaan er ook combinatie-neussprays met corticoïden en een antihistaminicum. Orale corticoïden en injecties van corticoïden worden nog veel gebruikt voor het onderdrukken van allergische klachten, maar deze raden we absoluut af omwille van de (cumulatieve) nevenwerkingen.

Ten slotte mogen we het belang niet vergeten van andere zaken die in belangrijke mate bijdragen tot allergische klachten: enerzijds is een nazicht door de longarts essentieel door de belangrijke wisselwerking met de lage luchtwegen; en anderzijds kijkt de



“Orale corticoïden en injecties van corticoïden worden nog veel gebruikt voor het onderdrukken van allergische klachten, maar deze raden we absoluut af omwille van de (cumulatieve) nevenwerkingen.”

Dr. Carmen Dierickx  
KNO-arts



KNO-arts ook na of er structurele afwijkingen zijn in de neus (oa. poliepen, tussenschotdeviatie).

Indien je ondanks bovenstaande maatregelen onvoldoende symptoomcontrole bereikt, kom je in aanmerking voor het bespreken van allergeen-specifieke immunotherapie (AIT).

### Wat is allergeen-specifieke immunotherapie?

Bij deze behandeling wordt het lichaam systematisch blootgesteld aan hogere dosissen van het allergeen. Dit kan op 2 manieren: ofwel via maandelijkse injecties onder de huid (de zogenaamde 'SCIT' of subcutane immunotherapie), ofwel via een dagelijks smelttablet onder de tong (de zogenaamde 'SLIT' of sublinguale immunotherapie).

Anno 2025 is er meer dan 100 jaar ervaring met SCIT, de laatste 20 jaren is er ook de veiligere en evidence-based sublinguale toedieningsvorm. Bij injecties wordt de dosis eerst over 12 weken opgebouwd in het ziekenhuis, daarna kunnen de maandelijkse injecties via de huisarts gebeuren. Bij de smelttabletten gebeurt de eerste inname op de raadpleging, nadien kan de behandeling zelfstandig thuis verdergezet worden.

Het doel is om het lichaam anders te laten reageren bij blootstelling aan het allergeen, door een verandering te induceren in de reactie van het immuunsysteem. In grote lijnen zal bij contact met het allergeen de type 2-inflammatiecascade geblokkeerd worden. Bij 80% van de patiënten is deze behandeling effectief, en dit al vanaf het eerste jaar van toediening. Zo mag je bij allergische rhinitis door huisstofmijt een vermindering van symptomen met 30% verwachten na een tweetal maanden - wat meer is dan het effect door de klassieke antihistaminica - en dit neemt nog toe met verderzetting van de behandeling. Naast vermindering van de symptomen, ligt de grote

meerwaarde van allergeen-specifieke immunotherapie echter in het feit dat er een tolerantie op lange termijn opgebouwd wordt, het zogenaamde 'disease-modifying effect'.

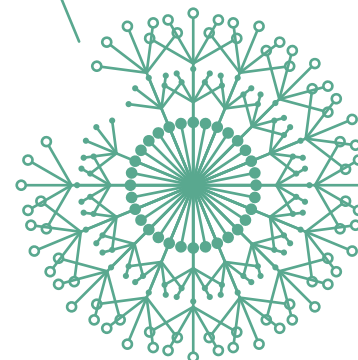
Ook na stoppen van deze behandeling is er een aangehouden effect. Daarom wordt de behandeling ook wel 'desensitisatie' genoemd. Een voorwaarde hiervoor is om de immunotherapie gedurende minstens 3 (tot 5) jaren doorlopend te gebruiken. De immunologische mechanismen zijn voor SCIT anders dan voor SLIT, maar tot op heden blijken ze even effectief te zijn. Aan allergeen-specifieke immunotherapie is wel een kostprijs verbonden.

Mogelijke nevenwerkingen zijn vaak mild en tijdelijk, zoals lokale jeuk, roodheid en zwelling ter hoogte van de injectieplaats bij SCIT en klachten van jeuk, irritatie of zwelling in de mond bij SLIT. Ernstige systemische allergische reacties zijn zeer zeldzaam. Bij patiënten met astma moet de longfunctie voldoende zijn omwille van het risico op een astma-aanval bij toediening van de medicatie.

Halfjaarlijkse opvolging wordt voorzien om samen met de patiënt het effect van de immunotherapie te evalueren. Soms wordt de behandeling stopgezet, indien er onvoldoende beterschap is na een half jaar tot een jaar.

Deze behandeling is dus zinvol voor patiënten met onvoldoende controle van hun symptomen met de klassieke combinatie van vermijding van het allergeen, corticoïden in de neus en een oraal antihistaminicum. Ook patiënten die veel last hebben van allergische conjunctivitis ondanks antihistaminerge oogdruppels, kan dit een goede verbetering geven.

*Dr. Eline Beckers en dr. Carmen Dierickx  
KNO-artsen*



“

“ Bij allergische klachten moet ook steeds de wisselwerking met de lage luchtwegen nagegaan worden en eventuele structurele afwijkingen in de neus. ”

Dr. Eline Beckers  
KNO-arts

# AANTAL SLACHTOFFERS

2023 (van 27/2 tem 31/12)

**293 slachtoffers**

2024 (van 01/01 tem 31/12)

**381 slachtoffers**

2025 (van 01/01 tem 08/04)

**105 slachtoffers**

Totaal sinds opening  
op 27/2/2023 tem 8/4/2025

**779 slachtoffers**



minister Rob Beenders, Patrick Lismont  
(burgemeester Sint-Truiden) en dr. Pieter Jan Van Asbroeck

## Het Zorgcentrum na Seksueel Geweld Limburg ving 779 slachtoffers op sinds 2023.

Het Zorgcentrum na Seksueel Geweld (ZSG) Limburg bestaat twee jaar. "Uit de cijfers blijkt dat de nood aan de opvang van slachtoffers van verkrachting, poging tot verkrachting en aantasting van de seksuele integriteit groot is", aldus dr. Pieter Jan Van Asbroeck en Liesbet Paulissen, respectievelijk medisch en algemeen coördinator. Het afgelopen jaar werden er 381 slachtoffers in het ZSG Limburg opgevangen. En dit zou maar het topje van de ijsberg zijn, zo vermoeden ze beiden.

Het ZSG kreeg op 27 februari bezoek van de toen kersverse minister van Gelijke Kansen Rob Beenders. Minister Beenders is vanuit de federale overheid bevoegd voor de Zorgcentra na Seksueel Geweld. Hij hoorde bij zijn aantreden dat het ZSG in Genk "een nationaal voorbeeld is van goede samenwerking tussen alle diensten. Zowel medische en politieel als justitieel en nazorg." Vandaar wilde hij ons centrum zo snel mogelijk bezoeken.

Het centrum biedt slachtoffers gratis medische verzorging, psychologische ondersteuning en verdere nazorg. Als slachtoffer van seksueel geweld word je in het Zorgcentrum na Seksueel Geweld opgevangen door een forensisch

verpleegkundige. Er wordt samengewerkt met infectiologen, kinderartsen, urgentieartsen, gastro-enterologen, gynaecologen, psychiaters, psychologen en urologen. Onder andere infectiologen dr. Joris Meeuwissen en dr. Nele Czech en pediater dr. Wim Arts maken deel uit van het team.

Ook de politie maakt deel uit van het ZSG. Wie dit wenst kan in het ZSG ook een klacht indienen bij de politie. In 2024 werden er in het ZSG Limburg 381 slachtoffers opgevangen. 56,6 percent van de aangemelde slachtoffers werd verkracht, bijna 90 percent zijn vrouwen en ruim 38 percent zijn minderjarig. In meer dan 74 percent gaat het om een voor het slachtoffer

bekende dader zoals familie, kennissen of vrienden.

"Toch zijn er verschillende groepen die het centrum onvoldoende bereikt, nl. de LGBTQ+-gemeenschap, mensen met een beperking en mensen met een migratieachtergrond. Het kan niet dat zij geen seksueel geweld meemaken", aldus dr. Van Asbroeck. "Een groot deel van onze slachtoffers vandaag zijn (jonge) mensen met een 'rugzakje'. Kwetsbare jongeren dus met vaak psychiatrische problemen die al heel wat hebben meegemaakt." ■

Contact:  
tel. 089/80 81 00  
e-mail: [zsglimburg@zol.be](mailto:zsglimburg@zol.be)



V.l.n.r. prof. dr. Ben Sprangers, nefroloog; dr. Fleur Boelhouters, reumatoloog;  
dr. Ben Percy, klinisch bioloog; dr. Ludovic Ernon, neuroloog; dr. Joris Heyligen, reumatoloog.

## “Op het multidisciplinair overleg systeemziekten geeft iedereen zijn insteek zodat de puzzelstukken in elkaar vallen”

Een reumatoloog kijkt niet alleen naar de gewrichten maar houdt zich ook bezig met systeemziekten, inflammatoire aandoeningen en alles wat het immuunsysteem aantast. Omdat deze ziekten vaak discipline-overschrijdend zijn, richtte dr. Kristof Thevissen, reumatoloog en medisch diensthoofd Reumatologie, een multidisciplinair overleg op waarop alle ZOL-artsen patiënten kunnen inplanen. Zeven jaar later werkt dit nog steeds zeer goed, zo blijkt.

**Toen u in ZOL kwam werken 7 jaar geleden hebt u ook een multidisciplinair overleg (MDO) inflammatoire of immunologische aandoeningen opgericht.**

**Hoe loopt dit intussen?**

**Dr. Kristof Thevissen:** Iedereen is erg enthousiast. We hebben in HiX een module waar alle ZOL-artsen patiënten kunnen aanmelden om tijdens de vergadering te bespreken. De cardiologen, de oftalmologen, nefrologen, pneumologen, neurologen, de dermatologen en de gastro-enterologen zijn aanwezig naargelang de patiënten die op de agenda staan. Daarnaast zijn er artsen van de medisch-technische disciplines, ondersteunende diensten en de reumatologen.

Op het MDO worden patiënten met (huid)vasculitis, psoriasis, sarcoidose, de ziekte van Crohn enz. besproken die nieuwe manifestaties van hun aandoening vertonen. Een dossier breed kunnen bespreken met collega's, dat scheelt wel wat. Iedereen geeft zijn insteek zodat de puzzelstukken in elkaar vallen. Uiteindelijk ga je altijd met nieuwe ideeën en mogelijkheden terug als je een casus voorlegt aan het team. Bedoeling is een veilige behandeling te vinden die past in het gehele plaatje van de aandoening.

**Op welke manier maakt het MDO uiteindelijk een verschil?**

Het belangrijkste resultaat van het MDO is dat de lijnen voor collegiaal overleg in huis heel kort zijn en dat we elkaar intussen goed kennen. We weten

wie zich binnen de verschillende diensten toelegt op systeemziekten en waar we naartoe moeten wanneer zich een patiënt met een systemisch probleem aandient. Het is win-win, als arts kan je op die manier ook je expertise ontwikkelen. Want hoe meer patiënten met een systemische aandoening je ziet, hoe meer ervaring je opbouwt.

**Welke discipline neemt het voortouw tijdens het MDO?**

Als een patiënt door artsen van meerdere specialismes, waaronder reumatologie, gezien wordt, is het meestal de reumatoloog die het voortouw neemt en het beleid uitstippelt omdat wij toch meestal de medicatie voorschrijven die overkoepelend is voor alle manifestaties van de aandoening samen. Natuurlijk doen we dit op basis van het advies van alle andere collega's. En dan is het ook voor de patiënt duidelijk: de reumatoloog is het aanspreekpunt, de andere artsen volgen mee op.

Vanuit de reumatologie hebben wij veel medicatie die ook voor andere indicaties kan worden gegeven zoals bijvoorbeeld voor darmziekten, huidziekten en oogziekten. Op het MDO haal je er snel uit welke medicaties gemeenschappelijk zijn of gecombineerd gebruikt kunnen worden. Daarom is het altijd wel van belang om te weten welke symptomen passen in de besproken aandoening.

Maar de medicatie is ook niet altijd voor allebei goed. Er zijn medicaties die enkel voor de ziekte





Dr. Kristof Thevissen,  
reumatoloog

van Bechterew goed zijn maar die we niet kunnen geven aan patiënten met darmziektes omdat ze bijvoorbeeld de ziekte van Crohn kunnen uitlokken. En bij darmziektes zijn er medicijnen die enkel op de darm werken, maar niet op de reumatische manifestaties.

### Daarnaast doet u ook multidisciplinaire raadplegingen met artsen van andere disciplines?

Ik had een gemeenschappelijke raadpleging met dr. Poblete van Dermatologie, maar om praktische redenen, is dat momenteel niet meer haalbaar. We overleggen uiteraard wel nog altijd over onze gemeenschappelijke patiënten. Een andere vorm van multidisciplinaire raadpleging is ons zorgpad systeemsclerose, waarin prof. dr. Ruttens van Longziekten en dr. Nijst van Cardiologie de aanspreekpunten zijn. Patiënten worden jaarlijks door ons drie gezien in kader van het zorgpad. Dit pogen we op één dag te doen, doch doordat onze agenda's wijzigen en we campusoverschrijdend werken, is dit niet altijd haalbaar. En tot slot, de komst van nefroloog prof. dr. Sprangers 2 jaar geleden, die ook expert systeemziekten is, heeft een enorme boost gegeven aan de samenwerking met de nefrologen.

Wat echt goed loopt, en daarin zijn we denk ik uniek in België, is het uveïtis-spreekuur met oogarts dr. Mieke Wirix. Op dinsdag en woensdag zien

we gezamenlijk telkens een tiental gemeenschappelijke patiënten. Als gevolg van die samenwerking hebben we samen met de onderzoeksgroep van prof. Veerle Somers van Universiteit Hasselt een project opgezet om bij patiënten met uveïtis zonder onderliggende reumatische aandoening te onderzoeken wat de mogelijke oorzaak is. Dit door met behulp van speciale technieken de immuuncellen uit het oogvocht te isoleren om uiteindelijk een gerichtere behandeling te kunnen geven. Ik denk dat hier wel muziek in zit en dat we tot goede onderzoeksresultaten zullen komen.

Verder heb ik ook een Limburgs psoriasis-arthritis-cohort opgezet voor alle nieuwe diagnoses en patiënten die met een behandeling starten. Gaandeweg willen we via biomarkers in bloedanalyses en huidbiopsies analyseren hoe deze patiënten op hun therapie reageren. In de tweede fase is het de bedoeling om te voorspellen welke therapie zal aanslaan bij welke patiënt zodat we uiteindelijk zo patiëntgericht mogelijk kunnen behandelen. Op dit moment zijn we al actief patiënten aan het includeren.

**Er wordt anno 2025 ook heel wat immuuntherapie gegeven voor de behandeling van kanker. Zien jullie als reumatoloog deze patiënten ook op jullie raadpleging?**

Er wordt veel immuuntherapie gegeven bij onder andere longkanker, huidkanker en gastrointestinale oncologie. En die immuuntherapie heeft inderdaad geregeld immunologische bijwerkingen.

Dat is logisch, want immuuntherapie wakkert de T-cellen in het lichaam aan om de tumor te bestrijden. Bij patiënten die vatbaar zijn voor auto-immuniteit, gaat de balans vaak overslaan en zien we onder meer huid- en gewrichtsontstekingen. Je krijgt dus een echt reumatisch beeld als gevolg van de immuuntherapie.

Als patiënten vooraf auto-immuniteitsproblemen hebben gehad, zoals psoriasis, lupus of een klassieke gewrichtsreuma, overlegt de oncoloog met ons of ze de immuuntherapie mogen geven. Verwachten we problemen? Moeten we iets preventiefs bijgeven? Heel vaak zien we die patiënten vooral eer ze met de immuuntherapie starten om te kijken of er tegenindicaties zijn. We komen dit meer en meer tegen, vooral omdat er meer immuuntherapie gegeven wordt, met groot succes trouwens. Mensen leven veel langer, met een goede levenskwaliteit en een betere tolerantie in vergelijking met bv. alleen chemotherapie.

### Intussen breidt ook de dienst Reumatologie verder uit?

Dat juich ik toe want dat geeft ruimte voor subspecialisatie. Ik leg me toe op systeemziekten, het meer internistische deel van de reumatologie. Dr. Fleur Boelhouwers ondersteunt mij daarin sinds kort. Dr. Joris Heyligen heeft osteoporose als aandachtsgebied. Hij zal op dit vlak ondersteuning krijgen van dr. Jolien Quintiens, die momenteel nog werkt als assistent in UZ Leuven. Dr. Heleen Cyfers is onze expert spondyloarthritis.

Iedereen behandelt in principe alle pathologie, maar door de subspecialisatie, kunnen we de collega erbij halen die zich verder op die specifieke aandoening heeft toegelegd, ingeval we een erg complexe casus tegenkomen. ■



Orthopedisch heupchirurg dr. Hans Welters en zijn team voerden de ingreep met succes uit.

## Eerste heupprothese met ROSA-robot

In maart werd in ZOL Maas en Kempen de eerste heupprothese in Limburg geplaatst met behulp van de Robotic Surgical Assistant-robot. Dit is een robotarm die de chirurg assisteert tijdens de ingreep. Orthopedisch heupchirurg dr. Hans Welters en zijn team voerden de ingreep met succes uit. Dr Welters maakt deel uit van de hipunit van ZOL en het Orthopedisch Centrum Limburg

De ROSA-robot geeft real-time feedback en draagt bij tot een nog nauwkeurigere plaatsing van de prothese. Op deze manier wordt het aantal afwijkingen ten opzichte van conventionele methoden verminderd en kan de natuurlijke anatomie van de heup beter gereconstrueerd worden. Dit leidt uiteindelijk tot minder complicaties, een sneller herstel en meer patiënt-specifieke zorg.

De Rosa-robot zal vooral gebruikt worden voor complexere casussen zoals wanneer de patiënt een voorgeschiedenis heeft van onderrugfusie, stiff spine en ziekte van Bechterew waarbij de positionering van de componenten nog belangrijker is.

Ook de kniechirurgen van ZOL maken gebruik van de Rosa-robot. ■



V.l.n.r. Dr. Jos Vandekerckhof (Jessa), prof. dr. Michiel Thomeer (ZOL), dr. Frank Weyns (ZOL), dr. Peter Martens (Jessa) en dr. Martijn Grieten (ZOL)

## ZOL en Jessa bundelen de krachten in Inez Limburg

De stuurgroep medische directie ontving op 9 april dr. Jos Vandekerckhof en dr. Peter Martens, respectievelijk medisch directeur en voorzitter medische raad van het Jessa Ziekenhuis. Het bezoek kadert in besprekingen over de verdere uitbouw van de samenwerking tussen ZOL en Jessa.

In Jessa wordt een gelijkaardige vergadering gepland waar de hoofdartsen en de voorzitter van de medische raad van ZOL worden uitgenodigd. De bedoeling van deze vergaderingen is om binnen het medisch corps van ZOL en Jessa tot een standpunt te komen over de verdere samenwerking en wat de finaliteit van de samenwerking moet zijn. Tussen beide ziekenhuizen worden er tevens gesprekken gestart om een verdere samenwerking te initiëren onder de koepel Inez Limburg.

Inez Limburg is de naam waaronder ZOL en Jessa samenwerken op het vlak van hooggespecialiseerde en hoogtechnologische zorg. Inez staat voor Innovatief Netwerk voor Expertise Zorg en combineert de deskundigheid en ervaring van de twee grootste ziekenhuizen in de provincie. Doel is het verbeteren van de kwaliteit van de medische zorg voor de Limburgse patiënt.

Door de krachten te bundelen kunnen de Limburgse ziekenhuizen hoogwaardige zorg, zoals bv. pancreaschirurgie, hoofd-halskanker behandelingen en cardiochirurgie in Limburg blijven aanbieden. Want hoe meer patiënten je samen behandelt, hoe meer expertise je opbouwt. Dit vergroot ook de kans op erkenningen door de overheid die toegekend worden op basis van aangetoonde expertise en het aantal ingrepen en behandelingen per jaar.

Tegelijkertijd wordt de samenwerking met UHasselt versterkt want het is

dankzij hoogstaand wetenschappelijk onderzoek dat nieuwe inzichten worden verworven. Dit leidt tot verdere innovatie binnen de medische zorg.

Er zijn meerdere medische diensten die formeel interesse tonen om onder de naam Inez Limburg samen te werken. Eerdere samenwerkingsverbanden tussen Jessa en ZOL bestaan op het vlak van Fertilititeit, Interventionele radiologie, complexe pancreaschirurgie, NICU (Neonatale Intensive Care Unit) en LOC (Limburgs Oncologisch Centrum). ■



# Dienst Abdominale heelkunde krijgt erkenning voor SNS

De dienst Abdominale Heelkunde kreeg een erkenning voor de plaatsing van een sacrale neurostimulator (SNS) voor de behandeling van fecale incontinentie. De dienst is hiermee het enige erkende centrum in Limburg.

"Fecale incontinentie is een taboe waar mensen niet graag over praten", zegt abdominaal chirurg dr. Joep Knol. "Het heeft een grote impact op de levenskwaliteit, de mobiliteit en de geestelijke gezondheid. Ik had ooit een patiënt die 5 keer per dag in de douche ging en zich 2 tot 3 keer per dag omkleedde omdat ze zich nooit proper voelde."

## Welk traject moeten mensen doorlopen om in aanmerking te komen voor sacrale neurostimulatie?

Dr. Joep Knol: "Uit een dagboek moet eerst blijken hoe groot het probleem is. We willen ook weten of alle niet-chirurgische behandelingen geprobeerd zijn en stellen op de raadpleging heel gerichte vragen. Vervolgens moeten deze patiënten een aantal onderzoeken ondergaan. We moeten nagaan of de incontinentie geen andere oorzaak heeft. Ik denk hierbij bv. aan een zware (rectale) verzakking of (traumatische) sluitspierschade die eerst moet worden aangepakt. Er moeten ook een aantal onderzoeken uitgevoerd worden om de endeldarm en de bekkenbodem te evalueren. Complexe problemen bespreken we in onze bekkenbodemklinik. Bij een gecombineerde urinaire en fecale incontinentie sturen we onze patiënten ook naar uroloog dr. Joyce Pennings, zodat een correcte inschatting van het probleem wordt gemaakt."

## Hoe gaat de plaatsing in zijn werk?

"Als de nodige stappen gezet zijn, kan een proefstimulatie starten gedurende drie weken. De elektrode wordt tijdens een korte sessie in de operatiezaal in de onderrug geplaatst, ter hoogte van



de sacrale zenuwplexus op niveau S3-S4 waar de parasympathische zenuwvoorziening van de bekkenbodem zich bevindt. De elektrode wordt verbonden aan een tijdelijke stimulator die de patient in een riempje rond het middel draagt."

"We testen drie weken om te zien of het systeem werkt; in deze periode kunnen we aanpassingen aan de instelling doen. Na deze testperiode wordt nagegaan of de patiënt voldoende beterschap ondervond van de behandeling. Het succespercentage na de proefstimulatie is behoorlijk hoog met ongeveer twee op de drie patiënten als we naar de totale groep van goed geselecteerde patiënten kijken. Bij patiënten die minder continent zijn geworden na een oncologische ingreep waarbij bv. een groot deel van de endeldarm is weggenomen, is het succespercentage lager, nl. rond 40 a 50 percent."

"Het RIZIV voorziet enkel een terugbetaling voor patiënten die een merkbare

verbetering ervaren. Alleen dan kan een definitieve batterij aan de elektrode worden gekoppeld. Deze neurostimulator wordt via een kleine ingreep onderhuids op de bilspier geplaatst en zorgt voor de elektrische stimulatie."

## Welke betekenis heeft de erkenning voor ZOL en voor de patiënt?

"De erkenning voor de plaatsing van een SNS is belangrijk voor de verdere uitbouw van een gespecialiseerd rectumcentrum in ZOL. De behandeling van een patiënt met een rectumcarcinoom gebeurt door een heel team. In ons multidisciplinair overleg wordt per patiënt een individueel behandelplan gemaakt. Een groot deel van deze patiënten heeft vroeg of laat een chirurgische behandeling nodig. Na de ingreep moeten ze functioneel zo goed als mogelijk zijn. Bij een kleine groep van patiënten, die een belangrijke functionele last houden, kan SNS hierbij helpen."

"Het gaat inderdaad over relatief weinig patiënten, maar we hebben sinds de erkenning in januari al verschillende patiënten geopereerd. Dit waren patiënten die al even aan het wachten waren maar die we zonder de erkenning niet konden helpen. Er zijn inmiddels ook huisartsen en collega-gastro-enterologen uit andere ziekenhuizen die patiënten naar ons doorverwijzen. Daarnaast hebben we ook wel wat patiënten met een vroeger geplaatste stimulator die bij ons worden opgevolgd." ■



## **dr. Fleur Boelhouters**

Reumatologie

Dr. Boelhouters werkt op de dienst Reumatologie. Ze legt zich toe op de algemene reumatologie.

Dr. Boelhouters behaalde haar diploma geneeskunde aan Maastricht University in 2016. Haar specialistenopleiding volgde ze in het VieCuri Medisch Centrum in Venlo, het Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen en Maastricht UMC+.



## **dr. Bart De Keyzer**

Medische Beeldvorming

Dr. Bart De Keyzer werkt op de dienst Medisch Beeldvorming. Hij legt zich toe op thoraxradiologie, niet-vasculaire interventionele radiologie en prostaatbeeldvorming.

Dr. De Keyzer behaalde zijn artsdiploma met onderscheiding aan de KU Leuven in 2011. Zijn specialistenopleiding volgde hij in het Heilig Hartziekenhuis in Roeselare en UZ Gasthuisberg.

Hij behaalde ook het diploma Prostate MRI excellence aan het Universitair Medisch Centrum Radboud in Nijmegen in 2020. In februari en maart 2025 volgde hij een fellowship thoraxradiologie aan het CHU in Rijsel.

Dr. De Keyzer werkte als radioloog in het Sint-Trudoziekenhuis van 2016 tot 2024.



## **dr. Walter Staelens**

Anesthesiologie

Dr. Walter Staelens werkt op de diensten Anesthesie en Intensieve Zorgen. Hij heeft een bijzondere interesse in locoregionale anesthesie.

Dr. Staelens behaalde zijn diploma geneeskunde met onderscheiding in 2016 aan de KU Leuven. Zijn specialistenopleiding volgde hij in UZ Leuven en ZOL. Hij volgde een fellowship intensieve zorgen in UZ Leuven en een fellowship locoregionale anesthesie in het Jessa Ziekenhuis en ZOL.

*Nieuwe Artsen*

# Red levens! Doe mee aan klinische studies

Zag u de nieuwe postercampagne al in ons ziekenhuis? Future Health, de wetenschappelijke vleugel van ZOL, wilt patiënten warm maken voor deelname aan klinische studies.

Future Health telt meer dan 30 onderzoekers, wetenschappers en doctoraatsstudenten die hun krachten bundelen om vernieuwende inzichten om te zetten in concrete toepassingen voor betere zorg. En daar hebben zij proefpersonen bij nodig.

Future Health richt zich op uiteenlopende studies, zoals onderzoek naar hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap, leververvetting, prostaatkanker en verdikking van de hartspier. Ook testen ze nieuwe medicatie en medische hulpmiddelen. Hiervoor werken ze onder andere samen met Universiteit Hasselt via het Limburg Clinical Research Center (LCRC).

## Innovatie

Klinische studies vormen de basis voor innovatie in de medisch wetenschap. Ze helpen nieuwe behandelmethode ontwikkelen, bestaande behandelingen verbeteren en medische inzichten verfijnen. Zonder proefpersonen die aan deze studies deelnemen, zouden vele doorbraken in de geneeskunde niet mogelijk zijn.

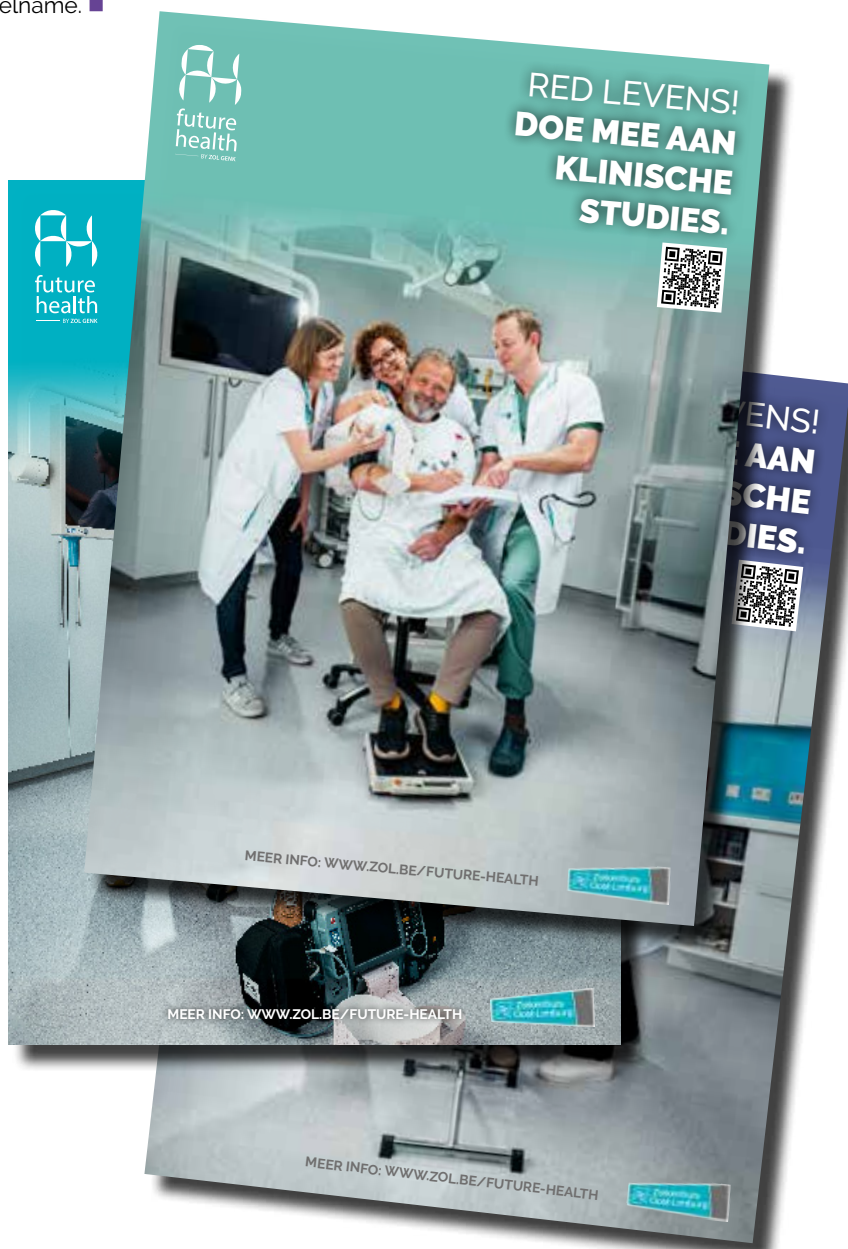
## Maak het verschil

Om nieuwe projecten vorm te geven en levensvatbaar te maken, hebben we de hulp nodig van mensen die bereid zijn om deel te nemen aan onderzoek om zo de wetenschap en geneeskunde naar een hoger niveau te tillen.

Deelname aan studies gebeurt steeds op uitnodiging van onze onderzoekers. Als het profiel van een kandidaat aansluit bij een lopende studie, dan

zal een onderzoeker van Future Health deze kandidaat aanspreken en vrijblijvend informeren over een mogelijke deelname. ■

*Voelt u zich aangesproken?  
Mail naar [FutureHealth@zol.be](mailto:FutureHealth@zol.be).*



MEDISCH KENNIS- EN  
INNOVATIEPLATFORM

## PROGRAMMA 2025

Save the dates

Meer info: [www.zol.be/professionals/medisch-kennis-en-innovatieplatform](http://www.zol.be/professionals/medisch-kennis-en-innovatieplatform)

**Zondag**  
**4 mei 2025**  
**12de editie Genk Loopt & Wandelt**  
*Met afstanden van 360 meter tot 10 mijl is er voor deelnemers van alle leeftijden een mooie sportieve uitdaging. inschrijven via [genkloopt.be](http://genkloopt.be)*

**Donderdag**  
**8 mei 2025**  
**Tumor-talks Hoofd-Halsoncologie**  
*18.30 - 20.30 uur  
Aula ZOL Genk*

**Dinsdag**  
**10 juni 2025**  
**Geriatrisch onderwerp voor CRA-artsen**  
*20u30 - 21.30 uur  
via ZOOM*

**Dinsdag**  
**16 september 2025**  
**Geriatrisch onderwerp voor CRA-artsen**  
*20u30 - 21.30 uur  
via ZOOM*

**Zaterdag**  
**27 september 2025**  
**Lustrumviering 30 jaar ZOL Multidisciplinair Pijncentrum**  
*vanaf 8 uur  
Thor Park Genk*

**Dinsdag**  
**9 december 2025**  
**Geriatrisch onderwerp voor CRA-artsen**  
*20u30 - 21.30 uur  
via ZOOM*



### Speedcast over Stroke

Luister naar de nieuwste podcast van de ZOL-urgentieartsen over stroke. Neuroloog, met een bijzondere interesse in stroke-pathologie, dr. Kim Bekelaar brengt u op de hoogte van de laatste wetenschappelijke inzichten. ■

Luister mee via deze QR-code!



## COLOFON

**Verantwoordelijke uitgever:** Dr. Martijn Grieten, medisch directeur ZOL en dr. Michiel Thomeer, adjunct-medisch directeur ■ **Redactie en samenstelling:** Grete Bollen ■ **Redactieadviesraad:** dr. Marc Daenen, dr. Thomas De Sutter, dr. Eline Macken, dr. Leen Wouters, dr. Pieter Jan Van Asbroeck ■ **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](mailto:communicatie@zol.be) ■ [www.zol.be/zolarium](http://www.zol.be/zolarium) ■ **Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.** ■ Jaargang 23 nr. 95 • april • mei • juni • 2025

Helena De Leeuw

dr. Peter Hallet



# Partners in zorg

## “Breek er je hoofd niet over, draag een fietshelm!”

Helena De Leeuw, kinesist op Geriatrie in ons ziekenhuis, weet als geen ander hoe ingrijpend de gevolgen van een fietsongeval kunnen zijn. Op 14 november 2022 werd ze onderweg naar het werk aangereden. Ze droeg geen fietshelm en daar heeft ze nog elke dag spijt van.

Helena fietste al jaren naar het werk. Op die bewuste ochtend in november liep het mis. “Ik fietste op een rotonde toen een auto plots rechtsaf sloeg en me aanreed. De klap was zo hevig dat ik zes à zeven meter verder neerkwam. Ik herinner me er niets meer van.”

Helena werd opgehaald door het urgentieteam van ZOL. Ze ontwaakte uiteindelijk op de afdeling Intensieve Zorgen. De impact was zwaar: kleine

subarachnoïdale bloedingen in haar rechterhersenhelft, een schedelfractuur en een bekkenfractuur. In haar rechteroor zaten loszittende kristallen.

Tijdens het ongeval droeg Helena geen fietshelm. Had ze dat wel gedaan, dan waren de gevolgen waarschijnlijk kleiner geweest. “En daar heb ik veel spijt van,” zegt ze. “Eigenlijk zou een fietshelm verplicht moeten zijn, net zoals een gordel in de auto.”

Helena revalideerde bij dr. Peter Hallet in het ambulante revalidatiecentrum op campus Sint-Barbara. Maar de gevolgen van het ongeval blijven haar parten spelen. “Uit testen bij neuropsycholoog Veerle Knaepen blijkt dat mijn vermogen om informatie op te nemen en te verwerken beperkter is geworden. Ik

heb heel veel last van overprikkeling. Ook plannen en organiseren gaat minder goed. Het moeilijkste is het beseft dat ik nooit meer de oude zal zijn.”

Sinds kort werkt Helena opnieuw, al is dat niet zonder uitdagingen. “Vroeger werkte ik fulltime. Elf maanden na het ongeval begon ik opnieuw halftijds. In tussen werk ik 60 procent. Na het werk ben ik volledig uitgeput. Ik ben ook snel overprikkeld en moet me geregeld afzonderen om rust te nemen.”

De boodschap van Helena is helder: “Draag een fietshelm. Denk niet dat het jou niet overkomt.”

**ZOL deed mee aan de Dag van de Fietshelm op 9 april. ■**