

ZOLARIUM

Tijdschrift
Toelating - Gesloten verpakking
3500 Hasselt 1 - n° 12/2726

België-Belgique
P.B.
3500 Hasselt 1
12/2726

Afgiftekantoor: 3500 Hasselt 1
Toelatingsnr. P109087

Tijdschrift van de Wetenschappelijke Raad
Ziekenhuis Oost-Limburg, Schiepse Bos 6, 3600 Genk

Jaargang 5 - nr. 16 - april / juni 2005
Verschijnt driemaandelijks



- Functioneel gastro-intestinaal lijden
- Multidisciplinaire geheugenraadpleging
- Symposium tien jaar palliatieve zorgen



Ziekenhuis Oost-Limburg

Colofon

Redactie en samenstelling:
Grete Bollen

Werken mee:
Dr. Hubert Vandeput
Dr. Johan Van Robays
Dr. Philip Caenepeel
Dr. Jef De Bie
Dr. Anne Beyen
Dr. Ward Schrooten
Pierrot Smets
Sabine Markovitz
An Voets
Tilly Postelmans

Redactieadviesraad:
dr. Hubert Vandeput
dr. Jan De Koster
dr. Eric De Jonge
dr. Willem Ombelet
dr. Luc Verresen
dr. Johan Van Robays
dr. Hugo Daniëls
dr. Jef De Bie

Foto's:
Mine Dalemans

Vormgeving:
ONAR

Cover:
De bloedgever
van Rik Poot Foto MD

03 Edito
Aangepaste benaderingswijzen voor onze bejaarden

04-10 Dossier
Functioneel gastro-intestinaal lijden - psychiatrische en psychologische aspecten

11 Buitenuit
Prinses Astrid op bezoek

12-13 Het Eponiemenkabinet
Thomas Hodgkin

14-19 In de kijker
15 jaar MKA in het ZOL
NKO-microscoop naar LUC
10 jaar Palliatieve Eenheid

20-23 In de wachtkamer
Geheugenraadpleging

24-26



Verpleegkundig
Hoe geriatrie afdelingen aantrekkelijk maken voor verpleegkundigen?

26

Kort
Multidisciplinaire pijnkliniek ZOL wordt referentiecentrum
Verkiezingen Medische Raad
Nieuwe geneesheren
Huisartsenenquête 2005

28-30 De Dissectiekamer
Eponiemenfestival

Billboard

Verantwoordelijke uitgever: dr. H. Vandeput, hoofdgeneesheer ZOL
Schiepse Bos 6 - B-3600 Genk

Niets uit deze uitgave mag overgenomen of vereenvoudigd worden zonder schriftelijke toelating van de uitgever.



Dr. Vandeput.

Foto MD

Aangepaste benaderingswijzen voor onze bejaarden

HET artikel in dit nummer over de geheugenraadpleging raakt een zeer fundamentele problematiek aan die vooral onze bejaarden aangaat en aldus voor een zeer sterk toenemende patiëntenpopulatie van het grootste belang is. Het grote succes van de dagkliniek geriatrie, welke thans aan een fundamentele uitbreiding toe is, moet in hetzelfde licht gezien worden.

Voor de meeste bejaarden zijn immers een aantal kenmerken gemeenschappelijk aanwezig: zij kunnen zich moeilijk verplaatsen, zij worden best zo min mogelijk weggehaald uit hun vertrouwde omgeving, er zijn meestal meerdere systemen die ondermaats functioneren, als er al geen multi-orgaan pathologie aanwezig is en alleen al omwille van de hoge ouderdom met zijn specifieke situatie dreigen er pathologieën te worden miskend of verkeerd te worden gediagnosticeerd. Een klassiek voorbeeld als verwardheid versus dementie kent wel iedereen.

Het antwoord zit vervat in een aantal sleutelwoorden: multidisciplinariteit, ambulant, gericht, éénmalig.

Intussen zijn er heel wat domeinen waarin multidisciplinair overleg een sleutelrol speelt. We denken onder andere aan oncologie, pijnbehandeling, infertiliteit.

Een multidisciplinaire raadpleging organiseren is nochtans geen sinecure: meerdere specialisten en een aantal technische onderzoeken in een ambulante setting op elkaar afstemmen, is een organisatorische uitdaging van formaat. Dat deze in het ZOL intussen in de dienst algemeen inwendige geneeskunde en geriatrie op een kwaliteitsvolle wijze functioneert, verdient dan ook een pluim.

Intussen wordt er volop verder gewerkt om het ziekenhuisconcept van de toekomst stap voor stap te realiseren: de centraal gestelde diagnose of de ingezette behandeling verder naadloos in de thuisituatie verder afwickelen. Al moet gezegd worden dat voor de volledige realisatie hiervan nog bergen werk te verzetten zijn.

Dr. Hubert Vandeput, Medisch directeur

Moeilijk objectiveerbaar

Onder functionele maag-darm ziekten verstaat men aandoeningen van het spijsverteringsstelsel waarvan de klachten niet kunnen verklaard worden door een zichtbaar of meetbaar letsel, zoals een maagzweer. Bij functionele maag-darm ziekten is de werking van het spijsverteringsorgaan gestoord. Bij maagstoornissen spreekt men over dyspepsie en bij dikke darm stoornissen over het prikkelbare darm syndroom. Deze aandoeningen komen in de huisartsen- en in de gastroenterologische praktijk enorm veel voor en zijn een belangrijke oorzaak van werkongeschiktheid.

Dr. Philip Caenepeel, gastro-enteroloog

FUNCTIONELE maag-darm klachten worden door de meeste artsen als vervelend ervaren, precies omdat ze niet objectiveerbaar zijn. Het gebrek aan inzicht in het ontstaan van deze ziekten maakt dat ze moeilijk wetenschappelijk aan te pakken en te genezen zijn. Verder verstoren deze aandoeningen wel degelijk het levenscomfort van de patiënt maar zijn ze niet levensbedreigend. Daardoor wordt de patiënt dikwijls snel, met wat geruststelling, uit het artsenkabinet weggezonden.

De laatste jaren is de interesse voor en de kennis van de functionele maag-darm ziekten duidelijk toegenomen. Allereerst heeft het grote aantal patiënten ervoor gezorgd dat er raadplegingen worden georganiseerd waarbij gastro-enterologen en psychologen-psychiaters elkaar helpen in het oplossen van deze problematiek (zoals de raadpleging Neurogastro-enterologie en Motiliteit van prof. J. Tack in het UZ Gasthuisberg in Leuven). Deze samenwerking is ontstaan uit het feit dat het bij functionele maag-darmziekten niet alleen om de moeilijk oplosbare maag-darm werkingsstoornis gaat maar ook om de mentale verwerking ervan door de patiënt. Verder is het bekend dat gemoedstoornissen zoals angst en depressie ook maag-darm stoornissen kunnen veroorzaken. Ten slotte wordt er bij functionele maag-darmziekten dikwijls gebruik gemaakt van psychofarmaca die een invloed hebben op

de eigen bezenuwing van het maag-darm stelsel. Zo kan men bij een probleem van een gestoorde relaxatie van de maag bij inname van voedsel gebruik maken van het antidepressivum mianserine om de klacht van snelle verzadiging op te lossen.

Naast een betere anamnese van de klachten van de patiënt zijn ook de methodes om de maag-darm motiliteit te meten veel verfijnder geworden. Meer en meer kan men de onderliggende motiliteitsstoornis aantonen en meten. Een onoplosbaar dyspepsie probleem bijvoorbeeld wordt ontrafeld door bij de patiënt een reeks metingen uit te voeren: allereerst kan men terugvloeit van zuur of niet-zuur (gal) maagvocht naar de slokdarm meten met 24 uur pH en bilirubine (Bilitec) metingen in de slokdarm. Nog gesofisticeerder zijn de slokdarm impedantie metingen waarbij alle passage van vocht en lucht in de slokdarm wordt gemeten samen met klassieke drukmetingen (manometrie) en samen met klassieke pH metingen. Eventueel zelfs samen met radiologische opnames van de slokdarm. Op die manier wordt een mogelijk refluxprobleem opgespoord en geanalyseerd. Als de dyspepsie patiënt geen refluxprobleem vertoont (reflux is per definitie eigenlijk geen dyspepsie probleem), meet men de snelheid waarmee de maag vaste en vloeibare testmaaltijden naar de dunne darm stuwt om eventuele maagledigings-

- Functionele maag-darm ziekten -



Dr. Philip Caenepeel, gastro-enteroloog en dr. Jef De Bie, liaisonpsychiater.

stoornissen (gastroparese) op te sporen. Ten slotte kan met een maag-barostat meting de relaxatie van de maag bij de inname van voedsel (maagaccomodatie) worden nagegaan. Afwezigheid hiervan veroorzaakt dyspepsieproblemen onder de vorm van snelle verzadiging bij het eten en daardoor geringere voedselinname en vermagering.

Het inzicht in het ontstaan van functionele maag-darm ziekten stijgt ook door de kennis van de zenuwcircuits die voor de motoriek en de secretie zorgen (intrinsiek zenuwplexus) en voor de overdracht van informatie uit het darmlumen naar de hersenen (extrinsieke afferente bezuwning). Een voorbeeld hiervan is het inzicht in de motorische en secretore reflexcircuits in de intrinsieke plexus van de dikke darm en van de neurotransmitters die hierin een rol spelen. In de dikke darm speelt de enterochromaffine cel de rol van sensor over wat gebeurt in het lumen van de darm. Deze enterochromaffine cel zet serotonine (5-hydroxy tryptamine of 5-HT) vrij als neurotransmitter. De overdracht van informatie en daardoor ook van pijnsensaties naar de hersenen verloopt via 5-HT 3 type receptoren. Serotonine speelt anderzijds ook een rol in het ontstaan van darmperistaltieken waarbij 5-HT 4 receptoren een stimulerende rol blijken te hebben. De negatieve feedback voor de vrijzetting van serotonine door de enterochromaffine cel berust op een serotoni-

ne reuptake transporter die de serotonine neurotransmissie stopzet (net zoals in de hersenen). Een mogelijke uitleg voor het probleem van de prikkelbare darm met afwisselend obstipatie en diarree zou berusten op deficiënte serotonine re-uptake transporters. Dit defect veroorzaakt eerst een overmaat serotonine met als gevolg krampen en diarree en later verstopping door daling (downregulatie) van de aanvankelijk overgestimuleerde postsynaptische serotonine receptoren.

De toegenomen kennis van de maag-darm werking helpt de behandeling ervan enorm vooruit. Zo kan men bij geobjectiveerde gal refluxproblemen het (centraal GABA-ergische) medicament Lioresal® (Baclofen) beproeven omdat men weet dat deze medicatie de tonus van de onderste slokdarmsfincter verhoogt en maag-slokdarm reflux verhindert. Een ander voorbeeld is de ontwikkeling door de farmaceutische industrie van 5-HT 4 receptor stimuleerders als behandeling voor een prikkelbare darm met vooral obstipatie (obstipatie predominant irritable bowel syndroom) en van 5-HT 3 antagonisten als behandeling voor een prikkelbare darm met vooral diarree (diarree predominant IBS).

De groeiende aandacht voor functionele maag-darmziekten en het inzicht erin zal ervoor zorgen dat de arts met veel meer voldoening zijn patiënt kan helpen en dat het levenscomfort van de patiënt verhoogt. ▶



Geen psychiatrische aandoening

De psychiatrische aspecten van functionele maagdarmsstoornissen mogen niet onderschat worden, maar zoals reeds hoger ingeleid, mogen functionele maagdarmsstoornissen niet gereduceerd worden tot 'psychiatrische aandoeningen'. Het lijkt er eerder op dat psychiatrische stoornissen, persoonlijkheidsvariabelen en stressreacties - gepaard gaande met veranderingen in emoties (angst, depressiviteit) - een biopsychosociale achtergrond vormen waartegen en waardoor de lokale pathofysiologische mechanismen zoals hierboven uitgelegd, minder of meer versterkt kunnen worden.

Dr. Jef De Bie, liaisonpsychiater (EPSOMA)

- Functionele maag-darm ziekten -

Psychiatrische comorbiditeit

GLOBAAL wordt er bij IBS (irritable-bowel syndrome) een comorbiditeit vermeld van psychiatrische stoornissen variërend van 20 tot 60% afhankelijk van de populatie die men onderzoekt, met meer psychiatrische comorbiditeit én meer somatische klachten naarmate men opschuift van de algemene bevolking over de eerste lijn naar de tweede en derde lijn. Meest voorkomende psychiatrische diagnoses zijn depressie, angst, somatisatie en stoornissen in het gebruik van alcohol. Het voorkomen van (seksueel) misbruik in de voorgeschiedenis van patiënten met IBS is een belangrijke risicofactor naar ernst van de klachten.

Het eenvoudig tellen van het aantal gastro-intestinale klachten (zonder dat hier formele gastro-enterologische diagnoses gesteld werden) was in de Epidemiological Catchment Area (ECA) studie duidelijk gerelateerd aan de prevalentie van psychiatrische stoornissen (zie tabel 1).

	Majeure depressie	Paniekstoornis	Agorafobie
Geen gastro-intestinale klachte	2,9 %	0,7 %	3,6 %
Een gastro-intestinale klacht	7,5 %	2,5 %	10 %
Twee gastro-intestinale klachten	13,4 %	5,2%	17,8 %

Tabel 1

Pathofysiologische mechanismen

In de darm bevindt zich ongeveer 90 % van de totale hoeveelheid serotonine van het gehele lichaam, maar serotonine is zeker niet de enige neurotransmitter die actief is in de darm. In tabel 2 wordt een overzicht geboden van de verschillende neurotransmittersystemen en hun werking. Deze tabel geeft een rationale voor enerzijds het optreden van bijwerkingen van medicatie en anderzijds het verbeteren of verslechteren van klachten van IBS bij het gebruik van medicatie van de verschillende klassen. Het is niet de bedoeling alle vermelde medicamenten te gebruiken om darmklachten te behandelen. Het overzicht is eerder bedoeld om aan te tonen hoeveel verschillende stoffen lokaal invloed kunnen hebben op de werking van de darmen.

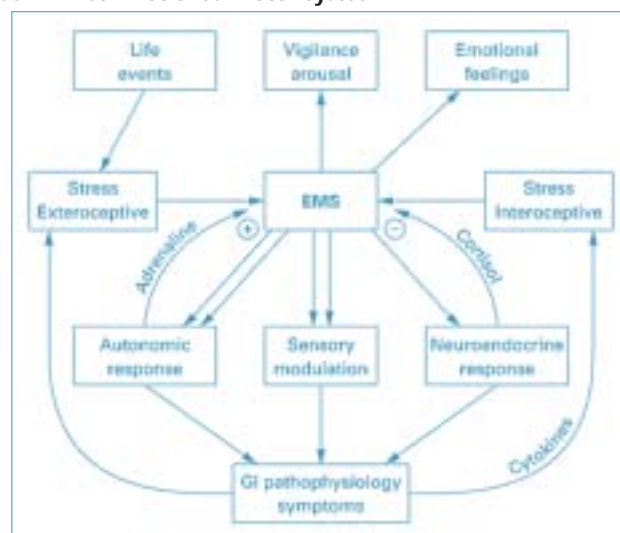
Prokinetisch (snellere lediging)	voorbeeld	Vertragend (constiperend)	voorbeeld
D2 blokkade	Metoclopramide	D2 stimulatie	Levodopa
Cholinerge muscarine stimulatie	Cholinesterase inhibitoren (donepezil, rivastigmine, galantamine)	Muscarine blokkade	Tricyclische antidepressiva
5-HT 3 stimulatie	SSRI's	5-HT3 blokkade	Alosetron
5-HT 4 stimulatie	SSRI's/tegaserod	5-HT 4 blokkade	?
Mu opiaat	?	Mu opiaat stimulatie	Morfine
Alfa 1 blokkade	Tamsulosine	Alfa 1 stimulatie	Reboxetine

Tabel 2

Anderzijds is er heel wat evidentie voor een beïnvloeding van deze lokale systemen door de verschillende stress systemen in het lichaam. Een overzicht hiervan wordt geschetst in figuur 1. Het 'emotioneel motor systeem' (EMS) dat de functies reguleert die instaan voor allerlei basis overlevingsstrategieën is hierbij een centraal concept. Het legt de manier uit waarop verstoringen in de homeostase van het organisme stereotypische veranderingen initiëren in centrale regulerende systemen. Deze stereotypische reacties resulteren in emotie-specifieke veranderingen in het lichaam. Deze veranderingen helpen het lichaam zich aan te passen aan veranderingen in de omgeving, maar gaan niet steeds gepaard met bewuste emotionele gewaarwordingen.

Neuro-anatomisch verwijst het EMS naar een set van parallelle efferente banen die somatische, pijnmodulerende, autonome en neuro-endocriene reacties van het lichaam moduleren wanneer interne of externe verstoringen zich aandienen. De output van deze efferente banen zorgt op zijn beurt voor terugkoppeling naar het EMS en op deze manier zijn geest en lichaam onlosmakelijk verbonden. Kwetsbaarheidfactoren voor een veranderde (verhoogde) responsiviteit van het EMS zijn ondermeer genetische factoren, vroege levenservaringen en ernstige levensbedreigende stressoren.

Figuur 1: Het Emotioneel Motor Systeem



Multidisciplinaire behandeling

In het licht van het voorafgaande is het belangrijk co-morbide psychiatrische pathologie 'lege artis' te behandelen bij patiënten met functionele maag-darmstoornissen, zowel psychofarmacologisch als psychotherapeutisch.

Daarnaast hebben onder andere de tricyclische antidepressiva reeds jaren een bewezen nut bij de behandeling van de verschillende klachten, of er nu evidentie is voor de aanwezigheid van depressie of niet. Het is niet altijd duidelijk of het hier om een lokaal en/of centraal effect gaat, en/of er eigenlijk gebruikt gemaakt wordt van het bijwerkings- en receptorprofiel van deze producten.

In het ZOL bestaat er een samenwerking tussen de dienst gastro-enterologie (raadpleging en opname eenheid) en EPSoMA (Eenheid voor Psychologische, Sociale en Medische Activiteiten) zodat waar nodig zowel internistische, psychologische als (liaison)psychiatrische aspecten multidisciplinair kunnen belicht worden.

(Referenties op aanvraag)

Emotionele lijdensdruk

“We hebben er de buik van vol”, “ze heeft vlinders in haar buik”... Zelfs in ons taalgebruik en in onze dagelijkse ervaring vinden we aanwijzingen dat het maag-darmstelsel één van de meest reactieve orgaansystemen in het menselijk lichaam is.

*Sabine Markovitz,
psychologe*

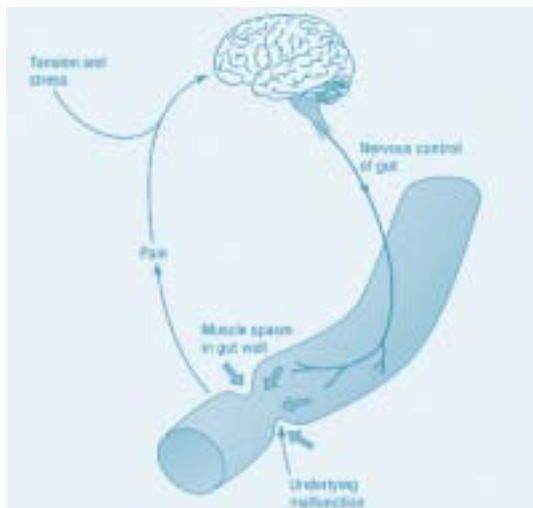


Sabine Markovitz, psychologe.

- Functionele maag-darm ziekten -

ENERZIJDZS ondervinden we dus dat emoties en psychologische stress fysiek voelbaar kunnen zijn in de buik. Anderzijds weten we vanuit onze klinische praktijk dat chronische lichamelijke (buik)klachten kunnen leiden tot een emotionele lijdensdruk en een verminderde levenskwaliteit. Bij patiënten met functionele buikklachten behoren vermijdingsgedrag, sociale isolatie, sociale fobie, seksuele dysfuncties, werkverzuim, psychiatrische comorbiditeit... tot de ernstige psychologische gevolgen.

Figuur 1 illustreert deze reciproke interacties tussen fysiologische en psychologische processen aan de hand van de zenuwcontrole tussen hersenen en darm.



Figuur 1 (Guthrie, 2002)

Functionele buikklachten bekeken vanuit een bio-psycho-sociaal model

Bij functionele buikklachten spelen naast de fysiologische ook psychologische factoren een onmiskenbare rol in het ontstaan en instandhouden van de klachten, alsook in het al dan niet stellen van ziektegedrag en hulpzoekgedrag (figuur 2).

Figuur 2 (Guthrie, 2002). Bio-psycho-sociaal model voor pathogenese en klinische expressie van functionele buikklachten.



Onder psychologische factoren verstaan we enerzijds het huidige psychosociale profiel van de patiënt (coping, psychiatrisch ziekte, sociale steun...), alsook belangrijke vroegere levenservaringen. We onthouden hierbij vooral het frequent voorkomen van seksueel misbruik bij vrouwen als belangrijke etiologische factor bij functionele buikklachten.

Deze 3 interactionele factoren bepalen in mindere of meerder mate het voorkomen van symptomen en van het uiteindelijke ziektegedrag. Deze zelfde factoren bepalen tevens ook het uiteindelijke hulpzoekgedrag. Figuur 3 poogt inzicht te geven in het hulpzoekgedrag van patiënten met functionele buikklachten. Het leert ons welke factoren mee bepalen waarom en wanneer patiënten zich tot eerste en/of tweedelijnszorg gaan richten met hun klachten.

Figuur 3:



Reattribution

Als we functionele buikklachten bekijken vanuit een bio-psycho-sociaal model, lijkt een behandeling vanuit dit model evident.

Het Reattributionmodel (Goldberg en Gask, 1989) wil hierbij een handvat aanreiken voor de klinische praktijk van de huisarts/ internist, als deel van het initiële management bij functionele buikklachten.

Reattribution omvat een "techniek die de patiënt zal stimuleren om voor zijn/haar persisterende lichamelijke klachten andere oorzaken te overwegen dan alleen lichamelijke ziekte."

Hierdoor worden onnodige onderzoeken beperkt, medisch shoppen voorkomen en een tweesporenbeleid (psyche en soma) geïntroduceerd. Daarnaast ervaren artsen deze techniek eveneens als een instrument om hun machteloosheid of ergernis te hanteren. De techniek is populair bij Nederlandse en Britse huisartsen. Men rapporteert significant positieve effecten.

Het Reattribuatiemodel omvat 3 stappen, te spreiden over 3 korte consulten:

Stap 1: Patiënt moet zich begrepen / onderzocht voelen

1. Doorvragen op lichamelijke klacht (minimum 5 minuten)
2. Letten op klachtenbeleving en klachteninterpretatie van de patiënt
3. Gericht lichamenlijk onderzoek + uitleg

Stap 2: Verbreden van de agenda

1. Samenvatten van de bevindingen in **positieve** termen:
NIET: "Ik heb niets gevonden..."
WEL: "Ik voel een normale soepelheid van de buik..."
2. Bevestigen dat de klacht reëel is. Toon interesse in de klacht:
"Ik zie dat u veel last heeft. Ik kan u gelukkig wel zeggen dat niets wijst op een ernstige aandoening. Er is geen indicatie voor verder onderzoek. Misschien moeten we nog eens verder zoeken naar een mogelijke verklaring van uw klachten".
3. Klachtendagboek introduceren, waarbij inbreng van psychosociale factoren (**figuur 4**)

Dag	Symptomen (schaal 1-10)	Situatie (waar was u mee bezig?)	Wat vindt u lastig?	
			GEVOEL	EMOTIE
di	Buikrepen 4	Groene groent.	angst om het toilet te raken	Uitbreiden 5
wo	Moeget na eten, pijn, missiek inslapen 8	Enkele dag, werken, kinderen Op en af rijden		"Het is altijd maar langer"
do	Wat eet je? 5	Wij van eten, Wat nu gaan we eten	Niets opvallend, Wat geklachten	"Ik moet dit meer moeten doen"
vr	Wat eet je? 8	Hele dag geweest 3 avonds vervoer thuis, 500kg.	Wissel	Op strand informatie gezocht over darmziekten. "Dit is toch niet meer normaal"

4. Dagboek bespreken: patiënt stimuleren om verband tussen klachten met leefsituatie te zien.

Stap 3: Verband leggen → Reattribueren

1. Verband uitleggen tussen psyche en fysio (vb. ahv. Figuur 1)
2. Verband illustreren.

Een mogelijk **vierde stap** kan aangewezen zijn bij hardnekkige ongerustheid:

1. Finale poging tot geruststelling.
2. Meest alarmerende gedachte/interpretatie van de klacht van patiënt bevragen.

3. Onderhandelen over één laatste onderzoek hierrond.
4. Onderhandelen over behandeling van ziekte-angst + doorverwijzing liaisonpsychologie/- psychiatrie.

Psychotherapeutische behandelingsmethoden

Na het initiële management door de huisarts en internist kunnen patiënten doorverwezen worden naar de psycholoog. Indicaties voor doorverwijzing voor psychotherapie zijn onder andere gebrek aan geruststelling door initiële management, aanwezigheid van chronische lichamelijke en psychologische stress waarbij de persoonlijke draagkracht kleiner is dan de huidige draaglast. Tevens kunnen patiënten met persisterende incorrecte gedachten en/of gedragingen gebaat zijn met psychotherapie. Er moet een minimale motivatie zijn om psychologische factoren in vraag te stellen.

Er zijn verschillende psychotherapeutische behandelingsmethoden die efficiënt blijken te zijn in het verminderen van de klachten, het verbeteren van de coping en het verhogen van de levenskwaliteit. In de spreekruimte van de ziekenhuispsycholoog worden meerdere technieken gecombineerd. Behandeling van functionele buikklachten is over het algemeen kortdurend (2 tot 10 sessies/uur)

Cognitieve gedragstherapie richt zich op het opsporen en aanpassen van inadequate gedachten en gedrag rond buikklachten waardoor patiënten vaak zijn geëvolueerd tot passief ziektegedrag, vermijding, sociale isolatie en preoccupatie.

Aan de hand van uitgebreide klachtenregistratie, stressmanagement, huiswerkopdrachten (alternatief actief gedrag oefenen), graduele blootstelling aan bedreigende situaties wordt actiever gedrag geïnstalleerd en kunnen angstige preoccupaties en overtuigingen uitdoven.

Hypnotherapie als techniek bij functionele buikklachten kent de hoogste succesratio wat betreft verbetering van levenskwaliteit en vermindering van klachten.

Hypnotherapie is een kortdurende verbale therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van verscheidene hypnotische technieken. Onder deze technieken verstaan we ademhalingstechnieken, spierontspanning, imaginatie, visualisatie, meditatie die door een vermindering van pols en hartslag een verminderde darm-motiliteit opleveren. Op langere termijn zou een verminderde darmsensitiviteit en dus vermindering van buikklachten kunnen optreden.

Interpersoonlijke oplossingsgerichte therapie. Deze louter gespreksmatige vorm van therapie is meest geïndiceerd bij patiënten waarbij een uitgesproken acute/chronische stressor temporeel verbonden lijkt met de lichamelijke klachten. De ervaring leert ons dat met het werken rond die stressor, de klachten vaak verminderen of uiteindelijk wegblijven (> 50% van de patiënten).

Gezien seksueel misbruik in het verleden een belangrijke uitlokkende factor is bij functionele buikklachten, kan een doorverwijzing voor langdurige therapie naar een gespecialiseerde therapeut/seksuoloog nodig zijn. ●



Prinses Astrid op bezoek

Prinses Astrid, nationaal voorzitter van het Rode Kruis, bracht op 22 februari een bezoek aan campus Sint-Jan. Ze kwam de rodekruisvrijwilligers die instaan voor de ziekenhuisbibliotheek een hart onder de riem steken. Daarnaast huldigde de prinses 'De Bloedgever' van kunstenaar Rik Poot in. Het beeld krijgt daarmee opnieuw zijn definitieve ereplaats aan de nieuwe hoofdingang van het ziekenhuis.

DE prinses en haar gevolg werden in de inkomhal opgewacht door voorzitter Jo Vandeurzen, provinciegouverneur Hilde Houben-Bertrand, burgemeester Jef Gabriëls en directeur-generaal van het Rode Kruis prof. dr. Philippe Vandekerckhove.

Prof. dr. Philippe Vandekerckhove beet de spits af met een welkomsttoespraak. Hij diepte kort de geschiedenis van bloedtransfusie in Genk op, een verhaal met meerdere hoogtenpunten: het bloedtransfusiecentrum opende in 1951 in een kamertje in het oude Sint-Jansziekenhuis. De activiteiten namen spoedig uitbreiding en in 1968 werd gestart met een mobiele eenheid en met de eerste plasmaferese. In 1985

kwam prins Albert het nieuwe bloedtransfusiecentrum inhuldigen. In 1988 werd kunstenaar Rik Poot aangezocht om een bronzen beeld te maken als eerbetoon aan de vrijwillige bloed- en plasmagevers (zie coverfoto).

Het is dat beeld dat prinses Astrid na 17 jaar opnieuw mocht inhuldigen. Door de uitbreiding van het ziekenhuis aan de voorkant met de J-blok moest het immers een nieuwe plaats krijgen.

Voorzitter Vandeurzen stelde prinses Astrid vervolgens de medewerkers en directie van het ZOL voor en nodigde haar uit voor een bezoek aan de kinderafdeling. Diensthooft dr. Francis Lemmens nam het voortouw en begeleidde de prinses naar de nieuwe speelzaal op Pediatrie.

Daar wachtte voorleesouder Wis Nivelles om voor te lezen uit de Rommeldraak. Het voorleesproject is in 2000 op de kinderafdeling gestart en biedt ontspanning en verstrooiing aan heel wat zieke kinderen. De prinses maakte ook kennis met de rodekruisvrijwilligers die in het ZOL instaan voor de ziekenhuisbibliotheek.

Omdat er nog een klein beetje tijd over was, ging de prinses nog graag langs de Materniteit. Om het ontspannen en feestelijke bezoek aan het ziekenhuis af te ronden was er nog een receptie. Een deel van het gezelschap begeleidde de prinses uiteindelijk nog verder naar de Sfeer en 't Huis, twee opvangthuizen voor kansen in Genk. ●

Thomas Hodgkin (1798 – 1866)

In 1832 ontdekt Hodgkin het naar hem genoemde "Hodgkin lymfoma", een kwaadaardige woekering van witte bloedcellen.

Het verhaal

De Quakers

Thomas Hodgkin wordt op 17 augustus 1798 in Pentonville, Middlesex geboren als derde van vier zonen. Zijn ouders leven er naar de strikte regels van de Victoriaanse Quakers die als enige bron van geloof, het 'innerlijke licht' aanvaarden. Dat 'inward light' is hen door de H. Geest geopenbaard en buiten dat licht erkennen ze geen enkel gezag, ook niet dat van de Rooms-Katholieke kerk.

Door ditzelfde licht aangevuurd zeilt in die dagen een hooggeschoold en gefortuneerd man, een zekere meneer Penn, de Atlantische oceaan over om in Amerika een loepzuivere sekte van Quakers te stichten. Hij koopt er een immens stuk land dat hij naar zijn naam 'Pennsylvania' doopt en plant er een hoofdstad in, Philadelphia (broederlijkheid).

Twee van Thomas' broers sterven op jeugdige leeftijd en de twee overblijvende zonen krijgen een Spartaanse opvoeding. Genotmiddelen, dansen en romans lezen zijn verboden en studeren moet in de grootste stilte. Zo leert Thomas diverse talen spreken waaronder het Latijn, Frans, Italiaans, Duits en Spaans.

Eerste liefde

Maar de belangstelling van de jonge Thomas gaat vooral uit naar iets wat volkomen nieuw is in die tijd: mechanica en elektriciteit. Die interesse deelt hij met een niet onaantrekkelijke nicht van hem, Sarah Adler. Groot is de consternatie bij zijn ouders en de Quakers als die wederzijdse 'aantrekking' aan het licht komt. 'Wat? Liefde? Een huwelijk tussen bloedverwanten? Never!' Dat ene woord raakt Thomas zo diep in zijn ziel dat hij geen raad meer weet met zichzelf en het liefdesvuur hoger oplaait dan ooit tevoren.

Vrij laat, op 21 jarige leeftijd, vat hij de geneeskundige studie aan in 'The United Hospitals of St. Thomas's and Guy's'. Een jaar later trekt hij naar de universiteit van Edinburgh waar hij in een brief aan zijn ouders de lamentabele manier van lesgeven aan de kaak stelt. Ook Charles Darwin zal daar later zijn beklag over doen.

Om zijn kennis te verruimen, reist Thomas in 1821 naar Frankrijk en komt er in contact met René Théophile Hyacinthe Laënnec en diens stethoscoop (ZOLarium nr.8). Terug in Londen geeft hij voor de 'Physical Society' van het

Guy's Hospital een lezing over die 'Franse luisterbuis' maar wordt er met de spreekwoordelijke Britse scepsis onthaald. Een goede vriend van hem, William Stroud, ziet toch wat in die buis en ontwikkelt er later een flexibele variant van.

Eerste aanstelling

Na zijn diploma in Edinburgh trekt Thomas naar Italië waar hij toevallig in contact komt met de patriarch van een zeer welstellende joodse familie, Sir Moses Montefiore. Die rijke 'Jewish Pope' zal nog van zich laten horen.

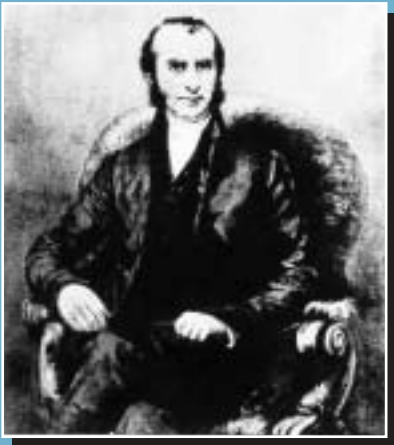
In December 1825 wordt Thomas lid van de 'Royal College of Physicians of London' maar ziet dit lidmaatschap niet in klinkende munt betaald. Integendeel. Hij wordt aangesteld als dokter in 'The London Dispensary', een soort publieke spoedgevallendienst voor de armsten onder de armen. Omdat hij zich daar dag en nacht pro deo inzet, neemt hij het niet dat zijn oversten hem, twee jaar later, zomaar onterecht een ziekteverzuim aansmeren.

Onmiddellijk kapt hij met dat onbezoldigd baantje en wordt lesgever anatomie aan het Pathologisch instituut van het Guy's Hospital. Tevens wordt hij curator van het bijhorend museum. Wild enthousiast over de mooie verzameling weckpotten aldaar publiceert hij in 1829 een catalogus van de niet minder dan 1.677 stuks. 'The morbid anatomy of serous and mucous membranes' bezorgt hem binnen de kortste keren een grote reputatie als patholoog.

Filantropie

Van huis uit is Hodgkin geen zakenman. Als hij zich eens een nacht lang uitslooft om een gegoede burger het leven te redden, is die man nadien zó dankbaar, dat hij een blanco check uitschrijft. De dag nadien aarzelt Hodgkin even boven het lege vakje en vult dan daar de belachelijke som van 10£ in.

Van nature is Hodgkin wel een sociaal bewogen man. Hij wil mensen genezen, wie ze ook zijn, rijk of arm. Zo vat hij ook een bijzondere interesse op voor de buiten-Europese volkeren die met uitroeiing bedreigd zijn omwille van de verpletterende politieke, commerciële en culturele hegemonie van Europa. Als stichtend lid van de 'Foreign Aborigines Protection Society' ontfermt hij zich over het lot van de



Canadese Indianen en de inboorlingen van Afrika. In diverse geschriften zet hij zich af tegen elke vorm van slavernij en speelt een belangrijke rol in de afschaffing ervan.

Daarnaast ontpopt hij zich als een pionier in de preventieve geneeskunde. In 1841 schrijft hij in een traktaat *'On the means of promoting and preserving health'* over het belang van gezonde lucht, netheid van kledij, training van spieren en geestelijke zuiverheid. Hodgkin is ook een van de eerste geneesheren die het opneemt tegen het roken van tabak.

Ontgoocheling

Ondanks zijn veelzijdige talenten grijpt Hodgkin naast elke titel. Zijn strenge levensstijl, zijn sociaal engagement tegenover de armen, zijn anti-slavernij artikels en zijn constant gehamer op de broodnodige hervormingen in de medische opleiding maken hem weinig populair onder collega's. Ook zijn uiterlijke verschijning wekt weinig sympathie op. Als gedreven lid van de Quakers draagt hij steeds dat zwarte, tot op de voeten hangende lange gewaad.

Het einde van zijn carrière in het Guy's Hospital valt samen met de dood van James Cholmeley, die de starre stetoscoop van Laënnec als bloemenvaas gebruikte. Thomas Addison (bekend om zijn bijnierschorsinsufficiëntie) zoekt een assistent en Hodgkin stelt zich kandidaat. Maar er is een andere kandidaat in het spel, een zekere Benjamin Babington, die als grootste verdienste heeft de zoon van zijn vader te zijn. Vader William Babington is er jarenlang een respectabel en geliefd arts geweest en genoot grote populariteit onder de studenten. Daarenboven is Babingtons zuster de eerste vrouw van Richard Bright (de man van de nefritis met psychische stoornissen), ook een coryfee aan het Guy's. Ondanks alle lobbywerk van vrienden gaat de vacante post naar Babington junior. Daags nadien verlaat Hodgkin met slaande deuren het Guy's Hospital om er nooit meer terug te keren.

Ziekte van Hodgkin of Wilks?

De 10de januari van het jaar 1832 trekt de 34 jarige Hodgkin naar de 'Medical and Surgical Society' van Londen en geeft er een proefschrift af over enkele gevallen van *'lymphogranuloma malignum'*. Omdat hij geen lid is van het

genootschap mag hij de tekst niet zelf voorlezen. Een secretaris doet het dan maar in zijn plaats voor een niet al te grote opkomst van 8 man. Tja, buiten was het toevallig een weertje om geen hond door te jagen.

Maar ook zijn latere publicatie *'On some morbid appearances of the absorbent glands and spleen'* in het tijdschrift van het hooggeroemde genootschap vindt geen weerklank. Tot 33 jaar later, en 1 jaar voor zijn overlijden, een andere Britse arts, Samuel Wilks, geheel onafhankelijk en met wat grotere precisie, hetzelfde ziektebeeld beschrijft. Toevallig stuit Wilks even later op de oude manuscripten van Hodgkin en geeft ere aan wie ere toekomt. Hij noemt het ziektebeeld: *'Cases of enlargement of the lymphatic glands and spleen, or, Hodgkin's disease'*.

De originele preparaten van het *'lymphogranuloma malignum'* staan ondertussen nog steeds op formol in het Guy's Hospital te Londen. Zestig jaar na de dood van Hodgkin worden ze bij wijze van wetenschappelijke nieuwsgierigheid aan een histologisch onderzoek onderworpen. De test valt een beetje tegen omdat de revisoren de diagnose 'Hodgkin lymfoma' slechts in 3 van de 7 gevallen kunnen bevestigen. De andere gezwellen zijn non-Hodgkin lymfomen en er is zelfs 1 geval van tuberculose bij.

Oude liefde roest niet

Terug in de tijd, meer bepaald in het jaar 1836, vlamt het vuur van Hodgkins' eerste liefde opnieuw op als de man van Sarah Adler aan een beroerte bezwijkt. Na de begrafenisplechtigheid ziet Thomas zijn kans schoon om zijn mooie en intelligente nicht alsnog in het huwelijksbootje te lokken maar de Quakers zeggen andermaal: 'Never!'

In een vlaag van razernij schrijft hij een vlammend artikel: *'On the rule which forbids the marriage of first cousins'* maar het zijn woorden in de wind en de romance sterft een stille dood in 1847.

Twee jaar later, op 3 januari 1849 huwt hij een andere Sarah –alsof die naam iets vurigs in zich draagt - Sarah Frances Callow, ook weduwe. Ze breng haar twee zonen in het gezin. Zelf verwekt Thomas er geen een.

Tropisch einde

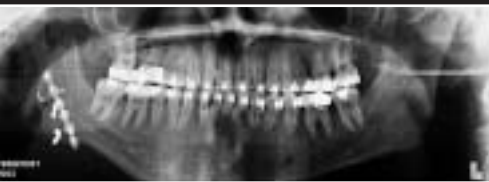
Ondanks zijn lidmaatschap in diverse medische genootschappen trekt Hodgkin zich meer en meer terug uit de geneeskunde en wijdt zijn verdere leven aan filosofie, geografie en etnologie. Hij wordt lid van the *'Royal Geographical Society'* en speelt een voorname rol in de oprichting van *'The Ethnological Society'* in 1843. Daar vat hij opnieuw contact op met zijn oude vriend en succesvolle zakenman, Sir Moses Montefiore, en samen trekken ze naar het verre Oosten.

Op een dag doet Hodgkin in Jaffa (nu Tel-Aviv) een kwalijke dysenterie op. Hij wordt opgenomen in het huis van een Britse diplomaat maar sterft er op 4 april 1866. Op een klein protestants kerkhof laat 'The Jewish Pope' een gigantisch grote obelisk op zijn gebeente zetten met de inscriptie: *'Here rests the body of Thomas Hodgkin M.D. of Bedford Square, London. A man distinguished alike for scientific attainments, medical skills and self-sacrificing philanthropy'*.

Dr. Johan Van Robays



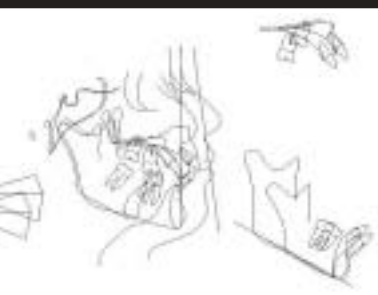
Dit is een patiënte met een costochondrale greffe: ze kreeg haar mond niet open omdat haar kaak vergroeid was aan de schedelbasis. De ankylose wordt verwijderd en de kaak wordt vervangen door een rib. Na de groei wordt de bovenkaak verbreed en vervolgens worden de kaken gecorrigeerd. Er volgt ook een orthodontische behandeling. Het eindresultaat spreekt voor zich!



'Korte

De dienst MKA bestaat 15 jaar. Naar aanleiding van het jubileum werd op 2 december 2004 een congres georganiseerd onder de titel 'Korte verhalen'. Onder ruime belangstelling behandelden dr. Schepers, dr. Vrielinck en dr. Politis de voornaamste topics uit hun vakgebied. Een hele dag lang wisselden zij elkaar af achter het spreekgestoelte en brachten een 100-tal korte verhalen uit hun praktijk. Deze en andere verhalen werden bovendien gepubliceerd in een dikke syllabus en op CD-rom.

Dr. Constantinus Politis



verhalen'

DE dienst MKA startte zijn activiteiten op 1 januari 1989 in het toenmalige Sint-Jansziekenhuis. Dr. Constantinus Politis was full-time in het ziekenhuis aanwezig sinds 1 augustus 1988, maar op dat ogenblik ontbrak nog iedere infrastructuur. In een ongelooflijk tempo en met inbreng van zowel het Bestuur als de Medische Raad kon vrij snel een basisinfrastructuur tot stand gebracht worden. Van bij de klinische opstart op 1 januari 1989 vervoegde dr. Luc Vrielinck de dienst. Dr. Schepers versterkte de dienst op 1 juli 1995. De volgende uitbreiding wordt voorzien voor einde 2006.

Activiteiten

De dienst MKA heeft circa 16.000 patiëntencontacten per jaar, waarvan 3.400 ingrepen onder algehele narcose, verspreid over de 3 campi van het ZOL. Kenschetsend voor de evolutie sedert 1989 is de afname van de zware verkeersongevallen die zo vaak binnen werden gebracht in het St.Jansziekenhuis. Hiermee samenhangend was er een afname van de zware gelaatstraumata. Anderszijds is er een sterke toename geweest van méér electieve chirurgie van mond-, kaak- en aangezicht. Hierbij gaat onze aandacht vooral uit

naar functionele chirurgie van mond-, kaak- en aangezicht en slechts uitzonderlijk naar zuiver esthetische indicaties. Zowel de gehele botchirurgie van het aangezicht en de kaakbeenderen, maar ook de chirurgische weke-delen problematiek van hoofd- en hals en de congenitale gelaatsafwijkingen komen ruim aan bod in het vakgebied MKA.

Toegankelijkheid

MKA is een bij uitstek klinische dienst met veel spoedgevallen, verwezen vanuit de tandheelkundige praktijken.



Dr. Schepers.



Dr. Vrielinck.



Dr. Politis.

Overdag worden deze opgevangen binnen de klinische werkuren. Patiënten kunnen iedere werkdag terecht voor behandelingen tussen 8 en 20 uur. Er zijn bovendien bijzondere raadplegingen op dinsdagavond (tot 23 uur), op zondagavond (gereserveerd voor bijzondere pathologie of voor gesprekken met een patiënt die in een rustig kader moeten plaats vinden) en op zaterdagvoormiddag.

Spoeedgevallen

Ondanks deze ruime toegankelijkheid overdag en in de vooravond, blijft de nachtrust vaak verstoord. Zo werden in 2003 ruim 1200 contacten geregistreerd als 'spoed' hetzij in het weekend, hetzij tussen 21 en 8 uur 's ochtends. De wachtdienst vormt voor een klinische dienst de zwaarste fysieke belasting van een praktijk. Dit wordt helaas zelden of nooit onderkend, laat staan geapprecieerd in ons gezondheidszorgbestel. Wat dit betreft hebben klinische diensten nog een hele weg af te leggen.

Nieuwe technieken

MKA is een relatief jong vakgebied waarbij op relatief korte termijn bepaalde ingrepen obsoleet worden en vervangen worden door nieuwere technieken. Het is niet makkelijk om deze snelle evolutie bij te benen. Vandaar het belang om de dienst op tijd en stond te verjongen met stafleden die deze nieuwe technieken beheersen. De nieuwe technieken in ons vakgebied voor de nabije toekomst situeren zich vooral in het gebied van gecontroleerde navigatie, sleutelgattechnieken en ingrepen die vooraf gesimuleerd zijn

op 3D-reconstructies van ct-scans van het operatiegebied. Ook de chirurgische lasers beginnen eindelijk uit te rijpen, maar we wachten met deze technologie tot het toepassingsgebied voldoende verruimt. Nieuwe distractie-technieken maken vooral het verschil in congenitale afwijkingen.

Bijzondere tandheelkunde

Naast de drie stafleden-geneesheren werken er vier gespecialiseerde tandartsen mee op de dienst, ieder met een eigen specialisatie. Marc Pauwels heeft een aanvullende opleiding in endodontie en dentale traumatologie. Marleen Quathoven is tandarts en juriste. Benjamin Vaninbroekx heeft bijkomend forensische tandheelkunde gedaan. Ann Loncke tot slot, die dit jaar het team heeft vervoegd, is tandarts én protheticus. Gewone tandheelkunde komt niet aan bod. Enkel patiënten die door tandartsen verwezen worden, kunnen behandeld worden. Het gaat hierbij enerzijds om bijzondere tandzorgen die in de routinepraktijk niet gangbaar zijn en anderzijds om gewone tandzorgen bij bijzondere patiënten (gehandicapt, syndromen, trismus, medisch-risicopatiënten).

Regionale samenwerking

De verwijzers zijn in hoofdzaak tandartsen en in de tweede plaats huisartsen. De dienst is vooral regionaal verankerd, maar ziet een supra-regionaal verwijzingspatroon voor bepaalde domeinen: orthognathische heelkunde, reconstructies en schedelbasis-implantaten bij extreem atrofische kaakbeenderen, tandtransplantaties.

Samenwerking met de derde lijn

De stafleden MKA werken nauw samen met het LUC, in casu met de dienst van prof. Ivo Lambrechts voor onderzoek in verband met tandpulpabiologie. Verder is er een bijzonder nauwe samenwerking met UZ-Gent waar dr. Serge Schepers consultant is voor de congenitale pathologie en hieraan om de 14 dagen één operatiedag aan besteedt. Dr. Luc Vrielinck heeft een zeer nauwe samenwerking met de dienst prothetische tandheelkunde van de KUL inzake navigatietechnieken bij prothetisch-chirurgisch herstel van edentate kaakzones. Ook met de diensten MKA van zowel de KUL als de UCL zijn er erg nauwe banden. Daarnaast zijn er samenwerkingsinitiatieven met de collegae uit de ziekenhuizen ZMK en McNOL.

Toekomst

Op organisatorisch vlak moet de digitalisatie van de volledige klinische praktijk zeker haalbaar zijn binnen de komende vijf jaren. Op medisch gebied kent het vakgebied verdere groei in de verzorging van de oudere patiënt die niet meer aanvaardt mond-kreupel te zijn. Maar ook de verzorging van patiënten met mondkanker zal bijzondere aandacht genieten in de komende jaren. Daarnaast zal de aandacht vooral uitgaan naar méér gecontroleerde navigatiechirurgie én sleutelgattechnieken. Zonder twijfel zal dit de veiligheid van operatieve technieken verhogen, het comfort van de patiënt verbeteren én hopelijk de verblijfsduur van de patiënt in het ziekenhuis verder inkorten. ●

Een 'afgedankte' mobiele microscoop van de dienst NKO ging afgelopen maand naar de afdeling anatomie van het LUC in het kader van de recente samenwerkingsovereenkomst. "Het is een prachtig exemplaar dat hier goed van pas zal komen," aldus prof. Marjan Vandersteen. Als tegenprestatie kunnen de assistenten van NKO in het LUC gaan oefenen op anatomische preparaten.

NKO-microscoop naar LUC

DE samenwerkingsovereenkomst tussen het ZOL en het LUC werd afgelopen jaar geofficialiseerd. Onderzoekers van het ZOL krijgen toegang tot de gespecialiseerde infrastructuur of databanken van het LUC en omgekeerd kunnen onderzoekers gebruik maken van de vele mogelijkheden van de kliniek.

Voor het academiejaar 2005-2006 zijn er reeds enkele concrete afspraken. Zo zullen laatstejaars van de masteropleiding biomedische wetenschappen en applied statistics hun eindwerk maken in het ZOL. Ook de samenwerking tussen het labo histologie en de respectievelijke labo's anatomopathologie is reeds een feit.

Ook de neus-keel-oor-artsen hebben met het sturen van een operatiemicroscoop een concreet project. Dr. Lemkens: "De microscoop was bij ons al enkele jaren niet meer in gebruik. En als consultatiemicroscoop was hij te groot. Nochtans scheelde er niets aan. Het is een manueel instrument met een zeer goede optiek. Na goedkeuring door de directie hebben we hem naar de anatomen van het LUC gebracht."

De assistenten van NKO kunnen de microscoop gebruiken om in het LUC op anatomische preparaten te leren boren onder begeleiding van een stafid NKO. Dr. Lemkens: "Het oor heeft zowat de moeilijkst te benaderen anatomie van het lichaam omdat het geheel in bot zit ingebed en er belangrijke zenuwstructuren en het binnenoor in de buurt zijn. Je moet de anatomische kenmerken van het oor echt leren 'vinden' door ervaring op te doen. Hetzelfde geldt voor neuzen. De chirurg moet zeer goed uitkijken want bij een neusoperatie boort hij tot tegen de schedelbasis die hier bijzonder dun is. Ook om dit te leren aan onze assistenten maken we dankbaar gebruik van de schedels die het LUC ter beschikking stelt. Dit boorlabo is voor onze opleidingsplaats NKO een meerwaarde die men nergens in de periferie kan aanbieden."

De dienst NKO heeft verder nog een samenwerkingsproject met de afdeling statistiek van het LUC. Dr. Lemkens: "We onderzoeken wat de invloed van tonsillectomie is op antibioticagebruik. We hebben cijfers van twee jaar tonsillectomies in Vlaanderen met gegevens over het antibioticagebruik een jaar voor het verwijderen van de amandelen en een jaar erna. Het LUC werkt de resultaten voor ons statistisch uit."

Dr. Lemkens: "In het ZOL zijn er al heel wat geneesheren die met het LUC samenwerken. Het is goed voor een ziekenhuis dat het een



De assistenten van NKO kunnen de microscoop gebruiken om in het LUC op anatomische preparaten te leren boren onder begeleiding van een stafid NKO.

Foto LUC

wetenschappelijke poot heeft waar geïnteresseerden terecht kunnen voor onder andere verder onderzoek. Uiteraard moet je onderzoekers vinden met gelijklopende interesses. Dat moet stilaan groeien. Als wij nu regelmatig in het LUC binnenlopen om te gaan werken in het boorlabo of zij komen naar het ZOL zal dit ongetwijfeld voor contacten zorgen die in de toekomst nog andere projecten kunnen opleveren."

Wordt ongetwijfeld vervolgd. ●

De Palliatieve Eenheid van het ZOL bestaat 10 jaar. Ter gelegenheid van deze verjaardag organiseert de dienst het tweede congres palliatieve zorg op vrijdag 22 april.

10 jaar Palliatieve Eenheid

De start van de Palliatieve Eenheid, nu tien jaar geleden, was destijds geen evidentie. Er was behoorlijk wat idealisme mee gemoeid vermits er geen financiering voorhanden was, noch voor infrastructuur of personeel. Met de steun van het OCMW en de vzw Palliatieve Zorg is men uiteindelijk gestart op 11 januari 1995. De Eenheid beschikte toen over zes bedden en functioneerde volledig autonoom.

Pierrot Smets, hoofdverpleegkundige Palliatieve Eenheid

HET eerste jaar werden er 47 zieken opgenomen en het aantal opnames blijft nog steeds stijgen. In 2002 werd, omwille van de almaar groeiende vraag, het aantal bedden uitgebreid van zes naar acht. De Eenheid verhuisde van Heiderust naar campus André Dumont. In 2004 is er om dezelfde redenen een negende bed bijgekomen.

We mogen zeker stellen dat de Palliatieve Eenheid niet meer weg te denken is uit het ZOL en het netwerk Palliatieve Zorg Limburg. Ook de palliatieve filosofie heeft zich de afgelopen jaren steeds meer verspreid binnen het ziekenhuis. Dit met de hulp van de professionele equipe van het Palliatief Support-team en de referentieverpleegkundigen palliatieve zorg. In loop der jaren werd niet alleen vastgesteld

dat het aantal opnames is gestegen maar ook dat het profiel van de zieke is gewijzigd. Naast de terminale kankerpatiënt worden ook steeds meer niet-oncologische patiënten opgenomen.

Daarnaast mag ook gesteld worden dat er een zorg werd uitgebouwd die zich richt naar de totale zieke, naar de mens achter de zieke. De pijn en symptoomcontrole lukt steeds beter en ook de waarde van psychische en psychosociale bijstand is een tastbaar gegeven geworden op de Eenheid.

Nieuwe uitdagingen voor de Eenheid zijn zeker de verdere bekwaamheid op het vlak van pijn- en symptoomcontrole (rotatie), de benadering van refractaire symptomen en het omgaan met euthanasievragen of wilsverklaringen. ●

Het tweede congres Palliatieve Zorg vindt plaats op vrijdag 22 april in de aula van het ZOL en wordt georganiseerd voor artsen, verpleegkundigen en paramedici met interesse in de palliatieve zorg.

Het programma vindt u op <http://www.zol.be/zorgverleners/symposia.asp>. Inschrijven kan op het e-mailadres: claudine.vandermaele@zol.be of tel. 089/32.55.13



Foto Tony Van Galen

VOOR de verwijzers organiseert de Wetenschappelijke Raad van het ZOL in het kader van het jubileum op donderdag 21 april het symposium:

'Multidisciplinaire en transmurale aanpak van pijn bij oncologische en palliatieve patiënten'.

Pijn is bij patiënten met oncologische aandoeningen en bij patiënten in de palliatieve fase niet alleen het meest voorkomende symptoom; het is het symptoom dat bovendien ook het meeste weerslag heeft op de kwaliteit van leven. Bovendien wordt er nog steeds te veel pijn geleden, pijn die voor een zeer belangrijk deel en in grote mate te verbeteren is. Om deze reden vonden wij het belangrijk om het onderwerp van 'pijn' te kiezen voor deze wetenschappelijke raad die ook deel uitmaakt van het symposium 'Tien jaar Palliatieve Zorg in het ZOL'

Pijn wordt onderbehandeld, ook in het ZOL. Dit was de reden om samen met de arts en verpleegkundigen van het Palliatief Supportteam en de artsen van het multidisciplinair pijncentrum een 'Pijnprotocol' te maken voor alle zorgverleners in het hele ziekenhuis. In de eerste lezing zal ik, als arts van het Palliatief Supportteam, dit pijnprotocol aan u voorstellen.

De laatste tijd zijn er andere en meer analgetica ter beschikking gekomen, vooral op het vlak van opioïdanalgetica en co-analgetica zijn er

nieuwe moleculen en nieuwe indicaties. Dit aspect van pijnmedicatie zal belicht worden door dr. Kris Vissers, pijnspecialist.

Naast de 'klassieke' pijnmedicatie kan men ook interventionele technieken gebruiken voor de behandeling van kankerpijn. Het is belangrijk om tijdig te denken aan deze interventionele technieken gezien ze een zeer belangrijke plaats hebben bij de 'moeilijke' pijnsyndromen en de opioïdhoofddoel vaak kunnen verminderen. Dr. Martine Puylaert, pijnspecialist, behandelt de mogelijkheden van de interventionele pijnbestrijding.

De transmurale aanpak en het verzekeren van continuïteit tussen ziekenhuis en de thuissituatie is voor de patiënt zeer belangrijk. Palliatieve ondersteuning in de thuiszorg is in België zeer goed uitgebouwd. Dr. Joke Bossers geeft een overzicht van de organisatie en mogelijkheden van ondersteuning die door het 'Netwerk Palliatieve Zorg Limburg' en 'Pallion', de thuishelp van het Netwerk, kunnen geboden worden aan patiënten en hun familie, verpleegkundigen en huisartsen.

Dr. Anne Beyen

Het symposium 'Behandeling van pijn bij oncologische en palliatieve patiënten' van de Wetenschappelijke Raad van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) vindt plaats op donderdag 21 april om 20 uur stipt in de aula van het ZOL, campus Sint-Jan, Schiepse Bos 6 - 3600 Genk.

" Dementie is behandelbaar geworden "

Tegemoet komen aan de behoeften van een vergrijzende bevolking is meer dan een uitdaging. Het multidisciplinair geheugencentrum probeert een gepast antwoord te bieden voor bejaarden met geheugenproblemen.

DE verschillende technische en functionele testen, noodzakelijk voor een goede diagnose in verband met geheugenproblemen, verplichten het de patiënt binnen een klassieke raadpleging vaak meermaals terug te gaan naar het ziekenhuis. Aangenaam is dat niet. In het multidisciplinair geheugencentrum worden de onderzoeken op elkaar afgestemd en het bezoek aan het ziekenhuis voor de patiënt beperkt.

Dr. Hugo Daniels, algemene inwendige geneeskunde en geriatrie, is verantwoordelijk voor het geheugencentrum. "We hebben ruim vijf jaar ervaring met dementen binnen de algemene raadpleging geriatrie. Omdat het aantal patiënten sterk toenam, hebben we onze aanpak meer gestructureerd en interdisciplinair georganiseerd. We werken nu met drie internisten-gerieters: dr. Beyen, dr. Caenen en ikzelf. Ook dr. Burin, ouderenpsychiater, heeft een belangrijke inbreng. Dr. Wibail, neuroloog, is gedetacheerd voor een neurologische input."

"Ook wat betreft discipline werken we interdisciplinair: de psychologen Guido Van Hamme en An Van Knippenberg en de sociaal verpleegkundigen Annick Jeunen en Wendy Brouwers zijn betrokken vanaf de start van het centrum."

"Een multidisciplinaire raadpleging vraagt heel wat organisatie. Vera

Vanroye doet het secretariaat en zorgt ervoor dat alles op elkaar wordt afgestemd en in goede banen wordt geleid."

Een geheugenassessment is dus heel wat 'meer' dan wat geheugentestjes doen en medicatie voorschrijven?

Dr. Hugo Daniels: "De meeste dementerenden zijn hoogbejaarden. Bij deze groep is er altijd een interactie tussen het psychische en het fysische. Je kunt het geheugen niet isoleren van het lichamelijke. Onze patiënten krijgen een volledig geriatrisch onderzoek omdat ze naast hun dementie vaak ook nog met andere problemen kampen. Wij zien bijvoorbeeld regelmatig nieuwe diabetici in de geheugenraadpleging. Het is evident: je moet de mensen lichamelijk zo goed mogelijk houden want dit heeft een weerslag op hun geestelijke gezondheid. En zoals eerder gezegd: ook voor de sociale dimensie hebben we ruim aandacht."

Waarom is de raadpleging multidisciplinair?

Dr. Hugo Daniels: "Om verschillende redenen. De diagnose van dementie stel je via uitsluiting. Je moet weten of er geen andere ziekten meespelen. Zo niet moet je uitzoeken om welke vorm van dementie



Foto MD

het gaat. Je hebt dus vanuit verschillende hoeken input nodig. Patiënten komen terecht bij de geriater (aanmeldpunt) en worden eventueel verwezen. De neuroloog is bijvoorbeeld aanwezig om specifieke neurologische pathologieën uit te sluiten (Parkinson, ischemische hersenpathologie, vasculaire dementie) en bijkomend advies te geven in de diagnosestelling. De depressieve patiënt gaat naar de psychiater."

"Daarbij komt dat de terugbetalingsprocedure van de medicatie bijzonder zwaar is. De vereiste documenten invullen, dat kan je als arts niet alleen. Patiënten van de geheugenraadpleging komen bij de sociaal verpleegkundige, de psycholoog, de psychiater en de geriater. Er moet uiteindelijk een document opgemaakt worden voor het RIZIV dat ondertekend wordt door een huisarts en door een geriater."

Wat is het profiel van de patiënt van de geheugenraadpleging?

Dr. Hugo Daniels: "De meeste patiënten zijn hoogbejaard en komen op verwijzing van de huisarts. Of de familie stuurt een patiënt omdat er thuis functionele problemen ontstaan. Het fatalisme dat vroeger bestond rond dementie, verdwijnt langzaam nu de ziekte behandelbaar of ten minste controleerbaar geworden is."



Fig. 1

"Het is belangrijk dat je mensen geruststelt als hun angst ongegrond is. Maar als het wel om dementie gaat, moet je de diagnose zo snel mogelijk kunnen stellen. Wie te lang wacht, mist kansen voor een effectieve behandeling. Wat de therapie ook is - een fundamentele behandelingstherapie of een symptomatische therapie - ze is altijd effectiever als ze vroeg wordt opgestart."

“Maatschappelijk bekeken is dementie een ziekte die in opmars is. Ze komt relatief weinig voor tot 75 jaar, maar vanaf 80 à 85 jaar komt ze zeer snel op. We kennen momenteel een snelle toename van de hoogbejaarden, zeker in Limburg waar de vergrijzing van de bevolking een inhaalbeweging kent (Fig. 2). Volledig gelijklopend daarmee nemen ook het aantal dementerenden toe (Fig. 3).”

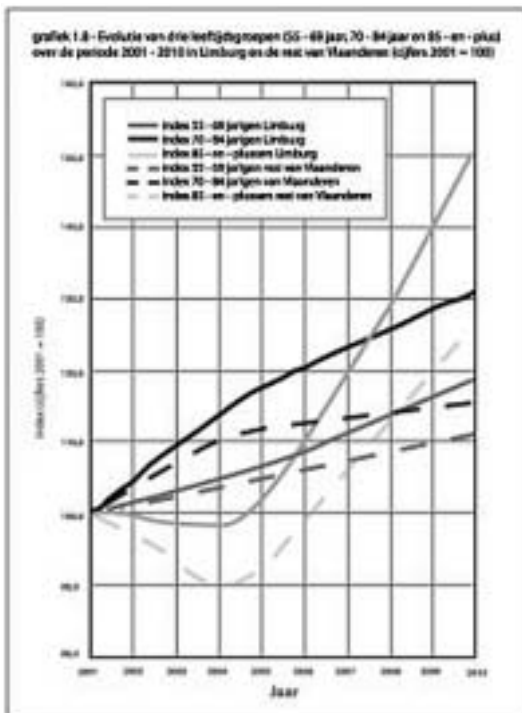


Fig. 2 De vergrijzing verloopt sneller in Limburg dan in de rest van Vlaanderen.

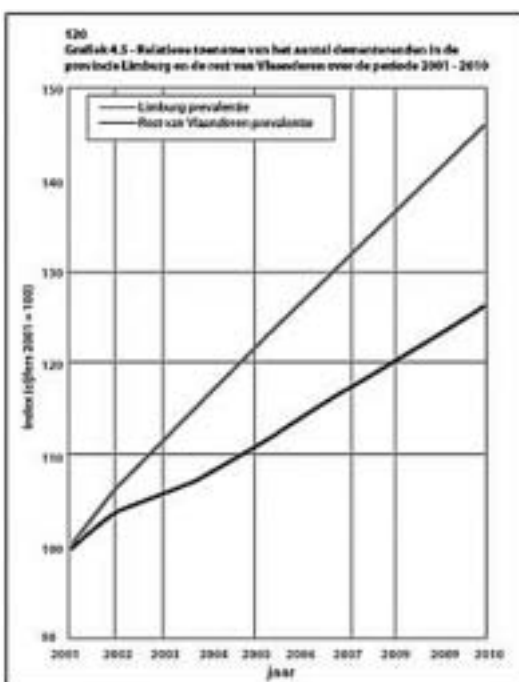


Fig. 3 Het aantal dementerenden neemt toe naarmate de bevolking ouder wordt.

Het probleem met dementie is ook dat het niet de patiënt alleen treft?

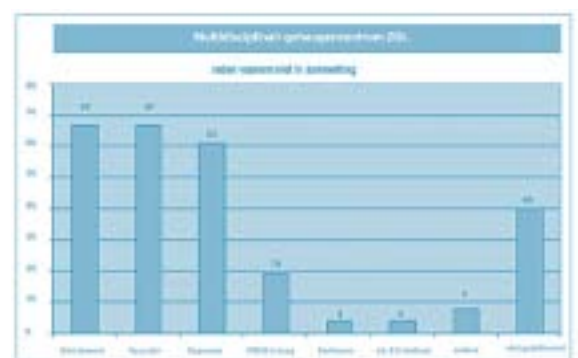
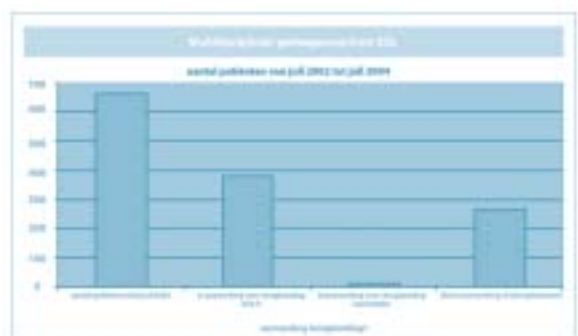
Dr. Hugo Daniels: “De demente sleurt de hele biotoop van de patiënt mee in het ziekteproces en de beleving ervan. Omdat hij zorg en hulp nodig heeft en omdat er problemen optreden met financiën en andere facetten van zijn leven. Men weet bijvoorbeeld dat depressie veel meer voorkomt bij mantelzorgers dan bij de dementerenden zelf. En dan zitten ze beiden in de knoei. In die context speelt de psycholoog een belangrijke rol. Hij helpt de mantelzorger de eerste diagnose verwerken en leert hem omgaan met de dementerende. De sociaal verpleegkundige is belangrijk om de zorg te optimaliseren: heeft de familie alles waar ze recht op heeft, is de thuiszorg optimaal, wat zijn de toekomstmogelijkheden?”

Wat veroorzaakt de geheugenproblemen?

Dr. Hugo Daniels: “Er zijn vier grote ziektebeelden die aanleiding kunnen geven tot geheugenproblemen namelijk dementie, depressie, verwardheid of lichamelijke problemen. Als het inderdaad om een dementie gaat, moet je zoeken naar de oorzaak. Is deze te behandelen? Gaat het om een vasculaire dementie of een Alzheimerdementie die je symptomatisch kan aanpakken?”

Ondertussen werd er al heel wat medicatie voor dementie ontwikkeld?

Dr. Hugo Daniels: “Recent bestaat heel wat medicatie waarmee je de ziekte kan stabiliseren of zelfs tijdelijk verbeteren. Dat geeft perspectieven. Maar we weten nooit vooraf bij welke patiënt de medicatie aanslaat. We weten wel dat 50% van de patiënten minstens stabiliseert. Daarnaast zitten we in België met heel wat terugbetalingsproblemen. Financieel is het plaatje minder positief. Voor mensen die van een pensioen leven en meestal ook nog andere aandoeningen hebben, is het niet haalbaar om de medicamenten zelf te financieren.”





Met welke projecten zijn jullie bezig in het ZOL?

Dr. Hugo Daniels: "Wereldwijd worden er veel inspanningen gedaan om nieuwe, efficiënte medicamenten te ontwikkelen. Onze dienst neemt deel aan verschillende studies maar ook aan onderzoeken in verband met geheugentesten en andere. We vertaalden recent ook onze testen en de infoboekjes voor mantelzorgers naar het Italiaans en Turks. Dit is nodig omwille van de specifieke Genkse situatie. En we zijn gestart met een Praatcafé Dementie. Er is zoveel belangstelling dat we zelfs inschrijvingen moeten weigeren. Om mensen te informeren over dementie ga ik ook vaak op vraag toelichtingen geven in verenigingen."

Waar kunnen mensen terecht voor een geheugenraadpleging in het ZOL?

Dr. Hugo Daniels: "Er zijn centra die werken met een one-day-screening. Wij hebben ervoor gekozen om op een ambulante manier te werken. Het is immers zeer vermoeiend voor de patiënt om alle onderzoeken in een dag af te werken. Patiënten die minder mobiel zijn, kunnen terecht in het dagziekenhuis Geriatrie."

"We zorgen ervoor dat een patiënt na twee tot drie consultaties of twee tot drie weken zijn diagnose krijgt. Staat zijn therapie op punt dan hoeft hij maar één keer per jaar meer langs te komen." ●

Praktisch: De geheugenraadpleging vindt plaats op campus André Dumont op dinsdag, woensdag en donderdag (dinsdag in het dagziekenhuis geriatrie). Afspraken: 089/32.55.32.

Toffe collega's gezocht

Hoe geriatrische afdelingen aantrekkelijker maken voor verpleegkundigen? Een prangende vraag in tijden van steeds toenemende vergrijzing. Een enquête bij mensen uit het vak leidt tot verrassende resultaten: wie op een geriatrische afdeling werkt, werkt er graag. Kernwoorden blijken 'fijne sfeer', 'afwisseling' en 'dankbaarheid'.

An Voets, zorgcoördinator



EIND 2004 ging de werkgroep hoofdverpleegkundigen van de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie opnieuw van start. De leden van deze vereniging zijn hoofdverpleegkundigen van geriatrische afdelingen uit heel Vlaanderen. Een rondvraag leert dat zij veelal met dezelfde knelpunten geconfronteerd worden. De vereniging wil daarom een forum zijn waar ervaringen over de werking van de geriatrische diensten kunnen uitgewisseld worden.

Op 14 februari was deze vereniging te gast in het ZOL. Het thema van het overleg was: 'Hoe de geriatrische afdelingen aantrekkelijker maken voor verpleegkundigen?'. In het kader hiervan werd een korte enquête opgesteld voor verpleegkundigen die werken op geriatrische en op niet-geriatrische diensten en voor studenten met of zonder optie geriatrie. De resultaten zouden als inleiding gebruikt worden voor het bovenvernoemde thema. Er namen 10 ziekenhuizen deel aan de enquête. In het totaal werden 692 enquêtes ingevuld waarvan 216 door

verpleegkundigen van geriatrische afdelingen, 417 door verpleegkundigen van niet-geriatrische diensten, 14 door studenten met een optie geriatrie en 45 door de overige studenten.

Besluit

Uit de enquête blijkt een trend dat verpleegkundigen die op geriatrische afdelingen werken er graag werken. Ook van de verpleegkundigen die initieel niet voor geriatrie kozen, wil het merendeel later niet muteren als de gelegenheid zich zou voordoen. Voorzichtig kan gesteld worden dat onbekend, onbemind is. De sfeer op de afdeling en tussen de collega's onderling lijkt een belangrijke rol te spelen. Kan de positieve sfeer en goede samenwerking verklaard worden door het feit dat verpleegkundigen genoodzaakt zijn samen te werken, ook met andere disciplines, om de zorg van de patiënt optimaal te laten verlopen? Een belangrijke vaststelling is dat de lichamelijke belasting zowel voor



de verpleegkundigen die werken op geriatrie, de verpleegkundigen van niet-geriatrische afdelingen als voor de studenten zonder optie geriatrie een obstakel is om op een geriatrische afdeling te werken. In het kader van promotie van geriatrische afdelingen, is dit een element dat zeker in overweging genomen moet worden.

Een contradictie is dat 'afwisseling' voor de verpleegkundigen op geriatrische diensten een reden is om er graag te werken. Voor de verpleegkundigen van niet-geriatrische afdelingen wordt 'het gebrek aan afwisseling' als een voorname reden aangehaald om niet op een geriatrische afdeling te werken. Hier kan de vraag gesteld worden of deze laatste groep nog een juist beeld heeft van een geriatrische afdeling.

Bij de enquêtes die ingevuld werden bij studenten zonder optie geriatrie is het opvallend dat een relatief groot aantal het een probleem zou vinden om op een geriatrische afdeling te werken. Gezien de vergrijzing van de bevolking, met daarmee samenhangend het grotere aantal oudere

patiënten dat opgenomen zal worden op niet geriatrische afdelingen, kan de vraag gesteld worden of deze studenten zich ervan bewust zijn dat ze op niet-geriatrische afdelingen ook een aantal patiënten met een geriatrisch profiel zullen moeten verzorgen. Misschien dat hier bovenstaande stelling 'onbekend is onbemind', bepaalde meningen kan bijsturen. Zou een verplichte stage geriatrie in het tweede of derde jaar hier soelaas kunnen bieden? Zoals verpleegkundigen in hun enquête schreven - 'geriatrie is meer dan wassen en plassen', het is een specialiteit - zou de optie om voor tweede en derdejaarsstudenten te kiezen misschien wel te verantwoord zijn. De complexiteit van geriatrische zorgen is moeilijk te omvatten voor beginnende studenten verpleegkunde ...

Dit is het verhaal van hoe een enquête die als inleiding op een vergadering bedoeld was, toch kan leiden tot een aantal belangrijke vragen die een wetenschappelijk gefundeerde uitdieping vragen. We hopen dat dit werk een eerste aanzet is. ●

Multidisciplinaire pijnkliniek ZOL wordt referentiecentrum



De pijnkliniek van het ZOL is erkend als referentiecentrum voor chronische pijn. Dit brengt heel wat organisatorische en administratieve implicaties met zich mee. Meer hierover in een volgend nummer.

Verkiezingen Medische Raad

Op 9 maart vonden de driejaarlijkse verkiezingen plaats van de Medische Raad.

Dr. Mathias Vrolix is de nieuwe voorzitter. Dr. dr. Jan Verhaert is eerste ondervoorzitter, dr. Frank Weyns is tweede ondervoorzitter. Dr. René Heylen is de nieuwe secretaris.

Volgende geneesheren zijn lid: dr. Guy Coppens, dr. Jan De Koster, Dr. Johan Gelin, dr. Geert Lauwers, dr. Bart Neuville, dr. Jan Oosterbosch, dr. Jacques Peeters, dr. Hans Verhelst en dr. Cathy De Deyne.

Nieuwe geneesheren

Dr. Nicolas Verhelle, plastische heelkunde



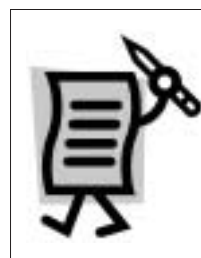
Huisartsenenquête 2005

Zoals in het ZOL patiënten en medewerkers bevestigd worden in verband met tevredenheid en dergelijke, willen we ook weten hoe de huisartsen de samenwerking met het ziekenhuis ervaren.

Om feedback te bekomen over deze samenwerking, organiseren we een vierde huisartsenbevraging. Na overleg met de leden van de Stuurgroep Huisartsenkringen kozen we, in tegenstelling tot voorgaande enquêtes, voor een kwalitatieve aanpak.

Naast een algemene inleidende vraag – “met welke medische diensten werkt u graag samen en waarom?” - zullen een aantal specifieke items bevestigd worden die recent onderwerp van bespreking vormden op de Stuurgroep Huisartsenkringen.

We willen gemaakte afspraken en goede voornemens op hun werkzaamheid toetsen. Zijn ZOL-artsen telefonisch beter bereikbaar? Zijn de wachtlijsten voor afspraken te lang?



Kan een huisarts voor een dringende consultatieaanvraag of een dringende vraag om informatie over een patiënt bij de juiste persoon terecht? Is er vraag naar participatie aan het multidisciplinair overleg vanwege de huisarts? Is een huisarts op de hoogte van

een opname, transfer of ontslag van zijn patiënten?

Daarnaast anticiperen we op nabije informatica-ontwikkelingen en bevragen we welke resultaten huisartsen in de nabije toekomst via onze vernieuwde resultatenserver willen verkrijgen.

Een ontwerp-vragenlijst is in de maak en zal getoetst worden aan de leden van de Stuurgroep. In de loop van de maand mei wordt de bevraging uitgevoerd. We streven naar gebruiksvriendelijkheid en kijken uit naar de antwoorden.

Tilly Postelmans, kwaliteitsadviseur en Ward Schrooten, medisch beleidsadviseur

Eponiemen festival



Tekening: Bruno Paulussen

HET menselijk lichaam zit vol organen, cellen, klieren, kapsels, kleppen, ductuli en noduli die ooit voor het eerst beschreven werden door wetenschappers die er hun naam op plakten. Zo zijn wij een lappendeken van organen van Corti en Zuckerkandl, cellen van Purkinje, klieren van Meibomius, kapsels van Bowman, kleppen van Bauhin, ductuli van Santorini en noduli van Ranvier.

Bij ziekte slaan dan weer andere eponiemen toe zoals die van Parkinson, de morbus Hodgkin, de chorea van Huntington en God bespaar ons Alois Alzheimer.

Toen ik dit op een avond aan Manuela toe-vertrouwde, zat op een barkruk naast ons een man die het gesprek afgeluisterd had. 'Als u de keuze had tussen Parkinson of Alzheimer,' vroeg hij me op de man af, 'wat zou u kiezen?'

Terwijl ik diep zat na te denken, zag ik de man van mijn aarzeling genieten. Hij kolkte langzaam een schuimende Trappist voorbij zijn adamsappel (zo genoemd naar ons aller stamvader die de verboden vrucht amper door zijn strot kreeg) en plantte ten slotte het glas met een zeker aplomb op de toogbank neer: 'Wel?'

Ik had liever Parkinson.

'Haha, nee, geef mij maar Alzheimer' kletste hij op zijn dijk. 'Ik vergeet liever een pint te betalen dan er een om te stoten.'

Terug aan mijn schrijftafel tikte ik de eerste woorden van dit artikel in. Waarom hebben zoveel wetenschappers in de loop der eeuwen hun naam en faam verbonden aan buizen (Eustachius), zakjes (Rathke) of onooglijke tactiele orgaan-tjes (Vater - Pacini)? Wat was hun drijfveer? Wat inspireerde hen? En waarom hebben ook ontdekkingreizigers dit gedaan met steden (Stanleystad), bergtoppen en tropische oorden? Misschien was het de fascinatie van de ontdekking op zich in onbekend gebied. Of juist de angst voor het onbekende, wat ze meteen met hun naam bombardeerden om er vat op te krijgen.

En toen maakte ik een kleine gedachtesprong. Tja, waarom zou een autopsie ook niet een soort 'anatomisch avontuur' kunnen zijn voor de thuisblijvende patholoog? Iets in de zin van: 'Zeilend door de Haverse kanalen kaapte ik de hoek van Treitz en kwam terecht in de ruimte van Disse, zo schitterend vol Charcot-Leyden kristallen. Via de ductus van Wirsung stevende ik hoog aan de wind naar de paradijselijke eilandjes van Langerhans ... enzovoort.'

Even avontuurlijk is de vraag waarom een zo exuberant aantal eponiemen geconcentreerd ligt rond de vrouwelijke genitalia. In dit van oudsher gekend oord vol aanlokkelijke maar gevaarlijke klippen liggen ondermeer de klieren van Bartholin en Skene, het kanaal van Nuck, de eieren van

Naboth en de bacillen van Döderlein. Iets dieper de Graafse follikels, de buis van Fallopius en de gangen van Müller. En dan zijn er nog de schijncontracties van Braxton Hicks en de methode om die te omzeilen, de periodieke onthouding van Ogino-Knaus.

Als er uit dergelijk 'eponiemengedrag' van wetenschappers enige constante valt af te lijnen is het dat er wellicht meerdere drijfveren in het spel zijn. Naast een haast puur mannelijke hang naar avontuur, aangepord door lichaamseigen sappen (waarin het hormoon testosteron zeker niet onvermeld mag blijven), ligt ook een trekje 'ijdelheid' niet zo ver weg. Wellicht ook een zekere genetische aanleg tot onsterfelijke zucht naar roem, het liefst gegoten in een standbeeld van brons.

Ondertussen liggen ze daar allemaal onder de zoden, die naamgevers, die eponiemendragers, die geen weet meer hebben of hun ego nu al dan niet de tand des tijds getrotseerd heeft. De namen Hodgkin, Parkinson en Alzheimer hebben het overleefd. Maar wie zegt de 'Haudekse nis' of het 'gubernaculum van Hunter' nog iets?

Sic transit gloria mundi? Sic transit vanitas?

Ook Wolfgang Amadeus Mozart heeft vandaag geen besef meer of zijn muziek met hem in dat anonieme massagraf gestorven is, of in lengten van eeuwen zal doorklinken.

Dr. Johan Van Robays

ACTIVITEITEN

Accrediteringsnummers Wetenschappelijke raad 2004 - 2005

- **23 september 2004** Nieuwe evoluties in de behandeling van hersenpathologie
Accrediteringsnummer: 4414.0211
Rubriek: 2
NE: 20
Duur: 2 uur
- **21 oktober 2004** Aandachtspunten bij de bejaarde diabetespatiënt (Gerizol)
Accrediteringsnummer: 4458.1093
Rubriek: 1
NE: 20
Duur: 2 uur
- **22 oktober 2004** Congres geriatrie
Accrediteringsnummer: 4458.1094
Rubriek: 2
NE: 60
Duur: 6 uur
- **25 november 2004** Arteriële hypertensie
Accrediteringsnummer: 4473.0303
Rubriek: 2
NE: 20
Duur: 2 uur
- **2 december 2004** Symposium 15 jaar Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde
Accrediteringsnummer: 4414.0302
Rubriek: 3
NE: 60
Duur: 6 uur
- **2 december 2004** Symposium 15 jaar Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde (tandheelkundigen)
Deelgebied 0:
deelgebiedoverschrijdend
Erkenningsnr. van de activiteit: 10125
NE: 40
- **16 december 2004** Antibioticabeleid
Onderwerp verschoven naar academiejaar 2005 - 2006
- **14 januari 2005** Thorazol
Accrediteringsnummer: 4573.0054
Rubriek: 1
NE: 60
Duur: 1 dag
- **17 februari 2005** Functioneel gastrointestinaal lijden
Accrediteringsnummer: 4565.0009
Rubriek: 2
NE: 20
Duur: 2 uur
- **17 maart 2005** Iconografie van de dermatologie onder de vorm van een interactieve en praktijkgerichte quiz
Accrediteringsnummer: 4555.0002
Rubriek: 2
NE: 20
Duur: 2 uur

- **21 april 2005** Behandeling van pijn bij oncologische en palliatieve patiënten
Accrediteringsnummer: 4500.0058
Rubriek: 6
NE: 30
Duur: 3 uur
- **19 mei 2005** Oncologische heekunde : nieuwe aanwinsten
Accrediteringsnummer: 4514.0001
Rubriek: 2
NE: 20
Duur: 2 uur

Wetenschappelijke raad (7625 - 158) Planning 2005 - 2006

- **22 september 2005** Onderwerp vanwege Ethische commissie: Klinische proeven (De Jonge - Van Canneyt)
Rubriek: 6
- **20 oktober 2005** Lezing mbt endocrinologie (Tits - Kockaerts)
- **21 oktober 2005** Congres endocrinologie (in het kader van GERIZOL) (Tits - Kockaerts)
- **24 november 2005** Aanpak van morbide obesitas (Verhelst)
- **19 januari 2006** Psychologische aspecten van gynaecologische en obstetrische zorg (De Jonge)
- **23 februari 2006** Dementie (multidisciplinair geheugencentrum) (Daniels)
- **23 maart 2006** Aanwinsten in de niet-invasieve technieken voor functionele en anatomische evaluatie van het hart (Vrolix)
- **20 april 2006** Pijnrevalidatie / David Back-concept / Cognitief gedragsmatige revalidatie (Van Zundert)
- **18 mei 2006** Diabetische voet (Daniels)
- **22 juni 2006** Criteria van toepassing om met een wagen te rijden (Drossaer)
Rubriek: 6

Symposia

- 10 jaar Palliatieve Eenheid, vrijdag 22 april, aula ZOL
- Open Bedrijvendag Spoedgevallen en Operatiekamers, zondag 2 oktober 2005

Title: Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences.

Published in: *Epidemiol Infect.* 2005 Feb;133(1):127-36.
Authors: Mathei C, Robaey G, van Damme P, Buntinx F, Verrando R.

Abstract: The prevalence of hepatitis C and related risk factors in drug users were compared in two geographic regions in Belgium, the city of Antwerp and the mixed urban-rural area of Limburg. All 310 participants were surveyed and screened for hepatitis B, hepatitis C and HIV. Prevalence rates of anti-HCV, anti-HBc and anti-HIV were 71, 62 and 4% in Antwerp and 46, 21 and 0% in Limburg respectively. Injecting drug use, duration of injecting drug use, work as a commercial sex-worker, originating from Turkey or Northern Africa, marginalization and anti-HBc positivity were identified as independent predictors for hepatitis C infection. In this study an important difference in HCV seroprevalence among drug users in a methadone maintenance programme across two geographic regions in Belgium was demonstrated. This was explained not only by variations in drug-related risk behaviour, but also by differences in sexual risk behaviour and socio-economic status.

Title: IDO and interferon-alpha-induced depressive symptoms: a shift in hypothesis from tryptophan depletion to neurotoxicity.

Published in: *Mol Psychiatry.* 2004 Oct 19
Authors: Wichers MC, Koek GH, Robaey G, Verkerk R, Scharpe S, Maes M.

Abstract: Studies show that administration of interferon (IFN)-alpha causes a significant increase in depressive symptoms. The enzyme indoleamine 2,3-dioxygenase (IDO), which converts tryptophan (TRP) into kynurenine (KYN) and which is stimulated by proinflammatory cytokines, may be implicated in the development of IFN-alpha-induced depressive symptoms, first by decreasing the TRP availability to the brain and second by the induction of the KYN pathway resulting in the production of neurotoxic metabolites. Sixteen patients with chronic hepatitis C, free of psychiatric disorders and eligible for IFN-alpha treatment, were recruited. Depressive symptoms were measured using the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Measurements of TRP, amino acids competing with TRP for entrance through the blood-brain barrier, KYN and kynurenic acid (KA), a neuroprotective metabolite, were performed using high-performance liquid chromatography. All assessments were carried out at baseline and 1, 2, 4, 8, 12 and 24 weeks after treatment was initiated. The MADRS score significantly increased during IFN-alpha treatment as did the KYN/TRP ratio, reflecting IDO activity, and the KYN/KA ratio, reflecting the neurotoxic challenge. The TRP/CAA (competing amino acids) ratio, reflecting TRP availability to the brain, did not significantly change during treatment. Total MADRS score was significantly associated over time with the KYN/KA ratio, but not with the TRP/CAA ratio. Although no support was found that IDO decreases TRP availability to the brain, this study does support a role for IDO activity in the pathophysiology of IFN-alpha-induced depressive symptoms, through its induction of neurotoxic KYN metabolites. *Molecular Psychiatry* advance online publication, 19 October 2004; doi:10.1038/sj.mp.4001600.

Title: Treatment of acute hepatitis C with interferon alpha-2b: early initiation of treatment is the most effective predictive factor of sustained viral response.

Published in: *Aliment Pharmacol Ther.* 2004 Jul 1;20(1):15-22.

Authors: Delwaide J, Bourgeois N, Gerard C, De Maeght S, Mokaddem F, Wain E, Bastens B, Fevery J, Gehevet M, Le Moine O, Martinet JP, Robaey G, Servais B, Van Gossum M, Van Vlierberghe H.

Abstract: AIM: To evaluate the efficacy of early interferon alpha-2b in non-post-transfusion acute hepatitis C virus: a prospective study with historical comparison.

PATIENTS: Group A: 28 patients prospectively treated for acute hepatitis C virus with daily regimen of interferon 5 million units for 2 months. Group B: historical series of 16 patients with untreated acute hepatitis C virus.

RESULTS: There was no significant difference between the two groups with regard to gender, age, icterus, alanine aminotransferase, or genotypes. In group B, hepatitis spontaneously resolved in three of 16 (19%) patients (follow-up 1-7 years). In group A, 21 of 25 patients became sustained viral responders (75%; $P = 0.0003$ vs. group B). Factors include not predictive of sustained viral response: age, gender, sources of infection, presence of icterus, alanine aminotransferase peak, bilirubin peak, incubation period, presence of hepatitis C virus antibodies at presentation, or genotypes. The time from presentation to the start of therapy was, however, significantly shorter in sustained viral responders (43 +/- 31 days) than in relapsers or non-responders (88 +/- 52 days) ($P = 0.016$). **CONCLUSIONS:** Early treatment of acute hepatitis C virus with interferon prevents chronicity. A short waiting time from presentation to treatment appears as the most relevant predictive factor for sustained response.

Title: Daily induction combination treatment with alpha 2b interferon and ribavirin or standard combination treatment in naive chronic hepatitis C patients. A multicentre randomized controlled trial.

Published in: *J Viral Hepat.* 2003 Nov;10(6):460-6.

Authors: Van Vlierberghe H, Leroux-Roels G, Adler M, Bourgeois N, Nevens F, Horsmans Y, Brouwer J, Colle I, Delwaide J, Brenard R, Bastens B, Henrion J, de Vries RA, de Galocsy C, Michielsen P, Robaey G, Bruckers L.

Abstract: The standard treatment for patients with chronic hepatitis C is a 6-12-month combination therapy with interferon alpha and ribavirin. Induction treatment could result in a faster early decline of the hepatitis C virus (HCV) load and a better response rate. Naive chronically infected HCV patients ($n = 454$) were randomized into two arms to receive either induction treatment with interferon alpha 2b 5 million units (MU) subcutaneously (s.c.) daily during a period of 8 weeks (arm A); or treatment with interferon alpha 2b 5 MU s.c. three times a week (TIW) for a period of 8 weeks (arm B). After week 8, interferon treatment in both arms was 3 MU s.c. TIW for a total period of 12 months. In both arms, ribavirin (1000-1200 mg orally per day) was added at week 4. Induction treatment resulted in a higher virological response at week 8 of treatment (66% vs 47%; $P < 0.01$). However, response at the end of treatment and at 6 months follow-up was not different (53% vs 50%, 41% vs 33%). The occurrence of adverse events and the drop-out rate were similar in both arms. Although an early virological response is observed more frequently in the induction treatment, end of treatment response and sustained responses did not differ.

Title: The role of tension receptors in colonic mechanosensitivity in humans.

Published in: Gut. 2004 Dec;53(12):1787-93.

Authors: Corsetti M, Gevers AM, Caenepeel P, Tack J.

Abstract: BACKGROUND: Perception of colonic distension, which is enhanced in a subset of patients with irritable bowel syndrome, requires activation of mechanoreceptors. In animal studies, distension activates both in series ("tension") and in parallel ("elongation") mechanoreceptors. During active contractions against a fixed volume balloon, tension receptors are activated without elongation of receptor activation. **AIM:** To evaluate the role of tension receptors in the perception of mechanical stimuli from the colon in healthy subjects.

METHODS: A 700 ml balloon connected to a barostat-manometer assembly was placed in the descending colon of 10 healthy subjects. After volume controlled distension (50 ml/2 minutes) to assess the first perception threshold, fixed volume subthreshold distension (122 (16) ml) was maintained for a 30 minute period before and after administration of neostigmine 0.5 mg intravenously. Mean intraballoon pressure, number, amplitude, and duration of contractions, and frequency of sensations were analysed. The period after neostigmine was divided into 10 second intervals and evaluated for the occurrence of contractions and onset of sensations. Fisher's exact test was applied to calculate the sensation-contraction association probability (SAP) as $(1.0 - p) \times 100\%$.

RESULTS: Neostigmine increased intraballoon pressure ($p < 0.01$), number of contractions ($p < 0.01$), and number of sensations ($p < 0.01$) per minute in all subjects. In seven of 10 subjects a significant association (SAP > 95%) was found between sensations and contractions. In the remaining subjects, contractions were not associated with sensations and had lower amplitude ($p < 0.05$) and duration ($p < 0.01$) compared with contractions in the other seven subjects.

CONCLUSION: In humans, tension receptors are involved in mediating colonic mechanosensitivity.

Title: Stroke caused by cerebral air embolism during endoscopy.

Published in: Gastrointest Endosc. 2003 Jan;57(1):134-5.

Authors: Demaerel P, Gevers AM, De Bruecker Y, Sunaert S, Wilms G.

Title: Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia.

Published in: Am J Gastroenterol. 2004 Jun;99(6):1152-9.

Authors: Corsetti M, Caenepeel P, Fischler B, Janssens J, Tack J.

Abstract: Epidemiological studies suggest considerable overlap between functional dyspepsia (FD) and irritable bowel syndrome (IBS). **AIM:** The aim of the present study was to investigate whether coexisting IBS is also associated with symptom pattern or pathophysiology in FD.

METHODS: In 309 consecutive FD patients (207 women, age 42 +/- 0.8 yr), questionnaires were used to assess the dyspepsia symptom pattern and the Rome II criteria for IBS. The overall symptom severity was calculated adding the severity score (0-3, 0 = absent, 3 = severe) of eight dyspepsia symptoms. All patients underwent Helicobacter pylori testing, gastric barostat to determine sensitivity to distention and accommodation to a meal, and gastric emptying breath test.

RESULTS: Fifty-four percent of the patients had FD alone, whereas 46% had FD + IBS. FD + IBS patients were more likely to be female (75% vs 60%, $p < 0.01$) and to have a greater weight loss (5.4 +/- 0.6 vs 3.5 +/- 0.4 kg, $p < 0.05$). Coexisting IBS did not increase the risk of having any of the dyspeptic symptoms but the overall symptom severity was significantly higher in FD + IBS (12.4 +/- 0.4 vs 9.8 +/- 0.3, $p < 0.01$). FD + IBS patients had a lower threshold for first perception (2.9 +/- 0.3 vs 3.8 +/- 0.3 mmHg, $p < 0.05$) and for discomfort (7.9 +/- 0.4 vs 9.5 +/- 0.5 mmHg, $p < 0.05$) and a greater prevalence of hypersensitivity to gastric distention (44% vs 28%, $p < 0.05$). Gastric emptying, accommodation to a meal, and prevalence of H. pylori infection did not differ in the two groups.

CONCLUSION: About half of the FD patients fulfill the Rome II criteria for IBS. FD + IBS is more prevalent in female patients and is associated with a higher weight loss, with greater overall symptom severity, and with hypersensitivity to distention.

Title: Hepatitis C, interferon alpha and psychiatric co-morbidity in intravenous drug users (IVDU): Guidelines for clinical practice.

Published in: Acta Gastro-Enterologica Belgica, Vol. LXVIII, January-March 2005, 68-80.

Authors: J. De Bie, G. Robaey, F. Buntinx

Abstract: The evidence regarding the co-morbidity of chronic hepatitis C, psychiatric illness and intravenous drug abuse is reviewed from the literature. Also the occurrence and the treatment of psychiatric side effects during treatment with interferon in patients with a history of drug abuse are reviewed.

There is insufficient evidence for a specific hepatitis C induced depression or fatigue, but a direct link between hepatitis C and cerebral dysfunction is not excluded. Immune system activation rather than drug use may explain cerebral symptoms. In HCV positive substance users anxiety and depression are more prevalent than in HCV negative substance users.

During treatment with regular or pegylated (PEG) interferon depression is a frequent side effect (ca 30%) and occurs independently from pre-existing psychiatric disorders or drug abuse. A history of drug abuse per se does not increase the risk of depression as a side effect of interferon treatment. It is extremely important to monitor symptoms of depression in the early weeks of treatment and to start antidepressant treatment as early as possible. Antidepressants should be continued throughout the interferon treatment period.

There are insufficient data to assess these situations in which preventive antidepressant treatment should be started before interferon treatment. Clinical judgement can, however, lead to preventive antidepressant treatment, even at subclinical levels of depression. A cut off score > 10 on the Beck Depression Inventory before interferon treatment is associated with a higher risk of depression during treatment.

Both selective serotonin reuptake inhibitors and other classes of antidepressants can be used.

LEZINGEN

- Dr. Willem Ombelet: "Perinatal and obstetrical data of ART and spontaneous pregnancies in Flanders between 1993 and 2003."

Sixth National Congress of Infertility, Contraception and Hormone replacement Therapy with international participation. Bulgarije - Berovetz 2005: 13 tot 16 maart.