

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 6 - nr. 19 - januari / maart 2006

Versijnt driemaandelijks

ZOL viert
10de
verjaardag



Ziekenhuis Oost-Limburg

INHOUD

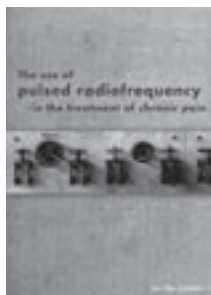
3 **Editio**
10 jaar ZOL - 5 jaar ZOLarium
Voor één keer kijken we achterom

4-5 **Nieuw**
Radiotherapie in het ZOL

6-8 **In de kijker**
Is intuberen een eenvoudige techniek?

9-14 **Gepromoveerd**
Dr. Jan Van Zundert:
PRF veelbelovend bij
cervicale radiculaire pijn

Dr. Wilfried Gyselaers:
Screening naar foetaal Down syndroom
in Noord-België



15-19 **In de Wachtkamer**
Reconstructieve borstchirurgie
Diabetische voetkliniek

20-21 **Het Eponiemenkabinet**
Johann Georg Wirsüng (1589-1643)



22-25 **Management**
ZOL wint Tyco Healthcare Prijs voor
Excellentie in Ziekenhuismanagement

Enquête: de huisarts spreekt zich uit

26-27 **Eigen onderzoek**

28-29 **Dissectiekamer**
Exit Manuela

30-31 **Billboard**

Colofon

Redactie en samenstelling: Grete Bollen

Werken mee:

Dr. Hubert Vandeput
Dr. J. Van Canneyt
Dr. W. Gyselaers
Dr. N. Verhelle
Dr. B. Van den Hof
Dr. J. Tits
Dr. J. Van Robays
Tilly Postelmans
Dr. M. Thomeer

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
Dr. Witvrouw

Vormgeving:

ONAR

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.



10 jaar ZOL - 5 jaar ZOLarium...

Voor één keer kijken we achterom



Dr. Vandeput

WE wensen al onze lezers een gelukkig 2006! Wijzelf hebben dit jaar veel te vieren. Het Ziekenhuis Oost-Limburg bestaat dit jaar 10 jaar als fusieziekenhuis en ZOLarium viert zijn vijfde verjaardag.

We hebben even ons eerste edito herlezen en kunnen tevreden vaststellen dat de meeste van onze doelstellingen gerealiseerd werden. Een tijdschrift opstarten is immers niet zo moeilijk maar dit op een hoog niveau standhouden en zelfs groeien is minder evident. We danken dan ook al onze medewerkers en vooral de talrijke auteurs die telkens zo ijverig hun bijdragen aanleveren. Er zijn zelfs kwatongen die beweren dat links en rechts tijdschriften gestolen worden omwille van vaste rubrieken. Het lot dat Manuela ten deel viel, ontstelde blijkbaar menige trouwe lezer.

Ons ZOLarium is springlevend, de vergadering van de redactieraad eet nog precies dezelfde broodjes als de eerste maal maar blijft overlopen van enthousiasme.

Toch één bemerking: feedback is gewenst, onze lezers mochten wat meer in hun pen kruipen en ons bestoken met vragen, opmerkingen en zelfs kritiek.

Ons ziekenhuis is intussen niet meer te herkennen. Zowel wat gebouwen als mensen betreft, betekenen 10 jaar héél veel. Zowel het artsenbestand als de directie en alle andere groepen van medewerkers hebben een totale metamorfose ondergaan. De campussen bestaan nog allemaal maar hebben een totaal andere invulling gekregen. Lang nog is er gesproken van hoe goed het was in 'mijn André Dumont' of hoe het allemaal beter ging in 'ons Sint-Barbara'.

Intussen echter is de integratie volledig geslaagd en kan het ZOL genoemd worden als een voorbeeld van een gelukke fusie. Zonder schroom mogen we zeggen dat we er in slagen om de razendsnelle technologische evolutie in de geneeskunde te volgen. Als kers op de taart verwachten we om eind 2006 radiotherapie te starten op campus sint Jan. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met het Limburgs Oncologisch Centrum en kan zondermeer een voorbeeld genoemd worden van samenwerking tussen ziekenhuizen. Overigens is het participeren in tal van samenwerkingsverbanden en netwerkiniciatieven stilaan een kenmerk van het ZOL geworden.

Tegelijk sturen we voortdurend bij in de behandelingswijzen en de verpleegmethodes. Zo hebben we waarschijnlijk de meeste klinische verzorgingspaden van België. Ook in innovatie en opleiding wordt veel energie gestoken.

We beginnen nu ons tweede jaar van een vijfjarenplan patiëntveiligheid, mogelijks ons moeilijkste project, maar we kijken vol vertrouwen vooruit gezien de vele voorstellen vanuit de basis om via kleine stappen vooruitgang te boeken.

Alzo beginnen we vol goede moed aan een volgende lustrumperiode.

Dr. Hubert Vandeput, medisch directeur

Radiotherapie

DE kogel is door de kerk. Na jaren wachten op de goedkeuring voor de plaatsing van bestralingsapparatuur in het ZOL is op 9 december 2005 de laatste vereiste handtekening gezet. Vanaf 2007, na beëindiging van de bouwwerken, zullen er twee lineaire versnellers in het ZOL komen. De exploitatie zal gebeuren in het kader van de vzw Limburgs Oncologisch Centrum.

Het LOC is een ziekenhuisassociatie van het Virga Jesseziekenhuis (VJZ), het Christelijk Algemeen Ziekenhuis (CAZ) en het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) die opgericht werd op 1 mei 2002. Op dit ogenblik telt het LOC drie versnellers en twee simulators. Deze staan in het VJZ en zijn niet meer voldoende om het steeds toenemend aantal patiënten te behandelen.

Wat vooraf ging

De eerste vraag vanuit het ZOL op 22 december 1999 voor de decentrale opstelling van een bestralingsstoel, in een samenwerkingscontext met VJZ en CAZ, werd negatief beantwoord. Ook latere aanvragen werden, onder andere omwille van een moratorium, niet goedgekeurd.

Als de vzw LOC vanaf 2 juli 2002 erkend wordt als ziekenhuisassociatie en de dienst Radiotherapie een erkenning krijgt, worden nieuwe, gemotiveerde aanvragen ingediend.

Er wordt intussen geïnvesteerd in de uitbouw van de samenwerking, de activiteiten blijven stijgen, er wordt opnieuw een financiële regeling met de artsen onderhandeld, de staf wordt verder uitgebreid en er worden nieuwe initiatieven ontwikkeld. De overheid bestempelt het LOC als een modelvoorbeeld van samenwerking, ... maar de decentrale opstart in het ZOL kon nog steeds niet gerealiseerd worden.

Ondertussen staat de tijd niet stil. In het ZOL wordt op 25 februari 2003, in goede afstemming met de vzw LOC, de opdracht gegeven aan een architect om een afdeling radiotherapie en een nieuwe dagkliniek oncologie te ontwerpen. De problematiek van een te kleine dag-

kliniek geneeskunde-oncologie omwille van een groeiend aantal patiënten, was in het ZOL immers ook acuut. Als minister Rudy Demotte zich op 5 februari 2004 tijdens een bezoek aan het ZOL engageert om de problematiek van het LOC op te lossen, wordt een doorbraak verwacht. Hetgeen voorgesteld wordt, past – zo bevestigt de minister – immers volledig in de overheidsvisie terzake: samenwerken rond toptechnologie, voldoende kritische massa om subspecialisatie mogelijk te maken, geen bijkomende kosten voor de overheid, kwaliteitscriteria, ...

Het duurt uiteindelijk toch nog tot 18 oktober 2005 voor het Koninklijk Besluit gepubliceerd wordt dat de associatiewetgeving voor de radiotherapie aanpast. Vanaf dan zijn meerdere vestigingsplaatsen voor bestralingsapparatuur mogelijk mits het vervullen van een aantal voorwaarden.

Op 9 december komt uiteindelijk de laatste vereiste handtekening: minister Inge Vervotte kent de bouw- en exploitatievergunning toe aan het ZOL zodat de bouwwerken toegewezen kunnen worden. De totale bouw- tijd voor de bunker, de nieuwe dagkliniek en de nieuwe raadpleging Oncologie zal ongeveer 12 maanden duren.

Bijgevolg zullen de werken einde 2006 klaar zijn zodat de radiotherapie in het ZOL begin 2007 kan opstarten.

“Tijdens deze bouwperiode zal de nieuwe werking goed voorbereid worden,” verduidelijkt algemeen directeur Johan Hellings, die eveneens algemeen coördinator is van het LOC. “De medische werking, stafuitbreiding en afstemming met de

(medische) diensten zullen we grondig doorspreken. Zo ook de verpleegkundige en paramedische werking. Daarnaast zal het traject van de patiënt uitgeschreven worden en werken we het project administratief, financieel en informatica-technisch uit.”

Opdracht van het LOC

Het LOC heeft als opdracht de radiotherapie in Limburg te exploiteren. Andere taken zijn het opzetten van kwaliteitsbevorderende initiatieven met betrekking

*De totale bouw-
tijd voor de bunker,
de nieuwe dagkliniek en
de nieuwe raadpleging
Oncologie zal ongeveer
12 maanden duren.*



in het ZOL



Het LOC is een ziekenhuisassociatie van het Virga Jesseziekenhuis (VJZ), het Christelijk Algemeen Ziekenhuis (CAZ) en het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL).

tot oncologie en het organiseren van overleg over de uitbouw van oncologische activiteiten.

“Het ZOL wil een schakel in het netwerk zijn, in goede afstemming met alle betrokkenen,” zegt ZOL-voorzitter Jo Vandeurzen. Het ZOL is erkend voor het zorgprogramma oncologie op campus Sint-Jan. De campussen André Dumont en Sint-Barbara hebben een erkenning voor het zorgprogramma voor oncologische basiszorg. Daarnaast heeft het ZOL een samenwerkingsverband opgezet met de ziekenhuizen MZNL (Overpelt) en ZMK (Bree-Maaseik). Ook deze zijn erkend voor het zorgprogramma voor oncologische basiszorg. Er is tussen deze ziekenhuizen een goed werkende multidiscipli-

plinaire commissie oncologie onder leiding van dr. Yves Staelens, medisch diensthoofd Oncologie van het ZOL. Deze commissie moet onder meer een multidisciplinair oncologisch handboek uitwerken met multidisciplinaire richtlijnen per tumorgroep (artsen, verpleegkundigen, huisartsen).

Jo Vandeurzen: “De samenwerking biedt heel wat mogelijkheden. Als de kritische massa verhoogd wordt, is subspecialisatie en kwaliteitsverbetering mogelijk. Door schaalvoordelen en een betere efficiëntie kunnen kosten verlaagd worden. Tot slot is er een grotere complementariteit mogelijk in de brede regio.”

Grete Bollen

Is **intuberen** een eenvoudige techniek?



Recent stond in een bekende krant een artikel over een urgentiearts in Oost-Vlaanderen die voor de strafrechtbank moest verschijnen voor onopzettelijke doding van een patiënt die na een routineoperatie overleed. Volgens de openbare aanklager zou de dokter de patiënt op een foutieve wijze geïntubeerd hebben toen hij in ademnood kwam. Hoe is dit mogelijk? Is intuberen moeilijk?

DE standaardtechniek die elke arts zou moeten beheersen, is het beademen van een patiënt via een aangezichtsmasker. Vele jongeren studeren af als arts zonder deze elementaire eerstehulptechniek te beheersen. De techniek is ook moeilijker dan het op het eerste gezicht lijkt. Het blijft een essentiële vaardigheid die assistenten anesthesiologie in opleiding moeten aanleren.

Zolang de anesthesie bestaat, heeft men hulpmiddelen gezocht om de luchtweg beter veilig te stellen. Enkele hiervan zijn zeer handig te plaatsen, veilig en comfortabel. De algemene consensus stelt echter dat de endotracheale tube de gouden standaard blijft bij alle kritieke situaties.

Men kan dus stellen dat de endotracheale tube noodzakelijk blijft bij alle ernstig zieke patiënten die beademd worden, bij uitgebreide chirurgie en bij een positionering op de operatietafel waarbij de luchtweg niet meer toegankelijk is. Enkele voorbeelden:

- obstructieve ileus
- thoraxchirurgie
- septische shock op de intensieve zorgeneenheid
- polytrauma
- hersenoperaties
- patiënt die een rugoperatie ondergaat

Bij deze ingrepen moet de intubatie 100% succesvol zijn. De slaagcijfers op de leercurve van het intuberen stijgen zeer snel, maar zullen nooit 100% bereiken. Praktisch betekent dit dat artsen uit andere disciplines en verpleegkundigen relatief snel leren intuberen. Maar een efficiëntie van 95% of 99% is onvoldoende. De anesthesist streeft naar 100% resultaat, maar weet dat hij het niet zal bereiken. Daarom blijft het onderwerp 'de moeilijke bovenste luchtweg' een 'evergreen' voor alle anesthesiologische bijscholingen. Door permanente vorming kunnen anesthesisten de 100% slaagkans benaderen, want het is hun taak om alle patiënten veilig doorheen hun operatie te helpen. Patiënten zullen het niet nemen als men zegt dat zij 1/1.000 kans lopen om



De standaardtechniek die elke arts zou moeten beheersen, is het beademen van een patiënt via een aangezichtsmasker.

7

de operatie niet te overleven, gezien zij niet beademd kunnen worden. Patiënten die men opnieuw wakker moest laten worden omdat ze niet geïntubeerd konden worden, maakten zich bij de daarop volgende poging geen zorgen meer over de chirurgie, ze hoopten alleen nog maar dat de intubatie zou slagen.

Intuberen kan men, net als elke andere medische techniek, aanleren. Men kan van collega's leren de eigen techniek te verbeteren. Daarom werd op maandag 26 september 2005 een videoconferentie georganiseerd vanuit Leuven door prof. dr. E. Vandermeersch, samen met de centra AZ Groeninge uit Kortrijk, AZ Middelheim uit Antwerpen en het ZOL. Het was een peer review over intubatiemoelijkheden.

Kunnen wij risicopatiënten selecteren?

In het tijdschrift *Anaesthesia & Analgesia* van 9 juni 2004 onderzocht de groep van D. Cattano van de universiteit van Pisa alle ooit gebruikte scores en indicatoren die op een moeilijke intubatie zouden kunnen wijzen. Eén van de conclusies van het onderzoek was dat er

geen duidelijke correlatie is tussen de scores en de moeilijkheidsgraad van de intubatie. In de praktijk zijn de risicopatiënten deze die in het verleden ooit problemen stelden met de intubatie. Daarom wordt na elke moeilijke intubatie in het ZOL het volgende gedaan: de patiënt wordt ingelicht over de problematiek. De huisarts en de chirurg krijgen een standaardbrief, die eveneens opgeslagen wordt in het centraal medisch dossier van het ziekenhuis. De brief bevat de volgende gegevens:

- wij hadden problemen met de intubatie;
- de intubatie is gelukt met behulp van enkele 'speciale' hulpmiddelen;
- de patiënt moet dit weten, gelieve dit nogmaals in de thuissituatie met de patiënt te bespreken;
- neem dit a.u.b. op als zeer belangrijke informatie in het globaal medisch dossier;
- de patiënt moet bij elke opname voor een operatie in het ziekenhuis vermelden dat dit probleem zich stelt. Dan zullen de 'speciale' hulpmiddelen stand-by staan en zal de intubatie zeer hoogstwaarschijnlijk vlot slagen. ▶

In de praktijk zijn de risicopatiënten deze die in het verleden ooit problemen stelden met de intubatie.



ZOL-strategie voor moeilijke intubaties

In het ZOL starten we steeds met twee erkende anesthesisten en twee getrainde anesthesieverpleegkundigen. Eén verpleegkundige staat rechts van de patiënt en bedient het suctieapparaat en de zuurstof-flush. De tweede verpleegkundige reikt de gevraagde instrumenten aan. De beide anesthesisten kennen het ZOL-draaiboek voor de moeilijke intubatie en zullen zonder discussie de openvolging van noodzakelijke handelingen begrijpen en elkaar ondersteunen.

Volgens het ZOL-draaiboek is de wakkere intubatie de uiteindelijk veiligste manier bij de erg moeilijke gevallen. Hiervoor moet de toestemming en medewerking van de patiënt verkregen worden. Alle stappen dienen volledig uitgelegd te worden aan de patiënt. Men mag niet zeggen dat de techniek aangenaam is, maar een horror is het evenmin. De techniek werd reeds enkele keren toegepast met succes en onlangs nog ingeoeffend bij een vrijwilliger van de dienst. Dit werd voor didactische doeleinden op film vastgelegd.

Het materiaal bij de moeilijke intubatie

Elk geval is verschillend en er bestaat een grote hoeveelheid 'speciaal' hulpmateriaal, waarmee de larynx en de luchtweg gemanipuleerd kunnen worden. In het ZOL staat op elke operatieafdeling (dus één voor elke campus) een kar met daarin en daaraan al het noodzakelijke, speciale hulpmateriaal. Het heeft geen zin om al dit speciale materiaal in elke zaal te hebben. Het neemt immers te veel plaats in en vergt te veel onderhoud. Bovendien hoeft het slechts zelden gebruikt te worden. Door het materiaal samen te brengen in een 'moeilijke-intubatie-kar' kan alles op vraag onmiddellijk aangevoerd worden in de zaal waar het nodig is. Per OK-afdeling is er een verpleegkundige die zorgt dat de kar bijgevuld blijft. De drie 'moeilijke-intubatie-karren' zijn op elke campus identiek.

Centraal aan de kar hangt een intubatiefibroscoop. De intubatiefibroscoop wordt algemeen gezien als het belangrijkste hulpmiddel bij de moeilijke intubatie. De fibroscoop op campus St.-Jan is verbonden met een scherm zodat meerdere mensen alles kunnen meevolgen en zo de techniek kunnen aanleren. Tijdens hun opleiding leren alle assistenten de fibroscoop te gebruiken. Ze leren het toestel te manipuleren, structuren in mond en keel te herkennen en de tube te positioneren met behulp van de fibroscoop. Verder in hun opleiding leren de assistenten om ook een 2-lumen tube, noodzakelijk voor sommige thoraxchirurgie, correct te plaatsen.

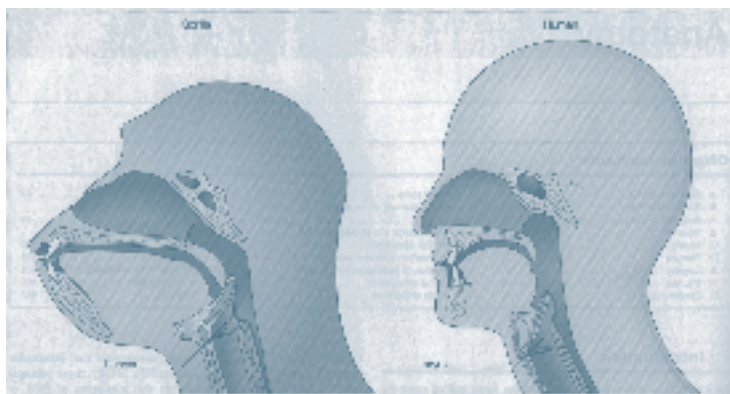
Samenvatting

1. Intuberen kan heel moeilijk zijn.
2. Intubatieproblematiek is een uiterst belangrijk medisch gegeven. De patiënt en de huisarts moeten dit weten en het moet preoperatief meegedeeld worden aan de anesthesist.
3. Regelmatige bijscholing over de moeilijke bovenste luchtweg is voor anesthesisten een must.
4. Een dienst Anesthesie moet een lokaal draaiboek maken voor de moeilijke intubatie. Dit moet door elke anesthesist gekend en ingeoeffend worden.
5. In elke operatieafdeling is er een 'moeilijke-intubatie-kar' aanwezig, waarin zich alle hulpmateriaal bevindt. De kar is gemakkelijk bereikbaar en kan onmiddellijk ter plaatse gebracht worden.
6. Het aanleren van intuberen met de hulp van een intubatiefibroscoop is een elementair onderdeel van de opleiding van anesthesisten.

Dr. J. Van Canneyt
anesthesist-urgentiearts ZOL



"Ik kan hem wel intuberen, maar is hij slim genoeg om mij te intuberen?"



GEPROMOVEERD



Dr. Wilfried Gyselaers: clinicus en wetenschapper

Screening naar foetaal Down syndroom in Noord-België

Dr. Wilfried Gyselaers, gynaecoloog gespecialiseerd in verloskundige echografie, verdedigde op 6 december aan de universiteit van Maastricht zijn openbaar proefschrift 'Screening for fetal trisomy 21 in North-Belgium'. Zijn promotor is prof. Dr. J.G. Nijhuis, zijn co-promotoren dr. W. Ombelet en dr. I. Witters. Dr. Gyselaers startte in 1993 een klinische praktijk als algemeen gynaecoloog in het ZOL. Hij was in 1998 verantwoordelijk voor de uitbouw van de Maternal Intensive Care, een nieuw opgerichte dienst voor de opvang van risicozwangerschappen. Nadat hij in 1999 het 'Diploma in Fetal Medicine' behaalde bij prof. Nicolaides in Londen, bouwde hij ook de dienst Verloskundige Echografie in het ZOL verder uit.

Vruchtwaterpuncties en vlokentesten zijn invasieve diagnostische testen die toelaten chromosomale afwijkingen, zoals trisomie 21 of Down syndroom, bij ongeboren baby met zekerheid vast te stellen. Beide ingrepen hebben evenwel een laag maar reëel risico op het

uitlokken van een miskraam (0.5 à 1%). Gezien de meest voorkomende chromosoomafwijkingen gerelateerd zijn aan de maternale leeftijd, werd klassiek een punctie voorgesteld aan zwangeren vanaf 35 jaar.

Sinds 1994 zijn diverse publicaties verschenen die aantonen dat kansbepalende screeningstesten (bloedname en/of echografie) nuttig kunnen zijn om bij oudere zwangeren te bepalen of een punctie een risicovolle of een zinvolle ingreep is: in deze leeftijdscategorie kan met behulp van deze testen het aantal puncties in normale zwangerschappen met meer dan 75% worden teruggedrongen. Ondanks een frequent gebruik van screeningstesten in België bleek uit cijfers van de Christelijke Mutualiteit dat tussen 1995 en 2002 het aantal puncties zonder voorgegaan screening boven 35 jaar bleef stijgen. In 2002 werd in België een punctie verricht bij 11.7 % van alle zwangerschappen (RIZIV).

In 2002 werd in België een punctie verricht bij 11.7 % van alle zwangerschappen (RIZIV).



Bovengaan de observatie vormde de directe aanleiding voor het opstarten van een onderzoek, waarbij volgende hoofdvragen werden gesteld:

1. Is de efficiëntie van de beschikbare screeningstesten in (Noord-)België vergelijkbaar met de literatuurgegevens?
2. Zijn voor (Noord-)België bepaalde maatregelen identificeerbaar die toelaten
 - a. de detectie van afwijkingen te verhogen?
 - b. de puncties bij normale zwangerschappen te verminderen?

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van het screeningsregister van het Algemeen Medisch Laboratorium in Antwerpen, dat één van de grootste in het land is.

In een eerste studie werd aangetoond dat de kwaliteit van de serumscreening vergelijkbaar was met de literatuurgegevens. Er werd bevestigd dat het aantal zwangeren dat deze testen onderging op een leeftijd ouder dan 35 jaar, kleiner was dan verwacht volgens de populatiekarakteristieken. De toevoeging van de echoscreening bleek het eindresultaat niet te verbeteren.

Een tweede studie illustreerde duidelijk dat het ook in België mogelijk was, door middel van een 1^o en/of een 2^o trimester serumscreening, bij zwangeren vanaf 35 jaar het aantal puncties met meer dan 75% te verminderen, met slechts een minimum aan detectieverlies.

Een derde studie toonde aan dat de overgrote meerderheid van de nekpluimmetingen, als echografische screeningsmethode, suboptimaal werden uitgevoerd, en verantwoordelijk was voor een lagere detectie van afwijkingen dan verwacht volgens de literatuur.

Een vierde studie onderzocht de behoefte aan opleiding in en kwaliteitscontrole van echoscreening in de Vlaamse materniteiten. Voortgaande op een vrij algemeen verzoek tot het installeren van een trainings- en auditprogramma, organiseerden de grote Centra voor Verloskundige Echografie in het land een 8-tal workshops op diverse locaties, dit in nauwe samenwerking met de Britse Fetal Medicine Foundation. In totaal meer dan 200 gynaecologen en assistenten in opleiding hebben hier actief aan deelgenomen.

Een vijfde studie toonde aan dat, door de beschikbaarheid van slechts een beperkt aantal getrainde echografisten, de impact van nauwkeurig uitgevoerde en hoogwaardig kwalitatieve echografie op het algemene eindresultaat van screening eerder laag was. Dit gegeven illustreerde duidelijk dat, naast het nastreven van kwaliteit, ook inspanningen moeten worden geleverd om screening toegankelijk te houden voor alle zwangeren.

In een zesde studie werd ten slotte aangetoond dat de grafieken, die de basis vormen voor de wiskundige risicoberekeningen van de kansbepalende screeningsstesten, in essentie onveranderd bleven wanneer echografist-specifieke nekpluimmetingen werden gebruikt in plaats van de metingen van getrainde echografisten. Het toepassen van dit gegeven biedt de mogelijkheid om de kwaliteit van de echoscreening te verbeteren en gelijktijdig zijn goede toegankelijkheid te bewaren.

In de samenvattende bespreking en conclusie werd ten slotte besproken waarom het zinvol kan zijn voor de toekomstige organisatie van screening in België dat de 1^o en 2^o trimester parameters in 1 enkele risicoberekening worden geïntegreerd en/of dat gespecialiseerde screeningstechnieken selectief worden toegepast na voorafgaande sequentiële triage.

Dr. Wilfried Gyselaers

Up-to-date blijven

DR. Wilfried Gyselaers startte met zijn thesis in 2002. Naar eigen zeggen "omdat het bloed kruipt waar het niet gaan kan." Hij koos er destijds voor om in de kliniek te stappen omdat klinisch werk en patiëntencontacten hem aantrekkelijker leken dan het zuivere laboratoriumwerk. Ondanks twee aanbiedingen om zijn interesses verder uit te werken in fundamenteel, basiswetenschappelijk onderzoek. Maar de onderzoeksmicrobe bleef kriebelen. Daarnaast voelde dr. Gyselaers de behoefte om te toetsen of hij nog op het goede spoor zit met zijn klinisch werk. Up-to-date blijven, is immers een grote bekommernis en uitdaging in een context van privé-patiëntenzorg en continu beschikbaar moeten zijn.

U bent van mening dat het fundamenteel belangrijk is om als arts de resultaten van je activiteiten ter discussie te stellen en te beoordelen?

Dr. Wilfried Gyselaers: "Dit is absoluut waar! Onze moderne geneeskunde vereist immers dat, alvorens een nieuw medicijn op de markt komt of een nieuwe procedure aan patiënten ter beschikking gesteld wordt, zéér zorgvuldig de voor- en nadelen hiervan worden onderzocht en afgewogen tegen de bestaande therapieën. Het is dan ook een fundamenteel medisch basisprincipe dat



elke arts of zorgverstreker ook zichzelf regelmatig in vraag stelt en de voor- en nadelen van het eigen beleid objectief beoordeelt. Alleen zo kan een permanente kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg worden nagestreefd.”

Waarom koos u het “Screenen naar foetaal Down syndroom” als onderwerp voor uw thesis?

Dr. Wilfried Gyselaers: “Beroepshalve was ik al heel sterk betrokken in de antenatale zorg ter preventie van aangeboren aandoeningen: een minutieuze opvolging van hoog risico zwangerschappen en de nauwe samenwerking met neonatologen en een gespecialiseerd team, hebben tot hoofddoel de uitkomst van een (prematuur) geboren kind te optimaliseren. Ook het opsporen van aangeboren aandoeningen vroeg in de zwangerschap kadert in dit beleid. Gezien de echografie hierin een cruciale rol is gaan spelen, ben ik als het ware een beetje in dit onderwerp “gerold”. Ik wens evenwel uitdrukkelijk te stellen dat onderzoek verrichten naar technieken voor het opsporen van Down syndroom geenszins tot doel heeft een moderne heksenjacht te bevorderen, als een poging om via interventies ervoor te zorgen dat personen met deze aandoening niet meer in de maatschappij terecht kunnen komen. In familiale kring ben ik persoonlijk geconfronteerd met de gevolgen van mentale en sociale handicap. Dit heeft me vooral geleerd hoeveel wij - gezonde mensen - eigenlijk kunnen opsteken en leren van personen met een handicap. Dit heeft me bovenal ook geleerd te relativeren en te respecteren. Respect is een sleutelwoord geworden in de samenwerking met anderen en in het dagelijkse leven.”

U stelt wel dat morbiditeitsvariabelen in de toekomst veel belangrijker worden voor perinatale audit dan mortaliteit?

Dr. Wilfried Gyselaers: “In Vlaanderen, en andere landen, is de perinatale sterfte nooit zo laag geweest als nu, en men verwacht nog slechts een beperkte en geleidelijke verdere daling. Perinatale morbiditeit wordt meer en meer naar voor geschoven als parameter om verloskundige zorgen te meten. De technieken voor opsporing van aangeboren aandoeningen ontgroeien stilaan de kinderschoenen en vinden geleidelijk hun weg naar de dagelijkse verloskundige praktijk. Mijn thesis wil hiertoe een steentje bijdragen.”

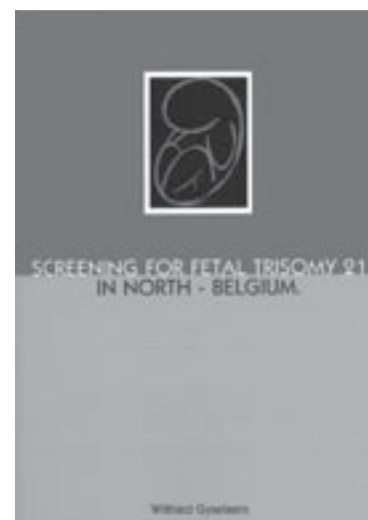
Volgende stelling is bijzonder opvallend en zegt waarschijnlijk meer over de ‘persoon achter

de arts’ dan over de clinicus: ‘Het is onrechtvaardig om maatschappelijke gelden te besteden aan de ontwikkeling van feilbare methoden om het aantal geboortes van baby’s met een handicap te reduceren, zonder te voorzien in de faciliteiten om adequaat en humaan de gemiste of aanvaarde casussen op te vangen’

Dr. Wilfried Gyselaers: “Naar mijn mening hebben artsen een heel belangrijke rol te vervullen in het bewerkstelligen van “geluk” voor hun patiënten. “Een goede gezondheid” is hetgeen mensen mekaar vaak toewensen, en de gezondheid is net het werkterrein van de arts. Bij de geboorte van een baby volgen “geluk”-wensen vaak honderdvoud. Wanneer mensen de potentiële geboorte van een gehandicapt kind zien als een bedreiging van dit geluk, dienen we dit als arts te respecteren en hen de mogelijkheid te bieden hiervoor testen te ondergaan. Wanneer dan, ondanks de geleverde inspanningen, alsnog een baby wordt geboren met enige vorm van handicap, is het niets anders dan onze plicht ervoor te zorgen dat het geluk van het desbetreffende kind en zijn familie blijft gevrijwaard. Gezien op dit ogenblik geen enkele screeningstest onfeilbaar is, is dan ook het creëren van goede opvangmogelijkheden en begeleiding van families met een gehandicapt kind een intrinsiek en essentieel onderdeel van een maatschappelijk georganiseerd screeningsprogramma.”

U besluit met: ‘Naast zijn wetenschappelijke meerwaarde, is het maken van een proefschrift een bijzonder goede les in (zelf)relativering, bescheidenheid en diplomatie’. Wat bedoelt u daarmee?

Dr. Wilfried Gyselaers: “Alvorens een wetenschappelijk artikel wordt gepubliceerd, is het onderworpen aan een zeer strenge externe controle, de zogenaamde “peer review”. De commentaren van de reviewers, meestal experts in het vakgebied, werpen vaak een ander licht op het eigen werk en interpretaties. Dit leert dat de eigen visie meestal slechts “een” visie is temidden van vele andere, en dat deze vaak nog beïnvloed is door trends en mode-ideeën. Het vraagt dan inderdaad wel een zekere mate van diplomatie om met de aangebrachte argumenten te kunnen overtuigen zonder potjes te breken.”



“Naar mijn mening hebben artsen een heel belangrijke rol te vervullen in het bewerkstelligen van “geluk” voor hun patiënten.”

Dr. Jan van Zundert: clinicus en wetenschapper

PRF veelbelovend bij cervicale radiculaire pijn

DR. Jan van Zundert promoveerde op donderdag 24 november tot 'doctor in de medische wetenschappen' met zijn proefschrift 'The use of pulsed radiofrequency in the treatment of chronic pain' aan de universiteit van Maastricht. Zijn promotor en co-promotoren zijn respectievelijk prof. dr. Maarten van Kleef, dr. Elbert Joosten en dr. Jacob Patijn. Dr. Van Zundert, anesthesioloog en pijntherapeut, werkt sinds het jaar 2000 in het ZOL voor het departement Anesthesie, Intensieve Zorgen, Urgentiegeneeskunde en Pijnmanagement. In 2005 werd hij medisch diensthoofd van het Multidisciplinair Pijncentrum.

Gepulseerde radiofrequentie (PRF) is een techniek die sinds 1998 in de kliniek wordt aangeboden voor radiculaire pijn. De behandeling is een variëteit op de binnen de pijncentra reeds lang gebruikte continue radiofrequentiebehandeling. Door het pulseren van de stroom wordt minder zenuw schade veroorzaakt, waardoor PRF ook geschikt is voor radiculaire pijn waarbij grotere zenuwen betrokken zijn. De hoogfrequente stroom wordt immers slechts gedurende een zeer korte periode toegediend. Daarna wordt een 'rustperiode' ingebouwd tijdens welke de opgewekte warmte wordt afgevoerd."

De klassieke niet-gepuleerde radiofrequentie wordt vooral gebruikt voor niet-radiculaire nek of rugpijn.

Met zijn thesis wilde dr. Van Zundert onderzoeken wat de waarde is van gepuleerde radiofrequentie (PRF) voor chronische pijn, met bijzondere aandacht voor de PRF-toepassing op het cervicale dorsale ganglion (DRG) bij chronische cervicale radiculaire pijn. Pijn in de nek met uitstraling naar de arm treedt immers vaak zonder aanwijsbare oorzaak op. Hoewel verschillende behandelingsmogelijkheden voor cervicale radiculaire pijn beschreven zijn in de literatuur laat de beschikbare evidentie voor doeltreffendheid niet toe om definitieve besluiten met betrekking tot de optimale behandeling te formuleren.

Het onderzoek werd uitgevoerd in de dienst Anesthesiologie, Pijnbestrijding en het Pijnkenniscentrum van het AZ Maastricht in samenwerking met het Multidisciplinair Pijncentrum van het ZOL. Patiënten met cervicale radiculaire pijn, bij wie medicamenteuze

behandeling of fysiotherapie onvoldoende resultaat opleverden, maakten deel uit van het onderzoek. Van Zundert: "Deze patiënten gaven aan hun pijn minimaal 35 punten op een schaal van nul tot honderd waarbij nul geen pijn is en honderd de meest ernstige pijn die men zich kan inbeelden. Ook gaven zij aan dat pijn hun levenskwaliteit sterk beïnvloedde." De helft van deze groep kreeg een sham-behandeling, de andere helft een behandeling met PRF.

De resultaten waren veelbelovend. Het blijkt dat PRF-behandeling van het cervicale DRG voor chronische radiculaire pijn betere pijnverlichting geeft dan sham-interventie 3 en 6 maanden na de procedure. Significantie werd echter enkel bereikt na 3 maanden. De behoefte aan pijnmedicatie, die in het studieprotocol beschouwd werd als een noodoplossing, was verminderd in de PRF-groep en verhoogd in de sham-groep. Statistische significantie werd hier bereikt na 6 maanden.

Ook onderzocht dr. Van Zundert het gevolg van de behandeling op de levenskwaliteit van de proefpersonen. Na drie en zes maanden was er een trend voor betere levenskwaliteit bij de PRF-patiënten, hoewel statistisch significantie enkel bereikt werd voor het onderdeel vitaliteit.

De problemen met significantie zijn volgens dr. Van Zundert te wijten aan het aantal proefpersonen. Hij slaagde er voor de studie niet in om het vereiste aantal van 42 patiënten te halen. "Dit is een frequent voorkomend probleem in sham-gecontroleerde gerandomiseerde klinische studies over interventionele pijnbehandelingstechnieken. Mensen die chronische pijn hebben zijn niet enthousiast als je hun vertelt dat ze vijftig procent kans hebben op een nepbehandeling. Dan haken ze meestal af."

De resultaten van het onderzoek zijn veelbelovend. Daarnaast wijzen recente studies uit de literatuur erop dat PRF interessant kan zijn in de behandeling van neuropathische en gemengde pijnsyndromen. Dr. Van Zundert besluit dan ook dat verder onderzoek naar de klinische en biologische effecten van PRF wenselijk en gerechtvaardigd is.

Grete Bollen



Dr. Jan van Zundert: clinicus en wetenschapper.

Dieper ingaan op onderwerp

EEN proefschrift afmaken, is een besluit," leerde dr. Van Zundert van zijn promotor prof. Dr. Van Kleef. Deze wijze woorden hebben hem naar eigen zeggen vaak geholpen om prioriteiten te stellen, door te zetten en zijn proefschrift uiteindelijk tot een goed einde te brengen.

Waarom heeft u dit proefschrift geschreven en vanwaar uw begeesting voor pijntherapie?

Dr. Jan Van Zundert: "De laatste 20 jaar is de pijntherapie geëvolueerd naar een subdiscipline van de Anesthesiologie. Tot 20 jaar geleden waren het voornamelijk neurochirurgen die zich met pijntherapie bezighielden en dit meestal onder de vorm van een chirurgische zenuwdestructie. Geleidelijk aan is er een evolutie gekomen naar meer percutane technieken, meer selectieve technieken, dus meer veilige technieken en ook minder beschadigende technieken. Zo is er zowel in het buitenland als nadien ook in ons eigen land een evolutie ontstaan waarbij meer en meer anesthesisten zich in pijnbestrijding gingen interesseren. Belangrijk hierbij was ook de evolutie binnen de anesthesie zelf: van de algemene anesthesie naar de loco-regionale of epidurale anesthesie. Zo geraakten meer en meer anesthesisten vertrouwd met de zenuwblokkades die

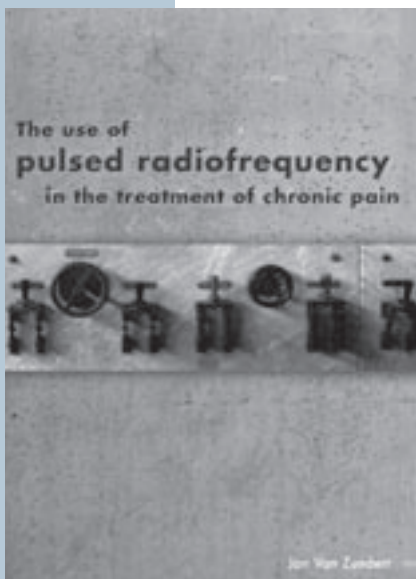
ze toepasten bij patiënten tijdens de operatie, voornamelijk met als doel na de operatie op een doeltreffende manier pijn te kunnen behandelen. Van de behandeling van acute pijn was de evolutie naar chronische pijn een logische stap."

"De reden voor dit proefschrift is in eerste instantie de interesse om dieper op een onderwerp te kunnen ingaan. Zeker in de pijntherapie zijn er heel veel aspecten van zowel diagnostiek als behandeling niet uitgeklaard of onbekend. Om die reden is het belangrijk voor een verdere uitbouw van de subdiscipline anesthesiologische pijnbestrijding om op een wetenschappelijke manier de resultaten van de behandelingen te evalueren. Dit begint in eerste instantie met een kleine studie, maar uiteindelijk volgt het ene project uit het andere en voor je het weet, zit je aan een proefschrift. Je probeert altijd betere studies te doen, wat uiteindelijk resulteert in artikelen in internationale tijdschriften. Door de wetenschappelijke waarde te verhogen, kan ook meer aanspraak gemaakt worden op middelen van de overheid voor zowel diagnostiek als behandeling van pijnpatiënten. Dit resulteert in een betere zorgomkadering voor de patiënt. ▶

"Door de wetenschappelijke waarde te verhogen, kan ook meer aanspraak gemaakt worden op middelen van de overheid voor zowel diagnostiek als behandeling van pijnpatiënten."

GEPROMOVEERD

Maar hier knelt actueel nog steeds het schoentje in ons land; de middelen die we ter beschikking krijgen voor pijnbestrijding zijn verre gaand ontoereikend in vergelijking met de behoefte en het aantal patiënten.”



U vermeldt in de bijstellingen van uw proefschrift dat pijntherapie teamwerk is, en wetenschappelijk onderzoek nog veel meer. Kan u dat wat uitleggen?

Dr. Jan Van Zundert: “Voor een kranteninterview enkele jaren geleden vroeg men mij wat het belangrijkste is bij pijntherapie. Gezien de complexiteit van de materie en de vele onduidelijkheden in de diagnostiek en therapie, heb ik daar toen op geantwoord dat het teamwerk het belangrijkste is. Dit wil zeggen: multidisciplinair samenwerken met verschillende medici en paramedici om zo het meest optimale zorgtraject voor deze patiënten te bekomen. De complexiteit van de problematiek noopt hier in belangrijke mate toe. Een wonderpil

of wonderprik, waarop de mensen hopen, is meestal toch niet voorhanden. Uiteindelijk probeer je met de beschikbare middelen van zowel medicatie als interventies de pijn te verminderen. Met de restpijn, die nog aanwezig blijft, moet de patiënt zo goed mogelijk leren leven. Hiervoor wordt een cognitieve gedragsmatige revalidatie-aanpak voorgesteld. Om heel dit gamma te kunnen aanbieden heb je inderdaad een heel team nodig.”

“De ervaring met het wetenschappelijk onderzoek loopt daarmee parallel, zeker in mijn positie. Mijn hoofdactiviteiten liggen immers nog steeds in de kliniek en het wetenschappelijk werk komt op de tweede plaats. Hierdoor ben je afhankelijk van de hulp en de goodwill van heel wat mensen. In eerste instantie van de collega's en medewerkers van de dienst Anesthesie en het Multidisciplinair Pijncentrum. Voor de echte wetenschappelijke expertise kon ik een beroep doen op de mensen van de afdeling Pijnbestrijding van het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Sedert vele jaren is daar een belangrijke onderzoekspool aanwezig naar zowel de basale als de klinische evaluatie van de interventionele pijnbestrijdingstechnieken. Internationaal gezien gelden zij hiervoor als één van de beste centra op het vlak van wetenschappelijke publicaties. Het belangrijkste bij deze stelling voor mij is om allen die aan dit proefschrift hebben meegewerkt op deze manier te bedanken. Ik wil niet de indruk wekken dat al het werk er alleen maar gekomen is door mijn eigen persoon, want het is de vrucht van een heel intense en goede samenwerking op velerlei gebieden.”

Wat bedoelt u met de stelling “Heer laat het Prinsenvolk der oude Nederlanden niet ondergaan in haat, in broedertwist en schande...”

Dr. Jan Van Zundert: “Deze stelling heb ik erbij gehaald omdat het een beetje symbolisch is voor de samenwerking in de euregio die wij hebben gehad tussen Genk en Maastricht en het weerspiegelt misschien ook wel een Groot-Nederlandse gedachte. Het is een fragment uit een gedicht van Remi Piryns, vader van Piet Piryns, huidige Knack-journalist en oud-hoofdredacteur van De Morgen. Binnen de democratische Vlaams-nationale beweging heeft deze zin ook een belangrijke symbolische waarde.”

Ook opmerkelijk is het citaat van dr. D'Hooghe, ex-voorzitter van de Belgische voetbalbond, waar u naar verwijst? Hij zegt: “Er zijn drie domeinen waarin je de woorden ‘nooit’ en ‘altijd’ met een korrel zout moet nemen: de geneeskunde, de liefde en het voetbal.”

Dr. Jan Van Zundert: “Ik vond dit zelf opmerkelijk toen ik het las. Dit citaat bevat heel wat levenswijsheid met de nadruk op het relativeren van veel aspecten. Dr. D'Hooghe heeft dit op een eenvoudige manier geformuleerd en toegepast op drie domeinen in het leven die voor heel wat mensen van belang zijn. Hij heeft steeds een goede professionele medische carrière kunnen combineren met belangrijke organisatorische functies binnen het voetbalmilieu.”

“Zowel in de geneeskunde, het wetenschappelijk onderzoek, als in het voetbal, heeft men snel de neiging om te evolueren naar wit-zwart situaties: ofwel is iets juist ofwel is het fout. Helaas komen we in de realiteit vaak terecht in situaties die niet wit-zwart zijn maar grijs, met alle mogelijke variaties. Zeker door het doen van wetenschappelijk onderzoek ga je geneeskunde relativeren. Voor heel veel ziekten, zowel wat betreft diagnostiek als behandeling worden zaken voor waar of onwaar aangenomen, zonder dat ze op een wetenschappelijke manier geëvalueerd zijn geweest. Als dusdanig zijn uitspraken daarover soms onterecht of op zijn minst voorbarig. Het is ook een antwoord op een tendens tot het te snel promoten van nieuwe technieken zonder dat ze voldoende wetenschappelijk gefundeerd zijn.”

“Tot slot: in het algemeen hebben de bijstellingen de functie van het in perspectief brengen van het proefschrift zelf. Het gaat meestal om 10 à 12 stellingen waarbij er 6 à 7 rechtstreeks op het proefschrift moeten betrekking hebben, terwijl andere stellingen het proefschrift in zijn bredere context kunnen plaatsen, naar zowel andere aspecten van de geneeskunde als naar bredere maatschappelijke aspecten, vandaar.”

Reconstructieve borstchirurgie

Een belangrijke deel van de therapie na een diagnose van **borstkanker**

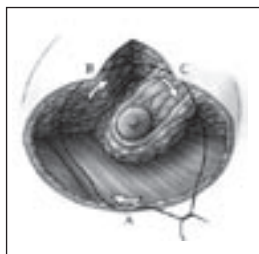


Fig. 1: Diverse technieken voor borstreductie. Links: superior pedicle. Midden: supero-mediale pedicle. Rechts: inferior pedicle.

BORSTKANKER is een van de meest voorkomende tumoren bij de vrouw. Belangrijk om weten is dat de mogelijkheid tot borstreconstructie onmiddellijk aan het woord mastectomie zou moeten gekoppeld worden zoals dit nu reeds het geval is met adjuvante therapie. Borstreconstructies worden immers meer en meer een belangrijk onderdeel in de therapie na een diagnose van borstkanker.

Reconstructieve borstchirurgie is de laatste jaren een groot onderdeel geworden in de praktijk van de reconstructieve plastisch chirurg. Dit heeft verschillende oorzaken: door diverse screeningsonderzoeken die via de overheid gepromoot worden en door de bewustwording van de Belgische vrouw dat borstsonderzoek op regelmatige wijze moet gebeuren, worden er meer borsttumoren in een vroeger stadium ontdekt. Hierdoor stijgt het aantal operatieve mogelijkheden waarbij borstchirurgie, al dan niet gecombineerd met een adjuvante behandeling als chemo- en/of radiotherapie, curatief kan zijn. Bovendien wordt de vrouw alsmat actiever in het sociale en professionele leven. Vermits het werken met een externe prothese meer en meer als een last wordt ervaren, stijgt de vraag naar reconstructies door middel van een interne prothese of door middel van autoloog weefsel. Tot slot zijn er gedurende de laatste 10 jaar nieuwe technieken ontwikkeld waardoor het aanbod

aan reconstructieve mogelijkheden nog verruimd is, met excellente lange termijn resultaten.

Maar laat ons starten bij het begin: niet elke diagnose van borsttumor noodzaakt een mastectomie. Vaak kan er een 'borstsparende tumorectomie' gebeuren waarbij een deel van het klier- en vetweefsel verwijderd moet worden maar waarbij nog een aanzienlijke hoeveelheid borstweefsel overblijft na de tumorectomie. Vermits elke plastisch chirurg gedurende zijn opleiding diverse technieken van borstreducties heeft geleerd, kan er in overleg met de borstchirurg een techniek gekozen worden waarbij de tumor zich in het resectie stuk bevindt (**Fig. 1**). Om een grote postoperatieve asymmetrie in de Bh te vermijden, kan er voor geopteerd worden om onmiddellijk of in een tweede tijd, een reductie te laten uitvoeren aan de andere zijde. Dit moet uiteraard goed op voorhand besproken worden met de patiënte, borstchirurg, oncoloog en plastisch chirurg, en hangt vaak af van het type van tumor.

Indien er toch, na de diagnose van borstkanker, een mastectomie moet gebeuren, zijn de reconstructieve mogelijkheden de volgende: een onmiddellijke reconstructie of een reconstructie in een tweede tijd (meestal een 6-tal maanden na de mastectomie). Voor beide reconstructies kan er gekozen worden voor een reconstructie met een prothese of een reconstructie met eigen weefsel (autoloog weefsel).

Niet elke diagnose van borsttumor noodzaakt een mastectomie.

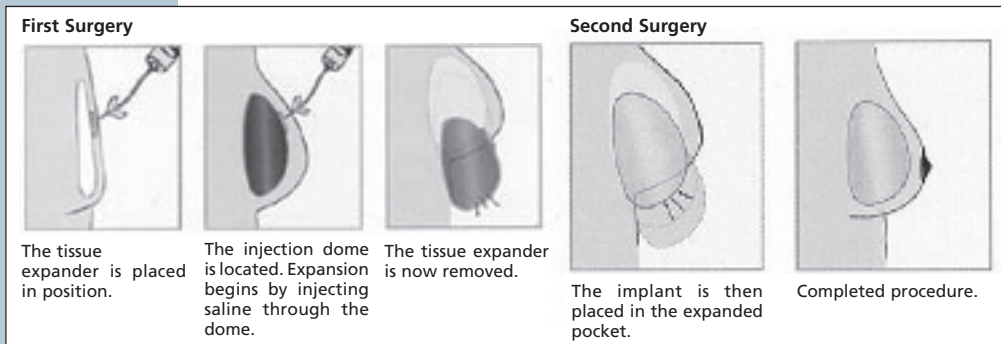


Fig. 2: Reconstructie dmv expander en prothese



Fig. 3: DIEP

- Wanneer er gekozen wordt voor een reconstructie met een prothese kan er, afhankelijk van het gewenste postoperatieve volume, onmiddellijk een met silicone gevulde prothese geplaatst worden. Of er moet eerst een expander geplaatst worden die postoperatief wekelijks wordt bijgevuld. Deze expander is een soort van ballonnetje dat langzaam de overliggende huid uitrekt en klaar maakt voor de implantatie van een definitieve prothese (**Fig. 2**). Dit houdt in dat er enkele maanden later een tweede ingreep moet gebeuren om de definitieve prothese te plaatsen. Het is echter een kleine ingreep in vergelijking met een reconstructie met autoloog weefsel.

• Wanneer er gekozen wordt voor een reconstructie met autoloog weefsel, zijn er diverse mogelijkheden.

1. Wereldwijd is de reconstructie door middel van het overbrengen van huid en vet van de buik (een DIEP flap), de standaard aan het worden in autologe borstreconstructie (**Fig. 3**). Dit houdt in dat na de mastectomie de bloedvaatjes worden opgezocht die verantwoordelijk zijn voor de bevoeiing van het vet en de huid onder de navel en boven de schaamstreek. Eens deze gevonden zijn, worden ze doorgesneden en microchirurgisch weer vastgemaakt aan de bloedvaten die zich naast het borstbeen of in de oksels bevinden aan de mastectomie-kant. Hierna wordt deze 'buikflap' tot borst gemodelleerd. De voordelen van deze techniek zijn enorm: er wordt een nieuwe borst gemaakt van alleen maar eigen weefsel (geen nood voor bijkomende vulling dmv een prothese), ze gaan levenslang mee, voelt warm aan en neemt na verloop van tijd een zeer natuurlijke vorm aan. Er zijn echter ook risico's en nadelen aan verbonden. Vermits er gewerkt wordt met bloedvaatjes die doorgesneden worden en opnieuw aangehecht moeten worden, bestaat er altijd de kans dat er bloedklontertjes lokaal ontstaan waardoor de flap afsterft. Dit gebeurt meestal gedurende de eerste 48 uur na de ingreep. Soms kan de flap nog gered worden door de klontertjes operatief te verwijderen. Desalniettemin ligt het percentage op falen van deze techniek op 2 tot 5%. Bovendien is deze techniek belastend, zowel voor de patiënt (een langere narcose van 5 tot 8 uur), als voor

de chirurgen. Het is dan ook bijna onmogelijk om deze techniek toe te passen als er niet in teamverband (twee chirurgen of chirurg met opgeleide assistent etc) wordt gewerkt. Hoewel deze reconstructie vroeger enkel in universitaire centra werd toegepast (aangezien daar steeds een 'team' voorhanden was), is deze DIEP flap techniek nu ook mogelijk in grotere niet-universitaire centra, dankzij de goede samenwerking tussen collega's.

2. Wanneer er echter niet voldoende 'buikweefsel' voorhanden is (bv. bij magere patiënten), kan een vergelijkbare techniek gebruikt worden om overtollig weefsel ter hoogte van de bil (SGAP-flap) of de dij (Gracilis-flap) over te brengen naar de borst.

3. Indien de patiënt opteert voor een minder zware ingreep, kan er nog gekozen worden voor een 'rug-flap' (Latissimus dorsi flap). Hierbij wordt de grote rugspier samen met overliggende huid naar voren gebracht, zonder dat er microchirurgische technieken aan te pas moeten komen (**Fig. 4**). Vaak is er echter niet voldoende weefsel te vinden op de rug, waardoor er extra volume moet bijgevuld worden door middel van een prothese of expander. Het grote voordeel van deze ingreep is de minder zware operatie (minder lange narcose tijd) en minder kans op mislukking van de ingreep. De nadelen zijn voornamelijk een mogelijk functionele verlies ter hoogte van de schouder (echter niet subjectief), het litteken op de rug en meestal de nood tot bijkomende vulling door middel van een prothese of expander. In het laatste geval is er uiteraard weer een tweede kleinere ingreep nodig om de definitieve prothese te plaatsen.

Bij alle reconstructies zijn er vaak meerdere kleinere ingrepen nodig na de eerste grotere operatie. Tijdens een tweede fase, de symmetrisatiefase, wordt als de patiënt dit wenst de andere (niet geopereerde) borst aangepast aan de gereconstrueerde borst. Meestal gaat het om een lifting of verkleining van de 'tumorvrije' borst. Er wordt steeds gestreefd naar een zo groot mogelijke symmetrie in de Bh. De patiënt moet beseffen dat een perfecte

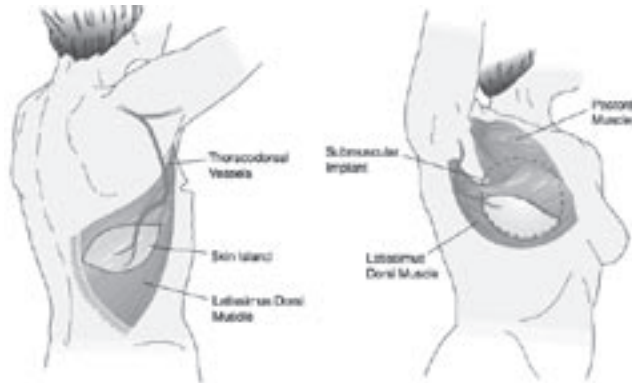
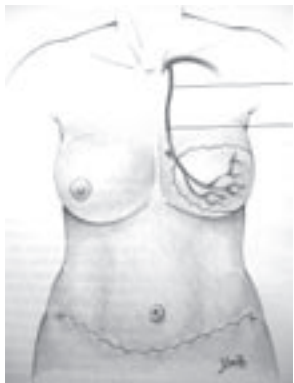


Fig. 4: Borstreconstructie dmv “rug-flap” (latissimus dorsi)

flap borstreconstructie

symmetrie zonder Bh vaak onmogelijk is. Hoewel deze tweede fase niet bij iedereen nodig of gewenst is, is de derde fase echter vaak van groot belang voor de patiënte. Het gaat hier over de reconstructie van een tepel en het tepelhof. De reconstructie van een tepel kan op verschillende manieren gebeuren, maar het vaakst wordt er een lokaal flapje gebruikt. Hierbij wordt de aanwezige huid op de borst gebruikt. Na genezing hiervan kan deze dan getatoeëerd worden, samen met het tepelhof. Vermits dit echter specifieke apparatuur vereist, gebeurt dit in centra als schoonheidssalons.

Wanneer en hoe beslist men nu om een onmiddellijke of laattijdige reconstructie uit te voeren?

Dit is vaak afhankelijk van het type van tumor dat gevonden wordt. Aan de hand hiervan kan er vaak op voorhand al besloten worden om postoperatief adjuvante therapie onder de vorm van radiotherapie toe te passen. Radiotherapie heeft een nefaste invloed op de huid in de zin dat deze verstijft en verhardt. Wanneer er zich onder die huid een prothese of expander bevindt, kan deze doorheen de huid eroderen of kan er een sterk kapsel ontstaan waardoor de borst ernstig misvormd wordt. Ook wanneer er geopteerd wordt voor een autologe reconstructie, kan er bijkomende vetnecrose optreden met vervorming (zij het in mindere mate) van de reconstructie tot gevolg. In deze gevallen (wanneer men preoperatief weet dat postoperatieve radiotherapie zal nodig zijn) zal er geopteerd worden om een laattijdige reconstructie uit te voeren. Door de radiotherapie zijn de opties voor de laattijdige reconstructie dan ook verkleind: een reconstructie zonder inbreng van gezond, niet bestraald weefsel is niet meer mogelijk. Er moet dus steeds een reconstructie gebeuren met een autologe component (volledig autoloog of autoloog + expander/prothese).

Indien het bijna zeker is dat postoperatief geen radiotherapie zal nodig zijn, moet er overwogen worden of een onmiddellijke reconstructie haalbaar is. Afhankelijk van de gekozen reconstructie komt er immers narcosetijd bij, waardoor in bepaalde gevallen de dubbele ingreep (mastectomie + reconstructie) te belastend wordt voor

de patiënte of tijdsgewijs niet haalbaar is in de organisatie van het operatiekwartier. Gelukkig bestaat er hiervoor een tussenoplossing: er kan onmiddellijk een tijdelijke expander geplaatst worden, waardoor het maximum van de aanwezige huid kan gespaard blijven bij de borstsparende mastectomie. Hierdoor heeft de patiënte nog steeds de keuze tussen een laattijdige reconstructie door middel van een prothese of door middel van autologe weefsel. Indien gekozen wordt voor een autologe reconstructie, zal er minder huid ter plaatse moeten gebracht worden waardoor de reconstructie nog natuurlijker wordt.

Bovendien gebeuren er veel mastectomieën waarbij de patiënte vaak niet over een onmiddellijke reconstructie wil praten. De diagnose van een borsttumor is vaak een emotionele aangelegenheid waarbij de patiënte zo snel mogelijk het gezwel wil laten verwijderen. Vele patiënten zijn dan ook nog ‘niet klaar’ om al aan een reconstructie te denken. Ze willen eerst de mastectomie ‘verwerken’. Anderzijds valt ook te betreuren dat vele borstchirurgen de informatie over eventuele reconstructies niet aanreiken aan de patiënte. Het wordt vaak nog aanzien als een soort van ‘luke-ingreep’ die niet noodzakelijk is. Het tegendeel is echter waar. Het aanreiken van informatie over een mogelijke reconstructie, onmiddellijk of laattijdig, kan de patiënten vaak helpen in het verwerkingsproces van de diagnose en initiële behandeling.

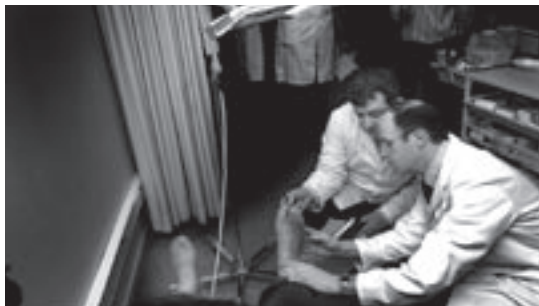
Tot slot nog dit: tegenwoordig worden er boeken vol geschreven over allerlei types van borstreconstructies. Met dit korte overzicht hopen wij u echter een soort van basisinformatie mee te geven. Welke patiënte in aanmerking komt voor welk type van reconstructie moet individueel met elke patiënte besproken en bediscussieerd worden in multidisciplinair overleg.

Bij alle reconstructies zijn er vaak meerdere kleinere ingrepen nodig na de eerste grotere operatie.

Dit artikel is een vervolg op een algemeen artikel over Plastische Heelkunde dat verschenen is in ZOLarium 18. U kan dit raadplegen op www.zol.be - zorgverleners - ZOLarium.

Dr. Nicolas Verhelle en dr. Bert Van den Hof
plastische chirurgie





De **diabetische voetkliniek** zet een stap verder

HET ZOL heeft als enige Limburgse ziekenhuis een erkenning gekregen als derdelijns curatieve voetkliniek. De curatieve voetkliniek is gericht op de verzorging van de diabetische patiënt met zware voetletsels en wordt multidisciplinair georganiseerd.. Naast de endocrinologen, diabetesverpleegkundigen en de podoloog zijn ook de vaatchirurgen, dermatologen en orthopedisten betrokken.

Patiënten met diabetes hebben een duidelijk hoger risico voor het ontwikkelen van voetletsels. Dit heeft te maken met verschillende factoren zoals neuropathie en slechte arteriële circulatie. Door neuropathie kan het pijngevoel verminderen, wat een belangrijke waarschuwing is bij een dreigend of pas ontstaan letsel. De neuropathie werkt ook het ontstaan van voetdeformaties in de hand. Zo komen drukplaatsen tot stand waar eeltvorming en later wondjes kunnen ontstaan. Een slechte circulatie verhoogt ook de kwetsbaarheid van de voet en vermindert het herstelvermogen van letsels. Eens een letsel ontstaan, staat men soms versteld hoe een op het eerste gezicht kleine afwijking op korte of wat langere termijn grote gevolgen kan hebben, meer bepaald een beperkte of meer uitgebreide amputatie.

Preventie

Het voetonderzoek met het opsporen van risicofactoren - met name gevoelsstoornissen, deformaties en

eeltvorming, schimmelinfecties en circulatieafwijkingen - is een vast onderdeel geworden van de regelmatige evaluatie van de diabetespatiënt.

Als we afwijkingen vinden die het risico voor voetletsels verhogen, nemen we preventieve maatregelen. In de eerste plaats educatie zorgen we voor educatie: de patiënt krijgt instructies over voethygiëne en beschermende maatregelen. Vaak laten we ook steunzolen maken en aangepaste schoenen dragen. Soms gebeuren preventieve correctieve ingrepen van deformaties of ter verbetering van de circulatie. Dit alles hoort bij de preventie van voetletsels.

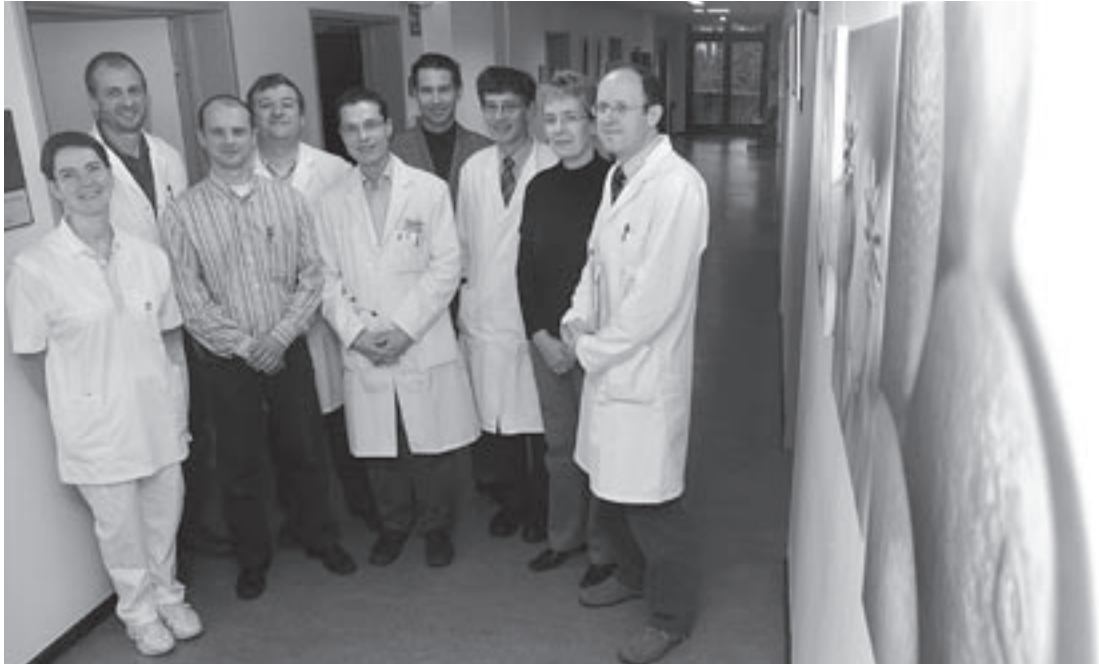
Curatieve diabetische wondzorg

Eens er een voetwonde is, moet alles in het werk gesteld worden voor de genezing. De meest voorkomende verwikkeling is een infectie, die soms zeer destructief kan zijn. We vrezen vooral een infectie van het bot, wat dikwijls onherroepelijk tot amputatie leidt. Bij een slechte bloedvoorziening kan ook necrose optreden.

Wondverzorging houdt het regelmatig onderzoek in met onder meer het opsporen van tekens van infectie. Zeer regelmatig moet ook eelt en niet leefbaar weefsel verwijderd worden om gezond weefsel de kans te geven op te groeien. Rust en wegname van druk van de wonde door viltpadding, steunzolen, (semi-)orthopedische schoenen of orthopedische apparaten is de tweede



curatieve voetkliniek



Het multidisciplinaire team van de diabetische voetkliniek.

maatregel. Er wordt ook bekeken of maatregelen die de circulatie kunnen bevorderen, een arteriële dilatatie of een bypassingreep, nuttig kunnen zijn. We hebben ook ervaring opgebouwd met larven- en vacuümtherapie en de 'circulationboot'. Ook hyperbare zuurstoftherapie zal in de toekomst wellicht in de therapie betrokken worden. Soms moet tot amputatie overgegaan worden, met de nodige nazorg. Dit is de essentie van de curatieve diabetische voetzorg.

De multidisciplinaire voetkliniek

De preventieve en curatieve zorg voor de diabetische voet is de taak die diabetische voetkliniek op zich neemt. Deze is in ons ziekenhuis in de afgelopen jaren progressief uitgebouwd. Deze zorg is multidisciplinair. Hierbij zijn betrokken: de endocrinoloog, de podoloog, de diabetesverpleegkundige, de orthopeed, de orthopedische technicus en schoenmaker, de dermatoloog en de vaatchirurg. Enkele keren per maand, op maandagvoormiddag, houden zij een gemeenschappelijke consultatie op de raadpleging Inwendige Geneeskunde in Waterschei. Hierbij bekijkt elk van de betrokken disciplines de voorgestelde voetproblemen vanuit zijn standpunt en wordt een gemeenschappelijk besluit genomen, waarna elk van disciplines tot uitvoering van zijn opgenomen taak overgaat.

Daarnaast gaat elke maandag en vrijdag een kleinere multidisciplinaire diabetische voetkliniek door, waar-

genomen de podoloog onder supervisie van de endocrinologen. Dit voor de tussentijdse opvolging van de patiënten met voetwonden of voor preventieve zorg door de podoloog.

De multidisciplinaire benadering van de voetpatiënt vereist de nodige voorbereiding. Daarom worden nieuwe gevallen steeds geïntroduceerd via een individuele raadpleging bij een van de artsen van het multidisciplinaire team. De dienst endocrinologie voorziet een dergelijke specifieke introductieraadpleging, in aanwezigheid van de podoloog, op maandag.

Wat het curatieve deel van de diabetische voetzorg betreft kreeg de dienst endocrinologie van het ZOL dit jaar de erkenning door het RIZIV als 'derdelijns curatieve diabetische voetkliniek', samen met een twintigtal andere ziekenhuizen in het land. Deze erkenning is recent gecreëerd en ondersteunt de werking van deze voetklinieken. Zij erkent ook het streven van de dienst over de jaren naar een specifieke, gedifferentieerde en professionele aanpak van diabetische voetproblemen. De term 'derdelijns' houdt in dat naar samenwerking met andere ziekenhuizen inde regio wordt gestreefd bij het aanbieden van deze zorg.

Preventieve en delrijns curatieve diabetische voetkliniek ZOL

- **organiserende dienst:** endocrinologie
- **endocrinologen:** dr. Yves Kockaerts en dr. Jos Tits
- **podoloog:** Alex Bots
- **diabetesverpleegkundigen:** Marijke Aerts, Ann Bergmans, Reinhilde Brenard en Ria Spaepen
- **consultanten:**
- **dermatologie:** dr. Hilde Stals
- **orthopedie:** dr. Ludo Oprins
- **vaatheelkunde:** dr. Wouter Lansink

Secretariaat en afspraken:

089/32.55.32

Dr. Jos Tits
endocrinoloog



Johann Georg **Wirsüng**

EEN jaar voordat hij lafhartig vermoord wordt, ontdekt Johann Wirsüng een overlangs lopende gang in de pancreas (de alveesklier). Met die ductus pancreaticus weet hij echter geen raad. Niemand trouwens. Het orgaan zelf lag toen nog in een mysterieuze waas van nevelen gehuld. Net zoals nu nog altijd Wirsüng's tragisch einde.

De alveesklier kwam van ver

Natuurlijk had God dit orgaan naar Zijn beeld en gelijkenis geschapen en de oude Grieken haar al beschreven maar voor de ontsluiting van haar betekenis zou het nog een tijdje duren. In de zestiende eeuw beschouwde zelfs een zo eminent anatoom als Vesalius de alveesklier als een steun voor de maag. Anderen als een kussen om de tere bloedvaten in de buurt te beschermen tegen de harde wervelzuil.

Nochtans had Gabriele Falloppio, een leerling van Vesalius, zijn meester erop gewezen dat de pancreas geen steun voor de maag kon zijn omdat die dan bij dieren volkomen nutteloos zou zijn. Want daar lag hij boven de maag.

Het Mekka van de zestiende eeuwse anatomie

Dat de ontdekking van de *ductus pancreaticus* in Padua plaats vond mag geen wonder heten. Elke arts of anatoom die later naam en faam zou maken had aan die beroemde universiteitstad gestudeerd of was er ooit professor geweest. Denken we maar aan Andreas Vesalius, Gabriele Falloppio, Fabricio d'Aquapendente, Eustachius, Morgagni, William Harvey en zoveel anderen.

Ook Johann Georg Wirsüng

Hij wordt op 3 juli 1589 in Augsburg (Duitsland) geboren, studeert eerst anatomie bij professor Jean Riolan te Parijs en later bij professor Kaspar Hoffmann in Altdorf. Allebei gedegen leraars, maar hij wil zijn studies toch afronden in het meer prestigieuze Padua.

Op 8 november 1629 schrijft hij zich in en vertelt er twee flagrante leugens. Ten eerste dat hij uit het Katholieke München stamt, en niet uit het protestantse Augsburg (om niet meteen afgewezen te worden). Daarnaast trekt hij zijn leeftijd met zo'n 11 jaar naar beneden en vult als geboortjaar 1600 in (om dezelfde reden). Die leugen is zelfs zo goed dat na zijn dood in Padua een standbeeld voor hem opgericht wordt met de verkeerde geboortedatum.

Drie jaar later heeft hij zijn snijkunst bewezen en wordt eerste prosector bij Johann Wesling (1598-1649), een anatoom die om zijn schitterende lessen en demonstraties vanuit Venetië naar Padua gelokt werd om er professor anatomie te worden.

De ontdekking

Op 2 maart 1642 ligt een daags tevoren opgeknoopte moordenaar, de 30-jarige Zuane Viaro della Badia, op de autopsietafel. Als assistenten zijn ondermeer aanwezig: Thomas Bartholin uit Denemarken (1616-1680), de man die later zijn naam zal verbinden aan de Bartholinklier. Ook Moritz Hoffman, de student die later de ontdekking van de ductus pancreaticus voor zich zal opeisen. Want het verhaal gaat dat Moritz Hoffman de pancreasgang al eerder gezien had bij een kalkoen, en op die bewuste dag aan Wirsüng gewoon gevraagd had of die ook bij de mens te vinden was. En Wirsüng vond hem.

Johann Wirsüng heeft echter niet het minste idee van de betekenis van die ductus en aarzelt om er een proefschrift aan te wijden. Maar dan komt hij op een even zo gewiekst als briljant idee. Hij koopt een grote koperplaat, etst er eigenhandig een schets in van een overlangs opengesneden pancreas (foto) en laat er in het geheim zeven afdrucken van maken. Die stuurt hij op naar zijn twee voormalige leraars, Riolan en Kaufmann, en naar vijf andere anatomen. Daarbij hoopt hij twee vliegen in een klap te slaan. Primo: advies in te winnen over de mogelijke betekenis van die ductus, en secundo: een tastbaar bewijs de wereld in te sturen van zijn ontdekking.

In de begeleidende brief geeft hij een uitvoerige beschrijving van zijn ductus en stelt op het einde de vraag of hij die nu een arterie of vene moet noemen? Of wat anders? Want bloed heeft hij er niet in gevonden. Wel een soort etsende vloeistof die zijn zilveren sonde zwart verkleurt.

Van kussen tot spons

Van Jean Riolan en Kaspar Hoffmann krijgt hij geen antwoord en ook niet van de vijf andere anatomen. Blijkbaar wisten zij het ook niet. Ondertussen snijdt Wirsüng allerlei apen, honden, katten, muizen, varkens en kippen open op zoek naar zijn ductus. En hij vindt hem overal.

Een mogelijk nieuw licht in de zaak komt er met de ontdekking van de darmlymfvaten door Gaspare Aselli. Die geleerde kwam op een dag op het lumineuze idee om zijn hond een vetrijke maaltijd voor te schotelen en het dier daarna onmiddellijk open te snijden. Rond de darmlessen trof hij gezwollen lymfvaten aan die vol melkachtig vocht zaten. Die melk noemde hij chijl (chylus).

Die ontdekking leidt meteen tot een nieuwe theorie over de pancreas. Het mysterieuze orgaan wordt nu niet meer als een steun of een kussen aanzien maar als een spons die de melkachtige chijl uit de darm zuigt en naar de lever en de milt voert. In dit nieuwe concept wordt de ductus pancreaticus dus een soort groot chijlvat.

(1589-1643)

Zes jaar na de dood van Wirsüng laat Jean Riolan toch iets van zich horen in een proefschrift waar hij de tekening van Wirsüng combineert met de ontdekking van Aselli's lymfevaten. Vooreerst verontschuldigt Riolan zich omdat hij bij gebrek aan opgehangen criminelen de vondst van Wirsüng niet kan bevestigen, maar als Wirsüng's tekening betrouwbaar is, dan moet volgens hem het pancreas wel een filter zijn die de chijl zuivert.

De weg van steun, kussen, spons, filter tot dubbel secreterende klier zoals we die vandaag kennen is nog ver, maar ondertussen is Wirsüng vermoord.

De moord

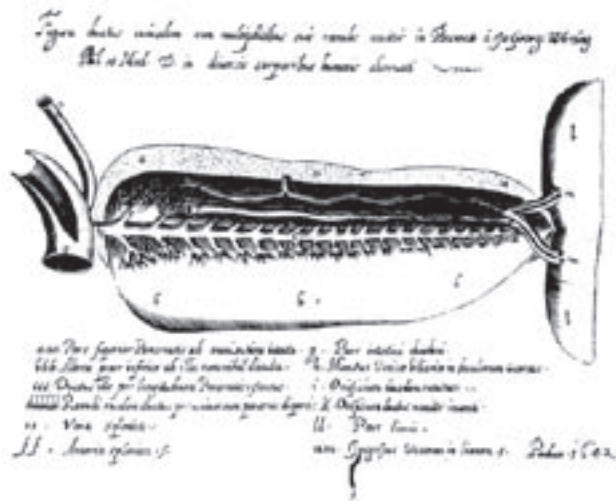
De 22ste augustus 1643, rond middernacht, en anderhalf jaar na zijn ontdekking, staat Johann Wirsüng gezellig met enkele burens aan de voordeur van zijn huis te keuvelen als plots drie mannen uit het duister verschijnen en hem vol lood schieten. Wirsüng zakt in elkaar en roept uit: 'Ik ben dood, o Cambier, o Cambier! ... ik ben dood, o ... Cambier ...'

Terwijl de schurken in het duister verdwijnen spuwt hij bloed en geeft de geest. Van de daders geen spoor meer maar hun naam is aan iedereen, die de laatste woorden van de stervende gehoord heeft, bekend. Het zijn de gebroeders Cambier, twee studenten uit Vlaanderen.

Het motief

Lange tijd heeft men gedacht dat Johann Wirsüng het slachtoffer geworden is van zijn al dan niet gestolen ontdekking, en dat de nijdige Moritz Hoffman daarachter stak. Tot een aantekening van Giovanni Morgagni (ZOLarium 11) daar meer klaarheid in bracht. Morgagni schrijft ergens: 'In de 14 jaar dat Wirsüng in Padua was is hij nooit professor geweest en heeft nooit les gegeven. Door zijn handvaardigheid en kennis werd hij door Johann Wesling al snel opgemerkt en als prosector aangesteld en heeft die taak naar behoren volbracht. Dat hij wegens jaloesie vermoord zou zijn raakt kant noch wal. Ik kan u verzekeren dat het om een afrekening gaat tussen rivaliserende broedersschappen, die hier schering en inslag zijn.'

Aan de universiteit van Padua werden de meer dan duizend buitenlandse studenten inderdaad in 'broedersschappen' ingedeeld. Dit op basis van hun land van herkomst of de taal die ze spraken. Zo zat William Harvey bij de Engelsen en Wirsüng en Cambier bij de 'Duitse broederschap van de Artes'. En zoals Morgagni opmerkt kwamen die 'broedersschappen' niet altijd zo broederlijk overeen. Niet enkel onderling maar ook in eigen kring was afgunst, gekwetste trots en hoogoplopende ruzie schering en inslag.



Een niet onbelangrijk detail in het hele verhaal is het feit dat Jacques Cambier 6 dagen voor de bewuste moord afgetreden was als nieuw verkozen gevolmachtigde van de 'Duitse gemeenschap van de Artes'. Waarschijnlijk een gedwongen aftreding en wellicht heeft Johann Wirsüng daar een niet onbelangrijke rol in gespeeld.

Ductus Hoffmanianus?

Na de druk bijgewoone begrafenis en het bijzetten van Wirsüng's lijk in het kapittelhuis van de San Francesco basiliek vertelt Moritz Hoffman aan iedereen die het horen wil dat *hij* de ductus pancreaticus ontdekt heeft. Meer bepaald in een kalkoen. Bewijzen kan hij het niet meer maar als hij later professor anatomie in Altdorf wordt beloofd hij aan elke student, die de ductus naar zijn naam noemt, een zilveren muntstuk. Elk jaar richt hij in Altdorf ook een groot banket aan om zijn ontdekking feestelijk te herdenken.

Zo hangt Wirsüng's eponiem nog een aantal jaren aan een zijden draadje tot Johannes Van Horne, een voormalige collega uit de 'Duitse gemeenschap van Artes studenten', en in 1685 hoogleraar anatomie in Leiden, de naam 'ductus Wirsüngianus' lanceert.

Sindsdien kent elke medicus de ductus pancreaticus als 'het kanaal van Wirsüng'.

Epiloog

De geschiedenis van de originele koperplaat en de zeven geheime afdrukken is een verhaal op zich, te lang om hier in een paar lijnen te schetsen. Kort samengevat: vandaag hangt Wirsüng's eigenhandig geëtste koperplaat ongeschonden in het 'Il Bo', de universiteit van Padua. Na heel wat speurwerk zijn ook zes van de zeven originele afdrukken teruggevonden. De zesde ontsnapte als bij wonder aan de bombardementen op Straatsburg en vertoont enkel in het midden een brandplek.

De zevende, nog spoorloze, en ondertussen méér dan zijn gewicht in goud waard, mag het bewijs zijn dat geschiedenis een 'never ending story' is.

Dr. Johan Van Robays, anatomo-patholoog.



OP de prijsuitreiking van de tweede Tyco Healthcare Prijs voor Excellentie in Ziekenhuismanagement heeft het ZOL, samen met het Sint-Blasiusziekenhuis van Dendermonde, de eerste plaats weggekaapt. Beide ziekenhuizen lieten in een spannende eindronde de drie andere genomineerden - het CHP van Luik, het CHR de la Haute Senne van Soignies en de UCL de Mont-Godinne van Yvoir - achter zich.

Het ZOL in de prijzen

Het ZOL diende zijn meerjarenproject rond 'patiëntveiligheid' in voor de prijs. Zoals u in het vorige nummer van ZOLarium kon lezen is patiëntveiligheid één van de belangrijkste aandachtspunten voor de komende jaren in het ZOL. In een eerste fase werd de veiligheidscultuur bevraagd in een enquête. 1300 verpleegkundigen en artsen namen eraan deel. Het ZOL is het eerste Belgische ziekenhuis dat een dergelijke meting ziekenhuisbreed organiseerde. In een volgende fase wordt een methodologie voor het wijzigen van de veiligheidscultuur in het ziekenhuis uitgewerkt.

In het project van het ZOL erkent en herkent de jury de inspanning die werd geleverd naar een decentralisering van de besluitvorming met systematische participatie van alle actoren. Bovendien wil de Jury door de toekenning van de Tyco Healthcare Prijs eveneens zijn waardering en bewondering uitdrukken voor de overtuiging en de beslistheid waarmee het ziekenhuis de aandacht voor patiëntveiligheid als het leidende principe wil hanteren bij het uittekenen van het ziekenhuisbestuur. Met deze benadering voegt het ZOL zich bij een kleine maar selecte groep van ziekenhuizen die terzake internationaal de leiding nemen, aldus de jury. Aan de prijs is een bedrag van 6.250 euro verbonden. Dit zal integraal in het project 'Patiëntveiligheid' geïnvesteerd worden.

Het AZ Sint-Blasius uit Dendermonde heeft een project ingediend dat opgestart werd in 2000 en in vijf

jaar moest leiden naar een systematische verbetering. Van meet af aan was het management gericht op de realisatie van performantiedoelstellingen doorheen alle diensten van het ziekenhuis. Bovendien moet de verbetering ook aantoonbaar zijn. Klinische prestatie, financiële gezondheid van het ziekenhuis en klanttevredenheid zijn de drie prioriteiten. Het ziekenhuis wil daarmee verantwoording afleggen ten aanzien van zijn stakeholders - in de eerste plaats de patiënten en de financierende gemeenschap. Ook AZ Sint-Blasius kreeg een bedrag van 6.250 euro.

De Tyco Healthcare Award voor Excellentie in Ziekenhuismanagement 2005

De prijs, die uitgereikt werd op 9 december 2005, is een initiatief van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KUL, de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren en Tyco Healthcare Belgium. Het gaat om de bekroning van een directieteam van een Belgisch ziekenhuis dat door zijn managementactiviteiten heeft bijgedragen tot een aantoonbare en meetbare verbetering van de kwaliteit van de zorg in de eigen organisatie.

De vijf finalisten werden door een achtkoppige vakjury beoordeeld op basis van volgende criteria: de impact van het project op de kwaliteit van de zorg, de mate van betrokkenheid van het directieteam, de



Excellentie in Ziekenhuismanagement



relevantie van het project voor het geheel van het ziekenhuis, de kwaliteit van de projectorganisatie, het creatieve en innoverende karakter, de veralgemeenbaarheid en inspirerende kracht voor andere ziekenhuizen, de vorm en de presentatie. Op een schaal van honderd scoorden de eerste drie criteria ieder voor 20%, de laatste vier ieder voor 10%. De vijf betrokken directieteamsgroepen kregen bovendien de gelegenheid hun project mondeling voor te stellen aan de jury. De beoordeling gebeurde opnieuw op basis van bovengenoemde criteria en met hetzelfde gewicht.

De jury liet weten dat ze door de hoge en homogene kwaliteit van de inzendingen voor een moeilijke opdracht stond. Ze stelde naar eigen zeggen met vreugde

de vast dat de Belgische ziekenhuisdirecties duidelijk en in alle opzichten het stadium van het amateurisme voorbij zijn. “De professionalisering – met al wat dit woord betekent – van de Belgische ziekenhuisdirecties is een feit.”

De beslissing om de prijs ex-aequo aan twee directieteamsgroepen toe te kennen is in hoofdzaak van de jury dan ook geen compromis, maar de uitdrukking van een spontaan ontstane consensus. “Het zou”, zo meent de jury, “tegen de principes van de redelijkheid en de rechtvaardigheid geweest zijn een verder onderscheid te maken tussen de beide overblijvende genomineerden.”

De jury liet weten dat ze door de hoge en homogene kwaliteit van de inzendingen voor een moeilijke opdracht stond.

Vierde huisartsenbevraging

De huisarts

VAN 15 juni tot 15 september kregen huisartsen uit het verwijzingsgebied van het ZOL de kans om hun mening te formuleren over de samenwerking met het ziekenhuis. Deze vierde bevraging van huisartsen kwam tot stand in samenwerking met de Stuurgroep Huisartsenkringen. In tegenstelling tot voorgaande enquêtes werd gekozen voor een kwalitatieve aanpak.

Huisartsen kregen twee vragenlijsten in de bus. De eerste vragenlijst peilde naar algemene aspecten van de samenwerking tussen huisartsen en het ziekenhuis en leverde 61% respons op. Een tweede korte vragenlijst peilde naar het aspect 'verslaggeving' vanuit het ziekenhuis naar de huisartsen toe en leverde 56% respons op.

Goed op weg

Uit de enquête blijkt dat drie op vier huisartsen tevreden zijn met de wijze van verslaggeving binnen het ziekenhuis. Eveneens drie op vier huisartsen ontvangen dagelijks een flashbericht met informatie over opnames, transfers en ontslagen van hun patiënten. 87% van de huisartsen die dit bericht ontvangen vindt dat deze informatie beantwoordt aan hun verwachtingen. Het overgrote deel van de huisartsen wenst de ontslagbrieven en resultaten van onderzoeken elektronisch te ontvangen. Slechts 15% van de huisartsen kiest uitsluitend voor een ontvangst per post van deze correspondentie.

Ruim acht op tien huisartsen worden bij afwezigheid van de arts in het ziekenhuis automatisch doorgescha-

keld naar het secretariaat van de arts of een betrokken verpleegafdeling

Werkpunten

Indien één van hun patiënten overlijdt in het ziekenhuis vindt slechts 55% van de huisartsen dat de informatie hierover voldoet aan hun verwachtingen.

Meer dan 50% van de huisartsen ervaart nog knelpunten in verband met wachtlijsten voor raadplegingen binnen het ziekenhuis

Bijscholing

In totaal werden er 54 suggesties / bemerkingen gemaakt met betrekking tot onderwerpen voor bijscholingscycli in het kader van de wetenschappelijke raad van het ZOL. Indicatoren voor kwaliteit van samenwerking bekeken vanuit de eerste lijn.

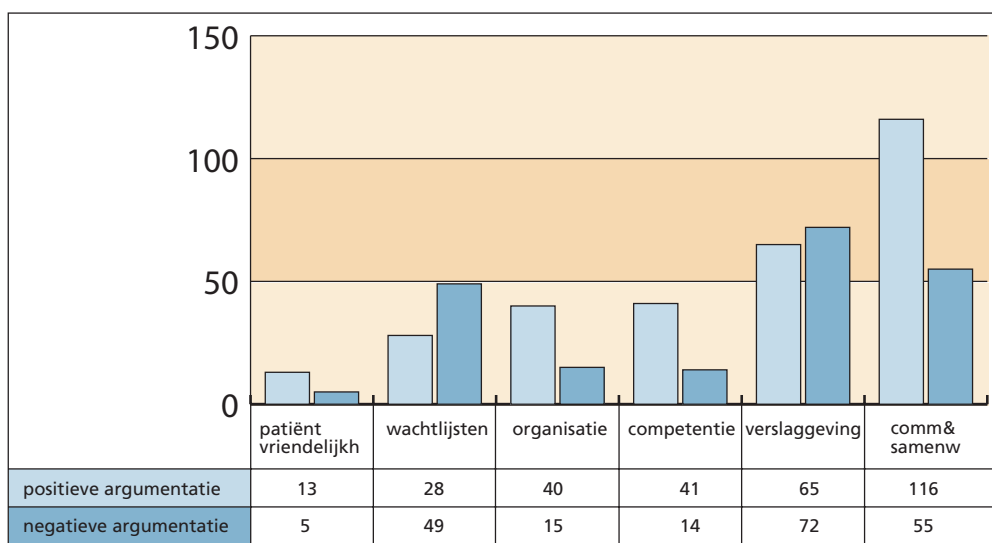
We stelden een open vraag aan de huisartsen om drie diensten te benoemen waarmee zij het liefst en drie diensten waarmee zij het minst graag samenwerken en deze keuzes te motiveren.

In totaal werden er 27 diensten van de 35 gekozen waarmee het liefst samengewerkt wordt door huisartsen. Er werd 254 keer een positieve keuze gemaakt.

De huisartsen benoemden 24 diensten waarmee het minst graag samengewerkt wordt. In totaal werden er 183 negatieve keuzes gemaakt. De motivatie voor positieve en negatieve keuzes konden herleid worden tot zes categorieën. Onderstaand schema brengt deze in overzicht.

Categorieën	Positieve argumentatie	Negatieve argumentatie
Verslaggeving	Snel, volledig, duidelijk	Te laat of niet, onvolledig, onduidelijk, slordig
Wachtlijsten	De patiënt kan snel terecht bij de medische dienst in kwestie	De patiënt kan niet genoeg terecht bij de medische dienst in kwestie
Communicatie & Samenwerking	Inhoudelijke afstemming en informatie mbt de behandeling, terugverwijzing naar de huisarts van de patiënt, ontslagmelding,...	Onvoldoende of geen inhoudelijke afstemming mbt de behandeling, onvoldoende of geen terugverwijzing naar de huisarts
Competentie	Indruk dat specialist technisch bekwaam is	Indruk dat specialist technisch niet bekwaam is of ook 'te' technisch bezig is
Patiëntgerichtheid	Patiëntvriendelijkheid	Patiëntonvriendelijk
Organisatie van de medische discipline	Goede bereikbaarheid, efficiënte samenwerking binnen de medische dienst, vlotte administratie	Moeilijk bereikbaar, geen efficiënte en vlotte samenwerking binnen de dienst, geen vlotte administratie

spreekt zich uit



Het aantal positieve en negatieve bemerkingen per categorie wordt in overzicht gebracht in bovenstaande grafiek. 'Verslaggeving' en 'Communicatie & samenwerking' worden het meest aangehaald als reden waarom de huisarts graag of niet graag samenwerkt met een medische dienst. In de categorieën 'patiëntvriendelijkheid', 'organisatie', 'competentie' en 'communicatie & samenwerking' bedragen de positieve bemerkingen minstens het dubbel van de negatieve bemerkingen. Op vlak van 'wachtlijsten' en 'verslaggeving' zijn er meer opmerkingen dan felicitaties.

Feedback van de resultaten

Door de goede respons wordt de bevraging als representatief beschouwd en verdienen de resultaten een goede terugkoppeling. De globale resultaten werden teruggekoppeld op de stuurgroep huisartsenkringen, de stuurgroep kwaliteit & patiëntveiligheid, het directiecomité en de raad van beheer. Naast een globale terugkoppeling naar de overlegorganen vonden we het zeker zo belangrijk om de resultaten van de enquête terug te koppelen naar verantwoordelijken en direct betrokkenen binnen het ziekenhuis. Op deze wijze kunnen actiepunten opgenomen worden in de beleidsplannen van 2006. De manager en medisch coördinator ontvingen een rapport met de geadresseerde resultaten van hun patiëntenprogramma. Elke arts kreeg de resultaten die van toepassing zijn op de eigen medische discipline. Ondertussen werden er reeds door diverse

medische disciplines bijkomende gegevens opgevraagd voor verdere bespreking. Aan de dienst Informatica werd een overzicht bezorgd van de resultaten van de bevraging met betrekking tot de verslaggeving. De dienst Vorming kreeg een overzicht van alle onderwerpen die door de huisartsen voorgesteld werden voor het inrichten van bijscholing.

Tot slot

Naast het bevragen van patiënten is de bevraging van de huisarts als belangrijke doorverwijzer een essentiële informatiebron om te kunnen inschatten hoe de kwaliteit van zorg gepercipieerd wordt. Ongetwijfeld kan deze belangrijke bron van informatie nog verder aangevuld worden. Disciplines die specifieke zorg verlenen zoals Mond-, Kaak- en Aangezichtsheelkunde werken samen met specifieke doorverwijzers zoals tandartsen. Disciplines die hoog gespecialiseerde zorg verlenen hebben ongetwijfeld een ruimer verwijzingsgebied dan de regionale context. Boeiende materie om bij een volgende bevraging mee op te nemen. Alleszins nog eens via deze weg hartelijk dank aan de respondenten. We vertrouwen er op dat uw stem een bijdrage geleverd heeft aan het verbeteren van de samenwerking in het belang van de patiënt.

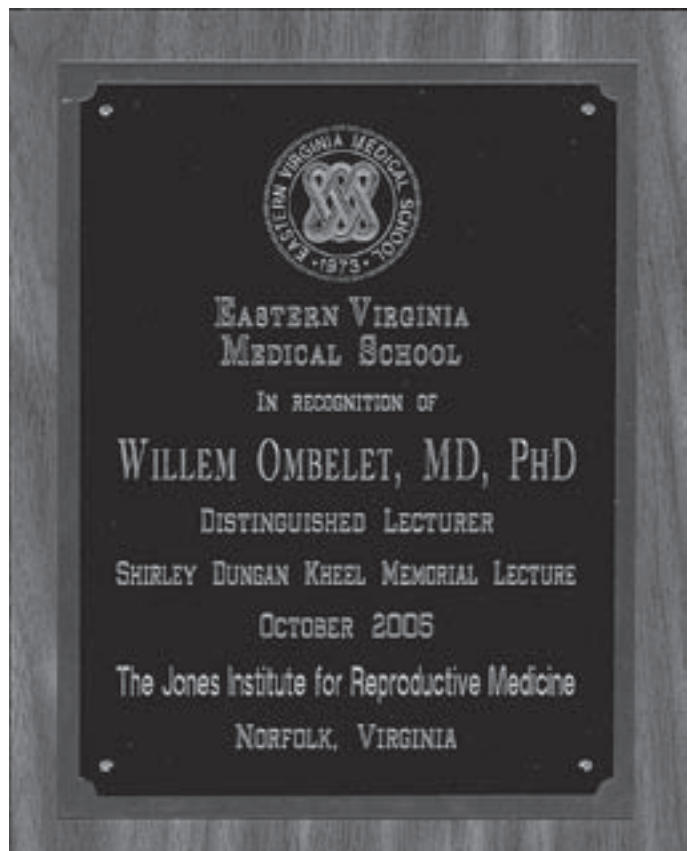
Tilly Postelmans, kwaliteitscoördinator

Door de goede respons wordt de bevraging als representatief beschouwd en verdienen de resultaten een goede terugkoppeling.

België scoort goed in de Verenigde Staten

Infertiliteitsbeleid aangehaald als voorbeeld

OP 13 oktober heeft dr. Willem Ombelet de 'Kheel Memorial Lecture' gegeven in het befaamde 'Jones Institute', één der meeste vermaarde infertiliteitscentra van de Verenigde Staten. Dit Instituut nodigt jaarlijks een fertiliteitspecialist uit die zich internationaal heeft onderscheiden in de reproductieve geneeskunde.



Het topic dat werd voorgesteld was "Perinatal outcome after assisted reproduction, the Belgian project". Vooreerst werden de perinatale gegevens getoond van bijna 30.000 bevallingen na geassisteerde reproductie in Vlaanderen (periode 1993 – 2004). In deze studie wordt aangetoond dat niet alleen IVF maar ook non-IVF zwangerschappen (inseminaties, ovulatie-inductie) moeten worden beschouwd als risico-zwangerschappen. Dit is niet uitsluitend te wijten aan de toename van meerlingen, ook eenlingen doen het significant minder goed. Diverse mogelijke oorzaken werden aangekaart.

In het tweede deel van de lezing kwam de terugbetaling van IVF met het daaraan gekoppeld terugplaatsen van minder embryo's per cyclus aan bod. Enkele dagen voordien werd in de 'Wall Street Journal' België als

voorbeeld aangehaald in de preventie van meerlingen bij geassisteerde reproductie en het spreekt voor zich dat dit deel van de lezing op een meer dan gewone belangstelling mocht rekenen, niet alleen van medici maar ook van verzekeringsspecialisten en politici.

Twee jaar na het begin van dit Belgisch project lijken de verwachtingen ingelost: een vermindering van het aantal tweelingen met meer dan 60 % en een duidelijke drempelverlaging voor de behandelingen. Vooral in de VS genieten beide problemen (meerlingen en te dure behandelingen) op dit ogenblik van een grote media-belangstelling. De Belgische aanpak (het werk van minister Vandenbroucke, professor Kips en het expert-team van infertiliteitspecialisten) wordt wereldwijd gevolgd en geprezen.



ORIGINAL ARTICLE

High-Dose Acetylcysteine in Idiopathic Pulmonary Fibrosis

Maurits Demedts, M.D., Juergen Behr, M.D., Roland Buhl, M.D., Ulrich Costabel, M.D., P.N., Richard Dekhuijzen, M.D., Henk M. Jansen, M.D., William MacNee, M.D., Michiel Thomeer, M.D., Benoit Wallaert, M.D., François Laurent, M.D., Andrew G. Nicholson, M.D., Eric K. Verbeken, M.D., Johnny Verschakelen, M.D., Christopher D.R. Flower, M.D., Frédérique Capron, M.D., Stefano Petruzzelli, M.D., Paul De Vuyst, M.D., Jules M.M. van den Bosch, M.D., Eulogio Rodriguez-Becerra, M.D., Giuseppina Convasce, Ph.D., Ida Lankhorst, M.D., Marco Sardina, M.D., and Mauro Montanari, Ph.D., for the IFIGENIA Study Group*

ABSTRACT

BACKGROUND

Idiopathic pulmonary fibrosis is a chronic progressive disorder with a poor prognosis.

METHODS

We conducted a double-blind, randomized, placebo-controlled multicenter study that assessed the effectiveness over one year of a high oral dose of acetylcysteine (600 mg three times daily) added to standard therapy with prednisone plus azathioprine. The primary end points were changes between baseline and month 12 in vital capacity and in single-breath carbon monoxide diffusing capacity (DL_{CO}).

RESULTS

A total of 182 patients were randomly assigned to treatment (92 to acetylcysteine and 90 to placebo). Of these patients, 155 (80 assigned to acetylcysteine and 75 to placebo) had usual interstitial pneumonia, as confirmed by high-resolution computed tomography and histologic findings reviewed by expert committees, and did not withdraw consent before the start of treatment. Fifty-seven of the 80 patients taking acetylcysteine (71 percent) and 51 of the 75 patients taking placebo (68 percent) completed one year of treatment. Acetylcysteine slowed the deterioration of vital capacity and DL_{CO} at 12 months, the absolute differences in the change from baseline between patients taking acetylcysteine and those taking placebo were 0.18 liter (95 percent confidence interval, 0.03 to 0.32), or a relative difference of 9 percent, for vital capacity (P=0.02), and 0.75 mmol per minute per kilopascal (95 percent confidence interval, 0.27 to 1.23), or 24 percent, for DL_{CO} (P=0.003). Mortality during the study was 9 percent among patients taking acetylcysteine and 11 percent among those taking placebo (P=0.69). There were no significant differences in the type or severity of adverse events between patients taking acetylcysteine and those taking placebo, except for a significantly lower rate of myelotoxic effects in the group taking acetylcysteine (P=0.03).

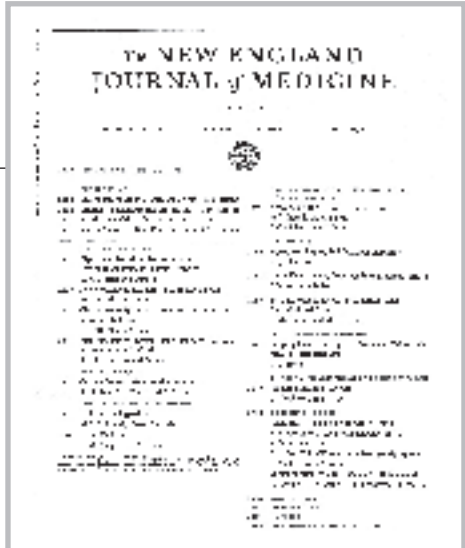
CONCLUSIONS

Therapy with acetylcysteine at a dose of 600 mg three times daily, added to prednisone and azathioprine, preserves vital capacity and DL_{CO} in patients with idiopathic pulmonary fibrosis better than does standard therapy alone.

From University Hospital, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium (M.D., M.T., E.K.V., J.V.); Medizinische Klinik I, Klinikum Grosshadern der Ludwig-Maximilians-Universität, Munich, Germany (J.B.); Medizinische Klinik III, Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz, Germany (R.B.); Medical Faculty Essen, Ruhlandklinik, Essen-Heidhausen, Germany (U.C.); Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen, the Netherlands (P.N.R.D.); Academic Medical Center, Amsterdam (H.M.J.); University of Edinburgh Medical School, Edinburgh (W.M.); Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Hôpital Calmette, Lille, France (B.W.); Hôpital Cardiologique, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux, France (F.L.); Royal Brompton Hospital, London (A.G.N.); Evelyn Hospital, Cambridge, United Kingdom (C.D.R.F.); Hôpital Antoine-Bécère, Clamart, France (F.C.); Dipartimento Cardio-Toracico, Università degli Studi di Pisa, Pisa, Italy (S.P.); Université Libre de Bruxelles, Erasmus Hospital, Brussels (P.V.); Heart Lung Center Utrecht, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, the Netherlands (J.M.M.B.); Hospital Universitario Virgen del Rocío, Seville, Spain (E.R.B.); Zambon Group, Biresso, Milan (G.C., I.L., M.S.); and Innopharma, Varese, Milan (M.M.). Address reprint requests to Dr. Demedts at the Division of Pneumology, University Hospital Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, Belgium, or at maurits.demedts@uz.kuleuven.ac.be.

*The members of the IFIGENIA (Idiopathic Pulmonary Fibrosis International Group Exploring N-Acetylcysteine 1 Annual) Study Group are listed in the Appendix.

N Engl J Med 2005;353:2229-42.
Copyright © 2005 Massachusetts Medical Society



Dr. Michiel Thomeer pneumoloog



TROTS melden we u dat dr. Michiel Thomeer, pneumoloog in het ZOL, co-auteur is van Ifigenia-study die in november 2005 verscheen in de The New England Journal of Medicine. Dr Thomeer volgt trouwens in een aanvullende studie de outcome van de Ifigenia-study verder op.

Exit Manuela

NU Manuela het uitgemaakt heeft zit ik met een existentieel probleem. Ze leeft nog. Was ze nu gestorven aan TBC of een andere hoogromantische kwaal, dan zou ik bittere tranen kunnen uitstorten op haar graf of, zoals Petrarca het na de dood van zijn geliefde Laura deed, mijn LDVD in aangrijpende sonnetten sublimeren.

Maar nee! Ze staat nog dagelijks in haar café trappist te tappen.

Toen ik na een halve marathon en half hallucinerend van de endorfines gewoontegetrouw in de 'Chez Manuela' binnenstropelde, kon ik geen stap meer terug. Ik aarzelde even maar het was te laat om een vluchtreflex te simuleren. Dus nam ik een stoel en draaide die ostentatief met de rug naar haar toe. Geen minuut later plaatste ze als naar gewoonte twee trappisten voor me.

Ik gunde haar geen blik waardig.

Maar iedereen keek mij wel aan.

Een dikbuikige biljarter, met wie ik soms een stootje plaats, kwam nieuwsgierig naast me zitten: 'Is de punt eraf, Johan?'

Zonder weerwoord staarde ik naar de schuimkladden in mijn ondertussen leeg glas.

Een ex-wielrenner, die evenzeveel ex-vriendinnen had als bekers, schurkte zich naast me en zei dat de mooiste tijd van zijn leven nog altijd deze was waar het zadel hem tussen de billen stak.

Dit was niet de mening van de ex-tennisleraar die naar zijn eigen zeggen na de lessen nog nooit een vrouw ontgoocheld had. 'Seks is misschien geen Heilige', zei hij, 'maar zij doet wonderen waar zij tegenwoordig is.'

De dikbuikige biljarter lag ondertussen in een volstrekt onmogelijke anatomische positie over het groene laken en keek achterom: 'Het is net zoals met ballen en stoten, Johan. Alles hangt af van de hoek waaruit je het bekijkt.'

Iets verder pufte een bejaarde pijproker gezapig een paar wolkjes voor zich uit en zei dat het allemaal wel met een vlam begint, maar de hele tabak tenslotte toch in rook opgaat.

Kalm deponeerde ik het gepaste geld op tafel, gunde dat hele zootje ongeregeld geen blik meer waardig, en klapte de deur achter me dicht.

In de dagen en weken en maanden nadien achtervolgde me maar één gedachte, de gedachte aan Manuela. Dag en nacht spookte ze in de gedaante van ontelbaar veel herinneringen aan haar mooie ogen en haar zachte huid door mijn hoofd zodat ik er finaal gek van werd.

Tot ik in een wetenschappelijk tijdschrift een artikel las:

"Nano-hagel gritt hersentumor". Met stijgende verbazing las ik het van voor tot achter. Twee experimentele hersenchirurgen hadden een nieuwe methode ontdekt om een hersentumor uit te schroeien. Ze spotten daarbij minuscule metaalbolletjes in de kwaadaardige hersencellen, activeerden die in een magnetisch veld en boem pats klets ... weg tumor!

'Haha!' riep ik in alle staten uit 'het ei van Columbus.' Want als de vele herinneringen aan Manuela werkelijk als een tumor in mijn hoofd woekeren, lag de oplossing voor de hand. Ik moest me maar wat van die nano-deeltjes laten inspuiten, mijn hoofd in een magneetveld mikken en weg was alle kommer en LDVD.

In elk geval minder teatraal dan op een Wagneriaanse Bühne zelfverloochenend afscheid nemen van een eenmaal zo hartstochtelijk beminde geliefde in grote en nobele woorden van leed en smart die in de keel blijven steken, de dolk ondertussen half in het hart gestoken, met op de achtergrond gebarsten pilaren waarboven wolken jagen in een apocalyptisch avondrood vol hunker en doortrokken van de verre weemoed van blauwe bergen.

Nee!, Nee!, en ook de meest snelwerkende euthanasiekit was geen optie. Ik ging voor die nano-behandeling. Niet goedkoop maar wel effectief.

Vooraf lokaliseerden de twee experimentele hersenchirurgen mijn kwalijke 'hot spot' door me een foto van Manuela te laten bekijken en tezelfdertijd de plaats van mijn meest vurigste synapsengeknetter te registreren.

Nadat ze die gevonden hadden en puntgaaf in hun magnetisch veld uitgeschroeide, jogde ik als herboren door mijn biotoop, het bos. Ik zoog mijn bloed weer vol endorfines en leste nadien mijn dorst in het eerste het beste café dat op de terugweg lag, de 'Chez Manuela'.

De waardin vroeg me wat het mocht zijn en ik bestelde een 'bolleke'. Tja, gek genoeg hadden die nano-deeltjes ook mijn hang naar trappist aangetast.

De waardin keek me nogal vreemd aan waarop ik verduidelijkte: een Koninck. Toen ze het blijkbaar nog niet snapte wees ik het rozerode Antwerps biertje aan dat in haar bierkaart aan 2,20 euro stond. Niet goedkoop maar wel dorstlessend.

Ze kolkte het biertje nogal tergend langzaam uit: 'Herken je me dan niet meer?'

Ik keek op. Hoe? Wat? Moest ik haar herkennen? Nee, dat gezicht had ik nooit gezien. Ze leek niet op een BV, een familielid, kennis of oude vriendin. Dus begon ik me te ergeren aan dat soort doorzichtige verleidingstrucs waarmee



cafébazinnen potentiële klanten proberen te slijmen. Nee, zei ik met het maximum aan nadruk dat nog met beleefdheid verenigbaar was: 'Mag ik a.u.b. mijn vochtbalans in mijn eentje bijstellen?'

Kwam daar de pijprokende bejaarde naast me zitten en pufte gemoedelijk een paar stapelwolkjes voor zich uit: 'Un homme seule est en mauvaise compagnie'.

'Zo nu en dan wissel ik ook wel eens van zadel' gaf de ex-wielrenner ruiterslijk toe.

Waarop de ex-tennisleraar, al wat aangeschoten, zijn doordeweekse ballen-jargon met hoofse riddertaal verwarde en zei dat er voor elk zwaard wel een schede te vinden was.

'Zijn die nu allemaal malende?' dacht ik, en toen ik net van plan was om dit gekkenhuis op staande voet te verlaten kwam een ex-collega binnen. 'Hé Johan! Leef je nog? Al zo lang geen artikel meer van je gezien in het Zolarium. Is je fantasie weg?'

'Nee, mijn muze.'

'Ho maar!' schurkte hij zijn Bourgondische lijf naast me en sloeg me aartsvaderlijk op de schouder 'Zoek dan toch een andere! We missen jouw verhaaltjes, ja echt, vooral deze met die sensuele griet ... hoe heet ze ook al weer?'

'Euh ... tja ...' Ik kwam er ook niet meer op.

'Maakt niet uit,' zei hij, 'plaats ergens een advertentie ... of nee ... schrijf liever in een volgend artikel dat je op zoek bent naar een nieuwe muze. Som daarbij enkele anatomische heerlijkheden op die je van zo'n nieuwe freule ... euh ... muze verwacht en prijs er ook enkele van jezelf aan.'

'Zoals mijn kleur van haar, mijn leeftijd of BMI?'

'Och kom toch nou! Malen vrouwen om een spikkeltje grijs haar of een speklaagje? Kop op Johan! Doe het in het belang van het Zolarium.'

Ik beloofde het te proberen.

**Reageren kan op:
johan.vanrobays@zol.be**

Dr. Johan Van Robays, anatomo-patholoog

BILLBOARD

Wetenschappelijke Raad: accréditeringsnummers 2005 – 2006

- 22 september 2005 Ethische vragen die ons bezig houden
Accréditerings-nummer: 4500.2087
Rubriek: 6
NE: 20
Duur: 2
- 20 oktober 2005 Acute complicaties van diabetes mellitus
- 21 oktober 2005 Congres Endocrino@zol
Accréditerings-nummer: 4558.1031
Rubriek: 2
NE: 60
Duur: 1
- 24 november 2005 Aanpak van morbide obesitas
- 19 januari 2006 Psychologische en ethische aspecten van gynaecologische en obstetrische zorg
Accréditerings-nummer: 4600.0092
Rubriek: 6
NE: 20
Duur: 2
- 23 februari 2006 Diabetische voet
- 23 maart 2006 Niet-invasieve technieken in de cardiologie
- 20 april 2006 Nieuwe trends in de aanpak van chronische (rug)pijn: van symptoomcontrole naar pijnrevalidatie
Accréditerings-nummer: 4610.0013
Rubriek: 2
NE: 30
Duur: 3
- 18 mei 2006 Psychogeriatric en ouderenpsychiatrie : multidisciplinaire samenwerking en netwerkvorming
- 22 juni 2006 Minimale medische criteria inzake lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig
Accréditerings-nummer: 4600.0093
Rubriek: 6
NE: 20
Duur: 2

CONGRESSEN

- 25 maart 2006: Congres Vlaamse Vereniging Gastro-enterologie
- 6 mei 2005: Symposium Percutane Interventies
- 19 en 20 oktober 2006: Gerizol

ABSTRACTS

Title: FDG-PET for preoperative staging of bladder cancer.
Published in: Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2005 Dec;32(12):1412-7. Epub 2005 Aug 31
Authors: Driessens O, Oyen R, Van Poppel H, Vankan Y, Flamen P, Mortelmans L.

Abstract

Purpose: The presence of lymph node involvement (N) and distant metastasis (M) in patients with invasive bladder carcinoma is a major determinant of survival and, therefore, a pivotal element in the therapeutic management. The aim of this prospec-

tive study was to evaluate the use of ¹⁸F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography (FDG-PET) in this indication.

Methods: Whole-body FDG-PET and computed tomography (CT) were performed in 55 patients with non-metastatic invasive bladder cancer for preoperative staging. Correlative imaging of PET with CT was performed, leading to a PET(CT) result. The imaging results were compared with the gold standard, consisting of histopathology (lymphadenectomy, guided biopsy) or clinical follow-up for 12 months, and related to overall survival using the Kaplan-Meier method.

Results: The gold standard was available in 40 patients and indicated NM-positive disease in 15 patients (12 N lesions, 8 M lesions), and NM-negative disease in 25 patients. For the diagnosis of NM-positive disease, the sensitivity, specificity and accuracy of PET(CT) were 60%, 88% and 78%, respectively. Diagnostic discordances between PET(CT) and CT alone were found in 9/40 patients, among whom PET was correct in six (15%): three with true-positive and one with true-negative distant metastases, and two with true-negative lymph nodes. Median survival time of patients in whom PET(CT) indicated NM-positive disease was 13.5 months, compared with 32.0 months in the patients with a NM-negative PET(CT) (p=0.003).

Conclusion: Addition of metabolism-based information provided by FDG-PET to CT in the preoperative staging of invasive bladder carcinoma yields a high diagnostic and prognostic accuracy.

Title: Translevator posterior intravaginal slingplasty: anatomical landmarks and safety margins.

Published in: Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.: 2005

Sep-Oct;16(5):364-8. Epub 2005 Jan 27

Authors: Smajda S, Vanormelingen L, Vandewalle G, Ombelet W, de Jonge E, Hinoul P.

Abstract

The posterior intravaginal sling is a new tension-free needle suspension technique. It is used for the treatment of middle compartment (vaginal vault or uterine) prolapse. The Prolene sling suspends the vagina at the upper border of level II support as described by DeLancey (Am J Obstet Gynecol 166:1717, 1992). Human cadaveric dissections were undertaken to explore the pertinent anatomy that is involved when using this blind needle technique. Pre-dissected cadaveric material was used to obtain didactic illustrations of the anatomy of the procedure. Description of the surgical technique using anatomical landmarks and relative distances of the needle to these landmarks will improve the surgeon's visual understanding of the procedure. The measurements obtained demonstrate that the needle stays at a minimal distance of 4 cm away from the major (pudendal) vessels that could potentially cause life-threatening haemorrhage.

Title: Population screening for fetal trisomy 21: easy access to screening should be balanced against a uniform ultrasound protocol.

Published in: Prenat Diagn. 2005 Nov;25(11):984-90

Authors: Gyselaers WJ, Vereecken AJ, Van Herck EJ, Straetmans DP, de Jonge ET, Ombelet WU, Nijhuis JG.

Abstract

Objectives: To evaluate the performance of a first-trimester fetal aneuploidy screening program, with a documented underestimation of nuchal translucency thickness measurements (NT) compared to the Fetal Medicine Foundation (FMF) reference range.

Methods: We analysed the data of Algemeen Medisch Laboratorium (AML) in Antwerp, Belgium, on combined screening with pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A), free beta-human chorionic gonadotropin (FB-hCG) and NT. NT-multiples of the median (MoM), relative to the FMF reference range, were used for risk calculations.

Results: The proportion of first-trimester screening tests in the total of serum screening tests increased from 1.3% (125/9424) in 2000 to 53.1% (6577/12 377) in 2003. Only 11.4% (1514/13 267) of NT measurements were performed according to FMF criteria. The 80.8% (21/26) trisomy 21 (T21) detection rate (DR) at cut off 1:300 resulted from maternal serum screening. NT measurements did not add to this DR, but reduced the false-positive rate from 16.8% (2212/13181) to 8.6% (1130/13181). Only 23.8% (5/21) of T21 detections were by FMF trainees.

Conclusion: Easy access to screening and maternal serum parameters accounted for the majority of T21 detections in our first-trimester combined screening program.

Title: A randomized comparison of balloon angioplasty and stent implantation in the percutaneous treatment of coronary bifurcations.

Published in: Acta Cardiol. 2005 Aug;60(4):379-85.

Authors: Dens J, Dubois C, Vermeersch P, Coussement P, Vrolix M, Janssens L, Desmet W, Piessens J.

Abstract

Objective: A prospective randomized multicentre pilot trial, comparing stenting with balloon angioplasty as a treatment for coronary lesions, located in a bifurcation was performed. **Methods and results:** After balloon dilatation, with a < 30% residual stenosis in the main vessel and < 50% residual stenosis in the side branch, patients were randomized to stay in a "balloon-only" group or to stenting. The stents used were the AVE S 670 for the main vessel and the Bestent, if needed, for the side branch. The primary end point was the incidence of major adverse cardiac events (MACE) at 6 months, secondary end points were in-hospital MACE, acute angiographic results, use of materials and duration of the procedure. One hundred eleven patients were randomized: 55 in the balloon group, 56 in the stent group. No differences in MACE-rates were found at 6 months (22% versus 20%, $p = 0.78$). The target vessel revascularization rate was 16% in the balloon group and 12.5% in the stent group ($p = 0.56$). The acute angiographic results were significantly better in the stent group (residual stenosis 8% versus 26% [$p < 0.05$]). More materials were used, with a near doubling of the duration of the procedure in the stent group ($p < 0.05$). **Conclusions:** Although stenting resulted in better immediate angiographic results during percutaneous treatment of lesions located in a bifurcation, as compared to balloon angioplasty alone, clinical events were comparable in the two treatment arms.

Title: Comparison of tiotropium once daily, formoterol twice daily and both combined once daily in patients with COPD.

Published in: Eur Respir J. 2005 Aug;26(2):214-22.

Authors: van Noord JA, Aumann JL, Janssens E, Smeets JJ, Verhaert J, Disse B, Mueller A, Cornelissen PJ.

Abstract

This study compared the bronchodilator effects of tiotropium, formoterol and both combined in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A total of 71 COPD patients (mean forced expiratory volume in one second (FEV1) 37% predicted) participated in a randomised, double-blind, three-way, crossover study and received tiotropium 18 microg q.d., formoterol 12 microg b.i.d. or both combined q.d. for three 6-week periods. The end-points were 24-h spirometry (FEV1, forced vital capacity (FVC) at the end of each treatment, rescue salbutamol and safety. Compared with baseline (FEV1 prior to the first dose in the first period), tiotropium produced a significantly greater improvement in average daytime FEV1 (0-12 h) than formoterol (127 versus 86 mL), while average night-time FEV1 (12-24 h) was not different (tiotropium 43 mL, formoterol 38 mL). The most pronounced effects were provided by combination therapy (daytime 234 mL, night-time 86 mL); both differed significantly from single-agent therapies. Changes in FVC mirrored the FEV1 results. Compared with both single agents, daytime salbutamol use was significantly lower during combination therapy (tiotropium plus formoterol 1.81 puffs.day(-1), tiotropium 2.41 puffs x day(-1), formoterol 2.37 puffs x day(-1)). All treatments were well tolerated. In conclusion, in chronic obstructive pulmonary disease patients, tiotropium q.d. achieved a greater improvement in daytime and comparable improvement in night-time lung function compared with formoterol b.i.d. A combination of both drugs q.d. was most effective and provided an additive effect throughout the 24-h dosing interval.

Title: Prevalence of acid reflux in functional dyspepsia and its association with symptom profile.

Published in: Gut. 2005 Oct;54(10):1370-6. Epub 2005 Jun 21.

Authors: Tack J, Caenepeel P, Arts J, Lee KJ, Sifrim D, Janssens J.

Abstract

Aim: A subset of functional dyspepsia patients respond to acid suppressive therapy, but the prevalence of non-erosive reflux disease in functional dyspepsia and its relevance to symptoms have never been established. The aim of the present study was to study 24 hour pH monitoring in consecutive functional dyspepsia patients.

Methods: A total of 247 patients with dyspeptic symptoms (166 women, mean age 44 (SEM 1) year), with a negative upper gastrointestinal endoscopy and without dominant symptoms

of heartburn participated in the study. In all patients, the severity of dyspeptic symptoms and the presence of heartburn was assessed by a questionnaire and a 24 hour oesophageal pH monitoring study was performed. All patients underwent a gastric emptying breath test and in 113 a gastric barostat study was performed.

Results: Abnormal pH monitoring (acid exposure >5% of time) was found in 58 patients (23%). Of 21 patients with a positive heartburn questionnaire, 76% had pathological pH monitoring, while this was the case in only 18.5% of patients with a negative heartburn questionnaire. Demographic characteristics and the prevalence of other pathophysiological mechanisms did not differ between heartburn negative patients with normal or abnormal acid exposure. Pathological acid exposure in heartburn negative patients was associated with the presence of epigastric pain (65 v 84%, $p < 0.005$) and of moderate or severe pain (48 v 69%, $p = 0.005$).

Conclusion: Pathological oesophageal acid exposure is only present in a subset of heartburn negative functional dyspepsia patients, which are characterised by a higher prevalence of epigastric pain.

Title: Combined group cognitive behavioural therapy (CBT) and physiotherapy improves outcome in treatment-resistant patients in an outpatient pain clinic. A pilot study.

Presented at: IASP congress, Sydney.

Authors: Van Hamme, Guido; De Bie, Jozef M.; Maiori, Raf; Maninfor, Sylvie; Vissers, Kris; Van Zundert, Jan; Puylaert, Martine.

Abstract

Aim of investigation: The combination of CBT and physiotherapy (exercise, back school,...) is currently rarely used in the Belgian health care system, despite its proven efficacy. We investigated the feasibility of this treatment approach in a university affiliated regional hospital.

Methods: Naturalistic study. All included patients (N=31) were end-of-treatment, meaning that no new pharmacological trials or interventional pain treatments were thought to be indicated. Over a 10 week period patients had 10 sessions of group CBT and 20 sessions of graded physical exercise. The following psychometric measures were used before (T0) and after (T1) treatment: SF-36 Health Survey (SF-36) a measuring quality of life (QOL). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) measuring anxiety and depression. Pain Disability Index (PDI) measuring pain related disability. Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) measuring fear of movement. Physical measures were obtained through a self developed battery of standardised physical tests assessing physical condition before and after treatment.

Results: 24 patients in 3 consecutive groups started treatment. 8 completed treatment (75 %) Data for 3 patients were not complete. Total mean HADS scores for depression decreased from 9.87 to 9.13 and for anxiety from 9.93 to 9.33 Kinesiophobia decreased 43.73 to 40.87

Pain related disability decreased from 44.13 to 41.60. Apart from general health perception (status quo) all SF-36 measures improved. Total mean scores on all physical measures improved substantially (detailed data will be presented).

Conclusions: Even in a difficult-to-treat population of chronic pain patients improvement in psychological and physical functioning and quality of life can be obtained through a multimodal group treatment program. These results challenge the current situation in Belgium that these combined treatments are rarely used in outpatient pain clinics. The authors strongly recommend that these treatments should be implemented in routine care in multidisciplinary pain clinics.

Title: Myointimal hyperplasia of mesenteric veins secondary to heterozygous factor V Leiden mutation.

Published in: Histopathology. 2005 Sep;47(3):322-4.

Authors: De Hertogh G, Van Eyken P, Stessens L, Caenepeel P, Geoboes K.

LEZINGEN

- Dr. W. Ombelet: IUI Workshop, vrijdag 2 dec 2005 – Boekarest. Current status of IUI in Europe and practical considerations
- Dr. Willem Ombelet: Reproductieve Geneeskunde: evolutie en revolutie - 24/11/2005 – Tienen. Congenitale uterusafwijkingen en reproductie, Milieu en infertiliteit, Zwangerschap na geassisteerde reproductie SPE - gegevens 1993-2004.
- Dr. Willem Ombelet: Perinatal Outcome after assisted reproduction, Shirley Dungan Kheel Memorial Lecture 03/10/2005 - The Jones Institute for reproductive Medicine - Norfolk – Virginia.



Schiepse Bos 6
B-3600 Genk
Tel. redactie: 089/32.17.62
E-mail: zolarium@zol.be