

ZOLARIUM

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

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

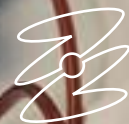
Afgiftekantoor: 3500 Hasselt 1
Toelatingsnr. P109087

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

Jaargang 6 - nr. 21 - juli / augustus / september 2006

Verschijnt driemaandelijks

netwerk ouderenpsychiatrie | bodycontouring | een
nieuwe zwangerschapsmat | klachtenbemiddeling
| valincidenten in een acut ziekenhuis | toegang
patiëntenverslagen | bespreking symposia



Ziekenhuis Oost-Limburg

INHOUD

Dag van de zorgverlener

Op 12 mei, de internationale dag van de verpleging, zette het ZOL haar zorgverleners in de kijker. Een fototentoonstelling in de inkomhal van de drie campussen toonde bezoekers wat het 'beroep' van zorgverlener allemaal inhoudt. In de loop der jaren is hun job er immers almaar complexer op geworden. In de komende jaren staat vooral de patiëntveiligheid in de aandacht.

Speciaal is dat het ZOL op 12 mei alle zorgverleners die rechtstreeks contact hebben met de patiënt, en dus niet enkel de verpleegkundigen, in de bloemetjes zet om ze te danken voor hun inzet. Verpleegkundig-paramedisch directeur An Voets: "In de zorg voor de patiënt zijn echt alle medewerkers belangrijk. Zij zetten zich allemaal in om de patiënttevredenheid te verbeteren en de kwaliteit van de zorg te waarborgen."

In het ZOL is zorg verbonden met initiatief, patiëntvriendelijkheid, stiptheid, continuïteit, stressbestendigheid, ... In de komende jaren gaat er ook extra aandacht naar de patiëntveiligheid van de zorg. Tijdens recente directiebezoeken aan de afdelingen werd er heel wat overleg gepleegd met verpleegkundigen om eventuele knelpunten op te sporen en de patiëntveiligheid te verhogen.

Intussen worden er al heel wat acties op het niveau van de zorgverlening voorbereid. Zo gaat er onder andere heel wat aandacht naar de zorg van de oudere patiënt in het ziekenhuis. Met de toenemende vergrijzing worden almaar meer afdelingen geconfronteerd met geriatrische patiënten. Extra opleiding helpt verpleegkundigen om hun specifieke noden en problemen tijdig te herkennen en er beter aan tegemoet te komen.

3 Editio

4-5 Wetenschappelijke Raad

- Netwerk ouderpsychiatrie: zorg op maat

6-8 Uit de Zorg

- Valincidenten in een acuut ziekenhuis: state of the art

9 In de kijker

- Klachtenbemiddeling in het ZOL

10-11 Eponiemenkabinet

- Prosper Ménière

12-18 In de wachtkamer

- Nieuwe zwangerschapsmap
- Bodycontouring: meer dan alleen maar het wegnemen van 'vetrolletjes'

19-21 Symposium

- Symposium Oftalmologie
- Mini-symposium percutane en vasculaire interventies

22-23 De Dissectiekamer

- Het wonderbare WWW

11/23 Kort

- 10 jaar pijncentrum
- Overlijden dr. Jan Monstrey
- Toegang via internet tot verslagen van patiënten in het ZOL
- Jaarverslag 2005

24-30 Billboard

Colofon

Redactie en samenstelling: Grete Bollen

Werken mee:

Dr. Hubert Vandeput
Dr. Johan Van Robays
Dr. Nicolas Verhelle
Dr. Jo Dens
Dr. Wouter Lansink
Dr. Martine Burin
Dr. Wilfried Gyselaers
Dr. Ivo Nijs
Jean Dreezen
Luc Claes

Redactieadviesraad:

Dr. Hubert Vandeput
Dr. Jan De Koster
Dr. Eric De Jonge
Dr. Willem Ombelet
Dr. Luc Verresen
Dr. Johan Van Robays
Dr. Jef De Bie



Foto's:

Mine Dalemans
ZOL

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.



Dr. Vandeput.

Geachte heer minister,

NU ook u waarschijnlijk weldra aan vakantie toe bent wil ik u iets vragen en (uiteraard) een suggestie doen.

Ik weet immers dat ministers een groot deel van hun vakantie besteden aan het bestuderen van ingewikkelde problemen en technieken, aan het maken van toekomstplannen en het uitdenken van projecten. Ook al vertellen ze nadien hoe leuk en ontspannend het allemaal was, hoe mooi de streek waarin ze verbleven en hoe verfrissend het laatste boek dat ze lazen.

In onze ziekenhuizen zijn er talrijke problemen. Help ons om er een aantal op te lossen!

Natuurlijk moet de vooruitgang blijven plaatsvinden en moet de technische evolutie worden aangewend. Het kan toch ook u niet ontgaan dat de industrie sneller vooruitgaat dan de mens kan volgen. Zeker indien dit alles financieel uitstekend beloond wordt.

Het kan u niet ontgaan dat in de medische tijdschriften een escalatie bestaat aan vragen om artsen voor de spoedgevallendiensten, aan artsen voor de wachtdiensten, aan artsen voor zaalwerk. Het is toch overduidelijk dat dit zo is omdat de eigen specialisten van het ziekenhuis dit werk niet meer doen. Omdat ze het allemaal niet meer aankunnen, omdat voor dit werk een al te schamele verloning is voorzien, omdat het menselijke aspect uit het oog wordt verloren, kortom omdat de juiste accenten en incentives er niet meer zijn.

Af en toe moet ieder mens een time-out inlassen, een moment van reflectie. Ik wil u hierbij vragen om deze vakantie hieraan eens aandacht te besteden. Om maatregelen te treffen die enerzijds dure technieken met zeer beperkte impact wat afremmen en anderzijds een flinke stimulans in te bouwen voor basisgeneeskundig handelen: een vriendelijke opvang op spoedgevallen, korte wachttijden, vlotte afhandeling van zogenaamd 'banale' pathologie, oog voor raad en advies aan de patiënt. U bent immers goed geplaatst om zicht te hebben op deze problemen.

Ik stel voor dat u een kleine reeks van maatregelen neemt terwijl u ver weg bent van drukkingsgroepen en allerlei belanghebbenden: met alleen de patiënt voor ogen. Immers ook heel veel geneesheren zullen er u dankbaar om zijn.

Ik wens u een welverdiende vakantie.

Dr. H. Vandeput, Medisch directeur Ziekenhuis Oost-Limburg

PS. Aan al onze lezers een prettig verlof gewenst!



Netwerk ouderenpsychiatrie

Zorg op maat

OUDEREN vragen complexe zorgen. Het zorgnetwerk ouderenpsychiatrie is een ziekenhuisoverschrijdend netwerk dat zo goed mogelijk wil tegemoet komen aan de noden van ouderen op psychiatrisch vlak. Of ze nu thuis, in het rusthuis of in het ziekenhuis verblijven.

Momenteel zijn er drie centrale pijlers in het zorgnetwerk. Dit zijn de diensten ouderenpsychiatrie van het Ziekenhuis Oost-Limburg, van het Medisch Centrum St.-Jozef in Munsterbilzen en van het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis (OPZ) in Rekem. De brugfunctie tussen het ZOL en het St.-Jozefziekenhuis wordt waargenomen door dr. Erik Bergen, tussen het ZOL en het OPZ door dr. Martine Burin.

De dienst ouderenpsychiatrie in het ZOL is een autonoom functionerende dienst die nauw samenwerkt met alle diensten in het ziekenhuis die participeren aan ouderenzorg. Het is de bedoeling om uiteindelijk op alle somatische afdelingen van het ZOL vijftienzestig-plussers de psychiatrische (zowel medisch-farmacologisch als psychotherapeutisch) en psychologische zorg en ondersteuning te bieden die ze nodig hebben.

Compromisvorming

In het verouderingsproces, eventueel gepaard met ziekte of cognitieve disfunctie, zijn vermindering van autonomie en incompetentie in medico-legale zin belangrijke aspecten. Gezien de bijhorende toegenomen complexiteit van zorg zijn andere communicatiemodellen en onderhandelingsstrategieën noodzakelijk dan deze die gebruikt worden in de acute geneeskunde, waar de nadruk ligt op genezing. Informatieoverdracht en compromisvorming met familie en mantelzorgers in overleg met de patiënt zijn dan ook de hoeksteen van een goede ouderenzorg.

Het takenpakket van de ouderenpsychiaters omvat volgende activiteiten: liaisonpsychiatrie bij opgenomen ouderen, raadpleging ouderenpsychiatrie, multidisciplinaire geheugenraadpleging, ambulante activiteit op de daghospitaalgeriatrie en liaisonactiviteit op de palliatieve eenheid.

Mogelijke redenen voor een verwijzing naar het geronto-psychiatrisch liaisonteam kunnen zijn: investie-

gatie van cognitieve disfunctie, vermoeden van depressie, aanwezigheid van gedragsstoornissen, evaluatie van beslissingsbekwaamheid,...

Na een psychiatrische evaluatie door de ouderenpsychiater, kan steeds voor de verdere diagnostiek een neuropsychologische screening en aangepaste psychologische testbatterij afgenomen worden door de liaison-ouderenpsycholoog. Zo nodig kan een heteroanamnese of een familiegesprek georganiseerd worden. Behandelsstrategieën kunnen zowel medisch-farmacologisch als psychotherapeutisch georiënteerd zijn. In het ontslagmanagement spelen aspecten als handelingsbekwaamheid en actuele autonomie een belangrijke rol. Al dan niet terugkeren naar een bestaand thuismilieu dient dan ook multidisciplinair overwogen te worden. Het team bestaat uit een somaticus, psycholoog, ouderenpsychiater, dienst patiëntenbegeleiding, huisarts, rust- of verzorgingstehuis en thuiszorgdiensten.

Op de daghospitaalgeriatrie gebeurt een volledig multidisciplinaire evaluatie van een ambulante patiënt in één dag tijd.

De geheugenraadpleging is een laagdrempelige consultatie waar patiënten met geheugenproblemen door een volledig multidisciplinair team met een geriater, ouderenpsychiater, neuroloog, psycholoog en sociaal verpleegkundige gezien worden.

Bij aanwezigheid van een ernstige psychiatrische pathologie kan op korte termijn een transfer van een somatische afdeling naar een gerontopsychiatrische setting binnen een psychiatrisch ziekenhuis georganiseerd worden. Ook wanneer het thuiszorgsysteem dreigt mis te lopen onder de ernst van het psychiatrisch toestandbeeld, wordt een transfer overwogen. Op deze manier ontstaat een volledig zorgcircuit voor ouderen tussen de eerste, tweede en derdelijnsgezondheidszorg waarbij het verblijf in het thuismilieu zo lang mogelijk gestimuleerd wordt en indien noodzakelijk via ambulante zorg kan ondersteund worden.

Ziekenhuizen

Door de tewerkstelling van de ouderenpsychiaters in de omgevende psychiatrische ziekenhuizen (Medisch Centrum Sint-Jozef in Munsterbilzen en het OPZ in Rekem) kan snel ingegrepen worden bij escalatie van



problemen wanneer de bestaande thussituatie onhoudbaar wordt en een dringende psychiatrische opname zich opdringt.

De diensten ouderenspsychiatrie van het OPZ in Rekem en van het St.-Jozef ziekenhuis in Munsterbilzen beschikken over zowel open als gesloten opname-afdelingen voor zowel functionele als cognitieve stoornissen. Dit impliceert dat het niet alleen gaat over dementie maar ook om depressie, angst, verslavingsproblematiek, relationele moeilijkheden, psychotische stoornissen, somatisatie en levensfase-gerelateerde problemen.

De afdelingen voor functionele ouderenspsychiatrie pogen via het creëren van een aangepast psychotherapeutisch klimaat met aandacht voor zowel existentiële als psychosociale factoren ondersteuning te bieden aan de patiënt zowel als zijn familie. Via een multidisciplinaire benadering worden autonomie en zelfstandigheid geoptimaliseerd.

Op de afdeling organische gerontopsychiatrie wordt een geïntegreerd belevingsgericht zorgmodel gehanteerd. De familie wordt uitvoerig betrokken in het zorgproces. Bovendien is op alle afdelingen daghospitalisatie mogelijk.

Daarnaast zijn de ouderenspsychiaters van het zorgnetwerk actief als consulent in een aantal RVT's in de regio (Herfstvreugde, Heiderust, Kozenhuisje en 't Kempken).

Zowel individuele patiënten follow-up als teamcoaching maakt deel uit van het takenpakket.

Psychiatrische thuiszorg

Ook de uitbouw van de psychiatrische thuiszorg voor ouderen staat momenteel in de startblokken. Vooral de nood aan diagnostiek in de thussituatie werd één van de belangrijkste doorslaggevende factoren om op korte termijn met het project van start te gaan.

Afhankelijk van het resultaat van het diagnostisch proces zal dan ook een adequaat behandelplan voor ouderen die nog in hun thuismilieu verblijven worden opgesteld.

Door de aanwezigheid van een zorgnetwerk in de regio dat de ziekenhuisgrenzen ver overschrijdt en dat ook, indien gewenst, in staat is snel te interveniëren kan dus op alle ogenblikken en onafhankelijk van de verblijfplaats van de patiënt zorg geboden worden op maat en aangepast aan zijn individuele noden. Kortom een zorgnetwerk is een synoniem voor zorg op maat.

Informatieoverdracht en compromisvorming met familie en mantelzorgers in overleg met de patiënt zijn de hoeksteen van een goede ouderenzorg.

Dr. Erik Bergen
Dr. Martine Burin





Valincidenten in een acuut ziekenhuis: state of the art

PATIËNTVEILIGHEID is een van de belangrijkste aandachtspunten voor de komende jaren in het ZOL. In dat kader werd een project opgestart rond de registratie en het voorkomen van valincidenten in het ziekenhuis. Het is de bedoeling om op termijn tot een betere valregistratie te komen en uit te zoeken of het mogelijk is met bepaalde interventies het aantal valincidenties te doen afnemen. Hierover is in de literatuur namelijk nauwelijks iets terug te vinden.

Valincidenten komen regelmatig voor bij gehospitaliseerde patiënten. In de literatuur worden ratio's van 2.9 tot 13 valmeldingen per 1000 ligdagen vermeld [1]. Tot 30 % van de geregistreerde valincidenten heeft lichamelijke schade tot gevolg en 4 tot 6 % leidt tot een ernstig letsel (fractuur, subduraal hematoom, hevige bloeding en zelfs overlijden) [2]. We mogen zeker de psychologische schade na een val bij onze patiënten niet over het hoofd zien en er moet aandacht zijn voor de toename van vertrouwensverlies, angst en zelfs mogelijke depressie.

Valincidenten met lichamelijke schade leiden tot verlenging van het verblijf in het ziekenhuis en hebben een stijging van de kosten binnen de gezondheidszorg tot gevolg. Uit een studie van Beer et al. blijkt dat de kostprijs van alle valincidenten bij 65-plussers in Zwitserland op \$ 197 miljoen per jaar kan geschat worden [3]. De ziekenhuiskosten liggen volgens Hitcho et al. bij de gehospitaliseerde patiënt die lichamelijke schade heeft geleden ten gevolge van een val ruim \$ 4.200 hoger dan bij de andere gehospitaliseerde patiënten [2].

Naast de toename van de kostprijs, dit zowel voor de patiënt als voor het ziekenhuis, kunnen deze valincidenten bij het personeel resulteren in angst voor schuldvorderingen en klachten. Het risico op lichamelijke en psychische schade en de daaraan gerelateerde stijging van de kosten zorgen ervoor dat de daling van

valincidenten in de ziekenhuissetting een belangrijk item is voor ziekenhuiskwaliteit en patiëntveiligheid.

De valincidenties in rust- en verzorgingstehuizen zijn vrij goed bestudeerd maar studies omtrent dit onderwerp in acute ziekenhuizen zijn eerder beperkt [4]. Oliver et al. heeft in 2004 een vergelijkende literatuurstudie gedaan in verband met valrisicofactoren en valscreenings – methodes (28 publicaties). Uit deze studie blijkt dat een aantal 'risk assessment tools' weinig of geen wetenschappelijke waarde hebben. Er wordt op gewezen dat een betere kennis van de aard en de prevalentie van de risicofactoren die leiden tot valincidenten bij gehospitaliseerde patiënten enerzijds en de mogelijkheid om hoog-risico patiënten te identificeren anderzijds een belangrijke stap in de goede richting zou zijn om in de toekomst efficiënte valpreventie-programma's te ontwikkelen voor de acute ziekenhuizen.

Risico's

Wat de valrisicofactoren betreft, worden er in deze studie enkele factoren significant genoemd. Deze vermelde factoren zijn ganginstabiliteit, zwakte onderste ledematen, urinaire incontinentie, frequent toiletgebruik of hulp bij het toiletgebruik, verwardheid / agitatie, reeds eerder gevallen in het verleden en medicatiegebruik (sedativa, antipsychotische medicatie en benzodiazepines) [1]. In andere artikelen worden bijkomende factoren zoals duizeligheid of vertigo, orthostatische hypotensie, cognitieve en visuele achteruitgang vermeld [2]. In een studie van Grennier-Sennelier et al. wordt gewezen op het feit dat ouderen meer vallen na de maaltijd. Dit wordt geweten aan maaltijd-gerelateerde orthostatische hypotensie, het minder beschikbaar zijn van personeel en de verplaatsing naar toilet of bed na het eten [5]. De factor leeftijd wordt in de studie van Hitcho et al. niet weerhouden omdat in dit onderzoek ongeveer de



helft van gevallen patiënten jonger dan 65 jaar was [2]. Opmerkelijk is het citaat dat valincidenten in ziekenhuizen gezien worden als een onvermijdelijk gevolg van het aanmoedigen van de gehospitaliseerde patiënt om zijn mobiliteit te herwinnen en dit zo snel mogelijk na een acute ziekte [5].

Complex

Als we studies rond valincidenten en valpreventie in het ziekenhuis bestuderen wordt het duidelijk dat het een zeer complex onderwerp is en dat de resultaten van de meeste studies als niet-wetenschappelijk geïnterpreteerd mogen worden. Zowel de registratie van valincidenten, het juist benoemen van de oorzaak die tot de val geleid heeft, het screenen van de hoog-risico patiënt, als het uitwerken van efficiënte valpreventieprogramma's

wordt beïnvloed door de complexiteit van dit fenomeen.

Bij de registratie van de valincidenten moeten we de kritische vraag durven stellen in welke mate de geregistreerde cijfers de realiteit benaderen. Daarnaast stellen we ons de vraag in welke mate een cultuurwijziging naar het melden van incidenten en fouten en een permanente sensibilisatie hierop inwerken. De juiste interpretatie van de oorzaken die tot het incident geleid hebben, is moeilijk. Dit omdat de oorzaak van het incident meestal multifactorieel is en omdat het vallen meestal gebeurt als de patiënt alleen is. De verzorgende wordt met het incident geconfronteerd nadat de val reeds gebeurd is. Daardoor is het moeilijk om de juiste toedracht weer te geven.

Bij de registratie van de valincidenten moeten we de kritische vraag durven stellen in welke mate de geregistreerde cijfers de realiteit benaderen.





Het introduceren van screeningsprotocollen en preventieprogramma's op de ziekenhuisafdelingen zijn arbeidsintensief en duur. We moeten dan ook de kritische vraag durven stellen wat de resultaten zijn van dergelijke interventies en of de inspanningen in verhouding staan tot het bekomen resultaat. In een recent verschenen studie van Schwendimann et al. werd er een vergelijkende studie uitgevoerd tussen twee identieke diensten: de ene dienst screende de nieuwe patiënten door middel van de Morse Fall Scale en op deze afdeling werd een interventieprogramma geïntroduceerd. De andere dienst fungeerde als controlegroep zonder enig bijkomend initiatief naar valpreventie toe. In hun conclusie vermelden de auteurs dat het preventieprogramma geen effect had om de eerste val van de patiënt te voorkomen maar wel op het herhaaldelijk vallen van deze patiënt [6]. Eenzelfde conclusie wordt gepubliceerd door Oliver et al. die in een studie aangeeft dat preventieprogramma's in de ziekenhuizen, dit in tegenstelling tot de rust- en verzorgingstehuizen, niet effectief blijken te zijn [7].

In acute zorgsettings zijn reeds allerhande programma's opgestart maar de evaluaties van de effectiviteit van dergelijke programma's zijn eerder beperkt en de resultaten zijn tegengesteld.

Uit de diverse studies kunnen we wel een aantal significante factoren voor hoger valrisico weerhouden, met name: wandel/balance deficit, zwakte van onderste ledematen, verwardheid, medicatiegebruik (sedativa, hypnotica, benzodiazepines en diabetismedicatie), frequent toiletgebruik, visueel of cognitief deficit en incontinentie (borderline significant).

Conclusie

Valincidenten komen verspreid over bijna het hele ziekenhuis voor. De etiologie van de valincidenten is multidimensioneel en is overwegend een gevolg van het samenvallen van intrinsieke en omgevingsfactoren. Studies maken duidelijk dat het voorkomen van een eerste val moeilijk is omdat we niet kunnen voorspellen wie gaat vallen en wie niet. Zelfs de introductie van een geïmplementeerd meetinstrument kan deze valincidentie niet voorspellen. We moeten ons zelfs de vraag durven stellen of het wel zinvol is om de gehospitaliseerde patiënt te catalogeren als een laag- of hoogrisicopatiënt. Is het niet beter om iedere patiënt als potentiële valler te zien en een algemene waakzaamheid te propageren op alle diensten.

Op basis van het al dan niet aanwezig zijn van een of meerdere risicofactoren (cfr supra) zal een hogere graad van waakzaamheid vereist worden. Eenmaal gevallen, is de kans groot dat de patiënt opnieuw valt en wordt verdere valpreventie van essentieel belang. De eerste valincidentie kan dus aanzien worden als DE indicator met een verhoogde alertheid en de opstart van een interventieprogramma tot gevolg.

Omdat preventieve acties gefocust moeten zijn op de uitlokkende factoren en omdat de oorzaak van het vallen meestal van multifactoriële aard is, meen ik te mogen stellen dat verder onderzoek aangewezen is.

De vraag die wij als ziekenhuis moeten stellen is: worden alle valincidenten geregistreerd en is er een correcte en volledige registratie? Dit is van kapitaal belang in functie van de interpretatie, het trekken van conclusies en het nemen van acties. De diversiteit in de registratietools, het verschil in aangiftes en de aanwezigheid van onduidelijkheden op vlak van definities en classificaties hypothekeren de wetenschappelijke waarde van de verzamelde resultaten. Standaardisatie en uniformiteit van de valregistratie dringt zich op en is in functie van benchmarking een absolute noodzaak.

Referenties:

- [1] Oliver D, Daly F, Martin F, McMurdo M. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing* 2004;33: 122-130.
- [2] Hitcho E, Krauss M, Birge S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. *J Gen Intern Med* 2004;19: 732-739.
- [3] Beer V, Minder C, Hubacher M, Abelin T. Epidemiologie der seniorenunfälle (vol 42) Bern, Switzerland: Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- [4] Krauss M, Evanoff B, Hitcho E, et al. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 116-122.
- [5] Grennier-Sennelier C, Lombard I, Jeny-Loeper C, et al. Designing adverse event prevention programs using quality management methods: the case of falls in hospital. *J Journal for Quality in health care* 2002; volume 14, nummer 5: 419-426.
- [6] Schwendimann R, Milissen K, Buhler H, De Geest S. Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting. *J Gerontical Nursing* 2006; march: 13-22.
- [7] Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. *J American Geriatrics Society* 2000; 48 (12): 1679-1689.

Luc Claes, coördinator revalidatie -
projectmedewerker kwaliteit



Klachtenbemiddeling in het ZOL

Elke klacht is een kans

HET aantal klachten in het ZOL is gestabiliseerd de laatste jaren en zelfs lichtjes gedaald. Vooral (gebrek aan) communicatie is een belangrijk punt in de patiëntenklachten.

Nog meer dan de afgelopen jaren en proportioneel méér in het ZOL dan in het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis worden de klachten voor het overgrote deel door de patiënt of zijn onmiddellijke omgeving zelf gemeld, rechtstreeks aan de ombudsman. De overige aanmeldingen gebeuren vooral door de interne verpleegkundigen/paramedici, artsen en administratieve medewerkers. Wanneer een externe hulpverlener optreedt in naam van de patiënt, is het voornamelijk de juridische dienst van de mutualiteit of de huisarts van de patiënt.

De cijfers

In het ZOL worden 80 % van de klachten geformuleerd in een direct contact, persoonlijk of telefonisch. In het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis is dit 58 %.

Terwijl in het ZOL de meeste patiënten met een klacht tot dit jaar vooral een signaal (in 2003 nog 30 %, in 2004 nog 37 % en in 2005 nog maar 16 %) wensten te geven met de vraag tot voorkoming voor anderen en vaak ter compensatie van hun ontevredenheid een correctie van hun ziekenhuisfactuur wensten (in 2003 nog 45 %, in 2004 nog 32 % en in 2005 nog maar 25 %), verwachten de meeste klagende patiënten in 2005 vooral een bemiddelende (52 %), neutrale, onafhankelijke en informatieve (29 %) rol van de ombudsman.

De registratie van 19 Vlaamse ziekenhuizen leert ons dat patiënten in het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis de ombudsman gaan opzoeken vooral om een signaal (36%) te geven ter voorkoming en met de verwachting dat de ziekenhuisfactuur wordt gecorrigeerd (33%).

In 8 % van de geregistreerde patiëntenklachten in het ZOL gaat het in 2005 over een vraag tot schadeclaim (gemiddeld Vlaams ziekenhuis: 7 %).

Klachten in het ZOL over de medische diensten bleven in 2005 proportioneel op hetzelfde peil als in 2004 (56 % in 2004 en eveneens 56 % in 2005), klachten over de verpleegkundige en paramedische diensten stegen van 30 % in 2004 naar 36 % in 2005, terwijl de dalende trend van de klachten over de administratieve diensten sinds 2004 (nog 18 %) zich voortzet, in 2005 nog 16 %.

Volgens de wet heeft de ombudsfunctie als eerste opdracht "het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen".



Indien deze preventieve opdracht faalt dient de ombudsfunctie te bemiddelen met het oog op het bereiken van een oplossing. En indien deze bemiddeling niet slaagt heeft de ombudsfunctie als taak om de patiënt in te lichten over de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.

Ook het afgelopen jaar blijkt communicatie de bepalende factor te zijn bij het ontstaan van patiëntenklachten. Beide 'partijen', zowel de patiënt als de zorgbeoefenaar, hebben daarin een aandeel. Wanneer de patiënt zich opstelt als klager om meer gewicht te krijgen en als de zorgbeoefenaar in de rol van deskundige blijft om te bagatelliseren, te negeren of soms te intimideren, dan kan een klachtrelatie escaleren, omdat beide partijen elkaar blijven benaderen vanuit de behoefte om de bovenhand te hebben of te houden.

De uitdaging is, zowel voor de klager als voor de aangeklaagde, om tot een win-win-relatie te komen, gericht op een effectieve oplossing van het ontstane probleem.

Zowel de klagende patiënt als de aangeklaagde zorgbeoefenaar zijn eigenlijk nét als mensen: ze willen aandacht, respect en het gevoel dat ze elkaar kunnen vertrouwen.

Door alert te blijven op de informatie die je eigenlijk niet wil horen, krijg je vaak de belangrijkste informatie. Patiënten met vervelende boodschappen hebben nogal eens de meest interessante informatie voor een lerende organisatie.

“Wijzen leren meer van dwazen, dan dwazen van wijzen”

Marcus Cato

Jean Dreezen, ombudsman



Prosper Ménière (1799-1862)



DE ziekte van Ménière is een kwaal van het binnenoor. Ze wordt gekenmerkt door aanvallen van draaiduizeligheid, perceptieslechthorendheid, oorsuizingen en doofheid.

Ménière als assistent

Een van Dupuytren's meest briljante assistenten in het Hôtel-Dieu te Parijs, is Prosper Ménière. Geboren in Angers sur Loire is Prosper vanaf de lagere school tot in z'n allerlaatste jaar geneeskunde te Parijs de primus inter pares. Na het behalen van de gouden medaille in 1826, doctoreert hij twee jaar en verwerft prompt de evenzo prestigieuze als weinig te benijden assistentenplaats bij de beruchte Baron Guillaume de Dupuytren.

Zoals uit het levensverhaal van Dupuytren bleek (ZOLarium nr. 9) kan een assistent er ontzettend veel klinische en chirurgische ervaring opdoen als hij zich maar schikt naar het moordend ritme en de kadaverdiscipline van de grote baas. Ménière heeft er weinig last van, ook niet tijdens de politieke omwentelingen van 1830, waar gewonde oproerkraaiers bij bosjes in het Hôtel-Dieu binnengedragen worden. Na de loodzware dagtaak vindt Ménière zelfs nog de tijd om, samen met enkele studenten, mee te werken aan de uitgave van Dupuytren's meest bekende boek, de 'Leçons orales de clinique chirurgicale'.

Ménière als gynaecoloog

In 1832 wordt Ménière kliniekhoofd chirurgie, professor aan de universiteit van Parijs en enkele maanden later, voorzitter van de examenjury. Groot is zijn verrassing als hij in ditzelfde jaar door de regering aangesteld wordt om een gynaecologische expertise te doen bij de hertogin de Berry. De Duchesse is de echtgenote van de zonet vermoorde Duc de Berry, zoon van de afgezette Koning Charles X. Als ze inderdaad zwanger is, zoals haar hofdames beweren, kan een eventuele zoon van haar alsnog aanspraak maken op de Franse troon. Ménière constateert dat ze inderdaad in blijde verwachting is.

Het politiek woelige, en patriottische Frankrijk is daarmee allesbehalve in haar nopjes. Een koning? Nooit

meer! Ondertussen beweren boze tongen dat het kind niet van de Duc de Berry afkomstig is, maar van een aristocratische Italiaan waarmee ze een heimelijke relatie had. Na enig speurwerk blijkt dit zo te zijn, en het nieuwe bewind stuurt La Duchesse de Berry met al haar spullen naar Napels, naar haar Italiaan.

Ménière als epidemioloog

Drie jaar later breekt in het departement van de Aude en de Haute-Garonne een cholera uit die epidemische vormen aanneemt. Prosper Ménière wordt opnieuw aangesteld om de kastanjes uit het vuur halen. In een paar maanden tijd roeit hij de ziekte zo grondig uit, dat hij daarvoor door de regering tot ridder in het Légion d'Honneur geslagen wordt.

Ménière als binnenoorspecialist

Nog niet bekomen van die slag neemt zijn leven opnieuw een onverwachte wending. Met zijn uitmuntende staat van dienst hoopt hij heimelijk op een aanstelling als professor geneeskunde aan het Hôtel-Dieu, maar wordt door de regering benoemd als hoofdgeneesheer in het Parijse Institut des Sourds-Muets. In dat gesticht voor doofstommen schikt Ménière zich andermaal in zijn lot en wijdt zich vol overgave aan zijn nieuwe taak. Onmiddellijk leest hij alles wat over de anatomie en de fysiologie van het binnenoor te lezen valt.

Één artikel trekt daarbij zijn bijzondere aandacht. Marie-Jean-Pierre Flourens had in 1820 het gehoororgaan bij vogels bestudeerd en daarin duidelijk onderscheid gemaakt tussen de gehoorfunctie en het evenwichtsorgaan. In een tijd waar duizeligheid toegeschreven werd aan hersenafwijkingen en misselijkheid aan een oprispande maag, was het niet vanzelfsprekend die twee zó onderscheiden functies in één en hetzelfde orgaan te lokaliseren. En dan nog wel in het kleine binnenoor. Ménière wil er méér van weten en doet verder onderzoek.

Ménière als ziekte

Een poos later komt hij in zijn Institut des Sourds-Muets in contact met een jonge vrouw die na een

KORT

verkoudheid vlagen van oorsuizing vertoont, draaiduizelingen heeft en aan één oor compleet doof is. Als ze wat later sterft, kapt hij met de chirurgische beitel het os petrosum los en constateert in de halfcirkelvormige organen een pathologische vochtophoping.

Op 8 januari 1861 vat hij in de Académie Impériale de Médecine zijn onderzoek over de hydrops van het binnenoor samen. Sindsdien kent iedere geneesheer deze hydrops als de ziekte van Ménière.

Ménière's hobby's

Achter het eponiem schuilt een man die veel méér is dan een binnenoorspecialist, een cholerabestrijder en een zwangerschapsexpert. In zijn vrije tijd kweekt en kruist Ménière orchideeën en trekt met archeologen de grotten in. Daarnaast gaat zijn belangstelling uit naar de geschiedenis van de geneeskunde en ook naar de toenmalige 'hedendaagse' literatuur. Zo leest hij alle publicaties van Victor Hugo en Honoré de Balzac en inviteert die twee romanschrijvers bij hem thuis.

Uit zijn eigen pen vloeit ook heel wat. In 1861 verschijnen in de Gazette Médicale wekelijks zo'n elf artikels van hem. Naast talloze medische verhandelingen schrijft hij over botanie, medische geschiedenis, Griekse en Latijnse poëzie en archeologie. Zo beschrijft hij ergens hoe Horatius, door zijn eigen jichtaanvallen aangespoord, tot het bestuderen van de geneeskunde kwam. En dan draagt een volgend artikel bijvoorbeeld de titel: 'Encore un mot sur la pellagre'.

Ménière's dood

Op 7 februari 1862, één jaar na de historische uiteenzetting van zijn syndroom, sterft die even zo bescheiden als veelzijdig getalenteerde man aan een longontsteking.

Dr. Johan Van Robays



Jaarverslag 2005

Het nieuwe jaarverslag van het ZOL is beschikbaar. Thema dit jaar is 'Het traject van de patiënt'. Geïnteresseerden kunnen een exemplaar aanvragen via grete.bollen@zol.be.

10 jaar pijncentrum

Het Multidisciplinair Pijncentrum vierde in april zijn tweede lustrum. Tien jaar geleden startte dr. Vissers, samen met de dienst Psychologie en enkele verpleegkundigen, een opvang voor patiënten met chronische pijn in een multidisciplinaire setting. De dienst verhuisde in 1997 van campus Sint-Jan naar de lokalen van de vroegere Spoedgevallendienst op campus André Dumont.

Ondertussen is het centrum uitgegroeid tot een dynamische dienst waar elke dag tot 100 patiëntencontacten plaatsvinden in het kader van diagnosestelling en behandeling. Sedert mei 2005 is het centrum door het RIZIV erkend als Multidisciplinair Referentiecentrum voor Chronische Pijn, waardoor de expansie nog een extra duw in de rug kreeg.

Op 20 april vond het minisymposium "Nieuwe trends in de aanpak van chronische (rug)pijn: van symptoomcontrole naar pijnrevalidatie" plaats in het kader van de vergaderingen van de Wetenschappelijke Raad. Op 21 april stond de pijnkliniek open voor bezoekers.

In mei werd het nieuwe Moederboekje van Kind & Gezin uitgebracht onder de titel: Zwangerschapsmap, je persoonlijke gids naar de geboorte. Het is een mooie editie geworden, in de gekende vrolijke en vriendelijke stijl, opgedeeld in 3 delen: (1) een map met alle zwangerschapsgerelateerde documenten en attesten, die ergens tijdens het verloop van de zwangerschap van pas kunnen komen, (2) een informatiebrochure met wetenswaardigheden en adviezen voor de zwangere in eenvoudige leestaal, en (3) een zwangerschaps-, bevallings- en postpartumdossier, dat de titel Mama's Medisch Profiel meekreeg. Vooral dit laatste verdient een korte bespreking.

Enkele jaren geleden introduceerde de dienst Verloskunde van het ZOL in samenwerking met de omringende Huisartsenkringen het Gezamenlijke Zwangerschapsdossier [1]. De doelstellingen hiervan waren vooral (1) het concentreren van de patiëntencontacten rond kernmomenten tijdens de zwangerschap bij de juiste personen en (2) het bevorderen van zinvolle technische onderzoeken op de juiste momenten en wijze. Na enkele jaren is het gebruik van dit dossier volledig aanvaard in de routine en risico-zwangerschapsbegeleiding in de ZOL-regio, en het wordt zonder meer moeiteloos gevolgd door diegenen die willen samenwerken.

Zonder enige twijfel kan het nieuwe K&G dossier de betere variant – de upgrade als het ware – worden genoemd van dit ZOL- dossier. De accentuering van de kernmomenten en –contacten is nóg sterker aanwezig en de aanbevelingen omtrent het (tijdstip van) uitvoeren van zinvolle technische onderzoeken is gebaseerd op de wetenschappelijk onderbouwde adviezen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg [2]. De Evidence Based Policy komt hierdoor veel sterker tot uiting. De belangrijkste implicatie hiervan zal zijn dat weinig zinvolle onderzoeken nóg meer kunnen gereduceerd worden en dat een uniform beleid kan worden gevoerd door de diverse groepen van antenatale zorgverstrekkers.

Enkele, eerder beperkte, verschildpunten kunnen worden opgemerkt tussen beide dossiers:

- In het K&G dossier wordt geadviseerd Toxoplasmose nog slechts 1 keer te bepalen in het begin van de zwangerschap, en dit aan te vullen met adequate richtlijnen rond voeding en levenswijze. Er is in de medische literatuur geen overtuigende evidentie dat het opsporen en behandelen van toxoplasmose tij-

Een nieuwe



dens de zwangerschap de neonatale uitkomst significant verbetert. Om dezelfde reden wordt geadviseerd CMV (cytomegalovirus) niet te screenen. Daarentegen staat dan weer dat uniforme screening van Syfilis, HIV en het volledige Hepatitis B-gamma wél wordt aangeraden. Deze punten zijn klaar, al vormen ze ongetwijfeld stof tot discussie.

- Het systematisch uitvoeren van een glucose challenge test wordt geadviseerd op een relatief vroeg tijdstip in de zwangerschap (ca 24w) en met een lage cut off waarde (glycemie < 130 mg%). Dit impliceert automatisch een relatief hoog aantal ware en vals positieve resultaten.
- Een systematische Anti-D profylaxe wordt geadviseerd aan alle Rhesus-negatieve zwangeren in het derde trimester. Dit beleid werd in de voorbije jaren geëvalueerd binnen de verloskundige populatie van het ZOL [3]. Het besluit van deze studie was dat



zwangerschapsmap



belangrijkste peilers waarop het succes van het protocol is gebaseerd. Het ZOL-dossier bevatte indertijd een verdienstelijke poging om het onderscheid tussen normale en risicozwangerschappen te bepalen: iedere huisarts ontving een oranje fiche met concrete medische situaties, die op zijn minst de veiligheid van een low risk opvolging van de zwangerschap in vraag stelden. Het ZOL blijft voorstander van het werken volgens deze methode, en hoopt dat het Kenniscentrum, CEBAM of andere gerenommeerde wetenschappelijke organisaties óók inspelen op dit aspect van de antenatale zorg met evidence based argumenten.

De dienst Verloskunde van het ZOL ziet de introductie van het nieuwe K&G Zwangerschapsdossier als een logische evolutie op de weg naar wetenschappelijk onderbouwde antenatale zorg, een weg die ze zelf reeds enkele jaren geleden was ingeslagen. Zij sluit zich dan ook zonder meer aan bij de consensus die werd bereikt tussen de belangrijkste grote Vlaamse beroepsverenigingen betrokken in antenatale zorg (VVOG, VVK, WVVH, VLOV, NVKV, Preventieve en Sociale Gezondheidszorg van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap), gebundeld in dit nieuwe, patiëntvriendelijke mapje.

De dienst Verloskunde van het ZOL ziet de introductie van het nieuwe K&G Zwangerschapsdossier als een logische evolutie op de weg naar wetenschappelijk onderbouwde antenatale zorg, een weg die ze zelf reeds enkele jaren geleden was ingeslagen.

de doelstelling, geambieerd door het desbetreffende Cochrane Rapport, in het ZOL reeds wordt gehaald met het huidige toegepaste Anti-D beleid en dat het systematisch toedienen van Rhogam in het 3^o trimester vooral een verhoging van de kosten zal betekenen, zonder gelijkwaardige medische winst. Met dit standpunt staat het ZOL niet alleen, nationaal noch internationaal.

Een spijtig euvel in het nieuwe K&G dossier is het gebrek aan klare definities van low risk en high risk zwangerschappen. Het lege invulvak dat nu is voorzien hiervoor, laat nog steeds een volkomen vrijheid toe in de interpretatie van deze definities, zonder enige bijsturing van de persoonlijke subjectiviteit. In naburige landen, waar protocolgeleide geneeskunde is ingeburgerd - met als belangrijkste voorbeelden Groot-Brittannië en Nederland - is het maken van concrete afspraken volgens deze definities tussen de 1^o en 2^o lijn één van de

Bestellingen van de Zwangerschapsmap kunnen gebeuren op volgend adres: Kind en Gezin, Afdeling Preventieve Gezinsondersteuning, tav mevr. M. Van Belle, Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel (tel: 02/533 14 38).

De adviezen van het Kenniscentrum kunnen worden geraadpleegd op volgende website: <http://www.kenniscentrum.fgov.be>

Referenties

- [1] Gyselaers W. Evidence based verloskunde in de huisartsenpraktijk: het dossier voor gezamenlijke zwangerschapsbegeleiding door huisarts en specialist. *Zolarium* 2001;1(2):13-14.
- [2] Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, Zhang W, Alexander S, Mambourg F, Ramaekers D. Nationale richtlijn prenatale zorg: een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004. KCE reports 6A.
- [3] Ahankour F, Gyselaers W, Van Holsbeke C, de Jonge E, Ombelet W. Is routine Anti-D profylaxe in het derde trimester van de zwangerschap noodzakelijk? *Gynaekia* 2005;10:219-220.

Dr. Wilfried Gyselaers





Body-contouring: meer dan alleen maar het wegnemen van 'vetrolletjes'

BODY-CONTOURING of letterlijk vertaald 'het aanpassen van de lichaamsvormen', is een populair woord geworden in de wereld van de plastische heelkunde. En terecht, want het omvat eigenlijk een hele reeks van ingrepen die voornamelijk, maar niet uitsluitend, door plastisch chirurgen wordt uitgevoerd.

Aangezien het 'aanpassen van lichaamsvormen' kan gaan van het hoofd tot de onderste ledematen, verklaar ik even nader welke regio's de plastisch chirurgen bewerken indien er gesproken wordt over body-contouring. Het hoofd- en de borstregio zijn net als de handen en de onderbenen aparte entiteiten. Bijgevolg worden voornamelijk de buik, flanken, rug, bovenarmen en bovenbenen gegroepeerd onder het woord 'body'. De meest bekende ingrepen, gegroepeerd onder de naam body-contouring, zijn de verwijdering van een hangbuik (abdominoplastie), het verwijderen van de vetophopingen ter hoogte van de dijen en billen en het verwijderen van de huid en vetoverschotten ter hoogte van de bovenarmen en benen. Er bestaan diverse redenen waarom patiënten ontevreden zijn over deze lichaamsregio's. De meest voorkomende redenen zullen besproken worden, net als de manier waarop er ingegrepen kan worden. Samengevat, worden deze regio's behandeld door middel van een excisie (of het operatief wegsnijden van), een liposuctie (het wegzuigen) of een combinatie van de twee. Dit hangt voornamelijk af van de klinische, fysische en mentale toestand van de patiënt.

Leefgewoontes

De oorzaken van vet- en huidoverschot zijn sterk uiteenlopend. Via mediakanalen worden we bewust gemaakt dat onze leefgewoontes eigenlijk niet meer zijn zoals ze horen te zijn. Waar vroeger steeds gesproken

werd over de zwaarlijvigheid in de Verenigde Staten, is dit nu ook in de Europese landen een steeds groter probleem aan het worden. Naast slechte eet- en leefgewoontes, bestaat er ook een erfelijke component in de zwaarlijvigheid. Bovendien is de vetverdeling over het lichaam verschillend bij mannen en vrouwen en bestaan er nog individuele verschillen. Sommige vrouwen komen nu eenmaal meer bij ter hoogte van de dijen dan anderen die bijvoorbeeld eerst hun buikje zien groeien. Mocht de wetenschap nu al deze genetische factoren al ontrafeld hebben, zouden hiervoor al concrete behandelingen bestaan. Die zijn er echter niet en dus wordt er vaak gegrepen naar de 'klassieke' behandelingen: sporten en diëten. Dit zijn echter 'langdurige behandelingen' die veel discipline vergen van de patiënten. Bijgevolg kwam er een tiental jaar geleden een gemakkelijker oplossing: het plaatsen van een maagbandje. Andere heelkundige ingrepen waarbij ingegrepen wordt op de ingewanden om de maag te verkleinen of een groot deel van de darmen te bypassen, bestaan al langer, maar werden ervaren als veel ingrijpender en gevaarlijker voor de patiënt, waardoor ze slechts geïndiceerd waren bij echte morbide obesitas. Sinds de introductie van het maagbandje en zeker het plaatsen ervan via een kijkoperatie (laparoscopisch), heeft deze ingreep een enorme boost gekend. Zo erg zelfs dat de juiste indicaties soms vervagen en de patiënten altijd wel ergens een normloze chirurg vinden die tegen de juiste prijs deze ingreep wil uitvoeren. Ondanks de potentiële gevaren van deze ingreep, worden deze door vele patiënten (en sommige artsen) geminimaliseerd en spreekt men over het plaatsen van een maagbandje alsof het niets meer inhoudt dan gewoon eventjes naar de bakker om de hoek gaan.

Hoewel de meeste patiënten goed weten dat ze vrij snel en behoorlijk veel kunnen vermageren na een dergelijke ingreep, is het verwonderlijk hoe weinig er op de hoogte zijn van de 'lichamelijke' gevolgen. Dat het

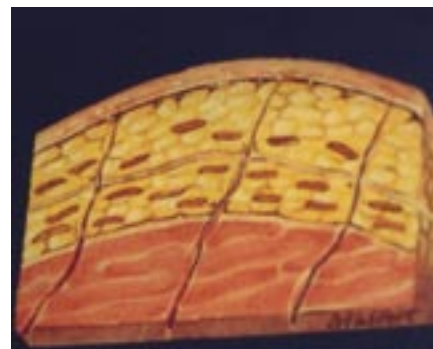


Fig. 1: Schematische voorstelling van wat gebeurt tijdens een liposuctie.

positieve gevolgen heeft voor hart, bloedvaten en suikerzieken etc, is vrij algemeen geweten, maar dat een sterke vermagering ook leidt tot enorme huidoverschotten, daar wordt te weinig bij stilgestaan. En huidoverschotten zullen er zijn... op diverse plaatsen. Door het vermageren op een vrij korte tijd en door de limieten aan huidelasticiteit, zal de huid zich nooit voldoende aanpassen aan de onderliggende structuren. Bij vele patiënten heeft de huid gedurende vele jaren onder spanning gestaan en is de elasticiteit niet alleen beperkt maar ook beschadigd. Er zijn striemen opgetreden, niet alleen ter hoogte van het abdomen, maar ook ter hoogte van de rug, bovenarmen en bovenbenen. Indien er sterk afgevallen wordt, blijven er zeker op deze plaatsen grote huidoverschotten bestaan. Aangezien het laparoscopisch plaatsen van de maagband alsmaar toeneemt (cfr supra), zien wij nu ook meer en meer dergelijke patiënten, die na een verlies van 30 tot soms 60 à 70 kg, niet weten wat ze moeten doen met al dat 'vel'.

Vetophopingen

Dit is echter niet het enige type van patiënten die voor body-contouring in aanmerking komen. Naast klinische presentaties met enkel een huidoverschot (als boven vermeld) kunnen er ook gelokaliseerde vetophopingen zijn of een combinatie van de twee.

Indien er enkel een gelokaliseerde vetophoping is en de patiënt is nog vrij jong is met bovendien een onbeschadigde elastische huid, kan dit opgelost worden door middel van een liposuctie. Hierbij worden enkel kleine insneden gemaakt, waarlangs in eerste instantie water met adrenaline wordt opgespoten. Op deze manier worden de onderhuidse vetcompartimenten onder spanning gebracht. Vervolgens worden door diezelfde huidinsneden 'zuigbuizen' of 'canules' aangebracht die verbonden zijn met de liposuctiemachine. Er worden kleine gangetjes vet weggezogen ter hoogte van de

verschillende compartimenten en de compartimenten kunnen vervolgens inzakken (fig. 1). De nieuwere generatie van liposuctie-machines zorgen niet alleen voor een zuigende kracht ter hoogte van de canule, maar ook voor een vibrerende kracht. Hierdoor wordt de liposuctie voor de chirurg minder arbeidsintensief, wordt er op een homogenere wijze vet weggezogen en wordt de samentrekking van de huid gestimuleerd. De insneden worden met fijne draadjes gehecht na de ingreep en onmiddellijk postoperatief wordt vooraf aangemeten drukkledij ter hoogte van de behandelde zones aangebracht. Deze drukkledij moet gedurende een zestal weken gedragen worden en is erg belangrijk om een goede samentrekking van de huid te bekomen. Aangezien er voor de liposuctie eerst vocht wordt ingebracht en aangezien getraumatiseerd weefsel (ten gevolge van de liposuctie) reageert met oedeemvorming, is het belangrijk de patiënt uit te leggen dat het een zestal weken zal duren alvorens het gewenste effect bereikt wordt. Hoewel de chirurg zijn uiterste best doet om de vetverwijdering zo homogeen mogelijk te maken, resulteert dit vaak in wat vormonregelmatigheden, voornamelijk thv de insneden. Om deze te vervlakken, raden wij onze patiënten aan om enkele sessies LPG te laten uitvoeren bij een kinesitherapeut. Met dit toestel, dat oorspronkelijk enkel gebruikt werd in de endermologie, kunnen de onderhuidse structuren versoepeld worden wat kan leiden tot egalisering van de huid.

Liposuctie alleen, wordt vaak uitgevoerd ter hoogte van het abdomen, de flanken en de bekkengordel met inbegrip van de buitenzijde van de bovenbenen. Indien echter bij het eerste klinische onderzoek bemerkt wordt dat er ook een bijkomend huidoverschot bestaat, zal liposuctie alleen niet meer volstaan. ▶

Door het vermageren op een vrij korte tijd en door de limieten aan huidelasticiteit, zal de huid zich nooit voldoende aanpassen aan de onderliggende structuren.



- ▶ Bij huid- en vetoverschot ter hoogte van het abdomen, zal dan eerder een abdominoplastie voorgesteld worden (Fig. 2). Bij deze ingreep wordt er een incisie gemaakt net boven de schaamstreek naar de zijkanten toe. Vervolgens wordt alle huid en een groot deel van de onderhuid tussen de schaamregio en de navel verwijderd. De navel zelf hangt vast aan het onderliggende spierblad, en blijft dus bewaard. Wanneer de wonde dan gesloten wordt, zal er een kleine opening gemaakt worden in de huid die naar beneden verplaatst is. De navel wordt

opgevist en weer vastgehecht aan de huid (cfr tekeningen). Indien bij het klinisch onderzoek voorafgaand aan de ingreep, is vastgesteld dat de grote buikspieren niet meer mooi gealigneerd zijn ter hoogte van de middellijn (rectus diastase), kan dit tijdens de ingreep weer hersteld worden (rectusplicatuur). Dit heeft echter als bijkomende morbiditeit dat het vroege postoperatieve verloop wat pijnlijker zal zijn dan een abdominoplastie zonder rectusplicatuur. Soms wordt er wel eens gesproken over een mini-abdominoplastie. Hierbij wordt enkel wat huid

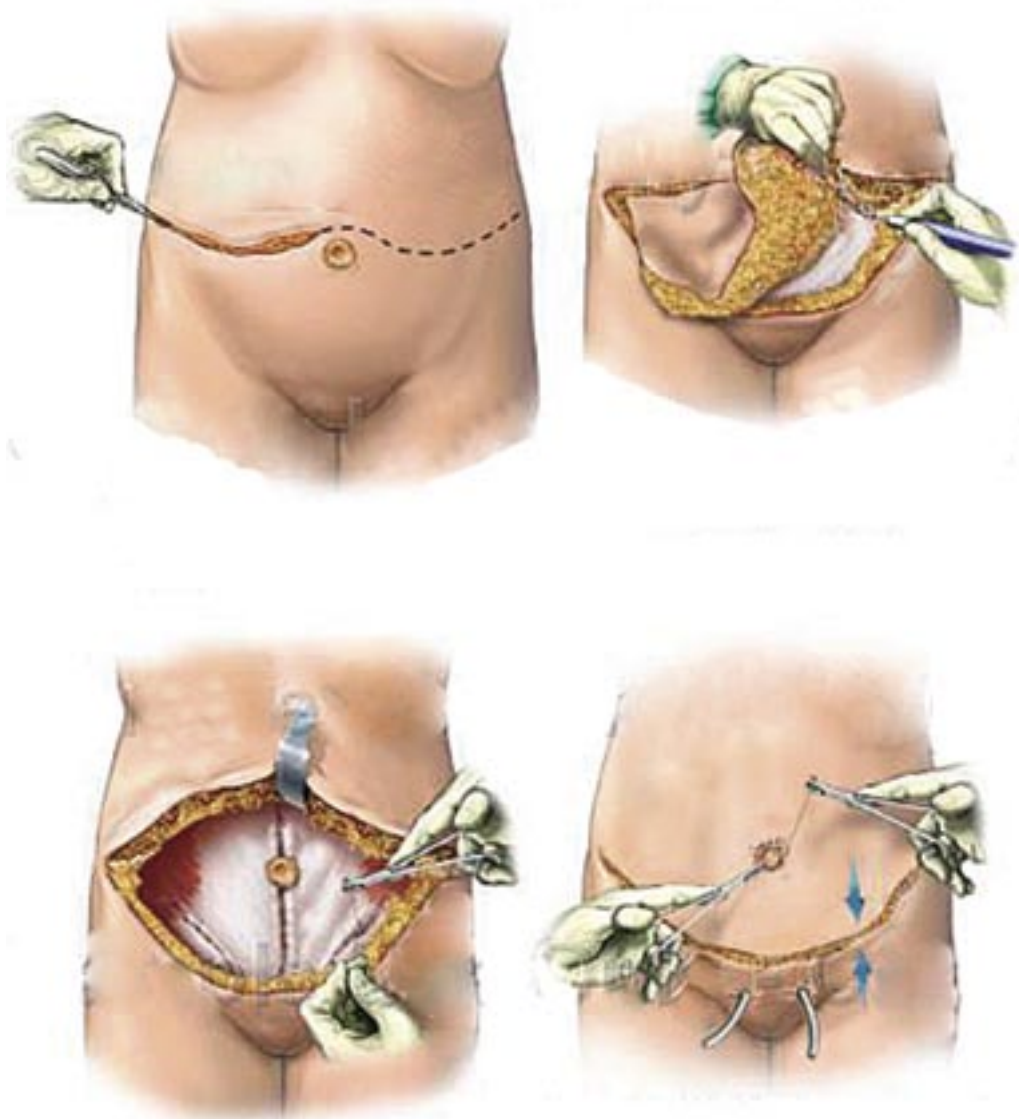


Fig. 2: Schematische voorstelling van een abdominoplastie



en vet boven de schaamstreek verwijderd, zonder dat de navel verplaatst moet worden. De indicaties voor deze ingreep zijn echter beperkt tot patiënten met een klein-huid en vetoverschot in de onderbuik die tevens al een litteken hebben net boven de schaamstreek (bv. na een keizersnede). Zodoende kan het oude litteken hernomen worden wat de morbiditeit sterk vermindert.

Indien er tijdens het eerste klinische onderzoek ook wat vetophopingen worden vastgesteld ter hoogte van de flanken, kan deze ingreep steeds gecombineerd worden met een bijkomende liposuctie van de flanken.

Bij een grote hoeveelheid huid en vetoverschot ter hoogte van het abdomen, de flanken en de rug (zoals vaak gezien wordt bij mensen die veel gewicht verloren door een maagverkleinende ingreep), kan een circulaire abdominoplastie / torsoplastie voorgesteld worden. Bij deze ingreep wordt eerst het overschot thv de rug verwijderd, de patiënt wordt hierna gedraaid en een klassieke abdominoplastie wordt vervolgens uitgevoerd. Dit resulteert in een circulair litteken thv de bekkengordel, waardoor grote 'ezelsoren' ter hoogte van de flanken worden vermeden, de dubbele plooi ter hoogte van de onderrug wordt verwijderd en de billen worden gelift. Deze ingreep is heel wat meer belastend, zowel voor de patiënt als de chirurg, maar heeft een hoge tevredenheidsfactor bij de patiënt.

Bovenarm

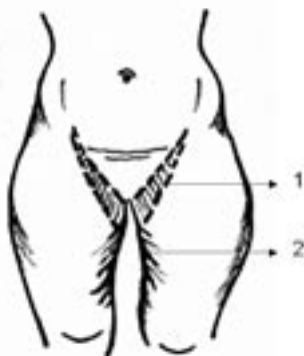
Wanneer patiënten voornamelijk klagen over een huidoverschot ter hoogte van de bovenarmen, kan een armlift voorgesteld worden. Hoewel deze ingreep vrij vaak wordt uitgevoerd, moet de patiënt beseffen dat dit niet anders kan dan met een litteken ter hoogte van de achterzijde van de bovenarm. Dit begint meestal net boven de elleboogplooi en eindigt in de okselholte met een Z-plastie om littekencontracturen aldaar te voorkomen (Fig. 3). Het litteken zal vaak zichtbaar zijn bij het dragen van een T-shirt, maar toch is het onze ervaring dat dergelijke patiënten liever een litteken hebben in plaats van het 'wapperende' huidoverschot.

Er kan ook een huid- en vetoverschot worden vastgesteld ter hoogte van de binnenzijde van de bovenbenen. Wanneer dit zich beperkt tot het bovenste 1/3de van de bovenbenen, kan dit gecorrigeerd worden dmv een dijlift met horizontaal litteken. Hierbij bevindt er zich enkel een litteken ter hoogte van de liesstreek. Wanneer er echter huid en vetoverschot bestaat ook ter hoogte van het middelste en onderste 1/3de van het bovenbeen, zal vaak een bijkomend verticaal litteken moeten gemaakt worden om de overschotten te verwijderen (Fig. 4). ▶



Fig. 3: Schematisch voorbeeld van een armlift-procedure

Fig. 4: Schematisch voorbeeld van een mediale dijlift. Bij overschot ter hoogte van het bovenste 1/3de van de bovenbenen, ligt er een horizontaal litteken ter hoogte van 1 (in de liesplooi). Bij overschot ook ter hoogte van het middelste en onderste 1/3de, zal er een bijkomend verticaal litteken zijn ter hoogte van 2.



Hoewel de ingrepen hierboven vermeld vaak worden uitgevoerd, zijn ze niet zonder risico. Wanneer er huidoverschotten moeten weggenomen worden, gaat dit steeds gepaard met littekens. Aangezien een groot deel hiervan zich in de liesregio of oksel bevindt, hebben deze littekens wat meer de neiging om te ontsteken of slecht te genezen. Bovendien kunnen er zich vochtcollecties (seroma's) organiseren onder de gemobiliseerde huid. In de onmiddellijk postoperatieve periode worden seromavorming voorkomen door het achterlaten van enkele drains die het vocht afleiden naar een extern reservoir. Hoewel deze drains verwijderd worden indien er bijna geen vocht meer geïncolteerd wordt, kunnen er zich nadien nog seroma's ontwikkelen. Deze kunnen spontaan resorberen of evacueren via het litteken, of moeten op regelmatige wijze geaspireerd worden gedurende de postoperatieve raadplegingen.

Vaak voorkomende vragen in verband met deze ingrepen betreffen voornamelijk de postoperatieve evolutie en de activiteiten die kunnen uitgevoerd worden ja dan neen.

- Hoewel de chirurg postoperatief zal vertellen wat kan en wat niet, mag de patiënt over het algemeen wat lichte huishoudelijke taken hernemen na de ingreep. De wonden moeten echter verzorgd worden tot een tweetal weken na de ingreep, datum waarop de hechtingen verwijderd zullen worden. Pas wanneer de hechtingen verwijderd zijn mag de patiënt(e) onbepaald douchen, baden wordt pas een week later toegestaan. Wanneer een abdominoplastie is uitgevoerd, mag er een zestal weken na de ingreep weer begonnen worden met 'lichte' sporten (joggen, fietsen, zwemmen,...). Na een drietal maand mogen pas alle andere sporten hernomen worden.
- De patiënt(e) zal over het algemeen een viertal weken werkongeschikt zijn, doch veel hangt af de activiteiten van de patiënt(e); sommigen kunnen het werk reeds hernemen na een week, zeker als het eerder bureauwerk is. Voor zwaar fysiek werk is er occasioneel een werkongeschiktheid van een 6-tal weken.
- Bij de meeste ingrepen moet er geen bepaald type van

drukkledij gedragen worden. Na een arm-of dijlift, kan een compressieve windel volstaan. Wanneer er echter een liposuctie is uitgevoerd, ter hoogte van de flanken (met of zonder abdominoplastie), of ter hoogte van de dijen, is het postoperatief dragen van drukkledij aan te raden gedurende een zestal weken (zoals hierboven vermeld).

- Zoals bij de meeste plastische ingrepen, is het resultaat na body-contouring niet onmiddellijk postoperatief zichtbaar. Wat betreft de abdominoplastie; dit is afhankelijk van de toestand van de buik voor de ingreep. In de meeste gevallen is echter onmiddellijk na de operatie al goed zichtbaar dat het vet- en huidoverschot, gesitueerd tussen de navel en de schaamstreek, is verminderd. Er moet echter goed beseft worden, dat de buik nog wat gezwollen is ten gevolge van het heelkundige ingrijpen, en deze zwelling zal progressief verminderen in de eerste 6 weken tot 3 maanden. Dit geldt eveneens voor het postoperatieve verloop na een arm-en/of dijlift. Daarenboven moet het litteken dan nog versoepelen (volledige littekenheling pas na 1,5 jaar), wat ook nog de vorm van de geopereerde zone zal beïnvloeden.

Om af te sluiten nog een kleine opmerking in verband met de abdominoplastie-operatie. Bij deze ingreep wordt de huid en het onderliggende vetweefsel van tussen de navel tot de schaamstreek verwijderd. Wanneer een vrouwelijke patiënte een dergelijke ingreep ondergaat, kan er best eerst goed gevraagd worden naar het al dan niet familiaal voorkomen van borstkanker. Het is immers zo dat het aantal borsttumoren bij vrouwen steeds meer toeneemt en er een groeiende vraag is naar borstreconstructies. Zoals beschreven in ZOLarium 19, is het abdomen het ideale vervangweefsel van een borst bij autologe (lichaamseigen) reconstructies. Patiënten met een sterke genetische aanleg tot borsttumoren moeten dus zelf goed de overweging maken of ze wel een abdominoplastie willen laten uitvoeren vermits ze daarbij een belangrijke borstreconstructiemogelijkheid uitsluiten.

Dr. Bert van den Hof
Dr. Nicolas Verhelle



Dit artikel is een vervolg op de artikels over Plastische Heelkunde die verschenen zijn in ZOLarium 18-19-20. U kan deze raadplegen op www.zol.be - zorgverleners – ZOLarium. Uitgebreide informatie over de ingrepen van de dienst plastische heelkunde kan u vinden op de website www.zol.be/plastische.heelkunde.



SYMPOSIUM

Oftalmosymposium: van icce tot icl!

Op woensdagavond 21 juni 2006 organiseerde de dienst Ophthalmologie van het Ziekenhuis Oost-Limburg een symposium over cataract- en lenschirurgie. Dit omvat immers een groot deel van de operatieve activiteiten van de dienst. Het symposium was bedoeld voor oogartsen en medewerkers van het operatiekwartier en de consultatie.

Dr. Jo Maleux schetste de evolutie van de cataractchirurgie door de eeuwen heen. Vijftieng jaar geleden was de routine-ingreep een intracapsulaire cataractextractie (ICCE) onder algemene verdoving. De patiënt was verplicht nadien een fors positieve bril te dragen die maar een matig functioneel resultaat gaf. In de jaren 80 kon men vooral door het verschijnen van de operatiemicroscoop en de lokale retrobulbaire verdoving de overgang maken naar de extracapsulaire cataractextractie (ECCE). Het eigen kapsel van de lens blijft aanwezig en alleen de lensnucleus en de cortexresten werden verwijderd. Lenzen waren toen nog niet plooibaar en dit betekende een reeks hechtingen in de cornea die zorgden voor een genezingsproces van meer dan 6 weken. Alle patiënten kregen in principe dezelfde intra-oculaire lens. Vaak moest de patiënt daarna nog een bril dragen.

Vanaf de jaren 90 heeft de faco-emulsificatie zijn intrede gedaan. Met ultratone energie wordt de lensnucleus verbrijzeld en met een aspiratiecanule van hetzelfde toestel worden de resten geaspireerd. Het voordeel van deze techniek is vooral een kleine incisie maar dit voordeel kon pas ten volle gebruikt worden met het verschijnen van de plooibare lenzen enkele jaren later.

Op dit ogenblik bestaat een klassieke cataractoperatie uit een faco-emulsificatie, met het plaatsen van een plooibare lens waarvan de sterkte op voorhand met echografie berekend wordt. De ingreep gebeurt onder topicale druppelverdoving en de patiënt verblijft maximum 2 uur in het daghospitaal.

Dr. Huib Lodewijks gaf toelichting over de recentste techniek: Aqualase. Het probleem met faco-emulsificatie is het zo laag mogelijk houden van de ultratone energie die in het oog gebracht wordt via de holle vibrerende naald.

Met Aqualase stapt men hier volledig van af. De tip bestaat uit siliconen en is dus zacht. Het materiaal van de lensnucleus wordt verbrijzeld door een hogedruk waterstraal die verwarmd is. Het is vooral bij jongere mensen met een zachte lens dat deze lens meer en meer gebruikt wordt om zo een nog lager peroperatief risico te kunnen hebben. De Aqualase techniek zal zeker ook in de refractieve lenschirurgie belangrijk zijn.

De dienst Ophthalmologie gebruikt deze techniek sedert enkele maanden.

Dr. Ivo Nijs beschreef de kwaliteiten waaraan een moderne lens moet voldoen. In het begin van de cataractchirurgie was er bijna geen keuze. Op dit ogenblik bestaan er lenzen die ook zorgen voor de accommodatie, lenzen die optisch veranderd zijn om een betere optische kwaliteit te krijgen. Sommige lenzen zijn gekleurd om de macula te beschermen. Het design van het model kan veranderd zijn om invloed te hebben op structuren binnen in het oog. En dan geldt dit alleen nog maar voor lenzen die gebruikt worden bij de klassieke cataractchirurgie.

Omdat de refractieve lenschirurgie duidelijk zijn plaats heeft ingenomen in een oftalmologische praktijk zijn er hier natuurlijk ook lenzen voor. Een Artisanlens wordt vastgeklept in de iris en kan zo brilafwijkingen corrigeren tot -15.0.

Recent worden er ook intra-oculaire contactlenzen (ICL) geplaatst waarbij zowel hoge bijziende afwijkingen als hoge cilinders gecorrigeerd kunnen worden. Op dit ogenblik wordt er dus voor iedere patiënt een individuele lens gekozen en soms zelfs op maat gemaakt. Dit zorgt ervoor dat dikwijls postoperatief geen bril meer nodig is en in het geval van een accommodatieve lens zelfs geen leesbril. Een heel verschil met de standaardlens die vroeger voor iedereen gebruikt werd.

Ten slotte beschreef **dr. Xenia Roggen** op een bijzonder educatieve wijze het klinisch pad van een cataractpatiënt. De presentatie werd opgedeeld in een preoperatief, peroperatief en postoperatief luik.

Preoperatief werden de diagnosestelling en de technische onderzoeken belicht, die op de consultatie uitgevoerd worden. Maar ook de preoperatieve voorbereiding van de patiënt zowel in het daghospitaal, als in het operatiekwartier kwamen aan bod. Het type van anesthesie en de toepassing was hier een onderdeel van.

Peroperatief werd er vooral informatie gegeven over de instrumenten die men gebruikt tijdens een cataractoperatie, en de functies van de omloopverpleegkundige en de instrumentist-verpleegkundige.

Daarna werden ook nog de postoperatieve zorgen in het daghospitaal en in de consultatieruimte besproken.

Blijkbaar was er in de regio behoefte aan dit symposium want er schreven zich bijna 100 personen in van alle ziekenhuizen uit de provincie. Na de theoretische uiteenzetting was er voor iedereen gelegenheid om zelf kennis te maken met allerlei soorten lenzen en het materiaal dat gebruikt wordt in de cataract- en lenschirurgie.

Mini-symposium

Percutane coronaire en

OM de huisartsen en andere verwijzers meer vertrouwd te maken met de nieuwe endovasculaire technieken werd op 6 mei laatstleden een symposium georganiseerd door het Hartcentrum Limburg en het Limburgs Vaatcentrum van het ZOL.

Tijdens de coronaire live-sessie werd een diffuus zieke LAD met een bifurcatieletsel gestent met goed angiografisch resultaat. Tijdens dezelfde procedure werd een intracoronaire echografie getoond.

De voordracht, gegeven door dr. Vanlangenhove (Middelheim ziekenhuis), was een waarschuwend boodschap waarin de voor- en nadelen van het gebruik

van medicatie-vrijzettende stents (drug eluting stents of DES) werd besproken. Het voorkomen van restenose is een belangrijk aspect en de DES hebben deze incidentie gehalveerd in vergelijking met de gewone stents. Restenose is evenwel een benigne aandoening die wel klachten kan veroorzaken, doch niet leidt tot plotse dood. Daarentegen is het optreden van stenttrombose een aandoening met een hoge mortaliteit (25 – 40%). Vandaar het belang van correcte en langdurige dubbele anti-aggregatie met Aspirine en Clopidogrel na het plaatsen van een DES.

Deze topic werd in detail besproken.

Het Limburgs Vaatcentrum behandelde de carotisstenose, waarbij eerst een klinisch geval werd voorgesteld, vervolgens de behandelingstechnieken werden besproken, waarbij als slot dr. Stockx de verschillende studies overliep, het rapport van het kenniscentrum en de verwachte terugbetalingsmodaliteiten.

In een eerste sessie werd een live case getoond van een patiënt met een hooggradige carotisstenose (fig. 1).

Dr. Lauwers en dr. Stockx, die de procedure uitvoerden, becommentarieerden verschillende stappen (fig. 2, 3 en 4). De procedure verliep vlot en de patiënt kon 's anderendaags het ziekenhuis verlaten.

In een tweede deel besprak dr. Lauwers de wetenschappelijke achtergrond van de etiopathogenese en de chirurgische alsook de endovasculaire behandelingsmethode. Atherosclerose van de carotisbifurcatie is een belangrijke oorzaak van CVA's (cerebrovasculaire accident) en TIA's (transient ischemic attack). Ernstige stenosen ($\geq 75\%$) dragen een belangrijk risico op CVA en TIA (Stroke 2001). Verschillende studies tonen dan ook aan dat zeker de symptomatische en ook de asymptomatische ernstige stenosen best behandeld worden (NASCET, ACST). Hierbij dient wel benadrukt te worden dat de complicatieratio zeer laag dient te zijn bij de uitgevoerde behandeling. De chirurgische techniek werd beschreven. De complicatieratio varieert in de literatuur tussen de 1,5 - 9% wat betreft Stroke. Eigen aan de chirurgische techniek zijn de craniale zenuwletsels als complicatie.

Een retrospectieve analyse van 518 carotisendarterectomies tussen 1995 - 2000 in het ZOL toont een zeer

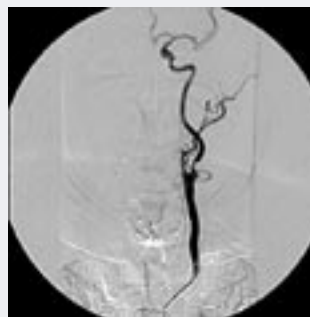


Fig. 1



Fig. 2

lage complicatieratio aan (stroke / death voor asymptomatisch 0,8% en voor symptomatisch 1,3%). We kunnen dus stellen dat de chirurgische behandeling in ervaren handen een lage complicatieratio heeft.

Daarnaast werd in het laatste decennium een nieuwe techniek verder op punt gesteld, waarvan de experimenten startten in de jaren '70. Verschillende nieuwe materialen en technieken werden ontwikkeld om embolisatie van plaque-materiaal en bloedklonters tijdens de procedure te voorkomen. De endovasculaire techniek bestaat erin om eerst een werkkanal (sheath) in de arteria carotis communis aan te brengen. Daarna wordt een niet-ontplooid filtertje voorbij de stenose gebracht. Het filtertje dat zich op de voerdraad bindt, wordt vrijgezet. Vervolgens wordt over de voerdraad de stent aangebracht en vrijgezet ter hoogte van de stenose. Met een ballon wordt dan vervolgens de stent nagedilateerd. Hierna wordt een controleangiografie verricht. Indien alles correct is, wordt de filter gesloten en wordt alle materiaal verwijderd. Met deze techniek is hoogwaardige beeldvorming strikt noodzakelijk.



Vasculaire interventies

De duur van dubbele anti-aggregatie die klassiek 6 maanden is na DES wordt in sommige gevallen verlengd, zoals na plaatsing van lange stents, dubbele bifurcationsstents, hoofdstamstents.... Momenteel weet niemand goed hoe lang dit dient doorgegeven te worden.

Vertraagde reëndotheliasie met stentstruts die blijven liggen, vooral op plaatsen van hogere dosis medicatie (zoals bij overlappende stents) vormen een risico op klontervorming.

Ook kan er een inflammatoire reactie ontstaan tegen het polymeer, van waaruit de drug wordt vrijgegeven.

Vandaar dat bij ingrepen waarbij reductie of stoppen van anti-aggregatie noodzakelijk is, best eerst overleg wordt gepleegd. Patiënten, cardiologen, huisartsen en chirurgen hebben hierin een belangrijke verantwoordelijkheid.

Ten slotte sprak Dr.Vrolix over de terugbetalingsmodaliteiten van DES, de complexe en soms absurde regelingen hieromtrent. In België ligt het gebruik van DES om die reden veel lager dan in de ons omringende Europese landen (behalve Duitsland) en veel lager dan in de VS, waar in bijna alle procedures DES worden gebruikt.

Dr. Jo Dens, namens het Hartcentrum Limburg

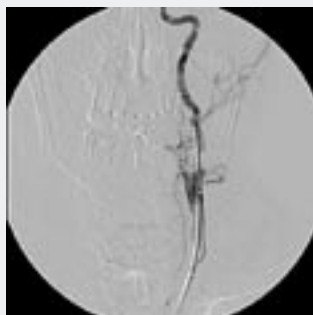


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

Retrospectieve studies tonen aan dat er met het gebruik van een protectiedevice zich duidelijk minder complicaties voordoen. In ervaren handen lijkt de complicatieratio vergelijkbaar met chirurgie, doch dit dient nog verder bewezen te worden in gerandomiseerde studies.

Cardiaal zwaar belaste patiënten lijken echter bij deze technieken toch wel minder cardiale complicaties te doen.

Ook de lange termijnresultaten van deze techniek, wat betreft restenose en preventie van stroke, zijn vergelijkbaar met chirurgie.

Beide technieken hebben echter strikte en relatieve contra-indicaties. Het belangrijkste is om voor elke patiënt de juiste techniek te kiezen en de complicatieratio te beperken tot maximaal 3 % voor de asymptomatische en 6 % voor de symptomatische patiënten.

In een derde deel becommentarieerde dr. Stockx de verschillende studies wat betreft carotisstenting. Multiple centra publiceren cijfers voor carotisstenting die vergelijkbaar zijn met carotischirurgie. Er zijn echter slechts een beperkt aantal gerandomiseerde studies uit-

gevoerd. Wat betreft de hoogrisicopatiënten tonen deze aan dat carotisstenting niet minderwaardig is voor deze hoogrisicopatiënten. Andere gerandomiseerde studies zijn op dit moment nog in uitvoering.

Verder wordt het rapport van het kenniscentrum besproken. In dit rapport worden de verschillende studies geanalyseerd en wordt de techniek kritisch besproken. Er wordt gesteld dat de waarde van deze techniek inderdaad nog moet bewezen worden. Ze doen een voorstel om deze slechts in een zeer beperkt aantal centra toe te laten en dit in strikt studieverband.

De overheid heeft aan de hand van het rapport beslist om het aantal centra inderdaad te beperken. De kandidaturen zijn reeds vele maanden ingediend. Een multidisciplinair team, een goede technische uitrusting en ervaring van het team zijn de peilers van de selectie.

Men verwacht dat er een tiental centra zullen geselecteerd worden over heel België. De definitieve beslissing wordt verwacht na de zomervakantie.

*Dr. Geert Lauwers,
namens het Limburgs Vaatcentrum*

Het wonderbare **WWW**



MIJN eerste kennismaking met het bovenaardse paradijs dat God op de eerste bladzijde van het scheppingsverhaal 'de hemel' gedoopt had, liep met een sissert af. (ZOLarium 20).

Nadat Hij me daar zowat vierkant uitgelachen had om mijn simpele vraag, waarom Hij in Manuela niet hetzelfde vuur gelegd had dat mij inwendig zo verteerde, streek Hij vaderlijk mijn kruin: 'Mijn zoon, Mijn zoon,' sprak Hij in bijbelse bewoordingen. 'Hoe is het schier mogelijk dat u zo gegriefd bent? Heb Ik u dan versholen van menig talent?'

Meteen dacht ik aan de viool die mijn moeder me op vijfjarige leeftijd onder de kin prangde in de ijdele hoop dat ze een nieuwe Johann Strauss gebardeerd had. En ook aan die pompoen van een pianofuffrouw die, na vier jaar vruchteloos hameren op mijn garnaalvingertjes, een beroerte deed die heel slecht afliep.

'Ja,' masseerde God nog steeds mijn kruin, 'En heb Ik u daarnaast niet gezegend met een DNA-helix om als Methusalem zo oud te worden, mits je die sigaren laat? En ook niet met een blakende lever mits je der geen foie gras van maakt met al die trappisten? En heb Ik u bovendien geen royale dosis hormonen gegeven om ...'

'Daar zit het hem nu juist' onderbrak ik God, 'dat testosteron is een vergiftigd geschenk.'

'Hoezo?', fronste Hij Zijn Almachtige Wenkbrauwen.

'Wel ...,' keek ik Hem straal in de ogen, 'omdat U daar in Uw ongerepte Scheppingsdrang geen rem op gezet hebt. Geen enkele. Dat spul blijft maar in mijn vaten en klieren razen, al heb ik ondertussen tien kinderen ver-

wekt en er duizenden vermeden door me op tijd terug te trekken ondanks pauselijke encyclieken en andere vermaningen om het zaad niet ergens op een rots te flikkeren maar voluit in de akker.'

God moest even slikken, maar ik ging door.

'En in al Uw Goddelijke Gulheid schonk U mij ook nog Manuela. Van lijf en leden mooier dan eender welke engel die hier in Uw Hemels Paleis rondvliegt en van lippen en afdronk beroezender dan het beste patersbier. Zo mooi dat één enkele oogopslag van haar die hele hormonenwinkel van U, in mij losslaat maar ... en dit is nu juist het heikele punt ... tevergeefs ... omdat ze ...'

'Hola, hola, hola' temperde God mijn woordenvloed. 'Mijn zoon, Mijn zoon' sprak Hij op rustige, vaderlijke toon: 'Overvloediger dan in kardinalen, bisschoppen en andere BV's heb ik in u talenten gezaaid die niet van de minste zijn. En wat hebt u ermee gedaan?'

'Tja, ...,' sloeg ik ootmoedig mijn oogleden neder, maar klapte ze na een halve seconde weer omhoog: 'Heb ik U dan ontgoocheld, God? Bent U ...' – ik zocht een treffend bijbels woord- '... vertoornd?'

'Nee, Mijn zoon.' boorde Hij Zijn Almachtige Wijsvinger in de lucht. 'Ik ben geen God van toorn, gruwel of gramschap. Ik ben een God van liefde en onbaatzuchtige vergeving.'

Desalniettemin kromde Zijn Wijsvinger zich plots 180° naar beneden: 'Daal terug af van waar u gekomen bent, mijn zoon, en laat u daar niet meer verleiden door die rondborstige Manuela.'

Miljaarde, nonde ... Gedverrrrde ik binnensmonds. Ten

KORT

Toegang via internet tot verslagen van patiënten in het ZOL

eerste was het niet Manuela die mij verleid had –och was het maar zo!- maar omgekeerd. Ten tweede was ze niet rondborstig maar had van die peervormige. Met steeltjes. (Had ik ooit eens één enkel keertje heel eventjes mogen zien). En ten derde kwam dat hele ‘gezoon’ me zo langzamerhand de strot uit.

Alsof God mijn meest intieme gedachten geraden had, verscheen daar eensklaps een Aartsengel met vlammend zwaard. Om tweedegraads brandblaren of erger te voorkomen, repte ik me uit de voeten, dook onder het lastenboek van Sinte Pieter door, trok eigenhandig de loodzware hemelpoort open en sprong naar beneden.

Terug op aarde nam ik me voor, mijn leven te beteren.

Zo liep ik na de eerste jogging in een grote cirkel rond dat oord van verderf, de ‘Chez Manuela’. En ook tijdens mijn dagelijks werk als patholoog meed ik elke situatie die me in verleiding kon brengen. Zo maakte ik, bij de eerste borstreductie die ik van de plastische chirurg kreeg, me wijs dat die hompen eigenlijk alleen maar vetweefsel waren. Puur vet. En dat waren ze, nuchter bekeken, ook. Bij het fileren droop mijn mes van het vet en ook onder het microscoop zag het er even zompig uit. Tja, waar had ik me eigenlijk druk om gemaakt?

Maar tijdens mijn hemels verblijf was onze ‘aardkloot’, zoals een Nederlands dichter ons ondermaanse tranendal ooit zo treffend omschreven had, niet blijven stilstaan. Computerfreaks, even fanatiek op zoek naar wat aardse geluk, hadden een WWW ontworpen, een Wonderbaarlijk-Wereld-Wijd-Web waar alles te zien was. Bij vrouwen. Maar dan ook alles. Geen van vet druipende hamlappen maar de ‘real stuff’, in alle vormen, maten en gewichten. Ook peervormige met steeltjes. En niet zomaar eventjes een halve glimp ervan, maar voluit en uitpuittend. Naar ieders belangstelling en potentie. Desgewenst zelfs naar de harde schijf te kopiëren. Een schijf die nooit een belerende vinger in de lucht stak tenzij die overvol stond.

Maar bij die virtuele globalisering van hapklare prentjes sloeg mijn zo lang gekoesterde, pure beeld van Manuela uiteindelijk aan diggelen. Een beeld dat eigenlijk nooit aan scherven had mogen liggen. Gewoon omdat daarmee ook de hele romantiek van het nooit aflatend verlangen ten onder ging.

En zo zit ik hier nu eenzaam en verlaten aan mijn laptop. Zelfs niet meer met een trappist naast me, ooit door Manuela met zoveel liefde en schuim geschonken.

Het is er ene van de Colruyt.

Dr. Johan Van Robays.

Einde 2005 is het Ziekenhuis Oost-Limburg gestart met de implementatie van een internet-applicatie die huisartsen toelaat medische gegevens over hun patiënten via het internet te raadplegen, evenals een internet-applicatie waarmee afspraken voor patiënten bij geneesheer-specialisten kunnen geboekt worden. Deze applicaties werden afgelopen 3 maanden getest door een beperkte groep van huisartsen en werden positief geëvalueerd.

Beide applicaties worden nu aangeboden aan alle verwijzers-huisartsen van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Om toegang te krijgen tot deze applicaties via het internet, hebt u echter een ‘token’ of een digipass nodig. Dit wordt u kosteloos aangeboden door het ZOL. U kan dit token aanvragen door op de website van het ZOL (www.zol.be) te klikken op de link ‘huisartsen & verwijzers’ en daarna te klikken op de link ‘Aanvragen gebruikersnaam en paswoord voor webtoepassingen’. U krijgt dan een pagina waarop u uw gegevens kan invullen.

Het token dat u wordt bezorgd, is identiek aan het token dat u wordt aangeboden door UZ Leuven voor het consulteren van medische gegevens. Indien u reeds over een token van UZ Leuven beschikt, kan dit ook gebruikt worden voor toegang tot het ZOL. U dient dan enkel het nummer van het token en uw userid van UZ Leuven mee te delen.

Wanneer het token bezorgd is, krijgt u toegang via de website tot de hogervermelde applicaties. Hiervoor dient u te klikken op ‘Beveiligde login voor webtoepassingen’ op de pagina ‘Huisartsen en Verwijzers’.

Overleden

Op 11 april is dr. Jan Monstrey, neurochirurg in het ZOL, overleden. We wensen zijn familie heel veel sterkte toe bij hun verlies.



ABSTRACTS

(Peer reviewed)

Title: Sequential triage in the first trimester may enhance advanced ultrasound scanning in population screening for trisomy 21.

Authors: Gyselaers WJ, Roets ER, Van Holsbeke CD, Vereecken AJ, Van Herck EJ, Straetmans DP, Ombelet WU, Nijhuis JG.

Published in: *Ultrasound Obstet Gynaecol*, 2006 Jun; 27 (6): 622-7

Abstract:

Objective: To design a trisomy 21 screening protocol for sequential triage in the first trimester, and to evaluate whether it reduces the need for advanced ultrasound scanning to such an extent that this could be dealt with by a limited number of well-trained sonographers only.

Methods: Screening results of 31 trisomy 21 affected pregnancies and 16 096 unaffected pregnancies from the first trimester screening program of Algemeen Medisch Laboratorium in Antwerp, Belgium, were used to define high-risk, intermediate-risk and low-risk groups. A serum screening result (age, pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A) and free beta-human chorionic gonadotropin (beta-hCG)) of $\geq 1:30$ and/or a nuchal translucency thickness (NT) measurement of ≥ 3.5 mm were classified as high risk. A serum screening result of $< 1:1000$ together with an NT of < 3.5 mm were classified as low risk. Other results were considered intermediate risk, for which further advanced ultrasound screening would be indicated. This protocol was then evaluated prospectively in another population of 13 493 first-trimester pregnancies.

Results: Of the total population, 1.9% was identified as being high risk (14 trisomy 21 pregnancies and 222 unaffected pregnancies; prevalence, 1 : 17), 59.6% was identified as being low risk (three trisomy 21 pregnancies and 9615 unaffected pregnancies; prevalence, 1 : 3206) and 38.4% was identified as being intermediate risk (10 trisomy 21 pregnancies and 6190 unaffected pregnancies; prevalence, 1 : 620). A similar distribution was found in the prospective arm of the study. There was no reduction of overall screening performance compared with our current first-trimester combined screening program. The number of intermediate-risk pregnancies was sufficiently low as to enable advanced ultrasound scanning by well-trained sonographers only.

Conclusion: In population screening for fetal trisomy 21, sequential triage in the first trimester can be achieved using very simple methods. Pregnancies at high or at low risk can be identified easily and the number of pregnancies at intermediate risk can be reduced sufficiently to enable advanced ultrasound scanning by well-trained sonographers only. A prospective study is needed to evaluate the performance of this approach and to compare its results with current combined or integrated screening algorithms.

Title: Association of the predominant symptom with clinical characteristics and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia.

Authors: Karamanolis G, Caenepeel P, Arts J, Tack J.

Published in: *Gastroenterology* 2006 Feb; 130(2): 296-303.

Abstract:

Background & aims: Functional dyspepsia (FD) is considered a heterogeneous disorder with different pathophysiological mechanisms contributing to the symptom pattern. The Rome II committee proposed that subdividing patients with FD into groups with predominant pain versus discomfort might identify subgroups with homogeneous pathophysiological and clinical properties. The aim of this study was to analyze the relationship of predominant pain or discomfort with pathophysiological mechanisms and to evaluate whether considering individual predominant symptoms yields better results.

Methods: Consecutive FD patients (n = 720; 489 women; mean age, 41.3 +/- 0.6 years) filled out a dyspepsia questionnaire and identified a single most bothersome symptom. We analyzed the association of this predominant symptom with demographic, clinical, and pathophysiological features (*Helicobacter pylori* status, gastric emptying in 592 patients, and gastric sensitivity and accommodation testing in 332 patients).

Results: According to Rome II criteria, 22% were pain predominant and 78% discomfort predominant. Patients with predominant pain had a higher prevalence of hypersensitivity (44% vs 25%) and delayed gastric emptying was observed less frequently in these patients (16% vs 26%), but there was major overlap. Detailed analysis showed that any of 8 dyspeptic symptoms could be predominant. Predominant early satiety or vomiting was associated with significantly higher prevalences of weight loss (89% and 75%, respectively) and of acute onset (61% and 60%, respectively). Impaired accommodation was found in 79% of patients with predominant early satiety. The highest prevalence of delayed emptying was found in predominant fullness (38%) and of hypersensitivity in predominant pain (44%).

Conclusions: Subdividing FD patient groups according to the predominant symptom does not reliably identify subgroups with a homogeneous underlying pathophysiological mechanism.

Title: Baseline Immune Activation as a Risk Factor for the Onset of Depression During Interferon-Alpha Treatment.

Authors: Wichers MC, Kenis G, Leue C, Koek G, Robaey G, Maes M.


Published in: *Biol Psychiatry* 2006 Feb 15

Abstract:

Background: Major depression has been associated cross-sectionally with increased cell-mediated immune activation but causality has been difficult to establish. This study prospectively investigated the hypothesis that baseline level of immune activation predicts the development of depression during interferon-alpha (IFN-alpha) treatment.

Methods: Sixteen hepatitis C patients without psychiatric disorder underwent IFN-alpha treatment. Proinflammatory and anti-inflammatory cytokines were determined before starting treatment. Presence of a major depressive disorder (MDD) was assessed at baseline and several times during treatment.

Results: Baseline soluble interleukin-2 receptor (sIL-2r), interleukin-6 (IL-6), and interleukin-10 (IL-10) concentrations were significantly increased in the five subjects that developed MDD during treatment compared with those that did not, with standardized effect sizes of 1.08, 1.16, and 1.25, respectively,



controlling for marijuana use, cigarette smoking, and baseline level of depressive symptoms.

Conclusions: Results suggest that increased immune activation, rather than an epiphenomenon, is a causal risk factor for the development of MDD.

Title: Molecular epidemiology of hepatitis C among drug users in Flanders, Belgium: association of genotype with clinical parameters and with sex- and drug-related risk behaviours.

Authors: Mathei C, Wollants E, Verbeeck J, Van Ranst M, Robaey G, Van Damme P, Buntinx F.
Published in: Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005 Aug;24(8):514-22.

Abstract:

The aim of this study was to determine the genotypic variation of hepatitis C among drug users in Flanders and to relate the distribution of genotypes to the characteristics of the population. Hepatitis C virus RNA (HCV-RNA) quantification and genotyping was performed on stored samples from 161 anti-HCV-positive injecting and non-injecting drug users. Information on sociodemographic status, drug-related risk behaviour and sexual risk behaviour was available for each drug user. HCV-RNA was present in 152 of 161 samples (94.4%). Genotype 1 was predominant (48.7%), followed by genotype 3 (41.2%), genotype 4 (8.8%) and genotype 2 (1.4%). In the multivariate analysis, lack of a history of injecting drug use was confirmed as a statistically significant predictor for infection with genotype 1. Predictors for infection with genotype 3 were the presence of anti-HBc antibodies and a history of injecting drug use. Being tattooed emerged as a statistically significant predictor for infection with genotype 4. The 94.4% prevalence of HCV-RNA among anti-HCV-positive drug users was considerably higher than the 54-86% chronicity rate found globally among HCV-infected patients. The results of this study suggest the existence of separate transmission networks for injecting drug users and non-injecting drug users. Finally, the results suggest that tattooing practices play a role in the spread of HCV among drug users.

Title: Comparison of real-time tri-plane and conventional 2D dobutamine stress echocardiography for the assessment of coronary artery disease.

Authors: Eroglu E, D'hooge J, Herbots L, Thijs D, Dubois C, Sinnaeve P, Dens J, Vanhaecke J, Rademakers F.
Published in: Eur Heart J. 2006 May 23

Abstract:

Aims: Although dobutamine stress echocardiography (DSE) is an accepted tool for the diagnosis of coronary artery disease (CAD), it requires subsequent image acquisitions of the left ventricle (LV) in order to visualize all segments. This makes the procedure relatively time-consuming and might limit its accuracy. With the introduction of matrix array transducers, the real-time simultaneous acquisition of all LV segments has become possible using multi-plane imaging. The purpose of this study was: (i) to test the feasibility and efficiency of real-time tri-plane (RT3P) imaging during DSE, (ii) to compare the accuracy of

RT3P DSE in detecting CAD using coronary angiography as the reference method.

Methods and results: Thirty-six patients suspected of CAD were prospectively enrolled. Both conventional two-dimensional (2D) and RT3P imaging were performed during a DSE protocol. Coronary angiography was performed within 24 h. Ultrasound data were acquired at each stage of the DSE. The total effective acquisition time for RT3P imaging was significantly shorter (55 +/- 29 vs. 137 +/- 63 s, P<0.001). Data yield was similar for both methods (2D: 98% vs. 3D: 97%). Overall sensitivity (93%), specificity (75%), and accuracy (89%) were identical between both methods. On a segmental level, the sensitivity, specificity, and accuracy of the RT3P and the 2D DSE were similar.

Conclusion: RT3P imaging fastens the DSE protocol without compromising the accuracy for the diagnosis of CAD. This could facilitate a more wide-spread use of DSE and therefore contributes positively to its routine clinical acceptance.

Title: Autologous bone marrow-derived stem-cell transfer in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: double-blind, randomised controlled trial.

Authors: Janssens S, Dubois C, Bogaert J, Theunissen K, Deroose C, Desmet W, Kalantzi M, Herbots L, Sinnaeve P, Dens J, Maertens J, Rademakers F, Dymarkowski S, Gheysens O, Van Cleemput J, Bormans G, Nuyts J, Belmans A, Mortelmans L, Boogaerts M, Van de Werf F.
Published in: Lancet. 2006 Jan 14;367(9505):113-21.

Abstract:

Background: The benefit of reperfusion therapies for ST-elevation acute myocardial infarction (STEMI) is limited by post-infarction left-ventricular (LV) dysfunction. Our aim was to investigate the effect of autologous bone marrow-derived stem cell (BMSC) transfer in the infarct-related artery on LV function and structure.

Methods: We did a randomised, double-blind, placebo-controlled study in 67 patients from whom we harvested bone marrow 1 day after successful percutaneous coronary intervention for STEMI. We assigned patients optimum medical treatment and infusion of placebo (n=34) or BMSC (n=33). Our primary endpoint was the increase in LV ejection fraction and our secondary endpoints were change in infarct size and regional LV function at 4 months' follow-up, all assessed by MRI. We assessed changes in myocardial perfusion and oxidative metabolism with serial 1-[11C]acetate PET. Analyses were per protocol. This study is registered with , number NCT00264316.

Findings: Mean global LV ejection fraction 4 days after percutaneous coronary intervention was 46.9% (SD 8.2) in controls and 48.5% (7.2) in BMSC patients, and increased after 4 months to 49.1% (10.7) and 51.8% (8.8; OR for treatment effect 1.036, 95% CI 0.961-1.118, p=0.36). Compared with placebo infusion, BMSC transfer was associated with a significant reduction in myocardial infarct size (BMSC treatment effect 28%, p=0.036) and a better recovery of regional systolic function. Myocardial perfusion and metabolism increased similarly in both groups. We noted no complications associated with BMSC transfer and all but one patient in the BMSC group completed the 4 months' follow-up.

Interpretation: Intracoronary transfer of autologous bone marrow cells within 24 h of optimum reperfusion therapy does not augment recovery of global LV function after myocardial infarction, but could favourably affect infarct remodelling.

Title: Thrombospondin-1 controls vascular platelet recruitment and thrombus adherence in mice by protecting (sub)endothelial VWF from cleavage by ADAMTS13.

Authors: Bonnefoy A, Daenens K, Feys HB, De Vos R, Vandervoort P, Vermynen J, Lawler J, Hoylaerts MF.
Published in: *Blood*. 2006 Feb 1;107(3):955-64.
Epub 2005 Oct 4.

Abstract: The function of thrombospondin-1 (TSP-1) in hemostasis was investigated in wild-type (WT) and Tsp1^{-/-} mice, via dynamic platelet interaction studies with A23187-stimulated mesenteric endothelium and with photochemically injured cecum sub-endothelium. Injected calcein-labeled WT platelets tethered or firmly adhered to almost all A23187-stimulated blood vessels of WT mice, but Tsp1^{-/-} platelets tethered to 45% and adhered to 25.8% of stimulated Tsp1^{-/-} vessels only. Stimulation generated temporary endothelium-associated ultralarge von Willebrand factor (VWF) multimers, triggering platelet string formation in 48% of WT versus 20% of Tsp1^{-/-} vessels. Injection of human TSP-1 or thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) patient-derived neutralizing anti-ADAMTS13 antibodies corrected the defective platelet recruitment in Tsp1^{-/-} mice, while having a moderate effect in WT mice. Photochemical injury of intestinal blood vessels induced thrombotic occlusions with longer occlusion times in Tsp1^{-/-} venules (1027 +/- 377 seconds) and arterioles (858 +/- 289 seconds) than in WT vessels (559 +/- 241 seconds, P < .001; 443 +/- 413 seconds, P < .003) due to defective thrombus adherence, resulting in embolization of complete thrombi, a defect restored by both human TSP-1 and anti-ADAMTS13 antibodies. We conclude that in a shear field, soluble or local platelet-released TSP-1 can protect unfolded endothelium-bound and subendothelial VWF from degradation by plasma ADAMTS13, thus securing platelet tethering and thrombus adherence to inflamed and injured endothelium, respectively.

Title: Heparin-bonded expanded polytetrafluoroethylene vascular graft for femoropopliteal and femorocrural bypass grafting: 1-year results.

Authors: Bosiers M, Deloof K, Verbist J, Schroe H, Lauwers G, Lansink W, Peeters P.
Published in: *J Vasc Surg*. 2006 Feb;43(2):313-8; discussion 318-9.

Abstract:

Objective: Several prosthetic materials have been used for femoropopliteal bypass grafting in patients with peripheral vascular disease in whom a venous bypass is not possible. Expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE) is the most commonly used, but patency results have not always equaled those achieved with vein, especially in below-knee reconstructions. This study assessed the performance of a new heparin-bonded ePTFE vascular graft that

was designed to provide resistance to thrombosis and thereby decrease early graft failures and possibly prolong patency.

Method: From June 2002 to June 2003, 86 patients (62 men and 24 women; mean age, 70 years; 99 diseased limbs) were enrolled prospectively in a nonrandomized, multicenter study of the heparin-bonded ePTFE graft. Fifty-five above-knee and 44 below-knee (including 21 femorocrural) procedures were performed. Follow-up evaluations consisted of clinical examinations, ultrasonographic studies, and distal pulse assessments. Patency and limb salvage rates were assessed by using life-table analyses.

Results: All grafts were patent immediately after implantation. There were no graft infections or episodes of prolonged anastomotic bleeding. During the 1-year follow-up, 10 patients died, 15 grafts occluded, and 5 major amputations were performed. The overall primary and secondary 1-year patency rates were 82% and 97%, respectively. The limb salvage rate in patients with critical limb ischemia (n = 41) was 87%. Primary patency rates according to bypass type were 84%, 81%, and 74% for above-knee femoropopliteal, below-knee femoropopliteal, and femorocrural bypasses, respectively; the corresponding secondary patency rates were 96%, 100%, and 100%.

Conclusions: In this study, the heparin-bonded ePTFE graft provided promising early patency and limb salvage results, with no device-related complications, in patients with occlusive vascular disease. Longer-term and randomized studies are warranted to determine whether this graft provides results superior to those achieved with other prostheses, especially in patients at increased risk of early graft failure, such as those undergoing below-knee bypass and those with poor run-off or advanced vascular disease.

POSTERS

Title: Local cerebral metabolic changes, induced by brain retraction and surgery, during craniotomy, monitored by cerebral microdialysis

Authors: L. Al Tmimi, C. De Deyne, J. Wuyts, F. Weyns, D. Peuskens, E. Vandermeersch, R. Heylen

Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Brain retractors applied during brain surgery may induce local changes in cerebral perfusion. Cerebral microdialysis (MD) is a recently available tool for monitoring local cerebral metabolism. In the present study, we evaluated whether MD revealed any changes in local metabolism in the brain area under the retractor and in the vascular territory of surgery.

Patients and Methods: With IRB approval, 38 pts scheduled for large frontal tumor resection received preoperative MD. After opening of the dura, the MD catheter was inserted into the brain cortex and was perfused at 5 µl/min enabling analysis (for glucose, lactate, pyruvate, glycerol and glutamate) of the dialysates every 5 min. A brain retractor was finally applied for the period of tumor resection above the area of MD catheter insertion.



Results: Insertion of brain retractors resulted in a overall decrease in local glucose, most probably due to a decrease in local perfusion. In all patients, we observed a shortlasting increase in local glucose after removal of the brain retractor. In most (32 pts) of the 38 patients, there was moreover a further marked decrease in glucose during the whole period of brain retraction. In all these pts, we observed an increase in local lactate concentration. In 14 of these 32 patients, we observed an increase in lactate/pyruvate ratio. We observed that 5 of these 14 episodes went along with a large increase in glycerol. In 4 of these patients, no neurosurgical peroperative complications were observed, except for one patient. In this patient, the ischemic pattern was observed 15 min before a major neurosurgical warning sign (extensive brain bulging) occurred. Retrieval of the retractor resulted in an immediate normalization of all parameters. Only in the last pt, an extensive increase in glutamate was observed. Postoperative outcome was uneventful for all pts, except for this last one.

Conclusion: Use of MD during routine brain retraction revealed the possible presence of pronounced local cerebral ischemia under the retractor. Peroperative use of high flow MD, enabling almost on-line metabolic monitoring of brain tissue under the retractor, might become a valuable warning tool during those neurosurgical procedures necessitating extensive brain retraction.

Title: Intraoperative arterial hypotension recorded by an electronic anesthesia record
Authors: M. Beran, C. De Deyne, C. Kalkman, L. Van Wolfswinkel, E. Vandermeersch, R. Heylen
Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Since 2005, we introduced an electronic anesthesia record keeping system. In order to evaluate the benefits arising from automatic recording of all intraoperative events, we extracted from our database all episodes of intraoperative hypotension and analysed the risk factors of this event. This issue may become the more important, as recently, intra-operative hypotension was found to be an independent predictor of one-year mortality (1).

Patients and Methods: From January 2005 till November 2005, all anesthesia data collected in 2 neurosurgical OR suites from adult patients scheduled for elective surgery under general anesthesia were reviewed. These data included as well all vital parameters registered during anesthesia, as patient's characteristics and anesthetic technique. Arterial hypotension was defined as one measure of systolic blood pressure below 90 mmHg. All data underwent univariate and multivariate analysis.

Results: A total of 1865 pts were selected. The overall incidence of intra-arterial hypotension was 15.3%. The most relevant associated factors were age, ASA, induction period of anesthesia (first 15 min after induction) and non-invasive blood pressure measurement. Patients receiving invasive arterial pressure management had a significantly lower risk of developing arterial hypotension. In these patients, incidence of arterial hypotension was 7.8%. There were no differences in other patient characteristics (such as age or ASA classification) between patients with or without invasive arterial pressure monitoring.

The main reason for invasive monitoring was related to the type of surgery (f.i. intracranial surgery).

Conclusion: Overall, we found an acceptable, referring to the existing literature, incidence of arterial hypotension. Nevertheless, we were surprised by the difference in incidence of hypotensive episodes between patients with or without invasive pressure monitoring.

References: 1. Monk et al., Anest Analg, 2005

Title: Critical Care glycemia control in patients suffering from severe subarachnoid hemorrhage

Authors: K. Cochet, C. De Deyne, D. Mesotten, E. Van Assche, I. Schneider, M. Vander Laenen, R. Heylen

Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Strict glycemia control in the critically ill patient, included the patient with isolated brain injury (1), seems intensely related to final outcome (ref). The effectiveness of implementation of neuro-critical care glycemia control is, however, still largely unknown. Therefore, we report pts suffering from severe subarachnoid hemorrhage (SAH) who were submitted to a strict "glycemia control protocol".

Patients and Methods: 33 pts suffering from severe SAH were included. All pts remained for at least 6 days at the neuro-ICU. None of these pts were known as diabetic, or received glucocorticoids. At the ICU bedside, blood glucose levels were controlled every 2 hours from admission on and were aimed to be maintained between 80-120 mg/dl. When the upper limit was exceeded, intravenous insulin was started as iv perfusion.

Results: Already within the first 24 hrs of admission, 14 of 33 pts developed hyperglycemia, resulting in the start of iv insulines. Significantly more patients (20/33) necessitated iv insulin on day 2, in order to maintain glycemia levels within normal ranges. On day 3, 23 out of 32 pts revealed blood glycemia levels above the upper value, necessitating the iv perfusion of insulin. For the further ICU stay, the number of pts necessitating insulin to control increase blood glucose levels remained the same. During daily ICU care, iv insulin was titrated towards the blood glucose levels obtained bedside every 2 hours. Analysing the changes in the titration of iv administration of insulin, we observed a significant increase in titration ratio from day 1 until day 3 after admission. From day 4 on, iv insulin administration hardly needed to be changed. In only one pts, and at one episode, we observed a glycemia level below 60, necessitating the temporarily arrest of insulin administration. Multivariate analysis revealed that day 3, characterized by the highest number of patients necessitating insulin and by the most titrations in insulin administration, did not coincide with pulmonary, infectious or intracranial exacerbations.

Conclusion: Hyperglycemia (> 120 mg/dl) is frequently present in pts with SAH. The incidence is the highest on day 3. However, when blood glucose levels are controlled within the first few days, they remain stable afterwards without major hypoglycemic incidents.

References: (1) Van den Berghe G, Neurology,2005;64:1348-1353.



Title: Role of end-tidal capnography during craniectomy

Authors: K. D'Haeseleer, C. De Deyne, V. Desloovere, J. Wuyts, F. Weyns, D. Peuskens, E. Vandermeersch, R. Heylen
Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Strict normocapnic CO₂ management (with PaCO₂ between 32 and 38mmHg) is of utmost importance during brain surgery. Hypocapnia or hyperventilation (PaCO₂ below 32mmHg) may induce intense cerebral vasoconstriction and cerebral ischemia, whereas hypercapnia (PaCO₂ higher than 38mmHg) may result in cerebral vasodilation and brain bulging. Since January 2004, we introduced a strict protocol as to end-tidal capnography. After induction of anesthesia and intubation, ventilation had to be titrated referring to an end-tidal CO₂ value of strictly 30mmHg. In the present paper, we want to report on the relationship between PaCO₂ and end-tidal (ET) CO₂ after the introduction of the above mentioned protocol and whether we could rely on such a capnography protocol.

Patients and Methods: From 2004 to half 2005, 349 adult pts scheduled for elective brain tumor surgery were included. All patients received the same anesthesia with propofol / sufentanil / rocuronium / O₂+air. After induction and intubation, ventilation was titrated to end-tidal capnography values of 30 mmHg. At a mean of 38 min after installation of ventilation, arterial blood gas (ABG) analysis was performed. This occurred while the patient was still in the supine position.

Results: At first ABG analysis, 163 measures revealed an arterial PaCO₂ within the preset limit (32-38mmHg), while 136 measures (38%) were higher than 38mmHg and 27 measures (7.7%) were lower than 32mmHg. The highest observed PaCO₂ was 60.8mmHg and the lowest was 26.4mmHg. Analysis of the end-tidal CO₂ values for the 3 groups (normal PaCO₂, high PaCO₂, and low PaCO₂) did not reveal significant differences, as all were between 27 and 32 mmHg. We observed a slight (nonsignificant) correlation between higher PaCO₂ values and ASA classification. We did not observe any correlation with age, body temperature, blood pressure or heart rate or positioning (as all patients were still in supine position).

Conclusion: This study, which aimed to evaluate whether a strict end-tidal capnography protocol could guarantee a good chance of normocapnic conditions during neurosurgery, indicates that ETCO₂ cannot replace PaCO₂.

Title: Incidence of arterial hypoxemia in the perioperative and early postoperative phase after craniotomy

Authors: N. Engel, C. De Deyne, V. Desloovere, J. Wuyts, F. Weyns, D. Peuskens, E. Vandermeersch
Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Hypoxic insults may be detrimental during brain surgery, as they may render the brain more vulnerable to ischemia. Not only the perioperative phase is crucial, but also the first postoperative hours should guarantee adequate oxygenation. In the present paper, we want to report on the inci-

dence of hypoxia during and early after elective craniectomy.

Patients and Methods: From 2004 to half 2005, 351 adult pts scheduled for elective brain tumor surgery were included. All patients received the same anesthesia with propofol / sufentanil / rocuronium / O₂+air. After induction and intubation, ventilation was titrated to end-tidal capnography values of 30 mmHg, FiO₂ was titrated to maintain O₂Sat above 95%. Arterial blood gas (ABG) analyses were performed every hour during surgery and for the first 4 postoperative hours.

Results: Perioperative ABG analysis revealed the presence of hypoxia (PaO₂ below 90mmHg) in 17 pts (4%). Half of these hypoxic events were observed on the first ABG measurement and could be reversed in all but one patient. Other hypoxic insults occurred after positioning of the patient or in extremely long-lasting procedures. There was a slight (NS) correlation between perioperative hypoxia and ASA, age and pre-existing pulmonary morbidity. After surgery, all pts were remained sedated and ventilated, and were transferred to the ICU where awakening was allowed after the first half hour. In 64 pts, the first postoperative ABG (within 10min of ICU admission) revealed hypoxic values, meaning that 18% of postoperative patients were hypoxic, although the same ventilatory settings (as to tidal volume, respiratory rate and FiO₂) were used as during anesthesia.

Conclusion: This study, which aimed to evaluate the incidence of peri-operative hypoxia in elective craniectomy pts, revealed that this risk of arterial hypoxemia is fourfold in the early ICU admission compared to during anesthesia. Therefore, more attention should be given to adequate ventilation and monitoring in the early postoperative phase.

Title: Anesthesiologist's reaction to arterial hypotension


Authors: C. Grumbers, C. De Deyne, C. Kalkman, L. Van Wolfswinkel, E. Mortier, R. Heylen
Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Since 2005, we introduced an electronic anesthesia record keeping system. In order to evaluate the benefits arising from regular recording of all intraoperative events, we extracted from our database all episodes of intraoperative hypotension and analysed how the anesthesiologist reacted to this hypotensive incident. This issue may become the more important, as recently, intra-operative hypotension was found to be an independent predictor of one-year mortality (1).

Patients and Methods: From January 2005 till November 2005, all anesthesia data collected in 2 neurosurgical OR suites from adult patients scheduled for elective surgery under general anesthesia were reviewed. These data included as well all vital parameters registered during anesthesia, as patient's characteristics and anesthetic technique. Arterial hypotension was defined as one measure of systolic blood pressure below 90 mmHg. All data underwent univariate and multivariate analysis.

Results: A total of 1865 pts were selected. The overall incidence of intra-arterial hypotension was 15.3%. Most hypotensive incidents occurred within the first 15min after induction. In 87% of the inci-



dents, the anesthesiologist did not immediately react. Mean duration of hypotension was 9.7min. Most frequently observed reaction consisted in administration of vaso-active drugs, with an almost immediate normalization of blood pressure. Surprisingly, we found a significant difference in reaction to hypotension between pts with or without invasive arterial pressure monitoring. In these cases, reaction to hypotension was almost immediate, consisted in fluid loading, and hypotension was slowly countered, with significantly less risk of rebound hypertension. There were no differences in other patient characteristics (such as age or ASA classification) between patients with or without invasive arterial pressure monitoring. The main reason for invasive monitoring was related to the type of surgery (f.i. intracranial surgery).

Conclusion: Overall, we found an acceptable timely, referring to the existing literature, reaction to arterial hypotension. Nevertheless, we were surprised by the differences in reaction to hypotensive episodes between patients with or without invasive blood pressure monitoring.

References: 1. Monk et al., Anest Analg, 2005

Title: Incidence of postoperative hyperglycemia in brain tumor patients receiving high dose methylprednisolone "

Authors: G. Kox, C. De Deyne, D. Mesotten, J. Wuyts, F. Weyns, D. Peuskens, R. Heylen
Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Short-term, high dose intravenous methylprednisolone is widely used in the peri-operative period for brain tumor surgery. However, these glucocorticoids give rise to hyperglycemia in pts undergoing craniotomy (1). Impact of blood glucose levels on ICU is well known and therefore close monitoring of blood glucose in the early hours after the neurosurgical intervention may be warranted. In this retrospective analysis, we evaluated the postoperative blood glucose levels in pts admitted to the ICU after brain tumor surgery.

Patients and Methods: From 2004 to half 2005, 368 pts admitted to the ICU after brain tumor surgery were included. All pts had received 1000 mg methylprednisolone in the early pre-operative phase

Results: Within the first hours after surgery, 63 pts (17%) were hyperglycemic (blood glucose level higher than 180 mg/dl). In 21 pts (5.7%) iv titration of insulin was deemed necessary to maintain glucose levels within normal ranges. Of the total of 368 pts, 15 pts (4.1%) were known diabetic pts. Perioperative blood glucose levels were only controlled in the latter, and all measurements remained within normal limits. Postoperatively, 3 pts revealed increased postoperative glycemia levels and all 3 necessitated iv insulin.

Conclusion: Postoperative hyperglycemia is a well known and understudied result of perioperative stress. The here reported prevalence of hyperglycemia (17%) was in line with the new hyperglycemia incidence in the general hospitalized population (2).

References:

(1) Lukins MB, Anesth Analg, 2005; 10: 1129-1133;
(2) Umpierrez GE, JCEM, 2002; 87: 978-982

Title: Respiratory complications in patients suffering from severe subarachnoid hemorrhage seem not directly related to hypervolemic therapy "

Authors: I. Schneider, C. De Deyne, E. Van Assche, M. Vander Laenen, R. Heylen
Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Respiratory complications occur frequently after subarachnoid hemorrhage (SAH) and are a main predictor of death or morbidity(1). They are reported to be related to initial neurological state of the patient (Hunt and Hess classification). However, their correlation to vasospasm and its treatment (hypervolemic therapy) is still a matter of debate.

Patients and Methods: 30 pts, admitted over the last year and suffering from severe SAH were included. All pts required intensive neuro-critical care management. Clipping or coiling was performed whenever any amelioration in neurological state was observed. All pts remained for at least 10 days at the neuro-ICU. 11 of them had an admission GCS below 8 and the rest of them developed neurological worsening during the first hours after bleeding, necessitating admission to the neuro ICU. For this paper, we analysed all pulmonary data (including the PaO₂/FiO₂ ratio and the Lung Injury Score) for a period of 10 days ICU stay and we correlated them to all other hemodynamic, infectious or neurological parameters.

Results: Overall mortality in this group of pts was 30.3%. We found a strong correlation between the PaO₂/FiO₂ ration and the Lung Injury Score and mortality (r:0.85). In this group, mortality was more strongly related to pulmonary complications (as measured by PaO₂/FiO₂ ration and LIS) as to initial Hunt and Hess grade (r:0.62), as to vasospasm (r:0.66) or as to infectious complications (r:0.60). Daily analysis of the PaO₂/FiO₂ ratio, revealed the worst conditions at a mean of 7 days after ICU admission, worst LIS scores occurred at the mean of day 8. Correlating the pulmonary indices to daily fluid balances (use of hypervolemic, hypertensive therapy in case of cerebral vasospasm) we found no correlation between pulmonary complications and positive fluid balances.

Conclusion: Pulmonary complications occurring after severe SAH remain largely correlated to final outcome. The cause of these pulmonary complications seems mainly related to the severity of the initial bleed and its consequences (cerebral vasospasm). However, from this group of patients, we could not find any correlation between the occurrence or grade of pulmonary complications and the hypervolemic treatment, directed against cerebral vasospasm.

Reference: (1) Friedman et al, Neurosurgery 2003,52:1025-1032

Title: Blood glucose levels reflect cerebral glycerol, but not glucose concentrations, measured by microdialysis during craniotomy

Authors: G. Sels, D. Mesotten, C. De Deyne, J. Wuyts, F. Weyns, D. Peuskens, E. Mortier, R. Heylen
Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Background and goals: Human and animal studies have demonstrated that hyperglycaemia has a detrimental impact on the outcome of ischaemic brain

injury. As the effects of blood glucose levels on cerebral metabolism are largely unknown, we examined whether arterial glycaemia would reflect cerebral energy metabolism during craniotomy.

Material and methods: This prospective, observational study included six patients (age 56 ± 16 y) who underwent craniotomy for procedures with significant risk of cerebral ischaemia (2 aneurysm clippings, 4 lobe retractions during tumour surgery). In 3 patients the iv insulin administration, that had already been initiated to maintain normoglycaemia, was continued. From dural membrane opening to closure, with 10 min intervals, arterial blood glucose levels, together with the glucose, lactate, pyruvate, glycerol and glutamate concentrations in cerebral tissue were determined. The latter was done by inserting a microdialysis catheter with a perfusion rate of 5 mL/min in the ischaemia-prone brain lobe. Due to the non-gaussian distribution of the cerebral glucose and glutamate concentrations, the latter results were log-transformed. Relationships among variables were examined by univariate regression analysis and correlation matrix with Fisher's r to z test. P-values less than 0.05 were considered statistically significant. All data are presented as mean \pm SD.

Results: The duration of the microdialysis measurement was 123 ± 26 min. The mean glycaemia for all patients was 150 ± 51 mg/dL (124 ± 52 mg/dL for the patients receiving insulin). There was no significant correlation between glucose levels in the arterial blood and cerebral tissue. However, the cerebral glucose levels revealed an inverse relationship with the lactate/pyruvate ratio ($R = -0.53$, $P < 0.001$). Acute major increases in the lactate/pyruvate ratio ($> 50\%$ change) without significant alterations in cerebral glycaemia only took place during removal of the retractors and in one patient undergoing temporary clipping (3×7 min). For the detection of cerebral cell death and excitotoxicity, glycerol and glutamate, respectively, were significantly correlated with each other ($R = 0.6$, $P < 0.001$). The short elevations of lactate/pyruvate ratio were not associated with significant increases of either glycerol or glutamate. Moreover, blood glucose levels paralleled the cerebral glycerol concentrations ($R = 0.45$, $P < 0.001$).

Conclusion: Arterial blood glucose levels were strongly correlated with cerebral glycerol levels measured during craniotomy, without reflecting the cerebral glucose concentrations. The overall glycaemic control appears to override other potential causes of cerebral glycerol release.

Title: Early leukocytosis occurring after subarachnoid hemorrhage could be used as a predictor of later cerebral vasospasm

Authors: E. Van Assche, C. De Deyne, I. Schneider, M. Vander Laenen, R. Heylen
Presented at: Euroanaesthesia 2006, June 3-6

Abstract:

Introduction: Cerebral vasospasm occurring after subarachnoid hemorrhage (SAH) remains the main factor contributing to mortality and morbidity. Identification of pts at an increased risk for cerebral vasospasm could allow for more aggressive treatment and improved patient outcomes. As far as today, the blood clot size on admission remains the only factor consistently demonstrated to increase the risk of cerebral vasospasm after SAH. More recently, it was reported (1) that also leukocytosis may be an inde-

pendent risk factor for the development of cerebral vasospasm. Therefore, we reviewed all chart of last years ICU admissions for severe SAH.

Patients and Methods: 33 pts were included. All pts required intensive neuro-critical care management. Clipping or coiling was performed whenever any amelioration in neurological state was observed. All pts remained for at least 10 days at the neuro-ICU. 11 of them had an admission GCS below 8 and the rest of them developed neurological worsening (GCS below 8) during the first hours after bleeding, necessitating admission to the neuro ICU.

For this paper, we analysed all daily neurological, hemodynamic, pulmonary and laboratory data in order to assess them as predictors of vasospasm.

Results: Overall mortality in this group of pts was 30.3% (11 pts). Symptomatic vasospasm occurred in 12 pts (36%). We found 2 independent predictors of vasospasm: Fisher grade 3 SAH and leukocytosis, as measured on day 1. A serum leukocytosis greater than $15 \times 10^9/L$ on day 1 of ICU admission was independently associated with a 4.2-fold increase in the likelihood of developing cerebral vasospasm. We did not observe any correlation between admission leukocytosis and the presence of fever. Leukocytosis on later days (especially after day 5) showed no relationship anymore with cerebral vasospasm and were closely correlated to fever and to infectious complications.

Conclusion: Leukocytosis was already reported as a possible predictor for the development of cerebral vasospasm. We observed that especially the first leukocyte count on admission to the ICU may have the greatest predictive power and could allow for more aggressive and earlier treatment of cerebral vasospasm.

Reference: (1) McGirt et al; J Neurosurg 2003;98:1222-1226

PUBLICATIES

Van Zundert J.: Cost effectiveness of interventional pain treatment for low back pain in Belgium. *Arbeidsgezondheidszorg & Ergonomie*, Band XLII, n°4-2005, pp. 165-167.

Thomeer, M.: External validity of randomised controlled trials in idiopathic pulmonary fibrosis. *Eur Respir J*. 2006 May; 27(5):1072.

Codex Medicus, twaalfde druk, Elsevier Doetinchem 2005. Hoofdstuk Nierziekten, K.M.L. Leunissen en L. Verresen. Pagina 253 tot en met 288.

KORT

Dr. Guy Debrock, oncoloog, nam in oktober 2005 succesvol deel aan het officieel examen van de European Society for Medical Oncology in Parijs. Hij eindigde bij de eerste 10% van de 160 deelnemers.



The Walking Egg
Opening Genks Fertilitieitscentrum &
Kunstproject "Born"
Zaterdag 26 augustus 2006, ZOL Genk

Programma

Vormiddag Wetenschappelijke meeting (accordering rubriek 5 aangevraagd)
Tussen 14 en 17uur:
Opening Fertilitieitscentrum en kunstproject 'Born' (met receptie)

- Video-installatie "Fragile" van Koen Vanmochelen
- Tentoonstelling "The Walking Egg Gazette"
- Postpresentatie wetenschappelijk werk Genk 1990 - 2006
- Simulatie "oppositie van de eik" in de operatiezaal van het Fertilitieitscentrum
- Videopresentatie "Inferfilitieitschirurgie"
- Videopresentatie "laboratorietechnieken in de fertilitieitskliniek"



Genks Instituut voor Fertilitieitstechnologie



Ziekenhuis Oost-Limburg

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

